

ARRETE

relatif à l'expérimentation
«Timéo : Traitement Innovant Multi Évaluations de l'Obésité»

Le Directeur général de l'Agence régionale de santé Centre-Val de Loire

VU la loi n°2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018 notamment l'article 51 ;

VU le décret du 27 mars 2019 portant nomination du directeur général de l'agence régionale de santé Centre-Val de Loire ;

VU le décret n°2018-125 du 21 février 2018 relatif au cadre d'expérimentation pour l'innovation dans le système prévu à l'article L.162-31-1 du code de la sécurité sociale ;

VU la circulaire N°SG/2018/106 du 13 avril 2018 relative au cadre d'expérimentation pour les innovations organisationnelles prévu par l'article 51 de la LFSS pour 2018 ;

VU le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L. 162-31-1 et R. 162-50-1 à R. 162-50-14 et suivants ;

VU l'arrêté du 27 janvier 2021 déterminant le montant prévisionnel de la dotation annuelle du fonds pour l'innovation du système de santé pour l'exercice 2021 ;

VU l'avis du comité technique de l'innovation en santé en date du 14 septembre 2021 ;

VU le cahier des charges sur le projet d'expérimentation « Timéo : Traitement Innovant Multi Évaluations de l'Obésité » ;

ARRETE

ARTICLE 1^{er} : L'expérimentation « Timéo : Traitement Innovant Multi Évaluations de l'Obésité » porté par l'association Timéo, est autorisée à compter de la date de publication du présent arrêté, dans les conditions précisées par le cahier des charges en annexe I.

ARTICLE 2 : La durée de l'expérimentation est fixée à 3,5 ans à compter de l'inclusion du premier patient.

ARTICLE 3 : La répartition des financements de l'expérimentation fait l'objet d'une convention spécifique conclue avec chaque financeur, l'Agence régionale de santé Centre-Val de Loire et l'Assurance Maladie (CNAM) dans le cadre du dispositif spécifique de facturation prévu pour les projets « article 51 » autorisés.

ARTICLE 4 : Le Directeur général adjoint de l'agence régionale de santé Centre-Val de Loire est chargé de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié ainsi que ses annexes au recueil des actes administratifs de la préfecture du Loiret.

ARTICLE 5 : Le présent arrêté peut faire l'objet d'un recours devant le Tribunal administratif d'Orléans compétent dans le délai de deux mois à compter de sa publication au recueil des actes administratifs.

Le tribunal administratif peut être saisi d'un recours déposé, par les personnes physiques et les personnes morales non représentées par un avocat, sur l'application Télérecours citoyens accessibles par le site internet www.telerecours.fr.

Fait à Orléans, le 16 Septembre 2021
Le Directeur Général de l'Agence
Régionale de Santé Centre-Val de Loire
Signé : Laurent HABERT

Arrêté n° 2021-DSTRAT-0015

PROJET D'EXPERIMENTATION D'INNOVATION EN SANTE – CAHIER DES CHARGES

TIMÉO : Traitement Innovant Multi Évaluations de l'Obésité

NOM DU PORTEUR : Association TIMÉO

PERSONNE CONTACT : Dr Arnaud BOUDENOT, Service de Médecine du sport
Orthocentre, 210 route de Vouzeron, 18230 SAINT DOULCHARD,
arnaudboudenot@orthocentresport.fr

Tél : 09 72 66 44 75, Mobile : 06 68 59 93 09

L'innovation de notre projet est de réaliser une évaluation standardisée pour personnaliser le parcours de soin du patient souffrant d'obésité d'IMC ≥ 35 kg/m². Un score est affecté aux paramètres évalués, nous avons imaginé un algorithme basé sur un système de scoring pour faire ressortir les besoins du patient concernant l'accompagnement psychologique et/ou diététique et/ou d'activités physiques. Ainsi, seuls les soins effectivement pertinents seront proposés aux patients pour construire son plan personnalisé de soin (PPS). A partir des résultats d'évaluation, une classification du niveau des besoins permettra d'attribuer au patient un budget variable selon la gravité des indicateurs de santé. Le nombre de séances d'accompagnement par composante (psychologique, diététique ou activité physique) est donc variable et indépendant. Pour synthétiser, d'une part, les patients n'auront pas accès systématiquement à l'ensemble des prises en charge d'accompagnement psychologique, diététique et d'activité physique ; et d'autre part, le nombre de séances financées sera croissant pour les cas les plus sévères.

Le projet est de mettre en place une évaluation pluridisciplinaire du patient souffrant d'obésité de grade II ou III dans un centre expert (Hôpital Privé Guillaume de Varye). Cette évaluation permettra à l'équipe de construire le plan personnalisé de soin (PPS) en précisant le nombre de séances financées par intervenant : psychologues, diététiciens, enseignants en activité physique adaptée. Le patient sera orienté, en ville, vers ces professionnels labellisés du département du Cher pour une prise en charge grâce à ce financement. Le financement du PPS est d'une année. Le patient retourne au centre expert aux 6^e et 12^e mois, puis tous les ans pour refaire l'évaluation afin de suivre l'évolution de ses indicateurs de santé.

Il est prévu 3,5 années d'inclusion, avec un recrutement progressivement augmenté jusqu'à 350 patients annuellement. Les 1050 patients inclus représentent 10% du nombre d'obèses de grade II et III du Cher. Il faudra attendre 4,5 années pour que l'ensemble des patients ait effectué l'évaluation du 12^e mois de suivi. Le projet durera 5 ans afin de permettre la finalisation de l'organisation, former les professionnels et créer une file active de patients.

CHAMP TERRITORIAL :
L'EXPERIMENTATION :

	Cocher la case
Local	X
Régional	
National	

CATEGORIE DE

	Cocher la case
Organisation innovante	X
Financement innovant	X
Pertinence des produits de santé	

Date des versions : V1 : juillet 2019 ; V2 : mars 2020 ; V3 : juillet 2020 ; V4 : janvier 2021 ; V5 : février 2021 ; V6 : mai 2021 ; V7 : juillet 2021 ; V8 : août 2021 ; vDEF : septembre 2021.

Table des matières

1. Description du porteur	9
2. Description de l'Hôpital Privé Guillaume de Varye	9
3. Présentation des partenaires impliqués dans la mise en œuvre de l'expérimentation.	12
4. Contexte et Constats	13
5. Objet de l'expérimentation (Résumé)	14
6. Objectifs	14
6.1. Objectifs stratégiques.....	14
6.2. Objectifs opérationnels	15
7. Description du projet	15
7.1. Modalités d'interventions et d'organisation proposées.....	15
7.1.1. Etape 1 : Evaluation des besoins du patient.....	16
7.1.2. Etape 2 : Construction du Projet Personnalisé de Soin	20
7.1.3. Etape 3 : Contenu et suivi des prises en charge du patient.....	23
7.1.4. Etape 4 : Bilan intermédiaire.....	31
7.1.5. Etape 5 : Evaluation finale.....	33
7.1.6. Etape 6 : Suivi du patient.....	33
7.1.7. Etape 7 : Sortie d'expérimentation	34
7.1.8. Etape 8 : Renouvellement.....	34
7.2. Population Cible	34
7.2.1. Critères d'inclusion.....	34
7.2.2. Critères d'exclusion.....	35
7.3. Effectifs concernés par l'expérimentation.....	35

7.4. Professionnels concernés dans la mise en œuvre de l'expérimentation.....	36
7.5. Terrain d'expérimentation	36
7.6. Durée de l'expérimentation.....	37
7.6.1. Planning prévisionnel des grandes phases de mise en œuvre du projet d'expérimentation.....	38
7.7. Gouvernance et suivi de la mise en œuvre.....	38
7.7.1. Porteur de projet.....	38
7.7.2. Chef de projet.....	38
7.7.3. L'équipe d'évaluation de l'Hôpital Privé Guillaume de Varye.....	40
8. Financement de l'expérimentation.....	41
8.1. Modèle de financement.....	41
8.2. Méthode de calcul utilisée.....	41
8.3. Financement de droit commun.....	42
8.4. Financement des soins FISS	42
8.4.1. Coordination, suivi et gestion des patients.....	43
8.4.2. Calcul et tarification de la prise en charge des besoins de niveau 1	44
8.4.3. Calcul et tarification de la prise en charge des besoins de niveau 2	44
8.4.4. Calcul et tarification de la prise en charge des besoins de niveau 3	44
8.4.5. Calcul et tarification de la prise en charge des besoins pluridisciplinaires « Pluri 1 ».	45
8.4.6. Calcul et tarification de la prise en charge des besoins pluridisciplinaires « Pluri 2 ».	46
8.4.7. Evaluation intermédiaire	46
8.4.8. Synthèse des forfaits.....	47
8.5. Coût d'ingénierie FIR.....	48

8.6. Estimation des coûts de la prise en charge actuelle et des coûts évités /économies potentielles	48
8.7. Besoin de financement	49
8.7.1. Synthèse du besoin de financement.....	49
8.7.2. Synthèse détaillée des besoins de financement.....	49
9. Dérogations nécessaires pour la mise en œuvre de l'expérimentation	51
9.1. Aux règles de financements de droit commun	51
9.2. Aux règles d'organisation de l'offre de soins.....	52
10. Impacts attendus.....	52
10.1. Impact en termes de service rendu aux patients.....	52
10.2. Impact organisationnel et sur les pratiques professionnelles pour les professionnels et les établissements ou services.....	53
10.3. Impact en termes d'efficience pour les dépenses de santé.....	53
11. Modalités d'évaluation de l'expérimentation proposées.....	54
12. Informations recueillies sur les patients inclus dans l'expérimentation.....	55
13. Obligations réglementaires et recommandations de bonnes pratiques en matière de système d'information et de traitement de données de santé à caractère personnel	56
14. Liens d'intérêts	57
15. Eléments bibliographiques / expériences étrangères.....	57
Annexe 1 : Coordonnées du porteur et des partenaires	58
Annexe 2 : Catégories d'expérimentations	60
Annexe 3 : Bilans et comptes-rendus.....	62
Annexe 4 : Argumentaire scientifique.....	67
Annexe 4.1 : Données épidémiologiques.....	67
Annexe 4.2 : Complications associées à la pathologie	68

Annexe 4.3 : Place des soins de support.....	69
Annexe 4.4 : La nécessité de l'évaluation scientifique.....	70
Annexe 4.4.1 : L'analyse anthropométrique.....	70
Annexe 4.4.2 : La composition corporelle.....	71
Annexe 4.4.3 : La qualité de vie.....	71
Annexe 4.4.4 : L'estime de soi.....	72
Annexe 4.4.5 : Le comportement alimentaire.....	72
Annexe 4.4.6 : La sédentarité.....	73
Annexe 4.5 : Références scientifiques.....	75
Annexe 5 : Cas cliniques.....	76
Annexe 5.1 : Cas n°1.....	77
Annexe 5.1.1 : Résumé du bilan.....	77
Annexe 5.1.2 : Analyse des besoins : propositions de TIMÉO.....	77
Annexe 5.1.3 : Propositions de Parcours Personnalisé de Soins (PPS).....	78
Annexe 5.2 : Cas n°2.....	79
Annexe 5.2.1 : Résumé du bilan.....	79
Annexe 5.2.2 : Analyse des besoins. Propositions de TIMÉO.....	79
Annexe 5.2.3 : Propositions de Parcours Personnalisé de Soins (PPS).....	80
Annexe 5.3 : Cas n°3.....	81
Annexe 5.3.1 : Résumé du bilan.....	81
Annexe 5.3.2 : Analyse des besoins : propositions de TIMÉO.....	81
Annexe 5.3.3 : Propositions de Parcours Personnalisé de Soins (PPS).....	82

Annexe 5.4 : Cas n°4.....	83
Annexe 5.4.1 : Résumé du bilan.....	83
Annexe 5.4.2 : Analyse des besoins : propositions de TIMÉO.....	83
Annexe 5.4.3 : Propositions de Parcours Personnalisé de Soins (PPS).....	84
Annexe 6 : Règles d'engagement des membres du réseau du projet TIMÉO.....	85
Annexe 6.1 : Adhésion au réseau.....	85
Annexe 6.2 : Formation.....	85
Annexe 6.3 : Financement.....	85
Annexe 6.4 : Transmission.....	85
Annexe 7 : Cahier des charges pour les prises en charge en ville.....	86
Annexe 8 : Cahier des charges besoin pluridisciplinaire niveau 1.....	97
Annexe 9 : Cahier des charges besoin pluridisciplinaire niveau 2.....	100

1. Description du porteur

Le porteur de projet est l'association TIMÉO (Traitement Innovant Multi-Évaluations de l'Obésité). L'association est née de la volonté de favoriser les liens ville – hôpital dans la prise en charge de l'obésité suite à un bilan approfondi. Elle a été constituée par le directeur de l'Hôpital Privé Guillaume de Varye (HP GDV), par le directeur et le responsable scientifique du service de médecine du sport HP GDV.

HP GDV, l'un des plus importants établissements de santé du département du Cher (voir chapitre 2 **Description de l'Hôpital Privé Guillaume de Varye**), est un acteur de santé qui propose une prise en charge de l'obésité à ses patients. Les dérogations article 51 permettent d'expérimenter des prises en charge innovantes pour cette pathologie complexe et plurifactorielle.

Pour que le projet perdure au-delà de l'expérimentation et pour qu'il puisse se généraliser à l'ensemble du territoire, il nous a semblé primordial de créer une structure associative en charge de porter le projet. A travers, ce projet, les missions de coordination de l'association sont le suivi de l'expérimentation, la constitution, la formation, l'animation du réseau territorial, la gestion de la facturation (versement des forfaits et suivi de la facturation des intervenants de ville), la communication.

Ainsi, il sera plus facile de répliquer ce modèle en confiant les missions de l'association TIMÉO non pas aux établissements de santé, mais aux instances en charge du maillage territorial telles que les Dispositifs d'Appui à la Coordination (DAC), les Plateformes Territoriales d'Appui (PTA), les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS), les Centres Spécialisés Obésité (CSO)...

L'association TIMÉO sera en charge de porter le projet sur le territoire.

HP GDV sera en charge de réaliser les bilans des patients et les soins pluridisciplinaires.

2. Description de l'Hôpital Privé Guillaume de Varye

L'Hôpital Privé Guillaume de Varye (HP GDV) est le fruit du regroupement de deux cliniques au début des années 1980 et a, depuis une dizaine d'années, fait l'objet de diverses opérations immobilières pour devenir en 2016 un établissement du Groupe ELSAN, 2ème groupe de santé privé en France. En 2018, création du pôle de consultation du Centre St Jean (oncologie) et ouverture de l'Orthocentre (orthopédie et médecine du sport) sur le site de l'Hôpital Privé Guillaume de Varye.

L'Hôpital Privé Guillaume de Varye et la Clinique des Grainetières (Saint Amand Montrond), Groupe Elsan, sont les seuls établissements privés du Cher (18). Après le CH de Bourges, l'Hôpital Privé Guillaume de Varye est le 2e acteur de santé du département (**Figure 1** et **Figure 2**).

Activités de soins	Dates d'autorisation	Nb de Lits / places	Détail
Médecine	16-nov-04	23	17 CP + 6 CD dont 6 LIPS
Chimiothérapie ambulatoire	16-nov-04	18	2 lits + 16 fauteuils
Chirurgie	16-nov-04	75	45 CP + 30 CD
USC	16-nov-04	12	
Chirurgie ambulatoire	16-nov-04	28	7 CP + 8 CD + 12 fauteuils
Gynécologie-obstétrique	16-nov-04	19	13 CP + 6 CD
Soins de suite	13-mars-03	66	48 CP + 9 CD
Hôpital de Jour	12-déc-14	10	10 fauteuils + 1 lit urgence
HDJ spécialisé MPR (10 places)	12-déc-14	10	manque médecin MPR
TOTAL		261	

Equipements matériels lourds	Dates d'autorisation
Radiothérapie équipée d'un accélérateur de particules :	
. Varian clinac silhouette IX	17-janv-14
. Varian Unique	17-janv-14
. Varian Clinic 2100 silhouette	17-janv-14
Une caméra à scintillation double tête SIEMENS type ECAM	29-juin-12
Une caméra à scintillation double tête SIEMENS type ECAM	29-juin-12
1 SIEMENS Biograph MCT 40 (TEP/TDM)	29-juin-12
I.R.M.	28-févr-13
1 brigt speed 16 classe 3	08-oct-11
Scanner radiothérapie de marque SIEMENS et de type SOMATOM définition AS 20 OPEN	17-janv-14

Figure 1 : Autorisations de l'Hôpital Privé Guillaume de Varye

260 Lits et places	25 000 Nombre de séjours hospit, ambu, naissances, chimio, SSR, médecine	320 Salariés CDI ETP + 25 CDD ETP	26 Millions de chiffre d'affaires
72 Médecins 9 Sages-Femmes 8 Kinés	25% Des séjours de soin du département du Cher	14 Spécialités différentes représentées	62% Taux ambulatoire / Taux hospitalisation

Figure 2 : Activités de l'Hôpital Privé Guillaume de Varye

HP GDV a créé un pôle obésité en 2018 : le « pôle bariatrique ». Ce pôle bariatrique permet de constituer une équipe de soin pluridisciplinaire pour répondre à un besoin de prise en charge d'une pathologie (chirurgiens, diététiciennes, enseignants en activité physique adaptée, médecins, kinésithérapeutes, psychologue).

- La 1^e étape a été d'organiser la filière chirurgicale (dont les examens en pré-opératoire).
- La 2^e étape a été de mettre en place une rééducation post-opératoire en hospitalisation de jour (HDJ)
- La 3^e étape a été de structurer le suivi pluridisciplinaire au travers une journée d'HDJ.
- La 4^e étape sera de proposer une alternative à la chirurgie. C'est l'objet de ce projet.

D'avril 2018 à février 2021, 799 bilans pluridisciplinaires (**Annexe 3 : Bilans et comptes-rendus**) ont été réalisés au pôle bariatrique (pré-opératoire, rééducation post-opératoire, suivi post-opératoire). De plus, sur cette même période, il y a eu 245 opérations de chirurgie bariatrique.

Aujourd'hui, peu de soins sont accessibles pour les patients souhaitant une prise en charge non chirurgicale de l'obésité. L'établissement souhaite répondre aux problématiques du territoire du Cher où l'accès à des professionnels de santé devient complexe. Face à cette difficulté d'accès à la santé, HP GDV souhaite fluidifier ce parcours de santé de la personne obèse, en améliorant le parcours de soins de la personne obèse. Pour cela, HP GDV souhaite expérimenter une nouvelle organisation de l'offre de soin : coordination des professionnels de santé, continuité du parcours de soins ville – hôpital, financement des soins de support.

L'établissement Guillaume de Varye (HP GDV) souhaite proposer une prise en charge de l'obésité sous forme de parcours de santé coordonné. En effet, pour traiter ce problème de santé publique majeur, HP GDV propose une prise en charge de l'obésité sur site (préopératoire de chirurgie bariatrique, opératoire, post-opératoire immédiat et suivi à distance) et souhaite solliciter des relais dans le département pour assurer la continuité des soins du parcours médical (étape 4 de la **Figure 3**). La volonté est donc de créer un maillage territorial ville – hôpital, dans ce territoire rural qualifié de désert médical.

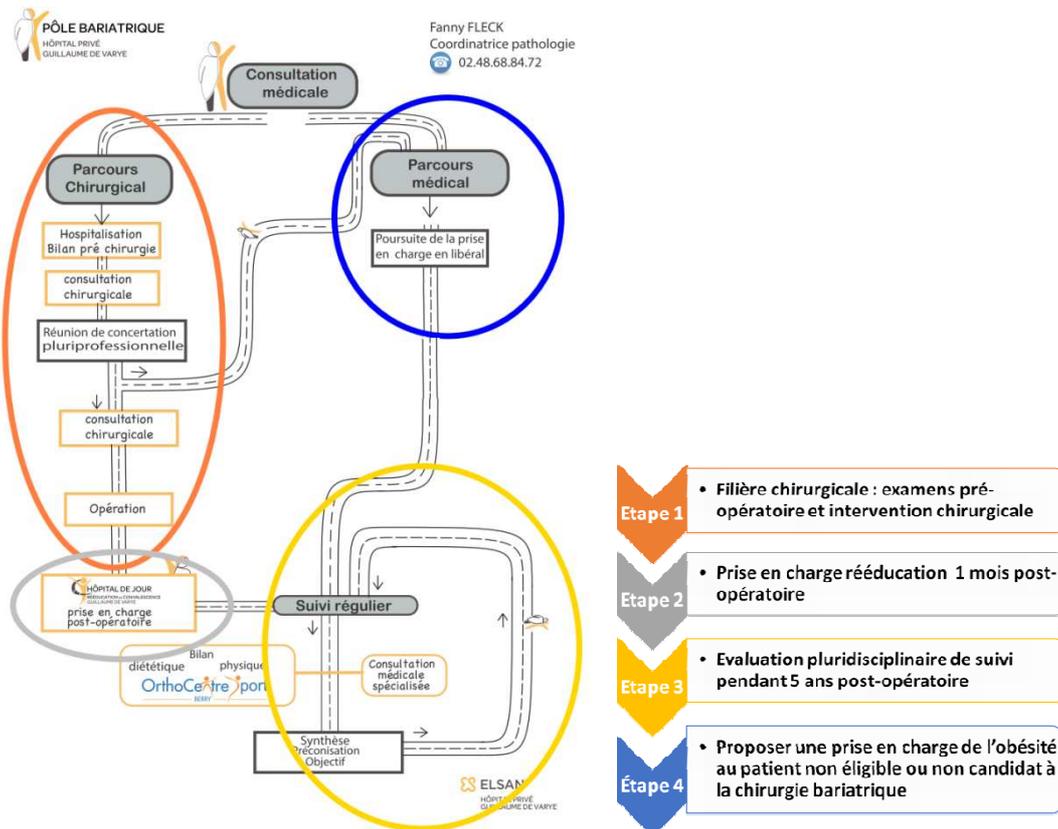


Figure 3 : Parcours de prise en charge de l'obésité au Pôle bariatrique, Hôpital Privé Guillaume de Varye

3. Présentation des partenaires impliqués dans la mise en œuvre de l'expérimentation

Différents partenaires sont impliqués dans la mise en œuvre de TIMÉO. Notamment :

- **Hôpital Privé Guillaume de Varye**

L'Hôpital Privé Guillaume de Varye de Saint Doulchard est le partenaire principal de ce projet.

- **Des professionnels de santé du territoire (DAC, CPTS, CLS, PTA...)**

Les Dispositifs d'Appui à la Coordination (DAC), les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS), les Contrats Locaux de Santé (CLS), les Plateformes Territoriales d'Appui (PTA) etc., permettent d'identifier des acteurs de santé qui souhaiteraient participer à l'expérimentation en proposant à leurs patients d'intégrer le parcours de soins TIMÉO.

DAC Appui Santé Berry

CLS Ville de Bourges

CLS Pays Berry Saint-Amandois

CLS Pays de Vierzon

CPTS de L'Est Du Cher: CPTeSt 18

CPTS Pays de Bourges

CPTS du Giennois Berry

URPS Centre

- **Les Centres Spécialisés Obésité (CSO)**

Les Centres Spécialisés Obésité (CSO) de la région Centre - Val de Loire (CSO Tours et CSO Orléans) sont des partenaires au titre de l'identification des professionnels, de la formation des professionnels, de l'animation du réseau (conférences, webinaires...), de la prise en charge des patients présentant une obésité sévère et complexe.

- **Des associations de santé, de patients**

L'association **Croc la vie 18** est une association de patients qu'il serait intéressant d'impliquer lors de l'évaluation, avec des patients experts pouvant conseiller les patients. Ces patients experts sont des ressources importantes : ils connaissent les professionnels de santé, les associations de nutrition ou de sport-santé, les dispositifs d'aide psycho-sociale... Ils vont offrir un relai d'informations. La communication auprès d'un patient expert, pour certains patients, sera parfois plus aisée qu'auprès d'un professionnel de santé. Ce premier niveau d'accès à l'information ne doit pas être négligé. Par ailleurs, l'association organise ses propres activités (aquagym, ateliers d'échanges d'informations, marche nordique, atelier convivialité...).

Les coordonnées du porteur et des partenaires, ainsi que leurs signatures numérisées sont renseignées en **Annexe 1 : Coordonnées du porteur et des partenaires**.

4. Contexte et Constats

Selon l'Organisation Mondiale de Santé (OMS), l'obésité se définit « comme une accumulation anormale ou excessive de graisse corporelle qui peut nuire à la santé » et utilise un calcul simple pour la détecter : poids (en kg) divisé par la taille (en m) au carré. Il s'agit de l'Indice de Masse Corporelle (IMC). Lorsque l'IMC dépasse 30 kg/m², on considère alors qu'une personne souffre d'obésité. Dans le monde, l'OMS rapporte qu'en 2016 plus de 650 millions d'adultes étaient obèses, soit environ 13% de la population adulte mondiale¹. L'obésité est désormais considérée comme une maladie à laquelle des complications de l'état de santé sont associées (**Figure 4**). Se référer à l'**Annexe 4 : Argumentaire scientifique**.



Figure 4 : Iconographie de l'INSERM pour présenter l'obésité²

L'obésité touche 7 000 000 de personnes en France, soit 15% de la population, d'après les chiffres de 2012. Comparativement à 1997, en 15 ans, l'obésité affecte plus de 3 000 000 de personnes supplémentaires.

En région Centre-Val de Loire, le pourcentage de personnes touchées passe de 10% en 1997 à 17% en 2012, ce qui fait de notre territoire une zone particulièrement à risque, au-dessus de la moyenne nationale.

Le département du Cher est particulièrement touché par l'obésité, environ 17% de la population selon l'enquête Obépi de 2012, au-dessus de la moyenne nationale. L'obésité est une maladie complexe nécessitant l'intervention de plusieurs professionnels. Or, à ce jour, les prises en charge de ville des psychologues, diététiciens et enseignants en activités physiques adaptées ne sont pas remboursées par l'Assurance Maladie, bien qu'essentielles pour le patient.

Dans le département du Cher, il a été estimé le nombre d'adultes (>18 ans) à 250 000. Les estimations du nombre d'adultes en situation d'obésité (par grade) sont les suivantes :

- Grade I (IMC compris entre 30 et 35 kg/m²) : 30 140 habitants
- Grade II (IMC compris entre 35 et 40 kg/m²) : 8 750 habitants
- Grade III (IMC supérieur à 40 kg/m²) : 3 380 habitants

Ces estimations ci-dessus rapportent qu'environ 12 000 adultes sont atteints d'obésité de grade II ou III dans le département. Les complications de santé sont nombreuses. Nous rencontrons quotidiennement des patients atteints d'obésité de grade II et III qui éprouvent de réelles difficultés à se soigner. Intervenir auprès des patients à ces grades d'obésité est notre objectif.

¹ Données accessibles le 10/02/2021 sur le site Internet de l'OMS à l'adresse : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>

² Données accessibles le 10/02/2021 sur le site Internet de l'INSERM à l'adresse <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/obesite>

L'établissement HP GDV accueille trois chirurgiens viscéraux qui pratiquent la chirurgie bariatrique. Ainsi, nous sommes au contact de patients candidats à la chirurgie bariatrique. Or, tous les patients que nous recevons ne peuvent pas être opérés (si l'IMC est inférieur à 40 kg/m², en cas de besoin préalable de suivi diététique ou psychologique...). Parmi ces candidats à la chirurgie bariatrique près de 20% n'ont jamais rencontré de diététicienne ! Certains arrêtent leur suivi diététique ou psychologique du fait d'un manque de prise en charge financière de ces soins. Enfin, nous rencontrons également des patients qui ne souhaitent pas être opérés mais qui se sentent désemparés ne trouvant pas de traitement à leur pathologie.

Par ailleurs, l'association « **croc la vie 18** » a été créée par des patients afin d'informer les personnes souffrant d'obésité des soins existants localement. L'association propose des temps d'échanges entre patients opérés et candidats, des temps d'échanges autour du regard des autres. L'association a obtenu des subventions pour permettre à ses adhérents de pratiquer une activité physique adaptée à moindre coût (en milieu aquatique notamment).

L'existence de cette association témoigne de la difficulté de construction du parcours de soin du patient en situation d'obésité. La difficulté est également le manque de réseau et de coordination des professionnels de santé.

Malheureusement, nous déplorons que certains patients adoptent des stratégies pour avoir accès à la chirurgie bariatrique. En effet, nous constatons régulièrement que des patients prennent volontairement du poids afin de pouvoir être éligible à la chirurgie bariatrique. Ceci nous alerte sur le manque cruel de traitements accessibles pour ces patients sur notre territoire.

5. Objet de l'expérimentation (Résumé)

Le projet est de créer un nouveau parcours de soin ville – hôpital à partir d'une évaluation pluridisciplinaire du patient souffrant d'obésité afin de suivre l'évolution de ses indicateurs de santé pendant plusieurs années. Au cours de la première année de suivi, le patient bénéficiera d'une prise en charge financière des soins à effectuer par les psychologues, diététiciens et enseignants en activités physiques adaptées selon les besoins du patient.

L'innovation porte également sur le développement d'un algorithme de personnalisation des soins suite à une évaluation standardisée afin de déterminer le nombre de séances par composante (psychologique, diététique ou activité physique).

6. Objectifs

6.1. Objectifs stratégiques

- Traiter l'obésité en diminuant l'incidence, et réduire le coût de prise en charge (PEC) d'un patient obèse.
- Implémenter/créer une nouvelle PEC pour l'obésité.
- Réduire le nombre de comorbidités liées à l'obésité.
- Améliorer la qualité de la PEC des patients
- Rationaliser les coûts de la PEC (mesure d'efficience)

6.2. Objectifs opérationnels

- Mise en place d'un centre expert pour l'évaluation standardisée du patient
- Animation réseau ville-hôpital sur le territoire du Cher
- Développer PEC ville en obtenant un financement

Questions évaluatives :

- Incluons-nous les bonnes personnes ?
- L'offre de soin se diversifie-t-elle ?
- La qualité de la PEC augmente-t-elle ?
- Quelle est l'efficacité du dispositif ?
- Quelle est la reproductibilité du projet ?

7. Description du projet

7.1. Modalités d'interventions et d'organisation proposées

Les patients souffrant d'obésité de grade II ou III (indice de masse corporelle – IMC ≥ 35 kg/m²) réaliseront une évaluation avec une équipe pluridisciplinaire. L'analyse des résultats dessine le plan personnalisé de soin (PPS) du patient en faisant ressortir ses besoins concernant l'accompagnement psychologique et/ou diététique et/ou d'activités physiques. A partir des résultats, une classification du niveau des besoins permettra d'attribuer un budget variable selon la gravité des indicateurs de santé. D'une part, les patients n'auront pas accès systématiquement à l'ensemble des prises en charge d'accompagnement psychologique, diététique et d'activité physique ; et d'autre part, le nombre de séances financées sera croissant pour les cas les plus sévères.

L'innovation de notre projet est de proposer une évaluation standardisée qui détermine les besoins concernant le type d'intervention (diététique et/ou psychologique et/ou activité physique) et le nombre de séances (plus de séances pour les cas les plus sévères).

Le parcours que nous proposons est schématisé en **Figure 5**. L'évaluation pluridisciplinaire permet de construire un Plan Personnalisé de Soins (PPS). Le patient est pris en charge selon les besoins identifiés lors de l'évaluation. Il revient en évaluation intermédiaire et en évaluation finale. Après cette première année d'inclusion et de financement dérogatoire des soins, le patient sera suivi annuellement. L'évaluation standardisée sera reconduite dans les mêmes conditions que lors de la première année. Les étapes sont présentées en détail dans les paragraphes ci-dessous.

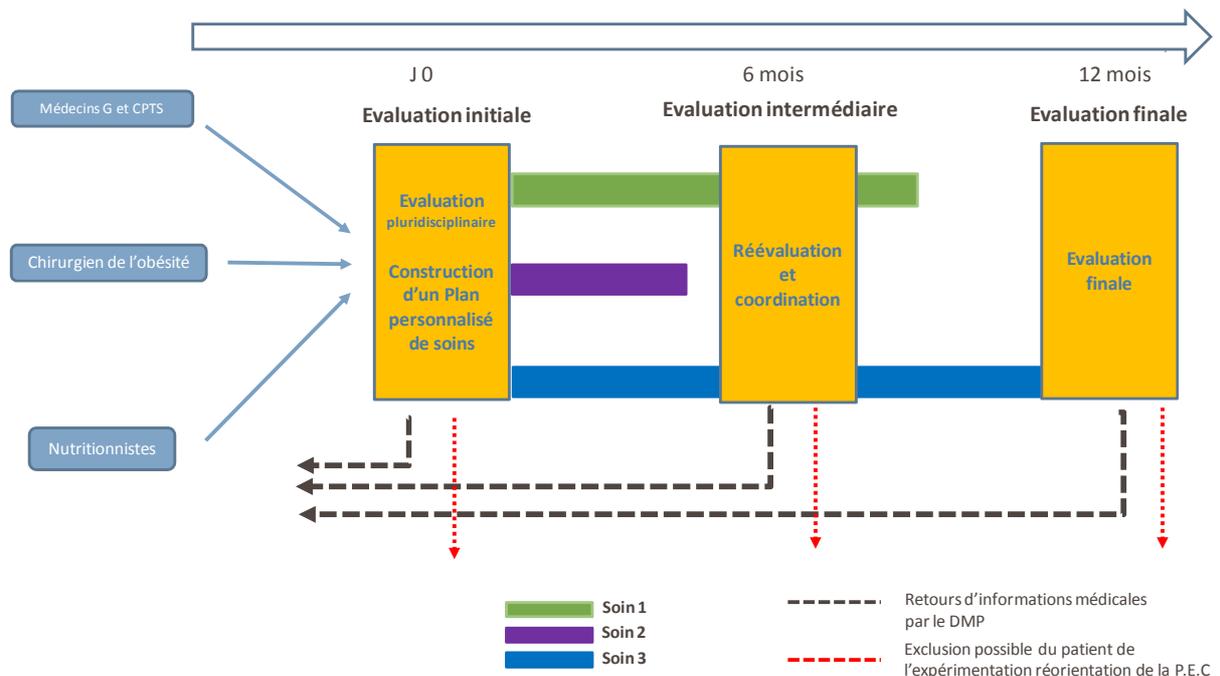


Figure 5 : Représentation graphique du parcours du patient souffrant d'obésité

7.1.1. Etape 1 : Evaluation des besoins du patient

Le patient adulte obèse, de grade II ou III, est adressé par le réseau des professionnels de santé. La coordinatrice vérifie les critères d'inclusion/exclusion. S'ils sont respectés (voir chapitres **7.2.1 Critères d'inclusion** et **7.2.2 Critères d'exclusion** page 34), le patient est reçu au sein de l'Hôpital Privé Guillaume de Varye lors d'une demi-journée d'hospitalisation type HDJ MCO pour réaliser une évaluation normée composée de mesures et tests validés par la littérature scientifique et les recommandations HAS (pour le détail du bilan voir **12. Informations recueillies sur les patients inclus dans l'expérimentation** à la page 55). Le planning prévoit l'évaluation de 4 patients par demi-journée et comprend en plus des consultations, mesures et tests, un staff de concertation pluridisciplinaire et un temps de consultation (CS) avec la coordinatrice pour la présentation du parcours, des plateformes de suivi, des modalités financières et pour répondre aux questions des patients.

La **Figure 6** ci-dessous présente l'organisation de la demi-journée.

Heures	patient 1	patient 2	patient 3	patient 4
13:00	Accueil et formalités administratives			
13:15				
13:30	Remplissage des questionnaires spécifiques			
13:45				
14:00	CS psychologue	CS APA Tests physiques	CS coordinatrice	Bilan diététique
14:15				
14:30				
14:45	Bilan diététique	CS psychologue	CS APA Tests physiques	CS coordinatrice
15:00				
15:15				
15:30	CS coordinatrice	Bilan diététique	CS psychologue	CS APA Tests physiques
15:45				
16:00				
16:15	CS APA Tests physiques	CS coordinatrice	Bilan diététique	CS psychologue
16:30				
16:45				
17:00	Staff équipe pluridisciplinaire* Rencontre association de patients**			
17:15				
17:30				
17:45	CS médicale, présentation PPS, synthèse			
18:00		CS médicale, présentation PPS, synthèse		
18:15			CS médicale, présentation PPS, synthèse	
18:30				CS médicale, présentation PPS, synthèse

* l'équipe pluridisciplinaire se réunit pour échanger avec le médecin sur les besoins du patient

** dans le même temps, les patients rencontrent l'association de patients Croc la Vie 18 autour d'une collation adaptée

Figure 6 : Organisation de la demi-journée d'évaluation

7.1.1.1. ACCUEIL ET FORMALITES ADMINISTRATIVES

Cela correspond à la création administrative du dossier patient : contrôle d'identité, ouverture DMP (voir **13.Obligations règlementaires et recommandations de bonnes pratiques en matière de système d'information et de traitement de données de santé à caractère personnel** page 56), coordonnées du patient, remise des questionnaires spécifiques.

7.1.1.2. REMPLISSAGE DES QUESTIONNAIRES SPECIFIQUES

Les patients rempliront les questionnaires scientifiques spécifiques à l'obésité. La coordinatrice sera présente pour aider les patients à comprendre les questions.

7.1.1.3. CS PSYCHOLOGUE

Au cours de ce bilan, la psychologue vérifiera le remplissage des questionnaires, validera les réponses et les retranscrira dans l'outil d'analyse TIMÉO :

- Echelle de Qualité de Vie Obésité Diététique (EQVOD) [1]
- Estime de soi : score de Rosenberg [2]

La psychologue procédera ensuite à un entretien pour identifier les besoins à inscrire au Projet Personnalisé de Soins (PPS).

7.1.1.4. BILAN DIETETIQUE

Au cours de ce bilan, la diététicienne vérifiera le remplissage des questionnaires, validera les réponses et les retranscrira dans l'outil d'analyse TIMÉO :

- Trouble du comportement alimentaire (DEBQ) [3]
- Hyperphagie (BES) [4]

La diététicienne procédera ensuite à un entretien pour identifier les besoins à inscrire au Projet Personnalisé de Soins (PPS).

7.1.1.5. CS APA TESTS PHYSIQUES

Au cours de ce bilan, l'enseignant en activités physiques adaptées vérifiera le remplissage du questionnaire, validera les réponses et les retranscrira dans l'outil d'analyse TIMÉO :

- Score de sédentarité (Baecke) [5]

L'enseignant en activités physiques adaptées procédera ensuite à des tests physiques :

- Endurance des membres inférieurs : test Killy (position de la chaise contre le mur)
- Aptitude anaérobie : Sit to stand test (MET score)

La fin de l'entretien permettra de discuter des freins à la pratique d'une activité physique pour identifier les besoins à inscrire au Projet Personnalisé de Soins (PPS).

7.1.1.6. CS COORDINATRICE

Au cours de cet entretien, le patient découvrira plus précisément le projet dans lequel il s'inscrit, l'importance de son engagement actif dans son parcours de soin : la présentation du parcours, le suivi, la prise en charge financière des soins inscrits dans son PPS, les plateformes de suivi (logiciel algorithme TIMÉO, DMP), et pour répondre aux questions des patients.

La coordinatrice vérifiera le remplissage du questionnaire de précarité, validera les réponses et les retranscrira dans l'outil d'analyse TIMÉO :

- Score d'Evaluation de la Précarité et des Inégalités de santé dans les Centres d'Examens de Santé (EPICES) [6]

Le patient sera informé que son médecin traitant et les différents intervenants devront avoir accès au DMP.

7.1.1.7. STAFF D'ÉQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE

Une réunion d'équipe pluridisciplinaire offrira un temps d'échange entre les intervenants, qui ont rencontré le patient, et le médecin qui le rencontrera ensuite. Ce temps permet d'identifier les besoins et de proposer un PPS (algorithme TIMÉO). Le médecin traitant pourra, s'il le souhaite, assister à cette réunion d'équipe.

L'équipe pluridisciplinaire formalisera par écrit le PPS :

- Les résultats observés (données qualitatives et quantitatives)
- La signification et l'interprétation des résultats
- La proposition de soins (par validation ou modification de la proposition de l'algorithme TIMÉO)
- Les objectifs à atteindre et les résultats attendus axés sur le changement de comportement (amélioration des indicateurs de santé)

7.1.1.8. RENCONTRE ASSOCIATION DE PATIENTS

Pendant que l'équipe pluridisciplinaire est en staff, les patients rencontreront l'association de patients **croc la vie 18**. Ce temps convivial, autour d'une collation adaptée, permet à l'association de présenter ses activités et le soutien qu'elle peut apporter au patient et à sa famille.

7.1.1.9. CS MEDICALE, PRESENTATION PPS, SYNTHÈSE

La demi-journée d'évaluation se termine par la consultation médicale. Le médecin a déjà connaissance du dossier du patient en le rencontrant. Cela permet au médecin d'approfondir certains points, de présenter le PPS et de synthétiser la demi-journée.

Ainsi, le médecin présente le PPS avec les objectifs à attendre et les moyens (réseau et forfait de soins) à sa disposition pour y parvenir.

Le médecin traitant recevra par messagerie sécurisée les résultats des évaluations, le PPS proposé et la synthèse de la demi-journée de son patient.

7.1.2. Etape 2 : Construction du Projet Personnalisé de Soins

Les résultats aux questionnaires, scores, tests ont été collectés par les différents intervenants au cours de l'évaluation. L'analyse des résultats recueillis lors de la demi-journée d'évaluation va déterminer les besoins en prise en charge à l'aide de l'algorithme décisionnel TIMÉO qui va permettre de déterminer un Projet Personnalisé de Soins (PPS) théorique pour le patient (**Figure 7**). L'algorithme TIMÉO ne comporte aucune Intelligence Artificielle. Il s'agit d'une aide numérique à l'application d'un algorithme décisionnel.

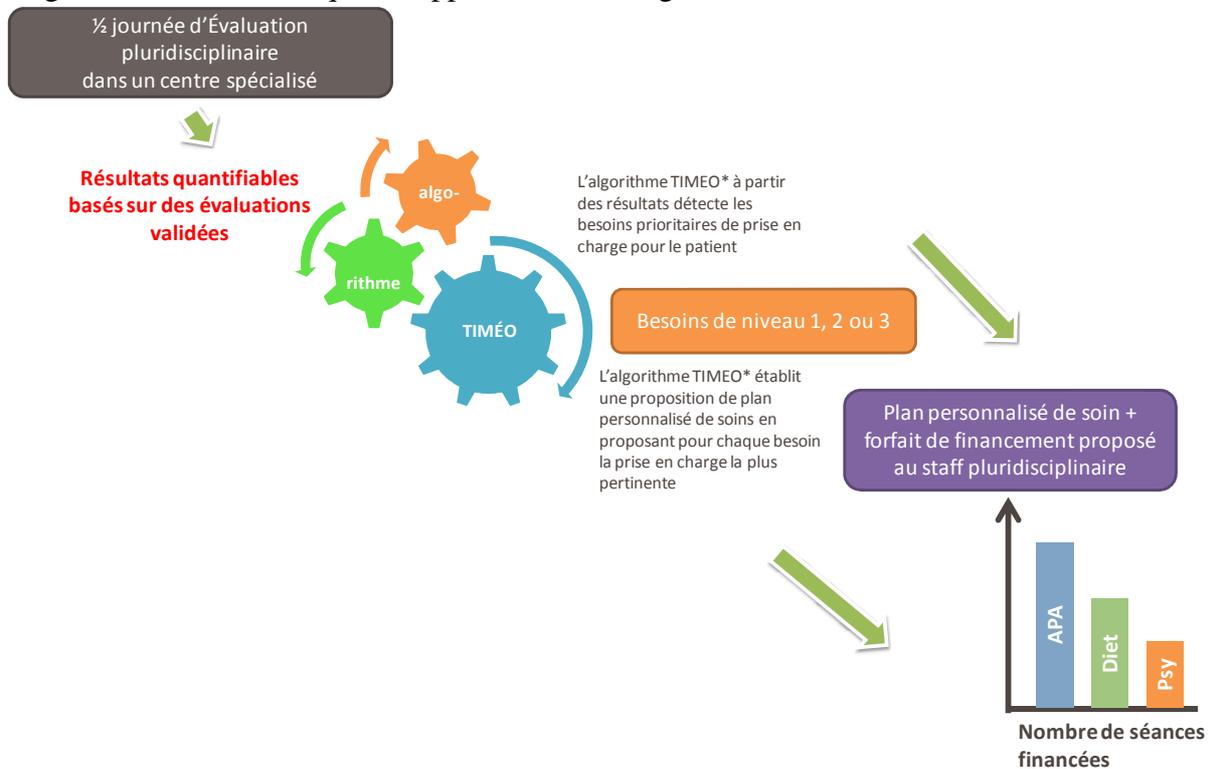


Figure 7 : Construction du Projet Personnalisé de Soins (PPS) par le staff pluridisciplinaire sur proposition de l'algorithme TIMÉO à partir des besoins scientifiquement évalués

7.1.2.1. LES BESOINS

TIMÉO orientera le patient vers la prise en charge la plus pertinente de son obésité. Un staff pluridisciplinaire animé par le médecin coordinateur et la coordinatrice, vérifie l'adéquation du PPS proposé par TIMÉO et l'adapte.

Les besoins sont répartis par domaine de compétences (activités physiques, diététiques, psychologiques) de la manière suivante :

- Activités physiques :
 - o Sédentarité (score de Baecke)
 - o Fonction des membres inférieurs (position de la chaise / Killy test)
 - o Capacité aérobie (MET score)

- Diététiques :
 - o Bien-être alimentaire (Echelle de qualité vie obésité diététique EQVOD, domaine « bien-être alimentaire »)
 - o Privation (Echelle DEBQ, « domaine restriction »)
 - o Influence de l'entourage (Echelle DEBQ, « domaine externalité »)
 - o Hyperphagie (Echelle BES)

- Psychologiques :
 - o Estime de soi (score de Rosenberg)
 - o Bien-être psychosocial (Echelle de qualité vie obésité diététique EQVOD, domaine « impact psychosocial »)

Un besoin dans un domaine de compétence signifie que le patient aura besoin de rencontrer le professionnel compétent (enseignant en activités physiques adaptées, diététicien, psychologue). Le nombre de séances finançables dépend du niveau de besoin. Les niveaux de besoins sont numérotés de 0 à 3 :

- Besoin de niveau 0 correspond à une faible gravité des indicateurs de santé, nécessitant des encouragements et des conseils oraux ou écrits mais ne justifiant pas le financement des interventions d'enseignant en activités physiques adaptées, de diététicien ou de psychologue

- Besoin de niveau 1 correspond à un premier seuil de gravité des indicateurs de santé, justifiant un financement

- Besoin de niveau 2 correspond à une détérioration plus importante des indicateurs de santé, justifiant un financement

- Besoin de niveau 3 correspond à une détérioration sévère des indicateurs de santé, justifiant un financement

Les seuils établis pour définir les niveaux de besoins sont présentés dans le **Tableau 1**. Pour plus de détails sur les prises en charge proposées, se reporter au chapitre **7.1.3 Etape 3 : Contenu et suivi des prises en charge du patient** (page **23**) et à l'**Annexe 7 : Cahier des charges pour les prises en charge en ville**.

Tableau 1 : Détermination des besoins, seuils retenus

Eléments	Outils de mesure	Seuil	Besoin
Sédentarité	BAECKE	<9	1
	BAECKE	<7	2
Fonction membres inférieurs	Position de la chaise / Killy test	<20 s	1
	Position de la chaise / Killy test	<10 s	3
Capacité aérobie	MET-score	<7	2
	MET-score	<6	3
Qualité de vie alimentaire	EQVOD alimentaire	bien-être <40	1
Restriction alimentaire	DEBQ – Restriction	>3	1
Externalité alimentaire	DEBQ – Externalité	>3	2
	DEBQ – Externalité	>4	3
Hyperphagie	BES	≥20	2
	BES	≥27	3
Estime de soi	Score de Rosenberg	<30	1
	Score de Rosenberg	<25	2
	Score de Rosenberg	<20	3
Qualité de Vie	EQVOD impact psycho-social	<40%	1
	EQVOD impact psycho-social	<30%	2
	EQVOD impact psycho-social	<25%	3

7.1.2.2. BESOIN PLURIDISCIPLINAIRE

TIMÉO peut détecter des besoins pluridisciplinaires. Ainsi, si un patient présente des besoins importants dans plusieurs domaines, il sera pertinent de lui proposer une prise en charge pluridisciplinaire plutôt qu'une multitude de prises en charge isolées.

- Un seul besoin isolé, quel que soit le niveau de besoin, ne déclenche pas de besoin pluridisciplinaire. Tout comme deux besoins de niveau 1. C'est le besoin pluridisciplinaire **Pluri 0**.
- Trois besoins de niveau 1 ou un besoin de niveau 1 associé à un besoin de niveau supérieur (2 et/ou 3) déclenchent un besoin pluridisciplinaire **Pluri 1**.

- Deux besoins de niveau 2 associés à un besoin de niveau 3, ou inversement, déclenchent un besoin pluridisciplinaire **Pluri 2**. Tout comme trois besoins de niveau 3.

Le **Tableau 2** synthétise ces règles.

Tableau 2 : synthèse visuelle du déclenchement d'un besoin pluridisciplinaire

Niveau de besoin	Nombre de besoins identifiés par niveau																		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
1	1	0	0	2	3	1	1	1	1	2	2	0	0	1	0	0	0	0	0
2	0	1	0	0	0	1	0	1	0	1	0	1	2	2	0	3	2	1	0
3	0	0	1	0	0	0	1	1	2	0	1	1	0	0	2	0	1	2	3
Pluri	0					1							2						

- Un besoin pluridisciplinaire **Pluri 0** signifie que le patient n'aura pas besoin de participer aux prises en charge dédiées **Pluri 1** et **Pluri 2**.
- Un besoin pluridisciplinaire **Pluri 1** signifie que le patient aura besoin d'une présentation ponctuelle des bases de l'alimentation, de l'activité physique et des bases de psychologie. Au cours d'une journée, le patient devra rencontrer plusieurs intervenants.
Se reporter au chapitre **7.1.3 Etape 3 : Contenu et suivi des prises en charge du patient** (page 23) et à l'**Annexe 8 : Cahier des charges besoin pluridisciplinaire niveau 1** pour plus de détails.
- Un besoin pluridisciplinaire **Pluri 2** signifie que le patient aura besoin d'un accompagnement récurrent des bases de l'alimentation, de l'activité physique et des bases de psychologie. Au cours de plusieurs visites, le patient devra rencontrer plusieurs intervenants pour travailler.
Se reporter au chapitre **7.1.3 Etape 3 : Contenu et suivi des prises en charge du patient** (page 23) à l'**Annexe 9 : Cahier des charges besoin pluridisciplinaire niveau 2** pour plus de détails.

7.1.3. Etape 3 : Contenu et suivi des prises en charge du patient

7.1.3.1. PRISE EN CHARGE DU PATIENT

Le patient effectue son PPS avec les différents acteurs du territoire, labellisés TIMÉO, adhérent à la CPTS locale et à l'association TIMÉO, pendant un an. Se reporter à l'**Annexe 7 : Cahier des charges pour les prises en charge en ville** pour plus de détails.

Tous les actes de prise en charge doivent être tracés. Les documents personnalisés (programme d'entraînement, recettes, etc...) remis au patient devront également être transmis au porteur de projet.

Le suivi de la réalisation des actes permettra de justifier la prise en charge effective des patients nécessaire pour procéder au paiement des intervenants.

Les intervenants doivent se consacrer à la prise en charge du patient. Les bilans seront effectués par le centre expert (poids, IMC, mensurations, évaluation des capacités physiques, score de qualité de vie...).

○ **Accompagnement en activité physique**

Les séances d'accompagnement en activité physique doivent permettre d'éduquer le patient. Il s'agit de lui permettre de pratiquer une activité physique en autonomie ou de l'encourager à trouver une structure sport santé. En aucun cas, il ne s'agit de financer des séances d'entraînement sportif en individuel. Ainsi, les enseignants en activité physique adaptée peuvent recevoir les patients dans un bureau de consultation, sans nécessairement avoir accès à une salle de sport puisque le bilan des capacités physiques aura déjà été réalisé à l'inclusion du patient (voir **7.1.1 Etape 1 : Evaluation des besoins du patient** page 16).

Les prises en charge en activité physique sont les suivantes :

- Une consultation initiale individuelle (60 min) sous forme d'entretien motivationnel pour accompagner le patient à construire une routine d'activité physique (déplacements actifs, exercices programmés, loisirs, identifier les activités "plaisirs"). Lever les freins : planning, météo, lieux, temps pour soi... Co-construire des objectifs réalistes : quantifiables (actimètre) ou non (ressenti, émotions, perception de l'effort...). Planifier une reprise progressive (quoi ? comment ? quand ? où ? avec qui ?). Explication du fonctionnement des outils de suivi d'activités (smartphone, bracelet, podomètre, GPS...).
- des appels téléphoniques (10 min) pour soutenir et motiver le patient dans sa pratique (respect du programme, lever les freins, répondre aux diverses questions)
- des consultations de suivi (20 min) d'identification des réussites et des points de développement, co-construction de nouveaux objectifs. rédaction d'une synthèse
- la création d'un programme (15 min) d'entraînement à l'effort personnalisé adapté aux besoins du patient. Ce programme sera remis au patient en vue d'une pratique autonome
- des accompagnements en séance (60 min) : soit en séance individuelle d'éducation à la pratique d'activité physique (base de l'échauffement, gestes et postures, étirements, conseils équipement...), soit en accompagnement dans un club pour rencontrer les éducateurs sportifs de la structure pour expliquer les besoins du patient et pour adapter les exercices. Cet accompagnement doit permettre de faciliter la pratique autonome du patient en levant les barrières : peur de mal faire les exercices, peur de s'inscrire dans une association.

Au cours des séances, les patients seront encouragés à utiliser des capteurs d'activités (podomètres, accéléromètres, cardiofréquencesmètres...). Les patients feront avec leur équipement (par exemple montre connectée ou smartphone) et ne seront pas obligés d'acheter d'équipement spécifique. En effet, il est aussi possible de faire un relevé des trajets (distance, durée, environnement...) sur un cahier. Les achats d'équipements sportifs (matériel, vêtements...) ne seront pas pris en charge financièrement, ni pour les patients, ni pour les soignants.

Répartition des prises en charge en activité physique selon le niveau de besoin :

- Besoin de niveau 1 : 1 consultation initiale + 2 appels + 1 consultation de suivi
- Besoin de niveau 2 : 1 consultation initiale + 6 appels + 4 consultations de suivi
- Besoin de niveau 3 : 1 consultation initiale + 5 appels + 5 consultations de suivi + 1 programme de réentraînement à l'effort + 4 accompagnements en séances

o **Accompagnement diététique**

Les séances d'accompagnement diététique doivent permettre d'éduquer le patient. Il s'agit de lui permettre de gagner en autonomie : contenu des repas, organisation et préparation. Les diététiciennes peuvent recevoir les patients dans un bureau de consultation, sans nécessairement avoir accès ni à une cuisine thérapeutique, ni à du matériel de suivi spécifique puisque le bilan diététique aura déjà été réalisé à l'inclusion du patient (voir **7.1.1 Etape 1 : Evaluation des besoins du patient** page 16). Les ateliers culinaires sont proposés soit en centre spécialisé dans le cadre des prises en charge pluridisciplinaire Pluri1 et Pluri2, soit au domicile du patient dans le cadre de l'accompagnement en séance (voir ci-dessous).

Les prises en charge en accompagnement diététique sont les suivantes :

- Animation d'ateliers collectifs autour de différentes thématiques. Les ateliers peuvent prendre différentes formes : présentation assistée par ordinateur, jeux ludiques, lecture de livrets... Synthèse des acquis et reformulation par le patient pour vérifier l'acquisition des connaissances. Fixation d'objectifs de réalisation d'exercices pratiques.
 - o atelier n°1 (100 minutes) : les bases de l'alimentaire : les familles d'aliments, la transformation des aliments, les besoins, la répartition dans la journée.
 - o atelier n°2 (100 minutes) : la structuration des repas : l'environnement propice, la durée / le rythme, le plaisir de manger, la lecture des étiquettes.
 - o atelier n°3 (100 minutes) : la gestion des extra / attitude à adopter lors d'évènements : repas festifs, restaurant, invitations...

Pour les ateliers collectifs, nous prévoyons en moyenne 3 patients par atelier. Il sera toléré d'accueillir jusqu'à 6 patients maximum par atelier. Il sera difficile d'atteindre un tel remplissage. Par ailleurs, dans un souci de maintien de la qualité des prestations pour les patients, l'accompagnement doit rester personnalisé, justifiant la limite maximum à 6 patients.

- Une consultation initiale individuelle (60 min) pour permettre l'analyse et l'interprétation des résultats d'évaluation de l'équipe pluridisciplinaire du centre expert. Il s'agit d'analyser, d'expliquer et de reformuler la demande de soin émise par le centre expert. S'assurer que le patient a compris ce qu'on attend de lui. Entretien motivationnel pour

accompagner le patient à travailler sur un changement de comportement alimentaire. Lever les freins : planning, budget, préférences et goût... Co-construire des objectifs réalistes : quantifiables (nombre de portions de famille d'aliments à chaque repas) ou non (ressenti, émotions, bien-être...). Planifier des étapes de travail.

- des consultations de suivi (45 min). Analyse du suivi. Vérification du respect du programme, recueil des impressions, des freins. identification des réussites et des points de développement, co-construction de nouveaux objectifs. Réponse aux questions. Rédaction d'une synthèse.
- des accompagnements en séance (90 min) : soit au domicile du patient pour accompagner le patient à s'organiser, à préparer des repas équilibrés, observer les contenus des placards (base de l'alimentation, planification et structuration, portions et proportions...), soit en accompagnement pour faire des achats (choix des aliments, lecture d'étiquettes, marché et/ou supermarché...).

Au cours des séances, les patients seront encouragés à s'impliquer dans la préparation des repas. Les patients feront avec leur équipement de cuisine habituel et ne seront pas obligés d'acheter d'équipement spécifique. En effet, l'achat de denrées alimentaires, d'ustensiles de cuisine ou autre ne sera pas pris en charge financièrement, ni pour les patients, ni pour les soignants.

Répartition des prises en charge en accompagnement diététique selon le niveau de besoin :

- Besoin de niveau 1 : 3 ateliers collectifs (1 intervenant pour 3 patients, 6 patients maximum)
- Besoin de niveau 2 : 1 consultation initiale + 3 consultations de suivi
- Besoin de niveau 3 : 1 consultation initiale + 3 consultations de suivi + 3 accompagnements en séances

○ **Accompagnement psychologique**

Les séances d'accompagnement psychologique doivent permettre d'éduquer le patient. Il s'agit de lui permettre de gagner en autonomie : prise de décision, capacité à faire et gestion de ses ressources cognitives et comportementales. Les psychologues peuvent recevoir les patients dans un bureau de consultation, sans nécessairement avoir accès à du matériel de suivi spécifique puisque le bilan psychologique aura déjà été réalisé à l'inclusion du patient (voir **7.1.1 Etape 1 : Evaluation des besoins du patient** page 16).

Les prises en charge en accompagnement psychologique sont les suivantes :

- Animation d'ateliers collectifs autour de différentes thématiques. Les ateliers peuvent prendre différentes formes : présentation assistée par ordinateur, jeux ludiques, lecture de livrets... Synthèse des acquis et reformulation par le patient pour vérifier l'acquisition des connaissances. Fixation d'objectifs de réalisation d'exercices pratiques.
 - atelier n°1 (100 minutes) : l'estime de soi, le regard des autres, l'image du corps.
 - atelier n°2 (100 minutes) : la motivation, les ressources et la stratégie de coping.
 - atelier n°3 (100 minutes) : addictions et plaisir.

Pour les ateliers collectifs, nous prévoyons en moyenne 3 patients par atelier. Il sera toléré d'accueillir jusqu'à 6 patients maximum par atelier. Il sera difficile d'atteindre un tel remplissage. Par ailleurs, dans un souci de maintien de la qualité des prestations pour les patients, l'accompagnement doit rester personnalisé, justifiant la limite maximum à 6 patients.

- Une consultation initiale individuelle (60 min) pour permettre l'analyse et l'interprétation des résultats d'évaluation de l'équipe pluridisciplinaire du centre expert. Il s'agit d'analyser, d'expliquer et de reformuler la demande de soin émise par le centre expert. S'assurer que le patient a compris ce qu'on attend de lui. Entretien motivationnel pour accompagner le patient à travailler sur un changement de comportement alimentaire. Lever les freins : planning, budget, environnement familial... Co-construire des objectifs réalistes : quantifiables (ressources mobilisables, stratégies mises en place) ou non (ressenti, émotions, bien-être...). Planifier des étapes de travail.
- des consultations de suivi (45 min). Analyse du suivi. Vérification du respect du programme, recueil des impressions, des freins. identification des réussites et des points de développement, co-construction de nouveaux objectifs. Réponse aux questions. Rédaction d'une synthèse.

Au cours des séances, les patients seront encouragés à s'impliquer dans leur prise en charge. Le psychothérapeute utilisera les techniques ayant prouvé leur efficacité : psychothérapie cognitive et comportementale, pleine conscience, hypnose, image corporelle, approche systémique... [7-9]. Les patients ne seront pas obligés d'acheter d'équipement spécifique. En effet, l'achat de denrées alimentaires, de séances de photographies ou autre ne sera pas pris en charge financièrement, ni pour les patients, ni pour les soignants.

Répartition des prises en charge en accompagnement psychologique selon le niveau de besoin :

- Besoin de niveau 1 : 3 ateliers collectifs (1 intervenant pour 3 patients, 6 patients maximum)
- Besoin de niveau 2 : 1 consultation initiale + 3 consultations de suivi
- Besoin de niveau 3 : 1 consultation initiale + 9 consultations de suivi

o **Accompagnement pluridisciplinaire de niveau 1**

Il s'agit d'une journée d'information et d'éducation à organiser dans tout le département. Cela se fera en lien avec les CPTS et les CLS (contrats locaux de santé). Ils pourront solliciter les acteurs locaux pour réaliser ces journées ; par exemple : le CODES, l'association CARMEL (réseau de santé diabète et obésité) ou les maisons médicales. Lors de ces journées les trois grandes thématiques de prise en charge de l'obésité seront abordées. Ce sera l'occasion de rencontrer différents partenaires, associations et praticiens de santé, dans la proximité immédiate du lieu de vie du patient. Les patients rencontreront une infirmière (présente toute la journée), une diététicienne, un enseignant en activité physique adaptée, un médecin, un psychologue et l'association de patients experts Croc la vie 18, en ateliers collectifs. L'effectif sera de 12 à 15 patients.

Ces prises en charge se dérouleront à l'Hôpital Privé Guillaume de Varye, de 10h à 18h.

Les établissements de santé (hôpitaux, cliniques, maisons de santé) réunissant une équipe pluridisciplinaire de professionnels de santé labellisés « TIMÉO » pourront faire une demande de labellisation auprès du comité de projet pour organiser ces prises en charge.

L'un des objectifs du projet sera de structurer et d'accompagner la création de ces journées sur l'ensemble du territoire du Cher.

Se reporter à l'**Annexe 8 : Cahier des charges besoin pluridisciplinaire niveau 1** pour plus de détails.

○ **Accompagnement pluridisciplinaire de niveau 2**

Il s'agit d'une cure de huit demi-journées de prise en charge pluridisciplinaire dans un établissement de santé dont l'objectif de l'hospitalisation sera de permettre un effet starter à la prise en charge du patient dans les trois grandes composantes de la prise en charge de l'obésité. Les patients rencontreront une infirmière, une diététicienne, un enseignant en activité physique adaptée, un médecin, un kinésithérapeute et un psychologue, en consultation individuelle et/ou en atelier collectif. L'effectif sera de 8 à 10 patients,

Ces prises en charge se dérouleront à l'Hôpital Privé Guillaume de Varye, de 17h à 20h, les mardis et jeudis.

Les établissements de santé (hôpitaux, cliniques, maisons de santé) réunissant une équipe pluridisciplinaire de professionnels de santé labellisés « TIMÉO » pourront faire une demande de labellisation auprès du comité de projet pour organiser ces prises en charge.

L'effet starter sous-entend que la prise en charge aura un triple objectif :

- Faire prendre conscience au patient des problématiques qu'il rencontre dans chacune des trois composantes de sa prise en charge,
- Eduquer le patient à initier une prise en charge dans chacune des composantes,
- S'assurer de la mise en œuvre d'une continuité des soins.

Se reporter à l'**Annexe 9 : Cahier des charges besoin pluridisciplinaire niveau 2** pour plus de détails.

7.1.3.2. ORGANISATION D'UN MAILLAGE TERRITORIAL OU RESEAU DE PRISE EN CHARGE DE L'OBESITE ET DE COORDINATION VILLE-HOPITAL

Les parcours patients sont numériquement supervisés et contrôlés. Les encadrés ci-dessous illustrent l'organisation du réseau TIMÉO.

Le réseau TIMÉO



L'ensemble des praticiens participant à l'expérimentation formera un réseau qui sera labellisé réseau « TIMÉO » pour la durée de l'expérimentation. Les praticiens du réseau « TIMÉO » devront adhérer à la fois à l'association TIMÉO et à la CPTS locale. Pour la pérennité au-delà de l'expérimentation, le projet TIMÉO sera lié aux DAC, CPTS, PTA et CSO afin de venir créer une dynamique de proximité pour la prise en charge de l'obésité pour qu'au-delà de l'expérimentation ce réseau et cette collaboration perdurent.

Le service de médecine du sport de l'Hôpital Privé Guillaume de Varye, OrthoCentre Berry Sport, accueille des étudiants en STAPS et du CREPS pour leur formation d'éducateur sportif spécialisé (cours et stages). Cela facilitera la dynamique de réseau.

Journée intégration au réseau

- HP GDV propose à tous les praticiens souhaitant s'inscrire dans le réseau de prise en charge territoriale de l'obésité de venir au sein de l'établissement participer à une journée de la vie du patient (demi-journée d'évaluation, staff multidisciplinaire, consultation, prise en charge rééducation) afin de mieux comprendre la prise en charge hospitalière du patient, de synchroniser leur discours avec l'équipe soignante et de pouvoir ainsi mieux accompagner le patient dans sa prise en charge de ville.
- L'objectif de cette journée sera aussi de mieux comprendre la construction de l'évaluation du patient et ainsi de mieux interpréter les courriers de synthèse adressés par l'équipe pluridisciplinaire de l'Hôpital Privé Guillaume de Varye.

Journée de formation médicale et paramédicale continue

- HP GDV organise chaque année une journée d'information médicale continue et paramédicale continue permettant de partager auprès des praticiens du territoire l'ensemble des connaissances et des pratiques des spécialistes de son établissement.
- L'édition réalisée en janvier 2018 a rassemblé 45 médecins généralistes du Cher. C'est au travers de cette journée que l'établissement est à même de promouvoir le projet territorial de prise en charge de l'obésité dans le Cher. Cette formation est financée au travers du DPC. Elle n'intégrera pas le budget du projet.

Télé staff

- Au travers du projet de télémedecine de l'ARS, nous proposons que chaque staff pluridisciplinaire de synthèse d'évaluation des patients pris en charge par le projet soit accessible en télé médecine à tous les praticiens du réseau souhaitant suivre la synthèse proposée pour leur patient ou intervenir auprès de l'équipe.
- Cette solution numérique doit permettre d'intégrer directement les praticiens dans le dispositif départemental pluridisciplinaire en leur évitant les déplacements. Chaque praticien pourra ainsi décider ou non d'assister au staff d'un de ses patients.
- Cette solution de télémedecine doit permettre de faire vivre la communauté médicale de prise en charge de l'obésité dans un large territoire aujourd'hui considéré comme désert médical.
- Cette solution de télé entretien permettra également aux praticiens spécialistes de l'établissement de venir, si besoin, apporter leur aide à un praticien de ville souhaitant échanger de façon confidentielle sans avoir à se déplacer auprès de son confrère spécialiste. Ainsi, sans déranger les pratiques professionnelles des praticiens investis dans le projet, l'Hôpital Privé Guillaume de Varye se propose de venir apporter son soutien si besoin aux praticiens de l'ensemble du territoire.
- Les professionnels qui suivent le patient pourront ainsi assister à distance à ce staff, avec sa permission.

Suivi du parcours du patient

- Des outils déjà existants, tel que le logiciel de prise de rendez-vous DOCTOLIB vont permettre de suivre le parcours de soins du patient. En effet le logiciel permet au patient de prendre rendez-vous sur des créneaux spécifiques établis par les praticiens. Il permet aux praticiens de valider la présence du patient et de valider que le rendez-vous a bien été effectué.
- Ce logiciel permettra aux praticiens de bien identifier les patients du projet TIMÉO. Il permettra à la coordinatrice du parcours du patient de suivre en temps réel la planification et la réalisation de celui-ci. Il permettra lors des consultations intermédiaires de faire le point sans générer un travail supplémentaire.
- Ce logiciel répond à toutes les normes de sécurité et de gestion d'information médicale. Aucun développement supplémentaire n'est nécessaire pour l'utilisation de ce logiciel. Un simple paramétrage en collaboration avec l'entreprise devrait être effectué.

Gestion des informations médicales des bilans et des données numériques

- Le dossier médicalisé partagé (DMP) sera le lieu de stockage des différents bilans et des différentes informations médicales du patient. En acceptant le projet de prise en charge, le patient devra accepter les modalités de partage des informations médicales fixées par le DMP, et autoriser l'ensemble des membres de son projet personnalisé de soins à y avoir accès.
- HPGDV est déjà habitué à fournir des comptes rendus de synthèse de ses journées d'évaluation. L'utilisation du DMP permet de favoriser son développement dans le territoire du Cher au travers du projet et permet de diminuer la création de nouvelles contraintes informatiques qui pourraient être chronophages pour les praticiens. Notre objectif sera d'essayer d'insérer ce projet innovant dans le panel d'outils numériques déjà existant.
- Le DMP pourra également contenir la traçabilité du parcours du patient.

Paiement des intervenants de ville

- Les patients ne régleront pas aux intervenants (diététiciennes, enseignants en activités physiques adaptées, psychologues) les frais de prise en charge du PPS. Le forfait de soins obtenu par un patient sera versé à l'association TIMÉO. Cela fait un seul interlocuteur pour l'assurance maladie. Puis, l'association procédera au versement des prestations de chaque intervenant labellisé.
- Le suivi du parcours patient et la traçabilité des actes par les outils permettra à la coordinatrice de valider le versement des prestations effectivement effectuées par les intervenants.
- Lors de l'évaluation initiale qui permet d'établir le PPS, le patient reçoit des fiches de traitement. Ces fiches reprennent les soins qui doivent être délivrés pour les intervenants de ville. Le patient remet ces fiches à l'intervenant, qui les complètera après chaque séance et les adressera au porteur (par courrier ou messagerie sécurisée), comme une feuille de soin, pour intégration de la fiche au dossier papier puis dans le DMP et pour le paiement des actes.
- Le paiement sera soumis au respect des conditions tarifaires, d'adhésion, de formation et de transmission (voir **Annexe 6 : Règles d'engagement des membres du réseau du projet TIMEO**).

Ainsi, les prises en charge se feront au sein d'un réseau de professionnels labellisés TIMÉO, bien identifiés adhérents aux CPTS et participant aux journées de formation et d'information. Des solutions numériques sécurisées seront utilisées pour faciliter les échanges d'informations (télémédecine, agenda partagé DOCTOLIB, DMP).

7.1.4. Etape 4 : Bilan intermédiaire

Le patient revient à 6 mois au centre expert pour faire le point sur son parcours et refaire une évaluation simplifiée et standardisée. La **Figure 8** ci-dessous présente l'organisation de la demi-journée.

C'est également un temps de coordination pour s'assurer que le patient suit régulièrement les soins prescrits.

Le médecin traitant recevra par messagerie sécurisée les résultats des évaluations intermédiaires de son patient.

Heures	patient 1	patient 2	patient 3	patient 4
08:00	Accueil et formalités administratives			
08:15				
08:30	Remplissage des questionnaires spécifiques			
08:45				
09:00	CS coordinatrice	CS APA Tests physiques		Bilan diététique
09:15				
09:30				
09:45	Bilan diététique	CS coordinatrice	CS APA Tests physiques	
10:00				
10:15				
10:30		Bilan diététique	CS coordinatrice	CS APA Tests physiques
10:45				
11:00				
11:15	CS APA Tests physiques		Bilan diététique	CS coordinatrice
11:30				
11:45				
12:00				

Figure 8 : Organisation de la demi-journée d'évaluation simplifiée

7.1.4.1. ACCUEIL ET FORMALITES ADMINISTRATIVES

Cela correspond à la vérification administrative du dossier patient : contrôle d'identité, accès DMP (voir **13. Obligations règlementaires et recommandations de bonnes pratiques en matière de système d'information et de traitement de données de santé à caractère personnel** page 56), vérification des coordonnées du patient, remise des questionnaires spécifiques.

7.1.4.2. REMPLISSAGE DES QUESTIONNAIRES SPECIFIQUES

Les patients rempliront les questionnaires scientifiques spécifiques à l'obésité. La coordinatrice sera présente pour aider les patients à comprendre les questions.

7.1.4.3. BILAN DIETETIQUE

Au cours de ce bilan, la diététicienne vérifiera le remplissage des questionnaires, validera les réponses et les retranscrira dans l'outil d'analyse TIMÉO :

- Trouble du comportement alimentaire (DEBQ) [3]
- Hyperphagie (BES) [4]
- Echelle de Qualité de Vie Obésité Diététique (EQVOD) [1]

La diététicienne procédera ensuite à un entretien pour faire le suivi du Projet Personnalisé de Soins (PPS).

7.1.4.4. CS APA TESTS PHYSIQUES

Au cours de ce bilan, l'enseignant en activités physiques adaptées vérifiera le remplissage du questionnaire, validera les réponses et les retranscrira dans l'outil d'analyse TIMÉO :

- Score de sédentarité (Baecke) [5]
- Estime de soi : score de Rosenberg [2]

L'enseignant en activités physiques adaptées procédera ensuite à des tests physiques :

- Endurance des membres inférieurs : test Killy (position de la chaise contre le mur)
- Aptitude anaérobie : Sit to stand test (MET score)

La fin de l'entretien permettra de discuter des freins à la pratique d'une activité physique et pour faire le suivi du Projet Personnalisé de Soins (PPS).

7.1.4.5. CS COORDINATRICE

Au cours de cet entretien, le patient discutera de l'état d'avancement de son parcours de soin. La coordinatrice notera ces informations et intégrera les courriers de suivi des professionnels TIMÉO dans les plateformes de suivi (DMP, logiciel d'algorithme TIMÉO).

Le patient sera informé que son médecin traitant recevra une synthèse du bilan intermédiaire.

7.1.5. Etape 5 : Evaluation finale

Le patient revient à 12 mois pour effectuer une demi-journée d'évaluation en hospitalisation type HDJ MCO. Cette demi-journée d'évaluation se déroule dans les mêmes conditions que l'évaluation initiale (voir chapitre **7.1.1 Etape 1 : Evaluation des besoins du patient** à la page 16).

Chaque intervenant analysera les résultats avec le patient.

Le staff d'équipe pluridisciplinaire rédigera la synthèse de l'année d'expérimentation au cours de laquelle le patient a pu bénéficier de la prise en charge financière des soins. L'évolution du comportement du patient et de ses indicateurs de santé (voir **Annexe 3 : Bilans et comptes-rendus** page 62) seront analysés. L'équipe pluridisciplinaire vérifiera si les objectifs ont été atteints. L'analyse des résultats permettra également d'établir et de proposer un nouveau PPS au patient (sans financement dérogatoire des soins de ville).

Le médecin référent présentera cette synthèse lors de sa consultation.

Le patient sera informé que son médecin traitant recevra une synthèse du bilan à un an.

7.1.6. Etape 6 : Suivi du patient

En fin de cycle d'expérimentation de la prise en charge financière des soins, le patient est adressé à son médecin traitant avec l'ensemble des résultats et la proposition de PPS pour que celui-ci envisage la suite des soins en-dehors de l'expérimentation. Il pourra solliciter les professionnels du réseau TIMÉO existant, *via* les CPTS notamment.

Chaque année, le patient sera réévalué par le centre expert HP GDV au cours d'une demi-journée d'évaluation en hospitalisation type HDJ MCO (financement de droit commun). Lors de cette visite de suivi, l'équipe pluridisciplinaire proposera un PPS (sans financement dérogatoire des soins de ville) après analyse des résultats au regard des objectifs établis précédemment. Le suivi du patient se déroulera dans les mêmes conditions que pour l'évaluation finale (voir **7.1.5 Etape 5 : Evaluation finale** ci-dessus). Le médecin traitant sera informé des résultats par compte rendu transmis par messagerie sécurisée.

Ainsi, après une première année d'accompagnement avec un financement des prises en charge, le patient sera suivi et évalué les années suivantes afin d'apprécier sa capacité à maintenir ses acquis.

7.1.7. Etape 7 : Sortie d'expérimentation

Les cas de sortie d'expérimentation :

- Si un patient signifie sa volonté d'arrêter l'expérimentation (motif personnel, déménagement...) ou si son état de santé ne permet plus la réalisation du PPS (pathologie, grossesse...)
- Si un patient est perdu de vue : en cas d'absence à un rendez-vous quel qu'il soit (téléphonique, présentiel, pour une évaluation de suivi ou pour un soin) sans réponse à :
 - o Semaine 1 : 3 appels
 - o Semaine 2 : 1 appel + 1 email
 - o Semaine 3 : 1 appel + 1 courrier postal
 - o Semaine 5 : sans réponse, le patient sera considéré comme perdu de vue. Le médecin traitant en sera informé.

En cas de sortie d'expérimentation, on **réoriente** alors le patient vers son médecin traitant qui envisagera la suite des soins. Les évaluations annuelles de suivi sont maintenues si le patient le souhaite.

7.1.8. Etape 8 : Renouvellement

On peut autoriser exceptionnellement le patient à débiter un nouveau cycle TIMÉO (3 cycles maximum pour un patient, donc 2 renouvellements maximum). Toute demande de renouvellement déclenchera la sollicitation de l'assistante sociale de l'établissement. Elle sera conviée avec l'équipe pluridisciplinaire au cours d'une réunion pour formaliser une demande de renouvellement argumentée à adresser au chef de projet qui acceptera ou non la demande. Une demande de renouvellement suite à une sortie d'expérimentation devra être particulièrement argumentée. En cas de renouvellement, on va alors recalculer la catégorie du patient, et donc lui proposer un nouveau plan personnalisé de soins. Le nombre de patients à inclure dans l'expérimentation étant établi, un renouvellement décomptera une place afin de conserver le nombre total d'inclusions fixé au paragraphe **7.3 Effectifs concernés par l'expérimentation** en page 35.

7.2. Population Cible

L'expérimentation s'adresse aux adultes obèses, de grade II ou III (indice de masse corporelle ou IMC ≥ 35 kg/m²), résidant dans le département du Cher. Le patient doit être en mesure de se prendre en charge, être autonome (décider par soi-même) et indépendant (faire par soi-même).

7.2.1. Critères d'inclusion

- Etre indiqué et adressé par son médecin traitant ou un membre d'une CPTS
- IMC ≥ 35 kg/m² (grade II et III)
- Age ≥ 18 ans

- Lieu de résidence principal : département du Cher
- Etre rattaché à un organisme de sécurité sociale
- Comprendre et lire la langue Française pour la rigueur scientifique appliquée à l'interprétation des questionnaires
- Etre autonome physiquement et mentalement pour prendre en charge sa santé
- Public précaire admis, mais les frais de déplacement ne sont pas pris en charge
- Etre en capacité de se déplacer

7.2.2. Critères d'exclusion

- Incapacité physique ou financière du patient à se déplacer par ses propres moyens
- Contre-indication médicale ou psychologique à la participation au dispositif
- Pathologie sous-jacente dont le traitement influencerait de façon significative le PPS.
- Traitement qui influencerait de façon significative le PPS telle qu'une chirurgie bariatrique au cours de la première année de prise en charge
- Grossesse

Tous les patients exclus seront réorientés vers l'unité adaptée pour la prise en charge du facteur d'exclusion (Service médical spécialisé : cardiologie, néphrologie..., PTA, assistante sociale, Conseil départemental du Cher), le médecin coordinateur informera le médecin du patient de la justification de cette exclusion et de l'orientation du patient proposée.

7.3. Effectifs concernés par l'expérimentation

Après 6 mois de finalisation du projet (phase de préparation à la première inclusion), il est prévu 3,5 années d'inclusion, avec une montée en charge progressive du recrutement lors de la 1^e année. Il faudra 4,5 années pour suivre les 1050 patients, qui représentent 10% du nombre d'obèses de grade II et III du Cher.

A la fin du suivi, nous aurons les effectifs prévisionnels suivants :

- 4 années de suivi pour 115 patients
 - 115 patients (la moitié des 230 patients de la 1^e vague d'inclusion)
- 3 années de suivi pour 405 patients
 - 230 patients de la 1^e vague d'inclusion
 - 175 patients de la 2^e vague d'inclusion (la moitié des 350 patients)
- 2 années de suivi pour 755 patients
 - 230 patients de la 1^e vague d'inclusion
 - 350 patients de la 2^e vague d'inclusion
 - 175 patients de la 3^e vague d'inclusion (la moitié des 350 patients)
- 1 année de suivi pour 1050 patients
 - 230 patients de la 1^e vague d'inclusion
 - 350 patients de la 2^e vague d'inclusion
 - 350 patients de la 3^e vague d'inclusion
 - 120 patients de la 4^e vague d'inclusion

Se référer également au chapitre **7.6 Durée de l'expérimentation** et à la **Figure 10** pour visualiser les vagues d'inclusion (page 37).

7.4. Professionnels concernés dans la mise en œuvre de l'expérimentation

Les professionnels concernés par l'orientation ou la prise en charge des patients sont (**Tableau 3**):

- les professionnels de santé (CPTS) qui orientent le patient obèse vers l'expérimentation
- les professionnels réalisant les prises en charge dans le cadre de l'expérimentation (psychologues, diététiciens, Enseignants en Activités Physiques Adaptées), adhérant à une CPTS

Tableau 3 : Synthèse des professionnels impliqués dans la prise en charge des patients

Professionnels			
Qui	Comment sont-ils identifiés ?	Comment intègrent-ils le projet ?	Quel(s) objectif(s)? quel intérêt(s) ?
psychologues	C.P.T.S	en participant aux formations DPC Timeo	augmentation de la file active de patients.
diététiciens			Améliorer la qualification de la file active.
prof A.P.A			Augmenter leurs lisibilités.
médecin			avoir une offre de soin complémentaire pour leurs patients obèses.
Pluri 1	C.P.T.S		intégrer leurs prises en charge dans un projet de soins au-delà de la prise en charge "isolée" proposée
Pluri 2			

7.5. Terrain d'expérimentation

- Un centre expert, Hôpital Privé Guillaume de Varye, pour l'évaluation standardisée
- Professionnels du réseau TIMÉO pour les prises en charge (département du Cher exclusivement), membres d'une CPTS du Cher

Le projet prévoit des inclusions en différentes phases, pour une montée en charge du recrutement par zone géographique (**Figure 9**) :

- Première vague de prise en charge (1^e année d'inclusion) : patients issus principalement des agglomérations de Bourges et Vierzon
- Deuxième vague de prise en charge (2^e année d'inclusion) : patients issus principalement de l'Est du département (Aubigny-sur-Nère, Sancerre, La Guerche-sur-l'Aubois)
- Troisième vague de prise en charge (3^e année d'inclusion) : patients issus principalement du Sud du département (Saint Amand Montrond, Dun-sur-Auron, Sancoins, Lignières)

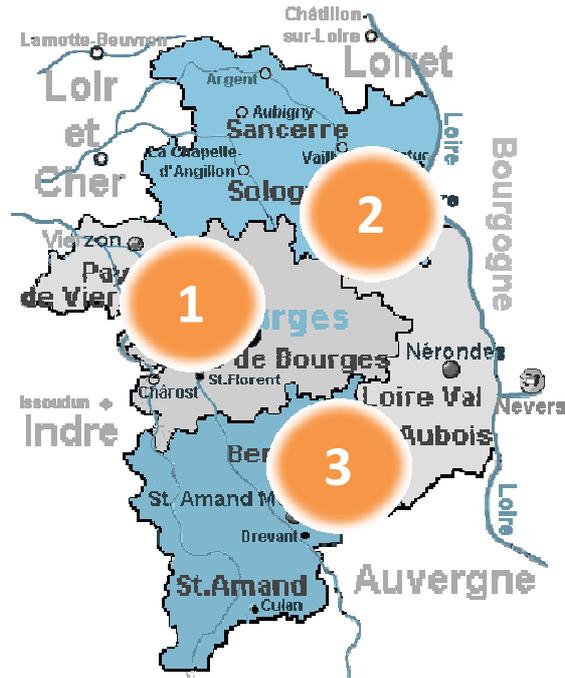


Figure 9 : Phases d'inclusion géographique

7.6. Durée de l'expérimentation

L'expérimentation dure 5 ans selon le schéma prévisionnel présenté à la **Figure 10**.

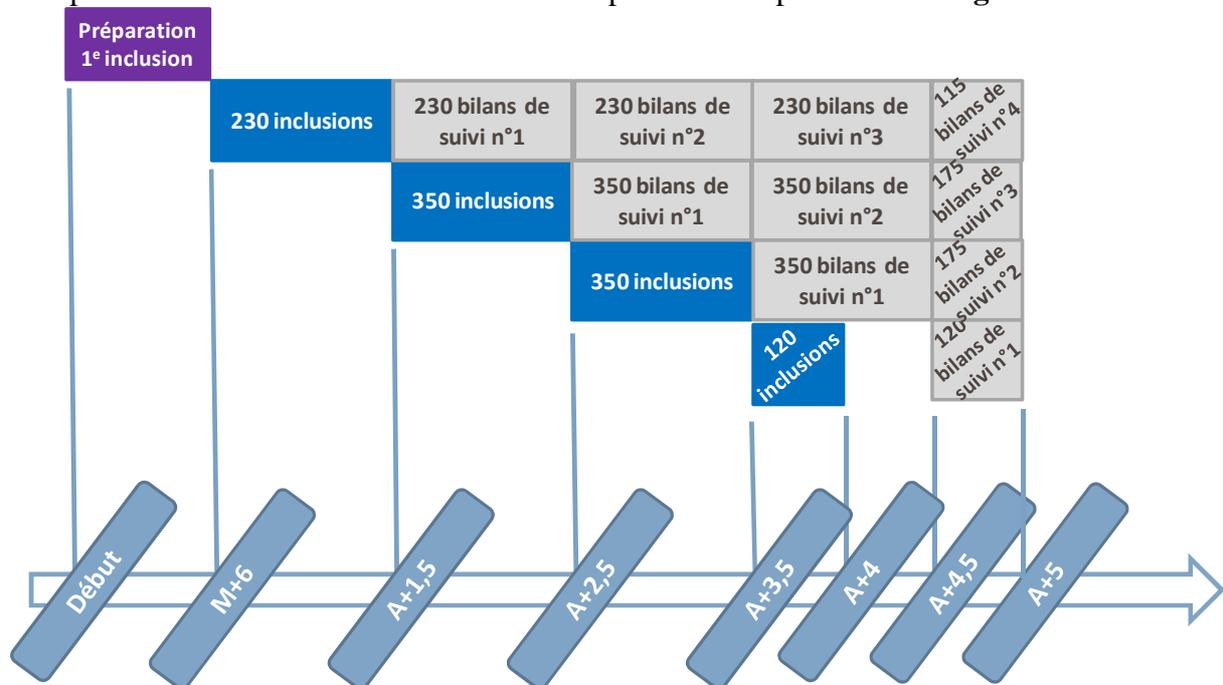


Figure 10 : Vue macroscopique du planning prévisionnel de déroulement de l'expérimentation

Chaque patient est inclus pour une année complète (365 jours). Au cours de cette année, il aura réalisé :

- une évaluation initiale à HP GDV, permettant d'établir son PPS
- des prises en charge de ville selon ses besoins (psychologique, diététique, activité physique)
- une évaluation intermédiaire à 6 mois
- la poursuite des prises en charge de ville
- une évaluation finale à 1 an

7.6.1. Planning prévisionnel des grandes phases de mise en œuvre du projet d'expérimentation

7.6.1.1. PHASE 1: PREPARATION A LA PREMIERE INCLUSION

- Finalisation organisationnelle HP GDV (recrutement interne, communication externe)
- Développement de l'outil d'automatisation de l'algorithme TIMÉO
- Début des formations des professionnels du réseau TIMÉO et labellisation des professionnels
- Création d'une file active de patients

7.6.1.2. PHASE 2: INCLUSION DES PATIENTS

Lors de cette phase, 350 patients par an sont évalués ou suivis par l'Hôpital Privé Guillaume de Varye et sont adressés en fonction de leurs besoins et du PPS à l'ensemble des acteurs du réseau de praticiens TIMÉO.

7.6.1.3. PHASE 3: FIN DU SUIVI AU 12E MOIS

Chaque patient sera suivi pendant 12 mois. Il faudra attendre la 4^e année pour que l'ensemble des patients ait effectué l'évaluation du 12^e mois de suivi.

7.7. Gouvernance et suivi de la mise en œuvre

7.7.1. Porteur de projet

L'association TIMÉO sera porteur de projet et de la mise en œuvre de l'expérimentation.

7.7.2. Chef de projet

Pour la mise en place de cette expérimentation, l'association TIMÉO nommera un chef de projet. Il met en place les moyens nécessaires au bon déroulement du parcours. Il travaille en relation avec les équipes locales. Il assiste de manière opérationnelle le comité projet : communication, coordination des acteurs de proximité. Il participe à l'évaluation de la prise en charge, réfère au médecin traitant ou médecin d'appui les résultats. Il organise des temps de concertation avec l'ensemble des professionnels acteurs.

Rôle du chef de projet :

- Préparation de l'expérimentation
- Conduite des actions de communication
- Fédération et coordination des acteurs (réunions, conventions...)
- Identification des territoires effecteurs
- Pilotage et mise en place des modifications organisationnelles (élaboration outils de coopération, documentation, guide pratique...)
- Adaptation du SI
- Formation et accompagnement des professionnels (SI)
- Appui aux professionnels de proximité
- Suivi du tableau de bord
- Suivi de la comptabilité du projet

Comité projet :

Le pilotage opérationnel du projet est assuré par le comité projet, composé d'un représentant de chaque structure partenaire du projet.

- Porteur de projet, représentant l'association TIMÉO
- Chef de projet nommé par l'association TIMÉO
- Médecin référent
- Coordinatrice
- Représentants des CPTS
- Représentant Association de patients Croc La Vie 18

Le comité projet se réunit 1 fois par mois la 1^{ère} année, puis tous les trimestres les années suivantes. Il veille à la réalisation et au bon déroulement du projet.

Ses missions sont de :

- Analyser le processus d'avancement du projet, les premiers résultats et les freins.
- Etre force de propositions face aux difficultés opérationnelles.
- Décider des actions à mettre en œuvre au regard des propositions du comité stratégique.
- Evaluer les propositions des professionnels du terrain.
- Créer du lien entre tous les acteurs du projet.
- Labelliser les établissements de santé (hôpitaux, cliniques, maisons de santé) réunissant une équipe pluridisciplinaire de professionnels de santé labellisés « TIMÉO » souhaitant organiser les prises en charge pluridisciplinaires Pluri1 et Pluri2.

Comité stratégique :

Il valide et veille à l'avance des différentes orientations stratégiques du projet.

- Equipe comité projet ci-dessus
- 1 représentant de l'ARS (invité si besoin)
- 1 représentant de l'Assurance Maladie (invité si besoin)
- 1 responsable de l'évaluation (invité si besoin)

Le Comité stratégique se réunit à minima une fois tous les 3 mois la première année de l'expérimentation, puis deux fois par an ultérieurement. Ce comité statue uniquement sur les points mis à l'ordre du jour par le comité projet. Chaque membre (hors invité) dispose d'une voix lors des votes.

Ses missions sont de :

- Etre garant de l'implication des différents partenaires
- S'assurer de la circulation de l'information (ascendante et descente)
- Garantir la qualité de l'évaluation
- Etre force de proposition en cas de difficultés stratégiques
- Identifier les investissements nécessaires au déroulement du projet

7.7.3. L'équipe d'évaluation de l'Hôpital Privé Guillaume de Varye

Elle regroupe l'ensemble des praticiens de l'Hôpital Privé Guillaume de Varye, libéraux ou salariés participant à la mise en œuvre des évaluations (**Tableau 4**). Ces équipes sont placées sous la direction du directeur d'établissement.

Tableau 4 : Présentation de l'équipe en charge de l'évaluation du patient (ou leurs remplaçants)

Médecin du Sport	Kinésithérapeute	Enseignant en Activités Physiques Adaptées
Docteur AUBERT Julie	Madame ARANCIO Jade	Docteur BOUDENOT Arnaud
Docteur DESSUS François	Monsieur BEAUBOIS Yoann	Madame HEBERT Jennyfer
Docteur RIVIERE Jean Marie	Monsieur MOUSSE Antoine	Monsieur LACROIX Simon
Psychologue	Monsieur RENAUD Thibaut	Madame ROBIDOU Tania
PINSON Aurélie	Monsieur RENNE Nicolas	Chirurgien
Diététicienne	Monsieur RIBEIRO Nuno	Docteur NTARUNDENGA Urbain
Madame FLECK Fanny	Cadre infirmier	Docteur PFLIEGER Hannah
Madame LANOUE Christine	Mme MATUSZEZAK Charlotte	Docteur THOMAS Céline

8. Financement de l'expérimentation

8.1. Modèle de financement

Il s'agit d'un modèle de financement mixte, substitutif et complémentaire, au forfait, pour une séquence de 12 mois.

- Financement par forfaits.
- Les montants des forfaits sont déterminés en fonction de la sévérité de la pathologie.
- La sévérité est déterminée à partir d'une évaluation complète et standardisée du patient basée sur les recommandations professionnelles et scientifiques.
- Les forfaits permettent le financement d'un PPS établi à partir des besoins de prise en charge en fonction de la sévérité des indicateurs de santé du patient.
- La prise en charge financière du PPS est sans reste à charge pour le patient.
- Le patient est encouragé à poursuivre son suivi en ville.

8.2. Méthode de calcul utilisée

Nous avons réalisé une analyse préalable de notre panel de plus de 100 patients candidats à la chirurgie bariatrique pour estimer le nombre de patients concernés par les besoins de niveaux 1, 2 et 3, ainsi que les besoins pluridisciplinaires de niveaux 1 et 2, et définir ainsi les besoins de financement dérogatoires associés (**Tableau 5**).

Tableau 5 : Analyse des besoins à partir d'un panel de plus de 100 patients candidats à la chirurgie bariatrique

Besoin du panel	Besoin AP	Besoin Diet	Besoin Psy	Total par besoin
0	2%	22%	48%	72%
1	13%	53%	26%	92%
2	34%	21%	15%	70%
3	51%	4%	11%	66%
Pluri 0	/	/	/	20%
Pluri 1	/	/	/	70%
Pluri 2	/	/	/	10%
Total par domaine intervention	100%	100%	100%	/

Les contenus des prises en charge par niveau de besoin et par intervenant sont présentés au chapitre **7.1.3.1 Prise en charge du patient** à la page **23**. Se reporter également à l'**Annexe 7 : Cahier des charges pour les prises en charge en ville** pour plus de détails.

Pour l'ensemble des prises en charge des besoins (niveau 1, niveau 2, niveau 3, Pluri 1 et Pluri 2), les intervenants sont rémunérés selon un tarif horaire fixe et commun de 45 €. En revanche, le tarif horaire des médecins diffère et est fixé à 100 €.

Comme mentionné en **Annexe 6 : Règles d'engagement des membres du réseau du projet TIMÉO**, les frais de déplacement ne sont pas pris en charge (ni pour les patients, ni pour les soignants lors de leurs déplacements pour accompagner les patients dans les activités proposées – voir **Annexe 6 : Règles d'engagement des membres du réseau du projet TIMÉO** page **85**).

8.3. Financement de droit commun

L'évaluation du patient est réalisée avec un financement de droit commun du type hospitalisation de jour MCO. Chaque patient est évalué au minimum deux fois : en début et en fin de prise en charge expérimentale, et jusqu'à 4 ans de suivi pour la première vague d'inclusion de patients (voir **7.3 Effectifs concernés par l'expérimentation** page 35).

8.4. Financement des soins FISS

Les coûts de prise en charge du patient sont variables en fonction de ses besoins (déterminés à l'issue de l'évaluation initiale) et de l'intensité des interventions qui lui seront proposées.

Deux interventions sont systématiques et valorisées à un coût fixe pour tous les patients :

- la coordination et le suivi du patient (110 €)
- l'évaluation intermédiaire (115 €).

Ensuite, quatre types d'interventions variables en intensité en fonction des besoins du patient peuvent être dispensés :

- Accompagnement psychologique par le psychologue – intensité 0, 1, 2, ou 3 (0 €, 75€, 150 € ou 350 € respectivement)
- Accompagnement diététique par le diététicien – intensité 0, 1, 2, ou 3 (0 €, 75€, 150 € ou 350 € respectivement)
- Accompagnement en activité physique par l'EAPA – intensité 0, 1, 2, ou 3 (0 €, 75€, 150 € ou 350 € respectivement)

Ces trois types d'accompagnement monodisciplinaires peuvent se cumuler (exemple : le patient a un niveau 3 dans ces trois catégories de besoins, le coût de la prise en charge pour ces interventions sera de 3 x 350€).

Pour les cas les plus complexes, une intervention pluridisciplinaire peut être proposée le cas échéant :

- Accompagnement pluriprofessionnel – intensité 0, 1, ou 2 (0 €, 150 € ou 560 €)

La **Figure 11** présente les montants de financement des soins dérogatoires. Le financement est annuel. Un patient peut présenter une absence de besoin concernant une intervention et des besoins élevés pour d'autres interventions.

Mono 0	Besoin AP de niveau 0 • 0 € de financement • Pas de prise en charge	Besoin DIET de niveau 0 • 0 € de financement • Pas de prise en charge	Besoin PSY de niveau 0 • 0 € de financement • Pas de prise en charge	Pluri 0	Besoin PLURI de niveau 0 • 0 € de financement • Pas de prise en charge pluridisciplinaire
Mono 1	Besoin AP de niveau 1 • 75 € de financement de séances • Prise en charge par un EAPA	Besoin DIET de niveau 1 • 75 € de financement de séances • Prise en charge par un diététicien	Besoin PSY de niveau 1 • 75 € de financement de séances • Prise en charge par un psychologue	Pluri 1	Besoin PLURI de niveau 1 • 150 € de financement d'une journée • Prise en charge pluridisciplinaire
Mono 2	Besoin AP de niveau 2 • 150 € de financement de séances • Prise en charge par un EAPA	Besoin DIET de niveau 2 • 150 € de financement de séances • Prise en charge par un diététicien	Besoin PSY de niveau 2 • 150 € de financement de séances • Prise en charge par un psychologue	Pluri 2	Besoin PLURI de niveau 2 • 560 € de financement de 8 demi-journées • Prise en charge pluridisciplinaire
Mono 3	Besoin AP de niveau 3 • 350 € de financement de séances • Prise en charge par un EAPA	Besoin DIET de niveau 3 • 350 € de financement de séances • Prise en charge par un diététicien	Besoin PSY de niveau 3 • 350 € de financement de séances • Prise en charge par un psychologue		

Figure 11 : Financement des soins basé sur l'intensité des besoins du patient (lié à la sévérité de l'obésité). Les trois besoins monodisciplinaires « MONO », correspondant à la prise en charge de l'activité physique (AP), de la diététique (DIET) et psychologique (PSY), se cumulent et s'ajoutent à une prise en charge pluridisciplinaire « PLURI ». L'intensité de chaque prise en charge monodisciplinaire va de « MONO 0 » : 0 € (pas de financement), à « MONO 3 » : 350 €. L'intensité de la prise en charge pluridisciplinaire va de « PLURI 0 » : 0 € (pas de financement), à « PLURI 2 » : 560 €.

Pour un patient donné, le coût de sa prise en charge sera la somme des interventions diététique (niveau 0, 1, 2 ou 3), activité physique (niveau 0, 1, 2 ou 3), psychologique (niveau 0, 1, 2 ou 3), pluridisciplinaire (niveau 0, 1, ou 2), coordination et suivi du patient, et évaluation intermédiaire. Rappel : les niveaux 0 ont une valeur égale à 0 €.

Par exemple, un patient ayant un besoin de niveau 1 dans un seul domaine (diététique), déclenchant un besoin pluridisciplinaire de niveau 0 (voir **7.1.2.2 Besoin pluridisciplinaire** page 22), disposera d'un forfait de soins de 75 €. En ajoutant la coordination (110 €) et l'évaluation intermédiaire (115 €), le coût de la prise en charge de ce patient serait de 300 €.

Au maximum, un patient ayant des besoins de niveau 3 dans les trois domaines (diététique, activité physique et psychologique), déclenchant un besoin pluridisciplinaire Pluri 2 (voir **7.1.2.2 Besoin pluridisciplinaire** page 22), disposera d'un forfait de soins de 1 610 € (3 x 350 € + 560 €). En ajoutant la coordination (110 €) et l'évaluation intermédiaire (115 €), le coût de la prise en charge de ce patient serait de 1 835 €.

D'après nos estimations présentées au **Tableau 5**, cela correspond à moins de 10% de notre panel.

Par exemple, un patient physiquement actif présentant des compulsions alimentaires n'obtiendra pas de financement pour un accompagnement en activité physique. En revanche, avec un besoin de niveau 3 en accompagnement psychologique, il pourra avoir un financement à hauteur de 350 € pour être suivi par un psychologue pour le traitement de ses compulsions. Et, avec un besoin de niveau 1 en accompagnement diététique, il pourra obtenir un financement de 75 € pour le suivi par une diététicienne pour reprendre les bases de l'alimentation équilibrée.

Se référer à l'**Annexe 5 : Cas cliniques** pour plus de détails (à partir de la page 76).

Les modalités de versement et de facturation seront établies et détaillées dans la convention de financement entre le porteur et la Cnam.

8.4.1. Coordination, suivi et gestion des patients

La coordination des soins du patient représente un coût de **110 €** dont le détail est affiché au **Tableau 6**. Le suivi des soins effectués par le patient permettra de rémunérer les intervenants ayant effectué les prises en charge.

Tableau 6 : Coût de coordination, suivi et gestion des patients

		CU	Qté (en hre)	Coût	Total / patient
Coordination, suivi et gestion des patients	Accueil des patients	35 €	0,4	14 €	110 €
	Suivi des patients	25 €	0,6	15 €	
	Logiciel de suivi TIMÉO	15 €	1	15 €	
	Gestion facturation acteurs libéraux	10 €	1	10 €	
	Coordination opérationnelle	60 €	0,2	12 €	
	Courrier sortie rédaction et envoi	9 €	1	9 €	
	Frais généraux	15 €	1	15 €	
	Loyer	20 €	1	20 €	

8.4.2. Calcul et tarification de la prise en charge des besoins de niveau 1

La prise en charge des besoins de niveau 1 se base sur un forfait de **75 €** par intervenant en accompagnement dans les domaines diététique, activité physique ou psychologique. Un patient peut avoir des besoins niveau 1 et il pourra bénéficier d'une fois, deux fois ou trois 75 € pour rencontrer les intervenants dans un, deux ou trois domaines.

Les 75 € correspondent 100 minutes de travail par l'intervenant pour la prise en charge du patient (45 € / heure).

8.4.3. Calcul et tarification de la prise en charge des besoins de niveau 2

La prise en charge des besoins de niveau 2 se base sur un forfait de **150 €** par intervenant en accompagnement dans les domaines diététique, activité physique ou psychologique. Un patient peut avoir des besoins niveau 2 et il pourra bénéficier d'une fois, deux fois ou trois 150 € pour rencontrer les intervenants dans un, deux ou trois domaines.

Les 150 € correspondent à 200 minutes de travail par l'intervenant pour la prise en charge du patient (45 € / heure).

8.4.4. Calcul et tarification de la prise en charge des besoins de niveau 3

La prise en charge des besoins de niveau 3 se base sur un forfait de **350 €** par intervenant en accompagnement dans les domaines diététique, activité physique ou psychologique. Un patient peut avoir des besoins niveau 3 et il pourra bénéficier d'une fois, deux fois ou trois fois 350 € pour rencontrer les intervenants dans un, deux ou trois domaines.

Les 350 € correspondent 465 minutes de travail par l'intervenant pour la prise en charge du patient (45 € / heure).

8.4.5. Calcul et tarification de la prise en charge des besoins pluridisciplinaires « Pluri 1 »

Le forfait sera de 150€ par patient pour ce type de prise en charge, quel que soit le nombre de patients participant.

Tableau 7 : Construction du forfait « Pluri 1 » de 150 € par patient : obtenu par le coût d'une journée de prise en charge pluridisciplinaire « Pluri 1 » pour 12 patients

Interventions	taux horaire / unitaire	quantité	total
Diététicienne	45,00 €	2,5	112,50 €
EAPA	45,00 €	2,5	112,50 €
Psychologue	45,00 €	2,5	112,50 €
Infirmière	45,00 €	8	360,00 €
Médecin	100,00 €	1,5	150,00 €
Repas*	15,00 €	21	315,00 €
Locaux / énergie	300,00 €	1	300,00 €
Coordination**	35,00 €	8	280,00 €
Association patients	50,00 €	1	50,00 €
Total			1 792,50 €

* Repas pour les patients, les intervenants, l'association de patients experts

** Les coûts de coordination correspondent à 8 heures de travail préparatoire pour organiser les 8 heures de prises en charge des 12 à 15 patients par plusieurs intervenants, comprenant également un temps de repas

Le coût d'une journée de prise en charge pluridisciplinaire Pluri 1 (voir **Annexe 8 : Cahier des charges besoin pluridisciplinaire niveau 1**) est de 1 792,50 € (**Tableau 7**). Il faudra entre 12 et 15 patients, disposant chacun d'un forfait de **150 €**, pour permettre la réalisation de la journée.

8.4.6. Calcul et tarification de la prise en charge des besoins pluridisciplinaires « Pluri 2 »

Le forfait est de 560 € par patient, quel que soit le nombre de patients participant.

Tableau 8 : Construction du forfait « Pluri 2 » de 560€ par patient : obtenu par le coût des huit demi-journées de prise en charge pluridisciplinaire « Pluri 2 » pour 8 patients

Interventions	taux horaire / unitaire	quantité	total
Diététicienne	45,00 €	10,00	450,00 €
EAPA	45,00 €	6,00	270,00 €
Psychologue	45,00 €	12,00	540,00 €
Kinésithérapeute	45,00 €	3,00	135,00 €
Infirmière	45,00 €	24,00	1 080,00 €
Médecin	100,00 €	2,00	200,00 €
Locaux / énergie	200,00 €	8	1 600,00 €
Coordination*	200,00 €	1	200,00 €
Total			4 475,00 €

*Les coûts de coordination sont un forfait fixe de 200 € pour l'organisation des 8 demi-journées, pour l'ensemble des patients et des intervenants et le volume horaire est inférieur au volume horaire pour organiser la séance Pluri 1.

Le coût des huit demi-journées de prise en charge pluridisciplinaire Pluri 2 (voir **Annexe 9 : Cahier des charges besoin pluridisciplinaire niveau 2**) est de 4 475 € (**Tableau 8**) à 4 525 € (**Erreur ! Source du renvoi introuvable.**). Il faudra entre 8 et 10 patients, disposant chacun d'un forfait de **560 €** pour permettre la réalisation de la prise en charge.

8.4.7. Evaluation intermédiaire

Le patient réalise également une évaluation intermédiaire, simplifiée, au 6^e mois dont les coûts entrent dans le budget FISS. Le patient rencontre une équipe restreinte d'intervenants pour un coût de **115 €** dont le détail est présenté au **Tableau 9**. Se référer au chapitre **7.1.4 Etape 4 : Bilan intermédiaire** page **31** pour le contenu du bilan intermédiaire.

Tableau 9 : Coût de l'évaluation intermédiaire

		CU	Qté (en hre)	Coût	Total / patient
Evaluation intermédiaire	Coordination opérationnelle	60 €	0,2	12 €	115 €
	ASQ	40 €	0,6	24 €	
	Diét	45 €	0,6	27 €	
	APA	45 €	0,6	27 €	
	Matériel	10 €	1	10 €	
	Loyer	15 €	1	15 €	

8.4.8. Synthèse des forfaits

Le **Tableau 10** ci-dessous présente la synthèse des forfaits.

Tableau 10 : Synthèse des forfaits

Forfait	Montant par patient
Forfait de coordination et suivi (pour 100% des patients inclus, non renouvelable)	110€
Besoin psychologique	0€ / 75€ / 150€ / 350€ (selon l'intensité de la prise en charge)
Besoin diététique	0€ / 75€ / 150€ / 350€ (selon l'intensité de la prise en charge)
Besoin activité physique	0€ / 75€ / 150€ / 350€ (selon l'intensité de la prise en charge)
Forfait Pluri	0€ / 150€ / 560€
Forfait évaluation intermédiaire (pour 100% des patients inclus, non renouvelable)	115€

Voir le **Tableau 1 : Détermination des besoins, seuils retenus** à la page **22** pour savoir quand déclencher un besoin monodisciplinaire psychologique, diététique et activité physique.
Voir le **Tableau 2 : synthèse visuelle du déclenchement d'un besoin pluridisciplinaire** à la page **23** pour savoir quand déclencher un besoin pluridisciplinaire.

8.5. Coût d'ingénierie FIR

Finalement, nous prévoyons un budget d'amorçage et d'ingénierie (FIR) pour la finalisation du projet : coordination de projet, animation du réseau, le développement de l'outil TIMÉO... (Tableau 11).

Tableau 11 : Coût d'ingénierie FIR

	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Année 5
Coordinateur de projet	19 000 €	6 000 €	6 000 €	6 000 €	4 500 €
Paramétrage de l'outil projet	6 000 €	2 000 €	2 000 €	1 000 €	500 €
Frais animation et formation	4 500 €	1 000 €	1 000 €	1 000 €	1 000 €
Frais de communication et de représentation du projet	18 000 €	6 000 €	3 000 €	3 000 €	4 500 €
Frais divers	3 000 €	2 000 €	2 000 €	2 000 €	1 000 €
Loyer	3 600 €	3 600 €	3 600 €	3 600 €	3 600 €
Total	54 100 €	20 600 €	17 600 €	16 600 €	15 100 €

8.6. Estimation des coûts de la prise en charge actuelle et des coûts évités /économies potentielles

L'expérimentation que nous proposons représenterait un budget FISS (hors droit commun et FIR) de 830 550 € sur 5 ans, soit une moyenne de 166 100 € annuellement en fonction de la montée en charge prévisionnelle et effective (voir Figure 12).

Le coût moyen pondéré de sa prise en charge FISS reviendrait à 791 € par patient. Ce coût a été calculé en fonction des estimations du porteur fondées sur l'activité de l'Hôpital privé Guillaume de Varye, chez les candidats à la chirurgie bariatrique. Pour comparaison, les coûts de santé d'un patient obèse s'élèvent à 2 500 € annuellement d'après l'étude d'Emery et collaborateurs [10].

Les dépenses de santé sont très importantes chez le patient souffrant d'obésité. Une étude médico-économique réalisée en France auprès de sujets obèses et diabétiques révèle un potentiel d'économie de santé de plus de 500 € par an et par patient pris en charge avec un programme d'exercices physiques [11].

8.7. Besoin de financement

8.7.1. Synthèse du besoin de financement

Le **Tableau 12** ci-dessous présente les besoins de financement FISS + FIR année par année.

Tableau 12 : Synthèse du besoin de financement

	Nombre de patients	FISS	FIR
Année 1	230	181 930 €	54 100 €
Année 2	350	276 850 €	20 600 €
Année 3	350	276 850 €	17 600 €
Année 4	120	94 920 €	16 600 €
Année 5	0	0 €	15 100 €
Total	1050	830 550 €	124 000 €
Coût total moyen par patient de l'expérimentation FISS + FIR (1050 patients)		954 550 € (soit 909 €/patient, dont 791 €/patient de financement dérogatoire)	

8.7.2. Synthèse détaillée des besoins de financement

Le détail des coûts annuels est présenté à la **Figure 12** ci-dessous.

Sur le coût total moyen de la prise en charge dérogatoire par patient (FISS), il y a 2,50 € de substitutif du droit commun. En effet, la prise en charge pluridisciplinaire Pluri 2 contient une consultation médicale en plus des autres interventions. L'intervention du médecin et celles des intervenants seront financées complètement dans le cadre du forfait. Or, un montant de 25 € relatif à la consultation médicale sera substitutif car remplace un financement qui peut se faire dans le droit commun. On projette que 10% du panel pourra bénéficier d'une prise en charge pluridisciplinaire Pluri 2, donc 10% de 25€, soit 2,50€ substitutifs du droit commun par patient.

			coût unitaire	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Année 5	TOTAL
Nombre patients inclus				230	350	350	120	0	1 050
Droit commun	Bilan initial du patient / PPS TIMEO	Droit commun (GHS) 450 €		103 500 €	157 500 €	157 500 €	54 000 €	0 €	472 500 €
	Bilan final du patient / PPS TIMEO	Droit commun (GHS) 450 €		0 €	103 500 €	157 500 €	157 500 €	54 000 €	472 500 €
	TOTAL DROIT COMMUN				103 500 €	261 000 €	315 000 €	211 500 €	54 000 €
			<i>%panel*</i>						
FISS	Coordination, suivi et gestion des patients	FISS 110 €		25 300 €	38 500 €	38 500 €	13 200 €	0 €	115 500 €
	Forfait de PEC de Besoin1*	FISS 75 € 92%		15 870 €	24 150 €	24 150 €	8 280 €	0 €	72 450 €
	Forfait de PEC de Besoin2*	FISS 150 € 70%		24 150 €	36 750 €	36 750 €	12 600 €	0 €	110 250 €
	Forfait de PEC de Besoin3*	FISS 350 € 66%		53 130 €	80 850 €	80 850 €	27 720 €	0 €	242 550 €
	Forfait de PEC de Pluri1*	FISS 150 € 70%		24 150 €	36 750 €	36 750 €	12 600 €	0 €	110 250 €
	Forfait de PEC de Pluri2*	FISS 560 € 10%		12 880 €	19 600 €	19 600 €	6 720 €	0 €	58 800 €
	Evaluation intermédiaire	FISS 115 €		26 450 €	40 250 €	40 250 €	13 800 €	0 €	120 750 €
TOTAL FISS				181 930 €	276 850 €	276 850 €	94 920 €	0 €	830 550 €
FIR	Phase de lancement du projet	FIR		43 800 €					43 800 €
	Coordination et animation du réseau	FIR		10 300 €	20 600 €	17 600 €	16 600 €	15 100 €	80 200 €
	TOTAL FIR				54 100 €	20 600 €	17 600 €	16 600 €	15 100 €
FISS + FIR		TOTAL FISS + FIR		236 030 €	297 450 €	294 450 €	111 520 €	15 100 €	954 550 €

**Simulation des attributions des besoins à partir d'un panel de plus de 100 bilans déjà effectués*

Figure 12 : Coûts annuels (estimation du panel présentée au [Tableau 5](#))

9. Dérogations nécessaires pour la mise en œuvre de l'expérimentation

9.1. Aux règles de financements de droit commun

Limites du financement actuel	A ce jour, les prises en charge de ville des psychologues, diététiciens et enseignants en activités physiques adaptées ne sont pas remboursées par l'assurance maladie, bien qu'essentielles pour le patient souffrant d'obésité.
<p><u>Dérogations de financement</u> envisagées (article L162-31-1-II-1° et 3°) :</p> <ul style="list-style-type: none">• <i>Facturation,</i>• <i>Tarifification,</i>• <i>Remboursement,</i>• <i>Paiement direct des honoraires par le malade,</i>• <i>Frais couverts par l'assurance maladie</i>• <i>Participation de l'assuré</i>• <i>Prise en charge des médicaments et dispositifs médicaux</i>	<ul style="list-style-type: none">- Financement par forfait.- Le montant du forfait est déterminé en fonction de la sévérité de la pathologie.- La sévérité est déterminée à partir d'une évaluation complète du patient basée sur les recommandations professionnelles.- Le forfait permet le financement d'un Plan Personnalisé de Soins établi à partir des besoins du patient.- La prise en charge financière du PPS est totale.

9.2. Aux règles d'organisation de l'offre de soins

Limites des règles d'organisation actuelles	A ce jour dans le Cher, pour prendre en charge son obésité, le patient construit seul, ou avec l'aide de son médecin traitant lorsqu'il en a un, son parcours de soin. Les prises en charges proposées le sont par envie du patient, de façon isolée, sans évaluation au préalable de la pertinence de telle ou telle prise en charge, sans coordination entre les différents acteurs.
<u>Dérogations organisationnelles</u> envisagées (article L162-31-1-II-2°): <ul style="list-style-type: none">• <i>Partage d'honoraires entre professionnels de santé</i>• <i>Prestations d'hébergement non médicalisé</i>• <i>Autorisation d'activité de soins et d'équipements matériels lourds à des groupements</i>• <i>Dispensation à domicile des dialysats</i>	

10. Impacts attendus

10.1. Impact en termes de service rendu aux patients

- Un PPS directement établi à partir des besoins du patient et d'un diagnostic précis. La prise en charge s'adapte au patient
- La possibilité d'une prise en charge financière pour des acteurs / activités non couvertes par l'Assurance Maladie : psychologues, diététiciens, enseignants APA.
- Un meilleur suivi avec une analyse des résultats obtenus

10.2. Impact organisationnel et sur les pratiques professionnelles pour les professionnels et les établissements ou services

- Un travail pluridisciplinaire sur la prise en charge de la pathologie de l'obésité avec une dynamique de réseau et une montée en charge des compétences (échanges, formations...)
- Une pré-sélection des patients au travers de l'évaluation initiale et du PPS. Les professionnels accueillent des patients dont les besoins sont couverts par leur offre de soin : un gain sur la pertinence de l'adressage.
- Un suivi et une analyse des résultats obtenus qui va permettre d'augmenter la pertinence des prises en charge

10.3. Impact en termes d'efficience pour les dépenses de santé

On estime que l'obésité coûtait, en 2002, entre 2,1 et 6,2 milliards d'euros en France, d'après l'étude d'Emery et collaborateurs[10], publiée en 2007 dans la revue « presse médicale ». Dans cette étude, il est indiqué que les coûts de santé annuels sont de 2500 € pour une personne obèse, soit le double de celui d'une personne non obèse (voir **Figure 13** ci-dessous).

	Échantillon total	Patient de poids normal	Obèses	
			Selon P1*	Selon P2**
Effectif	4 651	2 566	498	742
Consommation moyenne de soins et de biens médicaux par individu (écart type)	1 534 € (3700)	1 263 € (3104)	2 426 € (5903)	2 592 € (5843)
Médiane-minimum-maximum	657-0-77 317	508-0-66 208	1 202-0-77 317	1 346-0-77 317
Dont				
- Part remboursée, moyenne par individu	1 143 €	912 €	1 906 €	2 047 €
Médiane-minimum-maximum	356-0-70 707	272-0-66 158	758-0-69 117	817-0-70 707
- Dépense ambulatoire moyenne (écart type)	1 105 € (1890)	910€ (1585)	1 714 € (2699)	1 837 € (2708)
Dont :				
Pharmacie -moyenne (écart type)	378 € (659)	281 € (591)	651 € (871)	733 € (875)
Honoraires des médecins -moyenne (écart type)	230 € (290)	202 € (251)	289 € (288)	804 € (311)
Honoraires des dentistes -moyenne (écart type)	137 € (471)	141 € (458)	159 € (662)	157 € (636)
- Dépense hospitalière moyenne (écart type)	429 € (2374)	354 € (2077)	712 € (3893)	755 € (3764)
Individus ayant eu un arrêt de travail en 2002 (%)	18,9	19,4	19,9	17,0
Montant des indemnités journalières payé par la sécurité sociale moyenne/individu concerné	1 553 €	1 484 €	2 053 €	2 269 €

* IMC ≥ 30 kg/m² ; ** IMC ≥ 27 kg/m² et présence de facteur de risque/pathologie cardiovasculaire.

Figure 13 : Coûts associés à l'obésité en France

Nous pouvons considérer que ces chiffres sont plus élevés aujourd'hui, dans la mesure où la prévalence de l'obésité a progressé de +26% entre 2003 et 2012 (d'après l'enquête Obépi) et probablement davantage en 2020.

Ainsi, les dépenses de santé sont très importantes chez le patient souffrant d'obésité. Une étude médico-économique réalisée en France auprès de sujets obèses et diabétiques révèle un potentiel d'économie de santé de plus de 500 € par an et par patient pris en charge[11]. La **Figure 14** est issue de l'article.

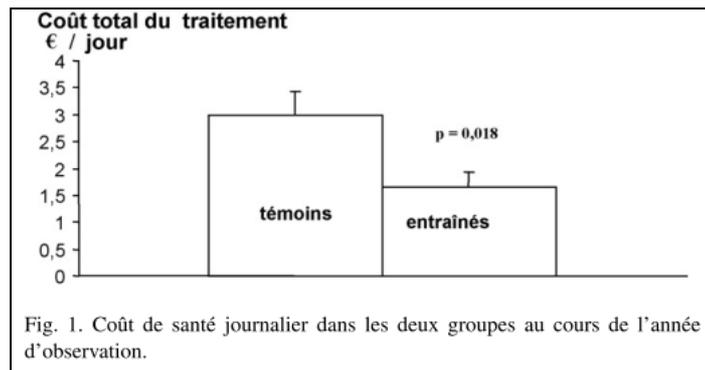


Figure 14 : Etude de Brun *et al.* montrant les économies de dépenses de santé chez les patients suivis et pris en charge

11. Modalités d'évaluation de l'expérimentation proposées

L'évaluation de l'expérimentation sera réalisée sous le pilotage de la DREES et de la CNAM.

Indicateurs :

- Nombre et profil des patients inclus, traçage des patients exclus
- Profil des patients (âge, comorbidités, critères d'inclusion et d'exclusion)
- Nombre de patients ayant réalisés tout le parcours
- Patients perdus de vue
- Nombre de professionnels de santé intégrant le réseau TIMÉO, qualification de ces derniers, répartition sur le territoire
- Interactions entre professionnels de santé, formation ou participation à des staffs.

Indicateurs d'impact :

- Quel comportement le patient adopte-t-il depuis que l'on le suit ? Est-il devenu autonome ?
 - o **Identification lors de l'entretien**
- Comment son moral évolue-t-il ?
 - o **Score Rosenberg Estime de soi**
- Le patient maintient-il une activité physique par lui-même ?
 - o **Questionnaire Baecke + entretien**
- Score de la pratique d'activité physique
 - o **Questionnaire Baecke**
- Evolution de son IMC
 - o **Approfondi avec le suivi impédancemétrie, tour de taille / hanche**
- Capacité à se tourner vers quelqu'un de compétent s'il en ressent le besoin
 - o **Identification lors de l'entretien**

- Scores d'alimentation
 - o **Questionnaires BES et DEBQ**
- Score de qualité de vie
 - o **Questionnaire EQVOD**
- Diminution des comorbidités
 - o **Entretien clinique**
- Diminution des dépenses de santé
 - o **Information à récupérer auprès de la CPAM**
- Taux de satisfaction
 - o **Questionnaire standard de l'établissement**
- Dépression et anxiété
 - o **Score HADS**

La plupart de ces évaluations font d'ores et déjà parties de notre trame d'évaluation actuelle de routine.

12. Informations recueillies sur les patients inclus dans l'expérimentation

Au cours des évaluations, les données du bilan sont recueillies selon le **Tableau 13** ci-dessous.

Tableau 13 : Indicateurs de santé spécifiques recueillis dans l'expérimentation

Psycho-social	Diététique	Activités physiques Aptitudes physiques	Anthropométriques
EQVOD : échelle de qualité de vie, obésité et diététique (Ziegler et coll, 2005)	BES : Binge Eating Scale (hyperphagie compulsive)	Aptitude aérobie : - Test de marche de 6 minutes	Impédancemétrie (composition corporelle)
Estime de soi : Rosenberg	DEBQ : dutch eating behavior questionnaire (Anne Lluich, 1995)	Force musculaire : - Hand Grip Test - Half squat test - Arm curl test - Sit to stand	Tour de Taille Tour de Hanche
HADS : anxiété et dépression		Auto-questionnaire : - Baecke (sédentarité) - Echelles de Borg (dyspnée/difficulté de l'effort)	IMC
EPICES : précarité			

L'ensemble des données recueillies sera collecté par l'établissement Hôpital Privé Guillaume de Varye, soit par les praticiens de l'équipe évaluation, soit par la coordinatrice. Les données seront collectées dans des espaces sécurisés. Les logiciels et serveurs de l'établissement sont agréés hébergeurs de données de santé.

Les résultats seront transmis aux correspondants du patient au travers du DMP.

Les données qui sortiront de l'établissement dans le cadre des activités de recherche seront systématiquement anonymisées par l'utilisation d'un code alphanumérique. Le lien entre l'identité du patient et le code alphanumérique sera sous la responsabilité du responsable scientifique de HP GDV et sera conservé sur un serveur agréé hébergeur de données de santé.

13. Obligations réglementaires et recommandations de bonnes pratiques en matière de système d'information et de traitement de données de santé à caractère personnel

Des outils déjà existants tels que le logiciel de prise de rendez-vous DOCTOLIB peuvent permettre de suivre le parcours de soins du patient. En effet, le logiciel permet au patient de prendre rendez-vous sur des créneaux spécifiques établis par les praticiens. Il permet aux praticiens de valider la présence du patient et de valider que le rendez-vous a bien été effectué.

Ce logiciel permettra aux praticiens de bien identifier les patients du projet TIMÉO. Il permettra à la coordinatrice du parcours du patient de suivre en temps réel la planification et la réalisation de celui-ci. Il permettra lors de la consultation intermédiaire de faire le point sans générer un travail supplémentaire.

Ce logiciel répond à toutes les normes de sécurité et de gestion d'information médicale. Aucun développement supplémentaire n'est nécessaire pour l'utilisation de ce logiciel. Un simple paramétrage en collaboration avec l'entreprise devrait être effectué.

Le dossier médical partagé, porté par l'Assurance Maladie, sera le lieu de stockage des différents bilans et des différentes informations médicales du patient. En acceptant le projet de prise en charge, le patient devra accepter les modalités de partage de façon médicale fixée par le DMP, et autoriser l'ensemble des membres de son projet personnalisé de soins à y avoir accès.

L'établissement Guillaume de Varye est déjà habitué à fournir des comptes rendus de synthèse de ses journées d'évaluation. L'utilisation du DMP permet de favoriser son développement dans le territoire du Cher au travers du projet et permet de diminuer la création de nouvelles contraintes informatiques qui pourraient être chronophages pour les praticiens. Notre objectif sera d'essayer d'insérer ce projet innovant dans le panel d'outils numériques déjà existant.

Le DMP pourra également contenir la traçabilité du parcours du patient.

Les échanges entre les acteurs du parcours se feront également via la messagerie sécurisée de santé.

14. Liens d'intérêts

Pour plus de précisions, vous pouvez vous reporter à l'annexe de *l'arrêté du 31 mars 2017 qui fixe le contenu de la DPI* :

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000034330604&categorieLien=id>

Le porteur de projet n'a aucun lien d'intérêt à déclarer.

15. Eléments bibliographiques / expériences étrangères

1. Ziegler, O., et al., *Development and validation of a French obesity-specific quality of life questionnaire: Quality of Life, Obesity and Dietetics (QOLOD) rating scale*. Diabetes Metab, 2005. **31**(3 Pt 1): p. 273-83.
2. Vallieres, E.F. and R.J. Vallerand, *Traduction et validation canadienne-française de l'échelle de l'estime de soi de Rosenberg*. International Journal of Psychology, 1990. **25**(2): p. 305-316.
3. Lluch, A., et al., *Internal validation of a French version of the Dutch eating behaviour questionnaire*. Eur Psychiatry, 1996. **11**(4): p. 198-203.
4. Brunault, P., et al., *Validation de la version française de la Binge Eating Scale : étude de sa structure factorielle, de sa consistance interne et de sa validité de construit en population clinique et non clinique*. L'Encéphale, 2016. **42**(5): p. 426-433.
5. Bigard, A.X., et al., *Détermination de l'activité physique par questionnaire: validation du questionnaire autoadministrable de Baecke*. Science & Sports, 1992. **7**(4): p. 215-221.
6. Labbe, E., et al., *A new reliable index to measure individual deprivation: the EPICES score*. Eur J Public Health, 2015. **25**(4): p. 604-9.
7. Volery, M., et al., *Prise en charge psychologique de l'obésité : au-delà de la thérapie cognitivo-comportementale*. Rev Med Suisse, 2015. **1**(467): p. 704 - 708.
8. Dayan, P.H., et al., *A new clinical perspective: Treating obesity with nutritional coaching versus energy-restricted diets*. Nutrition, 2019. **60**: p. 147-151.
9. Pearson, E.S., et al., *The CHANGE program: comparing an interactive versus prescriptive obesity intervention on university students' self-esteem and quality of life*. Appl Psychol Health Well Being, 2012. **4**(3): p. 369-89.
10. Emery, C., et al., *[Cost of obesity in France]*. Presse Med, 2007. **36**(6 Pt 1): p. 832-40.
11. Brun, J.F., et al., *Le réentraînement à l'activité physique dans le diabète de type 2 réduit les dépenses de santé : résultats d'une étude prospective*. Sci sports, 2008. **23**(3-4): p. 193-197.

L'argumentaire scientifique à l'origine de l'algorithme TIMÉO est détaillé en **Annexe 4 : Argumentaire scientifique**.

Annexe 1 : Coordonnées du porteur et des partenaires

	Entité juridique et/ou statut ; Adresse	Coordonnées des contacts : nom et prénom, mail, téléphone	Signatures numérisées
Porteur	Association TIMÉO Hôpital Privé Guillaume de Varye, service de médecin du sport 210 route de Vouzeron 18230 Saint Doulchard	Dr Arnaud BOUDENOT, Service de Médecine du sport Orthocentre Berry, arnauboudenot@orthocentresport.fr Tél : 09 72 66 44 75, Mobile : 06 68 59 93 09	
Partenaires	SAS Hôpital Privé Guillaume de Varye 210 route de Vouzeron 18230 Saint Doulchard	M. Eric BORDEAUX MONTRIEUX, eric.montrieux@elsan.care , Tél : 02 48 68 85 50 Mobile : 07 76 77 98 29	
	Association Croc La vie 18. Hôpital Privé Guillaume de Varye. 210 route de Vouzeron 18230 Saint Doulchard	Angélique MOROT, croclavie18@gmail.com	
	Association SYNDEMIX contrat local de santé du Pays Berry Saint Amandois 88 avenue de la République - 18200 Saint Amand Montrond	Présidente Anne Marie FERRY 02.48.96.16.82 Animatrice Véronique GALPIN 06 63 77 58 56	
	CPTS de L'Est Du Cher: CPTeSt 18 1 place Hubert Gouvernel 18140 Sancergues	<i>Coordinatrice</i> Sonia PRUELLE cpts.estducher@gmail.com Vice président Jean Philippe CASTILLO 06 07 67 26 02	
	CPTS Pays de Bourges 1 place de la Préfecture 18000 Bourges 1 rue du docteur LEANEC 18230 SAINT DOULCHARD	Coordinatrice Emilie VILLERETTE coordination@cpts Pays de Bourges.fr 06.72.28.82.20	
	CPTS du Giennois Berry 12 bis rue Jean Mermoz 45500 GIEN	Coordinatrice Laïla LAGHMIRI cptsgiennoisberry@gmail.com 06 73 33 34 87	
	CPTS Berry Vierzon Sologne 63 rue de Maréchal Joffre 18100 VIERZON	Xavier PASCAL 07.84.17.02.21 coordination@cptsbvs.fr https://cptsbvs.fr/	
	CPTS Saint Amand CPTS Sud du Cher et du Berry Val de Loire	Lucie SUARD 06.70.64.05.74 lucie.suard@urpsml-centre.org www.cpts-centrevaldeloire.fr	
	CPTS Sancerrois	<i>CPTS en phase préparatoire</i>	

	<p>I3MTO - EA 4708, Collegium Sciences et Techniques, Bâtiment Physique- Chimie, Rue de Chartres, BP 6759, 45067 Orléans</p>	<p>Directeur : Dr Eric LESPESSAILLES eric.Lespessailles@chr-orleans.fr Directeur Adjoint : Pr Hechmi TOUMI hechmi.toumi@univ-orleans.fr Tél : 02 38 49 49 62</p>	
	<p>AME2P Campus universitaire les Cézeaux, Bâtiment Biologie B, 5 impasse Amélie Murat, TSA 60026, CS 60026 63178 Aubière Cedex</p>	<p>Directeur : Pr Boisseau Nathalie nathalie.boisseau@uca.fr</p>	
	<p>CSO Tours Hôpital Bretonneau Service Nutrition 2 boulevard Tonnellé 37044 Tours cedex 9</p>	<p>Coordinatrice Julie CAPELLE cso@chu-tours.fr Tel : 02 47 47 46 47</p>	
	<p>CSO Orléans Centre Hospitalier Régional d'Orléans 14, avenue de l'Hôpital 45100 Orléans</p>	<p>Coordinatrice Céline JOUTEUX celine.jouteux@chr-orleans.fr Tel : 02 38 61 32 41</p>	
	<p>Dispositif d'Appui à la Coordination – DAC du Cher Appui Santé Berry 18 48 bd de l'Industrie 18000 BOURGES</p>	<p>Directrice : Carine PESCHARD dac18@cvl.mssante.fr dac18@appuisanteberry.fr Tel : 02 18 810 500</p>	

Annexe 2 : Catégories d'expérimentations

A quelle(s) catégorie(s) d'expérimentations répond le projet ? Il est possible de combiner les catégories.

Modalités de financement innovant (Art. R. 162-50-1 – I-1°)	Cocher	Si oui, préciser
a) Financement forfaitaire total ou partiel pour des activités financées à l'acte ou à l'activité	X	Forfait selon la sévérité de la maladie
b) Financement par épisodes, séquences ou parcours de soins	X	Forfait selon la sévérité de la maladie
c) Financement modulé par la qualité, la sécurité ou l'efficacité des soins, mesurées à l'échelle individuelle ou populationnelle par des indicateurs issus des bases de données médico-administratives, de données cliniques ou de données rapportées par les patients ou les participants aux projet d'expérimentation d'expérimentations		
d) Financement collectif et rémunération de l'exercice coordonné		

Modalités d'organisation innovante (Art. R. 162-50-1 – I-2°)	Cocher	Si oui, préciser
a) Structuration pluri professionnelle des soins ambulatoires ou à domicile et promotion des coopérations interprofessionnelles et de partages de compétences	X	Evaluation en centre expert. Soins par les professionnels du territoire. Lien ville-hôpital.
b) Organisation favorisant l'articulation ou l'intégration des soins ambulatoires, des soins hospitaliers et des prises en charge dans le secteur médico-social		
c) Utilisation d'outils ou de services numériques favorisant ces organisations		

Modalités d'amélioration de l'efficacité ou de la qualité de la prise en charge des produits de santé (Art. R. 162-50-1 – II ³) :	Cocher	Si oui, préciser
1o Des prises en charge par l'assurance maladie des médicaments et des produits et prestations de services et d'adaptation associées au sein des établissements de santé, notamment par la mise en place de mesures incitatives et d'un recueil de données en vie réelle		
2o De la prescription des médicaments et des produits et prestations de services et d'adaptation associées, notamment par le développement de nouvelles modalités de rémunération et d'incitations financières		
3o Du recours au dispositif de l'article L. 165-1-1 pour les dispositifs médicaux innovants avec des conditions dérogatoires de financement de ces dispositifs médicaux.		

³ Ne concernent les projets d'expérimentation déposés auprès des ARS que dans le cas où ces modalités s'intègrent dans un projet ayant un périmètre plus large relatif aux organisations innovantes (définies au 1° du I de l'article L. 162-31-1)

Annexe 3 : Bilans et comptes-rendus

Les évaluations pluridisciplinaires utilisant des indicateurs de santé basés sur les preuves scientifiques font d'ores et déjà partie de la routine clinique du centre expert Hôpital Privé Guillaume de Varye. Voici des exemples de comptes rendus du suivi des patients souffrant d'obésité.

BEAUBOIS Yoann
Kinésithérapeute D.E
Kinésithérapie du sport C.E.C
D.I.U Biomécanique

RENAUD Thibaut
Kinésithérapeute D.E
Kinésithérapie du sport C.E.C

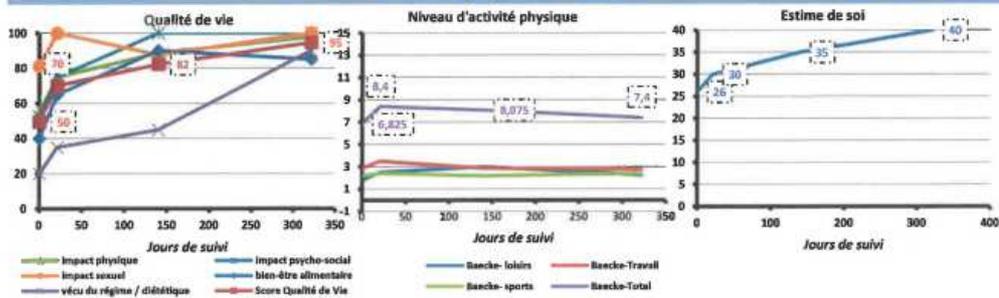
BOUDENOT Arnaud
Docteur en sciences du sport
Professeur d'activité physique adaptée
Préparateur physique

Bilan d'Activité Physique Adaptée

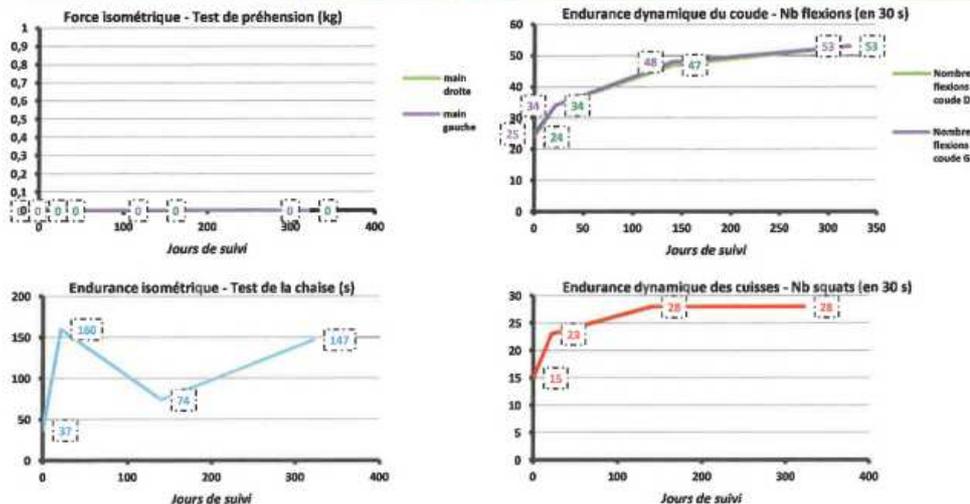
Fiche de synthèse développée par le docteur Arnaud BOUDENOT
arnaudboudenot@orthocentresport.fr

NOM		Age au dernier examen	43,8
Prénom		Latéralité	Droitier
date de naissance		Taille (cm)	170,0
sexe		Poids (kg) (évolution)	65,0 (-34,5)
		IMC (kg/m²) (évol.)	22,5 (-11,9)

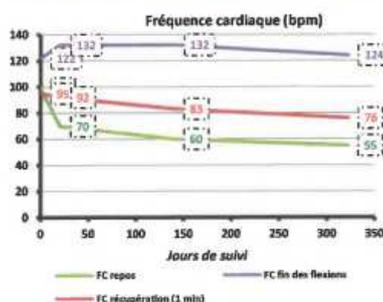
Bilan psycho-social



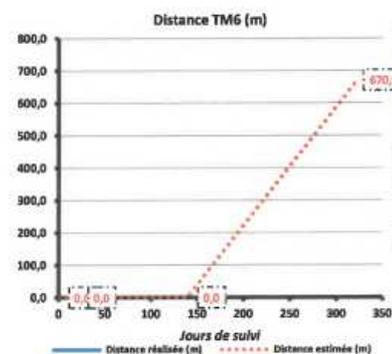
Bilan d'aptitude physique et fonctionnel



Bilan d'aptitude aérobie



date de visite	VO ₂ max (ml/min/kg)	Indice de forme de Ruffier	Indice de récupération de DiCeon	Estimation MET-score (e-VMA, en km/h)	Estimation PMA (en Watt)
03/07/2018	33 - 33	11,6 - moyen	4,4 - moyen	9	242
24/07/2018	37 - 37	9,4 - bon	10,6 - mauvaise adaptation	11	273
20/11/2018	46 - 46	7,5 - bon	10,8 - mauvaise adaptation	13	279
21/05/2019	46 - 46	5,5 - bon	9,6 - très faible	13	240



date de visite	Distance réalisée (m)	Distance estimée (m)	Vitesse moyenne (km/h)	Distance théorique (en m)	Distance théorique (en %)	Pronostic cardiaque
03/07/2018	#N/A					
24/07/2018	#N/A					
20/11/2018	#N/A					
21/05/2019	#N/A	670,9	6,7	793,0	84,6%	bon pronostic

Suivi

date de visite	N° visite	Commentaire
03/07/2018	post-bariatrique n°1	
24/07/2018	post-bariatrique n°2	
20/11/2018	post-bariatrique n°3	Sensation perte masse musculaire. Par contre énergie ++, motivation++
21/05/2019	post-bariatrique n°4	Borg 4 sit to stand

Conclusion

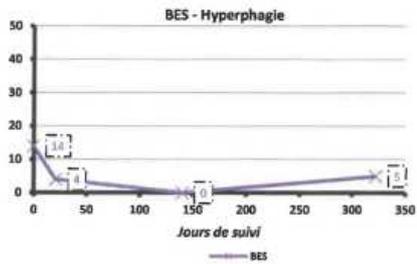
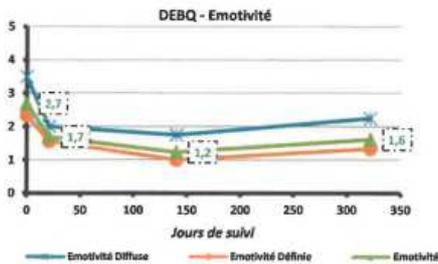
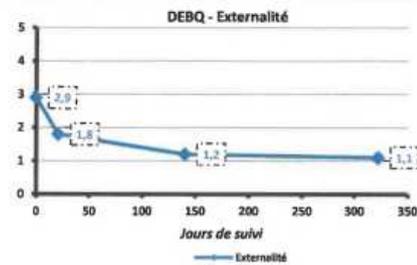
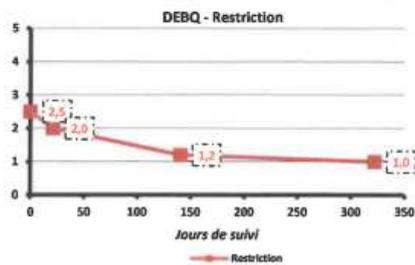
Le patient a effectué 6 séances d'activités physiques adaptées encadrées au cours de son séjour en Hôpital de Jour à l'Hôpital Privé Guillaume de Varye. Le travail a porté sur le renforcement musculaire, pour lutter contre l'amyotrophie consécutive à la chirurgie bariatrique, et a porté également sur le reconditionnement cardio-respiratoire afin d'améliorer son système énergétique à dominante aérobie.

Bilan Diététique

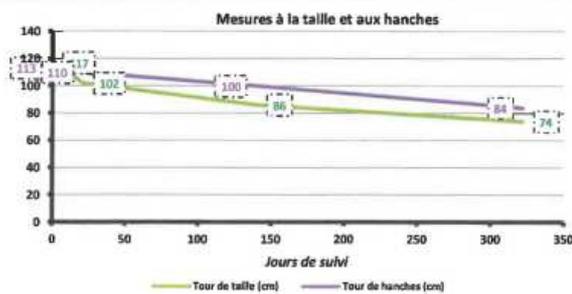
Fiche de synthèse développée par le docteur Arnaud BOUDENOT
arnauboudenot@orthocentresport.fr

NOM		Age au dernier examen	43,8
Prénom		Latéralité	Droitier
date de naissance		Taille (cm)	170,0
sexe		Date opération	28/06/2018
		Type d'opération	By Pass

Evaluation du comportement alimentaire

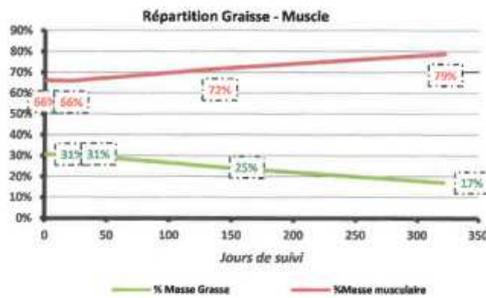


Evaluation anthropométrique



date de visite	Poids (kg)	IMC	Rapport T. Taille / T. Hanches
03/07/2018	100	34	1,04
24/07/2018	95	33	0,93
20/11/2018	75	26	0,86
21/05/2019	65	22	0,88

Evaluation de la composition corporelle



date de visite	%Masse maigre	% Masse Hydrique	Masse osseuse (kg)	Métabolisme Basal (kcal)
03/07/2018	69,4%	47,6%	3,4	2058
24/07/2018	69,3%	49,2%	3,3	1947
20/11/2018	75,4%	58,3%	2,8	1650
21/05/2019	82,9%	62,6%	2,7	1551

Suivi

date de visite	N° visite	Commentaire
03/07/2018	post-bariatrique n°1	
24/07/2018	post-bariatrique n°2	
20/11/2018	post-bariatrique n°3	
21/05/2019	post-bariatrique n°4	0

Conclusion

Annexe 4.1 : Données épidémiologiques

En 2016, la cohorte « constances » retrouve une prévalence de 18,5% d'obèses pour son centre d'étude du Loiret et de 16,6% pour son centre d'étude de l'Indre-et-Loire (voir **Figure 15** ci-dessous⁴).

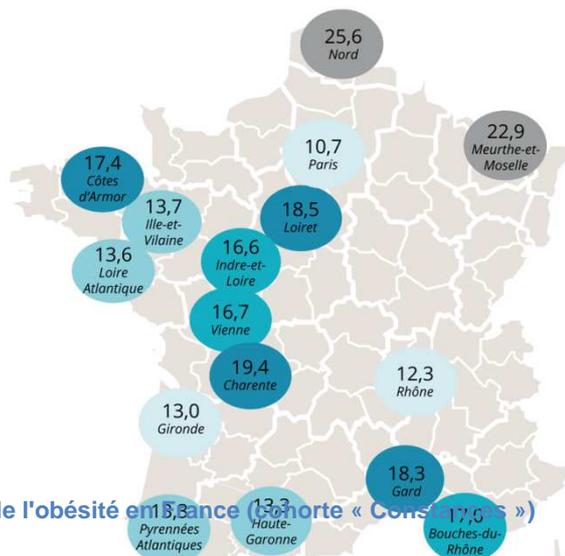
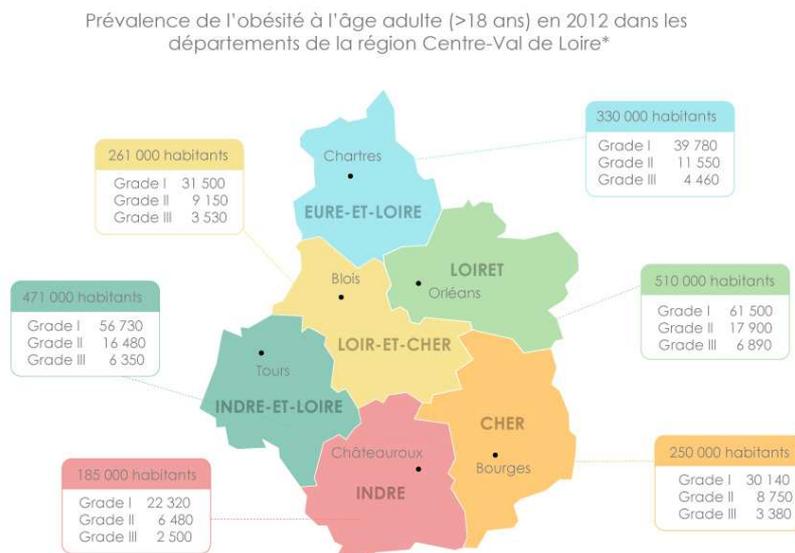


Figure 15 : Prévalence de l'obésité en France (cohorte « Constances »)

Le réseau ObéCentre a publié **Figure 16** ci-dessous, en se basant sur les chiffres Obépi 2012, afin de rendre plus visible la prévalence de l'Obésité par département.



* nombre de personnes calculé à partir des chiffres régionaux Obépi 2012

Figure 16 : Prévalence de l'Obésité dans les départements de la région Centre Val de Loire. Répartition par grade.

⁴ Source : <http://www.constances.fr/actualites/2016/poids-mesure.php>

Annexe 4.2 : Complications associées à la pathologie

A cause d'une accumulation de masse grasse en excès, l'organisme se trouve en déséquilibre. Une personne obèse a deux fois plus de risques cardiovasculaires qu'une personne non obèse (voir **Figure 17** ci-dessous tirés du rapport d'enquête Obépi 2012). L'obésité est à l'origine d'autres maladies, on parle de comorbidités : hypertension artérielle, diabète, arthrose, apnée du sommeil, insuffisance cardiaque, asthme...

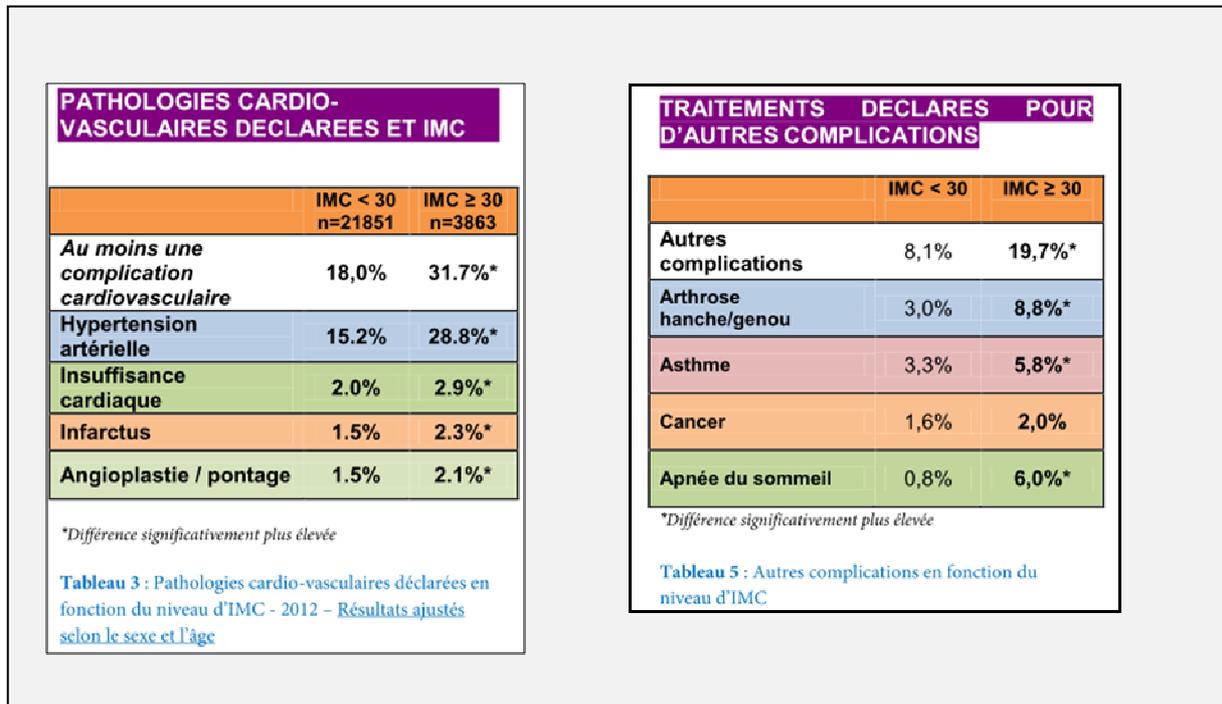


Figure 17 : Comorbidités associées à l'obésité (tableaux de l'étude Obépi 2012)

Cette étude, il est indiqué que les coûts de santé annuels sont de 2500 € pour une personne obèse, soit le double de celui d'une personne non obèse (voir **Figure 18**).

Nous pouvons considérer que ces chiffres sont plus élevés aujourd'hui, dans la mesure où la prévalence de l'obésité a progressée de +26% entre 2003 et 2012 et probablement davantage en 2018.

TABLEAU III

Consommation de soins et de biens médicaux 2002 (ensemble des individus, individus de poids normal, population P1 et P2)

	Échantillon total	Patient de poids normal	Obèses	
			Selon P1*	Selon P2**
Effectif	4 651	2 566	498	742
Consommation moyenne de soins et de biens médicaux par individu (écart type)	1 534 € (3700)	1 263 € (3104)	2 426 € (5903)	2 592 € (5843)
Médiane-minimum-maximum	657-0-77 317	508-0-66 208	1 202-0-77 317	1 346-0-77 317
Dont				
- Part remboursée, moyenne par individu	1 143 €	912 €	1 906 €	2 047 €
Médiane-minimum-maximum	356-0-70 707	272-0-66 158	758-0-69 117	817-0-70 707
- Dépense ambulatoire moyenne (écart type)	1 105 € (1890)	910€ (1585)	1 714 € (2699)	1 837 € (2708)
Dont :				
Pharmacie -moyenne (écart type)	378 € (659)	281 € (591)	651 € (871)	733 € (875)
Honoraires des médecins -moyenne (écart type)	230 € (290)	202 € (251)	289 € (288)	804 € (311)
Honoraires des dentistes -moyenne (écart type)	137 € (471)	141 € (458)	159 € (662)	157 € (636)
- Dépense hospitalière moyenne (écart type)	429 € (2374)	354 € (2077)	712 € (3893)	755 € (3764)
Individus ayant eu un arrêt de travail en 2002 (%)	18,9	19,4	19,9	17,0
Montant des indemnités journalières payé par la sécurité sociale moyenne/individu concerné	1 553 €	1 484 €	2 053 €	2 269 €

* IMC ≥ 30 kg/m² ; ** IMC ≥ 27 kg/m² et présence de facteur de risque/pathologie cardiovasculaire.

Figure 18 : Coûts associés à l'obésité en France. Emey et al. 2007.

Par ailleurs, l'obésité est aussi la cause d'isolement social, de discrimination à l'embauche, de difficulté d'accès aux transports en commun (taille des sièges) et de diminution du score de la qualité de vie.

Annexe 4.3 : Place des soins de support

L'amélioration de l'hygiène de vie est un déterminant majeur dans la prise en charge de l'obésité. L'obésité est le résultat d'un déséquilibre énergétique entre les apports et la dépense énergétique. Cela implique que l'alimentation doit être équilibrée, qualitative.

L'éducation du patient passe par l'acquisition des connaissances de base sur la structuration du repas, la capacité à lire les étiquettes, la réalisation de recettes diététiques... La pratique d'ateliers culinaires est essentielle pour faciliter l'apprentissage d'une bonne hygiène de vie.

Pour que la balance énergétique soit à l'équilibre, le patient devra avoir une dépense énergétique significative qui ne saurait se limiter à une seule et unique séance d'activité physique. Le patient doit avoir conscience de l'importance de l'activité physique au sens large : déplacements à pieds ou à vélo plutôt qu'en voiture, monter les escaliers. Le jardinage et le ménage sont également des activités physiques. De nos jours, les outils connectés sont des indicateurs qui doivent permettre au patient d'avoir conscience de sa sédentarité. Ces outils mesurent le nombre de pas, la durée d'inactivité, parfois la fréquence cardiaque et la vitesse de déplacement. Associés à une pratique encadrée, ces outils apportent un bénéfice pour la santé du patient.

Parce que l'obésité est parfois la conséquence d'un état psychologique fragile ou d'une prédisposition génétique, il est important de ne pas réduire l'obésité exclusivement à des problèmes d'alimentation et d'activité physique. Dans une approche globale, il faut tenir compte du patient dans sa globalité. Les associations de patients et les réseaux de santé proposent des activités permettant d'atteindre un bien-être émotionnel qui sera l'élément déclencheur vers une bonne hygiène de vie. Les groupes de paroles et les entretiens avec une psychologue sont autant de moyens à disposition dans la lutte contre l'obésité.

Annexe 4.4 : La nécessité de l'évaluation scientifique

A la lecture de ce qui précède on comprend que l'obésité est associée à des complications et des co-morbidités. De plus, les dépenses de santé sont très importantes.

Seulement, le concept de « paradoxe de l'obésité » est de plus en plus évoqué par la communauté scientifique[2]. De nombreuses personnes présentant un Indice de Masse Corporelle (IMC) élevé ont un faible taux de mortalité. Pourquoi ce paradoxe ? Comment l'expliquer ? Quelles mesures faut-il utiliser ? L'IMC est-il réducteur et insuffisant ?

L'IMC est en réalité le rapport entre le poids et la taille au carré (exprimé en kg/m^2). Ainsi, les personnes très musclées (sportifs, travailleurs de force...) ont un IMC élevé. Ces dernières, malgré un IMC les classant comme souffrant d'obésité, n'ont pas d'excès de masse grasse et n'ont pas de risque de mortalité.

A l'inverse, les personnes présentant un IMC « normal » et de l'embonpoint abdominal ont des risques cardio-vasculaires plus importants.

Ainsi, nous avons cherché de nouveaux indicateurs, plus pertinents, pour caractériser le véritable risque sanitaire. De cette recherche scientifique, nous avons identifié plusieurs facteurs de risque, permettant à la fois d'obtenir plus de précision que le seul IMC et permettant également d'orienter la prise en charge du patient. Nous avons nommé cette méthode d'analyse l'algorithme TIMÉO pour Traitement Innovant Multi Évaluations de l'Obésité. Voici les critères, mesurables, quantifiables, permettant de mettre en place un suivi rigoureux.

Annexe 4.4.1 : L'analyse anthropométrique

Le risque de mortalité est évalué à partir du tour de taille. En effet, la HAS⁵ insiste sur la prise en compte de ce paramètre dans l'évaluation des risques pour la santé des patients. Le périmètre abdominal représente la présence ou non d'une accumulation de graisse viscérale, véritable risque cardio-vasculaire.

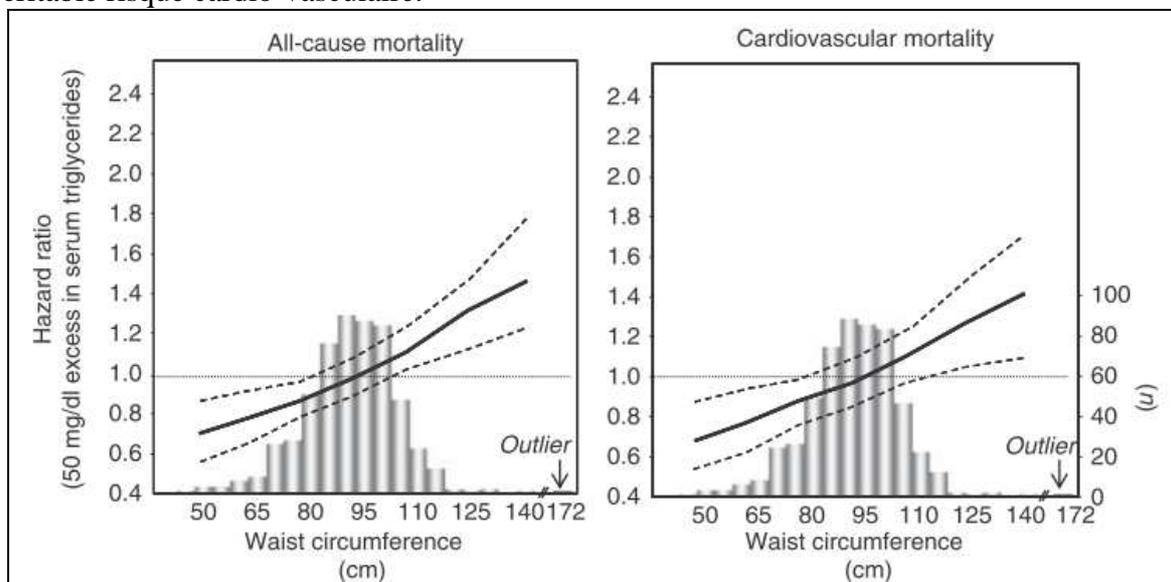


Figure 19 : Mortalité associée au tour de taille (étude de Postorino), représentée par le trait noir continu épais.

⁵ https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_964938/fr/surpoids-et-obesite-de-l-adulte-prise-en-charge-medicale-de-premier-recours

De plus, à la fois l'étude de Postorino[3], dont la **Figure 19** ci-dessus est issue et l'étude de Jacobs[4], qui présente la **Figure 20** ci-dessous, démontrent l'augmentation significative du risque de mortalité au-delà de 120 cm de tour de taille.

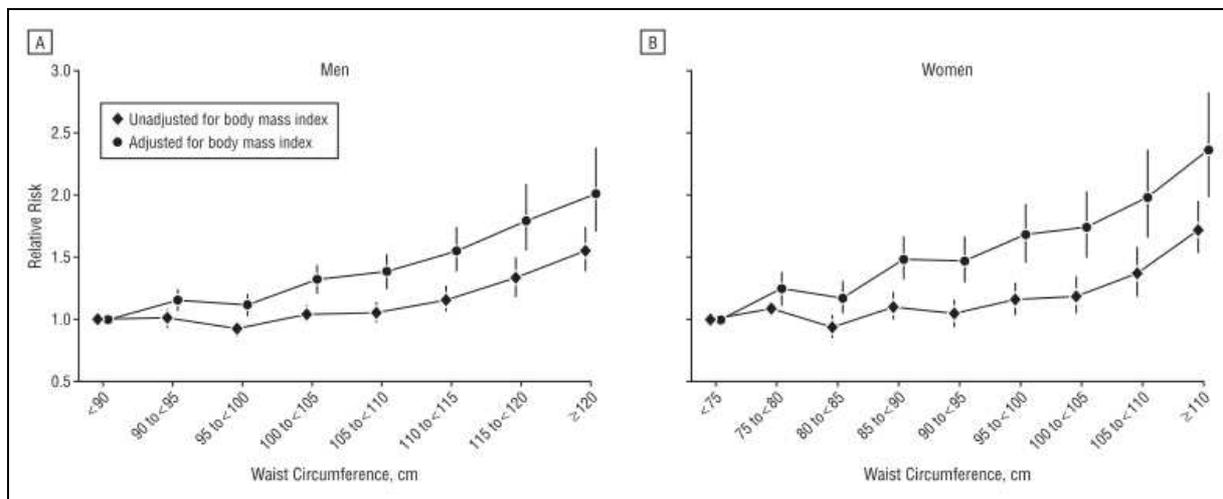


Figure 20 : Mortalité associée au tour de taille (étude de Jacobs)

Annexe 4.4.2 : La composition corporelle

Directement en rapport avec le concept de « paradoxe de l'obésité », la mesure de la composition corporelle permet d'avoir un regard qualitatif et quantitatif sur la proportion muscle / graisse. Alors que la mesure du poids ne donne aucune indication sur la répartition des kilogrammes, l'analyse de la composition corporelle, quant à elle, permet de quantifier la proportion de muscle et de graisse pour cibler le traitement à mettre en place.

Il a été rapporté que c'est davantage la masse grasse que le poids qui entraîne une inflammation systémique[5]. C'est cette inflammation qui est en cause pour plusieurs problèmes de santé et co-morbidités, notamment l'arthrose.

Un patient qui débute une activité physique voit sa masse musculaire augmenter et sa masse grasse diminuer : résultat, son poids est stable. Comment expliquer ce phénomène sans connaître la composition corporelle ? Comment maintenir la motivation de ce patient qui n'avait probablement pas pratiqué d'activité physique depuis la fin de sa scolarité ?

Pour mettre en place un suivi de qualité, nous avons investi dans une balance à impédancemétrie. Cet outil nous permet de distinguer la masse maigre, la masse musculaire et la masse grasse. Cela nous permet de connaître la proportion muscle / graisse de nos patients.

Annexe 4.4.3 : La qualité de vie

Une bonne qualité de vie est essentielle pour la réussite d'une autonomie en santé. La santé n'étant plus définie comme la seule absence de maladie, la qualité de vie devient un élément fort de la santé. De plus, au-delà des évaluations physiquement objectives, la mesure de la qualité de vie offre une vision subjective, indispensable à cette notion de santé, notamment concernant la dimension du bien-être. Meilleure sera la qualité de vie des patients, meilleure sera la motivation des patients pour appliquer les recommandations.

La qualité de vie comprend plusieurs domaines : rapports sociaux, image du corps, bien-être alimentaire... Il existe des questionnaires permettant d'évaluer la qualité de vie. Nous avons cherché un questionnaire qui soit validé en français et comparable à la littérature mondiale, ce questionnaire devant être spécifique à l'obésité pour qu'une interprétation soit rigoureusement possible.

Ces recherches nous ont permis d'identifier l'Échelle de Qualité de Vie Obésité et Diététique (EQVOD). Ce questionnaire a été validé en français[6]. Il comprend 5 domaines :

- L'impact psychosocial
- L'impact physique
- L'impact sexuel
- Le vécu de régime / diététique
- Le bien-être alimentaire

Dans l'étude de validation en français[6], les scores moyens de qualité de vie à l'EQVOD évoluent entre 50% et 60%. Dans l'étude de Ketata *et al.*[7], les patients obèses sans désordre alimentaire présentaient un score à l'EQVOD de 40% ; tandis que les patients avec désordre alimentaire présentaient un score d'environ 30%.

Dans une autre étude, de Romain *et al.*[8], les scores à l'EQVOD ont été mesurés à différents stades psychologiques d'engagement dans l'activité physique chez des patients obèses (IMC grade I et II). Les patients ne se projetant pas et n'ayant pas débuté une activité physique présentaient une moins bonne qualité de vie (score EQVOD à 45%), comparativement aux patients engagés dans une activité physique (score EQVOD à 60%).

Annexe 4.4.4 : L'estime de soi

En 1965, Rosenberg publiait une analyse de l'estime de soi pour mettre en avant ce paramètre comme indicateur de santé [9]. Il proposait une échelle d'évaluation de l'estime de soi en anglais. La version française du questionnaire d'évaluation de l'estime de soi de Rosenberg a été validée en 1990 [10]. Les scores s'étalent de 10 à 40, avec une moyenne observée à environ 32. En-dessous de 30, on retient un premier seuil de dévalorisation de l'estime de soi. Le second seuil, plus aggravé est en-dessous de 25. Le seuil le plus critique de dévalorisation de l'estime de soi est inférieur à 20. En 2012, Pearson *et al.* rapportaient qu'une prise en charge motivationnelle de patients obèses d'IMC moyen de 35,2 kg/m² permettait de diminuer l'IMC en 12 semaines et de le maintenir pendant 6 mois de plus à une valeur de 33,7 kg/m². En parallèle, le score d'estime de soi de Rosenberg passait de 20 à 24 au cours de la prise en charge et se stabilisait à 23 6 mois après la prise en charge [11].

Annexe 4.4.5 : Le comportement alimentaire

Les troubles du comportement alimentaire doivent être identifiés le plus rapidement possible. Nous avons passé en revue les outils disponibles. Nous avons retenu le score DEBQ. Il s'agit d'un auto-questionnaire international validé en français[12] qui comprend 3 domaines :

- Restriction :

Il s'agit d'un trouble du comportement alimentaire (TCA) qui se caractérise par une privation, une restriction. Le patient se prive et s'expose à la frustration.

- Emotivité :

Il s'agit d'un TCA qui se caractérise par une influence des sentiments personnels dans son rapport avec la nourriture. Ainsi, les émotions vécues par le patient changent sa façon de s'alimenter.

- Externalité

Il s'agit d'un TCA qui se caractérise par une influence de l'environnement extérieur. La famille, les amis favorisent parfois les excès alimentaires. Le groupe rend difficile la gestion du comportement alimentaire.

Un domaine est considéré comme pathologique lorsqu'il est supérieur à 3 sur 5.

Nous avons décidé d'ajouter le score BES qui évalue, par auto-questionnaire, l'hyperphagie compulsive. L'hyperphagie compulsive est un comportement d'alimentation excessive à un moment donné.

Le score BES a été validé en français[13]. L'étude de Ketata *et al.*[7] rappelle l'importance de l'évaluation de l'hyperphagie auprès de patients souffrant d'obésité. La catégorisation suivante a été proposée avec, entre parenthèses, la proportion de patients d'après une étude française menée auprès de 700 obèses[14] :

- Score < 17 : comportement alimentaire normal (58.5%)
- Score compris entre 17 et 27 : comportement alimentaire troublé, hyperphagie modérée (27.5%)
- Score ≥ 27 : hyperphagie compulsive (14%)

Une restriction dans le comportement alimentaire doit pouvoir être identifiée. Un patient frustré par l'alimentation doit être accompagné pour retrouver du plaisir à table.

De plus, nous avons souhaité pouvoir identifier des comportements alimentaires de type hyperphagie compulsive et les troubles de l'externalité alimentaire. En effet, ces compulsions ou l'influence de l'environnement externe doivent être pris en compte dans notre suivi.

Annexe 4.4.6 : La sédentarité

Le niveau de sédentarité est reconnu comme un facteur de risque pour la santé. Ainsi, Kodama *et al.*[15] ont montré dans une méta-analyse que le niveau d'activité physique (capacité à effectuer des efforts) est un excellent prédicteur d'évènement cardiaque et de la mortalité. Nous avons synthétisé les résultats de la méta-analyse dans le **Tableau 14** ci-dessous :

Tableau 14 : Risque de mortalité en fonction du niveau d'activité physique

Comparativement à un niveau de capacité physique inférieur à 7,9 MET :	Mortalité toutes causes	Mortalité cardio-vasculaires
Capacités comprises entre 7,9 et 10,8 MET [15]	-40%	-47%
Capacités supérieures à 10,9 MET [15]	-70%	-56%

Dans une méta-analyse réalisée par Barry *et al.*[16], on observe que le risque de mortalité est triplé chez des patients souffrant d'obésité et sédentaires. En revanche, les patients obèses possédant de bonnes capacités physiques ont un risque de mortalité cardiaque augmenté « seulement » de 0,42 fois si on les compare à la population générale (voir **Figure 21** ci-dessous issue de l'étude).

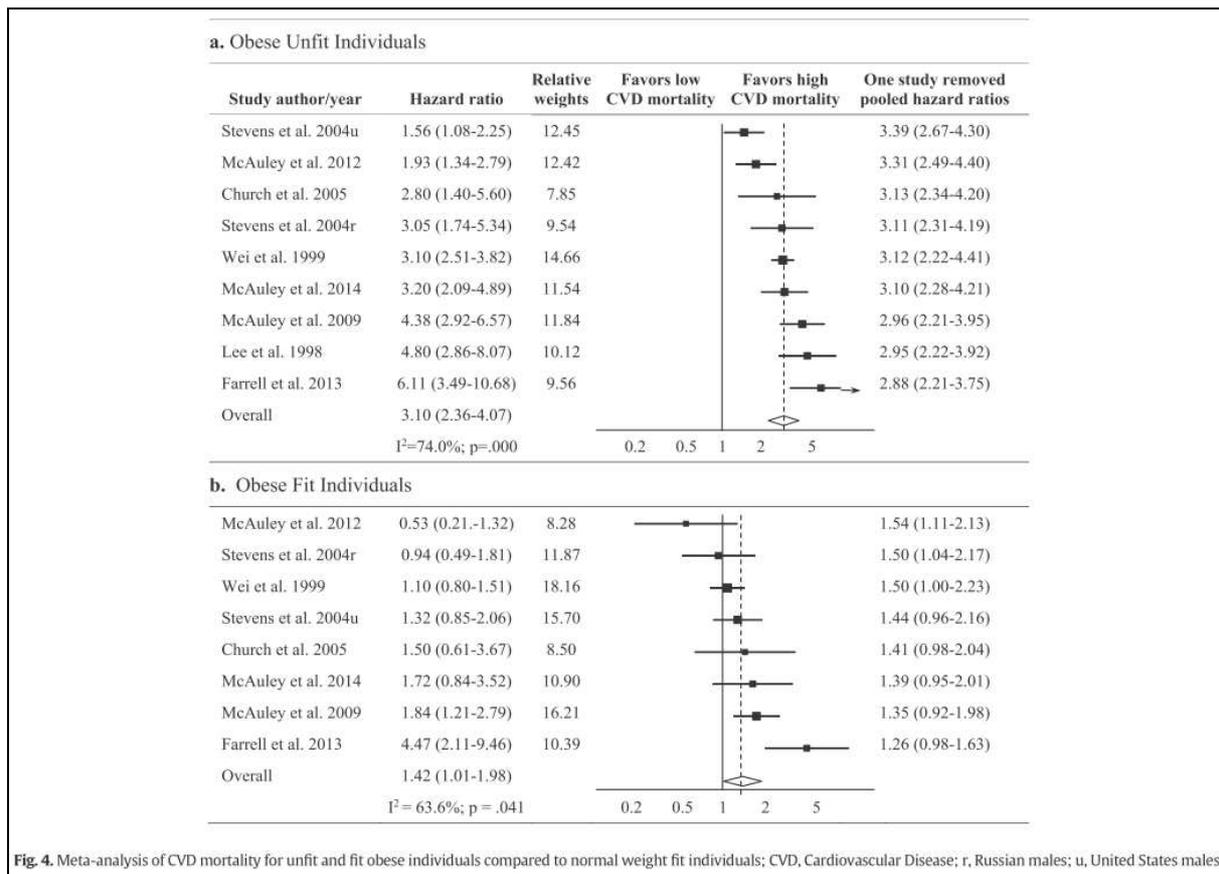


Fig. 4. Meta-analysis of CVD mortality for unfit and fit obese individuals compared to normal weight fit individuals; CVD, Cardiovascular Disease; r, Russian males; u, United States males.

Figure 21 : Mortalité cardio-vasculaire selon le niveau d'activité physique

Ces études démontrent bien qu'au-delà de l'IMC ou du poids, il convient de déterminer le niveau de sédentarité et/ou le niveau d'activité physique.

Pour cela, nous utilisons les deux approches :

- Estimation du niveau de sédentarité
- Estimation du niveau d'activité physique

Le niveau de sédentarité est estimé à partir du score de BAECKE. Ce score est obtenu par auto-questionnaire à remplir par le patient. Il s'agit d'un questionnaire international et qui a été traduit en Français[17]. Un score inférieur à 9 représente une sédentarité, un seuil inférieur à 7 représente une sédentarité sévère.

Par ailleurs, il a été rapporté qu'il était possible d'estimer le niveau d'activité physique à partir de l'équation de Stamatakis[18]. Nous utilisons l'équation de l'étude pour estimer le « MET score ». Il s'agit d'un nombre, un multiple de l'équivalent métabolique au repos (métabolisme basal). Ce nombre correspond approximativement à la vitesse maximale aérobie, c'est-à-dire la vitesse de déplacement à pied (en marchant ou en courant, selon les capacités) qu'il est possible d'atteindre pour un patient et permettant d'atteindre VO_2max (la consommation maximale d'oxygène de l'organisme). D'après ce qui précède, un niveau d'activité physique inférieur à 5,5 MET est considéré comme pathologique.

Annexe 4.5 : Références scientifiques

1. Emery, C., et al., *[Cost of obesity in France]*. Presse Med, 2007. **36**(6 Pt 1): p. 832-40.
2. Martin Du Pan, R. and A. Golay, *Le paradoxe de l'obésité*. Rev Med Suisse, 2014. **10**: p. 1413-7.
3. Postorino, M., et al., *Abdominal obesity modifies the risk of hypertriglyceridemia for all-cause and cardiovascular mortality in hemodialysis patients*. Kidney Int, 2011. **79**(7): p. 765-72.
4. Jacobs, E.J., et al., *Waist circumference and all-cause mortality in a large US cohort*. Arch Intern Med, 2010. **170**(15): p. 1293-301.
5. Clément, K. and S. Vignes, *Inflammation, adipokines et obésité*. La Revue de Médecine Interne, 2009. **30**(9): p. 824-832.
6. Ziegler, O., et al., *Development and validation of a French obesity-specific quality of life questionnaire: Quality of Life, Obesity and Dietetics (QOLOD) rating scale*. Diabetes Metab, 2005. **31**(3 Pt 1): p. 273-83.
7. Ketata, W., et al., *Hyperphagie boulimique et obésité : aspects épidémiologiques, cliniques et psychopathologiques. Étude d'une population d'obèses à Sfax (Tunisie)*. Annales d'Endocrinologie, 2009. **70**(6): p. 462-467.
8. Romain, A.J., et al., *Health-related quality of life and stages of behavioural change for exercise in overweight/obese individuals*. Diabetes & Metabolism, 2012. **38**(4): p. 352-358.
9. Rosenberg, M., *Society and the Adolescent Self-Image*. 1965, Princeton, N.J.: Princeton University Press.
10. Vallieres, E.F. and R.J. Vallerand, *Traduction et validation canadienne-française de l'échelle de l'estime de soi de Rosenberg*. International Journal of Psychology, 1990. **25**(2): p. 305-316.
11. Pearson, E.S., et al., *The CHANGE program: comparing an interactive versus prescriptive obesity intervention on university students' self-esteem and quality of life*. Appl Psychol Health Well Being, 2012. **4**(3): p. 369-89.
12. Lluch, A., et al., *Internal validation of a French version of the Dutch eating behaviour questionnaire*. Eur Psychiatry, 1996. **11**(4): p. 198-203.
13. Brunault, P., et al., *Validation de la version française de la Binge Eating Scale : étude de sa structure factorielle, de sa consistance interne et de sa validité de construit en population clinique et non clinique*. L'Encéphale, 2016. **42**(5): p. 426-433.
14. Dedenon-Mayer, I., *Étude et description des troubles du comportement alimentaire chez les patients obèses : à propos de 701 cas*. 2008, Université Henri Poincaré, Nancy 1: Nancy.
15. Kodama, S., et al., *Cardiorespiratory fitness as a quantitative predictor of all-cause mortality and cardiovascular events in healthy men and women: a meta-analysis*. JAMA, 2009. **301**(19): p. 2024-35.
16. Barry, V.W., J.L. Caputo, and M. Kang, *The Joint Association of Fitness and Fatness on Cardiovascular Disease Mortality: A Meta-Analysis*. Prog Cardiovasc Dis, 2018.

17. Bigard, A.X., et al., *Détermination de l'activité physique par questionnaire: validation du questionnaire autoadministrable de Baecke*. Science & Sports, 1992. **7**(4): p. 215-221.
18. Stamatakis, E., et al., *A non-exercise testing method for estimating cardiorespiratory fitness: associations with all-cause and cardiovascular mortality in a pooled analysis of eight population-based cohorts*. Eur Heart J, 2013. **34**(10): p. 750-8.

Annexe 5 : Cas cliniques

A partir de notre base de données actuelle, nous avons simulé quatre exemples de patients : du plus important risque sanitaire au moins important.

Il s'agit là de patients qui s'étaient présentés dans l'établissement Guillaume de Varye pour réaliser des bilans afin de pouvoir candidater à la chirurgie bariatrique.

Pour montrer que l'IMC n'est pas l'élément central de notre projet, nous avons sélectionné quatre patients ayant des IMC proches (entre 37 kg/m² et 40kg/m²) mais qui ont, après catégorisation et respect des règles d'utilisation du budget, un parcours complètement différent.

Un besoin de niveau 0 correspond à des valeurs normales, les besoins vont ensuite de 1 à 3 : risque sanitaire légèrement augmenté à risque sanitaire important.

Le besoin est déterminé à partir de 9 scores, répartis dans trois domaines : **besoin en activité physique, besoin en diététique, besoin en suivi psychologique**. Il y a trois niveaux de besoin pour chaque domaine. Un patient ne bénéficiera pas systématiquement d'un accompagnement psychologique et diététique et activité physique. Les résultats de son évaluation définiront son PPS. Selon les cas, un besoin pluridisciplinaire sera requis. L'algorithme TIMÉO permet un traitement automatique des besoins selon les résultats obtenus aux 9 scores.

Pour les quatre cas de patients, on retrouve :

- Le résumé du bilan
- L'analyse des besoins et le financement correspondant
- La proposition de TIMÉO pour les besoins

Annexe 5.1 : Cas n°1

Annexe 5.1.1 : Résumé du bilan

Madame G., 35 ans, 164 cm pour 99 kg, IMC à 37 kg/m², vue le 14 janvier 2019.

Annexe 5.1.2 : Analyse des besoins : propositions de TIMÉO

Besoin	Niveau	Proposition de travail	financement	Besoin Pluridisciplinaire
Activité Physique	3	MET score trop faible à développer	350 €	2
Diététique	3	Alimentation hyperphagique à anticiper	350 €	
Psychologique	3	Très faible estime de soi à améliorer	350 €	

Niveau de besoin	Nombre de besoins identifiés par niveau																
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1	1	0	0	2	3	1	1	1	1	2	2	0	0	0	0	0	0
2	0	1	0	0	0	1	0	1	0	1	0	1	2	0	3	2	1
3	0	0	1	0	0	0	1	1	2	0	1	1	0	2	0	1	2
Pluri	0			1											2		

L'algorithme TIMÉO détecte les objectifs présentés dans les tableaux ci-dessus (*sous réserve de modification des seuils*).

Le besoin pluridisciplinaire de niveau 2 s'explique car on observe des difficultés dans plusieurs domaines (trois besoins de niveau 3). Il consiste à participer à huit demi-journées de prise en charge pluridisciplinaire.

Annexe 5.1.3 : Propositions de Parcours Personnalisé de Soins (PPS)

Après analyse des résultats, on observe pour ce patient :

- Un besoin pluridisciplinaire de niveau Pluri 2
- Un besoin en activité physique de niveau 3
- Un besoin en accompagnement diététique de niveau 3
- Un besoin en accompagnement psychologique de niveau 3

En application des règles proposées :

- **560 € pour la prise en charge pluridisciplinaire Pluri 2**
- **350 € pour la prise en charge par l'activité physique,**
- **350 € pour la prise en charge diététique,**
- **350 € pour la prise en charge psychologique.**

Le financement attribué au PPS s'élève à 1 610 €.

Annexe 5.2 : Cas n°2

Annexe 5.2.1 : Résumé du bilan

Madame L., 45 ans, 175 cm pour 122 kg, IMC à 40 kg/m², vue le 18 septembre 2018.

Annexe 5.2.2 : Analyse des besoins. Propositions de TIMÉO.

Besoin	Niveau	Proposition de travail	financement	Besoin Pluridisciplinaire
Activité Physique	3	Accompagnement vers un sport d'endurance (niveau 3) Lutte contre sédentarité (niveau 2)	350 €	1
Diététique	1	Retrouver du plaisir en mangeant (niveau 1)	75 €	
Psychologique	0		0 €	

Niveau de besoin	Nombre de besoins identifiés par niveau																	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
1	1	0	0	2	3	1	1	1	1	2	2	0	0	0	0	0	0	0
2	0	1	0	0	0	1	0	1	0	1	0	1	2	0	3	2	1	0
3	0	0	1	0	0	0	1	1	2	0	1	1	0	2	0	1	2	3
Pluri	0			1												2		

L'algorithme TIMEO détecte les objectifs présentés dans les tableaux ci-dessus (*sous réserve de modification des seuils*).

Le besoin pluridisciplinaire de niveau 1 s'explique car on observe des difficultés dans plusieurs domaines, dont un besoin dépasse le niveau 1. Il consiste à participer à une journée Starter pluridisciplinaire.

Annexe 5.2.3 : Propositions de Parcours Personnalisé de Soins (PPS)

A l'analyse des résultats en fonction des seuils prédéterminés, on retrouve pour cette patiente

- Un besoin pluridisciplinaire de niveau 1
- Un besoin de niveau 3 en activité physique
- Un besoin de niveau 1 en diététique

En application des règles proposées :

- **150€** seront attribués à la prise en charge pluridisciplinaire de niveau 1,
- **350€** pour la prise en charge par l'activité physique,
- **75€** pour la prise en charge diététique.

Le financement attribué au PPS s'élève à 575€.

Annexe 5.3 : Cas n°3

Annexe 5.3.1 : Résumé du bilan

Madame B., 23 ans, 155 cm pour 96 kg, IMC à 40 kg/m², vue le 15 mai 2018.

Annexe 5.3.2 : Analyse des besoins : propositions de TIMÉO

Besoin	Niveau	Proposition de travail	financement	Besoin Pluridisciplinaire
Activité Physique	2	Lutte contre sédentarité (niveau 2)	150 €	1
Diététique	0		0 €	
Psychologique	2	Estime de soi (niveau 2)	150 €	

Niveau de besoin	Nombre de besoins identifiés par niveau																	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
1	1	0	0	2	3	1	1	1	1	2	2	0	0	0	0	0	0	0
2	0	1	0	0	0	1	0	1	0	1	0	1	2	0	3	2	1	0
3	0	0	1	0	0	0	1	1	2	0	1	1	0	2	0	1	2	3
Pluri	0			1									2					

L'algorithme TIMÉO détecte les objectifs présentés dans les tableaux ci-dessus (*sous réserve de modification des seuils*).

Le besoin pluridisciplinaire de niveau 1 s'explique car on observe des difficultés dans plusieurs domaines, dont un besoin dépasse le niveau 1. Il consiste à participer à une journée Starter pluridisciplinaire.

Annexe 5.3.3 : Propositions de Parcours Personnalisé de Soins (PPS)

Après analyse des résultats, on observe pour cette patiente :

- Un besoin pluridisciplinaire de niveau 1
- Un besoin en activité physique de niveau 2
- Un besoin en suivi psychologique de niveau 2

En application des règles proposées :

- **150€** seront attribués à la prise en charge pluridisciplinaire de niveau 1,
- **150€** pour la prise en charge par l'activité physique,
- **150€** pour la prise en charge psychologique.

Le financement attribué au PPS s'élève à 450€.

Annexe 5.4 : Cas n°4

Annexe 5.4.1 : Résumé du bilan

Monsieur L., 31 ans, 171 cm pour 116 kg, IMC à 40 kg/m², vu le 22 mai 2018.

Annexe 5.4.2 : Analyse des besoins : propositions de TIMÉO

Besoin	Niveau	Proposition de travail	financement	Besoin Pluridisciplinaire
Activité Physique	1	Lutte contre sédentarité (niveau 1)	75 €	0
Diététique	1	Retrouver du plaisir en mangeant (niveau 1)	75 €	
Psychologique	0		0 €	

Niveau de besoin	Nombre de besoins identifiés par niveau																	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
1	1	0	0	2	3	1	1	1	1	2	2	0	0	0	0	0	0	0
2	0	1	0	0	0	1	0	1	0	1	0	1	2	0	3	2	1	0
3	0	0	1	0	0	0	1	1	2	0	1	1	0	2	0	1	2	3
Pluri	0			1												2		

L'algorithme TIMÉO détecte les objectifs présentés dans les tableaux ci-dessus (*sous réserve de modification des seuils*).

Aucun besoin pluridisciplinaire n'a été détecté.

Annexe 5.4.3 : Propositions de Parcours Personnalisé de Soins (PPS)

Après analyse des résultats, on observe pour ce patient :

- Aucun besoin pluridisciplinaire
- Un besoin en activité physique de niveau 1
- Un besoin en accompagnement diététique de niveau 1

En application des règles proposées :

- **75€ pour la prise en charge par l'activité physique**
- **75€ pour la prise en charge diététique.**

Le financement attribué au PPS s'élève à 150€.

Annexe 6 : Règles d'engagement des membres du réseau du projet TIMÉO

Pour adhérer au réseau TIMÉO, les intervenants (diététiciens, enseignants en activités physiques adaptées, psychologues) devront accepter les conditions suivantes :

Annexe 6.1 : Adhésion au réseau

Les professionnels devront adhérer à la CPTS locale et à l'association TIMÉO.
Les professionnels devront fournir une copie de leurs diplômes et CV.

Annexe 6.2 : Formation

Les professionnels devront participer à la journée d'intégration au réseau.
Ils devront également participer à la journée de formation annuelle.

Annexe 6.3 : Financement

Chaque praticien de santé, association de professionnels, sociétés, centre hospitalier, maison de santé prodiguant des soins auprès des patients du projet TIMÉO s'engage à accepter les conditions tarifaires (taux horaire des interventions), les conditions d'attribution des budgets et s'engage à ne pas toucher de double financement pour les actes qu'il prodiguera.

Les frais de déplacement, des patients et des intervenants, pour se rendre au cabinet, au domicile du patient ou en atelier ne sont pas pris en charge dans le cadre de cette expérimentation et restent à la charge de chacun.

Annexe 6.4 : Transmission

En adhérant au réseau TIMÉO, les intervenants acceptent les conditions d'utilisation des systèmes d'information. Les intervenants s'engagent à transmettre les informations de suivi : date, heure, contenu d'intervention, objectifs fixés par le patient... Se référer aux cahiers des charges des besoins (**Annexe 7 : Cahier des charges pour les prises en charge en ville**) et aux cahiers des charges des besoins pluridisciplinaires (**Annexe 8 : Cahier des charges besoin pluridisciplinaire niveau 1** et **Annexe 9 : Cahier des charges besoin pluridisciplinaire niveau 2**) pour connaître les attentes du porteur de projet.

Annexe 7 : Cahier des charges pour les prises en charge en ville

Le cahier des charges pour les prises en charge en ville des besoins des patients se compose de 10 fiches :

- Une fiche de suivi qui présente le type d'actes demandés aux intervenants et le planning envisagé. Cette fiche synthétise le crédit temps alloué aux différents actes.
- Neuf fiches pour les trois niveaux de besoin des trois intervenants (enseignants en activités physiques adaptées, diététiciennes, psychologues). Sur chaque fiche, on retrouve des explications sur le contenu des actes à réaliser, le financement correspondant et le temps alloué à ces actes. Les actes peuvent être sous différentes formes : ateliers collectifs, consultations initiales ou consultations de suivi, appels téléphoniques, accompagnement du patient en situation réelle, programme d'entraînement.
-

Un exemple de fiches est présenté ci-dessous.

Fiche de suivi		Programmation annuelle (J : jour ; S : semaine ; M : mois)															Temps (min)	quantité	Total (min)	patients par séance	Total par patient (min)	
		Suivi des besoins	modalités	J1	S1	S2	M1	M2	M2 +1S	M3	M4	M5	M6	M7	M8	M9						M10
APA1 100 min	Cs initiale	X																60	1	60	1	60
	Appel		X		X													10	2	20	1	20
	CS									X								20	1	20	1	20
	Acc. Séances																	60	0	0	1	0
APA2 200 min	Cs initiale	X																60	1	60	1	60
	Appel		X		X		X	X		X			X					10	6	60	1	60
	CS					X			X		X				X			20	4	80	1	80
	Acc. Séances																	60	0	0	1	0
APA3 465 min	Cs initiale	X																60	1	60	1	60
	Appel			X			X		X			X			X			10	5	50	1	50
	CS				X				X		X		X			X		20	5	100	1	100
	Prog				X													15	1	15	1	15
	Acc. Séances		X			X						X			X			60	4	240	1	240
Diet1 100 min	Cs initiale																	60	0	0	1	0
	Ateliers coll.	X				X			X									100	3	300	3	100
	CS																	40	0	0	1	0
	Acc. Séances																	90	0	0	1	0
Diet2 195 min	Cs initiale	X																60	1	60	1	60
	Ateliers coll.																	100	0	0	1	0
	CS				X				X			X						45	3	135	1	135
	Acc. Séances																	90	0	0	1	0
Diet3 465 min	Cs initiale	X																60	1	60	1	60
	Ateliers coll.																	100	0	0	1	0
	CS				X				X						X			45	3	135	1	135
	Acc. Séances		X			X						X						90	3	270	1	270
Psy1 100 min	Cs initiale																	60	0	0	1	0
	Ateliers coll.	X				X			X									100	3	300	3	100
	CS																	45	0	0	1	0
Psy2 195 min	Cs initiale	X																60	1	60	1	60
	Ateliers coll.																	100	0	0	1	0
	CS				X				X			X						45	3	135	1	135
Psy3 465 min	Cs initiale	X																60	1	60	1	60
	Ateliers coll.																	100	0	0	1	0
	CS				X	X			X	X	X	X	X		X		X	45	9	405	1	405

Légende : Acc. Séances : accompagnement en séances, Ateliers coll. : ateliers collectifs ; CS : consultation ; Cs initiale : consultation initiale ; Prog : programme d'entraînement

ACTIVITE N° 1 APA

Besoin	Activités physiques	Niveau	1
Seuil	Baecke <9 Killy test <20s	Financement	75 € (100 minutes)

INTERVENANTS

Qualification de l'intervenant:	Enseignant en activité physique adaptée
Nombre d'intervenants/ encadrants:	1
Obligations :	Etre diplômé licence, master ou doctorat en STAPS mention activités physiques adaptées

LOCAUX

Lieu(x) :	locaux du praticien/ domicile du patient
Equipement obligatoire :	capteur d'activité physique adaptée
Equipement spécialisé pour l'activité :	
Accessibilité :	

PRISE EN CHARGE

<input checked="" type="checkbox"/> individuelle	<input type="checkbox"/> collective						
	<table border="1"> <tr> <td>Nombre de personnes</td> <td>min</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>max</td> <td></td> </tr> </table>	Nombre de personnes	min			max	
Nombre de personnes	min						
	max						
Nombre d'actes :	4						
Quand :	voir fiche de suivi						

CONTENU

o consultation initiale (60 min) : entretien motivationnel pour accompagner le patient à construire une routine d'activité physique (déplacements actifs, exercices programmés, loisirs, identifier les activités "plaisirs"). Lever les freins : planning, météo, lieux, temps pour soi... Co-construire des objectifs réalistes : quantifiables (actimètre) ou non (ressenti, émotions, perception de l'effort...). Planifier une reprise progressive (quoi ? comment ? quand ? où ? avec qui ?). Explication du fonctionnement des outils de suivi d'activités (smartphone, bracelet, podomètre, gps...).

o 2 appels téléphoniques (10 min) : Vérification du respect du programme, recueil des impressions, des freins. Réponse aux questions.

o 1 consultation (20 min) : analyse du suivi, identification des réussites et des points de développement, co-construction de nouveaux objectifs. rédaction d'une synthèse.

VARIABLE SPECIFIQUE

présentation de tous les clubs et structures proposant une activité physique adaptée au besoin du patient

ACTIVITE N° 2 APA

Besoin	Activités physiques	Niveau	2
Seuil	Baecke <7 MET score <7	Financement	150 € (200 minutes)

INTERVENANTS

Qualification de l'intervenant:	Enseignant en Activité physique adaptée
Nombre d'intervenants/ encadrants:	1
Obligations :	être diplômé licence, master ou doctorat en STAPS mention activités physiques adaptées

LOCAUX

Lieu(x) :	locaux du praticien/ domicile du patient
Equipement obligatoire :	capteur d'activité physique adaptée
Equipement spécialisé pour l'activité :	
Accessibilité :	

PRISE EN CHARGE

<input checked="" type="checkbox"/> individuelle	<input type="checkbox"/> collective						
	<table border="1"> <tr> <td>Nombre de personnes</td> <td>min</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>max</td> <td></td> </tr> </table>	Nombre de personnes	min			max	
Nombre de personnes	min						
	max						
Nombre d'actes :	11						
Quand :	voir fiche de suivi						

CONTENU

o consultation initiale (60 min) : entretien motivationnel pour accompagner le patient à construire une routine d'activité physique (déplacements actifs, exercices programmés, loisirs, identifier les activités "plaisirs"). Lever les freins : planning, météo, lieux, temps pour soi... Co-construire des objectifs réalistes : quantifiables (actimètre) ou non (ressenti, émotions, perception de l'effort...). Planifier une reprise progressive (quoi ? comment ? quand ? où ? avec qui ?). Explication du fonctionnement des outils de suivi d'activités (smartphone, bracelet, podomètre, gps...).

o 6 appels téléphoniques (10 min) : Vérification du respect du programme, recueil des impressions, des freins. Réponse aux questions.

o 4 consultations (20 min) : analyse du suivi, identification des réussites et des points de développement, co-construction de nouveaux objectifs. rédaction d'une synthèse.

VARIABLE SPECIFIQUE

présentation de tous les clubs et structures proposant une activité physique adaptée au besoin du patient

ACTIVITE N° 3 APA

Besoin	Activités physiques	Niveau	3
Seuil	Killy test <10s MET score <6	Fonctionnement	350 € (465 minutes)

INTERVENANTS

Qualification de l'intervenant:	Enseignant en Activité physique adaptée
Nombre d'intervenants/ encadrants:	1
Obligations :	être diplômé licence, master ou doctorat en STAPS mention activités physiques adaptées

LOCAUX

Lieu(x) :	locaux du praticien/ domicile du patient
Equipement obligatoire :	capteur d'activité physique adaptée
Equipement spécialisé pour l'activité :	
Accessibilité :	

PRISE EN CHARGE

<input checked="" type="checkbox"/> individuelle	<input type="checkbox"/> collective					
	<table border="1"> <tr> <td rowspan="2">Nombre de personnes</td> <td>min</td> <td></td> </tr> <tr> <td>max</td> <td></td> </tr> </table>	Nombre de personnes	min		max	
Nombre de personnes	min					
	max					
Nombre d'actes :	16					
Quand :	voir fiche de suivi					

CONTENU

o consultation initiale (60 min) : entretien motivationnel pour accompagner le patient à construire une routine d'activité physique (déplacements actifs, exercices programmés, loisirs, identifier les activités "plaisirs"). Lever les freins : planning, météo, lieux, temps pour soi... Co-construire des objectifs réalistes : quantifiables (actimètre) ou non (ressenti, émotions, perception de l'effort...). Planifier une reprise progressive (quoi ? comment ? quand ? où ? avec qui ?). Explication du fonctionnement des outils de suivi d'activités (smartphone, bracelet, podomètre, gps...).

o 5 appels téléphoniques (10 min) : Vérification du respect du programme, recueil des impressions, des freins. Réponse aux questions.

o 5 consultations (20 min) : analyse du suivi, identification des réussites et des points de développement, co-construction de nouveaux objectifs. rédaction d'une synthèse.

o 1 programme d'entraînement (15 min) : création d'un programme d'entraînement personnalisé adapté aux besoins du patient.

o 4 accompagnements en séances (60 min) : soit en séance individuelle d'éducation à la pratique d'activité physique (base de l'échauffement, gestes et postures, étirements, conseils équipement...), soit en accompagnement dans un club pour rencontrer les éducateurs sportifs de la structure pour expliquer les besoins du patient et pour adapter les exercices.

VARIABLE SPECIFIQUE

présentation de tous les clubs et structures proposant une activité physique adaptée au besoin du patient

ACTIVITE N°1 DIET

Besoin	diététique	Niveau	1
Seuil	DEBQ - restriction > 3 EQVOD - bien-être alim. < 40	Financement	75 € (100 minutes)

INTERVENANTS

Qualification de l'intervenant:	Diéteticienne diplômée d'état
Nombre d'intervenants/ encadrants:	1
Obligations :	

LOCAUX

Lieu(x) :	salle de réunion adaptée à l'accueil de patients obèses permettant la confidentialité des échanges
Equipement obligatoire :	
Equipement spécialisé pour l'activité :	
Accessibilité :	

PRISE EN CHARGE

<input type="checkbox"/> individuelle	<input checked="" type="checkbox"/> collective						
	<table border="1"> <tr> <td>Nombre de personnes</td> <td>min</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td></td> <td>max</td> <td>6</td> </tr> </table>	Nombre de personnes	min	3		max	6
Nombre de personnes	min	3					
	max	6					
Nombre d'actes :	3						
Quand :	<i>voir fiche de suivi</i>						

CONTENU

Animation d'ateliers collectifs autour de différentes thématiques. Les ateliers peuvent prendre différentes formes : présentation assistée par ordinateur, jeux ludiques, lecture de livrets... Synthèse des acquis et reformulation par le patient pour vérifier l'acquisition des connaissances. Fixation d'objectifs de réalisation d'exercices pratiques.

o atelier n°1 (100 minutes) : les bases de l'alimentaire : les familles d'aliments, la transformation des aliments, les besoins, la répartition dans la journée.

o atelier n°2 (100 minutes) : la structuration des repas : l'environnement propice, la durée / le rythme, le plaisir de manger, la lecture des étiquettes.

o atelier n°3 (100 minutes) : la gestion des extra / attitude à adopter lors d'évènements : repas festifs, restaurant, invitations...

VARIABLE SPECIFIQUE

ACTIVITE N°2 DIET

Besoin	diététique	Niveau	2
Seuil	DEBQ - externalité > 3 BES - hyperphagie ≥ 20	Financement	150 € (200 minutes)

INTERVENANTS

Qualification de l'intervenant:	Diététicienne diplômée d'état
Nombre d'intervenants/ encadrants:	1
Obligations :	

LOCAUX

Lieu(x) :	cabinet de la diététicienne
Equipement obligatoire :	
Equipement spécialisé pour l'activité :	
Accessibilité :	

PRISE EN CHARGE

<input checked="" type="checkbox"/> individuelle	<input type="checkbox"/> collective	
	Nombre de personnes	min
		max
Nombre d'actes :	4	
Quand :	<i>voir fiche de suivi</i>	

CONTENU

o consultation initiale (60 min) : Analyse et interprétation des résultats d'évaluation de l'équipe pluridisciplinaire du centre expert. Analyse de la demande de soin émise par le centre expert. Entretien motivationnel pour accompagner le patient à travailler sur un changement de comportement alimentaire. Lever les freins : planning, budget, préférences et goût... Co-construire des objectifs réalistes : quantifiables (nombre de portions de famille d'aliments à chaque repas) ou non (ressenti, émotions, bien-être...). Planifier des étapes de travail.

o 3 consultations (45 min) : analyse du suivi. Vérification du respect du programme, recueil des impressions, des freins. identification des réussites et des points de développement, co-construction de nouveaux objectifs. Réponse aux questions. Rédaction d'une synthèse.

VARIABLE SPECIFIQUE

ACTIVITE N°3 DIET

Besoin	diététique	Niveau	3
Seuil	DEBQ - externalité > 4 BES - hyperphagie ≥ 27	Financement	350 € (465 minutes)

INTERVENANTS

Qualification de l'intervenant:	Diététicienne diplômée d'état
Nombre d'intervenants/ encadrants:	1
Obligations :	

LOCAUX

Lieu(x) :	cabinet de la diététicienne
Equipement obligatoire :	
Equipement spécialisé pour l'activité :	
Accessibilité :	

PRISE EN CHARGE

<input checked="" type="checkbox"/> individuelle	<input type="checkbox"/> collective					
	<table border="1"> <tr> <td rowspan="2">Nombre de personnes</td> <td>min</td> <td></td> </tr> <tr> <td>max</td> <td></td> </tr> </table>	Nombre de personnes	min		max	
Nombre de personnes	min					
	max					
Nombre d'actes :	7					
Quand :	voir fiche de suivi					

CONTENU

o consultation initiale (60 min) : Analyse et interprétation des résultats d'évaluation de l'équipe pluridisciplinaire du centre expert. Analyse de la demande de soin émise par le centre expert. Entretien motivationnel pour accompagner le patient à travailler sur un changement de comportement alimentaire. Lever les freins : planning, budget, préférences et goût... Co-construire des objectifs réalistes : quantifiables (nombre de portions de famille d'aliment à chaque repas) ou non (ressenti, émotions, bien-être...). Planifier des étapes de travail.

o 3 consultations (45 min) : analyse du suivi. Vérification du respect du programme, recueil des impressions, des freins. identification des réussites et des points de développement, co-construction de nouveaux objectifs. Réponse aux questions. Rédaction d'une synthèse.

o 3 accompagnements en séances (90 min) : soit au domicile du patient pour accompagner le patient à s'organiser, à préparer des repas équilibrés, observer les contenus des placards (base de l'alimentation, planification et structuration, portions et proportions...), soit en accompagnement pour faire des achats (choix des aliments, lecture d'étiquettes, marché et/ou supermarché...).

VARIABLE SPECIFIQUE

--

ACTIVITE PSY N°1

Besoin	accompagnement psycho social	Niveau	1
Seuil	Rosenberg - estime de soi < 30 EQVOD - impact psycho-social <40	Financement	75 € (100 minutes)

INTERVENANTS

Qualification de l'intervenant:	psychologue clinicienne /sophrologue (titulaire d'un diplôme d'etat d'une profession de santé) / socio estéticienne
Nombre d'intervenants/ encadrants:	1
Obligations :	

LOCAUX

Lieu(x) :	salle de réunion adaptée à l'accueil de patients obèses permettant la confidentialité des échanges
Equipement obligatoire :	
Equipement spécialisé pour l'activité :	
Accessibilité :	

PRISE EN CHARGE

<input type="checkbox"/> individuelle	<input checked="" type="checkbox"/> collective						
	<table border="1"> <tr> <td>Nombre de personnes</td> <td>min</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td></td> <td>max</td> <td>6</td> </tr> </table>	Nombre de personnes	min	3		max	6
Nombre de personnes	min	3					
	max	6					
Nombre d'actes :	3						
Quand :	<i>voir fiche de suivi</i>						

CONTENU

Animation d'ateliers collectifs autour de différentes thématiques. Les ateliers peuvent prendre différentes formes : présentation assistée par ordinateur, jeux ludiques, lecture de livrets...
Synthèse des acquis et reformulation par le patient pour vérifier l'acquisition des connaissances. Fixation d'objectifs de réalisation d'exercices pratiques.
o atelier n°1 (100 minutes) : l'estime de soi, le regard des autres, l'image du corps.
o atelier n°2 (100 minutes) : la motivation, les ressources et la stratégie de coping.
o atelier n°3 (100 minutes) : addictions et plaisir.

VARIABLE SPECIFIQUE

ACTIVITE PSY N°2

Besoin	accompagnement psycho social	Niveau	2
Seuil	Rosenberg - estime de soi < 25 EQVOD - impact psycho-social <30	Financement	150 € (200 minutes)

INTERVENANTS

Qualification de l'intervenant:	Psychologue clinicien
Nombre d'intervenants/ encadrants:	1
Obligations :	

LOCAUX

Lieu(x) :	au cabinet du psychologue
Equipement obligatoire :	
Equipement spécialisé pour l'activité :	
Accessibilité :	

PRISE EN CHARGE

<input checked="" type="checkbox"/> individuelle	<input type="checkbox"/> collective						
	<table border="1"> <tr> <td>Nombre de personnes</td> <td>min</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>max</td> <td></td> </tr> </table>	Nombre de personnes	min			max	
Nombre de personnes	min						
	max						
Nombre d'actes :	4						
Quand :	voir fiche de suivi						

CONTENU

o consultation initiale (60 min) : Analyse et interprétation des résultats d'évaluation de l'équipe pluridisciplinaire du centre expert. Analyse de la demande de soin émise par le centre expert. Entretien motivationnel pour accompagner le patient à travailler sur un changement de comportement alimentaire. Lever les freins : planning, budget, environnement familial... Co-construire des objectifs réalistes : quantifiables (ressources mobilisables, stratégies mise en place) ou non (ressenti, émotions, bien-être...). Planifier des étapes de travail.

o 3 consultations (45 min) : analyse du suivi. Vérification du respect du programme, recueil des impressions, des freins. identification des réussites et des points de développement, co-construction de nouveaux objectifs. Réponse aux questions. Rédaction d'une synthèse.

VARIABLE SPECIFIQUE

ACTIVITE PSY N°3

Besoin	accompagnement psycho social	Niveau	3
Seuil	Rosenberg - estime de soi < 20 EQVOD - impact psycho-social <25	Financement	350 € (465 minutes)

INTERVENANTS

Qualification de l'intervenant:	Psychologue clinicien
Nombre d'intervenants/ encadrants:	1
Obligations :	

LOCAUX

Lieu(x) :	au cabinet du psychologue
Equipement obligatoire :	
Equipement spécialisé pour l'activité :	
Accessibilité :	

PRISE EN CHARGE

<input checked="" type="checkbox"/> individuelle	<input type="checkbox"/> collective	
	Nombre de personnes	min
		max
Nombre d'actes :	10	
Quand :	<i>voir fiche de suivi</i>	

CONTENU

o consultation initiale (60 min) : Analyse et interprétation des résultats d'évaluation de l'équipe pluridisciplinaire du centre expert. Analyse de la demande de soin émise par le centre expert. Entretien motivationnel pour accompagner le patient à travailler sur un changement de comportement alimentaire. Lever les freins : planning, budget, environnement familial... Co-construire des objectifs réalistes : quantifiables (ressources mobilisables, stratégies mise en place) ou non (ressenti, émotions, bien-être...). Planifier des étapes de travail.

o 9 consultations (45 min) : analyse du suivi. Vérification du respect du programme, recueil des impressions, des freins. identification des réussites et des points de développement, co-construction de nouveaux objectifs. Réponse aux questions. Rédaction d'une synthèse.

VARIABLE SPECIFIQUE

Annexe 8 : Cahier des charges besoin pluridisciplinaire niveau 1

Type de prise en charge	Information pluridisciplinaire sur les règles hygiéno-diététiques
Fréquence / durée	1 journée
Pathologies prises en charge	Patient souffrant d'obésité et relevant d'un besoin pluridisciplinaire de niveau 1
Financement par patient	150€
Nombre de places	De 12 à 15 patients
Lieu	<ul style="list-style-type: none"> - Hôpital Privé Guillaume de Varye - Les établissements de santé (hôpitaux, cliniques, maisons de santé) réunissant une équipe pluridisciplinaire de professionnels de santé labellisés « TIMÉO » pourront faire une demande de labellisation auprès du comité de projet pour organiser ces prises en charge
Critères d'inclusion	Besoin pluridisciplinaire de niveau 1
Critères d'exclusion	Patient sous tutelle ou inapte physiquement ou psychologiquement,
Intervenants	<ul style="list-style-type: none"> - Association de patients experts - Diététicienne - Enseignant en Activités Physiques Adaptées (EAPA) - Infirmière - Psychologue - Médecin du sport ou médecin nutritionniste
Type de prise en charge	Concilier apports théoriques et mise en pratique : ateliers collectifs éducatifs, repas thérapeutique, collation.
Coordinatrice	NOM Prénom, coordonnées téléphoniques, postales, messagerie

Planning prévisionnel :

Heures	Activités (intervenants)
10:00	Accueil, présentation de la journée, les soins et les traitements (IDE)
10:30	
11:00	Bases de l'équilibre alimentaire (IDE + diet)
11:30	
12:00	
12:30	Repas thérapeutique : pleine conscience (IDE + diet + psy)
13:00	Repas thérapeutique : restriction et émotionnalité (IDE + psy)
13:30	
14:00	La motivation et les freins à la pratique d'activités physiques (IDE + psy + EAPA)
14:30	Pratique : diminution de la sédentarité et déplacements actifs (IDE + EAPA)
15:00	Comment construire des objectifs estime de soi et capacités physiques (IDE + EAPA)
15:30	Pratique : séance d'initiation aux activités physiques adaptées (IDE + EAPA + asso patients)
16:00	Collation : patients - experts et présentation des activités associatives (IDE + asso patients)
16:30	
17:00	Le suivi médical et biologique + synthèse de la journée (IDE + médecin)
17:30	
18:00	Fin de journée

Description des interventions :

- Infirmière (IDE)
 - Accueil, présentation de la journée, les soins et les traitements
 - Accompagnement de chaque intervenant dans les ateliers
 - Interlocutrice privilégiée des patients
 - Transmission du suivi de patients dans le DMP

- Diététicienne (diet)
 - Bases de l'équilibre alimentaire (avec IDE)
 - Repas thérapeutique : pleine conscience (avec IDE et psy)
 - Transmission du suivi de patients dans le DMP

- Psychologue (psy)
 - Repas thérapeutique : pleine conscience (avec IDE et psy)
 - Repas thérapeutique : restriction et émotionnalité (avec IDE)
 - La motivation et les freins à la pratique d'activités physiques (avec IDE et EAPA)
 - Transmission du suivi de patients dans le DMP

- Enseignant en Activités Physiques Adaptées (EAPA)
 - La motivation et les freins à la pratique d'activités physiques (avec IDE et psy)
 - Pratique : diminution de la sédentarité et déplacements actifs (avec IDE)
 - Comment construire des objectifs estime de soi et capacités physiques (avec IDE)
 - Pratique : séance d'initiation aux activités physiques adaptées (avec IDE)
 - Transmission du suivi de patients dans le DMP

- Association de patients
 - Collation : patients - experts et présentation des activités associatives (avec IDE)

- Médecin
 - Le suivi médical et biologique + synthèse de la journée (avec IDE)
 - Transmission du suivi de patients dans le DMP

A prévoir par le patient :

- PPS TIMÉO, carnet de santé, ordonnances, traitements, examens, bilans sanguins...

- Tenue sportive :
 - basket/tennis,
 - jogging/survêtement,
 - T-shirt de rechange,
 - déodorant, serviette,

- Autres :
 - Smartphone, tablette ou podomètre pour l'éducation à la lutte contre la sédentarité

Annexe 9 : Cahier des charges besoin pluridisciplinaire niveau 2

Type de prise en charge	Rééducation pluridisciplinaire d'initiation « starter »
Fréquence / durée	2 demi-journées par semaine, 4 semaines, soit 8 demi-journées
Pathologies prises en charge	Patient souffrant d'obésité et relevant d'un besoin pluridisciplinaire de niveau 2
Financement par patient	560€
Nombre de places	De 8 à 10 patients
Lieu	<ul style="list-style-type: none"> - Hôpital Privé Guillaume de Varye - Les établissements de santé (hôpitaux, cliniques, maisons de santé) réunissant une équipe pluridisciplinaire de professionnels de santé labellisés « TIMÉO » pourront faire une demande de labellisation auprès du comité de projet pour organiser ces prises en charge
Critères d'inclusion	Besoin pluridisciplinaire de niveau 2
Critères d'exclusion	<ul style="list-style-type: none"> - Pathologies à risque non traitées ou non stabilisées (HTA, diabète avec hyper- hypoglycémie...) - Patient sous tutelle ou inapte physiquement ou psychologiquement, - Limitation à comprendre et lire le français
Intervenants	<ul style="list-style-type: none"> - Diététicien - Enseignant en Activités Physiques Adaptées (EAPA) - Infirmière - Kinésithérapeute - Psychologue - Médecin du sport ou médecin nutritionniste
Type de prise en charge	Ateliers collectifs de rééducation, consultations individuelles, entretiens motivationnels.
Coordinatrice	NOM, Prénom, coordonnées téléphoniques, postales, messagerie

Planning prévisionnel :

	mardi 1			Jeudi 1		mardi 2			Jeudi 2	
	Psychologue	Médecin	EAPA	Diet	Kiné	Psychologue	Médecin	EAPA	Diet	Kiné
16:00										
16:15										
16:30										
16:45										
17:00	collectif		collectif			individuel	individuel			
17:15	collectif		collectif			individuel	individuel			
17:30	collectif		collectif	collectif		individuel	individuel		collectif	
17:45	collectif		collectif	collectif		individuel	individuel		collectif	
18:00	individuel		demi-groupe	demi-groupe		individuel		demi-groupe	demi-groupe	
18:15	individuel		demi-groupe	demi-groupe	demi-groupe	individuel		demi-groupe	demi-groupe	demi-groupe
18:30	individuel	individuel	demi-groupe	demi-groupe	demi-groupe	individuel		demi-groupe	demi-groupe	demi-groupe
18:45	individuel	individuel	demi-groupe	demi-groupe	demi-groupe	individuel		demi-groupe	demi-groupe	demi-groupe
19:00	individuel	individuel	demi-groupe	demi-groupe		individuel		demi-groupe	demi-groupe	
19:15	individuel	individuel		collectif		individuel		demi-groupe	collectif	
19:30	individuel	individuel		collectif		individuel			collectif	
19:45	individuel	individuel		collectif		individuel			collectif	
20:00										
	mardi 3		Jeudi 3		mardi 4		Jeudi 4			
	Psychologue	EAPA	Diet	Kiné	Psychologue	EAPA	Diet	Kiné		
16:00										
16:15										
16:30										
16:45										
17:00	individuel				individuel					
17:15	individuel				individuel					
17:30	individuel		collectif		individuel		collectif			
17:45	individuel		collectif		individuel		collectif			
18:00	individuel	demi-groupe	demi-groupe		individuel	demi-groupe	demi-groupe			
18:15	individuel	demi-groupe	demi-groupe	demi-groupe	individuel	demi-groupe	demi-groupe	demi-groupe		
18:30	individuel	demi-groupe	demi-groupe	demi-groupe	individuel	demi-groupe	demi-groupe	demi-groupe		
18:45	individuel	demi-groupe	demi-groupe	demi-groupe	individuel	demi-groupe	demi-groupe	demi-groupe		
19:00	individuel	demi-groupe	demi-groupe		collectif	collectif	demi-groupe			
19:15	individuel	demi-groupe	collectif		collectif	collectif	collectif			
19:30	individuel		collectif		collectif	collectif	collectif			
19:45	individuel		collectif		collectif	collectif	collectif			
20:00										

Description des interventions :

- Diététicien (Diet)
 - Réalisation de bilans diététiques et de séances d'éducation diététique sous différentes formes (ateliers culinaires, dégustation, ateliers éducatifs...)
 - Transmission du suivi de patients dans le DMP

- Enseignant en Activités Physiques Adaptées (EAPA)
 - Réalisation de bilans et de séances d'activités physiques adaptées à des fins de rééducation
 - Transmission du suivi de patients dans le DMP

- Infirmière
 - Accueil, présentation de la journée, les soins et les traitements
 - Accompagnement de chaque intervenant dans les ateliers
 - Interlocutrice privilégiée des patients
 - Transmission du suivi de patients dans le DMP

- Kinésithérapeute (Kiné)
 - Réalisation de bilans et de séances de rééducation fonctionnelle en balnéothérapie et en salle
 - Transmission du suivi de patients dans le DMP

- Psychologue
 - Réalisation de séances et d'entretiens psychologiques
 - Transmission du suivi de patients dans le DMP

- Médecin
 - Consultation médicale
 - Transmission du suivi de patients dans le DMP

Equipement à apporter :

- Tenue sportive :
 - Maillot de bain en cas de balnéothérapie
 - basket/tennis,
 - jogging/survêtement,
 - T-shirt de rechange,
 - déodorant, serviette,

- Carnet de santé : ordonnances, traitements, examens, bilans sanguins...

- Autres :
 - Smartphone ou tablette pour ETP,