

# Cahier des charges

## Appel à projet Réseau de coordination de prévention et de prise en charge de l'obésité infanto-juvénile sur la région Normandie



Agence Régionale de Santé  
Normandie

16/10/2019

\*

Ce cahier des charges présente les attentes et les modalités de candidatures pour l'émergence d'un réseau régional en faveur d'un appui à la coordination du parcours des enfants / adolescents en risque et ou en situation de surpoids, d'obésité, sur le territoire de la Normandie.



## Contenu du cahier des charges

Chapitre 1 Cadre national.....	2
Contexte .....	2
La feuille de route obésité 2019-2022 pose des constats sévères :.....	2
Objectifs .....	3
Mesures .....	3
Plan PNNS 4.....	4
1. Par des objectifs spécifiques :.....	4
2. Sur la base d'objectifs transversaux : .....	5
Chapitre 2 Contexte régional.....	5
Chapitre 3 Orientations 2018-2023 du schéma régional de santé .....	6
1. Sur la promotion des comportements favorables à la santé :.....	6
2. En matière de promotion de la santé en faveur des enfants et des jeunes : .....	6
3. Sur l'accès des personnes en situation de handicap .....	6
4. Sur la prise en charge des personnes en situation d'obésité :.....	6
Chapitre 4 Création d'un réseau régional de coordination de la prévention et de la prise en charge de l'obésité infanto-juvénile.....	7
Les missions du réseau.....	7
Les objectifs du réseau .....	8
Chapitre 5 Qui peut candidater ?.....	9
Chapitre 6 Critères de sélection.....	9
Chapitre 7 Modalités spécifiques d'évaluation .....	10
Chapitre 8 Les ressources humaines.....	10
Chapitre 1 Budget Prévisionnel.....	11
Chapitre 9 Comment répondre .....	12
Chapitre 10 Calendrier prévisionnel.....	12
Chapitre 11 Contacts .....	12
Chapitre 12 Annexes .....	12
ANNEXE 1 synthèse étude Esteban 2014-2016 .....	12
1. Corpulence chez les adultes de 18 à 74 ans en 2015 .....	13
2. Corpulence chez les enfants de 6 à 17 ans en 2015.....	13
ANNEXE 2 Synthèse Instruction du 29 juillet 2011 CSO  .....	13
1. 1ère mission : Prise en charge pluridisciplinaire de l'obésité sévère .....	13
1. 2ème mission : Organisation de la filière de soins dans les régions.....	14
ANNEXE 3 Les acteurs associatifs et leur rôle.....	15

ANNEXE 4 Liste des acteurs.....	16
1. Les soins en ville :.....	16
2. La PMI :.....	16
3. Les services de promotion de santé en faveur des élèves :.....	16
4. Les structures hospitalières :.....	17
5. Les structures de recherche : .....	17
6. Les MECS : (maisons d'enfants à caractère sanitaire et social) :.....	17
7. Les centres médico-sportifs et les directions jeunesse <b>et sport</b> :.....	17
8. Les associations d'éducation pour la santé :.....	17
9. Les associations familiales et de consommateurs : .....	17
10. Les autres partenaires :.....	17
ANNEXE 5 Les niveaux de recours.....	19
1. Le 1er recours.....	19
2. Le 2e recours .....	19
3. Le 3e recours .....	19

## Chapitre 1 CADRE NATIONAL

---

### CONTEXTE

#### **La feuille de route obésité 2019-2022 pose des constats sévères :**

En France, 17 % de la population adulte est obèse, ce qui représente plus de 8 millions de personnes. Maladie chronique évolutive allant de l'obésité simple à l'obésité sévère et/ou complexe, c'est un facteur de risque majeur pour les pathologies les plus fréquentes (maladies cardio-vasculaires, diabète de type 2, etc.). Les conséquences psychologiques et sociales, comme la mésestime de soi, la dépression, la stigmatisation, sont conséquentes et délétères.

On constate des tendances fortes, propres à la France, qui persistent, en dépit des efforts engagés par les pouvoirs publics depuis plusieurs années :

- L'augmentation de la proportion des personnes évoluant vers une obésité très sévère, qui correspond à un indice de masse corporelle IMC > 40 kg/m<sup>2</sup>. En 2016, 2 % des femmes (1,3 % en 2006) et 1 % des hommes (0,7 % en 2006) relevaient de l'obésité sévère, soit plus de 500 000 personnes adultes ;

- La persistance d'inégalités sociales fortes : ainsi, dès l'âge de six ans, les enfants d'ouvriers sont 4 fois plus touchés par l'obésité que les enfants de cadres : 16 % sont en surcharge pondérale et 6 % sont obèses contre respectivement 7 % et 1% chez les enfants de cadres ;
- L'augmentation du recours à la chirurgie de l'obésité, 4,5 fois plus importante en 10 ans : 68.000 personnes ont été opérées en 2017 alors qu'elles étaient 15.000 en 2006. Or, les techniques chirurgicales ne doivent concerner que des obésités sévères réunissant un ensemble de conditions et ne sont à envisager chez les mineurs que dans des situations exceptionnelles. Le suivi doit être resserré et nécessite un accompagnement de long terme.
- Le risque d'obésité des personnes avec une déficience intellectuelle est supérieur à celui de la population générale. La prévalence est doublée (environ 30 % de la population d'enfants avec une déficience intellectuelle) et les chiffres sont encore plus hauts lorsqu'il existe des signes du spectre autistique (50 % de la population) ;
- L'obésité représente un double handicap pour ces personnes déjà fragilisées et peut être un facteur d'exclusion. Les déterminants sont multiples avec une forte intrication entre eux et l'environnement.

## **OBJECTIFS**

Pour faire face à ces constats, la feuille de route « prise en charge de l'obésité » 2019-2022 vise à structurer et à mettre en œuvre des parcours de santé gradués et coordonnés, adaptés aux personnes obèses ou à risque de le devenir, en veillant particulièrement à réduire les inégalités d'accès aux soins et améliorer la qualité des prises en charge.

Cette feuille de route se décline en 4 axes :

- améliorer la prévention et la prise en charge des personnes atteintes de surpoids et d'obésité par la structuration de parcours de soins gradués et coordonnés et en agissant sur les déterminants de l'obésité : sédentarité, manque d'activité physique, alimentation déséquilibrée;
- renforcer la régulation de la chirurgie bariatrique pour une meilleure pertinence ;
- développer la formation et l'information ;
- soutenir l'innovation et mieux évaluer.

## **MESURES**

**1. Détecter précocement les personnes obèses ou à risque d'obésité par la saisie régulière du poids et de la taille dans le Dossier Médical Partagé-DMP, dès le plus jeune âge** : en effet, la probabilité qu'un enfant obèse le reste à l'âge adulte

varie, selon les études, de 20 % à 50 % avant la puberté jusqu'à atteindre entre 50 % et 70 % après la puberté.

**2. Orienter les personnes obèses ou à risque d'obésité vers les équipes adaptées. Les parcours de soins seront gradués et personnalisés, c'est-à-dire, adaptés à la complexité de la situation de chaque patient.** Pour cela, les professionnels des services médicaux spécialisés (tant en gastro-entérologie pédiatrique qu'en pédopsychiatrie) pourront s'appuyer sur des référentiels posant les indications justifiant une prise en charge de l'obésité et définissant les conditions d'une coordination renforcée des intervenants.

**3. Améliorer la lisibilité de l'offre sur les territoires et, plus globalement, l'information des personnes obèses :** Mise en œuvre de programmes d'éducation thérapeutique du patient et d'actions privilégiant la formation et l'intervention de patients ressources ; mise à disposition d'une cartographie des professionnels spécialisés dans la prise en charge de l'obésité et des associations de patients.

**5.. Renforcer les centres spécialisés de l'obésité (CSO) dans leur rôle d'animation et de coordination de la filière de soins ainsi que d'appui des professionnels :** diffusion des bonnes pratiques, développement de la coordination et du suivi des personnes obèses sévères, prise en charge des situations complexes notamment chez les enfants, coopération avec les établissements médico-sociaux de leur territoire, en particulier accueillant les enfants. Les CSO sont positionnés comme les référents de la prise en charge des obésités sévères.

**4. Conditionner, dès 2020, l'activité de chirurgie de l'obésité à une autorisation selon des critères de qualité :** information du patient en amont de la chirurgie, inscription dans la durée du suivi des personnes opérées, diffusion publique des résultats des indicateurs de qualité et de sécurité des soins (IQSS) des établissements hospitaliers.

## **PLAN PNNS 4**

En matière de prévention, le projet de Plan National Nutrition Santé (PNNS 4 – sortie prévue 1<sup>er</sup> semestre 2019) vise également à diminuer la prévalence de l'obésité chez les adultes, les enfants et les adolescents :

### **1. Par des objectifs spécifiques :**

- d'augmentation de l'activité physique,
- de diminution de la sédentarité,
- d'amélioration des consommations alimentaires,
- de promotion de l'allaitement maternel.

## 2. Sur la base d'objectifs transversaux :

- de réduction des inégalités sociales de santé,
- de développement de moyens et outils validés et adaptés, dans un cadre d'intervention global et cohérent qui intègre l'ensemble des acteurs qui agissent au plus près de la population ;
- de prise en compte de la culture, du goût, du plaisir de manger et de la convivialité.

Le PNNS priorise les mesures de prévention concernant les enfants car les comportements acquis persistent le plus souvent à l'âge adulte.

## Chapitre 2 CONTEXTE REGIONAL

---

L'obésité serait en cause pour 5 à 10 % des décès (tumeurs, maladies de l'appareil circulatoire, maladies endocriniennes et métaboliques).

Lors de la dernière enquête de 2012, l'étude ObEpi faisait le constat d'un ralentissement dans la progression de l'épidémie d'obésité chez les adultes en France.

En Normandie, la prévalence de l'obésité a progressé significativement entre 1997 et 2012. Si les deux anciennes régions connaissaient une prévalence sensiblement équivalente en 1997 (9,4 % en Basse-Normandie et 10,9 % en Haute-Normandie), la progression a toutefois été plus rapide en ex-Haute-Normandie sur la période de 1997 à 2012 pour atteindre une fréquence de 19,6 % contre 15,6 % en ex-Basse-Normandie. Entre 2009 et 2012, l'ex-Basse-Normandie a connu une baisse de sa prévalence.

La promotion des comportements alimentaires favorables à la santé et le développement de l'activité physique constituent des priorités régionales depuis plusieurs années, notamment dans le cadre de la déclinaison de la politique nationale du Plan national nutrition santé (PNNS) et du plan Sport santé bien-être (SSBE), puis actuellement de la stratégie sport en santé. Une animation régionale associant de nombreux partenaires institutionnels et acteurs existe en région et des actions de prévention ont été développées en prévention universelle, avec une priorité en faveur des enfants et des jeunes, et auprès de publics ciblés en raison de leur vulnérabilité et de l'impact de ce déterminant sur leur qualité de vie, en particulier, les personnes en situation de précarité, les personnes en situation de handicap, les personnes âgées et les personnes souffrant de maladies chroniques.

Des projets innovants sont soutenus tels que le projet ICAPS « Intervention auprès des collégiens centrée sur l'activité physique et la sédentarité », la mise en place d'un dispositif nutrition-précarité et des actions sont réalisées dans les territoires prioritaires dans le cadre des contrats locaux de santé.

Le développement de l'activité physique adaptée est engagé en région en collaboration avec la DRDJSCS (sensibilisation / formation / annuaires /prescription).

Le Projet Régional Santé Environnement (PRSE 3) intègre également ces enjeux par la promotion d'un environnement et des aménagements favorables à la santé pour tous qui permet de faciliter une alimentation saine et une pratique de l'activité physique, notamment en encourageant la mobilisation des collectivités locales.

### **Chapitre 3 ORIENTATIONS 2018-2023 DU SCHEMA REGIONAL DE SANTE**

---

Les objectifs prioritaires de l'Agence Régionale de Santé de Normandie, intégrés dans le SRS et concourant à la volonté de structurer un réseau de coordination de la prévention et de la prise en charge de l'obésité sont :

#### **1. Sur la promotion des comportements favorables à la santé :**

- développer l'éducation nutritionnelle pour prévenir le surpoids et l'obésité des enfants, des jeunes et des femmes enceintes ;
- promouvoir la pratique de l'allaitement maternel en s'appuyant sur un choix éclairé des parents dans le cadre d'une communication positive non jugeant (lien à réaliser avec les Réseaux de périnatalité concernant la promotion de la pratique de l'allaitement maternel),
- promouvoir la pratique de l'activité physique,
- lutter contre la sédentarité.

#### **2. En matière de promotion de la santé en faveur des enfants et des jeunes :**

- donner les moyens aux familles de développer les compétences psycho-sociales de leurs enfants en mobilisant les acteurs des territoires sur les questions de parentalité, en sensibilisant les familles et en poursuivant la mise en place du programme de soutien aux familles et à la parentalité ;
- adapter les plans d'actions en faveur des enfants et des jeunes,
- adapter les plans d'actions en fonction de la situation de l'enfant (mineurs pris en charge par l'Aide Sociale à l'Enfance, la protection judiciaire de la jeunesse, jeunes en insertion et jeunes migrants).

#### **3. Sur l'accès des personnes en situation de handicap**

- adapter les programmes et les outils (actions globales de promotion de la santé incluant notamment la sensibilisation aux bonnes pratiques en matière de nutrition et pratique de l'activité physique).

#### **4. Sur la prise en charge des personnes en situation d'obésité :**

- formaliser une filière de prise en charge de l'obésité de l'adulte et de l'enfant, en se référant aux recommandations de la HAS pour la construction d'un parcours de soins.

- construire un parcours de soins avec une organisation régionale des soins graduée, animé par le CSO (structuration et mise en œuvre d'une prise en charge médicale multidisciplinaire de l'obésité, parcours de soins médico-chirurgical, parcours de soins de l'enfant obèse).

## **Chapitre 4 CREATION D'UN RESEAU REGIONAL DE COORDINATION DE LA PREVENTION ET DE LA PRISE EN CHARGE DE L'OBESITE INFANTO-JUVENILE**

---

Le futur réseau régional de coordination de la prévention et de la prise en charge de l'obésité infanto-juvénile devra, par ses actions, décliner les objectifs opérationnels du schéma régional de santé sur le territoire normand.

En particulier, le réseau mettra en place des actions pour favoriser l'accès à la prévention et aux soins, et garantir la continuité et la pluridisciplinarité des prises en charge. Cette entité régionale devra travailler avec l'ensemble des acteurs du territoire sur les différents facteurs concernant l'obésité des enfants dans un but préventif et curatif.

Le réseau travaillera au développement de partenariats entre des acteurs aux compétences différentes, qu'ils soient libéraux ou institutionnels, issus du monde médical, éducatif, social et sportif.

### **LES MISSIONS DU RESEAU**

Le réseau assure notamment :

- La continuité du travail partenarial et des prises en charge engagées depuis 2004 par le réseau RéPPOP Manche ;
- l'organisation de la formation initiale et continue des membres du réseau :
  - ✓ une plate-forme minimale de « savoir » sur l'obésité de l'enfant (prévention, dépistage, prise en charge et suivi) axée sur des changements durables de comportement de l'enfant et sa famille vis-à-vis de l'alimentation et de l'activité physique
  - ✓ des outils communs
  - ✓ le cadre d'une information partagée (dossier médical)
  - ✓ le rôle de chacun (médecin libéral, communautaire, hospitalier ...) et développer la solidarité et la confiance entre les partenaires.

*Un programme de formation continue complémentaire et multi-professionnel est un des engagements clés de développement du réseau (rencontres régulières de discussion sur la pratique autour de dossiers caricaturaux ou difficiles, conférences, études ...).*

- la cohérence entre les actions de prévention, de dépistage et de prise en charge ;

- l'aide à l'orientation dans la coordination de la prise en charge des patients au sein du réseau et est en contact étroit avec les médecins et les autres partenaires du réseau ;
- le respect de la convention constitutive du réseau et de sa charte, et de l'information des enfants et de leur famille ;
- la création, l'utilisation, et la diffusion des outils d'aide à la prise en charge ;
- la veille de la circulation de l'information médicale ;
- le développement des liens avec les autres réseaux régionaux : périnatalité (promotion de l'allaitement maternel) obésité, diabète, précarité, parentalité ..... et nationaux.

### LES OBJECTIFS DU RESEAU

Le réseau régional de prévention et de prise en charge de l'obésité en pédiatrie assurera des missions de coordination dans les champs de : la prévention, du dépistage et de la prise en charge pluridisciplinaire des enfants en surpoids ou obésité dans une perspective de parcours de vie global, en se fixant les objectifs suivants :

- Renforcer et coordonner les acteurs de prévention par :
  - ✓ une participation au développement des bonnes pratiques (actualisation, diffusion, formation, organisation d'échanges) permettant une harmonisation régionale des pratiques chez les professionnels au contact des enfants, en lien avec les différents acteurs concernés : Education Nationale, Services municipaux des sports, PMI, Aide sociale à l'Enfance, promotion de la santé en faveur des élèves, associations sportives, de la prévention, du champ de la précarité, du champ médico-social,
  - ✓ l'apport de compétences spécialisées pour appuyer l'ARS dans la stratégie de prévention,
  - ✓ les partenariats dans les territoires et l'accompagnement des acteurs dans la mise en œuvre d'actions de prévention du surpoids et de l'obésité dans tous les milieux de vie (familles, milieu scolaire et périscolaire, loisirs, établissements spécialisés...), promouvoir des actions de prévention ciblées (territoires prioritaires, publics les plus vulnérables),
  - ✓ des actions de prévention complémentaires dans les territoires non maillés par une offre de prévention et la recherche de relais en proximité.
- Assurer un partenariat et une articulation resserrée avec les porteurs de programmes d'éducation thérapeutique afin d'améliorer le maillage territorial de l'offre et la cohérence des parcours.
- Promouvoir et améliorer :
  - ✓ le dépistage précoce de l'obésité,
  - ✓ la prise en charge des enfants et adolescents en surpoids avec ou sans obésité par des actions de formation, la mise en commun de référentiels, d'outils et une plus

grande concertation entre les acteurs, la possibilité de choisir la modalité de prise en charge la plus adéquate.

- Evaluer la qualité et l'efficacité de cette prise en charge et les résultats ainsi obtenus.
- Informer / communiquer en direction des acteurs et des décideurs sur les ressources en nutrition, assurer une mission de veille et contribuer à l'observation de l'évolution de l'obésité et de l'offre dans la région.
- Contribuer à la recherche, notamment la recherche interventionnelle ; l'enseignement initial et la formation continue (DPC) des acteurs.

**En résumé les objectifs du réseau sont :**

**Mobiliser et coordonner :**

*L'un des leviers de la prise en charge de l'obésité est la mobilisation des acteurs autour de cette problématique.*

*Il faut donc informer, mobiliser et coordonner.*

**Prévenir et sensibiliser :**

*En lien avec les acteurs déjà présents dans le domaine de l'éducation et de la prévention, réaliser des actions de communication et de sensibilisation comme :*

- *des contacts pour initier des groupes de travail et des projets,*
- *des réunions d'acteurs concernés,*
- *une documentation,*
- *un site Internet.*

**Prendre en charge et accompagner :**

*Initier des actions coordonnées et cohérentes entre les acteurs à travers la formation, les protocoles communs, le décloisonnement, la complémentarité et l'accompagnement de la démarche.*

## **Chapitre 5 QUI PEUT CANDIDATER ?**

---

Aucune structure juridique n'est imposée. Si la plupart des réseaux sont constitués en associations, d'autres structures sont possibles.

Les porteurs de projets peuvent être des acteurs des secteurs sanitaires, sociaux ou médico-sociaux.

## **Chapitre 6 CRITERES DE SELECTION**

---

Afin de présenter les modalités de mises en place du réseau sur le territoire, de communication, de fonctionnement ainsi qu'un plan d'action de sa mise en place sur le territoire régional, le projet devra contenir les informations suivantes :

- l'aire géographique de déploiement du réseau sous forme de phasage,
- un plan d'action du déploiement du réseau sur la région,

- les modalités d'inclusion au sein du réseau,
- les modalités permettant de faire du lien avec les familles ainsi qu'avec le médecin traitant,
- les systèmes numériques d'information et de coordination,
- les modalités de représentations des usagers dans les statuts de la structure,
- les fiches de postes des personnes à recruter,
- les conditions et outils d'évaluation du projet,
- le rôle respectif des partenaires envisagés,
- un organigramme opérationnel,
- un organigramme organisationnel (organisation de la coordination et du pilotage),
- la liste des partenaires contactés et envisagés (modalités de travail),
- un budget prévisionnel détaillé.

## Chapitre 7 MODALITES SPECIFIQUES D'EVALUATION

---

### **L'évaluation est indispensable pour :**

- les ajustements ;
- améliorer le service rendu, faire vivre et pérenniser le réseau ;
- recueillir l'appréciation des familles, des enfants et des professionnels par rapport aux objectifs du réseau.

Le réseau est responsable de la mise en place locale du système d'information, (autorisations d'accès et gestion des dossiers patients et de la mise à jour du site public ou professionnel du système d'information).

- de la gestion du réseau
- de la demande de financement
- de l'évaluation du réseau.

Le réseau devra dans son projet présenter les modalités d'évaluation qu'il mettra en place afin :

- d'analyser des données des dossiers patients,
- d'évaluer les résultats par rapport à des objectifs donnés,
- d'évaluer le fonctionnement du réseau, la satisfaction des patients, des partenaires, l'efficacité du réseau,
- l'impact du réseau sur le territoire.

## Chapitre 8 LES RESSOURCES HUMAINES

---

Le réseau devra intégrer au projet des fiches de poste détaillées des différentes fonctions de l'organigramme choisi.

L'ARS souhaiterait que le futur réseau dispose :

- **d'un coordinateur institutionnel en charge :**

- ✓ d'animer son équipe,
  - ✓ de coordonner l'action,
  - ✓ d'assurer un encadrement technique des équipes,
  - ✓ développer une veille et une expertise,
  - ✓ de développer les partenariats.
- **de 3 coordinateurs opérationnels répartis selon des tranches d'âges :**
    - ✓ Un coordinateur pour les 0-8 ans.
    - ✓ Un coordinateur pour les 9-13 ans.
    - ✓ Un coordinateur pour les 14-18 ans.
    - **en charge :**
      - ✓ d'appuyer le coordinateur institutionnel : transmission des valeurs de l'organisation afin d'inscrire son action en cohérence avec les finalités poursuivies ;
      - ✓ de mission d'expertise : contribution au développement du projet et des valeurs de l'organisation ;
      - ✓ de coordonner son secteur d'activité et de mettre en œuvre le plan d'action de son secteur.
- **une secrétaire en charge de :**
    - ✓ l'accueil physique et téléphonique,
    - ✓ la réception, le traitement et l'orientation des appels et messages téléphoniques,
    - ✓ du traitement des courriers, des dossiers et des documents (enregistrement, tri, diffusion, archivage mise en forme).

Cette organisation s'appuiera sur un Comité de pilotage représentant les différentes composantes du réseau.

## **Chapitre 1 BUDGET PREVISIONNEL**

---

Votre projet devra présenter un budget prévisionnel au plus près de la réalité. Ainsi, un regard sera porté sur les salaires alloués aux personnels ainsi que les autres charges nécessaires au fonctionnement du réseau.

Une montée en charge progressive du budget en accord avec le plan de développement du réseau pourra aussi être proposée.

## Chapitre 9 COMMENT REpondre

---

Les documents suivants seront à joindre à votre dossier de candidature :

- CERFA 12 156 \* 05 demande de subvention

## Chapitre 10 CALENDRIER PREVISIONNEL

---

Phases	dates
Dépôt des dossiers	16 octobre – 10 décembre 2019
Instruction des dossiers	A partir du 11 décembre 2019
Décisions de financements et notifications	Janvier 2020

## Chapitre 11 CONTACTS

---

- Envoi des dossiers

Seuls les dossiers complets et remis au plus tard le 10/12/2019 seront étudiés par l'Agence Régionale de Santé.

Vos dossiers complets sont à envoyer en format dématérialisés à l'adresse mail suivante :

[ars-normandie-dos-soins-ville@ars.sante.fr](mailto:ars-normandie-dos-soins-ville@ars.sante.fr) avec en objet « candidature à l'appel à projet réseau régional de coordination et de prise en charge de l'obésité en pédiatrie de Normandie ».

- Informations complémentaires

### **Contacts :**

Alexandra FRANCOS, chargée de mission, coordination des réseaux de santé, D.O.S. – pôle Soins de Ville

[alexandra.francos@ars.sante.fr](mailto:alexandra.francos@ars.sante.fr)

02.31.70.95.57

Dr Sylvie FRAPPIER, médecin inspecteur de santé publique, référente cancérologie et pédiatrie, D.O.S. – pôle établissements de santé

[Sylvie.frappier@ars.sante.fr](mailto:Sylvie.frappier@ars.sante.fr) Tél : 06 69 19 72 23

## Chapitre 12 ANNEXES

---

### **ANNEXE 1 SYNTHÈSE ÉTUDE ESTEBAN 2014-2016**

La stabilité du surpoids et de l'obésité chez l'enfant et l'adulte révélé par les résultats de l'étude ESTEBAN ne doivent pas détourner l'objectif d'une baisse chiffrée du surpoids et de l'obésité chez les enfants et les adultes en Normandie.

*Publication santé publique France : Équipe de surveillance et d'épidémiologie nutritionnelle. Étude de santé sur l'environnement, la bio surveillance, l'activité physique et la nutrition (Esteban), 2014-2016. Volet Nutrition. Chapitre Corpulence. Saint-Maurice : Santé publique France, 2017. 42 p.*

L'étude ESTEBAN s'inscrit dans le cadre du programme national nutrition santé mis en place par le ministère en charge de la Santé. Elle fait suite à l'étude nationale nutrition santé –ENNS– menée en 2006. Réalisée à 10 ans d'intervalle, la comparaison des résultats indique une stabilisation du surpoids et de l'obésité chez l'enfant et l'adulte.

#### 1. Corpulence chez les adultes de 18 à 74 ans en 2015

- 54 % des hommes et 44 % des femmes sont en surpoids ou obèses (IMC  $\geq 25$ ). Cette prévalence augmente avec l'âge.
- La prévalence de l'obésité (IMC  $\geq 30$ ) est estimée à 17 %, sans distinction entre hommes et femmes.
- La comparaison des données entre ENNS-2006 et Esteban-2015 indique que la prévalence du surpoids (obésité incluse) reste stable, de l'ordre de 49 % et celle spécifique de l'obésité se maintient à 17 % pour l'ensemble de la population adulte.
- La prévalence du surpoids (obésité incluse) reste supérieure chez les personnes les moins diplômées.

Extrait du rapport : Etude de santé sur l'environnement, la bio surveillance, l'activité physique et la nutrition (Esteban 2014-2016) - Volet nutrition - Chapitre corpulence

#### 2. Corpulence chez les enfants de 6 à 17 ans en 2015

- La prévalence du surpoids (obésité incluse) est estimée à 17 % pour cette classe d'âge, dont 4 % d'obèses.
- La prévalence de la maigreur est estimée à 13 % globalement et atteint 19 % chez les filles de 11-14 ans.
- La comparaison des données entre ENNS-2006 et d'Esteban-2015 indique que la prévalence du surpoids (obésité incluse) des enfants reste stable. Dans le même temps, la prévalence de la maigreur a significativement augmenté passant de 8 % à 13 %, cette augmentation touchant principalement les filles de 11-14 ans.
- La prévalence du surpoids (obésité incluse) reste supérieure chez les enfants dont les personnes de référence du ménage sont les moins diplômées.

## ANNEXE 2 SYNTHÈSE INSTRUCTION DU 29 JUILLET 2011 CSO

### 1. 1ère mission : Prise en charge pluridisciplinaire de l'obésité sévère

L'objectif de l'ETP est d'aider le patient à mieux se prendre en charge et à mettre en œuvre les modifications thérapeutiques nécessaires pour gérer son problème d'Obésité. Les objectifs de l'ETP ne se résument pas à la perte de poids. Ils concernent en priorité la qualité de vie globale de la personne qu'elle soit somatique, psychique ou sociale ainsi que la meilleure gestion des traitements

et la réduction des comorbidités. Le principe est de co-construire –patient soignant- un plan personnalisé permettant des adaptations durables du mode de vie.

La mesure 4 du Plan Obésité recommande de "reconnaitre les équipes spécialisées en éducation thérapeutique (ETP) dans le domaine de l'Obésité". A la demande du Ministère un groupe de travail du Groupe de Coordination et de Concertation (GCC) des CSO a défini le référentiel de l'ETP pour les personnes obèses dont les objectifs sont :

- Adapter la démarche éducative aux spécificités de la personne obèse
- Définir la place de l'ETP dans le parcours de soin de la personne obèse
- Mettre à disposition des praticiens de premier recours les relais pour l'activité physique, les aspects diététiques et psychologiques, dans le cadre formalisé de l'ETP
- Identifier les compétences pluridisciplinaires à mobiliser en misant sur les coopérations professionnelles
- Reconnaître des équipes spécialisées en ETP dans le domaine de l'Obésité
- Faciliter la coordination des différents acteurs et structures au niveau de chaque territoire de santé pour la mise en place de l'ETP en lien avec PLANETH PATIENT

*Éducation thérapeutique et parcours de soins de la personne obèse. Synthèse et Propositions. Ziegler\* Obésité (2014) 9:225-233*

- Les CSO interviennent pour les situations les plus complexes et les soins spécifiques.
- Ils correspondent au niveau 3 dans la gradation de l'offre de soins pour la population obèse.
- Ces centres disposent de l'expertise (nutrition, endocrinologie-métabolisme, psychologie, diététique...) et des équipements adaptés requis pour l'accueil de ces cas les plus difficiles en médecine et en chirurgie.

Ils collaborent étroitement avec des spécialités clés (pneumologie, sommeil, cardiologie, hépatogastroentérologie) et avec une équipe de chirurgie et d'anesthésistes-réanimateurs spécialisée dans la chirurgie bariatrique.

#### 1. 2ème mission : Organisation de la filière de soins dans les régions

Cette seconde mission nécessite la définition et la mise en œuvre de modalités de coordination entre les acteurs qui n'existaient pas ou peu jusqu'à présent. Ceci implique à la fois des actions de sensibilisation, d'information, de formation, l'écriture de protocoles organisationnels et l'animation d'une filière de prise en charge qui implique les acteurs libéraux, hospitaliers et médico-sociaux. Ce travail nécessite de créer une dynamique et de formaliser les partenariats en mettant en œuvre des actions qui ne sont pas directement en lien avec la prise en charge d'un patient mais qui ont une visée d'organisation de l'offre et de diffusion des compétences.

Dans cette animation territoriale, ces centres spécialisés ont pour tâche de contribuer, en lien avec les réseaux lorsqu'ils existent, à la coordination avec les acteurs du deuxième recours, notamment les chirurgiens, la médecine ambulatoire, les établissements autorisés en soins de suite et de réadaptation (SSR), les associations et les acteurs du médico-social.

### ANNEXE 3 LES ACTEURS ASSOCIATIFS ET LEUR ROLE

Les promoteurs des réseaux de santé prévention et prise en charge de l'obésité de l'enfant doivent prendre contact avec différents acteurs associatifs de leur région qui sont en relation avec les familles. Ces contacts faciliteront : le repérage et l'inclusion de certaines familles au sein du réseau, la connaissance et le degré d'implication du milieu local associatif sur cette question, la sensibilisation des familles à cette question dans le cadre de campagnes de proximité d'éducation à la santé.

Il est primordial que les promoteurs des réseaux associent ces différents partenaires le plus en amont possible dans la réflexion et l'élaboration du projet. Il est en effet nécessaire que ces associations aient le sentiment de faire partie intégrante du projet et n'aient pas l'impression de n'être que de simples supplétifs. Ceci est le gage d'une collaboration fructueuse entre tous les acteurs.

Le monde associatif est très divers et parfois difficile à identifier, mais c'est aussi sa richesse, il est donc indispensable de l'approcher.

Les principaux partenaires associatifs qui peuvent être contactés dans un département ou une région sont les suivants :

- Les associations de parents d'élèves :
  - Les associations de parents d'élèves interviennent souvent dans les écoles, collèges et lycées, elles sont en contact régulier avec les établissements, les professionnels de l'éducation, les médecins et les infirmières scolaires et, bien sûr, les parents.
- Les associations de consommateurs :
  - Depuis de nombreuses années, un certain nombre d'associations de consommateurs travaillent sur l'éducation du jeune consommateur dans laquelle elles englobent des problématiques relevant de la santé et de l'alimentation.
- Les associations familiales :
  - Les associations familiales ont bien entendu comme adhérents des familles. Toutes ont la particularité d'adhérer dans chaque département à l'Union Départementale des Associations Familiales (UDAF). La liste de ces associations peut donc être demandée auprès des UDAF (ou des URAF pour la région).
  - L'UNAF qui regroupe l'ensemble de ces associations au plan national, et les UDAF, au niveau départemental, ont le droit et le devoir de défendre les intérêts matériels et moraux des familles.

L'intérêt de ces institutions est d'être des lieux de rencontre où toutes les associations familiales, quelles que soient leurs opinions politiques, confessionnelles ou syndicales, peuvent débattre sur des sujets de société intéressant les familles, tout en respectant l'autonomie de pensée et d'action de chacune de ses composantes.

L'organisation en réseau permet également le traitement et la diffusion de l'information, l'organisation de formations communes à l'ensemble des associations et ceci quelle que soit leur importance.

Les associations familiales participent également au réseau d'écoute d'accueil et d'accompagnement de la parentalité (REAAP).

- D'autres associations ...

La plupart des associations ont un site Internet et sont implantées dans la plupart des départements.

- Des associations du type ATD QUART MONDE ou autres peuvent être également approchées sur ce type de problématique vis-à-vis de familles en très grande difficulté.
- L'Ecole des parents organise des groupes de paroles et donne des informations aux parents.
- D'autres associations comme la Ligue de l'Enseignement, les FRANCAS, les CEMEA, associations d'éducation populaire, gèrent des centres de loisirs.
- Les associations de scouts sont également des partenaires envisageables.
- Par ailleurs, il existe ici ou là des associations de femmes et/ou de quartiers qui travaillent parfois avec des populations de cultures différentes et qui peuvent être, elles aussi, des partenaires très actifs dans des actions de prévention et de sensibilisation.
- Enfin, tant l'Institut National de la Consommation (INC) que l'Institut National de Prévention et d'Education à la Santé (INPES) ont constitué, chacun, une pédagogie qui recense de nombreux outils et documents pédagogiques dont certains concernent le sujet qui nous préoccupe. Ces documents ou outils sont évalués et peuvent être, ainsi, très utiles aux promoteurs.

Cette présentation des acteurs associatifs n'est pas exhaustive, il peut exister d'autres types d'associations.

## ANNEXE 4 LISTE DES ACTEURS

### 1. Les soins en ville :

- le médecin (généraliste, pédiatre...) est le partenaire référent du réseau qui coordonne la prise en charge de proximité de l'enfant et de sa famille,
- d'autres professionnels de santé sont des partenaires potentiels : le diététicien, le kinésithérapeute, le pharmacien d'officine, le psychologue, l'infirmier etc ...
- les centres de santé (municipaux, associatifs, assurances maladie) s'ils existent.

### 2. La PMI :

Les médecins et infirmières de PMI participent à la prévention, au dépistage et à l'orientation des patients. Elle joue un rôle majeur auprès des familles en situation de précarité.

### 3. Les services de promotion de santé en faveur des élèves :

Les médecins et infirmiers de santé scolaire assurent le dépistage précoce et peuvent accompagner les enfants pendant leur prise en charge. Un projet d'accueil individualisé (PAI) pourra être élaboré avec l'accord des familles. Par ailleurs ils ont un rôle important dans la stratégie de formation.

#### 4. Les structures hospitalières :

Elles offrent leur expertise et leur plateau technique pour effectuer l'évaluation pluridisciplinaire, les explorations complémentaires lorsqu'elles sont nécessaires, elles participent au suivi et à la prise en charge des cas les plus sévères en liaison avec le médecin référent du réseau.

Elles peuvent :

- développer des structures d'éducation thérapeutique
- assurer la formation des partenaires
- impulser et/ou participer à des actions de prévention et de
- recherche dans le cadre du réseau.

#### 5. Les structures de recherche :

Pour la mise en place d'actions et la prévention

#### 6. Les MECS : (maisons d'enfants à caractère sanitaire et social) :

A côté de leur capacité d'hospitalisation, elles peuvent mettre à la disposition du réseau leur personnel expert et leur plate-forme (exploration, installation sportive, éducation) pour une prise en charge ambulatoire de proximité.

#### 7. Les centres médico-sportifs et les directions jeunesse et sport :

Ils interviennent en tant que plate-forme technique en adéquation avec le médecin du sport. Leurs intervenants (médecins, diététiciens ...) peuvent aussi participer au suivi.

#### 8. Les associations d'éducation pour la santé :

Elles mènent des actions de prévention en matière de nutrition.

#### 9. Les associations familiales et de consommateurs :

Elles mènent également ce type d'action.

#### 10. Les autres partenaires :

Les associations d'usagers dans le domaine de la santé l'Education Nationale : les enseignants, la restauration scolaire, les services sociaux : assistante sociale, éducateur, travailleur familial, les associations d'insertion, de quartier, de proximité, les épiceries solidaires.

Les caisses d'allocation familiale, les caisses d'assurance maladie, les mutuelles.



## ANNEXE 5 LES NIVEAUX DE RECOURS

Les trois niveaux de prise en charge du surpoids et de l'obésité de l'enfant et de l'adolescent selon les recommandations de l'HAS :

### 1. Le 1er recours

Il correspond à une prise en charge de proximité par le médecin habituel de l'enfant.

Il sera proposé aux enfants et aux adolescents :

- en surpoids ou présentant une obésité commune non compliquée,
- pour lesquels le contexte familial est favorable suggérant une capacité à mettre en œuvre les changements proposés, sans problème psychologique et social majeur identifié.

Le médecin habituel de l'enfant réalise l'évaluation initiale et décide des orientations nécessaires. Le médecin peut être accompagné dans le suivi par un autre professionnel de proximité, en fonction des besoins (diététicien, psychologue ou psychiatre, dans le cadre ou non d'un réseau), auquel cas la coordination des soins est assurée par le médecin.

### 2. Le 2e recours

Il correspond à une prise en charge multidisciplinaire organisée à l'échelle d'un territoire, faisant appel à des professionnels spécialisés.

Il sera proposé aux enfants et aux adolescents :

- en cas d'échec de la prise en charge de 1er recours,
- en surpoids avec ascension brutale de la courbe d'IMC ,
- présentant une obésité avec d'éventuelles comorbidités associées,
- dont le contexte familial est défavorable,
- avec une problématique psychologique et sociale identifiée.

Il peut s'agir également d'une demande de diagnostic dans le cadre d'une obésité secondaire nécessitant une équipe spécialisée pour déterminer la prise en charge la plus adaptée.

Un suivi multidisciplinaire est recommandé (diététicien et/ou psychologue ou psychiatre et/ou professionnel de l'activité physique adaptée, etc.).

Le médecin habituel de l'enfant assure la coordination des soins, en lien avec les acteurs de proximité ou l'équipe spécialisée. Cette dernière peut intervenir en apportant son expertise, en mettant à disposition son plateau technique pour des explorations éventuelles, pour des séances d'éducation thérapeutique de groupe ou pour des courts séjours (< 2 mois) en SSR.

### 3. Le 3e recours

Il est organisé à une échelle régionale et correspond à une prise en charge coordonnée par un médecin et une équipe spécialisés.

Il sera proposé aux enfants et aux adolescents :

- en cas d'échec de la prise en charge de 2e recours ; lorsqu'il existe des comorbidités sévères,
- en cas de handicap dans la vie quotidienne généré par l'obésité,
- lorsque le contexte familial est très défavorable (carence éducative, maltraitance, composante psychiatrique et/ou sociale majeure).

Il peut s'agir également d'une demande de diagnostic dans le cadre d'une maladie rare nécessitant une équipe spécialisée (centre de compétence maladie rare et/ou centre de référence maladie rare) pour déterminer la prise en charge la plus adaptée.

Le médecin et l'équipe spécialisés peuvent intervenir en apportant leur expertise, en mettant à disposition leur plateau technique. Le médecin et l'équipe spécialisés peuvent également assurer la

coordination des soins en lien avec le médecin habituel, décider et réaliser des orientations nécessaires (avis spécialisés) et discuter des indications de séjours prolongés

(Cf schéma ci-dessous)

## PARCOURS DE SOINS DE L'ENFANT ET ADOLESCENT EN SURPOIDS OU OBESE

