

SOINS DE SUITE ET DE READAPTION DIGESTIFS, METABOLIQUES, ENDOCRINIENS REFERENTIEL D'ORGANISATION PRECONISATIONS DU GROUPE DE TRAVAIL REGIONAL

Participants/contributeurs

- Fondation ILDYS (Roscoff) : Mme H.Blaize, directrice, et Dr F.Léna (DIM)
- Hôtel-Dieu (Pont L'Abbé) : Dr C.Ogor, Mme A.Cariou (Cadre de santé) et Dr L. Sandret
- Clinique St-Yves (Rennes) : M. T. Lepallec (Directeur Général) et Dr F. Trivin (gastro-entérologue, présidente de CME)
- Centre Hospitalier de Paimpol : Dr C.Grall et Mme Le Bonniec (Cadre de santé)
- Centre Hospitalier Universitaire de Rennes : Pr R. Thibault
- Centre Hospitalier Universitaire de Brest : Dr. M. Legall, Pr J. Delarue
- Myriam BONNERRE, Chargée de mission au Pôle Qualité, ARS Bretagne
- Anne VIVIES, référente thématique SSR, ARS Bretagne
- Florence MILLE, pôle statistiques, référente PMSI SSR, ARS Bretagne
- Frédérique SUZANNE, assistante Direction des coopérations territoriales et de la performance, ARS Bretagne

Objectif : Définition d'un référentiel régional d'orientation et d'organisation des Soins de Suite et Réadaptation spécialisé Digestif Métabolique Endocrinien adultes en hospitalisation complète et de jour.

Cadre :

- Décret n° 2008-377 du 17 Avril 2008
- Fiche e) CIRCULAIRE N°DHOS/01/2008/305 du 03 octobre 2008

Ouvrages de référence :

Ouvrages généraux sur la nutrition :

- Programme National Nutrition Santé
- « Parcours de santé en Nutrition » Rapport remis par les sociétés savantes à la DGS et à la DGOS - Novembre 2016
- Recommandation HAS : La Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques (2007)
- Contribution du CNP de nutrition en réponse à la lettre de mission de la DGOS en date du 24 janvier 2018.
- Nutrition Clinique et Métabolisme, Dec 2016, numéro spécial « Parcours de soins » SFNCM
- Traité de nutrition clinique, Edition 2016 SFNCM
- Avis/rapport du Haut Conseil de la Santé Publique « Pour une politique nationale Nutrition-Santé en France –PNNS 2017-2021 », septembre 2017
- Cadre d'Orientation Stratégique du PRS 2 – « Les enjeux liés à l'organisation du système de santé – L'adaptation du système de santé à la prévalence des maladies chroniques » p17

Ouvrages spécifiques aux filières :

OBESITE :

- Plan Obésité notamment action 9 « Assurer l'accès pour les patients atteints d'obésité sévère et/ou multi compliquée à des prises en charge adaptées en SSR »
- Rapport à la DGOS « Education thérapeutique et parcours de soins de la personne obèse » (O. Ziegler, E.Bertin, B.Jouret, R. Calvar, F.Sanguignol, A.Avignon, A. Basdevant – Médecine des maladies métaboliques - 2014)
- Recommandations HAS :
 - La Prise en charge de l'obésité de l'enfant (2011) et de l'adulte (2012)
 - La Chirurgie Bariatrique (2009) et la prise en charge péri-opératoire (2017)

DIABETE :

- Recommandations HAS :
 - La Prévention et le dépistage de diabète de type 2 (2015)
 - La stratégie médicamenteuse du contrôle glycémique du patient diabétique (2013)
- Contributions du CNP d'endocrinologie-diabétologie, maladies métaboliques en réponse à la lettre de mission de la DGOS en date du 24 janvier 2018

DENUTRITION :

- lutte contre la dénutrition.fr E. Fontaine : <https://www.luttecontreladenutrition.fr/>
- recommandations de la SFNCM pour la prise en charge nutritionnelle chez le patient adulte atteint de cancer, le patient atteint de mucoviscidose, la personne hospitalisée, le stomisé, nutrition en péri-opératoire <https://www.sfnep.org/pratiques-et-recommandations/recommandations/referentiels>
- recommandations HAS : Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée https://www.sfnep.org/images/stories/pdf_referenciel/denutrition_pers_recom.pdf

TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE :

- Recommandations HAS - *Anorexie mentale : prise en charge* - Juin 2010 / Synthèse
- Note de cadrage HAS - *Boulimie et hyperphagie boulimique : Repérage et éléments généraux de prise en charge* – Novembre 2015

Sommaire

1 Généralités	5
1.1 Cahier des charges (Décret du 17 Avril 2008) :	5
1.2 Etat des lieux en Bretagne (ARS) (Source : E-PMSI – ScanSanté) :	7
1.3 Déterminants de santé, épidémiologie et perspectives :	11
2 Missions du SSR spécialisé et patients concernés	13
2.1 Missions du SSR spécialisé :	13
2.2 Profil des patients :	14
3 Organisation de la prise en charge	16
3.1 Modalités communes de prise en charge en SSR nutritionnel-métabolique- endocrinien :	16
3.2 Accueil en hospitalisation de jour :	18
3.3 Accueil en hospitalisation complète	23
4 Place du SSR Digestif Métabolique Endocrinien dans le parcours	27
4.1 L’organisation de la filière de soins	27
4.2 Perspectives pour une organisation graduée de la réponse sur le territoire	29
4.3 Dispositifs de coordination et de soutien à développer : CSO et SRAAN .	31
4.4 Innovations :	32
5 Définition des indicateurs	32
5.1 Indicateurs quantitatifs d’activité (annuels / PMSI)	32
5.2 Indicateurs qualitatifs (annuels)	32
6 ANNEXES	33
6.1 Annexe 1 : Le profil des patients accueillis en SSR Digestif-Métabolique- Endocrinien-Nutritionnel	33
6.2 Annexe 2 : Orientation du patient dans la filière nutrition	37
6.3 Annexe 3 : Le patient dans l’environnement du SSR spécialisé digestif- métabolique-endocrinien	38
6.4 Annexe 4 : Le patient dans la filière obésité	39
6.5 Annexe 5- Préconisations du CNP de nutrition en matière d’adressage ..	40

1 Généralités

Définition : L'orientation d'un patient pour une prise en charge spécialisée en SSR « Affections des systèmes digestif, endocrinien et métabolique » est liée à l'existence ou à la décompensation d'une pathologie installée et sévère, à l'existence d'une pathologie débutante nécessitant une prise en charge précoce, ou lorsqu'il existe une situation à risque (situations somatiques engendrant une perte de poids rapide par exemple) et nécessitant l'association d'une nutrition adaptée (artificielle ou pas) à une activité physique dans un contexte de surveillance et de prise en charge des comorbidités, avec le temps nécessaire pour restaurer l'état nutritionnel.

Ce SSR s'inscrit dans le contexte d'une part croissante de la population touchée par des pathologies nutritionnelles qui ont des facteurs de risques communs : la modification des régimes alimentaires (suralimentation ou sous-nutrition), la sédentarisation, l'environnement socio-économique, le vieillissement de la population et donc l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques.

Le profil des patients potentiellement accueillis en SSR nutritionnels est très hétérogène et suppose l'organisation d'une prise en charge spécifique, prenant en compte les comorbidités au sein de différents parcours de santé. Force est de constater concomitamment une prise de conscience collective et l'amélioration du dépistage et de la prise en charge de la dénutrition lors des suivis des patients âgés et/ou atteints d'une maladie chronique.

1.1 Cahier des charges (Décret du 17 Avril 2008) :

❖ **Relatif au Décret n° 2008-377 du 17 Avril 2008**

- Les moyens matériels :

« La structure doit disposer sur place de locaux appropriés à la mise en œuvre d'ateliers de réadaptation à la vie sociale et professionnelle, de même qu'à la participation de l'entourage aux programmes de soins »

➤ Equipements de base spécifiques attendus :

- cuisine éducative
- locaux, mobilier et salle
- salle de sport
- salles d'éducation de groupe
- pompes de nutrition entérale et parentérale
- parcours marche extérieur

- Les compétences :

➤ Compétences obligatoires :

- Médicales / Accès à un endocrinologue ou gastro-entérologue ou médecin justifiant d'un DESC nutrition.
- Paramédicales / IDE, assistant de service social, diététicien, psychologue et masseur-kinésithérapeute.

- Compétences recommandées :
 - *La structure doit pouvoir faire appel à des spécialistes permettant la prise en charge des complications des patients (cardiologue, chirurgien viscéral, psychiatre, alcoologue, MPR, pneumologue...).*
 - *L'équipe pluridisciplinaire peut également comporter les compétences d'ergothérapeute, d'enseignant en activité physique adaptée.*
 - *Le personnel doit être formé à la gestion de l'assistance nutritionnelle*

- ❖ **Les recommandations du groupe de travail :**
 - Sur le plan des équipements, pour les unités expertes, un parc de pompes de ré instillation, tout matériel adapté à l'obésité extrême (IMC > 50), matériels d'assistance nutritive incluant des pompes portables. Pour l'ensemble des unités spécialisées, accès à la radiologie-échographie, balnéothérapie, aux explorations fonctionnelles type polysomnographie, test à l'hydrogène expiré, calorimétrie impédancemétrie.
 - Sur le plan des compétences, la structure doit pouvoir faire appel aux spécialités médicales en ORL, oncologie et addictologie, gastroentérologie, endocrinologie, neurologie. Elle doit disposer d'un temps de psychiatre formé aux TCA en cas de prise en charge de TCA sévère. L'équipe pluridisciplinaire peut bénéficier de compétences d'orthophoniste, IDE stomathérapeute. Les personnels sont formés à la gestion de l'assistance nutritionnelle selon les protocoles des sociétés savantes.
 - Accès à un laboratoire d'analyse biologiques et biochimiques spécialisé, notamment pour le suivi post-opératoire ou pour des patients dénutris (dosages des vitamines et oligo-éléments, cuivre, sélénium, zinc).

Cet accès est possible aux CHU et par convention pour les autres structures, mais le non remboursement en ambulatoire peut rendre la compliance difficile.

1.2 Etat des lieux en Bretagne (ARS) (Source : E-PMSI – ScanSanté) :

- Etablissements autorisés – **Activité pour l'autorisation 55A Affections des systèmes digestif, métabolique et endocrinien** (un site n'a pas encore mis en œuvre)

Structure	Capacité HC et HJ	Activité 2016 nombre de journées	Activité 2017 nombre de journées	Territoire d'attractivité 2017 en %	Parts des CM ds l'activité totale SSR spécialisé
Fondation Ildys - Roscoff	21 lits 6 lits SSR néphrologie avec retentissement nutritionnel 3 places	HC : 6 405 HP : 990 Total = 7 395	HC : 7 727 HP : 672 Total = 8 399	Territoire 1 : - Tx de fuite : 3.2 - Taux attractivité : 28.9	CM 06 ¹ = 935 journées (11.1% de l'activité 55A), 100% réalisés en SSR spécialisés CM 10 = 4 827 journées (57.5% de l'activité 55 A), 100% réalisés en SSR spécialisés CM 19 (TCA) = 31.4%
Hôtel-Dieu	12 places (depuis mi-2018)	HP : 2 068	HP : 2 271	Territoire 2 : - Taux de fuite : 39.7 - Taux attractivité : 0	CM 06 = 1 143 journées en SSR polyvalents (HC), 0% réalisé en SSR spécialisé CM 10 = 2 634 journées (100% de l'activité 55A), 86.2% réalisé en SSR spécialisé, le reste en SSR polyvalents (263 j)
Clinique St Yves	70 lits 4 places	HC : 21 432 HP : 159 Total = 21 591	HC : 20 463 HP : 237 Total = 20 700	Territoire 5 : - Taux de fuite : 3.8 - Taux attractivité : 46,2	CM 06 = 5 411 journées (26.14% de l'activité 55A), 100% réalisé en SSR spécialisé CM 10 = 10 371 journées (26.14% de l'activité 55A), 100% réalisé en SSR spécialisé CM 19 (TCA) = 3 954 journées -> 19.1%
CH Paimpol	10 places prévues après mise en œuvre de l'autorisation				

¹ Catégorie Majeure (CM) 19 : troubles mentaux et du comportement. Elle n'est donc pas représentative des troubles du comportement alimentaire qui sont noyés dans une classification générale.

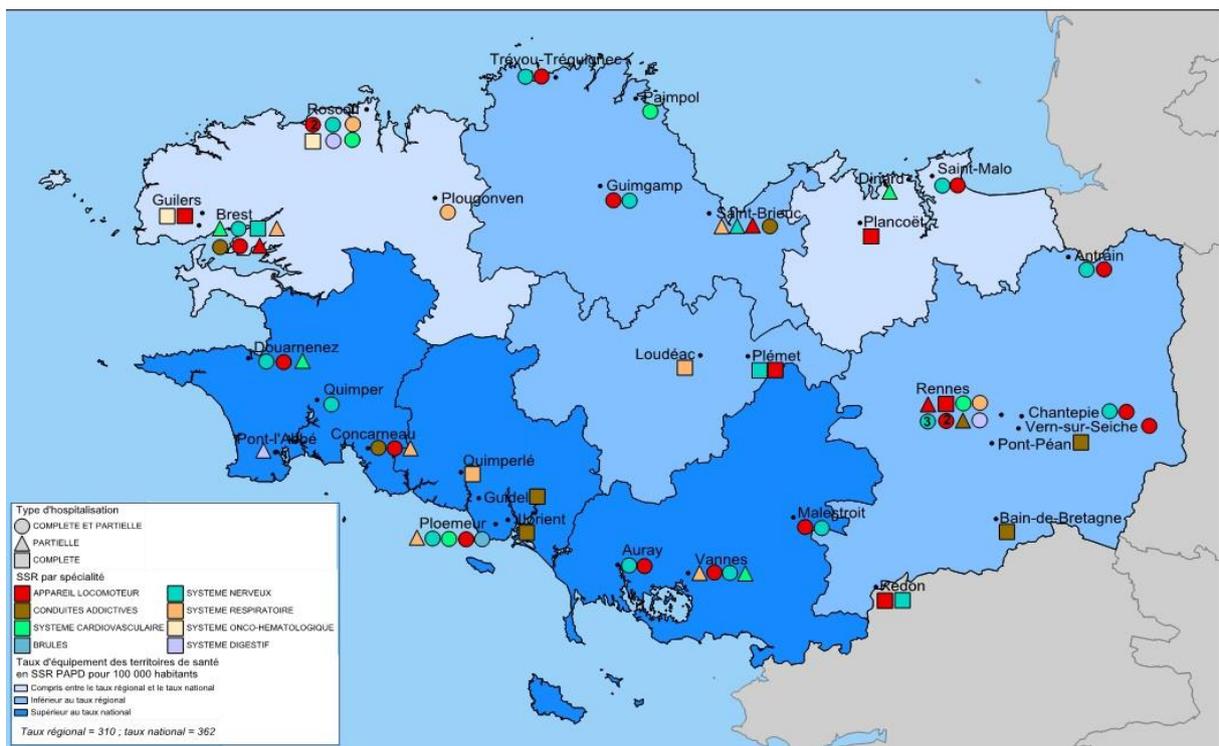
Catégorie Majeure (CM) 10 : affections endocriniennes-métaboliques-nutritionnelles

Catégorie Majeure (CM) 06 : affections des organes digestifs

				Région :	CM 06 = 69 832
Région Bretagne	/	/	HC et HP : 32 968	- Tx de fuite : 5.6	CM 10 = 42 880
				- Taux d'attractivité : 13.7	journées (68 ES) journées

Cartographie de spécialisation SSR :

Sites de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) Spécialisés adultes

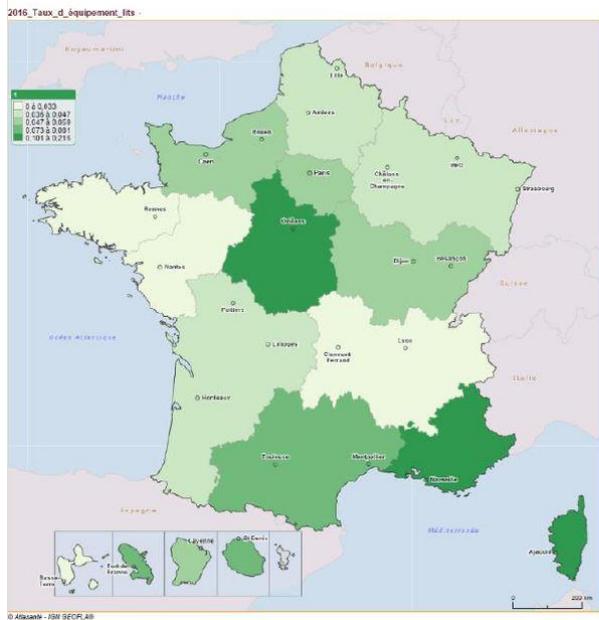


Source : ARHGOS, Janvier 2017
 Réalisation ARS Bretagne, Juillet 2017
 Carte réalisée avec Cartes & Données - © Artique

Cartographie du taux d'équipement en SSR digestif-métabolique-endocrinien :

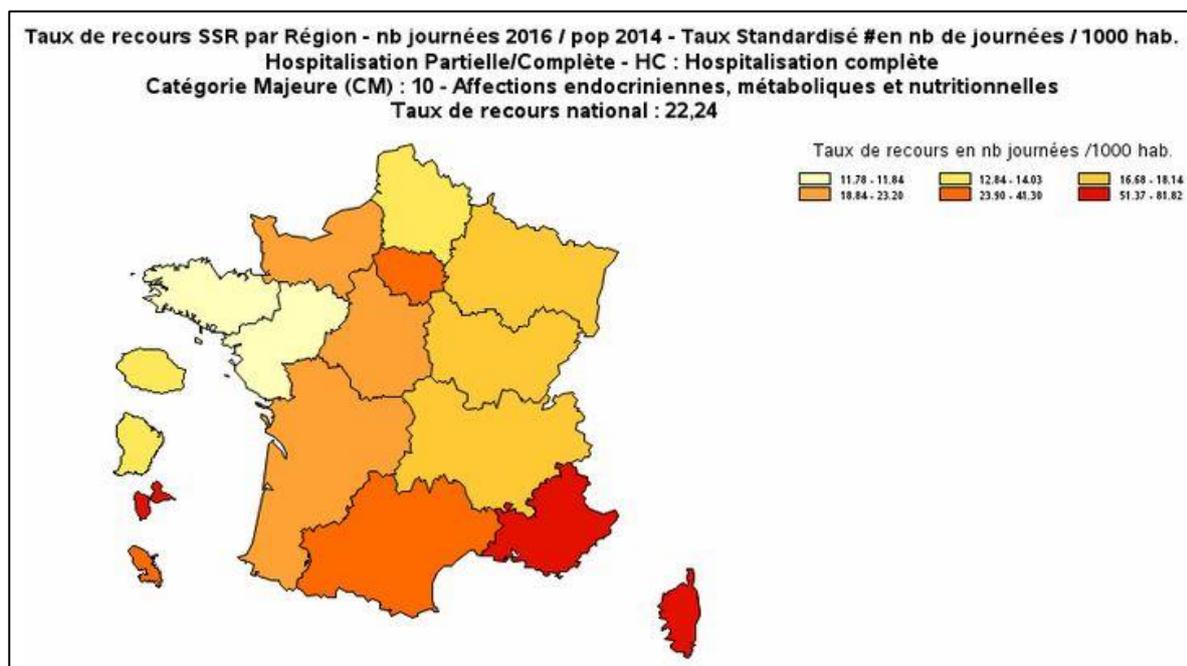
Taux d'équipement en lits (HC) en 2016

Taux d'équipement en places (HP) en 2016

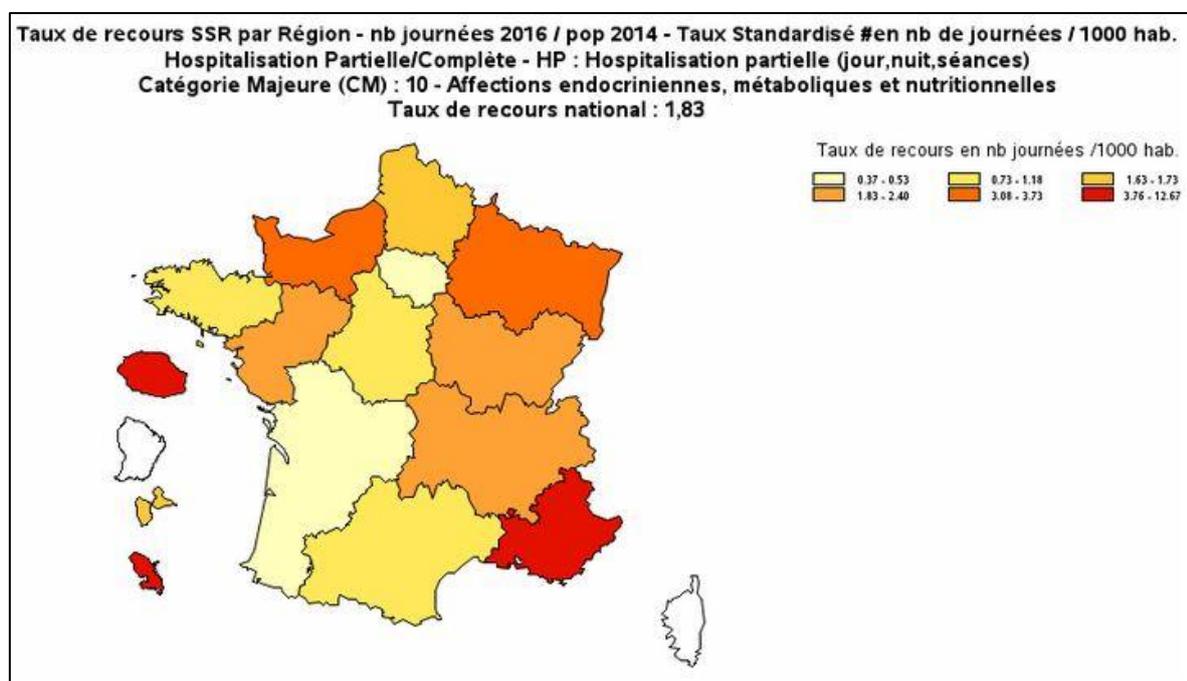


Cartographie du taux de recours en SSR spécialisé :

Source : ScanSanté - 2016



Hospitalisation complète



Hospitalisation partielle

1.3 Déterminants de santé, épidémiologie et perspectives :

Diabète :

La prévalence du diabète est plus élevée dans certains départements, elle reste moindre en Bretagne par rapport au territoire national.

La population concernée par le diabète s'accroît en raison de facteurs de risques potentiellement modifiables.

département	nombre de personnes diabétiques**	prévalence brute*** %	variation de la prévalence standardisée* par rapport à la valeur nationale
France entière hors Mayotte	3294985	4,97	1,0
Côtes-d'Armor	23787	3,98	0,67
Finistère	32229	3,55	0,65
Ille-et-Vilaine	30204	2,88	0,63
Morbihan	29412	3,94	0,69

Source: 2015 SNIIRAM-DCIR (CNAMTS) ; exploitation Santé publique France²

La population touchée par le diabète s'accroît en raison de :

- facteurs de risque potentiellement modifiables (80% de l'augmentation des cas) :
 - Surpoids, obésité
 - Alimentation peu équilibrée
 - Sédentarité
 - Situation économique défavorable
- facteurs de risque non modifiables : Vieillesse de la population et augmentation de l'espérance de vie.

AUVERGNE-RHONE-ALPES	288 830	PAYS DE LA LOIRE	119 380
BOURGOGNE-FRANCHE-COMTE	121 730	PROVENCE-ALPES-COTE D'AZUR	203 380
BRETAGNE	86 690	REUNION	52 100
CENTRE-VAL DE LOIRE	111 730	MAYOTTE*	250
CORSE	10 820	NORMANDIE	131 180
GRAND EST	260 300	NOUVELLE AQUITAINE	212 110
GUADELOUPE	30 740	OCCITANIE	203 910
GUYANE	6 970	ILE-DE-FRANCE	441 540
HAUTS-DE-FRANCE	279 170	MARTINIQUE	25 410

Effectifs des personnes prises en charges pour l'ALD n°8 Diabète de type 2 pour le régime général en 2016. selon la nouvelle région administrative (effectifs arrondis à la dizaine)

²*: standardisation sur la structure d'âge de la population européenne : Eurostat, EU-27

** : personnes, identifiées dans les données de l'Assurance Maladie, tous régimes d'Assurance maladie confondus, ayant eu une délivrance d'antidiabétiques oraux et/ou d'analogues du GLP-1 ou d'insuline à au moins 3 dates différentes au cours de l'année (2 si au moins un grand conditionnement délivré)

***: population de référence= moyenne de la population Insee des années 2015 et 2016 Champ : France entière hors Mayotte

Obésité :

En France, la prévalence de l'obésité (IMC ≥ 30) touche 16% de la population adulte. En Bretagne, la prévalence est moindre (12%) (*Source : enquête ObEpi-Roche 2012*).

Les taux de recours standardisés observés à partir du PMSI montrent néanmoins une augmentation significative des séjours de médecine et de chirurgie en quatre ans (séjours avec un acte relatif à la prise en charge de l'obésité) :

	2012	2016
Taux de recours en médecine	5.20% (vs 8.83% en France)	7.13% (vs 11.61 % en France)
Taux de recours en chirurgie	4.64% (vs 7.12% en France)	6.05% (vs 9.29% en France)

Les facteurs qui concourent à l'obésité :

- Déséquilibres en apports et dépenses d'énergie
- Facteurs psychologiques et rythmes de vie
- Contexte génétique, périodes critiques ou maladies

Troubles du Comportement Alimentaire :

Il existe peu de données épidémiologiques sur les troubles du comportement alimentaire en France.

D'après les données disponibles, la boulimie toucherait 1,5 % des 11-20 ans. Les crises de boulimie concerneraient 28 % des adolescentes. L'hyperphagie boulimique toucherait 0,7 % des femmes en population générale.

L'anorexie mentale a une prévalence en population générale de 0,9 à 1,5 % chez les femmes et de 0,2 à 0,3 % chez les hommes (*Source : Recommandation HAS Anorexie mentale : Prise en charge Juin 2010*).

La sévérité des troubles du comportement alimentaire chez le sujet obèse est soulignée par une étude récente au CHU de Rennes (*Som M, Thibault R, et al, 2018, soumis*) menée chez 226 patients avec IMC supérieur ou égal à 35 ayant les critères d'éligibilité à la chirurgie de l'obésité : la prévalence de l'addiction alimentaire était de 33% (évaluée par le questionnaire YFAS 2.0), et s'élevait à 39% chez les patients demandeurs d'une chirurgie de l'obésité.

Maladies de l'appareil digestif (cancers digestifs, maladies métaboliques, ...) :

16% de la population générale se déclare atteinte de maladies de l'appareil digestif en 2010. Ce pourcentage augmente avec l'âge pour atteindre 29 % au-delà de 65 ans.³

La prévalence des cancers digestifs est plus importante en Bretagne par rapport à la moyenne française (Cf. Cadre d'orientation stratégique de PRS2 ou bilan du PRS1), en lien probable avec l'impact des addictions en Bretagne sur les maladies de l'appareil digestif et ORL.

Dénutrition : Elle concerne 35 à 40% des patients en MCO, jusqu'à 60 à 75% en post chirurgie (Nutrition Day 2011). Elle accompagne le plus souvent une pathologie sous-jacente, chronique ou aiguë (maladie inflammatoire, infectieuse, néoplasique, neurologique,..)

³ Drees. (2015). Problèmes de santé spécifiques et état de santé global de la population. In L'état de santé de la population en France. Édition 2015. Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes. pp. 70–82.

Contexte propre au SSR digestif-métabolique-nutritionnel :

- Accompagnement au long cours de malades chroniques / place importante de l'ETP et rôle majeur des aidants. Le SSR reste un interlocuteur tout au long de la maladie, pour les professionnels de santé impliqués. Des séjours itératifs sont possibles.
- Diminution des DMS en MCO / soins aigus avec l'accueil en SSR de patients qui peuvent requérir un niveau de soins important et une surveillance rapprochée.
- Prise en charge globale de la personne, réalisable à travers une approche transversale pluri-professionnelle et populationnelle : personnes âgées, enfants-jeunes, malades chroniques, psychiatrie, précaires et isolés sociaux...

2 Missions du SSR spécialisé et patients concernés

2.1 Missions du SSR spécialisé :

La **temporalité** des séjours en SSR permet une prise de recul et l'appropriation du projet de soin par le patient lui-même, ainsi qu'une construction pluridisciplinaire de l'accompagnement, notamment après un séjour en MCO, en HAD ou depuis le domicile sur demande du médecin référent (*notamment dans le cadre de la prise en charge de l'obésité sévère, et chez certains patients sévèrement dénutris*).

L'évolution des pathologies, parfois lente, doit être confrontée à un enjeu de prévention, avec le choix de prendre en charge précocement, à un stade plus accessible à l'éducation thérapeutique et lorsque le potentiel de réhabilitation est préservé.

L'objectif d'un séjour en SSR en digestif-métabolique-endocrinologie-nutritionnel chez l'adulte est d'assurer une **prise en charge globale afin de prévenir et de réduire/corriger les conséquences fonctionnelles, physiques, cognitives, psychologiques ou sociales**.

- **rééducation** = diététique, en intégrant l'équilibre alimentaire aux habitudes de vie du patient et éducation à la gestion de la maladie chronique (ex : traitement, hypoglycémies en cas de diabète) ; gestion de la nutrition entérale et parentérale, éducation thérapeutique (obstruction, infection, arrachage, ...)
- **réadaptation** = à l'effort avec une éducation physique adaptée, à son environnement suite à des modifications des capacités physiques du patient
- **réinsertion** = pour rompre ou éviter l'isolement lié à la maladie et reprendre confiance en soi, ce qui peut faciliter une réinsertion dans la société, dans le cercle familial, voire le milieu professionnel (notamment dans un contexte de nutrition artificielle à domicile – NAD, ou de stomie).

2.2 Profil des patients :

Etablissements autorisés en SSR spécialisé	Âge médian	Score moyen de dépendance physique à l'entrée	Score moyen de dépendance cognitive à l'entrée	Part séjours en post-chir	Délai médian entre intervention chirurgicale et l'entrée en SSR	Score RR médian
Fondation Ildys – HC	64	6.6	2.5	17.3 %	18	51.0
Fondation Ildys – HJ	60	5	2.3	1.1%	62	54.0
Clinique St Yves – HC	62	8.4	3.2	19.4%	28.5	39.0
Clinique St Yves – HJ	53	6.0	2.3	0.0%	-	77
Hôtel-Dieu PA - HJ	60	4.0	2.0	0.3%	81	73.0

Eventail des catégories majeures et groupes nosologiques concernés :

Catégorie majeure	CM 06 – Affections des organes digestifs
Groupes nosologiques	0603 - Tumeurs malignes des organes digestifs
	0612 – Affections non malignes du foie et du pancréas
	0615 – Affections non malignes des voies biliaires
	0617 – Occlusions, perforations et abcès du tube digestif
	0621 – Autres affections des organes digestifs

Catégorie Majeure	CM 10 – Affections endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles
Groupes nosologiques	1003 – Diabètes
	1006 - Obésités
	1007 - Malnutritions et malabsorptions intestinales
	1012 - Autres affections endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles

Catégorie majeure	CM 19 – Troubles mentaux du comportement
Groupes nosologiques	1909-Autres troubles-psycho comportementaux

Comorbidités associées :

- Somatiques : pathologies cardio-vasculaires, respiratoires (apnée du sommeil, hypoventilation, asthme de l'obèse), locomotrices, cutanées, neurologiques, obésité des patients atteints de myotonie ou de myopathie...
- Psychiatriques : des troubles dépressifs, des troubles anxieux, des troubles liés à l'usage de substances, psychose...

Besoins émergents :

- L'accompagnement des patients dans le cadre de la chirurgie :
En lien avec ces missions traditionnelles du SSR, un besoin émergent est celui de la préparation dans certains cas bien particuliers à la chirurgie bariatrique, à condition que l'adressage soit fait par un médecin titulaire du DESC de nutrition, ainsi que l'appui dans le suivi de certains patients opérés. Il existe un enjeu majeur de coopération avec les chirurgiens viscéraux et les médecins-nutritionnistes pour améliorer la pertinence des interventions et l'amélioration des résultats sur le moyen et long terme. La décision de proposer un SSR dans le cadre de la chirurgie bariatrique doit être prise par un centre expérimenté dans la prise en charge multidisciplinaire de l'obésité (CSO ou autre). Par ailleurs, le respect des recommandations de la HAS à ce sujet semble également indispensable, dans le cadre du respect des bonnes pratiques et afin d'assurer la sécurité et la qualité de vie des patients. Enfin, la prise en charge péri-opératoire des patients atteints de cancer (ORL, gynécologique,...) et de maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI) peut relever également des SSR spécialisés.
- Les troubles du comportement alimentaire (TCA) :
La réponse est aujourd'hui morcelée entre MCO, SSR nutritionnels, addictologie et psychiatrie. L'abord pluridisciplinaire est indispensable dans une double valence psychiatrique et somatique. Il apparaît que l'accueil en SSR digestifs est moins stigmatisant, à condition qu'un temps de prise en charge par un psychiatre soit prévu dans le programme de soins.
- Autres besoins émergents :
L'obésité massive du grand âge, pour laquelle il convient de s'interroger sur le bénéfice attendu en matière de perte de poids, pour le patient et en terme de santé publique (associée à des pathologies aiguës : respiratoires, rachidiennes, troubles de l'équilibre avec chute à domicile, perte d'autonomie) ; la mise en route d'une nutrition artificielle au cours d'une dénutrition sévère, obésité et polyhandicap. La prise en charge des plaies de pied diabétique reste également un sujet à considérer, puisque requérant un temps soignant important (pansements complexes), un accompagnement éducatif pour éviter l'appui et l'équilibrage du diabète dans la mesure du possible.

Profils des patients concernés par une prise en charge spécialisée – cf descriptif en annexe 1

Quatre profils sont retenus dans le cadre du référentiel, représentant la file active la plus importante quantitativement :

- Obésité
- Diabète
- Dénutrition et maladies digestives (stomisés, insuffisants intestinaux, ainsi que fistules, risque de dénutrition, péri-chirurgie)
- Troubles du comportement alimentaire (TCA) : anorexie mentale, boulimie, hyperphagie boulimique.

Certaines pathologies rares relèvent également d'unités spécialisées : syndrome de Cushing sévère, hyperthyroïdie grave du sujet âgé,..

3 Organisation de la prise en charge

Le médecin généraliste joue un rôle déterminant dans le repérage des patients présentant une problématique nutritionnelle, la sensibilisation et l'orientation vers le spécialiste approprié. Le lien avec lui est donc primordial, notamment lorsque le suivi de patients exempts de comorbidité/complexité est effectué par ses soins.

Il en va de même pour le psychiatre, dans le contexte de troubles du comportement alimentaire.

La prise en charge et le suivi des pathologies sont multidisciplinaires et en majorité organisés sur une temporalité chronique. La prise en charge de ces patients s'intègre dans une logique de parcours coordonnés et traçables pour les acteurs. Dans ce cadre, le préalable est que l'ensemble des professionnels et interlocuteurs impliqués en amont et aval participent au projet de soins avec le patient et/ou sa personne de confiance, dans un souci de cohérence et d'une réponse adaptée aux besoins. La décision d'admission en SSR nutritionnel est collégiale et associe les différents intervenants de la structure, ainsi que l'adresseur.

Il est donc nécessaire de bien définir les critères d'orientation au préalable :

- Orientation du patient dans la filière « nutrition » cf. annexe 2
- Le patient dans l'environnement du SSR spécialisé cf. annexe 3

3.1 Modalités communes de prise en charge en SSR nutritionnel-métabolique-endocrinien :

EVALUATION INITIALE :

- Analyse experte (= bilan éducatif partagé) pour évaluer l'indication d'un séjour dans le cadre d'une consultation pluridisciplinaire : Médecin-nutritionniste, Diététicienne, Psychologue, éducateur en activité physique adaptée - APA
- Objectif : connaître la situation clinique et sociale de la personne, la place du séjour en SSR dans le projet thérapeutique, l'objectif du séjour en lien avec le patient. Cela permet également de vérifier l'absence de contre-indications (possibilité de remplir une grille de pertinence au moment de l'admission) – Cela peut se faire dans le cadre d'une réunion de concertation pluridisciplinaire d'orientation ou d'une hospitalisation de jour d'orientation
- Il est nécessaire de mesurer l'adhésion du patient au projet
- Examens complémentaires indispensables pour les profils les plus courants

ELABORATION DU PROJET PERSONNALISE DE SOINS EN LIEN AVEC LE PATIENT :

- Définition d'un projet thérapeutique et éducatif en SSR : prescription personnalisée de l'alimentation, de la nutrition entérale ou parentérale, programme d'éducation thérapeutique du patient individualisé, soutien psychologique voire psychiatrique selon les cas (quasi-obligatoire pour les TCA), prise en charge des comorbidités, aide à la réinsertion sociale.
- Nécessite un temps d'explication et un recueil de l'adhésion du patient et/ou de l'aidant et d'une réévaluation régulière du programme de soins. L'accompagnement individuel est essentiel pour que le patient progresse.

Les temps collectifs occupent néanmoins une place très importante, dans la réinsertion sociale notamment. La constitution de groupes homogènes doit être recherchée. Un maximum de 6 participants aux ateliers semble raisonnable.

TEMPS DE LA REHABILITATION-REINSERTION :

- La réinsertion se décline à travers la réhabilitation sociale ainsi que la réhabilitation professionnelle. Pour cela, il faut faire le lien avec le secteur médico-social, social, scolaire et professionnel (éducateur, assistante sociale..).
- Pour mener à bien la réinsertion, les équipes peuvent avoir besoin de l'aide des aidants mais également de se rendre au domicile des patients pour évaluer leurs habitudes et si besoin, proposer des ajustements.

EDUCATION THERAPEUTIQUE :

- Ateliers avec le/la diététicien(ne) : Notions sur l'alimentation équilibrée, lire les étiquettes, le comportement alimentaire...
- Ateliers avec l'APA : L'activité physique au quotidien, la capacité d'effort...
- Ateliers avec le/la psychologue : motivation pour la perte ou le regain de poids, ressentir son corps, estime de soi...
- Ateliers d'éducation thérapeutique du patient à sa maladie chronique, animés par le personnel médical et paramédical (IDE notamment, ayant suivi et validé une formation à l'éducation thérapeutique -40h-, voire éventuellement des formations de spécialisation). Un axe ETP à envisager est celui de l'éducation à la nutrition artificielle : usage de la sonde, conduite à tenir en cas d'incident, de fièvre, etc.

La place de la famille-des aidants et leur prise en compte dans les programmes est une condition de réussite. Ils bénéficieront également de ces ateliers.

EVALUATIONS ET REAJUSTEMENT DU PROJET de SOINS :

Il est nécessaire de définir des critères d'évaluation et de suivi (spécifiques, mesurables, communicables). Ceux-ci couvrent plusieurs champs : médicaux, diététiques, activités physiques. Ils sont de deux ordres :

- Données quantitatives (courbe de poids, répartition masse grasse / masse maigre, évolution du périmètre abdominal, évolution de la distance parcourue au test des 6 minutes de marche, évolution des chiffres tensionnels...),
- Données qualitatives (index de qualité de vie).

MODALITES DE SUIVI :

Les modalités de suivi vont dépendre des évaluations réalisées au cours du séjour et à la fin, ainsi que de la capacité du patient à adhérer aux préconisations de suivi qui lui sont proposées.

Selon les quatre profils retenus dans le référentiel que sont l'obésité, le diabète, la dénutrition et maladies de l'appareil digestif et les TCA, le suivi peut varier selon :

- L'adresseur initial
- Le besoin d'un suivi spécialisé et/ou le recours à des actes techniques complexes
- La capacité ou non du patient et/ou de son aidant pour organiser un retour à domicile pérenne
- Une offre de soins de proximité en capacité de répondre aux besoins et d'assurer la continuité des soins.

Ces modalités de suivi, envisagées dès l'entrée en SSR et réajustées autant que nécessaire font l'objet d'échanges entre les professionnels impliqués et le patient qui exprime son choix au regard des possibilités offertes.

LE TRANSPORT :

La nécessité d'une inscription des entreprises de transports bariatriques par département au sein du répertoire opérationnel des ressources (ROR) est acquise. L'organisation de cette offre en Bretagne n'est pas encore totalement aboutie et constitue une priorité.

Il s'agit donc, au-delà d'un inventaire des professionnels, de définir collectivement pour les patients accueillis en SSR spécialisés, et notamment en ambulatoire :

- les critères de prescription d'un transport VSL/taxi sont les mêmes qu'ailleurs : déplacement possible en véhicule personnel ou pas d'un point de vue médical (brancardage, surveillance, médicaments contre-indiquant la conduite) ou social.
- les critères de prescription d'un transport bariatrique relèvent des mêmes considérations, avec notion d'IMC seuil (obésité sévère avec handicap ou obésité massive).

3.2 Accueil en hospitalisation de jour :

Les modalités sont décrites pour les SSR spécialisés de proximité, dits de niveau 2. Les établissements experts disposant de la double modalité de prise en charge élargissent la patientèle éligible dès lors que l'expertise est présente en secteur ambulatoire.

ADRESSAGE :

L'accueil en ambulatoire est le choix prioritaire sauf à ce que la sévérité de la pathologie, la perte d'autonomie, l'instabilité clinique et/ou psychique nécessitent une surveillance rapprochée.

Les critères à étudier sont contextuels et tiennent compte du profil du patient :

- proximité géographique, environnement familial, mobilité. Au-delà d'une heure de trajet, l'hôpital de jour n'est pas indiqué sauf si un hôtel hospitalier est proposé ou bien en cas de séances espacées dans le temps en l'absence de structures compétentes en proximité (niveau de recours).
- état clinique ne requérant pas d'hospitalisation complète, degré d'autonomie, aptitude à changer de comportement de santé, degré de motivation et adhésion au projet thérapeutique.
- selon les profils-types, il y a lieu de préconiser un rythme de séances et une durée globale de prise en charge à travers un programme personnalisé de soins.

Les recommandations en matière de chirurgie bariatrique prévoient entre 6 mois et 1 an de préparation avant l'acte chirurgical et un suivi spécialisé sur 2 années en post-opératoire. L'enjeu est celui d'une évaluation exhaustive et d'une préparation qui optimise les chances de succès de l'intervention et/ou propose une alternative, sans complications ni décrochage par la suite. Selon la manière dont le suivi du patient est organisé, il peut relever du secteur MCO ou SSR. Le rôle du CSO dans ce cadre est d'assurer une harmonisation et une traçabilité des pratiques et des organisations, sur les différents parcours du patient obèse.

Profil	Nombre de journées HJ	Durée de la prise en charge
Pré-chirurgie bariatrique	8 à 10 jours minimum	6 mois minimum avant intervention. Durant cette période, les séances sont réparties.
Post-chirurgie bariatrique	En appui , recours gradué du suivi spécialisé qui est effectué en Cs MCO	La prise en charge post-opératoire doit être effectuée par le centre spécialisé MCO pendant 24 mois Puis relais par le médecin généraliste ou le nutritionniste libéral (recommandations Académie de médecine). Le recours au SSR spécialisé ne se justifie que dans des cas particuliers proposés par le centre spécialisé MCO
Diabète (complications)		Plusieurs années
Diabète (éducation thérapeutique)		Plusieurs années
Bilan nutritionnel après un repérage précoce et ETP	4 fois par an	Une année (à 1, 3, 6 et 12 mois puis annuel ou relais libéral)

Indications générales :

- *La réadaptation physique*
- *Ambulatoire comme suite de l'hospitalisation complète en SSR pour les cas difficiles ou complexes*
- *Ambulatoire à la place de l'hospitalisation complète pour ceux qui n'ont pas besoin d'une hospitalisation*
- *Le suivi sur le long terme des pathologies chroniques stabilisées (bilan, synthèse).*
- *L'éducation thérapeutique du patient et de son entourage et/ou le renforcement éducatif après un séjour en MCO ou SSR hospitalisation complète*

Les attentes en matière de réhabilitation-rééducation-réinsertion sont identiques à celles de l'hospitalisation complète pour les quatre filières définies dans le référentiel. L'adressage direct et programmé est en revanche plus simple à organiser, en particulier avec les correspondants de ville, médecins généralistes, endocrinologues, nutritionnistes, ou autres.

Le rythme des journées peut varier d'un profil à l'autre selon les besoins, avec l'idée d'un maintien dans l'emploi autant que de possible (accueil décalé dans la journée) et éventuellement une transition douce vers la consultation de suivi avec des séances progressivement espacées.

CRITERES :

Contre-indications, durée et articulation de la prise en charge, déterminants de l'observance et identification de facteurs prédictifs de succès (HJ) pour les 4 profils-type.

	OBESITE	DIABETE	DENUTRITION MALADIES DIGESTIVES	TCA (BOULIMIE, HYPERPHAGIE BOULIMIQUE, ANOREXIE MENTALE)
Contre- indications	<ul style="list-style-type: none"> Eloignement Géographique et patient hors territoire si recours possible dans son secteur Grandes difficultés locomotrices Difficultés cognitives persistantes pouvant retentir pour l'assiduité aux venues successives Les contre-indications de l'HC Absence de plateau technique adapté à la pathologie 	<ul style="list-style-type: none"> Patient dont la sévérité et/ou l'évolution de la pathologie aiguë nécessite la prise en charge en hospitalisation de jour est compatible avec le type de diabète Comorbidité(s) sévère(s) Troubles cognitifs 	CES PROFILS NE RELEVENT PAS DE LA PRISE EN CHARGE HJ DE PROXIMITE	<ul style="list-style-type: none"> IMC trop faible ou poids en baisse Absence d'HC préalable en SSR spécialisé Trop grand éloignement géographique Non adhésion du patient et/ou de sa famille au projet de soins (prise en charge psychiatrique/M CO proposée)
Durée de la prise en charge	<ul style="list-style-type: none"> En fonction du programme d'accompagnement défini par la structure en pré et post-opératoire notamment : à adapter en fonction de l'évaluation initiale Pendant 2 ans après chirurgie, le patient doit être suivi par le centre de référence obligatoirement et le SSR est en recours 	Le temps de la mise en place d'un programme d'éducation thérapeutique personnalisé	<ul style="list-style-type: none"> Pendant 4 semaines à raison de 3 jours par semaine 	<ul style="list-style-type: none"> Une ou deux venues par semaines sur une période d'1 semaine à plusieurs mois (cas par cas)
Articulation de la prise en charge à l'entrée et à la sortie du	<ul style="list-style-type: none"> Articulation avec le médecin traitant, si nécessaire avec une équipe pluridisciplinaire Articulation possible 	<ul style="list-style-type: none"> Articulation avec le médecin traitant et/ou l'adresseur Compte-rendu d'étapes et final du 	<ul style="list-style-type: none"> 	<ul style="list-style-type: none"> Alliance thérapeutique obtenue durant le séjour préalable en HC

patient	avec un retour possible en HC de plus courte durée (une semaine) en cas de décompensation d'une comorbidité	parcours de prise en charge		<ul style="list-style-type: none"> • Adhésion du patient et de sa famille au projet de soins • Travail de lien hôpital-ville, partenariat avec les référents de proximité
Déterminants de l'observance identifiés	<ul style="list-style-type: none"> • Les mêmes qu'en HC, sauf l'absence de perte de poids (possibilité d'augmentation de la masse musculaire sans perte de poids) • La dimension de l'applicabilité de l'ETP à domicile/ adhésion au programme de soins • Le poids des facteurs socio-économique 	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluation pertinente lors de l'HDJ d'orientation • Complications • Déséquilibre glycémique • Contraintes professionnelles ou familiales 		
Identification de facteurs prédictifs de succès		<ul style="list-style-type: none"> • Echelle de motivation • Entretiens psychologiques • Bilan éducatif partagé 	<ul style="list-style-type: none"> • Les compétences de l'équipe 	

CARACTERISTIQUES DE L'UNITE :

Effectifs et compétences : Cf Cahier des charges p 4.

Dimensionnement : Comme pour les unités d'hospitalisation complète, il existe une taille critique afin d'amortir les équipements et les compétences nécessaires. En règle générale, l'accueil doit être organisé pour 1.5 patients par place sur 260 jours ouvrés, ce qui suppose des espaces de repos, de circulation et d'accueil adaptés aux personnes obèses.

Une organisation dédiée et la mobilisation des compétences nécessaires supposent un minima de 10 places, 15 dans l'idéal (soit 15 à 23 patients/jour). Cette taille permet aussi la tenue d'ateliers collectifs. Des mutualisations restent néanmoins possibles lorsque plusieurs spécialités complémentaires sont associées (SSR cardio-vasculaires notamment) sur un même site géographique.

Seuil critique d'activité : Comme en HC, il est indispensable de réaliser au préalable une étude précise des besoins et des parcours sur le territoire d'attractivité. L'adressage direct oblige également à soigner la lisibilité de l'offre à travers une communication ciblée vers les adresseurs libéraux, mais également les services d'amont (MCO et SSR) ainsi que le secteur médico-social.

Equipements / contraintes architecturales / Préconisations structurelles : Cf. HC :

- Plateau technique adapté au projet de soins : cuisine thérapeutique, espace collectif de sport ainsi que des espaces permettant des prises en charge individuelles, accès à une balnéothérapie (par convention ou sur place), salles d'ateliers pour la prise en charge psychique, diététique.
- Matériels adaptés à des patients obèses : espaces de repos/fauteuils inclinables, chaises, sanitaires, fauteuils roulants, déambulateurs adaptés, cannes anglaises, brancards
- Accessibilité de l'unité avec une signalétique précise.

Composition de l'équipe :

Dans le cadre d'un accueil mixte HC-HJ, les personnels médicaux et rééducateurs sont mutualisés, ainsi que le cadre.

Certaines organisations autour d'un plateau technique ambulatoire SSR, mêlant plusieurs spécialités peuvent aussi permettre de partager certains personnels, notamment en secrétariat, cadre et rééducateurs.

Une équipe type pour 10 places en HJ, hors fonctions supports		
Personnel	Effectif-présence	ETP
Médecin nutritionniste	Tous les jours	0.4
Médecin endocrinologue	Tous les jours	0.4
Médecin gastro-entérologue	vacations	
Diététiciens	5 jours sur 7	1.25
Infirmiers	1 par jour (accueil et soins) et mi-temps éducation ttq	1.75
Aides-soignants	5 jours sur 7 épaulé par un(e) ASH	1.25
ASH	Désinfection, linge	1.25
Masseurs-kinésithérapeutes et/ou psychomotriciens		0.4
Ergothérapeutes	Evaluation du domicile	0.20
Professionnels d'APA	5 jours sur 7	1.25
Orthophoniste	Vacations à la demande	0.05
Assistante sociale		0.20
Psychologue		0.8
Psychiatre	Vacations-Cs	0.20
Podologue	Vacations-Cs	0.10
Secrétariat		0.5
Cadre de santé	Mutualisé avec autre service	

Points de vigilance :

- Ces effectifs représentent une cible qui ne peut, à ce jour, être comprise dans la dotation annuelle de financement. Dans le cadre de la réforme du financement, la valorisation des journées à l'activité implique un accueil de 1.5 patient par jour et par place.

- Les effectifs sont calculés sur une plage d'ouverture et d'accueil des patients de 9h à 16h30, correspondant à 1 poste.
- L'enjeu reste celui de la gestion des flux patients selon les profils et les prises en charges organisées, notamment en collectif.
- Les médecins spécialistes consultent au cours de la séance. Le temps dédié aux consultations externes est à comptabiliser en plus.

3.3 Accueil en hospitalisation complète

ADRESSAGE :

Le développement du virage ambulatoire représente un changement culturel dans bon nombre de spécialités médicales et chirurgicales. Le choix d'une hospitalisation complète devrait se poser par défaut : lorsque l'hospitalisation partielle ne peut pas répondre au projet de soins requis par le patient.

Par qui ?

- Le médecin généraliste ou spécialiste libéral (gastroentérologue, neurologue, endocrinologue)
- Le psychiatre
- Le secteur MCO
- Un service de SSR non spécialisé en nutrition

Comment ?

- ORIS : logiciel d'orientation
- Fiche d'orientation/d'adressage -> intérêt à proposer une demande d'admission-type en lien avec l'existant
- RCP de territoire
- Numéro d'appel dans le service

CRITERES : Contre-indications, durée et articulation de la prise en charge, déterminants de l'observance et identification de facteurs prédictifs de succès (HC) pour les 4 profils-type

	OBESITE	DIABETE	DENUTRITION MALADIES DIGESTIVES	TCA (BOULIMIE, HYPERPHAGIE BOULIMIQUE, ANOREXIE MENTALE)
Contre-indications	<ul style="list-style-type: none"> • Non adhésion du patient • Grand âge (à définir) • Patient instable • Troubles psychiatriques retentissant sur l'adhésion au projet thérapeutique • Alcool/toxicomanie non sevré • Longs séjours (potentiel de réhabilitation inexistant) 	<ul style="list-style-type: none"> • Patient dont la sévérité et/ou l'évolution de la pathologie aiguë nécessite la prise en charge en hospitalisation MCO 	<ul style="list-style-type: none"> • Dénutrition protéino-énergétique modérée sauf si échec en ambulatoire • IMC < 10 • Problématique psychiatrique prégnante • Absence de projet thérapeutique 	<ul style="list-style-type: none"> • Décompensation psychique • IMC < 11.5 ou état relevant d'un service de réanimation, perte de la déambulation • Refus d'hospitalisation alors qu'il existe un danger vital : indication d'une hospitalisation sous contrainte en psychiatrie pour relais immédiat en MCO
Durée de la prise en charge	<ul style="list-style-type: none"> • 3 semaines pour changer les habitudes nutritionnelles et les adopter à domicile • Minimum 6 semaines pour corriger les comorbidités et permettre une prise en charge en ambulatoire ou HAD 	<ul style="list-style-type: none"> • A adapter en fonction du cas particulier de chaque patient 	<p>Au cas par cas. Dans un contexte préopératoire, 15 jours sont préconisés.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Une semaine à un an, voire plus. • Adaptée au cas par cas en fonction de la sévérité de la dénutrition et de la résistance du symptôme, de la psychopathologie sous-jacente, de la situation familiale et sociale
Articulation de la prise en charge à l'entrée et à la sortie du patient	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluation initiale à l'entrée • Panachage ateliers communs et entretiens individuels • Réévaluation des acquis à la sortie 		<ul style="list-style-type: none"> • Programmation de visite à domicile en fonction des besoins pour préparer la sortie du patient (mise en place de nutrition artificielle à domicile par exemple ou HAD) • Suivi des stomies 	<ul style="list-style-type: none"> • Bilan et PEC nutritionnels • Bilan psychique / psychothérapie • Préparation à la sortie très en amont (permissions, fenêtres thérapeutiques, séjours séquentiels) • Liens avec la ville :

	OBESE	DIABETE	DENUTRITION MALADIES DIGESTIVES	TCA (BOULIMIE, HYPERPHAGIE BOULIMIQUE, ANOREXIE MENTALE)
			digestives	programmation des RDV avec les libéraux en vue d'une reprise du suivi ambulatoire avec ou sans relais en HDJ, avec le plus souvent un suivi en consultations externes dans l'établissement SSR spécialisé
Déterminants de l'observance identifiés	<ul style="list-style-type: none"> • Non assiduité au mode de suivi • Absence de perte de poids • Absence d'équilibre des comorbidités 		Reprise pondérale et de l'autonomie Qualité de vie Constantes biologiques	<ul style="list-style-type: none"> • Lien entre les différents acteurs du soin d'amont et d'aval • Pluridisciplinarité, personnel formé et référent • Patiente demandeuse du séjour et actrice du soin
Identification de facteurs prédictifs de succès	<ul style="list-style-type: none"> • Compréhension et le patient est acteur du projet thérapeutique 		<ul style="list-style-type: none"> • Suivi régulier en HJ • Sorties à domicile et mise en place d'une coordination à domicile avec les professionnels paramédicaux 	<ul style="list-style-type: none"> • IMC de sortie d'hospitalisation suffisamment haut • Ancienneté du TCA < 5 ans • Psychothérapie familiale • Reprise du lien social effectif

CARACTERISTIQUES DE L'UNITE :

Effectifs et compétences : Cf Cahier des charges p 4.

Dimensionnement : Il existe une taille critique à respecter pour que les unités soient efficaces et viables sur le plan médico-économique. Il s'agit d'ajuster les équipements et les ressources humaines à l'activité, notamment en termes de compétences nécessaires. Cela permet également de répondre aux besoins avec un délai d'accueil suffisamment court. En SSR, la taille critique d'une unité HC est de 30 lits⁴. Des mutualisations restent néanmoins possibles lorsque plusieurs spécialités complémentaires sont associées (SSR cardio-vasculaires notamment) dans un même service.

Seuil critique d'activité : Taux d'occupation voisin de 100%. Il est indispensable de réaliser au préalable une étude précise des besoins et des parcours sur le territoire d'attractivité. Le

⁴ ANAP [Gestion des lits : vers une nouvelle organisation - Tome 1 : Cadrage, diagnostic et plan d'actions](#)
Catégorie Services cliniques et médico-techniques / Publications - 09 mars 2015

nombre de lits dédiés doit permettre une réactivité dans l'accueil, avec un délai inférieur à 10 jours.

Equipements / contraintes architecturales / Préconisations structurelles :

- Chambres individuelles de préférence compte tenu de la lourdeur des soins techniques (stomies, nutrition artificielle, apnée du sommeil appareillée) ; et de la présence parfois de troubles psychologiques ou psychiatriques.
- Plateau technique adapté au projet de soins : cuisine thérapeutique, espace de collectif de sport ainsi que des espaces permettant des prises en charge individuelles, accès à une balnéothérapie (par convention ou sur place), salles d'ateliers pour la prise en charge psychique, diététique.
- matériels adaptés à des patients obèses : lits et matelas, chaises, chaises garde-robe (= chaises percées), fauteuils roulants, déambulateurs adaptés, cannes anglaises, brancards, douches et toilettes, rails au plafond.

Personnels :

Une équipe type pour 30 patients en HC, hors fonctions supports		
Personnel	Par jour	ETP
Médecin DESC nutrition	Présence toute l'année 7j/7	1.85
Médecin endocrinologue	Mi-temps en semaine mutualisé	0.3
Médecin gastro-entérologue	accès	
Médecin oncologue	accès	
Cadre infirmier (mutualisé avec HJ)	1	1
Infirmiers (dont Infirmiers expérimentés et formés ETP et assistance nutritive)	2 Matin, 2 Soir, 1Nuit Dont mission educ° thérapeutique	28.4
Diététiciens	1 (sur 5 jours) + mission educ° thérap	1.25
AMP	5j sur 7	1.25
Orthophonistes	2 vacations par semaine	0.2
Aides-soignants	4 Matin, 4Soir, 2 Nuit	30.9
ASH	2 par jour sur 7 jours	3.7
Masseurs-kinésithérapeutes et/ou psychomotriciens (mutualisés avec HJ)	Le matin	>1
Ergothérapeutes	2 vacations par semaine	0.20
Professionnels d'APA	1 (sur 5 jours) dont Educ° thérap	1.25
Assistante sociale	mi-temps ds l'étaB	0.5
Psychologue	Tous les jours ; en lien AMP	1
Psychiatre (formé aux TCA)	3 vacations par semaine	0.3
Podologue (notamment pour diabétiques)	mi-temps	0.5
Secrétariat		

Le recours aux compétences médicales suivantes doit être organisé : cardiologue, pneumologue, néphrologue, neurologue, médecin MPR.

Point de vigilance :

- Ces effectifs représentent une cible qui ne peut, à ce jour, être comprise dans la dotation annuelle de financement. Elle s'inscrit dans le cadre de la réforme du financement, avec une valorisation des séjours produits et avec une mutualisation des effectifs entre HC et HJ.

4 Place du SSR Digestif Métabolique Endocrinien dans le parcours

En annexe 2, orientation du patient au sein de la filière « nutrition », hors diabète qui répond à une organisation du parcours propre.

4.1 L'organisation de la filière de soins

➤ Les niveaux de recours

Nécessité de définir la gradation de l'offre sur la région, prenant en compte le SSR polyvalent, l'offre ambulatoire et les structures spécialisées.

Niveaux de recours	Adressage	➔ SSR ou autre	Profils cliniques
Niveau 1 : De proximité (non spécialisé)	<ul style="list-style-type: none"> • MCO • Professionnels de santé libéraux • Médecin coordonnateur EPHAD 	<ul style="list-style-type: none"> • SSR Polyvalents et PAPD (HC et HJ) • HAD 	<ul style="list-style-type: none"> • Suite de chirurgie digestive simple • Patients obèses autonomes
Niveau 2 : De territoire	<ul style="list-style-type: none"> • MCO • Professionnels de santé libéraux • SSR polyvalent ou spécialisé • EPSM 	<ul style="list-style-type: none"> • SSR nutritionnel (HJ) • Consultations avancées • HAD 	<ul style="list-style-type: none"> • Patients obèses pré et post chirurgie bariatrique • Patients diabétiques • Suite d'un niveau 3 • Renutrition péri-opératoire • Prise en charge des urgences sondes gastriques (patients d'ORL, d'oncologie)
Niveau 3 : Infrarégional / Régional	<ul style="list-style-type: none"> • MCO et centres de référence • SSR polyvalent ou spécialisés • SSR nutritionnel HJ • EPSM 	<ul style="list-style-type: none"> • SSR nutritionnel HC et HJ • Consultations avancées 	<ul style="list-style-type: none"> • Soins complexes de stomies • Soins et traitements complexes de fistules ou d'abcès de paroi • Prise en charge de l'insuffisance intestinale • TCA • Obésité avec un IMC très élevé (>50) et/ou contre-indication à la chirurgie bariatrique • Obésité sévère avec notion de handicap associé • Pose des GPR

➤ Quelles spécialités en consultations ?

Selon le niveau d'expertise de l'unité, les consultations avancées seront constituées différemment.

- SSR nutritionnels de niveau 2 : les consultations peuvent être le préalable à une admission en HJ ou permettre d'ajuster un programme de soin en unité SSR polyvalente et PAPD (endocrinologue-diabétologue et/ou nutritionniste).
- SSR nutritionnels de niveau 3 : les consultations sont pluri-disciplinaires le cas échéant et organisées de sorte qu'un relais puisse être pris dès que possible à proximité lorsqu'il s'agit d'un suivi (endocrinologue-diabétologue et/ou nutritionniste, psychiatre).
- Télé-consultations et télé-expertises doivent être envisagées afin de faciliter l'accès à des compétences rares, pour une spécialité où les profils s'avèrent particulièrement hétérogènes.

Au-delà des spécialités médicales, d'autres compétences peuvent être mobilisées lors de ces consultations : IDE stomathérapeutes, IDE DU Plaies et cicatrisation, psychologues, diététiciens, etc

➤ Insertion dans les parcours de soins :

Contexte de maladie(s) chronique(s), nécessitant un accompagnement pluridisciplinaire sur le moyen et long terme. Cf annexes 2 et 3

➤ Le positionnement en matière de prévention :

Il s'agit ici de la prévention « secondaire » pour éviter ou limiter les conséquences dommageables d'une pathologie et faciliter la compliance au traitement. Evident pour l'accompagnement des personnes diabétiques, ou dans le cadre des maladies chroniques et dénutritions ; le rôle propre du SSR est à décrire puisque les patients sont en général pris en charge par des professionnels de santé MCO ou du secteur libéral.

La prise en charge pré-chirurgie bariatrique est une condition de la réussite du parcours et de cohérence pour l'organisation du suivi en post-opératoire.

L'ETP est au cœur des accompagnements SSR, notamment spécialisés. Dans ce cadre, le plan de formation doit intégrer la thématique ETP pour les personnels, les programmes sont autorisés et font l'objet d'indicateurs de suivi et d'impact, notamment vis-à-vis des partenaires.

➤ Positionnement dans les filières concernées (travaux GHT, ...) :

Ce référentiel a aussi pour objectif de faciliter l'information vis-à-vis des partenaires de territoire et de filière sur le service médical attaché à la spécialité. Il s'agit de formaliser l'organisation d'un des maillons du parcours des patients, en majorité inscrits dans une temporalité chronique. Lorsque les SSR digestifs-métaboliques-endocriniens sont portés par une structure publique, ils sont partie prenante du projet médical partagé du groupement hospitalier de territoire. Dans les autres cas, il convient de se rapprocher des filières médicales et chirurgicales concernées : nutrition-obésité, endocrinologie, chirurgie viscérale, ORL, psychiatrie. L'abord populationnel, notamment personnes âgées et pédiatrie doit aussi être travaillé.

La rareté de l'offre spécialisée sur les territoires oblige les unités à établir des liens fonctionnels avec l'ensemble des acteurs, privés, ESPIC, publics, dans un souci de complémentarité. Les services de nutrition des CHRU, associés aux SSR de niveau 3 (experts), jouent un rôle majeur dans la construction et l'animation d'une offre de soins cohérente, structurée en parcours identifiés et portée par des professionnels formés.

Les SSR experts remplissent aussi un rôle de niveau 2 qui peut être complexe à organiser. La distinction entre deux files actives, relevant d'un périmètre différent (territorial ou régional) mérite d'être formalisée, y compris au sein des organisations internes.

4.2 Perspectives pour une organisation graduée de la réponse sur le territoire

Le Projet Régional de Santé Bretagne 2018-2022 a fait des troubles du comportement alimentaire (TCA) l'une de ses priorités d'action.

Au sein de la thématique « Développer une politique en santé mentale, partenariale et territoriale », le besoin de réponses lisibles et renforcées concernant les troubles du comportement alimentaire est fortement identifié (chantier 1).

Il est donc prévu de mener des travaux associant l'ensemble des acteurs impliqués (association d'usagers et de leur entourage, professionnels de santé des différents spécialités concernées), afin de réaliser un diagnostic régional sur ce sujet et d'élaborer une stratégie régionale s'appuyant sur les recommandations existantes.

Ces travaux permettront de compléter ce référentiel SSR concernant le profil TCA.

Le SSR « hors les murs » :

En lien avec les réflexions nationales autour de la réforme du financement, ce sujet est abordé par tous les groupes de SSR spécialisés. Son développement est inscrit dans la majorité des PRS de deuxième génération élaborés par les ARS avec des définitions variables selon les régions.

Le SSR « hors les murs » pourrait se traduire notamment par des interventions au sein d'autres SSR, d'établissements médico-sociaux (exemple : EHPAD) ou encore dans les MSP. Ces interventions doivent s'ancrer dans une organisation territoriale concertée, préalable indispensable pour répondre aux spécificités et besoins des acteurs locaux. Il pourrait s'agir, en lien avec un dispositif de coordination régional nutrition/alimentation, de programmes ETP en proximité et de consultations avancées.

Points de vigilance :

- Sécuriser en premier lieu les relations avec l'amont du SSR.
- Tenir compte de la fragilité des ressources médicales et des rééducateurs avec une mise en tension difficile si des missions à l'extérieur étaient sollicitées en sus des missions actuelles
- Compétences et formations des professionnels : quelle expertise pour un cadre des missions qui doit être défini.

Coordinations :

Au niveau national, les travaux en cours mettent l'accent sur la nécessité de définir les niveaux de coordination souhaités : coordination du parcours du patient ? de la filière ? du territoire ?

Le souhait de mise en œuvre d'une animation régulière des filières de prise en charge afin de faciliter notamment la connaissance et la coordination des acteurs, des pratiques est formulé, par extension des travaux CSO notamment. Dans ce contexte, le rôle du médecin traitant, parfois du spécialiste (diabète) en matière de coordination de la prise en charge des patients est souligné.

-> La coordination s'inscrit nécessairement dans la construction et la structuration de l'ensemble des parcours de soins (4 parcours identifiés : obésité cf. plan obésité, dénutrition, troubles du comportement alimentaire et diabète).

-> Concernant la coordination territoriale, l'accent est mis sur la nécessité d'opérer une régulation se traduisant par une distinction, lisible pour les adresseurs, entre des SSR spécialisés de territoire (Hospitalisation de jour), et les SSR spécialisés experts régionaux (Hospitalisation complète et de jour). Les enjeux sont multiples : renforcer la pertinence des orientations et éviter les pertes de chance, développer le recours précoce de proximité, concentrer l'expertise pour pallier au nombre limité de spécialistes, pour les pathologies à faible file active.

- Liens HC-HJ / HJ-HC :

L'HJ peut constituer un relai entre l'HC en site expert et le domicile, voire entre HC en MCO et domicile.

De l'HJ vers l'HC : Dans le cas où finalement le patient requiert une hospitalisation complète, l'orientation vers du SSR spécialisé en HC peut être discuté en RCP. Selon les problématiques à résoudre, l'accueil en MCO peut être une alternative plus adaptée et de proximité.

Si une unité SSR polyvalent existe sur site, elle peut dans certains cas permettre un hébergement en HC avec accès à la compétence SSR nutritionnels.

- Liens avec la psychiatrie (cf tableau des personnels) :

En SSR, l'accueil de patients souffrant de troubles du comportement alimentaire implique un accompagnement psychiatrique.

Dans tous les cas, une évaluation psychiatrique ou un entretien psychologique des patients peuvent s'avérer nécessaire dans bon nombre de cas pour ajuster les propositions thérapeutiques, mesurer l'impact d'une maladie chronique et l'existence de déterminants psychiques.

En secteur psychiatrique, les dimensions alimentaire et nutritionnelle sont aussi des éléments socles de l'accompagnement et du projet de soin.

La limite basse d'un IMC à 15 est fixée pour l'accueil de patients dénutris en SSR.

- Liens avec le secteur médico-social :

Sous l'aspect « alimentation » et repérage de la dénutrition, pour des publics spécifiques : personnes âgées et personnes handicapées, médecine scolaire et universitaire, médecine du travail.

- Liens avec les autres spécialités de SSR :

Dans le cas où un patient est admis dans un SSR Polyvalents mais qu'il souffre de problèmes nutritionnels, celui-ci doit pouvoir bénéficier d'un avis spécialisé.

Les SSR spécialisés qui accueillent des patients chroniques rencontrent très fréquemment des problématiques liées à la nutrition (plaies chroniques, maladies neuro-dégénératives, insuffisances respiratoires chroniques, etc) et doivent pouvoir bénéficier d'un soutien expert.

4.3 Dispositifs de coordination et de soutien à développer : CSO et SRAAN

❖ Centres spécialisés en obésité :

Cf Instruction DGS/EA3/DGOS n°2011-380 du 29 juillet 2011

Les centres spécialisés en région répondent à deux missions principales :

- prise en charge médico-chirurgicale de l'obésité sévère et organisation de la pluridisciplinarité
- organiser la filière dans chaque région, à travers l'établissement de relations fonctionnelles et de partenariats sur l'ensemble du parcours.

Actuellement, un seul CSO est identifié en Bretagne, porté par le CHP Saint Grégoire (Rennes) depuis 2011. A ce titre, il porte la responsabilité de l'animation du réseau, notamment à travers les réunions de concertation pluri-disciplinaires avec les sites bretons de chirurgie bariatrique.

La Clinique St Yves et la fondation Ildys sont les référents SSR spécialisé adultes et enfants, notamment pour l'accueil post-chirurgie des patients obèses complexes et/ou sévères.

La volonté de travailler une réponse organisée dans l'intérêt général est tangible, avec une participation quantitative de haut niveau. Néanmoins, le contexte de l'activité bariatrique a évolué sensiblement depuis 2011. En capitalisant sur les travaux déjà menés, les travaux doivent se poursuivre et organiser une réponse adaptée et accessible en tous points du territoire breton.

Il s'agit d'offrir à l'ensemble des usagers et des professionnels une offre de parcours graduée élargie à la prévention, au repérage précoce, aux alternatives à la chirurgie bariatrique et à l'accompagnement. Les axes recherche et enseignement, en lien avec les pôles hospitalo-universitaires doivent faire l'objet d'une attention partagée.

L'ARS Bretagne envisage dans ce cadre de lancer un nouvel appel à candidatures, sur la base d'un cahier des charges renouvelé, afin d'améliorer la réponse régionale apportée aux personnes obèses.

❖ Structure régionale d'appui :

Concernant le dispositif de soutien, l'ARS Bretagne a inscrit, dans l'appel à candidature pour une structure régionale d'appui (SRA) à la qualité et sécurité des soins, un axe nutrition.

Cela fait suite à la réflexion débutée depuis 1an avec des membres de l'inter clan et du réseau Roland.

L'objectif est de pouvoir décliner en région une organisation permettant d'apporter aux professionnels de santé, quel que soit le secteur d'activité, un appui pour déployer sur les territoires les axes du programme nutrition santé.

Les principales missions seraient :

- 1 : Soutien, accompagnement, conseil aux professionnels de santé
- 2 : Conduite d'actions de promotion de la santé, d'information et de formation
- 3 : Conception d'outils et promotion d'actions de R&D
- 4 : Optimisation des parcours patients
- 5 : Veille documentaire
- 6 : Evaluation des pratiques et partage d'expériences
- 7 : Evaluation médico-économique

Le dispositif à déployer va se mettre en place progressivement. Il devra prendre en compte les différentes ressources et organisations existantes afin d'avoir une approche et des actions complémentaires en matière d'alimentation-nutrition.

4.4 Innovations :

- Télémédecine, e-santé, parcours numérique de soins
- Le développement des objets connectés doit permettre d'améliorer le suivi et la prise en charge de ces patients tout au long de leur parcours de soins.
- Le développement également d'outils éducatifs (notamment par des techniques de simulation) demeure essentiel pour faciliter et structurer le parcours éducatif du patient.
- Enfin, des technologies comme les appareils anti-gravités facilitant la rééducation des personnes obèses handicapées par des troubles locomoteurs devraient être favorisées.
- Parcours numérique du patient dénutri avec élaboration d'algorithmes de prédiction du besoin de recours en SSR
- Parcours numérique de soins pour améliorer le suivi et la prise en charge avec intégration dans le dossier médical partagé
- Collaborations avec les équipes de proximité lors d'interventions à domicile et en appartements thérapeutiques
- Structures ambulatoires au sein des maisons de santé pluri-disciplinaires pour proposer une prise en charge globale, diététique, physique, psychologique (Centre d'activités physiques adaptées)
- Télémédecine pour le suivi des diabètes (plaies, équilibre glycémique).
- Quelle prise en compte des outils éducatifs connectés ? En lien avec éducation thérapeutique du patient.

5 Définition des indicateurs

5.1 Indicateurs quantitatifs d'activité (annuels / PMSI)

5.2 Indicateurs qualitatifs (annuels)

- Poids - Perte de poids – Indice de masse corporelle
- Composition corporelle - Masse grasse/masse maigre
- Amélioration Hb A1c
- Diminution des HC pour déséquilibre glycémique
- Amélioration de l'autonomie – score partagé à définir
- Amélioration de la perception de la QOL par le patient - score partagé à définir
- Nombre de programme d'ETP autorisés

Service rendu, qualité de vie, maintien des acquis, liens extrahospitaliers, liens avec les programmes de recherche

6 ANNEXES

6.1 Annexe 1 : Le profil des patients accueillis en SSR Digestif-Métabolique-Endocrinien-Nutritionnel

Filières	Critères d'admission en SSR spécialisé (indications)		Critères d'admission en SSR Polyvalents – PAPD
	HC	HJ	
Obésité	Obésité sévère IMC > 35-40 et rééducation locomotrice	Prise en charge précoce de l'obésité avec IMC>30 et poursuite ou mise en place d'ETP (avec évaluation des acquis et effets)	Patients obèses autonomes
	Obésité et TCA (après consultation préalable)		
	Obésité et situation somatique grave ou invalidante ; décompensation d'une comorbidité existante nécessitant poursuite de soins et équipements adaptés (diabète/cardio/pulmonaire/dénutrition/plaie)	Accompagnement du traitement des TCA associés (uniquement si compétences médicales et paramédicales adaptées-psychiatre)	
	Séjour de rupture prolongée / fonction du contexte familial, social et économique	Prévention de la rechute liée aux événements de vie, ressentis d'échec et sentiment de découragement	
	Obésité et polyhandicap	Nécessité d'une évaluation pluri-professionnelle des comorbidités (plaie chronique, gestion du diabète)	
	Obésité et complications de la chirurgie bariatrique (pb de cicatrisation/comorbidité/révélation de TCA ou autre addiction-dénutrition)	Pré et post chirurgie bariatrique non compliquée en renforcement ponctuel du suivi MCO (moyennant un parcours bien coordonné)	

6.1 Annexe 1 : Le profil des patients accueillis en SSR Digestif-Métabolique-Endocrinien-Nutritionnel

Filières	Critères d'admission en SSR spécialisé (indications)		Critères d'admission en SSR Polyvalents – PAPD
	HC	HJ	
DIABETE	Diabète de type 1 et 2 multi-complicqué, avec ou sans pathologies associées	-Diabète de type 1 et 2 avec ou sans complications, avec ou sans pathologies associées -Education thérapeutique du patient: compréhension de la maladie et ses complications, gestion du traitement, insulinothérapie fonctionnelle, insertion -ETP du pied diabétique	
	Pied diabétique		
Dénutrition - Maladies digestives (ainsi que Fistules - Risques de dénutrition - Post-chirurgie)	Renutrition pré/ou post opératoire non possible à domicile (comorbidités/ dénutrition sévère-SRI / problématique sociale / handicap)	Prévention de la dénutrition et de la perte de poids (maladies neurologiques/polyhandicap/oncologie)	Stomie avec débit < 1200 ml/j et si décompensation de comorbidités ou si dénutrition avec renutrition possible à domicile
	Renutrition avant traitement oncologique	Rééducation des troubles de la déglutition	Patient justifiant d'une nutrition artificielle ne pouvant être prise en charge momentanément à domicile

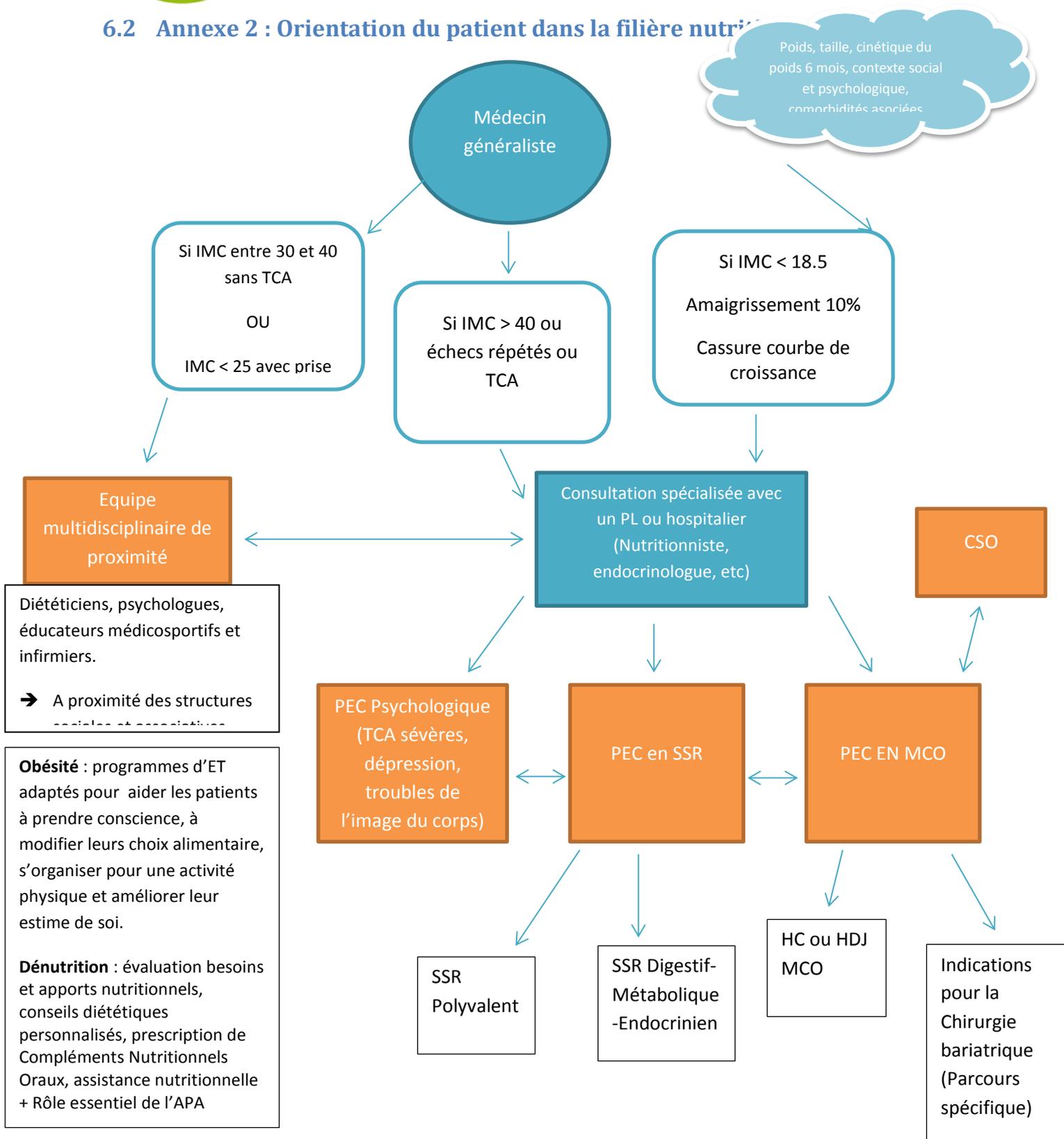
6.1 Annexe 1 : Le profil des patients accueillis en SSR Digestif-Métabolique-Endocrinien-Nutritionnel

Filières	Critères d'admission en SSR spécialisé (indications)		Critères d'admission en SSR Polyvalents – PAPD
	HC	HJ	
	Suivi de la nutrition artificielle, tentative de réduction voire sevrage des apports parentéraux	Suivi et adaptation de la nutrition artificielle, réinstillation et prévention des complications (dans un contexte de dénutrition non sévère)	Personnes âgées : prévention de la dénutrition avec éducation thérapeutique et bilan.
	Insuffisance intestinale avec ou sans stomie / classification de l'ESPEN	Insuffisance intestinale	
	Dénutrition sévère avec risques de SRI / dépendance grade 2 - dénutrition protéino-énergétique sévère	DPC / GT / Bariatrique	
		Poursuite de l'ETP (alimentation, boisson, stomie)	
	Cicatrisation de fistule ou plaie post-opératoire (renutrition, réhabilitation, soins)	Poursuite de pansement	
		Suivi de la Nutrition à domicile	
	Stomie et fistules digestives si décompensation de comorbidités ou si renutrition non possible à domicile	Suivi de la réinstillation pour prévention réhospitalisation	
	Echec d'une PEC en ambulatoire ou établissement non spécialisé (persistance perte de poids, problèmes digestives sévères, mauvaise tolérance et/ou difficulté d'acceptation de la nutrition artificielle)	Suivi des entérostomisés (stomathérapie, prévention de la déshydratation, dénutrition et des carences) pour éviter une réhospitalisation	

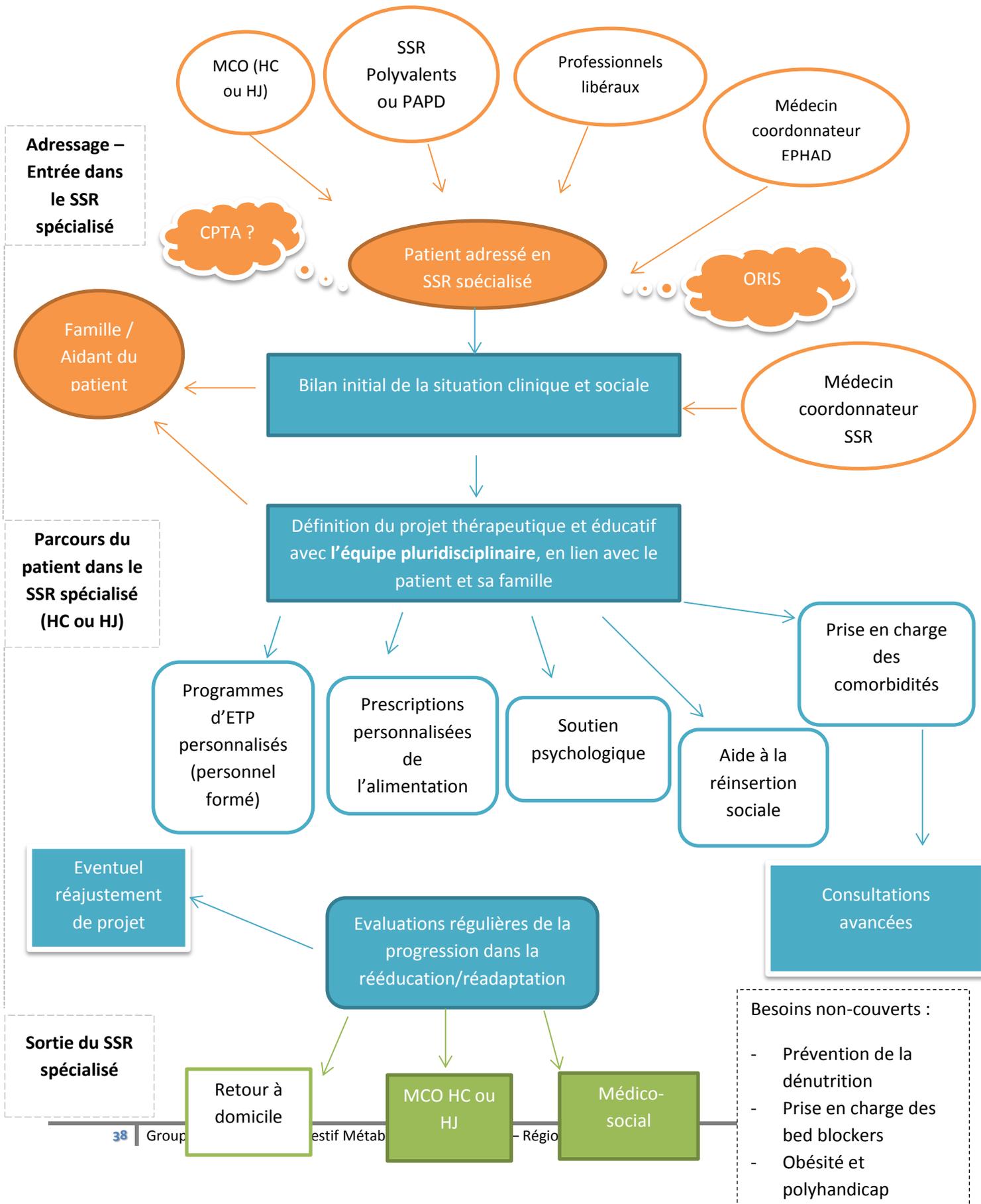
6.1 Annexe 1 : Le profil des patients accueillis en SSR Digestif-Métabolique-Endocrinien-Nutritionnel

Filières	Critères d'admission en SSR spécialisé (indications)		Critères d'admission en SSR Polyvalents – PAPD
	HC	HJ	
	<p>Lors d'un risque de syndrome de renutrition inapproprié : IMC < 16, perte involontaire de poids > 15% dans les 3 derniers mois, peu ou pas d'apports alimentaires pendant plus de 10j, taux sanguin bas en potassium phosphate ou magnésium avant la renutrition</p> <p>Stomie avec débit > 1200 ml/j</p>	<p>Suivi de suites d'une hospitalisation en HC (réévaluation clinique, prescription soin nutritionnel, accompagnement du projet thérapeutique, contrôle des plaies)</p>	
TCA (Boulimie, Hyperphagie boulimique, Anorexie Mentale)	<p>Relais d'une HC en MCO ou d'une PEC ambulatoire pluridisciplinaire spécifique qui s'avère inefficace car trop courte ou insuffisamment contenante pour permettre la renutrition, acceptation de reprise pondérale et sortie de l'isolement</p>	<p>IMC > 13, boulimie vomitive sevrée en partie ou totalement</p>	
	<p>Anorexie mentale restrictive ou Anorexie boulimique vomitive</p>	<p>En relais de l'HC en prévention de la rechute</p>	
	<p>IMC < 13 et/ou amaigrissement rapide (amyotrophien déshydratation) et/ou état de mal boulimique et/ou complications biologiques (neutropénie, cytolyse hépatique, hypokaliémie, insuffisance rénale)</p>	<p>Travail de transition pour la séparation avec l'équipe Travail de re-socialisation (intérêt du mouvement dedans/dehors)</p>	

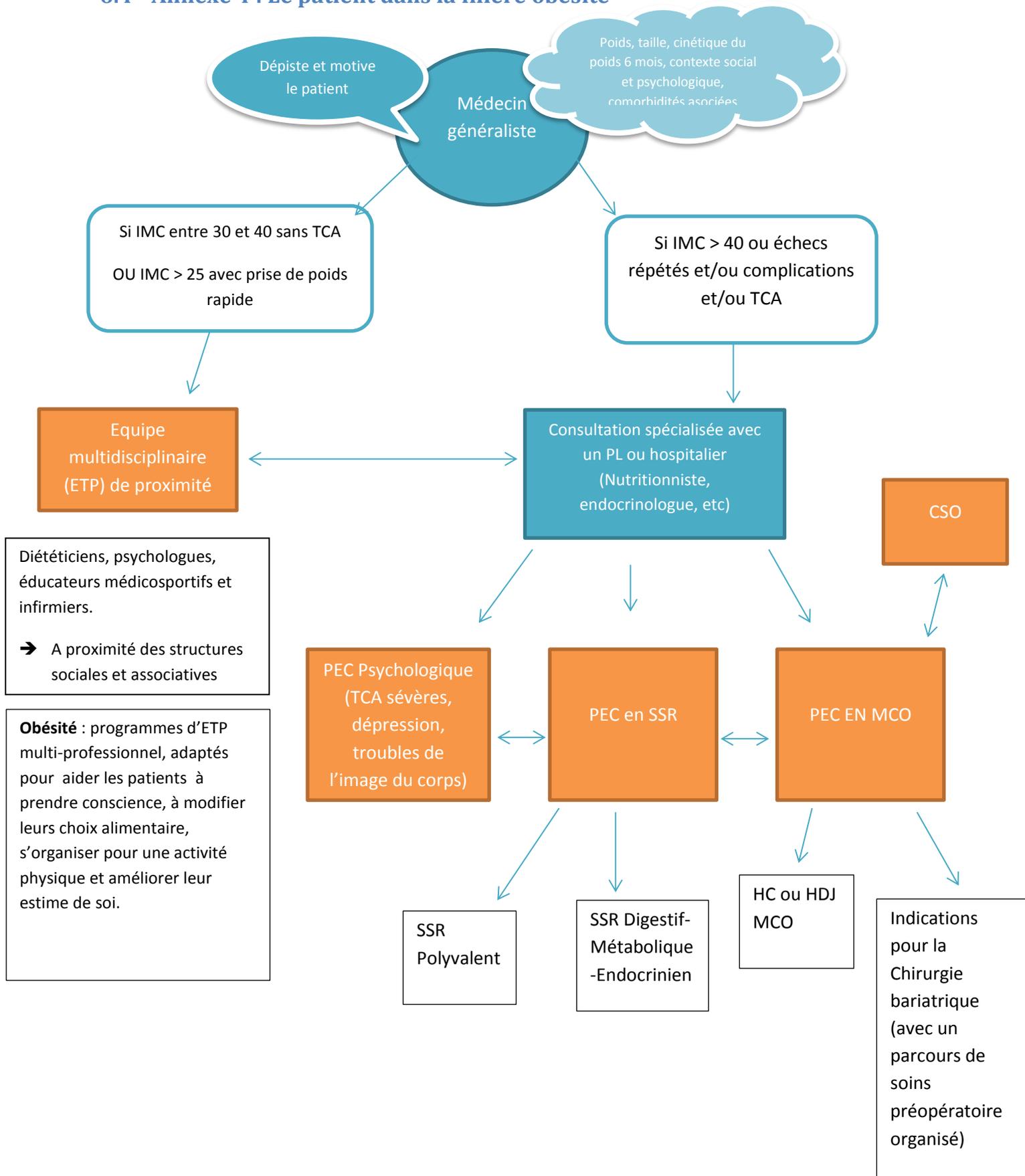
6.2 Annexe 2 : Orientation du patient dans la filière nutritionnelle



6.3 Annexe 3 : Le patient dans l'environnement du SSR spécialisé digestif-métabolique-endocrinien



6.4 Annexe 4 : Le patient dans la filière obésité



6.5 Annexe 5- Préconisations du CNP de nutrition en matière d'adressage

