

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DES FAMILLES, DE L'AUTONOMIE ET DES PERSONNES HANDICAPÉES

Arrêté du 26 février 2026 pris pour l'application de l'article R. 4012-1 du code de la santé publique

NOR : SFHS2604251A

La ministre de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées et le ministre de l'action et des comptes publics,

- Vu le code de l'action sociale et des familles ;
- Vu le code de la santé publique, notamment ses articles L. 4012-1 et R. 4012-1 ;
- Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L. 160-13, L. 162-62, R. 160-17-2 et D. 162-34 ;
- Vu le code des relations entre le public et l'administration, notamment ses articles L. 114-3, L. 114-5 et L. 232-3 ;
- Vu le décret n° 2024-1035 du 15 novembre 2024 relatif à la prise en charge et au remboursement des parcours coordonnés renforcés ;
- Vu l'avis du conseil de la Caisse nationale de l'assurance maladie en date du 4 février 2026 ;
- Vu l'avis du conseil de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie en date du 4 février 2026 ;
- Vu l'avis du conseil central d'administration de la mutualité sociale agricole en date du 3 février 2026 ;
- Vu l'avis de l'Union nationale des organismes complémentaires de l'assurance maladie en date du 5 février 2026,

Arrêtent :

Art. 1^{er}. – Le modèle de projet de parcours coordonné renforcé mentionné au IV de l'article L. 4012-1 du code de la santé publique est défini en annexe 1.

Art. 2. – Est pris en charge par l'assurance maladie le parcours coordonné renforcé suivant :
– le parcours de l'obésité complexe chez l'adulte dont le cahier des charges est défini en annexe 2.

Sont fixées par le cahier des charges de ce parcours les caractéristiques prévues au 2° de l'article R. 4012-1 du code de la santé publique, et notamment les caractéristiques spécifiques de la pathologie concernée ou des critères d'éligibilité.

Art. 3. – Lorsque le cahier des charges du parcours coordonné renforcé prévoit une adaptation régionale des projets et leur validation par l'agence régionale de santé territorialement compétente, la structure responsable de la coordination dépose, pour chaque région concernée, un projet de parcours auprès de l'agence régionale de santé territorialement compétente, au moyen de la téléprocédure prévue à l'article R. 162-134 du code de la sécurité sociale.

Le projet peut couvrir un ou plusieurs départements au sein d'une même région, dans le cadre d'une organisation interdépartementale de la prise en charge.

La décision de validation du projet, prise par le directeur général de l'agence régionale de santé, est automatiquement notifiée à l'organisme local ou aux organismes locaux de l'assurance maladie par l'intermédiaire de la téléprocédure prévue à l'article R. 162-134 du code de la sécurité sociale. Cette notification intervient dans les conditions prévues par le code des relations entre le public et l'administration, et dans le délai de deux mois prévu au II de l'article L. 162-62-1 du code de la sécurité sociale.

Après la date de validation, la structure responsable de la coordination dispose de 15 jours pour apporter à l'organisme local d'assurance maladie les informations complémentaires demandées et nécessaires au versement du forfait.

Art. 4. – Lorsque le cahier des charges d'un parcours coordonné renforcé limite le nombre de structures pouvant être autorisées à l'organiser, en application des dispositions du f du 2° de l'article R. 4012-1 du code de la santé publique, la sélection de ces structures est effectuée dans le cadre d'un appel à candidatures organisé par le directeur général de l'agence régionale de santé.

Le directeur général de l'agence régionale de santé fixe la date à laquelle les projets de parcours doivent être déposés au moyen de la téléprocédure, selon les conditions prévues par le cahier des charges du parcours coordonné renforcé. Il informe l'organisme local d'assurance maladie de l'organisation de la procédure.

A l'issue de la sélection, réalisée selon les critères précisés dans le cahier des charges du parcours, le directeur général de l'agence régionale de santé notifie sa décision à chaque structure ayant déposé un projet de parcours, dans un délai qui ne peut excéder deux mois suivant la date limite de dépôt des dossiers.

Art. 5. – Le montant du forfait mentionné au I de l'article L. 162-62 du code de la sécurité sociale pour prendre en charge le parcours coordonné renforcé d'un bénéficiaire est majoré de 20 % lorsque cette prise en charge se déroule dans les départements et collectivités d'outre-mer.

La participation de l'assuré aux frais mentionnée à l'article L. 160-13 du code de la sécurité sociale au titre du 9° de l'article L. 160-8 du même code est fixée à 40 % du montant du forfait mentionné au I de l'article L. 162-62 de ce code.

Art. 6. – I. – L'entrée d'un bénéficiaire dans un parcours coordonné renforcé est subordonnée :

1° Au respect des critères d'éligibilité et d'inclusion définis dans le cahier des charges du parcours concerné ;

2° Au contrôle par la structure responsable de la coordination du droit du bénéficiaire à l'assurance maladie obligatoire et complémentaire et, le cas échéant, à l'exonération de sa participation aux frais prévue à l'article R. 160-17-2 du code de la sécurité sociale. Ce contrôle est également assuré préalablement à toute nouvelle séquence de ce parcours ;

3° A l'information préalable du bénéficiaire et au recueil de son consentement à bénéficier du parcours, tracée dans le dossier du bénéficiaire sous la forme d'une mention écrite ou d'un formulaire dédié, et à la validation par la structure responsable de coordination de son inclusion dans le parcours ;

4° Au dépôt dans le téléservice de facturation, mentionné à l'article R. 162-140 du code de la sécurité sociale, lorsque le cahier des charges du parcours concerné le précise, le ou les justificatifs nécessaires à l'entrée dans le parcours, telles la prescription médicale d'inclusion ou la lettre d'adressage.

II. – Le forfait mentionné au I de l'article L. 162-62 du code de la sécurité sociale est pris en charge selon les modalités suivantes :

1° La structure responsable de la coordination dépose dans le téléservice de facturation mentionné à l'article R. 162-140 du même code les informations nécessaires à la prise en charge du bénéficiaire dans le parcours, conformément aux conditions précisées dans le cahier des charges du parcours :

- pour les séquences de prise en charge autorisées dans le cahier des charges, leur date d'ouverture et de clôture. Une séquence ne peut être initiée que si la séquence précédente est achevée ;
- pour chaque séquence prévue dans le cahier des charges, le détail des interventions réalisées, avec leur date de délivrance, ainsi que l'identité de l'intervenant parmi ceux référencés dans le téléservice de facturation. Lorsque l'intervention d'un professionnel libéral est prévue par le cahier des charges du parcours, le professionnel déclare lui-même ses interventions sur le téléservice de facturation après que la structure responsable de la coordination l'a référencé dans ce téléservice.

L'attestation de service fait signée par le bénéficiaire est déposée dans le téléservice de facturation de l'assurance maladie par la structure responsable de la coordination, ou le cas échéant par le professionnel libéral selon les dispositions de l'alinéa précédent ;

- lorsqu'un nouveau professionnel prend en charge des bénéficiaires dans le cadre du parcours coordonné renforcé, la structure responsable de coordination dispose d'un délai d'un mois pour référencer celui-ci dans le téléservice de facturation en transmettant les informations attendues telles que définies en annexe 1 du présent arrêté. L'organisme local d'assurance maladie informe l'agence régionale de santé lorsque les conditions du cahier des charges concernant ce nouvel intervenant ne sont pas remplies ;

2° Après validation par l'organisme local d'assurance maladie du versement du forfait au titre de la part des dépenses prise en charge par l'assurance maladie obligatoire, et sous réserve que l'assuré ne bénéficie pas d'une exonération de participation aux frais telle que vérifiée au 2° du I du présent article et dispose d'une protection complémentaire en matière de santé autre que celle mentionnée à l'article L. 861-1 du code de la sécurité sociale, un bordereau de facturation correspondant à la part couverte par cette protection complémentaire est transmis, à titre transitoire et jusqu'à la mise en place de l'organisation cible, à l'adresse des organismes d'assurance maladie complémentaire, selon des modalités sécurisées ;

3° Le paiement du forfait mentionné au I de l'article L. 162-62 du code de la sécurité sociale est effectué selon les modalités suivantes :

a) Lorsque, aux termes du cahier des charges, le parcours est constitué en tout ou partie d'interventions coordonnées, mises en œuvre de manière autonome ou séquencée, le cahier des charges fixe le nombre minimum et maximum d'interventions de ce type de prise en charge.

Dans les conditions fixées dans le cahier des charges, l'organisme local d'assurance maladie rémunère les interventions successives, telles que définies dans l'alinéa précédent, selon un rythme mensuel, après que la structure responsable de la coordination a validé les interventions déclarées sur le téléservice de facturation de l'assurance maladie ;

b) Lorsque, aux termes du cahier des charges, le parcours constitue une prise en charge destinée à être mise en œuvre de manière intégrée et globale, la structure responsable de la coordination perçoit le forfait dans sa totalité,

de la part de l'organisme local d'assurance maladie, dès lors que le nombre minimal par catégories d'intervention et par séquence fixé dans le cahier des charges est atteint. Dans ce cas, la structure assure directement la rémunération des intervenants du parcours.

Art. 7. – Le présent arrêté sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait le 26 février 2026.

*La ministre de la santé, des familles,
de l'autonomie et des personnes handicapées,*
Pour la ministre et par délégation :

*La cheffe de service,
adjointe à la directrice générale
de l'offre de soins,*
C. DURAND

Le directeur général de la santé,
D. LEPELLETIER

*Le ministre de l'action
et des comptes publics,*
Pour le ministre et par délégation :
Le directeur de la sécurité sociale,
P. PRIBILE

*Le directeur général
de la cohésion sociale,*
J.-B. DUJOL

ANNEXES

ANNEXE 1

MODÈLE DE PROJET DE PARCOURS

Le modèle de projet de parcours mentionné au IV de l'article L. 4012-1 du code de la santé publique définit le contenu du projet de parcours à déposer auprès de l'agence régionale de santé. Il comporte les trois parties suivantes :

I. – Partie commune à l'ensemble des parcours coordonnés renforcés***Structure responsable de la coordination*****Information-clé**

Nom de la structure

Structure juridique

Adresse

Code postal

Commune

Téléphone

N° FINESS juridique

Catégorie FINESS juridique

Nom/Prénom du responsable

Fonction

Courriel

Nom/Prénom du correspondant

Fonction

Courriel

Documents à déposer

Documents permettant d'identifier la structure
(notamment un exemplaire des statuts si personne morale de droit privé)

Ressort territorial**Information-clé**

Ressort géographique régional

N° FINESS géographique

Ressort géographique départemental ou infra

Département 1

N° FINESS géographique

Département 2

N° FINESS géographique

II. – Partie spécifique au type de parcours coordonné renforcé

Appartenance à la liste des structures responsables de la coordination pouvant déposer le type de parcours :

Liste des structures autorisées à déposer le parcours	Structure
	☐
	☐
	☐

Réponses aux missions attendues de la structure responsable de la coordination :

Missions attendues de la structure de coordination	Structure
	☐
	☐
	☐

Description de l'équipe-socle des intervenants obligatoires du type de parcours :

Equipe socle minimale (cahier des charges)	Intervenant présent
	☐
	☐
	☐
	☐
	☐

Engagement de la structure responsable de coordination

La structure responsable de la coordination s'engage à mettre en œuvre le parcours coordonné renforcé dans le respect du cahier des charges et des référentiels et recommandations applicables, à garantir la qualité et la continuité des prises en charge, à organiser la coordination des intervenants et à assurer la traçabilité et la transmission des données nécessaires.

Tout manquement aux engagements définis dans le présent cahier des charges peut entraîner le retrait de l'autorisation accordée à la structure responsable de la coordination, selon les modalités prévues par le code de la santé publique.

Etabli le :/...../.....

Signature du responsable de la structure : Cachet de la structure :

ANNEXE 1.1

AU MODÈLE DE PROJET DE PARCOURS – RÉFÉRENCIEMENT DES INTERVENANTS
PAR LA STRUCTURE RESPONSABLE DE LA COORDINATION

Intervenants non libéraux, salariés de la structure responsable de la coordination ou d'une structure autorisée (*établissement de santé, établissement ou service médico-social, centre de santé, maison de santé pluriprofessionnelle ou maison sport-santé selon le II de l'article L. 4012-1 du code de la santé publique*).

Personne morale représentant les intervenants salariés suivants

Nom de la structure
Structure juridique
Adresse
Code postal
Commune
Téléphone
N° du système d'identification du répertoire des établissements (SIRET)
Le cas échéant, n° FINESS juridique
Catégorie FINESS juridique
Nom/Prénom Responsable
Fonction
Courriel

Intervenants salariés	Equipe socle minimale
Intervenant Nom Prénom Numéro d'inscription au répertoire (NIR) Numéro du répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS) (Facultatif) Spécialité	Oui/non
Intervenant Nom Prénom Numéro d'inscription au répertoire (NIR) Numéro du répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS) (Facultatif) Spécialité	Oui/non

Intervenants libéraux, lorsque l'intervention d'un professionnel libéral est prévue par le cahier des charges du parcours (*Dans les conditions prévues et autorisées par le cahier des charges du parcours coordonné renforcé, et figurant dans ce cadre sur la liste des professionnels libéraux habilités à intervenir, dans le cadre libéral, pour les interventions mentionnées*).

Intervenants libéraux	Equipe socle minimale
Intervenant libéral Nom Prénom Adresse postale Code postal Commune Téléphone Courriel Numéro du répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS) Numéro d'assurance maladie (n° AM) Spécialité	Oui/non
Intervenant libéral Nom Prénom Adresse postale Code postal Commune Téléphone Courriel Numéro du répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS) Numéro d'assurance maladie (n° AM) Spécialité	Oui/non

ANNEXE 1.2

AU MODÈLE DE PROJET DE PARCOURS – ATTESTATION DE COOPÉRATION ENTRE LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ LIBÉRAUX NON CONVENTIONNÉS ET LA STRUCTURE RESPONSABLE DE COORDINATION DU TYPE DE PARCOURS COORDONNÉ RENFORCÉ (À COMPLÉTER)

Raison sociale de la structure : « »

Adresse :

Téléphone :

Courriel :

N° FINESS géographique :

atteste que le professionnel libéral ci-après référencé intervient, dans les conditions prévues et autorisées par le cahier des charges du parcours coordonné renforcé [à compléter], et qu'il figure dans ce cadre sur la liste des professionnels libéraux habilités à intervenir, dans le cadre libéral, pour les interventions mentionnées :

Profession :

Nom :

Prénom :

Numéro du répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS) :

Numéro d'assurance maladie (N°AM) :

Adresse :

Code postal : Commune :

Téléphone :

Courriel :

Date de début de coopération :

Ce faisant, la structure responsable de la coordination du parcours coordonné renforcé atteste que le professionnel a reçu la formation nécessaire pour réaliser ces interventions dans le cadre du parcours qu'elle coordonne.

Etabli le :/...../.....

Signature du responsable de la structure : Cachet de la structure :

ANNEXE 1.3

AU MODÈLE DE PROJET DE PARCOURS – MODÈLE DE CONVENTION ENTRE LES PROFESSIONNELS LIBÉRAUX INTERVENANT DANS LE PARCOURS ET LA STRUCTURE RESPONSABLE DE LA COORDINATION

Parcours coordonné renforcé : [identification du type de parcours coordonné renforcé référencé à l'article 1 de l'arrêté fixant la liste des types de parcours coordonnés renforcés mentionnés à l'article L. 4012-1 et les dispositions communes, ainsi que les dispositions spécifiques à chaque parcours (dernier arrêté en vigueur)]
Ci-après désigné « le parcours »

Numéro de convention :

Convention entre :

- d'une part, les intervenants identifiés en annexe 1.1 à cette convention ;
- et d'autre part

[Nom de la structure]

en tant que structure responsable de la coordination du parcours coordonné renforcé et mentionnée au III de l'article L. 4012-1 du code de la santé publique.

Structure

Raison sociale :

Structure juridique :

Adresse :

Code postal :

Commune :

Téléphone :

Courriel :

N° FINESS :

Catégorie associée au n° FINESS

Ci-après désignée « la structure »

Intervenants

Voir annexe 1.1 pour le détail des informations attendues :

Ci-après désignés « les intervenants »

Il a été convenu ce qui suit :

1. Objet

La présente convention a pour objet de fixer les modalités de collaboration de l'intervenant au parcours coordonné renforcé organisé par la structure et désigné ci-dessus comme le « parcours ».

Les conditions d'application du parcours sont précisées au chapitre 2 du titre VI du livre I^{er} du code de la sécurité sociale (articles R. 162-131 à R. 162-143).

Les prestations visées par la présente convention sont celles définies par les dispositions communes, ainsi que les dispositions spécifiques au « parcours » dans l'arrêté du parcours.

2. Cadre de l'intervention

Les prestations de chaque intervenant sont délivrées dans le respect des modalités d'adressage définies par le cahier des charges du parcours et sous la responsabilité de la structure.

Elles se déroulent selon les dispositions spécifiques au parcours dans les locaux éventuellement mis à disposition par la structure, le cabinet de l'intervenant ou, si nécessaire dans le ou les lieux de vie des personnes bénéficiaires.

3. Modalités d'exercice de l'intervenant

L'intervenant s'engage à partager sans délai toute information nécessaire à la continuité et à la qualité des actions de prévention, de soins ou d'accompagnement dispensées aux bénéficiaires du parcours, conformément à l'article R. 162-131 du code de la sécurité sociale.

L'intervenant s'engage à respecter les recommandations de bonnes pratiques établies par la Haute Autorité de santé (HAS) et rappelées dans les dispositions spécifiques du « parcours ». Il n'intervient que sur son champ de compétences propres.

Il s'engage également à l'utilisation des outils recommandés par la Haute Autorité de santé ou validés scientifiquement et étalonnés.

L'intervenant transmet le compte-rendu de l'intervention à la structure, et, le cas échéant, avec l'accord du bénéficiaire, aux autres professionnels et auxiliaires de santé déjà impliqués dans sa prise en charge.

L'intervenant participe aux réunions d'équipe pluriprofessionnelle organisées par la structure autour de la situation des bénéficiaires pour lesquels il intervient, et, le cas échéant, d'adapter le parcours personnalisé d'interventions.

En cas de congé ou d'empêchement, l'intervenant s'engage à prendre toutes les mesures nécessaires à la poursuite du parcours.

L'activité de l'intervenant dans le cadre de la présente convention est couverte par son ou ses contrat(s) d'assurance professionnelle personnelle (responsabilité civile notamment concernant les actes de soins, véhicule et trajets travail, etc.) ou celle de son employeur.

Une copie des polices d'assurance nécessaires devra être remise à la structure dans les quinze jours suivant la signature de la présente convention et actualisée chaque année.

4. L'utilisation et la protection des données personnelles des bénéficiaires

L'utilisation des données personnelles (données d'identification et informations relatives à la santé du bénéficiaire et à son environnement) doit être conforme aux obligations créées par le règlement général sur la protection des données (RGPD).

Ainsi, les informations collectées doivent répondre à des finalités déterminées, explicites et légitimes nécessaires à la prise en charge du parcours. Les données collectées doivent également être adéquates, pertinentes et limitées à ce qui est nécessaire à la prise en charge.

Les informations ainsi collectées peuvent être échangées entre professionnels aux conditions cumulatives qu'elles concernent le même bénéficiaire et que les professionnels fassent partie de la même équipe rattachée à la structure et selon les habilitations de chaque intervenant.

La structure désigne le délégué à la protection des données qui aura comme rôle de faire respecter les obligations énoncées ci-dessus par les professionnels de la structure et de veiller à ce que le responsable de traitement informe, d'une façon concise, transparente, compréhensible et aisément accessible, les personnes concernées par le traitement.

5. Le rôle de la structure vis-à-vis de l'intervenant

La structure est chargée de la coordination des parcours et organise la prise en charge de chaque bénéficiaire, en lien avec l'intervenant pour coordonner les interventions dans les délais prescrits.

6. Rémunération des prestations

L'intervenant est rémunéré pour les interventions qu'il réalise dans le cadre d'une séquence de prise en charge uniquement si la séquence est effectivement réalisée. Les clés de répartition du forfait sont définies en accord entre les parties.

Le nombre, la durée et la fréquence des interventions de chacun des intervenants pourront varier pour s'adapter aux besoins du bénéficiaire.

Ces rémunérations couvrent la rédaction des comptes rendus et les temps de coordination avec la structure, ainsi que les coûts de déplacement quel que soit le lieu d'exercice.

Une majoration de 20 % s'applique aux tarifs pour les départements et collectivités d'outre-mer.

7. Modalités de paiement

La structure ordonnance le paiement auprès de l'organisme d'assurance maladie après réception des informations attestant de l'effectivité de la séquence de prise en charge. Elle émet un bordereau de facturation à destination de l'organisme d'assurance maladie complémentaire.

L'intervenant libéral référencé est directement rémunéré par l'organisme d'assurance maladie et l'organisme d'assurance maladie complémentaire et ne peut pas solliciter de paiement direct au bénéficiaire du parcours. A cette fin, il fournit l'ensemble des informations nécessaires à la structure afin qu'elle contracte en son nom et dans le cadre du parcours avec l'organisme d'assurance complémentaire.

Le cas échéant, l'intervenant libéral non référencé est rémunéré par la structure de coordination.

8. Suspension/arrêt des interventions

L'intervenant s'engage à ne pas prendre de décision unilatérale de suspension des interventions sans concertation préalable avec la structure.

En cas de sortie du parcours à l'initiative du bénéficiaire, la structure s'assure des raisons de cet arrêt et en informe les intervenants. Dans ces cas, le forfait dû aux intervenants est proratisé en fonction du taux de réalisation du parcours prescrit et selon les clés de répartition retenues.

9. Durée et résiliation

La présente convention est conclue pour une période allant du au, renouvelable par tacite reconduction à la date anniversaire de la convention, sauf dénonciation expresse par l'une des parties, par une lettre recommandée avec accusé de réception, avec un préavis de deux mois minimum.

En cas de difficultés dans l'application de la convention, une rencontre a lieu dans les plus brefs délais pour examiner la situation et trouver une solution.

La convention peut être résiliée par la structure en cas de non-respect des différents articles de la présente convention ou de pratiques non conformes aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles. Dans ce cas, la structure adresse par voie de courrier recommandé avec accusé de réception, une mise en demeure au professionnel de se conformer aux recommandations ou, à défaut, de faire part de ses observations. Si le différend perdure, la structure résilie la convention.

Dès lors que la convention est dénoncée, les interventions qui étaient prévues et non réalisées ne feront pas l'objet de facturation ni de remboursement par la structure.

ANNEXE 2

CAHIER DES CHARGES DU PARCOURS COORDONNÉ RENFORCÉ
« OBÉSITÉ COMPLEXE CHEZ L'ADULTE »

I. – Objet

1. *Organisation générale du parcours*

Conformément aux recommandations de la Haute Autorité de santé, le parcours coordonné renforcé « Obésité complexe chez l'adulte » s'inscrit dans la filière sanitaire de prise en charge de l'obésité, telle qu'organisée par l'agence régionale de santé, et correspond aux deuxième et troisième niveaux de l'obésité, selon les critères d'inclusion définis au III de la présente annexe.

Le cahier des charges du parcours coordonné renforcé « Obésité complexe chez l'adulte » tient compte des avis du conseil stratégique de l'innovation en santé mentionné à l'article L. 4012-1 du code de la santé publique concernant les expérimentations menées sur la prise en charge de l'obésité, notamment l'expérimentation « Espace médical nutrition et obésité (EMNO) » mise en œuvre dans la région de Bourgogne-Franche-Comté dans le cadre du dispositif dit « article 51 ».

La structure responsable de la coordination définie au II assure la coordination du parcours coordonné « Obésité complexe chez l'adulte », selon le parcours défini au V et adapté à chaque patient dans le cadre d'un programme personnalisé de soins et d'éducation thérapeutique.

Il a pour objectif d'améliorer l'évolution de l'obésité et des comorbidités associées et de favoriser la préservation ou la restauration de l'insertion du patient dans son milieu de vie. Il repose sur une approche médicale, nutritionnelle, physique et psychologique, bienveillantes et non stigmatisantes visant à renforcer durablement les comportements de santé et à garantir au patient la meilleure condition physique, psychologique, sociale ainsi qu'une qualité de vie optimale. La composition de l'équipe, et notamment de l'équipe-socle minimale, incluant obligatoirement un médecin spécialiste de l'obésité, est définie au IV.

2. *Candidature et dépôt du projet de parcours*

L'appel à candidatures publié par l'agence régionale de santé indique la date de début de dépôt et la date limite de dépôt à respecter, conformément au calendrier précisé en annexe 2.1 du présent cahier des charges. La structure responsable de la coordination soumet son projet de parcours « Obésité complexe chez l'adulte » au moyen de la téléprocédure dédiée.

La téléprocédure est déployée à compter du : 5 mai 2026.

II. – Missions et obligations des structures responsables de la coordination
du parcours coordonné renforcé « Obésité complexe chez l'adulte »1. *Catégories de structures autorisées*

Peuvent être autorisées à déployer le parcours coordonné renforcé « Obésité complexe chez l'adulte » les structures suivantes :

- les maisons de santé pluriprofessionnelles constituées sous forme de société interprofessionnelle de soins ambulatoires (SISA), telles que mentionnées à l'article L. 4041-1 du code de la santé publique, dès lors que le médecin spécialiste de l'obésité en charge de la coordination du parcours en est membre ;
- les centres de santé, tels que mentionnés à l'article L. 6323-1 du même code, dès lors que le médecin spécialiste de l'obésité en charge de la coordination du parcours y exerce en qualité de salarié ou de vacataire ;
- les établissements de santé, tels que mentionnés aux a à d de l'article L. 162-22 du code de la sécurité sociale, dès lors que le médecin spécialiste de l'obésité en charge de la coordination du parcours est fonctionnellement rattaché à la structure.

Deux structures figurant parmi celles autorisées au titre du présent cahier des charges peuvent être conjointement habilitées à assurer le déploiement du parcours coordonné renforcé « Obésité complexe chez l'adulte », sous réserve de satisfaire aux missions, obligations et conditions fixées par le présent cahier des charges.

Lorsque deux structures sont conjointement autorisées à déployer le parcours, elles concluent une convention définissant leurs engagements respectifs, leurs modalités de coordination, leurs responsabilités, les modalités de gestion des flux financiers, les modalités de partage d'information ainsi que la gouvernance du parcours. Cette convention est transmise à l'agence régionale de santé préalablement au démarrage effectif du parcours.

Pour la suite du présent cahier des charges, et sauf exception dûment précisée, le terme « structure » désigne indistinctement l'entité habilitée à déployer le parcours coordonné renforcé « Obésité complexe chez l'adulte », qu'il s'agisse d'une structure unique autorisée ou de deux structures conjointement autorisées.

2. Capacités et obligations de la structure responsable de la coordination

La structure responsable de la coordination du parcours « Obésité complexe chez l'adulte » démontre les capacités et satisfait aux obligations suivantes :

- elle est en capacité de délivrer un programme d'éducation thérapeutique du patient (ETP) correspondant aux prises en charge des deuxième et troisième niveaux de l'obésité de l'adulte.

Ce programme fait l'objet d'une déclaration auprès de l'agence régionale de santé, dans les conditions prévues à l'article R. 1161-4 du code de la santé publique ;

- elle assure la prise en charge des patients relevant des deuxième et troisième niveaux de l'obésité, conformément aux référentiels de la Haute Autorité de santé et aux modalités d'organisation définies par le présent cahier des charges, concernant notamment le respect des critères d'inclusion définis au III. du cahier des charges, préalables à l'entrée dans le parcours « Obésité complexe chez l'adulte » prescrite par le médecin spécialiste de l'obésité attaché à la structure.

La structure formalise cette organisation dans une note de présentation de son projet, exposant de manière synthétique :

- les aspects médicaux, organisationnels et territoriaux du dispositif proposé, notamment concernant les modalités de coordination experte, sous la responsabilité du médecin spécialiste de l'obésité, de l'équipe des intervenants référencés dans le parcours ;
- les modalités de partage, de traçabilité et de sécurisation des données de santé, dans le respect des dispositions du règlement (UE) 2016/679 du 27 avril 2016 (RGPD) et du code de la santé publique ;
- les modalités d'intégration dans la filière régionale de santé, notamment avec le troisième niveau de recours, que constituent les centres spécialisés de l'obésité (CSO) et les services de médecine et de réadaptation (SMR) spécialisés en digestif, endocrinologie, diabétologie, nutrition, ainsi qu'avec le 1^{er} recours, et notamment le médecin traitant du patient.

Cette note de présentation est jointe au projet de parcours spécifique au parcours « Obésité complexe chez l'adulte » défini en annexe 2.6 et déposé au moyen de la téléprocédure prévue à l'article R. 162-134 du code de la sécurité sociale, lors de la demande d'autorisation.

3. Sélection des structures dans le cadre de l'appel à candidatures

La structure responsable de la coordination est sélectionnée dans le cadre d'un appel à candidatures organisé par l'agence régionale de santé de la région dans laquelle elle souhaite déployer le parcours.

Lorsqu'elle envisage un déploiement sur plusieurs régions, la structure répond aux appels à candidatures distincts publiés par chacune des agences concernées et selon les calendriers précisés.

Le nombre maximal de structures autorisées par région est défini à l'annexe 2.1, en fonction de la prévalence de l'obésité complexe dans chaque région.

L'agence régionale de santé procède à une sélection sur la base de critères suivants portant sur :

- la capacité à prendre en charge rapidement un nombre significatif de patients ;
- la capacité à déployer le parcours sur des territoires insuffisamment couverts.

Les régions présentant une prévalence de l'obésité complexe supérieure à la moyenne nationale publient leur premier appel à candidatures avant le 30 juin 2026, conformément à l'annexe 2.1. Pour les autres régions, cette échéance est fixée au 31 décembre 2026.

Lorsque le nombre maximal de structures autorisées n'est pas atteint, l'agence régionale de santé publie un nouvel appel à candidatures avant l'expiration d'un délai de dix-huit mois suivant la précédente publication.

4. Rapport d'activité

La structure assure la collecte, la consolidation et la transmission des données relatives à l'activité et aux résultats du parcours.

Elle transmet à l'agence régionale de santé une synthèse de l'activité annuelle selon le modèle défini dans l'annexe 2.7.

III. – Critères d'inclusion dans le parcours coordonné renforcé « Obésité complexe chez l'adulte »

L'inclusion d'un patient dans le parcours « Obésité complexe chez l'adulte » est réalisée sur prescription médicale du médecin spécialiste de l'obésité référencé par la structure responsable de la coordination du parcours.

Elle intervient après la réalisation de l'évaluation multidimensionnelle préalable, coordonnée par la structure responsable, conformément au V du présent cahier des charges.

Cette évaluation permet d'établir le phénotypage de la sévérité de l'obésité du patient, conformément aux référentiels de la Haute Autorité de santé.

La prescription médicale du médecin spécialiste de l'obésité atteste que le patient remplit cumulativement les critères d'inclusion suivants :

1° Il est âgé de dix-huit ans ou plus ; ou, s'il est âgé de seize à dix-huit ans, il dispose d'une autorisation parentale ou de son représentant légal ;

2° Il n'a pas bénéficié du parcours coordonné renforcé « Obésité complexe chez l'adulte » au cours de l'année précédente ;

3° Il remplit les critères de phénotypage requis pour l'inclusion dans le parcours, parmi ceux relevant des deuxième et troisième niveaux définis par la Haute Autorité de santé définis dans les deux tableaux ci-après.

A l'issue de l'évaluation multidimensionnelle initiale, le médecin spécialiste de l'obésité prescrit l'inclusion dans le parcours coordonné renforcé « Obésité complexe chez l'adulte » et en ajuste les modalités en fonction du profil du patient :

- profil A : obésité complexe ;
- profil B : obésité complexe avec limitations à la pratique autonome de l'activité physique adaptée ;
- profil C : obésité complexe avec troubles du comportement alimentaire ;
- profil D : obésité complexe avec troubles du comportement alimentaire et limitations à la pratique autonome de l'activité physique adaptée.

a) Au titre du deuxième niveau, le patient doit remplir le critère IMC et présenter au moins l'un des critères suivants :

Deuxième niveau IMC	Retentissement médical	Retentissement (qualité de vie ou fonctionnel)	Troubles psychologiques, psychopathologiques et/ou cognitifs, troubles du comportement	Etiologie de l'obésité	Comportement alimentaire	Trajectoire pondérale
Niveau 2 35 ≤ IMC < 50	Altérations cardio-métaboliques (HTA résistante, DT2 difficile à contrôler, NASH/fibrose, SAHOS sévère, SOH) ou aggravation par l'obésité d'une maladie chronique sans risque majeur ou infertilité ou SOPK	Impact marqué sur qualité de vie et l'état de santé	Pathologie psychiatrique et psychopathologique sous-jacente avec net impact pondéral et/ou comportemental (troubles de l'humeur, troubles anxieux, stress post-traumatique, addictions associées)	Obésité commune avec facteur aggravant : traumatisme psychique ou prise de poids, sur douleurs chroniques (ex. : fibromyalgie) ou médicaments obésogènes	Accès de boulimie épisodiques	Obésité apparue dans l'enfance persistante à l'âge adulte. Au moins 2 épisodes de rebond pondéral. Echec de prise en charge de niveau 1 ou grossesse après chirurgie bariatrique

Haute Autorité de santé, Obésité de l'adulte : prise en charge de deuxième et troisième niveau de l'obésité, juin 2022.

b) Au titre du troisième niveau, le patient doit remplir le critère IMC plus au moins l'un des critères d'inclusion suivants :

Troisième niveau IMC	Retentissement médical	Retentissement (qualité de vie ou fonctionnel)	Troubles psychologiques, psychopathologiques et/ou cognitifs, troubles du comportement	Etiologie de l'obésité	Comportement alimentaire	Trajectoire pondérale
Niveau 3a 35 ≤ IMC < 50 si associé à la présence d'un des problèmes listés dans cette ligne	Aggravation par l'obésité d'une maladie chronique exposant à un risque majeur ou un handicap fonctionnel (ex. : BPCO, maladies neuromusculaires, maladies inflammatoires chroniques, maladies auto-immunes, etc.)	Critère d'inclusion : Impact du poids sur la mobilité avec périmètre de marche entre 100 et 500 m	Critère d'exclusion Pathologie psychiatrique sévère (dépression sévère, troubles de la personnalité, schizophrénie, etc.)	Critère d'exclusion Obésité secondaire à une dérégulation hormonale (hypercorticisme, acromégalie) ou tumeur cérébrale(cranio-pharyngiome ou autre)	Critère d'inclusion : Hyperphagie boulimique	Critère d'inclusion : Evolution pondérale non contrôlée malgré un accompagnement spécialisé <i>Critère d'exclusion</i> échec de prise en charge niveau 2
Niveau 3b IMC ≥ 50	Retentissement terminal des pathologies (insuffisance cardiaque, insuffisance respiratoire, insuffisance rénale dialysée, transplantés ou en attente de transplantation)	Critère d'exclusion Impact du poids sur la mobilité avec périmètre de marche <100 m voire grabatisation/-perte d'autonomie due à l'obésité ou qualité de vie fortement dégradée	Critère d'exclusion Troubles du spectre de l'autisme ; troubles cognitifs (retard mental, difficultés de compréhension, troubles mnésiques)	Critère d'exclusion Monogénique ou syndromique	Critère d'inclusion : Échec de chirurgie bariatrique avec risque opératoire très élevé, âge > 65 ans et < 18 ans	Critère d'inclusion : Échec de chirurgie bariatrique Exclus indication de chirurgie bariatrique avec risque opératoire très élevé, âge > 65 ans et < 18 ans

Haute Autorité de santé, Obésité de l'adulte : prise en charge de deuxième et troisième niveau de l'obésité, juin 2022.

Les troubles du comportement alimentaire correspondent au niveau 3a du phénotypage de la sévérité de l'obésité, notamment les formes d'hyperphagie boulimique. Les limitations à la pratique en autonomie de l'activité physique peuvent avoir différentes origines – notamment les troubles musculosquelettiques limitant la force musculaire et l'endurance, les douleurs, dyspnées, etc. – et se traduisent notamment dans le niveau 3a par un impact sur la mobilité avec un périmètre de marche compris entre 100 et 500 mètres.

IV. – Composition de l'équipe-socle minimale mettant en œuvre le parcours coordonné renforcé « Obésité complexe chez l'adulte »

1. Composition de l'équipe socle minimale

L'équipe socle minimale des intervenants du parcours coordonné renforcé « Obésité complexe chez l'adulte » comprend obligatoirement les professionnels suivants :

a) Un médecin spécialiste de l'obésité, en charge de la coordination du parcours :

Le médecin spécialiste de l'obésité dispose de l'un des diplômes d'études spécialisées (DES) ou spécialités médicales suivants, au sein desquels la prise en charge préventive et médicale de l'obésité complexe est intégrée aux maquettes de formation initiale :

- le DES d'endocrinologie-diabétologie-nutrition ;
- le DES d'hépto-gastro-entérologie ;
- le DES de médecine générale ;
- le DES de pédiatrie ;
- ainsi que le DES de psychiatrie.

Le médecin spécialiste de l'obésité justifie en outre d'une formation spécifique en nutrition, soit :

- d'un diplôme d'études spécialisées complémentaires (DESC) de type I ; ou
- d'une formation spécialisée transversale (FST) de nutrition appliquée, permettant à des médecins de diverses spécialités d'acquérir des compétences spécifiques en nutrition appliquée.

A défaut de détenir un diplôme universitaire sanctionnant une formation spécialisée en nutrition, et sous réserve de justifier d'une expérience significative dans la prise en charge de patients souffrant d'obésité, le médecin spécialiste de l'obésité doit disposer d'un diplôme universitaire (DU) ou interuniversitaire (DIU) en l'une des disciplines suivantes :

- médecine de l'obésité ;
- médecine de l'obésité et comorbidités ;
- nutrition de l'obésité et de ses complications métaboliques ;
- nutrition et obésité de l'enfant et de l'adolescent ;
- obésité pédiatrique ;
- prise en charge intégrée des obésités ;

b) Un infirmier diplômé d'Etat ;

c) Un diététicien ;

d) Un psychologue clinicien ;

e) Un professionnel autorisé à dispenser l'activité physique adaptée, appartenant à l'une des catégories suivantes :

- masseur-kinésithérapeute ;
- enseignant en activité physique adaptée, disposant d'un diplôme national universitaire de licence mention STAPS en activité physique adaptée et santé ;
- psychomotricien ;
- ergothérapeute.

2. Compétences attendues de l'équipe-socle minimale

L'équipe socle minimale remplit les conditions requises pour dispenser ou coordonner l'éducation thérapeutique du patient, conformément aux dispositions de l'arrêté du 2 août 2010 modifié relatif aux compétences nécessaires pour dispenser ou coordonner l'éducation thérapeutique du patient.

L'équipe mobilise l'éducation thérapeutique en continu, initiée par l'éducation thérapeutique initiale et renforcée tout au long du parcours, le cas échéant en s'appuyant sur une plateforme d'éducation thérapeutique telle que définie dans l'annexe 2.3.

3. Organisation et exigences de l'équipe-socle

Sous l'autorité du médecin spécialiste de l'obésité, plusieurs organisations sont envisageables, qu'il s'agisse d'une structure unique autorisée ou de deux structures conjointement autorisées, dès lors qu'elles garantissent l'absence de perte de chance pour les patients et assurent une prise en charge conforme aux exigences du présent cahier des charges.

A ce titre, l'organisation retenue doit permettre un accès effectif au médecin spécialiste de l'obésité, ainsi qu'une coordination opérationnelle adaptée avec l'infirmier(ère) impliqué(e) dans le suivi du parcours.

Même s'il ne relève pas de l'équipe-socle au sens du présent cahier des charges, le médecin traitant du patient est associé de manière constante au parcours coordonné renforcé « Obésité complexe chez l'adulte ». A ce titre, la structure responsable veille à l'informer, à l'impliquer dans les décisions cliniques pertinentes et à assurer, avec son accord, la transmission régulière des informations nécessaires.

L'ensemble de ces conditions doit assurer la continuité, la qualité et la sécurité de la prise en charge des patients.

4. *Mobilisation de compétences complémentaires*

L'équipe-socle assure la mise à disposition des compétences minimales requises pour le déploiement du parcours, conformément aux exigences du présent cahier des charges. Toute carence constatée par l'agence régionale de santé dans la mobilisation de ces compétences peut, après mise en demeure restée sans effet, entraîner le retrait de l'autorisation.

Afin de favoriser un parcours conforme aux recommandations de la Haute Autorité de santé, la structure responsable de la coordination peut, lorsque cela apparaît nécessaire pour répondre aux besoins spécifiques des patients, solliciter l'intervention de professionnels complémentaires extérieurs à l'équipe-socle, listés au 7° de l'annexe 2.2. Cette mobilisation relève des ressources propres de la structure ou de l'orientation du patient vers les professionnels compétents en ville, sans créer de droit spécifique à financement au titre du présent parcours.

V. – Séquences et interventions composant le parcours « Obésité complexe chez l'adulte »

Conformément aux recommandations de la Haute Autorité de santé concernant les deuxième et troisième niveaux de l'obésité complexe, le médecin spécialiste de l'obésité mobilise au bénéfice de son patient :

- le programme d'éducation thérapeutique du patient (ETP) délivrée lors de la phase initiale du parcours, sous la responsabilité de la structure responsable de la coordination ;
- le parcours coordonné renforcé « Obésité complexe chez l'adulte », associant soins et éducation thérapeutique.

Le programme personnalisé de soins et d'éducation thérapeutique, élaboré par le médecin spécialiste de l'obésité et son équipe, adapte le parcours au profil du patient, en fonction du phénotypage de la sévérité de son obésité et de l'évaluation multidimensionnelle préalable.

Le médecin spécialiste, en liaison opérationnelle avec l'infirmier(ère) impliqué(e) dans le suivi du parcours et avec l'ensemble de l'équipe, assure la coordination du parcours, à la fois experte, clinique et administrative, en lien avec la filière de l'obésité et avec le médecin traitant.

La prise en charge peut, dans ces conditions, s'appuyer sur les outils mis à disposition par une plateforme d'éducation thérapeutique. Elle est détaillée dans le schéma ci-après.

Le parcours débute par une intervention d'évaluation multidimensionnelle, telle que définie au 1° de l'annexe 2.2.

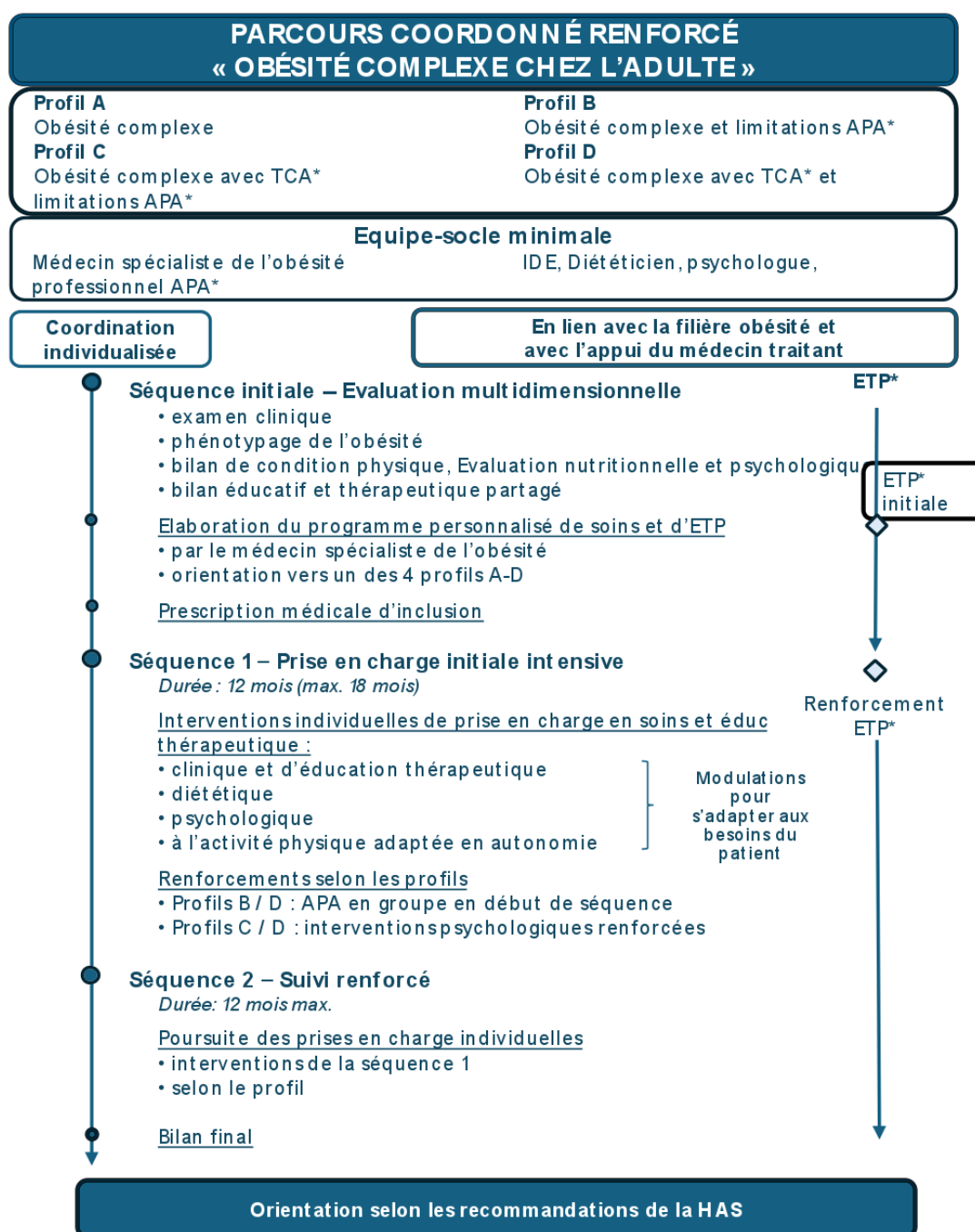
Le parcours « Obésité complexe chez l'adulte » comprend ensuite :

- une séquence de prise en charge initiale intensive, d'une durée moyenne de douze mois et d'une durée maximale de dix-huit mois, pouvant être organisée en deux sous-séquences ;
- une séquence de suivi renforcé, d'une durée maximale de douze mois.

Au cours de ces séquences, le patient bénéficie des interventions suivantes, ajustées en fonction de son profil tel que défini au III :

Pour tous les profils :

- intervention individuelle de prise en charge clinique et d'éducation thérapeutique ;
- intervention individuelle de prise en charge diététique ;
- intervention individuelle de prise en charge psychologique ;
- intervention individuelle de prise en charge de l'activité physique adaptée ;
- intervention individuelle de prise en charge - autre.



Pour les profils présentant des troubles du comportement alimentaire (profils C et D) :

- intervention individuelle de prise en charge psychologique, à une fréquence renforcée.

Pour les profils présentant des limitations à la pratique autonome de l'activité physique (profils B et D) :

- intervention en groupe de prise en charge renforcée en activité physique adaptée, mobilisée au début de la séquence intensive.

Le tableau ci-après précise, pour chaque profil, les interventions relevant de la séquence de prise en charge initiale intensive et de la séquence de suivi renforcé. Il distingue les interventions obligatoires et les interventions modulables, dont l'intensité et l'articulation peuvent être adaptées pour répondre aux besoins particuliers du patient.

Les bilans et réévaluations intermédiaires sont réalisés à 6 mois, 12 mois et 24 mois, afin d'ajuster la prise en charge et organiser le suivi. Ils intègrent une dimension clinique (évolution du poids, résultats de santé, santé

mentale...), une dimension éducative et d'impact sur les habitudes de vie (compétences acquises, niveau de sédentarité, habitudes alimentaires...), ainsi que la prise en compte des attentes du patient et des changements survenus dans sa vie professionnelle ou familiale.

La sortie du patient du parcours est préparée, organisée et anticipée par le médecin spécialiste de l'obésité, en lien étroit avec la filière obésité et dans le respect des recommandations de la Haute Autorité de santé.

Le médecin traitant ou désigné par le patient est informé de l'inclusion et de l'avancement du programme personnalisé de soins et d'éducation thérapeutique ; il est associé à la préparation de la sortie.

Les différentes séquences, sous séquences et interventions du parcours sont définies dans l'annexe 2.2.

*Tableau : correspondance entre profils et interventions du parcours
- séquence de prise en charge initiale intensive et séquence de suivi renforcé*

Profil	Description	Interventions individuelles (hors séance de groupe) de prise en charge			Interventions en séance collective	Coordination
		Obligatoires	Modulables	Renforcées		
Profil A	Obésité complexe	médicale et clinique	diététique psychologique APA (*) autre	non	non	parcours clinique experte
Profil B	Obésité complexe avec limitations à la pratique autonome de l'activité physique adaptée	médicale et clinique	diététique psychologique APA autre	non	APA en début de séquence intensive	parcours clinique experte
Profil C	Obésité complexe avec troubles du comportement alimentaire (TCA)	médicale et clinique	diététique psychologique APA autre	psychologique	non	parcours clinique experte
Profil D	Obésité complexe avec TCA et limitations à la pratique autonome de l'activité physique adaptée	médicale et clinique	diététique psychologique APA autre	psychologique	APA en début de séquence intensive	parcours clinique experte

(*) Activité physique adaptée (APA).

VI. – Valorisation des forfaits et modalités de facturation concernant le parcours « Obésité complexe chez l'adulte »

Le forfait global du parcours coordonné renforcé « Obésité complexe chez l'adulte » est fixé, en fonction du profil clinique du patient, aux montants suivants :

Profil	Description clinique	Montant du forfait
Profil A	Obésité complexe	1 126 €
Profil B	Obésité complexe avec limitations à la pratique autonome de l'activité physique adaptée	1 286 €
Profil C	Obésité complexe avec troubles du comportement alimentaire	1 609 €
Profil D	Obésité complexe avec troubles du comportement alimentaire et limitations à la pratique autonome de l'activité physique adaptée	1 769 €

Le forfait par patient se décompose selon les séquences, sous séquences et interventions définies dans l'annexe 2.4.

Le forfait est versé à la structure lorsque la séquence ou la sous-séquence est complète, selon les modalités de facturation définies en annexe 2.5 du présent cahier des charges.

Lors des deux premières années de déploiement, le montant du forfait global est majoré de vingt euros. Cette majoration peut être versée à l'issue de la séquence d'évaluation multidimensionnelle.

Lorsque le patient interrompt le parcours en raison d'un déménagement, d'une hospitalisation ou d'un décès, le montant du forfait affecté à la sous-séquence concernée est versé à la structure, au prorata de la réalisation effective du parcours, selon les modalités suivantes :

- lorsque plus de 50 % des interventions attendues au titre de la sous-séquence ont été réalisées, sans que soit atteint le nombre minimum requis pour caractériser une séquence complète, 60 % du montant du forfait arrondi à l'entier supérieur est versé ;
- lorsqu'au moins une intervention est réalisée tout en ne dépassant pas plus de 50 % du seuil des interventions attendues au titre de la sous-séquence, 20 % du montant du forfait arrondi à l'entier supérieur est versé.

Lorsque l'application du seuil de 50 % conduit à un nombre non entier d'interventions, celui-ci est arrondi à l'entier inférieur.

Une clause de revoyure pourra être activée à compter de mai 2028, au regard des premières prises en charge observées, afin, le cas échéant, de renforcer les approches globales permises par le parcours, en articulant prévention, parcours de soins cliniques et éducation thérapeutique du patient.

ANNEXE 2.1

APPEL À CANDIDATURES

**Nombre maximal de structures pouvant déployer
le parcours coordonné renforcé « Obésité complexe chez l'adulte » par régions**

Le nombre de structures fixé au niveau national et détaillé pour chaque région est fixé selon le nombre de personnes souffrant d'obésité complexe selon les dernières estimations.

L'appel à candidatures lancé par l'agence régionale de santé respecte les conditions de quotas et de calendrier suivant :

Appel à candidatures régional	Obésité complexe (en milliers de personnes) (*)	Nombre maximal de structures	Publication du 1 ^{er} appel à candidatures avant le
Auvergne-Rhône-Alpes	(260 - 380)	32	31 décembre 2026
Bourgogne-Franche-Comté	(100 - 150)	12	30 juin 2026
Bretagne	(110 - 160)	14	31 décembre 2026
Centre-Val-de-Loire	(90 - 130)	11	30 juin 2026
Corse	(10 - 20)	2	31 décembre 2026
Grand Est	(210 - 310)	26	30 juin 2026
Hauts-de-France	(240 - 360)	30	30 juin 2026
Île-de-France	(320 - 480)	40	31 décembre 2026
Normandie	(120 - 180)	15	30 juin 2026
Nouvelle-Aquitaine	(190 - 290)	24	31 décembre 2026
Occitanie	(180 - 270)	22	31 décembre 2026
Pays de la Loire	(100 - 160)	13	31 décembre 2026
Provence-Alpes-Côte d'Azur	(160 - 230)	19	31 décembre 2026
Guadeloupe	(10 - 20)	2	31 décembre 2026
Martinique	(10 - 20)	2	31 décembre 2026
Guyane	(10 - 10)	1	31 décembre 2026
La Réunion	(20 - 30)	3	31 décembre 2026
Mayotte	(10 - 20)	1	31 décembre 2026
France	(2 150 - 3 230)	269	

(*) Prévalence de l'obésité complexe chez l'adulte, en milliers de personnes. Estimée à partir des enquêtes de prévalence Obépi-Roche et EHIS 2019.

ANNEXE 2.2

PARCOURS COORDONNÉ RENFORCÉ
« OBÉSITÉ COMPLEXE CHEZ L'ADULTE DÉTAIL DES INTERVENTIONS »

La structure responsable de la coordination met en œuvre un dispositif de traçabilité continue des interventions et de suivi de la réalisation du parcours.

Ce dispositif comprend notamment :

- la tenue d'un dossier patient actualisé, comportant les bilans initiaux, intermédiaires et finaux ;
- la traçabilité des interventions effectuées par les différents professionnels impliqués ;
- la réalisation systématique des réévaluations prévues à 6, 12 et 24 mois ;
- la formalisation des comptes rendus de synthèse et leur transmission sécurisée au médecin traitant et, le cas échéant, aux structures partenaires de la filière.

Le parcours coordonné renforcé « Obésité complexe chez l'adulte » mobilise les interventions suivantes :

1° Intervention individuelle hors séance de groupe d'évaluation multidimensionnelle

Sous la coordination du médecin spécialiste de l'obésité et après adressage médical, l'intervention d'évaluation multidimensionnelle réalisée par l'équipe pluridisciplinaire explore les axes suivants :

- un examen clinique et biologique du retentissement (comorbidités, facteurs de risque), permettant de compléter le diagnostic et d'établir le profil comportemental et le phénotypage de sévérité du patient ;
- une évaluation de la composante alimentaire de l'obésité et le dépistage des TCA en particulier l'hyperphagie boulimie ;
- une analyse des dimensions psychologique et sociale associée à l'obésité ;
- une recherche de l'obésité sarcopénique ainsi qu'un bilan de condition physique et des capacités fonctionnelles, avec évaluation du niveau de sédentarité, de l'activité physique, de l'autonomie fonctionnelle et de la dépense énergétique ;
- une évaluation de la quantité et de la qualité du sommeil et des rythmes de la vie quotidienne ;
- une évaluation des conduites addictives (tabac, alcool, substances psychoactives) ;
- un bilan éducatif et thérapeutique partagé assuré par la structure en lien avec le programme d'éducation thérapeutique de deuxième et troisième niveau déclaré auprès de l'agence régionale de santé.

Cette évaluation permet d'établir le phénotypage de sévérité de l'obésité du patient, conformément aux référentiels de la Haute Autorité de santé.

A l'issue de cette évaluation, un programme personnalisé de soins et d'éducation thérapeutique est élaboré et partagé avec le patient par l'équipe pluridisciplinaire. Il précise notamment les priorités d'apprentissage et d'acquisition de compétence au regard de son projet (besoins, attentes, ressources...) et de la stratégie thérapeutique.

**2° Intervention individuelle hors séance de groupe
de prise en charge clinique et d'éducation thérapeutique**

L'intervention individuelle de prise en charge clinique et d'éducation thérapeutique, assurée conjointement par le médecin spécialiste de l'obésité et l'infirmier impliqué dans le suivi du parcours, joue un rôle déterminant pour ajuster en continu la prise en charge aux besoins personnalisés du patient. Elle prend en compte :

- son profil clinique et ses comorbidités ;
- son niveau de motivation, d'autonomie et de capacité physique ;
- son contexte de vie et ses contraintes personnelles.

L'intervention individuelle de prise en charge médicale et clinique assure la coordination opérationnelle du parcours, notamment par :

- la supervision du programme personnalisé de soins et d'éducation thérapeutique ;
- le suivi régulier de l'état clinique du patient (poids, comorbidités, qualité de vie, ressenti et atteinte des objectifs) ;
- le soutien à la motivation et à l'adhésion au suivi, en articulation avec le programme d'ETP et les outils de la plateforme d'éducation thérapeutique ;
- l'organisation pratique du suivi (planification des interventions et examens, contacts, rappels) ;
- la fluidification des échanges entre le patient, le médecin spécialiste et l'ensemble des professionnels de l'équipe-socle ou des intervenants complémentaires ;
- la circulation sécurisée de l'information avec le médecin traitant et la coordination avec ce dernier pour les besoins spécifiques (comorbidités, ajustements thérapeutiques, situations intercurrentes) ;
- l'articulation avec la filière obésité pour les besoins d'orientation, de réévaluation ou de prise en charge spécialisée.

L'intervention de prise en charge clinique et d'éducation thérapeutique, en lien avec la coordination du parcours, contribue à garantir la continuité du parcours et à prévenir les ruptures de suivi, notamment par le repérage précoce des entraves à l'adhésion :

- les signes de démotivation (absences, retards, désengagement) ;
- les obstacles psychosociaux (charge mentale, isolement, précarité, anxiété) ;
- les difficultés corporelles ou fonctionnelles.

Elle participe activement à l'ajustement du programme personnalisé de soins et d'éducation thérapeutique, en tenant compte du profil clinique du patient (A à D), en mobilisant :

- des actions de prévention de l'abandon (recontact, réévaluation, ajustement du rythme, orientation psychologique) ;
- des adaptations des interventions du parcours (fréquence, intensité, renforcement, mobilisation d'intervenants extérieurs) en lien avec le programme d'ETP ;
- les réorientations intermédiaires, lorsque nécessaires, conformément aux recommandations de la Haute Autorité de santé et en lien avec la filière Obésité.

Placée sous la responsabilité du médecin spécialiste de l'obésité, l'intervention individuelle de prise en charge clinique et d'éducation thérapeutique débute immédiatement à l'issue de la séquence d'évaluation multidimensionnelle et se poursuit de manière régulière, afin de garantir une continuité opérationnelle de la prise en charge. Elle est réalisée en présentiel ou, le cas échéant, à distance.

3° Intervention individuelle hors séance de groupe de prise en charge diététique

La prise en charge diététique vise à travailler les signaux du comportement alimentaire (respect de la faim et du rassasiement) comme recommandé par la Haute Autorité de santé, réduire et stabiliser les apports énergétiques, à renforcer les habitudes alimentaires favorables à la santé (telles que décrites dans le PNNS) et à soutenir la motivation du patient dans la durée.

Les interventions diététiques sont personnalisées et organisées en coordination avec les autres professionnels impliqués.

4° Intervention individuelle hors séance de groupe de prise en charge psychologique

La prise en charge psychologique a pour objectif de renforcer la motivation du patient, de favoriser l'adhésion au projet thérapeutique sur le plan diététique, comportemental, sommeil et activité physique. Le cas échéant, la prise en charge permet également une meilleure gestion de la souffrance psychique et améliorer l'estime de soi.

En cas de troubles du comportement alimentaire, le médecin spécialiste adapte la séquence de prise en charge renforcée et intensifie la prise en charge psychologique, en ayant recours, le cas échéant, à l'avis d'un psychiatre.

Les psychothérapies mobilisées sont conformes aux recommandations de la Haute Autorité de santé.

5° Intervention individuelle hors séance de groupe de prise en charge de l'activité physique adaptée

Dans le cadre du parcours « Obésité complexe chez l'adulte », la prise en charge de l'activité physique adaptée (APA) vise à augmenter l'activité physique quotidienne et autonome du patient et à réduire les comportements sédentaires.

L'intervention individuelle de prise en charge de l'activité physique adaptée consiste à :

- planifier le programme d'activité physique adaptée réalisé en autonomie, personnalisé en fonction du profil et des capacités fonctionnelles du patient. Ce programme comprend des exercices d'endurance aérobie et de renforcement musculaire, dont la fréquence et l'intensité évoluent progressivement afin d'accompagner la perte de poids et d'améliorer la condition physique ;
- assurer le suivi de la réalisation programme d'activité physique adaptée réalisé en autonomie, en évaluant l'adhésion, en identifiant les obstacles éventuels et en procédant, le cas échéant, aux ajustements nécessaires.

6° Intervention réalisée en séance collective de prise en charge de l'activité physique adaptée

Lorsque le patient présente des limitations fonctionnelles (profil B et D), le médecin spécialiste de l'obésité prescrit un programme d'activité physique adaptée de groupe, destiné à restaurer la capacité du patient à pratiquer en autonomie.

Ces séances :

- sont programmées au début de la séquence de prise en charge initiale intensive ;
- sont réalisées sur une période maximale de trois mois ;
- comprennent vingt-quatre séances de groupe, pouvant être organisées en deux sous-séquences de douze séances.

Les séances sont assurées par un professionnel autorisé à dispenser l'activité physique adaptée, tel que défini au 1^{er} du III du présent cahier des charges, et exerçant au sein d'une structure autorisée en application de l'article L. 4012-1 du code de la santé publique.

A l'issue du programme, un bilan est transmis à la structure responsable de coordination du parcours.

7° Interventions - autres

Afin de favoriser un parcours conforme aux recommandations de la Haute Autorité de santé, la structure responsable de la coordination peut, lorsque cela apparaît nécessaire pour répondre aux besoins spécifiques des patients, solliciter l'intervention de professionnels complémentaires extérieurs à l'équipe-socle minimale :

- médecins spécialistes en renfort mobilisables selon le phénotype ou les comorbidités (médecin traitant, chirurgien bariatrique, médecin de médecine physique et de réadaptation, médecin psychiatre ou pédopsychiatre, médecin cardiologue, médecin pneumologue pour les syndromes d'apnée du sommeil ou, insuffisance respiratoire, etc.) ;
- professionnels paramédicaux complémentaires (masseurs-kinésithérapeutes, podologues, ergothérapeutes, psychomotriciens, infirmiers spécialisés en diabétologie ou plaies/cicatrisation, orthophonistes, etc.) ;
- professionnels de l'éducation et du soutien psychosocial ;
- pairs aidants.

Cette mobilisation relève des ressources propres de la structure ou de l'orientation du patient vers les professionnels compétents en ville, sans créer de droit spécifique à financement au titre du présent parcours.

Lorsque l'intervenant-autre est référencé par la structure responsable de coordination, il peut participer au parcours au titre des « interventions autres », sous réserve de la validation par le médecin spécialiste de l'obésité.

ANNEXE 2.3

PLATEFORME ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE

Le parcours « Obésité complexe chez l'adulte » intègre la possibilité de mobiliser une plateforme d'éducation thérapeutique numérique asynchrone, dès lors que les conditions suivantes sont remplies :

- la structure responsable de coordination a déclaré le programme d'ETP correspondant aux deuxième et troisième niveaux auprès de l'agence régionale de santé ;
- le patient suit le programme d'ETP correspondant, dès la phase initiale du parcours ;
- les professionnels intervenants sont formés à l'éducation thérapeutique conformément au cahier des charges ;
- chaque parcours est individualisé en fonction des besoins du patient et de l'équipe soignante ;
- son utilisation par le patient ne peut pas faire l'objet d'un reste à charge.

Le contenu de la plateforme d'éducation thérapeutique remplit les critères suivants :

1° Aspects techniques

- hébergement en France certifié HDS et Iso 27001 ;
- utilisation du téléservice INSi ;
- interopérabilité avec les outils e-parcours développés autour de la prise en charge de l'obésité deuxième niveau ;
- conforme au RGPD ;

2° Fonctionnalités

- recueil des besoins éducatifs des utilisateurs (équivalent BEP) ;
- individualisation des parcours en fonction des besoins du patient et de l'équipe soignante ;
- accès patient conditionné à l'inscription par un professionnel de santé ;
- accès sur téléphone mobile, tablette, et ordinateur ;
- deux interfaces dédiées : une pour les professionnels de santé et une pour les patients ;
- recueil et export des données éducatives ;
- accessible aux aidants et l'entourage du patient ;

3° Contenu en lien avec l'obésité de deuxième et troisième niveaux

- physiopathologie ;
- connaissances de la maladie obésité ;
- parcours de soins et ETP ;
- diététique ;
- comportement alimentaire ;
- activité physique et sédentarité ;
- chronicité de la maladie ;
- approches thérapeutiques ;
- sommeil ;
- dimension psychologique et émotionnelle ;
- thérapeutiques médicamenteuses ;
- chirurgies bariatriques.

ANNEXE 2.4

**SÉQUENCES ET SOUS-SÉQUENCES DU PARCOURS COORDONNÉ RENFORCÉ
« OBÉSITÉ COMPLEXE CHEZ L'ADULTE » ET FORFAITS CORRESPONDANTS SELON LES PROFILS**

Tableau : forfaits selon les profils et séquences du parcours

Profil	Description	Séquences			Forfait global
		Evaluation multidimensionnelle initiale	Séquence 1 – Prise en charge initiale intensive	Séquence 2 – Suivi renforcé	
Profil A	Obésité complexe	150 €	638 €	338 €	1 126 €
Profil B	Obésité complexe avec limitations à la pratique autonome de l'activité physique adaptée	150 €	798 €	338 €	1 286 €
Profil C	Obésité complexe avec troubles du comportement alimentaire (TCA)	150 €	960 €	500 €	1 610 €
Profil D	Obésité complexe avec TCA et limitations à la pratique autonome de l'activité physique adaptée	150 €	1 120 €	500 €	1 770 €

(*) Activité physique adaptée (APA).

Tableau : forfaits selon les profils et l'organisation de la séquence 1 en deux sous-séquences

Profil	Description	Séquences 1		Séquence 1 – Prise en charge initiale intensive
		Sous-séquence 1	Sous-séquence 2	
Profil A	Obésité complexe	319 €	319 €	638 €
Profil B	Obésité complexe avec limitations à la pratique autonome de l'activité physique adaptée	479 €	319 €	798 €
Profil C	Obésité complexe avec troubles du comportement alimentaire (TCA)	480 €	480 €	960 €
Profil D	Obésité complexe avec TCA et limitations à la pratique autonome de l'activité physique adaptée	640 €	480 €	1 120 €

ANNEXE 2.5

MODALITÉS DE FACTURATION

Tableau : modalités de de facturation de la séquence d'évaluation multidimensionnelle

Profil	Description	Evaluation multidimensionnelle initiale	
		Intervention individuelle hors séance de groupe d'évaluation multidimensionnelle	Élément transmis sur le téléservice de facturation
Profil A	Obésité complexe	1 intervention	Attestation de service fait signée
Profil B	Obésité complexe avec limitations à la pratique autonome de l'activité physique adaptée	1 intervention	Attestation de service fait signée
Profil C	Obésité complexe avec troubles du comportement alimentaire (TCA)	1 intervention	Attestation de service fait signée
Profil D	Obésité complexe avec TCA et limitations à la pratique autonome de l'activité physique adaptée	1 intervention	Attestation de service fait signée

Tableau : modalités de de facturation de la séquence 1
- prise en charge initiale intensive

Profil	Description	Séquence 1 – Prise en charge initiale intensive				Élément transmis sur le téléservice de facturation
		Intervention individuelle hors séance de groupe			Intervention en séance collective	
		médicale et clinique	diététique, psychologique, APA, autres	psychologique	APA (*)	
Profil A	Obésité complexe	au moins 6 interventions	au moins 8 interventions			Attestation de service fait signée Prescription médicale initiale d'inclusion
Profil B	Obésité complexe avec limitations à la pratique autonome de l'activité physique adaptée	au moins 6 interventions	au moins 8 interventions		au moins 24 interventions	Attestation de service fait signée Prescription médicale initiale d'inclusion
Profil C	Obésité complexe avec troubles du comportement alimentaire (TCA)	au moins 6 interventions	au moins 8 interventions	au moins 6 interventions		Attestation de service fait signée Prescription médicale initiale d'inclusion
Profil D	Obésité complexe avec TCA et limitations à la pratique autonome de l'activité physique adaptée	au moins 6 interventions	au moins 8 interventions	au moins 6 interventions	au moins 24 interventions	Attestation de service fait signée Prescription médicale initiale d'inclusion

(*) Activité physique adaptée (APA).

Tableau : modalités de de facturation de la séquence 2 de suivi renforcé

Profil	Description	Séquence 2 – Suivi renforcé			Élément transmis sur le téléservice de facturation
		Intervention individuelle hors séance de groupe			
		médicale et clinique	diététique, psychologique, APA, autres	psychologique	
Profil A	Obésité complexe	au moins 4 interventions	au moins 4 interventions		Attestation de service fait signée Prescription médicale initiale d'inclusion
Profil B	Obésité complexe avec limitations à la pratique autonome de l'activité physique adaptée	au moins 4 interventions	au moins 4 interventions		Attestation de service fait signée Prescription médicale initiale d'inclusion

Profil	Description	Séquence 2 – Suivi renforcé			Élément transmis sur le téléservice de facturation
		Intervention individuelle hors séance de groupe			
		médicale et clinique	diététique, psychologique, APA, autres	psychologique	
Profil C	Obésité complexe avec troubles du comportement alimentaire (TCA)	au moins 4 interventions	au moins 4 interventions	au moins 3 interventions	Attestation de service fait signée Prescription médicale initiale d'inclusion
Profil D	Obésité complexe avec TCA et limitations à la pratique autonome de l'activité physique adaptée	au moins 4 interventions	au moins 4 interventions	au moins 3 interventions	Attestation de service fait signée Prescription médicale initiale d'inclusion

(*) Activité physique adaptée (APA).

Tableau : modalités de de facturation de la 1^{re} sous-séquence de la séquence 1 - prise en charge initiale intensive

Profil	Description	Séquence 1.1 – Prise en charge initiale intensive				Élément transmis sur le téléservice de facturation
		Intervention individuelle hors séance de groupe			Intervention en séance collective	
		médicale et clinique	diététique, psychologique, APA, autres	psychologique	APA (*)	
Profil A	Obésité complexe	au moins 3 interventions	au moins 4 interventions			Attestation de service fait signée Prescription médicale initiale d'inclusion
Profil B	Obésité complexe avec limitations à la pratique autonome de l'APA	au moins 3 interventions	au moins 4 interventions		au moins 24 interventions	Attestation de service fait signée Prescription médicale initiale d'inclusion
Profil C	Obésité complexe avec troubles du comportement alimentaire (TCA)	au moins 3 interventions	au moins 4 interventions	au moins 3 interventions		Attestation de service fait signée Prescription médicale initiale d'inclusion
Profil D	Obésité complexe avec TCA et limitations à la pratique autonome de l'APA	au moins 3 interventions	au moins 4 interventions	au moins 3 interventions	au moins 24 interventions	Attestation de service fait signée Prescription médicale initiale d'inclusion

(*) Activité physique adaptée (APA).

Tableau : modalités de de facturation de la 2^e sous-séquence de la séquence 1 - prise en charge initiale intensive

Profil	Description	Séquence 1.2 – Prise en charge initiale intensive				Élément transmis sur le téléservice de facturation
		Intervention individuelle hors séance de groupe			Intervention en séance collective	
		médicale et clinique	diététique, psychologique, APA, autres	psychologique	APA (*)	
Profil A	Obésité complexe	au moins 3 interventions	au moins 4 interventions			Attestation de service fait signée Prescription médicale initiale d'inclusion
Profil B	Obésité complexe avec limitations à la pratique autonome de l'APA	au moins 3 interventions	au moins 4 interventions			Attestation de service fait signée Prescription médicale initiale d'inclusion

Profil	Description	Séquence 1.2 – Prise en charge initiale intensive			Élément transmis sur le téléservice de facturation
		Intervention individuelle hors séance de groupe			Intervention en séance collective
		médicale et clinique	diététique, psychologique, APA, autres	psychologique	APA (*)
Profil C	Obésité complexe avec troubles du comportement alimentaire (TCA)	au moins 3 interventions	au moins 4 interventions	au moins 3 interventions	Attestation de service fait signée Prescription médicale initiale d'inclusion
Profil D	Obésité complexe avec TCA et limitations à la pratique autonome de l'APA	au moins 3 interventions	au moins 4 interventions	au moins 3 interventions	Attestation de service fait signée Prescription médicale initiale d'inclusion

(*) Activité physique adaptée (APA).

ANNEXE 2.6

**PROJET DE PARCOURS - SOUS-SECTION II
SPÉCIFIQUE AU PARCOURS COORDONNÉ RENFORCÉ « OBÉSITÉ COMPLEXE CHEZ L'ADULTE »**

Le projet de parcours, que la structure responsable de coordination dépose au moyen de la téléprocédure mentionnée à l'article R. 162-134 du code de la sécurité sociale, contient la sous-section II suivante, adaptée aux spécificités du parcours coordonné renforcé « Obésité complexe chez l'adulte ».

« II. – Partie spécifique au type de parcours coordonné renforcé “Obésité complexe chez l'adulte”

« La structure responsable de la coordination du parcours coordonné renforcé “Obésité complexe chez l'adulte” respecte les conditions suivantes :

« Appartenance à la liste des structures responsables de la coordination du parcours coordonné renforcé “Obésité complexe chez l'adulte”

«

Structures responsables de la coordination du parcours “Obésité complexe chez l'adulte”	Structure
Maison de santé pluriprofessionnelle sous forme de SISA, dès lors qu'un médecin spécialiste de l'obésité en est membre ;	☐
Centre de santé dès lors que le médecin spécialiste de l'obésité en est salarié ou vacataire ;	☐
Etablissement sanitaire exerçant une activité de prise en charge de l'obésité.	☐

« Capacités et obligations de la structure responsable de la coordination du parcours coordonné renforcé “Obésité complexe chez l'adulte”

«

Capacités et obligations de la structure responsable de la coordination du parcours “Obésité complexe chez l'adulte”	Structure
Etre en capacité de délivrer un programme d'éducation thérapeutique du patient (ETP) correspondant aux prises en charge des deuxième et troisième niveaux de l'obésité de l'adulte. Ce programme fait l'objet d'une déclaration auprès de l'agence régionale de santé, dans les conditions prévues à l'article R. 1161-4 du code de la santé publique	☐
Assure la prise en charge des patients relevant des deuxième et troisième niveaux de l'obésité, conformément aux référentiels de la Haute Autorité de santé et aux modalités d'organisation définies par le cahier des charges du parcours coordonné renforcé “Obésité complexe chez l'adulte”, notamment les capacités et obligations détaillées au 2° du II du cahier des charges Eléments à déposer sur la plateforme lors de la demande d'autorisation Note de présentation de son projet, exposant de manière synthétique les aspects médicaux, organisationnels et territoriaux du dispositif proposé ; les modalités de partage, de traçabilité et de sécurisation des données de santé ; ainsi que les modalités d'intégration dans la filière régionale de santé de l'obésité	☐

« Description de l'équipe-socle des intervenants obligatoires parcours coordonné renforcé “Obésité complexe chez l'adulte”

« L'équipe-socle minimale est définie au IV du cahier des charges du parcours coordonné renforcé “Obésité complexe chez l'adulte”.

«

Equipe socle minimale	Intervenant présent
Médecin spécialiste de l'obésité	☐
Infirmier	☐
Diététicien	☐
Psychologue clinicien	☐
Masseur-kinésithérapeute/EAPA/psychomotricien ou ergothérapeute (professionnel autorisé à dispenser de l'APA)	☐

».

ANNEXE 2.7

FICHE SYNTHÉTIQUE D'ACTIVITÉ PARCOURS
COORDONNÉ RENFORCÉ « OBÉSITÉ COMPLEXE CHEZ L'ADULTE »

Raison sociale de la structure :
 Adresse :
 Téléphone :
 Courriel :
 N° FINESS géographique :

Tableau : caractéristiques des patients inclus dans l'année

Profil	Description	Nombre de patients inclus	Moyenne des IMC	Moyenne des tours de taille
Profil A	Obésité complexe			
Profil B	Obésité complexe avec limitations à la pratique autonome de l'activité physique adaptée			
Profil C	Obésité complexe avec troubles du comportement alimentaire (TCA)			
Profil D	Obésité complexe avec TCA et limitations à la pratique autonome de l'activité physique adaptée			

Tableau : caractéristiques des patients sortis dans l'année

Profil	Description	Nombre de patients sortis	Moyenne des IMC		Moyenne des tours de taille	
	A l'entrée (E) ou sortie (S) du parcours		E	S	E	S
Profil A	Obésité complexe					
Profil B	Obésité complexe avec limitations à la pratique autonome de l'activité physique adaptée					
Profil C	Obésité complexe avec troubles du comportement alimentaire (TCA)					
Profil D	Obésité complexe avec TCA et limitations à la pratique autonome de l'activité physique adaptée					

Tableau facultatif : phénotypage de la sévérité de l'obésité des patients inclus et sortis du dispositif dans l'année

Niveaux et critères	Inclusions	Sorties
Niveau 2		
IMC		
Retentissement médical		
Retentissement (qualité de vie ou fonctionnel)		
Troubles psychologiques, psychopathologiques et/ou cognitifs, troubles du comportement		
Etiologie de l'obésité		
Comportement alimentaire		
Trajectoire pondérale		
Niveau 3a		
IMC		
Retentissement médical		

Retentissement (qualité de vie ou fonctionnel)

Troubles psychologiques, psychopathologiques et/ou cognitifs, troubles du comportement

Etiologie de l'obésité

Comportement alimentaire

Trajectoire pondérale

Niveau 3b

IMC

Retentissement médical

Retentissement (qualité de vie ou fonctionnel)

Troubles psychologiques, psychopathologiques et/ou cognitifs, troubles du comportement

Etiologie de l'obésité

Comportement alimentaire

Trajectoire pondérale