

Synthèse des enseignements

Nord Pas de Calais

Mission : retrouve ton cap



Sommaire

1	ELEMENTS DE CONTEXTE DE L'ETUDE DE CAS.....	3
2	ELEMENTS DE CONTEXTE ET SPECIFICITES DU TERRITOIRE	4
3	ENSEIGNEMENTS RELATIFS A LA PREMIERE QUESTION EVALUATIVE	6
4	ENSEIGNEMENTS RELATIFS A LA DEUXIEME QUESTION EVALUATIVE	15
5	ENSEIGNEMENTS LIES A LA TROISIEME QUESTION EVALUATIVE.....	18
6	ENSEIGNEMENTS LIES A LA QUATRIEME QUESTION EVALUATIVE	25
7	ENSEIGNEMENTS LIES A LA CINQUIEME QUESTION EVALUATIVE	28
8	ANNEXE 1.....	30
9	ANNEXE 2.....	31

1 Éléments de contexte de l'étude de cas

Cette étude de cas a été réalisée dans le cadre de l'évaluation de l'expérimentation "Mission: retrouve ton cap!". Elle a pour objectif d'alimenter les enseignements de l'évaluation à partir d'observations recueillies en Nord-Pas-de-Calais, un des trois territoires de l'expérimentation.

Pour réaliser cette étude de cas, **5 structures** assurant la prise en charge de famille dans le cadre de MRTC ont fait l'objet d'une visite : la Maison de santé pluriprofessionnelle (MSP) Kruysbellaert à Dunkerque, le Centre Hospitalier de Boulogne-sur-Mer (reconnu centre spécialisé de l'obésité en 2012) dans les locaux de l'UTEP (Unité transversale d'éducation thérapeutique du patient) ; le Réseau Diabhinaut ; la MSP de Maubeuge et l'Association de Prévention et d'Education Sanitaire Actions Locales (APESAL) dont le siège est basé à Armentières.

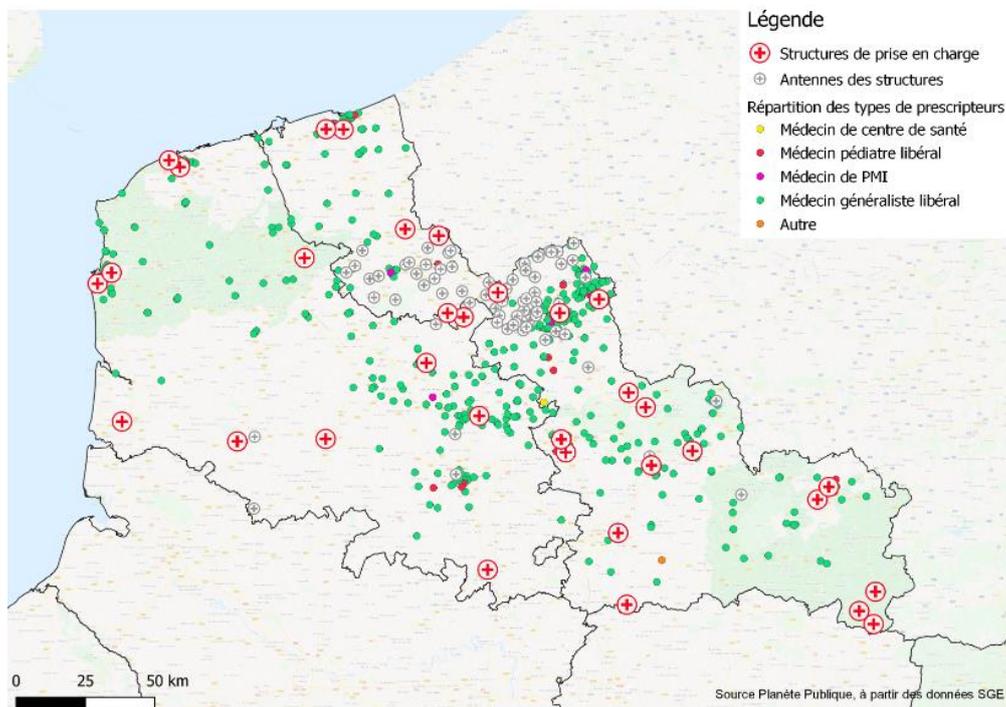
Elle s'appuie sur les éléments recueillis auprès d'un total de 29 personnes, représentant les différentes parties prenantes de l'expérimentation.

- **21 professionnels des structures et partenaires** (diététiciens, psychologues, responsable, assistante sociale, ...);
- **6 médecins prescripteurs** (4 médecins généralistes, 1 médecin pédiatre, 1 médecin coordonnateur) exerçant au sein des structures visitées, en libéral ou en réseau notamment pour Diabhinaut ;
- les **représentants de la CPAM et de l'ARS du territoire**

Le détail des personnes rencontrées est renseigné dans l'annexe 1 du présent document.

2 Éléments de contexte et spécificités du territoire

Figure 1 – Répartition des structures de prise en charge en Nord-Pas-de-Calais



Source : Planète Publique, à partir des données du SGE

<p>Situation géographique</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Population en 2017 : 1 468 018 habitants¹
<p>Situation socio-économique</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Avec 12,8% d'actifs sans emploi au trimestre 2015 (326 300), le Nord-Pas-de-Calais-Picardie est la région la plus touchée par le chômage (en métropole)². • Le taux de pauvreté est de 19,8% contre 14,7% en France métropolitaine. • En 2014, 19 % de la population des Hauts-de-France (soit près d'un habitant sur cinq) est âgé de 15 à 29 ans (soit 1,1 point de plus que le niveau national). La région occupe le deuxième rang

¹ Source : Planète Publique, à partir des données de l'INSEE, RP2017 exploitations principales en géographie au 01/01/2020

² Insee 2017

<p>Situation sanitaire en lien avec le sujet</p>	<p>au niveau national en termes de part de jeunes dans la population totale, derrière l'Île-de-France³.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La part des bénéficiaires de la CMUc est de 12% contre 7,6% au niveau national⁴. • Le Nord Pas-de-Calais présente la prévalence d'obésité (chez les adultes) la plus forte en 2012 avec un taux près de deux fois supérieur aux territoires les moins touchés (21,3% vs 15% au niveau national)⁵. • Le BEH d'octobre 2016 rapporte un taux d'obésité de 25,6% pour le département du Nord, taux le plus élevé parmi les 16 départements inclus dans le suivi de la « Cohorte constances » sur laquelle se fonde cette mesure. • La démographie médicale est dite « moyenne » avec 279,2 médecins en activité régulière pour 100 000 habitants (moyenne française à 281,4)⁶. Les chiffres de 2017 mettent en avant une augmentation de la densité médicale dans le Nord, de l'ordre de 2,1%.
<p>Expérimentation « Mission Retrouve Ton Cap »</p>	<ul style="list-style-type: none"> • En date du 23 mars 2020, 1701 enfants ont été inclus dans l'expérimentation dont, 69% (N=1166) en Nord Pas-de-Calais, 20% (N=348) en Seine-Saint-Denis et 11% (N=187) à la Réunion⁷.

³ Insee 2019

⁴ Selon les données du fonds CMU (disponible sur www.ecosante.fr), datées de 2014, la part des bénéficiaires de la CMUc s'élevait 14% environ Seine-Saint-Denis et 37% à La Réunion. Des données partielles disponibles pour 2016 indiquent des tendances similaires, bien que légèrement supérieures

⁵ Obépi.2012

⁶ Source : Planète publique, à partir de l'Atlas de la démographie médicale en France 2015 et 2017 par le Conseil National de l'Ordre des Médecins

⁷ Analyse des données du SGE

3 Enseignements relatifs à la première question évaluative

Le dispositif permet-il de faire émerger une offre structurée de prise en charge ?

Mobilisation des prescripteurs autour du dispositif

Niveau de notoriété du dispositif auprès des médecins prescripteurs potentiels

- **Entre le début de l'expérimentation en 2018 et janvier 2021, en Nord Pas-de-Calais, 805 médecins ont orienté au total 1 455 enfants dans le dispositif MRTC.** Ces médecins représentent 18 % du total des médecins prescripteurs potentiels du territoire recensés (N=4 434).
- Le taux de « pénétration » de l'expérimentation parmi les prescripteurs potentiels se situe à 18%.

Nord-Pas de Calais		
	Nb de prescripteurs potentiels	% des prescripteurs potentiels ayant inclus un enfant
Médecin généraliste libéral	3 920	19%
Médecin pédiatre libéral	103	36%
Médecin de PMI	141	15%
Médecin de centre de santé	270	1%
Autre	3 920	-
TOTAL	4 434	18%

- Plus de 92% des médecins prescripteurs sont des médecins généralistes libéraux (N=741), 5% sont des médecins pédiatres libéraux (N=37). A noter que 3% des médecins exercent en PMI (N= 21), 3 médecins exercent en centre de santé et 3 ont une autre spécialité ou mode d'exercice
- Les prescripteurs se situent majoritairement à proximité des structures de prise en charge. Ils sont essentiellement situés dans les zones denses (Flandres intérieure, Douaisis, Lensois). Le sud du Pas de Calais apparaît moins bien couvert par les prescripteurs ayant permis d'inclure des enfants.
- **Les médecins du territoire ont été informés de l'existence et du fonctionnement du dispositif par différents moyens :**
 - les DAM ont présenté le dispositif à l'ensemble des prescripteurs. Les professionnels rencontrés considèrent que le niveau d'information transmis dans ce cadre est adapté pour comprendre les ressorts du dispositif et identifier les structures impliquées. A quelques reprises, les structures ont été sollicitées directement par les médecins pour présenter leurs modalités de prises en charge et repréciser les principes du dispositif. Un médecin rencontré indique néanmoins que le passage des DAM n'est pas suffisant pour former des

Mobilisation des prescripteurs autour du dispositif

médecins qui ne seraient pas sensibilisés aux enjeux de la prévention et de la prise en charge des enfants en surpoids ou qui présentent des risques d'obésité.

« Soit les médecins étaient déjà sensibilisés mais insatisfaits des réseaux existants et dans ce cas, ils se sont appropriés le dispositif. Ou alors ils ne sont pas sensibilisés et ils s'en fichent » (verbatim d'un médecin)

- le dispositif a été présenté ou a fait l'objet d'échanges lors d'autres réunions rassemblant des médecins du territoire (par exemple des groupes d'échanges de pratique, des réunions organisées par les structures etc.)
 - les campagnes de dépistage conduites par l'APESAL dans certaines écoles ont également permis d'informer certains médecins de l'existence du dispositif. Les enfants dépistés étaient en effet invités à s'orienter vers leur médecin traitant pour être inclus dans le dispositif. Les membres de l'équipe de l'APESAL ont également fait suivre les résultats du dépistage aux médecins des enfants dépistés pour les informer de l'existence du dispositif et les inciter à inclure les enfants.
 - des informations sur le dispositif et son fonctionnement ont été envoyées par email aux médecins par la CPAM ou directement transmises aux cabinets des médecins (les équipes de la MSP de Maubeuge ont par exemple mis à disposition des médecins du secteur un classeur présentant le dispositif MRTC et le programme d'ETP de la MSP).
- L'ensemble des médecins interrogés dans le cadre de l'évaluation (6), en dehors des médecins des structures assurant la prise en charge et des médecins de PMI, ont appris l'existence du dispositif et reçu leur ordonnancier via les visites des DAM.
 - **Les informations recueillies suggèrent que le dispositif est inégalement connu des médecins de PMI sur le territoire.** Un médecin de PMI indiquait à cet égard avoir appris l'existence du dispositif via son mari médecin généraliste qui l'avait lui-même appris par les DAM. Ce médecin de PMI indique avoir dû « batailler » pour obtenir son ordonnancier. Des réunions ont été organisées pour présenter le dispositif aux responsables de PMI mais *« l'information n'est pas toujours redescendue au niveau des directions départementales »*.
 - **Les informations transmises par les DAM n'ont néanmoins pas été suffisantes pour assurer la notoriété du dispositif parmi la majorité des potentiels médecins prescripteurs du territoire.** Certains professionnels des structures notent à cet égard que ce sont souvent « les mêmes prescripteurs » qui orientent des enfants. Certains observent également que certains prescripteurs pourtant situés à proximité de leur structure n'orientent pas d'enfant – sans être en mesure de dire si cela s'explique par un déficit de connaissance ou d'adhésion.
 - Entre 2015 et 2019, l'URPS des médecins libéraux a conduit une action de sensibilisation et de formation des PS du territoire au repérage et à la prise

Mobilisation des prescripteurs autour du dispositif

en charge du surpoids des enfants. Une sensibilisation des médecins généralistes, pédiatres et pharmaciens était proposée par les Attachés d'Information de l'URPS (comment aborder le sujet en consultation ? comment prendre en charge le risque ultérieur d'obésité ?). Des soirées de sensibilisation pluriprofessionnelles territorialisées sur la thématique de l'obésité ont également été organisées. Le bilan évaluatif de ce projet indique qu'il a contribué à améliorer les connaissances et compétences des PS mobilisés sur le sujet. L'articulation entre ce projet de sensibilisation et le dispositif MRTC n'a néanmoins pas été formellement faite. Aussi, ce projet n'a donc pas permis d'informer les professionnels rencontrés de l'existence de MRTC sur le territoire.

- **Plusieurs professionnels rencontrés (médecins et professionnels de santé assurant la prise en charge) indiquent que les médecins peuvent avoir tendance à oublier l'existence du dispositif**, en particulier lorsque les enfants ciblés par MRTC ne représentent qu'une faible partie de leur patientèle : *« Les DAM nous donnent les papiers mais si pendant deux ou trois mois vous ne voyez pas de patient qui rentre dans les critères, c'est un peu compliqué et on oublie »* (verbatim d'un médecin) ; *« Les médecins rencontrés nous disent qu'ils n'ont pas le réflexe ou pas le dé clic »* (verbatim d'une structure)
- Le temps contraint des consultations favorise ces oublis : *« La plus grande problématique c'est celle du temps. Si un enfant rentre dans les cases et qu'on ne se rappelle plus du dispositif précisément ou qu'on ne sait pas où sont rangés les documents on se dit qu'on leur dira la prochaine fois »* (verbatim d'un médecin)
- Un médecin indique à cet égard qu'une inscription sous un format dématérialisé pourrait être plus facilitante (prescription et circuit d'inscription dans une structure). Dans les structures d'exercice coordonné, d'autres organisations peuvent également permettre de consacrer un temps supplémentaire à la présentation du dispositif MRTC. L'accueil des patients à la MSP de Maubeuge est par exemple assuré par un infirmier qui est sensibilisé au fonctionnement de MRTC et du programme d'ETP obésité de la MSP. S'il identifie des familles qui pourraient être dans la cible, il leur présente le dispositif et peut répondre à leurs interrogations. Cette organisation est considérée comme étant une bonne pratique qui facilite l'adhésion des familles car les IDE ont plus de temps pour aborder le sujet et en discuter avec la famille que les médecins. Les IDE de certaines PMI sont également mobilisés pour identifier les familles et leur proposer de s'inscrire dans le dispositif. Cette organisation est également considérée comme pertinente et efficace dans la mesure où les IDE, contrairement aux médecins de PMI, rencontrent toutes les familles. Dans certaines PMI, une forme de délégation de pratique a d'ailleurs été mise en place, avec des ordonnances pré-signées que pouvaient compléter les IDE pour orienter les familles.
- **Les médecins prescripteurs rencontrés indiquent bien comprendre les objectifs et le fonctionnement du programme. Tous en revanche, notamment ceux qui n'exercent pas dans les structures de prise en charge, n'identifient pas clairement le fait qu'un des objectifs clefs de l'expérimentation est de prendre en charge les enfants qui ne sont**

Mobilisation des prescripteurs autour du dispositif

	<p>pas en surpoids ou en situation d'obésité mais qui présentent des facteurs de risque. Le fait qu'il n'y ait pas d'autres réseaux de prise en charge des enfants de cette tranche d'âge en situation d'obésité sur le territoire est un des facteurs explicatifs. Différents programmes d'éducation thérapeutique du patient (ETP) préexistaient à MRTC et étaient notamment portés par les structures du dispositif (Diabhainaut, MSP Liberté, APESAL, CH de Boulogne-sur-Mer mais ils s'adressaient à des enfants plus âgés ; le suivi était moins pluridisciplinaire (moins ou pas de suivi psychologique prévu) ou moins dense (moins de consultations prévues) ou souvent moins individualisé (ateliers collectifs). A noter que l'ETP du CH de Boulogne-sur-Mer propose aux adolescents un suivi psychologique/diététique et un accompagnement sur l'activité physique plus important. En effet, il s'agit d'un centre spécialisé de l'obésité.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ L'alternative citée par les médecins est fréquemment une prise en charge hospitalière mais elle est rarement considérée comme satisfaisante par les médecins (approche souvent stigmatisante, longs délais de prise de RDV, éloignement géographique entre l'hôpital et le lieu de domicile). Le dispositif MRTC est donc privilégié à cette alternative, même pour les enfants qui sont en situation d'obésité. <i>« Je les oriente de plus en plus facilement vers MRTC, j'ai plus confiance dans ce système que l'hôpital local » (verbatim d'un médecin généraliste).</i> ▪ Considérant les profils des enfants orientés vers les structures et la faible part représentée par ces enfants présentant des facteurs de risque, les structures considèrent également que la spécificité du programme de prise en charge <i>précoce</i> n'a pas été clairement identifiée par l'ensemble des prescripteurs et que, en l'absence d'autres alternatives satisfaisantes, ils se sont saisis de l'opportunité pour orienter des enfants en situation d'obésité.
<p>Niveau d'adhésion des médecins prescripteurs au dispositif</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ En moyenne, les médecins du NPDC impliqués dans le dispositif ont inclus 1,8 enfants. Une estimation du nombre d'enfants orientés mais n'ayant pas donné suite traduirait toutefois mieux le niveau d'adhésion des professionnels. ▪ Les professionnels rencontrés - ayant inclus <i>a minima</i> un enfant dans le dispositif – adhèrent globalement à ses principes et à son fonctionnement. : <i>« Enfin quelque chose qui existe ! » « ça rend service aux professionnels ça a généré de l'enthousiasme » ; « Les médecins traitants sont contents de travailler sur le sujet, c'est une bonne dynamique qu'on espère voir se poursuivre ».</i> ▪ Les caractéristiques suivantes favorisent l'adhésion des prescripteurs : <ul style="list-style-type: none"> ○ La pertinence du dispositif par rapport aux besoins identifiés par les prescripteurs (manque de temps pour prendre en charge ces situations de surpoids et d'obésité ; absence de réseaux de prise en charge ou solutions insatisfaisantes). Plusieurs médecins indiquent qu'ils étaient régulièrement confrontés à la problématique du surpoids et qu'ils sont maintenant soulagés d'avoir une solution à proposer aux familles : <i>« MRTC est un outil qui complète bien la prise en charge en ville car même si les médecins généralistes doivent le</i>

Mobilisation des prescripteurs autour du dispositif

	<p><i>faire ils ne le font pas ».</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ La prise en charge financière particulièrement déterminante pour mobiliser les familles en situation de précarité financière ; ○ La diversité de l'offre et l'approche pluridisciplinaire : « <i>L'approche est complète avec des spécialistes sur toutes les questions c'est essentiel... par contre, je n'ai pas l'impression que ce soit très développé sur l'activité physique ».</i> ○ L'approche « clé en main » et « cadrée » (la prescription initiale, la mise en place de compte-rendu) ; ○ La proximité physique des structures de prise en charge par rapport au lieu d'habitation des familles ; <p>A contrario, certains freins à l'adhésion des médecins ont également été identifiés par les structures et les professionnels de santé :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ La crainte de perdre de la patientèle si les enfants étaient orientés vers une MSP pour la prise en charge MRTC ; ○ Un dispositif qui ne couvre pas tous les besoins rencontrés par les médecins du fait des critères trop restrictifs sur l'âge et la situation vis-à-vis de la corpulence (obésité complexe).
<p>Niveau d'appropriation du dispositif par les professionnels : capacité à organiser la prise en charge</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Les modalités de suivi des patients pris en charge par les prescripteurs intègrent souvent – comme prévu par le cahier des charges de l'expérimentation - un compte-rendu qui est transmis au médecin après le bilan diététique initial et après la dernière consultation de suivi. Dans certaines situations, la structure est amenée à communiquer avec le médecin prescripteur en dehors des comptes rendus prévus, par exemple quand une famille se démotive en cours de parcours. En plus de ces retours formels, plusieurs médecins indiquent demander des nouvelles de la prise en charge lorsqu'ils sont amenés à revoir leurs patients. ▪ Les modalités de coopération entre le prescripteur et les professionnels assurant la prise en charge varient en fonction de l'organisation de la structure et de la présence ou non du médecin traitant et prescripteur dans la structure de prise en charge. ▪ Lorsque le médecin n'exerce pas dans la structure de prise en charge, les modalités de coopération se limitent à des échanges brefs avec les structures (échanges téléphoniques si besoin ou envoi de comptes-rendus). Lorsque le médecin exerce dans la structure de prise en charge, les professionnels peuvent plus facilement échanger sur la situation des familles lors d'échanges informels ou de réunions de coordination pluridisciplinaires. Les médecins rencontrés ne sont pas en attente de modalités de coopération formelles renforcées car ils craignent l'engagement que cela leur demanderait. Ils soulignent l'importance de préserver des modalités d'échanges souples (mise à disposition des coordonnées par exemple) pour organiser des échanges si la situation de l'enfant le requiert. ▪ De manière générale, le rôle du prescripteur dans l'accompagnement et le suivi des patients n'est pas clairement identifié par les structures de prise en charge et les professionnels assurant la prise en charge. Ils indiquent

Mobilisation des prescripteurs autour du dispositif

	<p>en effet n'avoir que très rarement des retours des médecins sur les comptes rendus envoyés et certains regrettent que les médecins ne soient pas davantage investis : « <i>on leur envoie par mail un compte-rendu de la prise en charge et de son avancement...on n'a pas ou que peu de retours. On passe par le téléphone, si on a besoin d'une réponse claire sur un dossier.</i></p>
<p>Niveau d'appropriation du dispositif par les professionnels : capacité à mobiliser et accompagner les familles</p>	<p><u>Capacité d'identification des familles</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pour les structures, les médecins semblent plus sensibilisés aux facteurs de risque prédictifs d'obésité qu'auparavant mais cela varie encore entre les praticiens (selon leur ancienneté, selon leur patientèle, etc.). Cette hétérogénéité suggère des besoins encore prégnants en matière de sensibilisation sur le sujet : « <i>Les médecins généralistes ne s'en occupent pas. Tous ne sont pas convaincus de l'importance de la prise en charge des enfants à risque voire des enfants en situation d'obésité. J'avais par exemple orienté une petite fille en situation d'obésité. J'en avais parlé au médecin traitant et il m'avait dit qu'il n'y en avait pas besoin</i> » (verbatim d'un médecin de PMI) ▪ En pratique, ce manque de sensibilisation constitue selon les structures rencontrées un obstacle au repérage précoce des facteurs de risque. Pour les prescripteurs interrogés, cela traduit également le fait qu'ils rencontrent plus fréquemment des enfants déjà en situation avérée de surpoids que des enfants présentant des facteurs de risque. ▪ Selon certaines structures, en particulier celles qui sont fortement sensibilisées à la thématique de l'obésité infantile, un professionnel peu impliqué sur le sujet d'habitude (ou sensibilisé), est également moins susceptible de convaincre une famille de l'intérêt de la prise en charge. A contrario, un professionnel sensibilisé a déjà un discours construit et une approche qui sont plus susceptibles de favoriser l'adhésion des familles. ▪ Les médecins de PMI rencontrent parfois des difficultés à identifier les facteurs de risque notamment lorsque les carnets de santé des enfants sont mal renseignés : « <i>les courbes ne sont pas faites car les médecins les font maintenant sur leur ordinateur donc on n'a pas assez de points sur la courbe</i> » (verbatim d'un médecin de PMI). ▪ Dans la majeure partie des cas, les prescripteurs rencontrés dans le cadre des études de cas considèrent que le repérage et l'orientation des enfants ne génèrent pas de difficulté particulière. Le recours à la courbe de corpulence, le caractère non-payant, la prise en charge multidisciplinaire et la proximité géographique des structures de prise en charge constituent les principaux leviers pour faciliter la compréhension et l'adhésion des familles. Le recours à l'ordonnancier est globalement apprécié des prescripteurs. Pour limiter les erreurs d'orientation, les structures suggèrent que les limites d'âge soient directement indiquées sur l'ordonnancier. ▪ Pour autant, des familles restent sceptiques voire réticentes à la prise en charge. Certaines ne comprennent pas la situation et expriment un déni, en lien avec des représentations faussées autour du poids de forme : « <i>j'ai encore certaines mères qui pensent qu'un enfant bien en chair est un</i>

Mobilisation des prescripteurs autour du dispositif

enfant en bonne santé...s'il venait à perdre du poids, alors cela voudrait dire qu'il est malade, ou pas bien nourri ». La méconnaissance de ce que recouvrent l'accompagnement diététique et/ou psychologique peut aussi être un frein à l'acceptation du dispositif.

- Dans leur approche, les **prescripteurs insistent sur les enjeux de santé** et les risques à terme du surpoids **pour enclencher une prise de conscience**. Certains veillent également à rassurer les familles sur le dispositif et le type de prise en charge pour engager une adhésion. Par ailleurs, certains indiquent ne prescrire que le bilan diététique et laisser à la main de la structure le choix de compléter avec un bilan psychologique dans une logique de favoriser l'adhésion des familles. Le but étant d'éviter de « bloquer » les familles et de maximiser les chances qu'elles aient un premier contact (ou accroche) avec les structures, pour une mise en confiance et une appropriation de la démarche.
- Malgré tout, les médecins évoquent des potentielles **pertes de familles entre la prescription et l'inclusion effective**, sans pouvoir vraiment l'objectiver. Pour pallier cela, un médecin souhaitait que son secrétariat prenne directement rendez-vous avec la structure dès la remise d'une ordonnance de prescription, mais la structure a refusé préférant une mise en mouvement de la part des familles, première étape nécessaire pour l'adhésion à la prise en charge : *« j'ai proposé que mon secrétariat puisse se mettre directement en contact avec la structure pour prendre un rendez-vous à mes patients...on fait ça quand on envoie un patient chez un cardiologue par exemple. Mais on m'a dit non qu'il ne fallait pas assister les familles et que ça devait venir d'elles ... ».*
- **L'expérience de dépistage de l'APESAL confirme cette forte difficulté de mobilisation des familles à qui le dispositif MRTC est proposé.** L'association conduit en effet des actions de dépistage précoce des troubles sensoriels (audition, vue), de repérage des troubles du langage, de prévention bucco-dentaire, de repérage du risque ultérieur d'obésité, en faveur des enfants des écoles maternelles et primaires du département du Nord. Le nombre d'enfants dépistés confirme la forte surreprésentation des enfants qui présentent un risque ultérieur d'obésité : sur 93 écoles participantes, **36% des enfants repérés à 4 ans ont un risque ou une obésité avérée**. Lorsque que les équipes de l'APESAL identifient des enfants dont les caractéristiques correspondent à la cible du dispositif MRTC, elles en informent la famille pour qu'elle en parle à son médecin traitant et présentent MRTC. Elles s'assurent du suivi de ces recommandations en relançant les familles (relances courrier + téléphone). Le médecin traitant de l'enfant reçoit également les résultats du repérage si l'enfant est à risque ou en surpoids. Les familles concernées sont donc fortement accompagnées pour faciliter leur inscription dans le dispositif. Malgré l'importance des ressources déployées pour assurer cet accompagnement de proximité, l'association regrette l'important différentiel entre le nombre d'enfants orientés et le nombre d'enfants effectivement inscrits dans le dispositif : *« Dans le secteur de la MSP, l'APESAL avait dépisté plus de 100 enfants qui auraient pu rentrer dans le dispositif mais seuls 2 ou 3 ont pris contact avec la structure. C'est affolant, on sent qu'il y a peu de motivation des parents » (verbatim d'une structure).*

Mobilisation des prescripteurs autour du dispositif

Coopération territoriale

- **Globalement, les structures ne sont pas intervenues directement auprès des prescripteurs pour informer du dispositif.** Elles ont en revanche été mobilisées pour répondre à certaines sollicitations et questionnements des médecins, après le passage des DAM. Pour les prescripteurs « nouveaux », les structures profitaient de l'opportunité pour présenter leur équipe et leurs actions le cas échéant.
- **La coopération entre les prescripteurs et les structures varient beaucoup selon l'ancienneté de leurs relations et leur proximité.** Pour les MSP, avec des prescripteurs en interne, le lancement du programme n'a pas posé de difficultés majeures. Une organisation en interne a permis de faire des ponts depuis le repérage par le médecin à la prise en charge par les diététiciens et psychologues. Ce n'est néanmoins pas une condition suffisante pour assurer la montée en charge du dispositif dans la durée : de nombreux médecins font partie de la MSP de Maubeuge et beaucoup ne se sont pas saisis du dispositif et n'ont pas orienté des familles (parmi les motifs identifiés expliquant ce constat : une patientèle où les enfants de la cible sont peu représentés et le fait de « ne pas penser » au dispositif).
- Pour les structures qui dépendent d'orientations de prescripteurs externes, les premières orientations ont mis un certain temps. Certaines attribuent cela à un besoin d'appropriation des médecins du dispositif, et d'une meilleure connaissance des équipes : *« les premiers temps ont été laborieux, on a mis du temps à recevoir nos premiers patients...peut-être que les médecins avaient besoin de mieux nous identifier, nous connaître et avoir confiance en nous ».*
- Les premiers temps passés, l'articulation entre les prescripteurs et les structures s'est améliorée mais les pratiques divergent encore :
 - Certaines structures doivent parfois rappeler les professionnels pour les enfants dont l'âge dépasse de la cible (pour les structures interrogées, tous les enfants ont finalement trouvé une solution. Ils sont soit intégrés à d'autres dispositifs - par exemple celui de l'ETP du CH de Boulogne-sur-Mer ou celui du Diabhainaut – soit gardés dans le dispositif MRTC après accord de l'Assurance maladie) ;
 - Un médecin interrogé dit accompagner la prescription par un mot de contexte sur la famille, la situation et les points de vigilance à avoir ;
 - Enfin, la coopération est plus marquée quand les prescripteurs font partie intégrante de la structure. Les échanges informels facilitent l'adaptation des prises en charge voire l'orientation et l'acceptation des familles (enjeu de proximité et mise en confiance). Pour autant, ils restent limités tant la mobilisation des médecins est difficile et que le temps de coordination n'est pas prévu dans le forfait MRTC.

Au-delà des prescripteurs et des structures, le dispositif ne semble pas avoir mobilisé de partenariats particuliers. A la marge, Le CH de Boulogne-sur-Mer a pu prendre appui sur une assistante sociale du Département, pour le suivi d'une

Mobilisation des prescripteurs autour du dispositif

	situation (cf. infra).
<p>Impact sur les pratiques de prise en charge</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Avec du recul sur le dispositif, les structures évoquent une meilleure connaissance des médecins du territoire et une ouverture vers eux, permettant des coopérations ultérieures. Dans toutes les structures, l'appui sur les coordinatrices a été essentiel pour d'une part, faire le lien entre les prescripteurs et les autres professionnels et d'autre part, pour relancer les familles. ▪ Sur la prise en charge en tant que telle, les prescripteurs n'évoquent pas de changement significatif dans leurs pratiques de repérage des facteurs de risque du surpoids et de l'obésité. Pour les prescripteurs rencontrés, qui étaient majoritairement déjà sensibilisés aux enjeux du repérage et de la prise en charge du surpoids des enfants, le suivi de la courbe de corpulence, la vigilance portée aux facteurs de risque et les conseils donnés aux familles étaient plus ou moins établis avant MRTC. Certains néanmoins indiquent que le fait d'avoir une solution à proposer aux familles est un facteur facilitant dans les consultations et permettait d'aborder le sujet simplement en proposant une prise en charge aux familles. <i>« Je n'hésite pas à leur en parler. Ça m'a permis de prendre en charge beaucoup d'enfants que je n'aurais pas pu suivre seule. Jamais je n'aurais eu 7 enfants en consultation de suivi diététique en même temps ! » (verbatim d'un médecin généraliste)</i> ▪ Une médecin généraliste indiquait également qu'elle est plus attentive au repérage des facteurs prédictifs d'obésité. <i>« Je prends l'IMC de manière plus systématique. Je fais plus attention aux signes d'une obésité précoce. Avant, je pouvais oublier, j'essaie d'être plus systématique. Ça me motive aussi, avant je prenais l'IMC mais je n'avais pas de solution. » (verbatim d'un médecin généraliste)</i> ▪ Le dispositif a facilité l'identification d'une solution et la possibilité d'organiser une prise en charge avec des spécialistes. Le relai pris par les diététiciens et psychologues est nécessaire pour contribuer aux changements des habitudes de vie. Dans leurs consultations, les médecins sont souvent contraints par le temps (voire par le manque de compétences) pour explorer les habitudes de vie et veiller au long cours à leurs changements. Le caractère non-payant du dispositif favorise ici, l'orientation vers des spécialistes, notamment pour les familles aux revenus modestes qu'il n'est pas évident d'orienter vers des professionnels non remboursés par la Sécurité sociale.

4 Enseignements relatifs à la deuxième question évaluative

Le dispositif permet-il d'améliorer significativement l'accès à une prise en charge ?

Inclusion de la population cible et notamment des enfants ayant le plus besoin du dispositif

<p>Niveau d'inclusion</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Le CH de Boulogne-sur-Mer indiquait pouvoir prendre en charge 30 enfants/an. En novembre 2020, il en a inclus 75 en tout dans le dispositif depuis 2018. A Dunkerque, il était prévu 15 enfants/an. En novembre 2020, il y en a eu au total 16 d'inclus depuis 2018. ▪ A Maubeuge, il était prévu 120 enfants/an et 17 ont été inclus en décembre 2020 et depuis 2018. A Valenciennes (Diabhainaut), il était prévu 50 enfants / an, il y en a eu en tout 77 depuis le début de MRTC (chiffres novembre 2020). Enfin, à Armentières (APESAL), il était prévu 100 enfants/an et il y en a eu 146 au total, depuis 2018 (chiffres novembre 2020). <p>Globalement, le nombre d'enfants inclus est donc inférieur aux prévisions de départ et aux attentes des structures. Les premières inclusions ont souvent nécessité un peu de temps, correspondant à une mise en confiance des prescripteurs et une appropriation du dispositif (exemple : CH Boulogne Sur Mer). A contrario, d'autres structures comme la MSP de Maubeuge ont vu une première « vague » d'orientation après le passage des DAM mais sans que la tendance ne soit confirmée dans la durée.</p> <p>De manière générale les structures ont des difficultés à apprécier ces décalages entre ce qui relève d'une faible mobilisation de certains médecins et ce qui relève des difficultés de mobilisation des familles.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pour la plupart, ces orientations d'inclusions constituent un cap, mais la réussite du dispositif n'est pas conditionnée à leur atteinte même si les structures auraient souhaité inclure davantage d'enfants. Plusieurs structures indiquent à cet égard avoir eu des difficultés à estimer les objectifs de départ. La structure de Dunkerque souhaitait à cet égard un « petit » objectif au départ, en raison d'une ouverture assez récente de leur MSP et d'un besoin de consacrer encore du temps à la recherche de la patientèle et à son renforcement.
<p>Capacité d'inclusion des enfants qui en ont le plus besoin</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Les enfants orientés sont plutôt en surpoids voire en obésité. Pour les structures interrogées, cette patientèle reflète les besoins sur le territoire, jusqu'ici peu pris en compte. Le programme semble d'abord envisagé comme une réponse à ces situations avec le besoin d' <i>« agir vite au risque d'avoir des complications importantes, qu'on ne pourra pas toujours maîtriser »</i>. ▪ Pour les professionnels interrogés, l'identification du rebond d'adiposité est parfois difficile à repérer pour les prescripteurs, d'où une sous-représentation des enfants non en surpoids. ▪ Durant les premiers mois du programme, les structures ont dû à plusieurs reprises échanger avec les prescripteurs sur la cible du programme. En effet, des enfants de plus de 8 ans étaient orientés. Au cas par cas, certains ont pu être maintenus dans le programme après avis et validation de l'Assurance maladie. D'autres ont pu intégrer les solutions existantes, notamment au CH de Boulogne-sur-Mer ou au réseau Diabhainaut qui proposent de l'ETP.

Inclusion de la population cible et notamment des enfants ayant le plus besoin du dispositif

Perceptions sur les motifs d'abandon

- **Les professionnels semblent unanimes sur le risque d'abandon et l'intérêt de garder une motivation des familles tout au long de la prise en charge.** Selon eux, les habitudes de vie interpellent différentes dimensions : sociales, familiales, culturelles, financières, psychologiques..., rendant les changements plus difficiles à mettre en place. Plus l'environnement autour de l'enfant est complexe, et plus le risque d'abandon est perceptible.
- Les principales difficultés de maintien dans la prise en charge recouvrent :
 - **une mauvaise compréhension de l'orientation ou prise en charge** : il s'agit souvent de familles ayant des représentations faussées sur le poids de leur enfant et qui n'identifient par la problématique : « *On a encore des représentations faussées sur le poids...un enfant potelé, rondouillard, est d'abord vu comme un enfant en bonne santé* ». Prescripteurs et structures ont tendance à insister sur les enjeux de santé, sur les risques encourus pour convaincre de l'intérêt pour l'enfant et la famille d'adopter de bonnes habitudes de vie : « *Je ne parle pas de règles à suivre mais plutôt d'habitudes à prendre* » ;
 - **un manque de motivation ou l'existence d'autres priorités** : les consultations ne sont pas suivies ou le rythme d'accompagnement est « cassé » : « *certaines parents reportent les rendez-vous pour d'autres priorités ou tardent à venir entre la prescription et la première séance... ils ont toujours des bonnes excuses, comme le manque de temps, l'oubli etc.* » ;
 - **l'existence de conflits ou tensions au sein de la famille** : « *on a eu des parents qui étaient en plein divorce, et qui étaient peu disponibles à changer les habitudes de vie* ». Dans ce cadre, la prise en charge a toute son importance ici, pour que l'enfant puisse ne pas porter ces problèmes et que cela se répercute sur son poids ;
 - **des enfants en garde-alternée ou confiés à un tiers (souvent les grands-parents)** : dans ce cadre, les professionnels évoquent un équilibre de vie difficile à avoir, avec un suivi des préconisations partiel ou peu transparent pour les professionnels : « *on n'a pas toujours le même interlocuteur, c'est difficile de savoir ce qui se passe chez mamie, chez papa...* ». Parfois, les parents isolés peuvent aussi avoir des difficultés à gérer le quotidien et suivre régulièrement les rendez-vous. A ce sujet, les professionnels veillent à proposer les consultations diététiques et psychologiques le même jour et à la suite pour faciliter la prise en charge ;
 - **des difficultés financières** pour lesquelles l'alimentation (et notamment les produits sucrés) peut être un plaisir que l'on accorde aux enfants à défaut d'autres loisirs, jouets etc. ou pour lesquelles l'alimentation recouvre une dimension de « survie » avec un choix très limité ou d'abord centré sur des plats « copieux ou rassasiants » avant un intérêt pour leur valeur nutritionnelle. Dans ce cadre, les professionnels s'efforcent de proposer des idées de recettes simples, équilibrées et à petit prix.

Inclusion de la population cible et notamment des enfants ayant le plus besoin du dispositif

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Au-delà de ces difficultés, le confinement relatif à la crise sanitaire de la Covid-19 a été une période particulièrement difficile pour les familles, et notamment les plus vulnérables (au regard des difficultés ci-dessus). Les structures ont tant bien que mal essayé de garder le lien avec les familles et enfants, en proposant des consultations par téléphone ou visioconférence. ▪ A Boulogne-Sur-Mer, la diététicienne et une coach sportive ont réalisé une série de vidéos (21 au total) mises sur internet et notamment sur le site Facebook de l'hôpital pour inciter les familles à faire de l'exercice physique à la maison. Les familles ont semble-t-il bien apprécié et adhéré à la démarche (d'après les entretiens avec les professionnels et quelques familles). De même des recettes ont été envoyées pour donner aux familles, des idées de repas équilibrés (entre 4 à 5 toutes les semaines).
<p>Leviers pour favoriser la participation</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ De manière générale, les professionnels insistent sur l'intérêt d'établir un « climat de confiance » avec les familles dès le départ et d'avoir une approche « bienveillante et non-jugeante ». En cela, la levée de la barrière financière ne semble pas toujours suffisante pour engager les familles dans la démarche et l'inscrire dans un accompagnement au long cours. ▪ Lorsqu'elle est organisée (Boulogne sur Mer et Dunkerque notamment), la revue régulière des dossiers de patients (notamment entre diététiciens et psychologues lorsque des échanges sont organisés) facilite l'ajustement de la prise en charge et permet selon les professionnels, d'anticiper au mieux les risques d'abandon. Certaines familles sont également relancées par téléphone. Or, il s'agit d'un temps de travail et de coordination assez soutenu et non pris en compte par l'expérimentation. ▪ La plupart du temps les prescripteurs sont informés du déroulement de la prise en charge, via un compte-rendu ou un dossier partagé (notamment en MSP). En cas de difficulté, ils sont parfois sollicités par téléphone pour tenter de trouver une solution commune et veiller à ce que les familles n'abandonnent pas la prise en charge. ▪ Par ailleurs, l'appui sur un travailleur social peut être une aide complémentaire aux familles concernées par les difficultés sociales. A titre d'illustration, à Boulogne-Sur-Mer, une assistante sociale du Département a été mobilisée pour aider une famille à reprendre la prise en charge MRTC. En effet, elle a pu relayer à domicile l'intérêt de poursuivre les consultations (interrompues par la mère non convaincue de l'utilité de la prise en charge). Par la suite, elle s'est organisée pour emmener la petite fille aux séances et un contrat oral a été passé avec la mère pour qu'elle « <i>suive la prise en charge</i> », qu'elle « <i>protège sa fille au risque d'avoir un signalement par la justice</i> » (d'autres motifs seraient également en cause).

5 Enseignements liés à la troisième question évaluative

Quelles modalités d'utilisation du forfait – adéquation de la prise en charge aux besoins ?

Quelles modalités d'utilisation du forfait – adéquation de la prise en charge aux besoins ?

<p>Utilisation du forfait</p>	<p>Prescription</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Les médecins interrogés s'accordent sur le fait que les modalités prévues pour prescrire un suivi dans le cadre de MRTC est facile. Ils apprécient notamment la praticité de l'ordonnancier. <p>Les pratiques des médecins en matière de prescription sont variables :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ certains indiquent prescrire systématiquement le forfait maximum (3 bilans + 6 séances de suivi) en répartissant de manière égale le suivi psychologique et diététique ; <ul style="list-style-type: none"> « je suis favorable à ce qu'il y ait un suivi pluridisciplinaire dans tous les cas, je ne priorise pas plus l'alimentation que le psy, je prescris toujours 50/50 » (verbatim d'un médecin généraliste) ○ d'autres indiquent s'adapter en fonction du profil de la famille et réserver le suivi psychologique à certaines familles lorsque des fragilités sont identifiées ; <ul style="list-style-type: none"> « J'adapte en fonction du profil de la famille, s'il y a une composante psy marquée, je fais 4 suivi diététique et 2 psy. Si je vois que la maman est tout à fait consciente des problèmes et que les besoins sont vraiment au niveau de l'alimentation, je mets que du suivi diet » (verbatim d'un médecin généraliste) <ul style="list-style-type: none"> ▪ Les retours des structures et de certains médecins révèlent également que la prescription du bilan d'activité physique n'est pas systématique. Un médecin généraliste indiquait à cet égard ne pas comprendre l'intérêt du bilan dans la mesure où il n'y avait pas toujours de suivi prévu. Les structures regrettent que ce bilan ne soit pas prescrit de manière systématique. Elles indiquent que, dans ces situations, les diététiciens n'excluent pas le volet AP de leurs consultations mais que le temps total de prise en charge est inutilement réduit : « <i>Le bilan d'activité physique est rarement coché ; c'est dommage car c'est tellement important. Les diététiciennes en parlent mais on perd du temps ; il faudrait que ce soit automatique</i> » (verbatim d'une structure de prise en charge) ▪ Cette souplesse de prescription pose néanmoins une difficulté à un certain nombre de médecins (i) qui ne maîtrisent pas les différents forfaits possibles (nombre de bilans et de consultations) ou (ii) qui considèrent ne pas être les mieux placés pour juger des types de bilans ou du nombre de bilans nécessaires. Dans ce cas, ils sont plusieurs à laisser la prescription incomplète pour laisser les opérateurs juger des besoins à couvrir ou à proposer le forfait maximum pour offrir la prise en charge maximale aux familles : « <i>Dans le volet prescription on doit d'emblée leur dire ce qu'on doit leur prescrire. Mais je ne sais pas donc je mets 'selon bilan'. C'est OK que ce soit les opérateurs de la prise en charge qui décident en fonction des besoins qu'ils identifient</i> (verbatim d'un médecin généraliste)
--------------------------------------	--

Quelles modalités d'utilisation du forfait – adéquation de la prise en charge aux besoins ?

- Les médecins et les opérateurs rencontrés s'accordent sur le fait que l'ajustement de la prescription initiale devrait être plus souple. Dans certains cas, les ajustements nécessitent que la famille retourne voir son médecin, ce qui est considéré comme « lourd » et « freinant » par les professionnels rencontrés.
 - « Ils disent que c'est à nous de décider car on est les plus à même de savoir. On doit les appeler et renvoyer la famille pour que la prescription soit corrigée. On aimerait que ce soit plus simple. » (verbatim d'un diététicien)
 - « Si le médecin estime qu'il faut 2 consultations de suivi et que j'estime que 3 ce serait mieux, je dois faire un compte rendu et les parents doivent revenir au cabinet. C'est un peu lourd pour eux. Il y a des mamans qui n'ont pas le permis, pour elle ça complique les choses » (verbatim d'un opérateur)
- Toutes les structures rencontrées indiquent recevoir fréquemment des prescriptions incomplètes ou mal renseignées sur le contenu de la prise en charge et notamment le nombre de consultations à réaliser. Le réseau Diab'hainaut indique à cet égard recevoir de plus en plus de prescriptions mal renseignées « Peut-être une sur deux ».

Consommation

- Les structures constatent que les forfaits prescrits sont généralement acceptés par les familles qui s'inscrivent effectivement dans le dispositif. Les structures indiquent ne pas avoir de familles qui refusent une partie de la prescription. Ce constat n'exclut pas des éventuelles réticences de familles orientées mais qui ne s'inscriraient pas dans le dispositif : « Le bilan psychologique n'est pas un frein quand il est prescrit mais peut être que le médecin ne l'inclut pas s'il identifie des réticences » (verbatim d'un réseau de prise en charge)

Durée du parcours de prise en charge et renouvellement du forfait

- L'ensemble des professionnels (prescripteurs, structures et opérateurs) s'accordent sur le fait que la répartition du nombre de consultations sur les deux années de prise en charge n'est pas adaptée.
- Les prescripteurs et opérateurs ont compris que chaque patient peut bénéficier de 6 consultations de suivi en année 1 et de 12 en année 2. Ils sont majoritaires à ne pas associer ces limites de forfait au montant global de la prise en charge (240€ par année, renouvelable 1 an) et prenant en compte les bilans. Ce décalage entre 6 consultations en année 1 et 12 en année 2 est source d'incompréhension. D'un point de vue thérapeutique, il serait selon eux plus logique d'inverser cet équilibre afin que les patients puissent bénéficier de plus de consultations en première année de prise en charge : « C'est incompréhensible, d'autant qu'on a besoin de consacrer du temps au début de la prise en charge » ; « Je n'ai pas bien compris le truc des 6 séances, c'est bizarre que ce ne soit pas en sens inverse » ; « Je trouve que c'est dommage de pas resserrer les consultations en première année, pour veiller à prendre les bonnes habitudes, en corriger certaines et faire en sorte de garder la motivation des familles ».

Quelles modalités d'utilisation du forfait – adéquation de la prise en charge aux besoins ?

- Le fait de n'avoir que 6 consultations de suivi en première année de prise en charge est considérée comme insuffisante pour certaines familles, notamment lorsque les 6 consultations sont réparties en 3 consultations de suivi diététique et 3 consultations de suivi psychologique : « *En 3 RDV on ne peut pas changer les habitudes alimentaires* ». Cet avis n'est pas partagé par l'ensemble des opérateurs. Certains considèrent en effet que 2 ou 3 séances peuvent suffire à lever certaines difficultés et engager une réflexion « *En 2 ou 3 séances de suivi psychologique on peut réussir à lever des trucs, lancer une réflexion et on voit si on poursuit la deuxième année* ».
- Le calendrier de renouvellement de la prescription est également source de questionnement et d'incompréhension pour certaines structures. Les délais d'attente peuvent engendrer des ruptures de parcours. « *C'est arrivé qu'on perde des familles au niveau du renouvellement* ».
- Une structure indique également un décalage de forme entre la prescription de renouvellement en format papier et les informations numériques demandées sur le SGE.

Adéquation de l'approche éducative par rapport aux ambitions du dispositif

- Parmi les 5 structures ayant fait l'objet de cette étude de cas, 4 conduisaient déjà des programmes d'ETP autour de la prise en charge de l'obésité des enfants et/ou des adolescents avant MRTC. L'approche éducative bienveillante du dispositif MRTC s'inscrit donc en cohérence et en continuité avec ce que proposaient déjà les structures. Tous les professionnels mobilisés dans MRTC n'étaient toutefois pas mobilisés dans les programmes d'ETP. Certains diététiciens et certains psychologues ont en effet rejoint les structures pour le déploiement de MRTC. Tous les professionnels mobilisés ne sont donc pas spécifiquement formés à l'ETP ou à la prévention / prise en charge des situations de surpoids et d'obésité chez les jeunes enfants, en particulier s'agissant des psychologues : « *Ils m'ont contactée car ils cherchaient des psychologues dans le secteur. Ce n'était pas dans mes spécialités premières – la spécificité sur l'alimentation et sur les enfants* » (verbatim d'une psychologue)
- Les échanges avec les diététiciens et les psychologues mobilisés dans MRTC indiquent néanmoins qu'ils partagent tous les principes de prise en charge de MRTC d'une approche éducative bienveillante non centrée sur la perte de poids : « *Pendant la consultation, je fais attention au choix de mes mots et de la conduite de l'entretien, aussi bien avec l'enfant qu'avec les parents. Il faut informer, conseiller, prendre en charge mais ne pas brusquer et être jugeant dans l'approche, ce serait contre-productif* ».
- Dans l'ensemble, les acteurs saluent la pertinence du positionnement bienveillant et non culpabilisant prôné par le dispositif MRTC. Certains soulignent à cet égard l'importance de maintenir une vigilance accrue sur la déclinaison du dispositif pour que ces principes soient bien incarnés dans chacune des consultations « *Il faut faire attention à la formation des diététiciens et des psychologues pour s'assurer que la logique bienveillante et globale est toujours respectée. Il faut être très précautionneux par rapport à ça* ».
- Les échanges avec les diététiciens rendent compte de la place importante dédiée aux sujets alimentaires dans les consultations mais témoignent

Quelles modalités d'utilisation du forfait – adéquation de la prise en charge aux besoins ?

	<p>également des autres sujets abordés avec les familles (activité physique, écrans, sommeil etc.). Certains acteurs interrogent le niveau d'importance donné à l'enfant dans les consultations et craignent que cela ait des effets délétères. Certains insistent sur l'importance de cibler les parents et non l'enfant : <i>« L'enfant ne doit pas être la cible, les parents doivent l'être. C'est une question de parentalité il faut apprendre à dire non. Sinon l'enfant culpabilise mais n'a aucun levier »</i>.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ D'autres professionnels estiment qu'il est important de faire participer l'enfant (et notamment en fonction de l'âge) et d'avoir son regard sur la situation, sans le culpabiliser mais pour que les bonnes habitudes se prennent le plus tôt possible (approche d'éducation à la santé). ▪ Les éléments recueillis auprès de toutes les familles rencontrées confirment l'approche bienveillante et non culpabilisante des professionnels des structures. C'est une caractéristique du dispositif très appréciée et une des conditions à l'assiduité des familles suivies (cf. ci-avant).
<p>Niveau de coordination</p>	<p>Organisation de la prise en charge par les structures</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dans les 5 structures ayant fait l'objet des études de cas, les opérateurs sont fortement autonomes dans la prise en charge des familles suivies tant sur le fond (le choix des sujets prioritaires à traiter, etc.) que sur le calendrier (rythme des consultations, calendrier etc.). Lorsque les professionnels exercent dans un lieu unique, des modalités de coordination sont plus ou moins formalisées : A Boulogne sur Mer et Dunkerque, des revues de dossier sur les patients permettent une coordination formelle entre les professionnels : <i>« on se prend toujours un temps le mercredi pendant notre pause déjeuner pour se parler des dossiers et ajuster au besoin la prise en charge. On se sollicite beaucoup »</i> (NDLR : diététicienne et psychologue, voire infirmière coordinatrice pour faire le lien avec les familles). <i>« On essaie au maximum de se mettre d'accord sur les dossiers et les prises en charge, au moins sur la consultation diététique et psychologique »</i>. A la MSP Liberté de Maubeuge ou dans le réseau Diabhainaut, les modalités de coordination entre diététiciens et psychologues sont légères et informelles : <i>« Nous n'avons pas le temps pour faire quelque chose de plus formalisé et cette organisation est plus efficace vu le nombre limité de professionnels concernés »</i> (verbatim d'une structure) ▪ Lorsque ces modalités de coordination entre professionnels de santé ne sont pas déployées, certains professionnels considèrent que c'est une des faiblesses du dispositif : <i>« Je n'ai aucun contact avec les autres psychologues et diététiciens du dispositif, c'est le petit point négatif »</i> ; <i>« il n'y a pas d'échange entre professionnels, si ça pouvait se faire, ça pourrait être un plus »</i>. ▪ L'ensemble des professionnels rencontrés reconnaissent que la prise en charge des familles est relativement cloisonnée. Ce niveau de coordination n'est néanmoins pas remis en cause par les familles suivies : aucune n'a considéré qu'il était insuffisant ou que les professionnels partageraient des messages contradictoires. ▪ Certaines structures assurent un rôle de coordination important entre les professionnels et les familles (prise de RDV, relances des familles etc.). Ce travail est extrêmement valorisé par les professionnels, notamment libéraux, qui

Quelles modalités d'utilisation du forfait – adéquation de la prise en charge aux besoins ?

en bénéficient « *Les choses sont claires, on en comprend l'intérêt. La gestion est très facile avec l'APESAL : prise de RDV, gestion des ordonnances, distribution des documents et des affiches* » ; « *Ils m'ont prêté des bureaux quand les patients n'étaient pas véhiculés* »

Place du prescripteur dans le suivi de la prise en charge

- **Les prescripteurs et les professionnels en charge de la prise en charge n'échangent pas, ou rarement, sur la situation des patients pris en charge.**
- Les prescripteurs apprécient recevoir les comptes rendus des bilans initiaux et de fin de prise en charge et n'identifient pas de besoin d'information supplémentaire. Un médecin souligne que le compte rendu prévu en fin de suivi n'est pas toujours suffisamment clair concernant les éventuels besoins de renouvellement : « *J'aimerais bien avoir un petit mot comme quoi on est arrivé à la fin des séances. Si les familles ne sont pas en demande on ne le sait pas forcément* ».
- Les professionnels en charge du suivi partagent ce point de vue bien que certains aimeraient que le prescripteur s'investisse davantage dans le suivi : « *Les échanges sont rares avec les médecins. J'ai dû avoir 3 ou 4 appels d'un médecin sur 47 enfants suivis* » (verbatim d'un diététicien) ; « *Je fais les comptes rendus lors du premier bilan et de la dernière consultation mais je n'ai aucun retour des médecins. Je déplore leur manque d'investissement* » (verbatim d'une psychologue)
- Les professionnels s'accordent sur les bénéfices d'un renforcement de la coordination entre les prescripteurs et opérateurs tout en soulignant l'importance de préserver une légèreté dans les modalités de coopération inter-pluridisciplinaire pour éviter un engagement en temps qu'ils ne pourraient assurer dans la durée : « *Il n'y a pas beaucoup d'échange, c'est toujours un peu le même problème. Ce serait génial d'interconnecter mais c'est difficile. Au bout de 6 mois ou 1 an de prise en charge ce serait vraiment super de réussir à se réunir 10 ou 15 minutes. Avec les moyens de communication aujourd'hui, un zoom ou un teams, ça pourrait être plus facile.* » (verbatim d'un pédiatre)
- Les familles n'ont pas toutes connaissance des modalités de coopération entre les effecteurs et leur médecin traitant. Pour celles qui le sont, elles sont plutôt satisfaites.

Partenariats

- Les structures ayant fait l'objet de l'étude de cas n'ont pas formalisé de partenariats avec d'autres acteurs ou structures pour compléter et /ou prolonger l'offre de MRTC (par exemple sur le volet de l'activité physique). Les actions de dépistage de l'APESAL en milieux scolaires ont néanmoins permis d'étendre la couverture de MRTC en orientant quelques enfants dépistés.
- Un potentiel partenariat sur le volet d'activité physique (avec les acteurs du sport-santé notamment) est identifié par certains acteurs sans qu'il n'ait été réellement investi pendant l'expérimentation : « *Il y a un travail embryonnaire partenarial avec les élus et les communautés de communes pour recenser l'offre gratuite qui devrait être poursuivie* ».
- D'autres pensent à articuler MRTC avec les autres actions de prévention

Quelles modalités d'utilisation du forfait – adéquation de la prise en charge aux besoins ?

	<p>menées sur le territoire pour informer de l'existence du dispositif et identifier les éventuels ponts possibles pour favoriser par la suite, une prise de relai par d'autres types d'acteurs si nécessaire : <i>« Dans notre projet de santé, on est amenés à travailler avec d'autres acteurs, pour la prévention du diabète par exemple. Peu à peu, il y a une dynamique d'acteurs qui se crée et une articulation avec cet existant serait peut-être une bonne idée ».</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ En l'absence de partenariats structurés, les professionnels orientent parfois les familles vers d'autres acteurs / structures en fonction des connaissances qu'ils ont de cet écosystème d'acteurs. C'est notamment le cas sur le volet d'activité physique : les professionnels en charge du bilan d'activité physique et/ou les diététiciens ont dans certains cas recensé les différentes possibilités de faire de l'activité physique à moindre coût dans le secteur. <i>« Une diététicienne a les coordonnées de toutes les associations sportives du secteur ; elle fait le relai du catalogue auprès des familles ».</i>
<p>Satisfaction des professionnels</p>	<p>Satisfaction des opérateurs sur la mise en œuvre de la prise en charge</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Les structures et professionnels en charge du suivi tirent un bilan satisfaisant de l'expérimentation malgré un nombre d'enfants inclus inférieur à celui qui était anticipé. Ils s'accordent sur la pertinence du programme pluridisciplinaire qui déploie une approche bienveillante, non culpabilisante et qui prend en compte les habitudes et besoins des familles dans leur globalité. ▪ Les opérateurs identifient certains points de déception : le nombre d'enfants effectivement inclus ; les montants de rémunération des professionnels paramédicaux (cf. ci-après), la faible couverture de l'activité physique en ne lui réservant qu'un seul bilan spécifique. Selon les professionnels, l'importance de l'activité physique est sous-estimée dans MRTC. <p>Satisfaction des prescripteurs</p> <p>Les prescripteurs rencontrés tirent un bilan très satisfaisant du dispositif MRTC :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Un dispositif pertinent : le dispositif MRTC répond à des besoins de prise en charge pour des familles face auxquelles ils se trouvaient auparavant démunis ; ○ Un dispositif opérationnel et « clé en main » même si le fonctionnement de la prescription initiale pourrait être plus lisible et souple ; ○ Un dispositif cadré avec des effecteurs professionnels et des modalités de suivi appropriées. <p>Les prescripteurs identifient certains points de déception :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Le caractère trop restrictif des critères d'inclusion est regretté par les prescripteurs. ○ S'agissant de l'âge, les médecins identifient des situations pour lesquelles le dispositif serait pertinent avec des familles suivies beaucoup plus tôt (dès la diversification alimentaire) ou pour des enfants plus âgés. ○ S'agissant de la corpulence, les médecins s'accordent sur l'importance d'agir le plus tôt possible sur les facteurs prédictifs de l'obésité mais

Quelles modalités d'utilisation du forfait – adéquation de la prise en charge aux besoins ?

	insistent sur l'importance de prévoir une solution de prise en charge pour les enfants en situation d'obésité plus avancée.
--	---

6 Enseignements liés à la quatrième question évaluative

Quel impact sur les habitudes de vie (alimentation, activité physique...) et la qualité de vie des enfants et de leur entourage ? A-t-elle permis de stabiliser le z-score des enfants ?

Effets / résultats de la prise en charge

Effets / résultats identifiés pour les familles

- Les retours de professionnels (structures et prescripteurs) sont globalement positifs. Le programme permet de cadrer, structurer l'accompagnement pour des résultats immédiats et pérennes. La multidisciplinarité favorise une prise en charge complète en accord avec la situation des familles : *« on met toutes les chances de notre côté pour que ça avance, que ça diffuse »*. Ils insistent souvent sur la nécessité de prendre en compte la dimension familiale, les histoires passées (notamment avec l'appui du psychologue) pour *« dénouer les choses et comprendre l'évolution corporelle de l'enfant »*.

Sur l'évolution corporelle

- Les éléments recueillis suggèrent que certains enfants ont perdu entre 1 à 3 kg et que d'autres ont stabilisé leur poids : *« on ralentit la prise de poids »*. A la marge, certains enfants ont pris du poids *« Il n'y a pas de miracles mais des ruptures dans les prises de poids qui sont intéressantes, au lieu d'en prendre 10 ils en prennent que 2 ; ne sont pas encore sur la courbe normale mais on observe une petite marche »*. Les professionnels insistent auprès des familles sur l'intérêt d'équilibrer le poids, plutôt qu'une recherche systématique d'en perdre. Il convient de noter que les professionnels et les familles rencontrés n'utilisent pas tous l'évolution de l'IMC comme point de référence : le poids reste un indicateur très présent.
- La période de confinement a soit été positive et bénéfique pour le suivi de la prise en charge (avec une assiduité dans la prise des repas et une attention à leur composition), soit totalement négative avec une prise alimentaire importante, déstructurée et une réduction de l'activité physique.
- Par ailleurs, le programme a aidé certains enfants à accepter leur corps et avoir une meilleure perception d'eux-mêmes. En effet, certains professionnels font état d'enfants moqués à l'école en raison de leur poids, et qui peuvent avoir une mauvaise image d'eux-mêmes. De fait, l'appui psychologique est une aide importante pour les aider à retrouver confiance en eux et avoir d'estime d'eux-mêmes : *« On a des enfants qui verbalisent plus leurs émotions ; qui gèrent mieux les colères, avec des petits exercices de respiration »*.

Sur les habitudes alimentaires

- Tous les professionnels s'accordent sur l'intérêt du programme pour que les familles s'approprient les bases de l'équilibre alimentaire et mettent en pratique les conseils nutritionnels : *« on a des changements sur le temps long ! »* . *« J'ai peu de recul pour avoir un avis, mais cela contribue à une prise de conscience qui est intéressante »*. Les familles avaient des niveaux très différents sur le sujet (et des attentes différentes), mais toutes semblent avoir bénéficié d'un appui ciblé sur leurs besoins.
- Les professionnels mettent en avant une diffusion de messages et de

Effets / résultats de la prise en charge

	<p>conseils sur : l'équilibre alimentaire (importance de la variété des aliments et de leurs apports pour le bon fonctionnement du corps); les quantités/portions d'aliments nécessaires par repas ; les types de cuisson ; la lecture des étiquettes alimentaires, etc.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Avec du recul sur les situations, les professionnels identifient <i>a minima</i> une prise de conscience sur l'intérêt nutritionnel des repas pour la santé, voire pour certaines familles un changement dans leurs pratiques (et une diffusion large auprès des membres de la famille) : « <i>Généralement, les enfants comprennent l'intérêt de la démarche, que ce n'est pas une punition et qu'il peut manger ce qu'il aime raisonnablement</i> ». <p><u>Sur les écrans / sommeil /activité physique</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Les diététiciens et psychologues ont relayé des conseils sur les habitudes de vie, relatives aux écrans et activité physique. Sur le sommeil, cela semble plus indirect et plus en lien avec les séances de psychologie. En effet, pour les professionnels interrogés, les troubles du sommeil sont souvent en lien avec une utilisation importante des écrans ou une situation/un climat générant du stress. Ils observent une meilleure qualité de sommeil, dès lors que ces situations se « <i>régularisent</i> ». ▪ En pratique, des professionnels ont élaboré des fiches pratiques pour l'activité physique et les écrans. Dans l'idée des fiches recettes, elles permettent de donner des repères aux familles pour une adaptation à leur situation. Des familles se sont mises à augmenter leurs sorties ou leur temps de balades pour favoriser une activité physique et en cela les professionnels sont plutôt satisfaits. ▪ Pour autant, ils estiment qu'il est encore difficile de faire changer les comportements liés aux écrans. Ils observent encore une utilisation importante, notamment dans les fratries où il est souvent difficile de faire accepter les changements aux grands frères et grandes sœurs. Certains parents se trouvent démunis et n'identifient pas toujours les « <i>bons leviers</i> ». <p><u>Autres effets</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Des professionnels sont satisfaits des retentissements que cela peut aussi avoir sur les familles. Des parents ont maigri en suivant les nouvelles habitudes alimentaires et d'autres ont plus confiance en eux, et culpabilisent moins sur leur manière de faire.
<p>Facteurs favorables à la réussite de la prise en charge</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Au-delà de la prise en charge multidisciplinaire, les professionnels identifient plusieurs leviers nécessaires pour la réussite de la prise en charge : <ul style="list-style-type: none"> ○ Ceux liés aux interventions en tant que telles : la proximité, la disponibilité de l'équipe, l'approche « <i>non-jugeante</i> », l'adaptation des prescriptions, le cadre mis en place, les relances des familles, etc. ; ○ Ceux liés à la coordination des interventions : la revue des dossiers entre professionnels, les temps d'échanges informels et l'appui sur les prescripteurs si besoin. ▪ Enfin, les professionnels insistent sur l'intérêt d'une augmentation des consultations si besoin (ou <i>a minima</i> une prise en charge plus importante en première année) car les situations sont très différentes et certaines

Effets / résultats de la prise en charge

	requièrent un accompagnement plus long pour réussir la prise en charge.
--	---

7 Enseignements liés à la cinquième question évaluative

Le modèle économique mis en place est-il viable sur le long terme ? Quel serait l'impact budgétaire d'une généralisation à l'échelle de tout le pays ?

Coût du dispositif

Coût du dispositif

- **Les montants de rémunération prévus pour les diététiciens et les psychologues sont considérés comme faibles, notamment pour les professionnels de santé libéraux.** La faiblesse des montants de rémunération a compliqué la mobilisation des professionnels au démarrage de l'expérimentation, en particulier des psychologues. Pour les structures publiques, les dépassements de coûts ont pu être gérés mais questionnent sur la suite et ne pourront pas perdurer en l'état (exemple : CH). *« C'est une opération absolument pas rentable pour les professionnels de santé. Avec les charges, ça fait 7euros pour 30 minutes, c'est très faible » (verbatim d'un médecin généraliste.) « Certains psys ont refusé de participer à cause de la faiblesse de la rémunération. Ils ne sont pas nombreux à exercer en libéral et leurs carnets de RDV sont assez pleins ».* A la MSP de Maubeuge, la faiblesse de la rémunération est une des raisons ayant engendré le départ d'une psychologue du dispositif.
- **La durée de consultation sur laquelle est calculée le montant de rémunération (30 minutes par consultation) est considérée comme étant trop faible** pour assurer une consultation dans de bonnes conditions, notamment lorsque la consultation vise la prise en charge des enfants et de leur parent. Les professionnels de santé indiquent que leur consultation dure en moyenne entre 45 minutes et 1 heure : *« 30 minutes avec un enfant c'est suffisant mais ça ne l'est pas si on intègre l'adulte » (Verbatim d'un psychologue)*
- A cette durée de consultation, s'ajoutent les temps de relance et de renseignement du SGE lorsqu'ils sont gérés par les professionnels de santé. *« La psychologue ne s'en sortait pas au niveau du coût de revient par enfant » ; « je prends du temps à relancer les familles et m'assurer qu'elles viendront aux rendez-vous ».*
- Pour lever ces obstacles, certains professionnels ont organisé différemment les temps de consultation prévus en proposant 2 consultations de 45 minutes plutôt que 3 consultations de 30 minutes. D'autres ont allongé la durée de la consultation sans que ce temps ne soit rémunéré : *« 30 minutes c'est horriblement court : quand on a 2 ou 3 séances on peut faire une heure et s'arranger » (verbatim d'un psychologue).* *« Une consultation de 45min/1h à 20euros c'est faible. Et là-dessus je rajoute le compte rendu qui prend du temps » (verbatim d'un diététicien)*
- **Les montants de rémunération posent moins de difficultés aux structures de prise en charge dans lesquels les professionnels de santé sont salariés.** Ils étaient par exemple considérés comme satisfaisants pour le réseau Diab'hainaut qui a pu organiser la prise en charge des enfants orientés à coûts constants (sans avoir besoin de recruter de nouveaux professionnels de santé).
- **Les désistements de dernière minute de certaines familles s'avèrent**

Coût du dispositif

	<p>coûteuses pour certains professionnels qui réservent et perdent des créneaux de consultation pour celles-ci. Pour certains professionnels, les familles MRTC sont plus sujettes à ce type d'annulation. Certains suggèrent d'intégrer des garde-fous pour limiter ce type de comportement en demandant par exemple de régler la consultation en cas d'annulation à la dernière minute : « <i>Ça m'arrive très fréquemment, parfois je me déplace même et je perds un créneau</i> » (verbatim d'un diététicien)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Certains acteurs rencontrés indiquent que des structures du NPDC ont pris en charge sur leurs fonds propres certains enfants qui étaient trop âgés pour rentrer dans le dispositif. ▪ L'enveloppe prévue pour le renseignement du SGE (200€ tous les 10 enfants inclus) est comprise comme une enveloppe dédiée à la coordination des dossiers des patients. Elle est généralement versée à la structure de prise en charge mais pas aux professionnels de santé assurant la prise en charge (lorsqu'ils sont libéraux). Pour les structures, le montant de cette enveloppe est considéré comme relativement faible au regard des temps passés à la coordination des dossiers des patients (y compris les relances des familles). Les professionnels de santé assurant la prise en charge n'ont pas exprimé d'avis spécifique sur le montant de cette enveloppe, dont une majorité indique ne pas en connaître les spécificités. ▪ Par ailleurs, des professionnels interrogent sur la possibilité d'acheter des petites fournitures pour pouvoir recevoir les enfants : « <i>avoir 30 ou 40 euros de budget pour acheter de la pâte à modeler, des crayons ou encore un petit mobilier pour recevoir les enfants et leur proposer de bonnes conditions de prise en charge serait une bonne idée. On a dû acheter ce type de fournitures, notamment pour les consultations psy où les enfants passent beaucoup par le jeu et le dessin pour exprimer leurs émotions</i> ».
--	---

8 Annexe 1

Eléments généraux sur l'étude de cas	
Structures visitées	1) MSP Kruysbellaert (à Dunkerque) 2) Centre hospitalier de Boulogne-sur-Mer (reconnu centre spécialisé de l'obésité en 2012) dans les locaux de l'UTEP (Unité transversale d'éducation thérapeutique du patient) 3) Réseau Diabhainaut 4) MSP Maubeuge 5) APESAL
Liste et fonctions des personnes interrogées au sein des structures	<p>MSP de Dunkerque :</p> <ul style="list-style-type: none"> - diététicienne - coordinatrice - psychologue - médecin du sport <p>CH de Boulogne :</p> <ul style="list-style-type: none"> - infirmière coordinatrice - psychologue - diététicienne <p>Réseau Diabhainaut</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diététicienne - Diététicienne - Psychologue - Responsable <p>MSP Maubeuge</p> <ul style="list-style-type: none"> - coordinatrice - diététicienne - IDE responsable du programme d'ETP <p>APESAL</p> <ul style="list-style-type: none"> - diététicien - diététicienne - psychologue - psychologue - diététicienne coordinatrice - responsable
Liste et fonctions des prescripteurs interrogés	<ul style="list-style-type: none"> - médecin généraliste (MSP de Dunkerque) - médecin généraliste - médecin coordinateur (Réseau Diabhainaut) - médecin pédiatre libéral - médecin de PMI - médecin de PMI
Autres entretiens réalisés	<ul style="list-style-type: none"> - ARS Hauts-de-France - CPAM des Flandres - Assistance sociale

9 Annexe 2

Présentation des structures	
CH de Boulogne-sur-Mer	<p>Positionnement de la structure vis-à-vis de la thématique :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prévention obésité dans projet de santé : Oui • Obésité dans missions de service public : Non • Consultation diététique enfant préalable : Non • Consultation psychologique préalable : Oui • Existence répertoire d'adresse APS : Oui <p>Organisation de la structure :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Statut de la structure : Etablissement de santé • Mono/multisite(s): Monosite • Nombre de professionnels : 23 • Types de professionnels : pédiatres, médecin, cadre, IDE coordinatrice, secrétaire, diététicienne, psychologue, EMS.
MSP Kruysbellaert	<p>Positionnement de la structure vis-à-vis de la thématique :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prévention obésité dans projet de santé : Non • Obésité dans missions de service public : Non • Consultation diététique enfant préalable : Oui • Consultation psychologique préalable : Non • Existence répertoire d'adresse APS : Oui <p>Organisation de la structure :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Statut de la structure : MSP (SISA) • Mono/multisite(s) : Monosite • Nombre de professionnels : 20 (+ 2 pharmaciens hors MSP) • Types de professionnels : médecins généralistes, sages-femmes, infirmières, pédicure-podologue, orthophonistes, psychologue, diététicienne, coordinatrice, kinésithérapeutes, secrétaires médicales...

APESAL	<p>Positionnement de la structure vis-à-vis de la thématique :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prévention obésité dans projet de santé : Oui • Obésité dans missions de service public : Non • Consultation diététique enfant préalable : Oui • Consultation psychologique préalable : Non • Existence répertoire d'adresse APS : Non renseigné <p>Organisation de la structure :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Statut de la structure : Association • Mono/multisite(s): Multi-sites • Nombre de professionnels : 69 • Types de professionnels : Salariés administratifs, animatrice d'éducation sanitaire, salarié en charge de la cellule de suivi, diététicienne, infirmière d'éducation et de prévention, secrétaire générale de direction, professionnels de santé vacataires
MSP Maubeuge (Maison de Santé Pluridisciplinaire Liberté)	<p>Positionnement de la structure vis-à-vis de la thématique :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prévention obésité dans projet de santé : Oui • Obésité dans missions de service public : Oui • Consultation diététique enfant préalable : Oui • Consultation psychologique enfant préalable : Non • Existence répertoire d'adresse APS : Oui <p>Organisation de la structure :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Statut de la structure : MSP • Mono/multisite(s) : Multi-sites • Nombre de professionnels : 47 • Types de professionnels : Médecins généralistes, médecin à orientation nutritionniste, cardiologue, podologues, infirmiers, masseur-kinésithérapeute, psychologue, diététiciens
Diabhainaut	<p>Positionnement de la structure vis-à-vis de la thématique :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prévention obésité dans projet de santé : Non • Obésité dans missions de service public : Non • Consultation diététique enfant préalable : Oui • Consultation psychologique préalable : Oui • Existence répertoire d'adresse APS : Oui

Organisation de la structure :

- Statut de la structure : **Réseau de santé**
- Mono/multisite(s): **Mono-site**
- Nombre de professionnels : 9
- Types de professionnels : Médecin coordinateur, référent administratif et podologue, secrétaire administrative et comptable, infirmière, psychologue, diététiciennes, professeur d'activité physique adaptée, agent d'entretien

Source : Planète Publique, à partir des données des dossiers de candidatures des structures