

Evaluation de l'expérimentation

Mission : retrouve ton cap



Rapport d'évaluation

Juin 2021

Avertissement

Le présent document constitue le rapport final d'évaluation de l'expérimentation Mission : retrouve ton cap (MRTC). Il présente les conclusions de l'équipe d'évaluation sur l'expérimentation ainsi que des recommandations en vue de la suite à donner au programme.

Son contenu relève de la seule responsabilité des consultants de Planète Publique et ne saurait engager ni la CNAM, ni les partenaires de l'évaluation.

Constitutrices :



Caroline Massot, directrice du pôle santé-social

Lamia Benjankhar, consultante confirmée

Quiterie Landèche, consultante confirmée

Elisabeth Mendy, chargée d'étude

Sommaire

TABLE DES ILLUSTRATIONS.....	4
1. INTRODUCTION	5
2. L'EXPERIMENTATION « MISSION : RETROUVE TON CAP ».....	6
2.1 Les principes généraux d'expérimentation	6
2.2 Quelques éléments de bilan	9
3. DEMARCHE EVALUATIVE	15
4. LE DISPOSITIF PERMET-IL DE FAIRE EMERGER UNE PRISE EN CHARGE STRUCTUREE ?18	
4.1 Une communication institutionnelle qui a permis d'engager une part importante des prescripteurs potentiels	18
4.2 Une appropriation <i>a priori</i> satisfaisante de la logique d'action du dispositif	22
4.3 Globalement, des prescripteurs davantage investis dans l'orientation des familles que dans le reste du parcours.....	23
5. LE DISPOSITIF PERMET-IL D'AMELIORER SIGNIFICATIVEMENT L'ACCES A UNE PRISE EN CHARGE ?.....	26
5.1 La mise en place de MRTC facilite le repérage, l'orientation et l'inclusion de familles mais des obstacles à l'inclusion précoce subsistent	26
5.2 Les modalités de MRTC favorisent le maintien des bénéficiaires dans un parcours de PEC	32
6. QUELLES MODALITES D'UTILISATION DU FORFAIT – ADEQUATION DE LA PRISE EN CHARGE AUX BESOINS ?.....	36
6.1 La durée, la diversité et l'approche éducative des prises en charge sont en adéquation avec les ambitions initiales du dispositif	36
6.2 Les modalités de coordination prévues entre professionnels sont respectées mais sont relativement limitées	40
6.3 Une réponse pertinente aux besoins des familles et une logique de prise en charge globale qui pourrait être renforcée.....	43
6.4 Les modalités de PEC satisfont les PS mais la faiblesse des montants des rémunérations est mise en cause	44
7. QUELS IMPACTS SUR LES HABITUDES DE VIE ET LA CORPULENCE DES ENFANTS ?... 45	
7.1 Des effets favorables, en particulier sur la corpulence et les habitudes alimentaires	45
7.2 Des effets qui pourraient s'inscrire dans la durée malgré des facteurs de fragilité	53

8.	LE MODELE ECONOMIQUE EST-IL VIABLE SUR LE LONG TERME ?.....	57
8.1	Une prise en charge peu coûteuse	57
8.2	Des coûts sous-estimés et une revalorisation attendue	61
8.3	Simulations en cas de généralisation.....	63
9.	CONCLUSION GENERALE	67
10.	RECOMMANDATIONS	72
10.1	Recommandations générales.....	72
10.2	Recommandations opérationnelles.....	73

Table des illustrations

Figure 1 – Nombre d’enfants inclus au mois de janvier 2021, par territoire	9
Figure 2 – Etat du parcours des enfants au niveau national – janvier 2021	10
Figure 3 – Sexe des enfants inclus	10
Figure 4 – Répartition de l’âge des enfants inclus	11
Figure 5 - Corpulence à l’inclusion : catégorisation vis-à-vis du surpoids	12
Figure 6 – IMC des enfants inclus au regard des courbes de corpulence	13
Figure 7 – Nombre de prescripteurs selon le territoire d’expérimentation	14
Figure 8 – Répartition des types de prescripteur selon le territoire	14
Figure 9 – Taux de couverture des prescripteurs potentiels selon la spécialité	19
Figure 10 – Rythme d’inclusion des enfants par année et par trimestre	20
Figure 11 : Satisfaction des prescripteurs vis-à-vis de l’expérimentation MRTC	21
Figure 12 : Satisfaction des prescripteurs vis-à-vis de l’expérimentation MRTC	23
Figure 13 : Pratiques des prescripteurs avant l’expérimentation MRTC.....	25
Figure 14 : Première connaissance de « Mission : retrouve ton cap » par les familles	27
Figure 15 : Perception des familles sur la prise en charge proposée par les professionnels.....	34
Figure 16 – Distribution des enfants en fonction des bilans prescrits et réalisés	37
Figure 17 – Ressenti des parents vis-à-vis de l’approche proposée dans la prise en charge	39
Figure 18 – Type de formations pouvant être utiles aux professionnels de la prise en charge (pour les structures indiquant que les professionnels ne sont pas tout à fait suffisamment formés)	40
Figure 19 – Transmission des comptes rendus au médecin prescripteur	41
Figure 20 – Evolution du z-score des enfants inclus, pour les deux périodes d’analyse	46
Figure 21 – Evolution du z-score des enfants inclus, pour les deux périodes d’analyse	47
Figure 22 – Effets positifs constatés sur la corpulence, en fonction du statut de l’enfant dans l’expérimentation.....	49
Figure 23 – Effets positifs constatés sur les habitudes alimentaires, en fonction du statut de l’enfant dans l’expérimentation.....	51
Figure 24 – Perception des parents sur la capacité à maintenir les changements dans la durée	54
Figure 25 – Perception des professionnels des structures sur la capacité des familles à maintenir les changements dans la durée	55
Figure 26 – Structuration des coûts du dispositif.....	58
Figure 27 – Coût moyen de la prise en charge selon le statut dans l’expérimentation	58
Figure 28 – Coût moyen de la prise en charge selon l’âge à l’inclusion	59
Figure 29 – Coût moyen de la prise en charge selon la corpulence à l’inclusion	60
Figure 30 – Coût moyen de la prise en charge selon le territoire	61
Figure 31 - Simulations en cas de généralisation à l’ensemble du territoire	65
Figure 32 - Simulations en cas d’extension de la tranche d’âge des enfants ciblés	66

1. Introduction

Face à la chronicisation des maladies, au vieillissement de la population et à la contraction des ressources, le système de santé est confronté à la nécessité de faire évoluer son organisation vers plus de coopération. De nouveaux modèles sont à imaginer pour décloisonner les relations entre les différents acteurs de la santé et améliorer le parcours des patients et la qualité des soins. En particulier, les modalités de rémunération des acteurs de la santé peuvent constituer des freins à la coordination autour des parcours des patients. Ainsi, la tarification à l'acte est de plus en plus jugée partiellement incompatible avec l'aménagement de temps dédiés aux échanges entre professionnels, à la prévention et à l'innovation. Dans ce contexte, l'article 51 de la LFSS 2018 a introduit la possibilité de déroger aux modalités actuelles de tarification et prévoit le déploiement d'expérimentations organisationnelles et de modes de financement inédits.

Le surpoids et l'obésité sont définis par l'OMS comme une accumulation anormale ou excessive de graisse corporelle qui peut nuire à la santé¹. L'édition 2014-2016 de l'Etude de santé sur l'environnement, la biosurveillance, l'activité physique et la nutrition (ESTEBAN) révèle une prévalence du surpoids et de l'obésité de 17 % en 2015 pour la classe d'âge des 6-17 ans, dont 4 % d'obèses². Si cette proportion reste stable depuis 2006, après avoir connu une forte croissance depuis la fin des années 1970³, la prévalence du surpoids reste importante et justifie la mise en place de politiques publiques ambitieuses pour inverser la tendance et prévenir les complications fréquemment associées. Par ailleurs, la Haute Autorité de Santé rappelle que le fait d'être touché par l'obésité à l'enfance ou à l'adolescence augmente les risques de morbidité et d'obésité à l'âge adulte.

La survenue du surpoids et de l'obésité relève d'une multiplicité de facteurs qui peuvent être génétiques, épigénétiques, physiologiques, psychologiques, environnementaux ou socioéconomiques. La prise en compte de l'environnement familial et social est également cruciale pour favoriser l'accès aux soins comme son effectivité. En effet, la prévalence de l'obésité varie en fonction de facteurs socio-économiques, et se révèle plus élevée dans les milieux sociaux défavorisés. De même, les habitudes alimentaires pouvant impacter la corpulence sont significativement affectées par le milieu social et familial : chez les enfants âgés de moins de 10 ans, les habitudes alimentaires considérées comme « saines » sont positivement corrélées au niveau d'étude de son parent représentant⁴.

Le dépistage et la prise en charge précoce des enfants présentant un surpoids est ainsi un enjeu crucial de santé publique.

¹ World Health Organization. *Obesity : preventing and managing the global epidemic*. Geneva : WHO, 2000.

² *Etude de santé sur l'environnement, la biosurveillance, l'activité physique et la nutrition* (Esteban 2014-2016) - Volet nutrition - Chapitre corpulence.

³ *Surpoids et obésité de l'enfant et de l'adolescent*, Haute Autorité de la Santé, 2011.

⁴ *Evolution des habitudes et mode de consommation*, ANSES, 2017

2. L'expérimentation « Mission : retrouve ton cap »

2.1 Les principes généraux d'expérimentation

Contexte de mise en œuvre

L'expérimentation « Mission : retrouve ton cap » (MRTC) a pris sa source dans l'article 68 de la loi relative au financement de la sécurité sociale du 21 décembre 2015. L'article prévoyait la mise en œuvre d'expérimentations relatives à l'amélioration de la prise en charge et le suivi d'enfants de trois à huit ans révolus chez lesquels le médecin suivant l'enfant aurait décelé un risque d'obésité tel que défini par les recommandations de la Haute Autorité de Santé. Les expérimentations étaient autorisées dans des territoires définis par arrêté et devaient se dérouler entre le 1^{er} juillet 2016 et le 31 décembre 2019.

L'expérimentation a ensuite été intégrée dans le dispositif d'innovation en santé créé par l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale 2018. L'arrêté du 20 décembre 2018 et son cahier des charges ont fixé les modalités de mise en œuvre de cette intégration : prolongation de la durée de l'expérimentation (jusqu'au 31 décembre 2020) et possibilité à de nouvelles structures de participer à l'expérimentation.

L'expérimentation « MRTC » visait à améliorer **la prévention de l'obésité chez les jeunes enfants** à travers le déploiement d'une nouvelle prise en charge, pluridisciplinaire, gratuite, précoce et adaptée aux besoins de l'enfant et de sa famille. Elle s'adressait aux enfants de 3 à 8 ans, en surpoids ou présentant un risque d'obésité ainsi qu'à leur famille, qui étaient adressés par le médecin qui suit habituellement l'enfant dans des structures préalablement sélectionnées.

Public cible

La prise en charge expérimentale s'adressait aux enfants de 3 à 8 ans révolus⁵ en surpoids avéré ($\geq 97^{\text{ème}}$ percentile de la courbe de corpulence), et/ou présentant un rebond d'adiposité précoce ou encore un changement rapide de couloir de la courbe IMC vers le haut. Seuls les enfants présentant un risque d'obésité et relevant d'une prise en charge de 1^{er} recours, telle que définie par la HAS⁶, étaient concernés par le dispositif. Ce recours correspond à « une prise en charge de proximité par le médecin habituel de l'enfant ». La HAS recommande que ce recours soit proposé aux enfants et adolescents :

- en surpoids ou présentant une obésité commune non compliquée ;

⁵ C'est-à-dire jusqu'à la veille des 9 ans, ce qui peut expliquer que certains enfants pris en charge ont passé le plafond durant la prise en charge.

⁶ *Surpoids et obésité de l'enfant et de l'adolescent*, Haute Autorité de la Santé, 2011. A noter que les recommandations en matière de prise en charge de l'obésité infantile sont en cours de révision, mais non finalisées au moment de la rédaction du présent rapport.

- pour lesquels le contexte familial est favorable, suggérant une capacité à mettre en œuvre les changements proposés ;
- sans problème psychologique et social majeur identifié.

Ainsi, l'expérimentation permettait d'inclure les enfants n'étant pas en surpoids, mais en présentant seulement des facteurs de risque (rebond d'adiposité précoce, changement rapide de couloir vers le haut, sur la courbe de corpulence).

Parcours de prise en charge

La prise en charge du dispositif MRTC était pluridisciplinaire : elle consistait en un accompagnement diététique, psychologique et d'activité physique. Si elle était prescrite par le médecin qui suit l'enfant (médecin généraliste, pédiatre ou médecin exerçant en centre de protection maternelle et infantile), elle était assurée, par des professionnels de santé et psychologues, au sein d'une structure pluridisciplinaire (centre de santé, maison de santé pluridisciplinaire, association, etc.), qui délivraient deux types de prestations : des bilans sur la base d'entretiens approfondis et des consultations de suivi. Ces prestations concernaient trois volets distincts :

- Accompagnement diététique constitué d'un bilan initial et de consultations de suivi. Il visait à apprécier les habitudes alimentaires de la famille ou du lieu de vie de l'enfant, les conditions de vie, les représentations de l'enfant et de son entourage sur le surpoids et sa prise en charge, et de définir avec l'entourage de l'enfant des objectifs de prise en charge adaptés ;
- Accompagnement psychologique constitué d'un bilan psychologique et de consultations de suivi. Son objectif était d'accompagner l'enfant et son entourage dans les changements proposés dans le cadre de l'expérimentation. Après une évaluation de l'état émotionnel de l'enfant, l'accompagnement pouvait permettre de comprendre si des événements avaient pu favoriser une prise de poids ou repérer d'éventuels signes de souffrance psychologique ou de psychopathologie ;
- Bilan d'activité physique permettant d'explorer le rapport qu'entretenait l'enfant et son entourage avec les activités physiques et sportives afin de définir si l'enfant était plutôt sédentaire ou plutôt actif, d'appréhender les leviers d'action pour nourrir la motivation au changement et faire émerger chez l'enfant et son entourage leur propres solutions pour augmenter l'activité physique.

Le nombre total de bilans et consultations de suivi était défini par un montant maximum versé aux structures par enfant, fixé à 240 euros. Le prix des bilans s'élevait à 40 euros, contre 20 euros pour les consultations de suivi.

La **première année**, il était donc possible de réaliser 3 bilans et 6 consultations de suivi maximum (soit 3 fois 40 euros pour les bilans et 6 fois 20 euros pour les consultations de suivi). Il était également possible de réaliser uniquement 2 bilans mais 8 consultations de suivi ou bien 1 bilan et 10 consultations de suivi.

A l'issue de la première année, le médecin pouvait décider de renouveler la prescription une **deuxième année**. La prise en charge se composait alors de 12 consultations de suivi maximum par année (12 fois 20 euros) pour les deux disciplines (diététique et psychologique).

Territoires ciblés

L'expérimentation a été mise en œuvre au sein de trois territoires particulièrement concernés par le risque d'obésité : le Nord-Pas de Calais, la Seine-Saint-Denis, La Réunion. Le choix des structures de prise en charge a été réalisé par les caisses d'Assurance Maladie et les Agences Régionales de Santé, dans le cadre d'un appel à candidature (en mai 2017, puis en mars 2019) et sur la base d'un cahier des charges. Au total, 47 structures ont été retenues :

- Nord-Pas-De-Calais : 29 structures
- Seine-Saint-Denis : 4 structures
- La Réunion : 4 structures.

Une convention tripartite entre la CPAM/CGSS, l'ARS et chaque structure a été établie.

Ces structures pouvaient prendre la forme de centres de santé, de maisons de santé pluridisciplinaires ou d'associations compétentes dans le domaine. Elles devaient être à même de faire intervenir les professionnels prévus par l'expérimentation (professionnels de santé et psychologues), et de transmettre un compte rendu des prestations réalisées au médecin ayant prescrit la prise en charge.

Gouvernance de l'expérimentation

Le suivi de l'expérimentation était assuré par le Comité de Suivi Opérationnel comprenant des représentants :

- de la CNAM, de la DGS et de la DSS, du SGMAS
- du Collège de Médecine Générale,
- de l'Association Française de Pédiatrie Ambulatoire,
- du Réseau de Prévention et de Prise en charge de l'Obésité Pédiatrique,
- de l'Association pour la Prise en charge et la prévention de l'Obésité en Pédiatrie,
- de l'Association Française des Diététiciens Nutritionnistes,
- des Caisse d'Assurance Maladie et ARS des territoires concernés,
- de la Caisse Centrale de la Mutualité Sociale Agricole,
- du Service de Protection Maternelle et Infantile du Conseil Départemental de Seine-Saint-Denis.

Par ailleurs, pour permettre la réalisation de l'évaluation de l'expérimentation, un système de recueil des données a été mis en place, à travers le système de gestion d'étude dédié (SGE) sous la forme d'un site internet, mis à disposition des professionnels des structures pour le recueil des données d'activité et d'évaluation de l'expérimentation. Ils saisissent sur cette plateforme en ligne.

- Des données relatives au suivi de l'activité : renseignements socio-administratifs, contenu des prescriptions médicales, et traçabilité des rendez-vous prévus et réalisés, ainsi que des comptes rendus envoyés.
- Des données d'évaluation relative aux enfants pris en charge, avec des questionnaires recueillis à plusieurs moments :
 - ⇒ lors du bilan diététique initial : saisie du questionnaire d'évaluation initial,
 - ⇒ à chaque consultation de suivi (recueil des mesures anthropométriques),
 - ⇒ lors de la dernière consultation de suivi diététique de chaque prescription : questionnaire de fin de suivi.

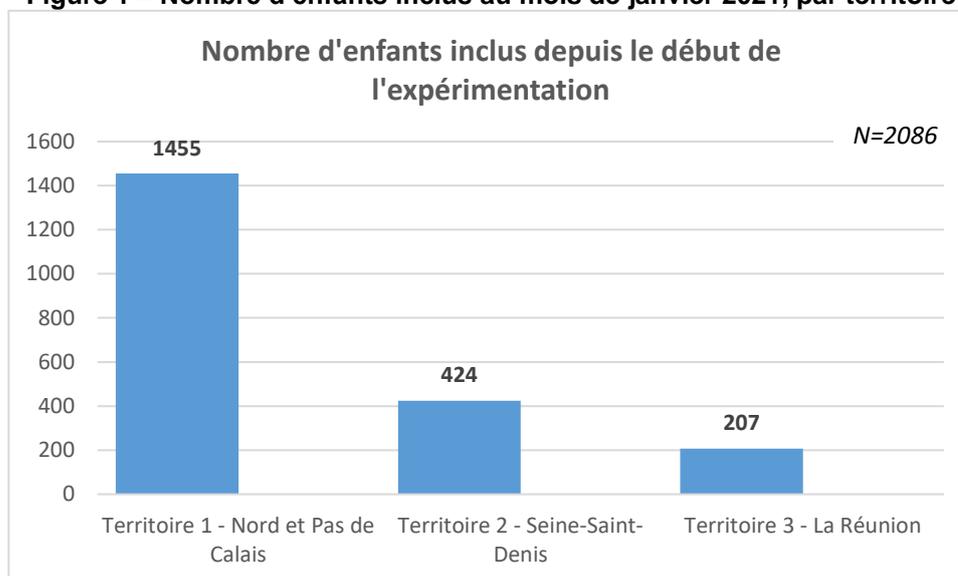
Le responsable de structure assure un rôle de coordination du recueil des données, veille à leur bonne saisie et à la cohérence entre les prestations effectuées dans la structure et celles renseignées dans l'outil.

2.2 Quelques éléments de bilan⁷

2086 enfants inclus au mois de janvier 2021

Au mois de janvier 2021, 2086 enfants avaient été inclus dans l'expérimentation dont, 70% en Nord Pas-de-Calais, 20% en Seine-Saint-Denis et 10% à La Réunion.

Figure 1 – Nombre d'enfants inclus au mois de janvier 2021, par territoire



Source : Planète Publique, à partir des données du SGE.

Au moment de l'extraction, 40% des enfants étaient encore pris en charge dans le dispositif (suivi en cours pour 29% ou renouvelé pour 11%). Les enfants ayant terminé leur parcours représentaient 14% du total et 15% des enfants étaient sortis de l'expérimentation.

Un peu moins d'un tiers des enfants (31%) étaient considérés comme « perdus de vue »⁸.

⁷ Pour accéder à l'ensemble des données du Système de Gestion de l'Etude (SGE) portant sur les enfants inclus, les familles, les parcours et les médecins prescripteurs, se reporter aux annexes.

⁸ Les perdus de vue sont définis comme les enfants pour lesquels toutes les prestations prescrites n'ont pas été réalisées et qui n'ont pas eu de consultation dans la structure depuis plus de 6 mois. Cette définition surestime donc légèrement les perdus de vue, puisque certains enfants peuvent ne pas réaliser l'ensemble des consultations prescrites en accord avec la structure de prise en charge.

Figure 2 – Etat du parcours des enfants au niveau national – janvier 2021

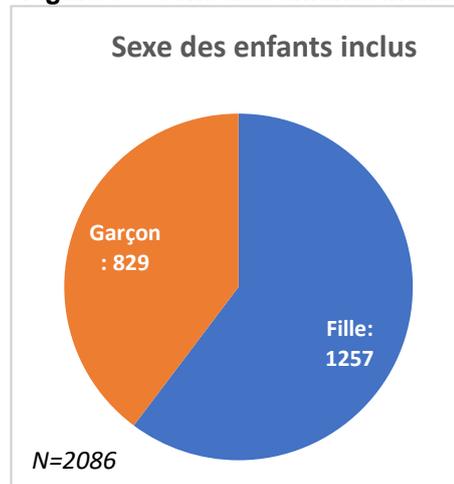
	Nombre d'enfants	En %
Suivi en cours	604	29%
Suivi en cours - Renouvelé	236	11%
Fin de suivi	287	14%
Perdu de vue	642	31%
Sorti de l'expérimentation	317	15%
TOTAL	2086	100%

Source : Planète Publique, à partir des données du SGE

60% des enfants inclus sont des filles

Les filles sont plus représentées dans l'expérimentation que les garçons, ce qui correspond aux tendances observées dans les enquêtes sur la prévalence du surpoids et de l'obésité en grande section de maternelle : les filles sont plus souvent en surcharge pondérale que les garçons à cet âge (14% vs 10% pour le surpoids et 4% vs 3% pour l'obésité)⁹.

Figure 3 – Sexe des enfants inclus

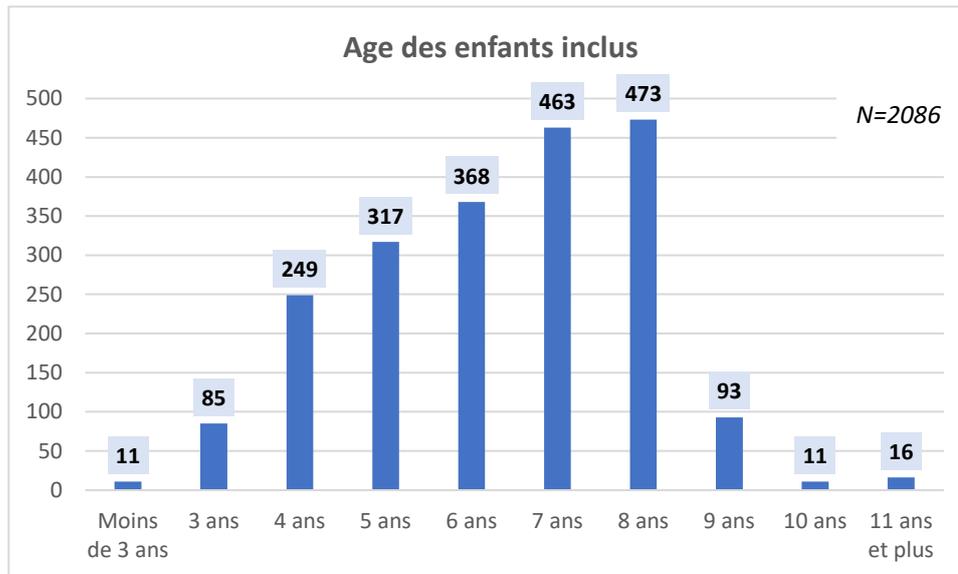


Source : Planète Publique, à partir des données du SGE.

Les enfants inclus dans l'expérimentation sont âgés de 6,6 ans en moyenne. Les inclusions « hors cible » se sont avérées relativement marginales. L'âge médian est similaire dans les trois territoires (7 ans en Nord-Pas de Calais, 6,5 ans en Seine-Saint-Denis et à La Réunion).

⁹ DREES « La santé des élèves de grande section de maternelle en 2013 » publiée en juin 2015

Figure 4 – Répartition de l'âge des enfants inclus

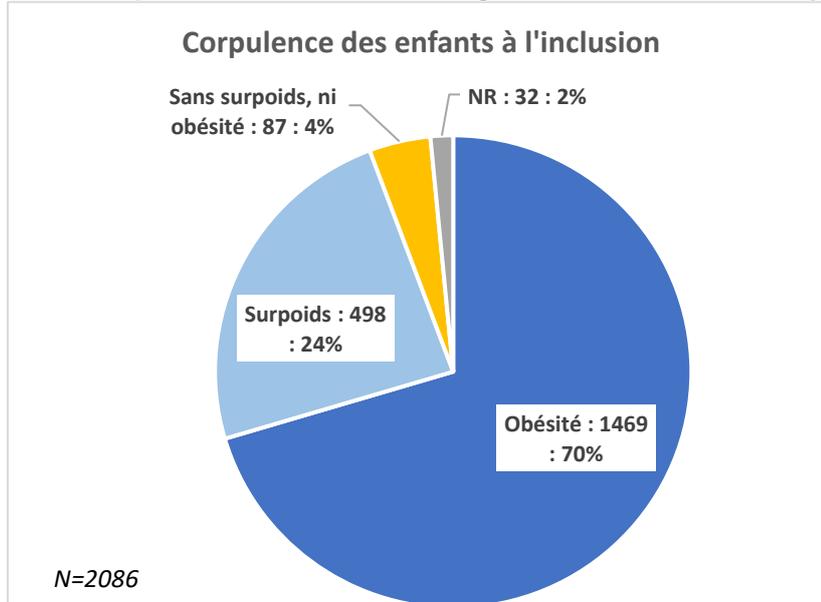


Source : Planète Publique, à partir des données du SGE.

Une part très importante d'enfants en situation d'obésité au moment de l'inclusion

Alors que l'expérimentation visait la prévention de l'obésité (ou la prise en charge précoce du surpoids), dans leur grande majorité (70%), les enfants inclus étaient en situation d'obésité au moment de l'inclusion. Un quart d'entre eux étaient en surpoids (24%) et 4% des enfants inclus n'étaient ni en surpoids ni en situation d'obésité.

Figure 5 - Corpulence à l'inclusion : catégorisation vis-à-vis du surpoids

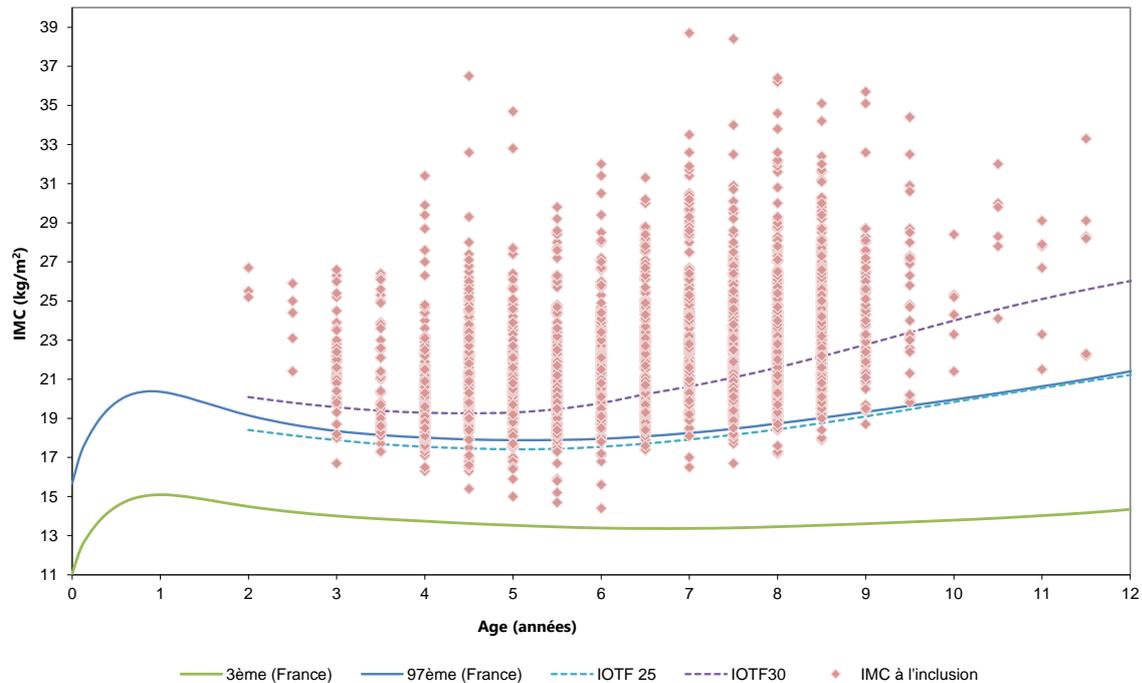


Source : Planète Publique, à partir des données du SGE.

Les facteurs permettant de déterminer le degré de complexité du surpoids ou de l'obésité de l'enfant ne sont pas disponibles. Toutefois, les données confortent que la corpulence des enfants était très élevée à l'inclusion. Le z-score de l'IMC à l'inclusion était établi à 4 en moyenne¹⁰. Par ailleurs, pour les enfants pour lesquels la courbe était disponible, un rebond d'adiposité précoce était déjà visible pour 77% des enfants âgés de moins de 6 ans à l'inclusion. Pour les enfants de plus de 6 ans à l'inclusion et pour lesquels les données étaient disponibles, le rebond d'adiposité était précoce dans 89% des cas (avant 6 ans). Il était visible à 6 ans dans 7% des cas.

¹⁰ Le z-score constitue un indicateur permettant de réaliser des moyennes et / ou de comparer la situation d'enfants dont les âges sont différents. Il permet ainsi de mettre en perspective l'écart entre plusieurs publics (ici trois territoires) ou une situation « avant / après » pour le même public ; il neutralise l'effet « âge » qui joue fortement dans la caractérisation de la corpulence des enfants. Pour cette raison, il ne peut pas être utilisé en référence à des seuils à partir desquels on pourrait définir le surpoids et l'obésité.

Figure 6 – IMC des enfants inclus au regard des courbes de corpulence



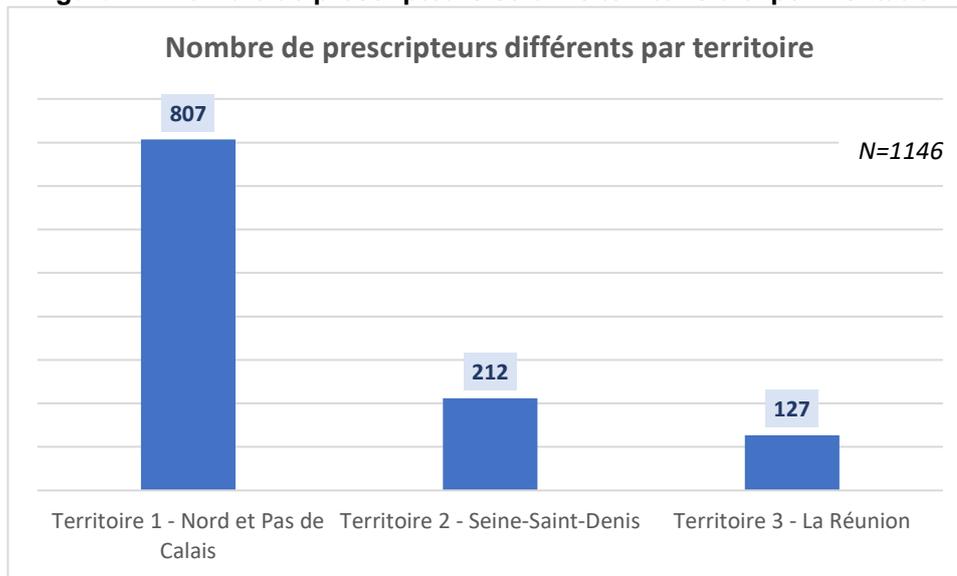
Source : Planète Publique, à partir des données du SGE.

1146 professionnels ont orienté des enfants

Au mois de janvier 2021, 1146 professionnels différents avaient orienté au moins 1 patient dans l'expérimentation¹¹. Parmi les enfants inclus, près de 80% avaient été orientés par un médecin généraliste libéral. Les autres enfants avaient été orientés par un pédiatre libéral (7%), un médecin de centre de santé (6%), un médecin de PMI (5%). L'analyse des données par territoire a mis en évidence des spécificités en lien avec la manière dont l'expérimentation s'est déployée dans chaque contexte.

¹¹ A noter que ceci n'inclut que les orientations ayant effectivement abouties à une inclusion de l'enfant. Les enfants ayant été orientés par un prescripteur mais n'ayant pas donné suite ne sont pas tracés par le système de gestion de l'étude.

Figure 7 – Nombre de prescripteurs selon le territoire d'expérimentation



Source : Planète Publique, à partir des données du SGE.

Figure 8 – Répartition des types de prescripteur selon le territoire

	Nord-Pas de Calais		Seine-Saint-Denis		La Réunion	
	Nb de prescripteurs	% des prescripteurs	Nb de prescripteurs	% des prescripteurs	Nb de prescripteurs	% des prescripteurs
Médecin généraliste libéral	741	92%	100	47%	112	88%
Médecin pédiatre libéral	37	5%	24	11%	7	6%
Médecin de PMI	21	3%	20	9%	7	6%
Médecin de centre de santé	3	0%	58	27%	1	1%
Autre	3	0%	10	5%	-	0%
TOTAL	805	100%	212	100%	127	100%

Source : Planète Publique, à partir des données du SGE

3. Démarche évaluative

Les objectifs de l'évaluation

L'évaluation visait à répondre à trois enjeux.

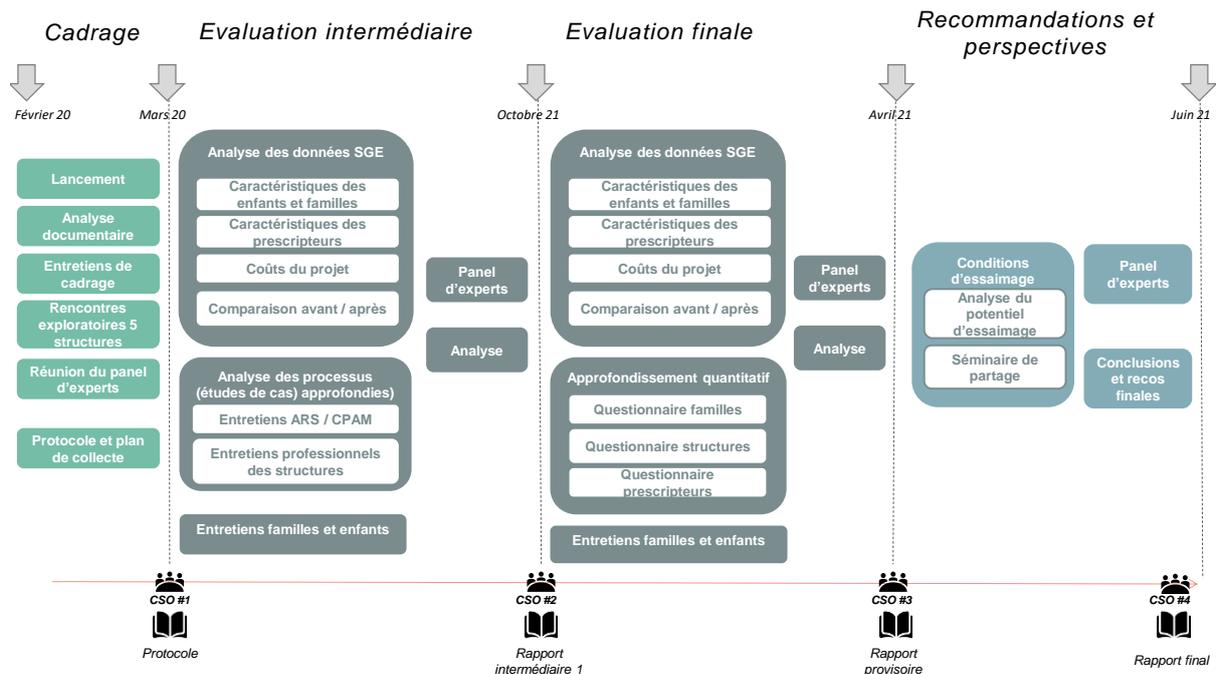
- **Valider l'intérêt du processus expérimental** : il s'agissait de démontrer que l'expérimentation produit des effets positifs pour les enfants et les familles inclus et qu'elle permet effectivement d'optimiser les parcours, à travers une prise en charge pluriprofessionnelle, coordonnée et précoce.
- **Identifier les conditions endogènes et exogènes de réussite de l'expérimentation** : il s'agissait en premier lieu d'apprécier l'opérationnalité du dispositif, et plus fondamentalement d'identifier ce qui permet de produire les effets positifs, que ces facteurs soient endogènes (prévus dans le protocole initial de l'expérimentation ou issus de la manière dont il a été déployé dans les territoires) ou exogènes (liés au contexte populationnel, partenarial, environnemental...).
- **Définir le potentiel et les conditions de transférabilité** : il s'agissait d'identifier pour chaque facteur de réussite son degré de transférabilité / reproductibilité, ainsi que d'identifier la capacité du dispositif à répondre aux besoins d'autres territoires et éventuellement d'autres populations.

Le questionnement évaluatif

Ces enjeux généraux se sont matérialisés dans 5 questionnements évaluatifs, tels que présentés ci-dessous. Le protocole détaillé de l'évaluation est disponible en annexe 1.

<p>Q1 : Capacité à faire émerger une PEC structurée</p> <ul style="list-style-type: none"> • Niveau de notoriété du dispositif dans les territoires (professionnels) • Niveau de couverture du territoire (professionnels) • Adhésion des professionnels au dispositif • Niveau d'appropriation du dispositif par les professionnels • Effets sur les pratiques de PEC des PS 	<p>Q2 : Capacité à améliorer l'accès à la PEC</p> <ul style="list-style-type: none"> • Niveau de connaissance / compréhension du dispositif par les parents • Niveau d'inclusion de la population cible et profil • Niveau d'abandon de la population cible et profil • Freins et leviers à l'adhésion, l'inscription et le maintien dans le dispositif (parents)
<p>Q3 : Utilisation du forfait et adéquation à la prise en charge</p> <ul style="list-style-type: none"> • Analyse des coûts et des parcours par profil de public (enfants et prescripteurs) • Motifs de prescription et compréhension par les familles • Qualité de la coordination PS / structures • Satisfaction des professionnels et des familles/ enfants 	<p>Q4 : Impacts sur les habitudes et la qualité de vie et sur le z-score</p> <ul style="list-style-type: none"> • Différentiel avant / après • Perception des familles / enfants / professionnels <p>Q5 : Viabilité du modèle économique</p> <ul style="list-style-type: none"> • Coût et simulations en cas de généralisation

Vision d'ensemble de la méthode d'évaluation



Outils mobilisés

Caractéristiques des outils mobilisés	
Analyse des données du SGE	<ul style="list-style-type: none"> Une première analyse a été réalisée sur la base d'extractions de données réalisées au mois de mars 2020 et portant sur les prescripteurs, les enfants inclus et les RDV prévus et réalisés. Une seconde analyse a été menée en janvier 2021. Au total, l'analyse a porté sur le parcours de 2086 enfants. L'analyse finale permet de caractériser le fonctionnement de l'expérimentation MRTC. Elle porte ainsi sur la description des enfants inclus (données démographiques, socio-économiques, anthropomorphiques et habitudes de vie), des prescripteurs engagés, des parcours réalisés. Elle donne à voir l'évolution de la situation des enfants, à travers une comparaison de leurs caractéristiques (corpulence et habitudes de vie) avant et après leur prise en charge. <p>Cette analyse fait l'objet de deux livrables, disponibles en annexe 2 et 3.</p>
Etudes de cas	<ul style="list-style-type: none"> Trois études de cas ont été réalisées sur les territoires d'expérimentation. Au préalable, des structures ont été sélectionnées sur la base de plusieurs critères, garantissant un panel diversifié de situations. Au total, 12 structures ont été visitées, 45 professionnels ont été rencontrés (diététiciens, coordonnateurs, médecins, psychologues, partenaires) et 19 prescripteurs ont été interrogés (y compris hors structures de prise en charge) : <ul style="list-style-type: none"> Seine-Saint-Denis : 4 structures visitées (14 professionnels de santé) et 6 prescripteurs interrogés ; Nord-Pas-de-Calais : 5 structures visitées (21 professionnels de santé) et 6 prescripteurs interrogés ; La Réunion : 3 structures visitées (9 professionnels de santé) et 7 prescripteurs interrogés. Pour chaque territoire, les représentants de la CPAM et de l'ARS ont été interrogés soit 6 personnes au total. <p>Chaque étude de cas fait l'objet d'un livrable, appelé monographie synthétisant l'essentiel des échanges pour chaque question évaluative, disponibles en annexes 4 à 6.</p>

Caractéristiques des outils mobilisés

<p>Entretiens familles</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Des entretiens téléphoniques ont été réalisés avec des familles bénéficiaires du dispositif (en début, milieu ou fin de parcours de prise en charge). ▪ Au total, 37 entretiens semi-directifs ont été réalisés et répartis de la manière suivante : <ul style="list-style-type: none"> · 21 entretiens, de « première vague », à l'automne 2020 pour alimenter les conclusions sur le programme, dont 4 familles en Seine-Saint-Denis, 10 familles en Nord-Pas de Calais, 7 familles à La Réunion. · 16 entretiens complémentaires, au printemps 2021 axés sur les enjeux pour les recommandations.
<p>Questionnaires / enquête quantitative</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Trois enquêtes ont été déployées de janvier à mars 2021, auprès des structures, prescripteurs et familles bénéficiaires. <p>Les analyses de ces questionnaires font l'objet d'un livrable à part entière, disponible en annexe 7.</p>
<p>Questionnaire structures</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 37 structures ont répondu à l'enquête, pour 49 structures participantes. ▪ 70% des structures ayant répondu à l'enquête sont situées dans le Nord-Pas de Calais, 22% en Seine-Saint-Denis et 8% à La Réunion.
<p>Questionnaire prescripteurs</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 188 prescripteurs ont répondu au questionnaire ▪ 87% des prescripteurs sont des médecins généralistes, 8% des pédiatres, 3% des médecins en PMI et 2% des prescripteurs exercent une autre profession de la santé. ▪ 92% des médecins et des pédiatres exercent en libéral.
<p>Questionnaires familles</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 226 familles ont répondu au questionnaire ▪ 67% des enfants concernés dans le questionnaire sont des filles et 33% des garçons ▪ 74% des répondants viennent du Nord Pas de Calais, 17% de la Seine-Saint-Denis et 9% de La Réunion

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

4.1 Une communication institutionnelle qui a permis d'engager une part importante des prescripteurs potentiels

Une diffusion importante mais inégale au sein des territoires d'expérimentation

Les données de l'évaluation mettent en évidence une démarche de communication auprès des prescripteurs importante et efficace. Elle a principalement reposé sur la visite et l'information assurée par les délégués de l'Assurance maladie (DAM) des prescripteurs potentiels. Ces rencontres physiques ont indéniablement favorisé la présentation et la compréhension des modalités de MRTC. Le message ainsi porté par les acteurs institutionnels a renforcé le caractère légitime du dispositif. Les prescripteurs ont confirmé avoir porté une écoute attentive à cette information, témoignant d'un besoin de solution pour les enfants qu'ils suivent. Ils soulignent par ailleurs le besoin de continuer à les alerter régulièrement sur les enjeux de prévention de l'obésité infantile, au-delà de MRTC.

Les structures transmettent principalement de l'information sur l'expérimentation aux prescripteurs potentiels lors d'échanges informels avec certains professionnels (à 94%) et à l'occasion d'échanges sur d'autres sujets (à 80%). Quelques structures visitées auraient souhaité être plus actives en amont du programme, pour pouvoir aller à la rencontre des prescripteurs mais cela n'était pas préconisé.

Les données du SGE permettent de calculer un taux de « couverture » des prescripteurs par l'expérimentation (c'est-à-dire la part des prescripteurs potentiels ayant effectivement inclus au moins un enfant) ; il est compris entre 14% et 18% des prescripteurs potentiels selon les territoires. Ce taux est par ailleurs sous-estimé, puisqu'il ne permet pas de comptabiliser les prescripteurs ayant orienté des enfants, mais pour lesquels les familles n'ont pas donné suite¹². Les données de l'enquête auprès des prescripteurs (qui comporte des biais évidents), permettent d'établir que 69% des répondants exerçant sur les territoires de l'expérimentation connaissent MRTC.

L'analyse par spécialité met en évidence une mobilisation différenciée des prescripteurs, en lien avec la structuration de l'offre de santé du territoire. Les pédiatres ont été particulièrement bien mobilisés dans les trois territoires et tout particulièrement en Seine-Saint-Denis (41% d'entre eux ont permis d'inclure un enfant, contre 30% à La Réunion et 36% en Nord-Pas de Calais). La mobilisation des médecins de PMI est particulièrement importante à La Réunion (près d'un tiers des 23 professionnels ont permis d'inclure un enfant) et la mobilisation des médecins de centres de santé est très élevée en Seine-Saint-Denis (16% des professionnels ont permis d'inclure un enfant).

¹² Selon les données de l'enquête, 14% des prescripteurs ayant répondu indique qu'aucune des familles orientées n'a donné suite à la prescription.

Figure 9 – Taux de couverture des prescripteurs potentiels selon la spécialité

	Nord-Pas de Calais		Seine-Saint-Denis		La Réunion	
	Nb de prescripteurs potentiels	% des prescripteurs potentiels ayant inclus un enfant	Nb de prescripteurs potentiels	% des prescripteurs potentiels ayant inclus un enfant	Nb de prescripteurs potentiels	% des prescripteurs potentiels ayant inclus un enfant
Médecin généraliste libéral	3 920	19%	968	10%	842	13%
Médecin pédiatre libéral	103	36%	59	41%	34	21%
Médecin de PMI	141	15%	105	19%	23	30%
Médecin de centre de santé	270	1%	352	16%	0	-
Autre	NR	-	NR	-	NR	-
TOTAL	4 434	18%	1 484	14%	899	14%

Source : Planète Publique, à partir des données du SGE

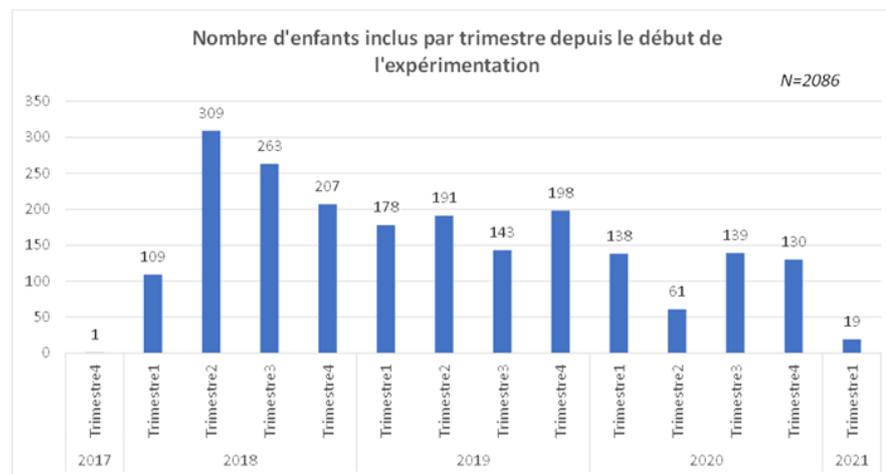
Par ailleurs, les prescripteurs se situent majoritairement à proximité des structures de prise en charge. Il ressort par exemple de l'analyse des distances entre leur adresse et celles des structures qu'ils se situent en moyenne à 6km de la structure la plus proche (13km en moyenne à La Réunion, 6km en moyenne en Nord Pas-de-Calais, 2km en moyenne en Seine-Saint-Denis).

A l'occasion des études de cas réalisées, les professionnels des structures visitées ont toutefois, souligné que les prescripteurs potentiels avaient un niveau de connaissance de l'expérimentation très variable en fonction du profil des prescripteurs et du territoire. En Nord-Pas-de-Calais par exemple, les informations recueillies suggèrent que le dispositif est inégalement connu des médecins de PMI, alors qu'il est plutôt bien repéré en Seine-Saint-Denis et à La Réunion (où près d'un médecin sur trois exerçant en PMI a effectivement inclus un ou plusieurs enfants dans le dispositif). S'agissant des médecins libéraux, le constat est similaire selon les structures visitées. Les structures identifient une tendance à avoir les « mêmes prescripteurs », même si cette impression est nuancée par les données du SGE.

Une montée en charge relativement rapide mais un intérêt à entretenir une communication dans la durée pour garder un rythme d'inclusion satisfaisant

Dès 2018, le nombre d'inclusion d'enfants a été important avec une évolution significative. Entre le début de l'expérimentation et le mois de janvier 2021, on comptabilise une inclusion de 172 enfants en moyenne par trimestre.

Figure 10 – Rythme d’inclusion des enfants par année et par trimestre¹³



Source : Planète Publique, à partir des données du SGE

Toutefois, quelques structures ont eu l'impression d'un départ tardif de l'expérimentation car il s'est écoulé plusieurs mois, entre le moment où elles ont été choisies et notifiées pour déployer le dispositif et l'orientation des premiers enfants. Or, ce laps de temps résulte surtout du temps de passage des DAM auprès des prescripteurs pour leur présenter le dispositif.

Par ailleurs, le graphique précédent met en évidence que le rythme d'inclusion ralentit progressivement au fil des trimestres, même si les données de l'année 2020 doivent être considérées avec précaution considérant le contexte. Les professionnels s'accordent sur l'intérêt d'une communication plus « en routine » auprès des prescripteurs (et notamment des libéraux) pour garder en mémoire l'existence du dispositif. En effet, dans le cadre de leurs fonctions, ces derniers sont fréquemment sollicités pour la mise en place de programmes de prévention ou de prise en charge, sur lesquels ils peuvent jouer un rôle de pivot. En l'absence de rappels réguliers, ils peuvent tendre à oublier certains dispositifs.

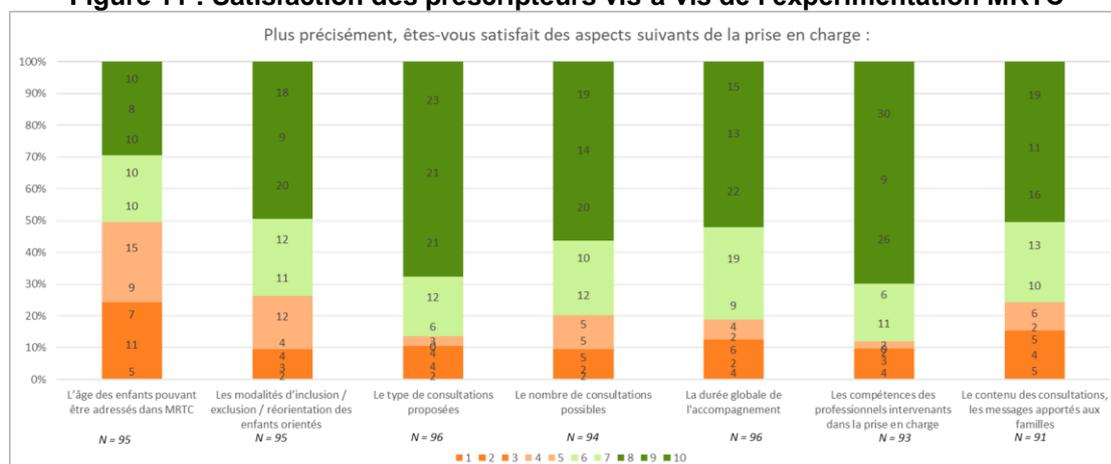
Une adhésion massive aux principes du dispositif

De manière unanime, les prescripteurs partagent les principes au cœur du dispositif que sont le repérage des enfants à risque d'obésité et la proposition d'une prise en charge pluridisciplinaire. Selon eux, les enjeux du surpoids et de l'obésité sont tellement complexes qu'ils requièrent effectivement un continuum depuis le repérage par un médecin à la prise de relais par des spécialistes. D'ailleurs, le choix de faire intervenir le volet activité physique, diététique et psychologique, témoigne pour la plupart, d'une volonté d'adapter au mieux les interventions auprès des bénéficiaires, et de proposer des solutions de qualité qui puissent s'inscrire dans la durée.

¹³ Le premier trimestre 2021 est incomplet, puisque l'extraction a été réalisée au mois de janvier 2021

Les prescripteurs sont globalement satisfaits de la mise en pratique de ces principes et jugent que la prise en charge est de qualité. Effectivement, l'enquête menée auprès des prescripteurs fait émerger un bon taux de satisfaction vis-à-vis de la prise en charge (47% des répondants ont attribué une note comprise entre 8 et 10/10 soit un très bon degré de satisfaction) et en particulier pour les items : « type de consultations proposés » (67%) et « compétences des professionnels intervenants dans la prise en charge » (70%).

Figure 11 : Satisfaction des prescripteurs vis-à-vis de l'expérimentation MRTC



Planète Publique, à partir des données de l'enquête auprès des prescripteurs

Une offre largement attendue qui gagnerait à élargir son public

Pour la plupart des prescripteurs, le surpoids et l'obésité constituent des problématiques récurrentes et visibles au sein de leur patientèle. Jusqu'ici, ils prenaient en charge les familles et orientaient vers l'hôpital ou des spécialistes quand cela était possible. Toutefois, pour la plupart, il leur était difficile de proposer le même triptyque de consultations et de manière gratuite que l'offre MRTC qu'il s'agisse des consultations diététiques ou même de l'adhésion à une activité physique ou sportive.

En revanche, le choix de cibler des enfants de 3 à 8 ans est jugé peu cohérent au regard de la situation des territoires. Dans le cadre de l'enquête menée, les prescripteurs ont attribué une note moyenne de 5,7/10. Il s'agit de l'item obtenant les moins bonnes notes de satisfaction.

Les prescripteurs indiquent que le besoin d'accompagnement spécialisé est nécessaire au moins jusqu'à la préadolescence, période où se construisent les habitudes de vie : au-delà de sa dimension purement sanitaire, le dispositif propose en effet une approche d'éducation pour la santé qui peut se révéler très bénéfique pour les enfants dans toute cette période de leur vie. La période de la préadolescence implique également des enjeux spécifiques liés au poids qui pourraient être utilement abordés via la prise en charge (prise de poids, entrée dans l'adolescence, conflit familial, conflit au collège...).

4.2 Une appropriation *a priori* satisfaisante de la logique d'action du dispositif

Les prescripteurs ont relativement bien compris le fonctionnement du dispositif même s'ils orientent des enfants au-delà de la cible prévue

L'appropriation du dispositif par les prescripteurs est satisfaisante. Ils ont conscience du caractère expérimental de la démarche. Les grandes étapes du parcours et les profils d'intervenants impliqués depuis le repérage des enfants à la prise en charge effective des bénéficiaires semblent bien identifiés.

Pour les prescripteurs, la clarté du cadre d'ensemble facilite la présentation de l'offre MRTC aux familles. Ils peuvent aisément répondre aux questions relatives à la structure d'accueil et les étapes de prises en charge.

Pour autant, en pratique, les prescripteurs orientent davantage des enfants en situation de surpoids ou d'obésité, que des enfants présentant seulement des facteurs de risque. Cela semble surtout résulter d'un manque d'alternatives sur les territoires pour répondre à ces besoins, que d'une réelle méconnaissance des principes de MRTC. A la marge, cela peut également s'avérer être un mauvais repérage de la cible visée, voire d'une utilisation variable ou peu optimale de la courbe de corpulence pressentie par quelques structures.

Ils se sentent également en capacité de repérer les situations à risque et à engager le dialogue

Le repérage des enfants relevant du dispositif ne constitue pas une difficulté pour la majorité des prescripteurs interrogés. Leurs compétences médicales leur confèrent des outils et une certaine maîtrise des enjeux pour pouvoir poser un diagnostic objectif et ainsi, identifier les potentiels bénéficiaires. D'ailleurs, en dehors de MRTC la plupart des prescripteurs sont déjà saisis de ces questions.

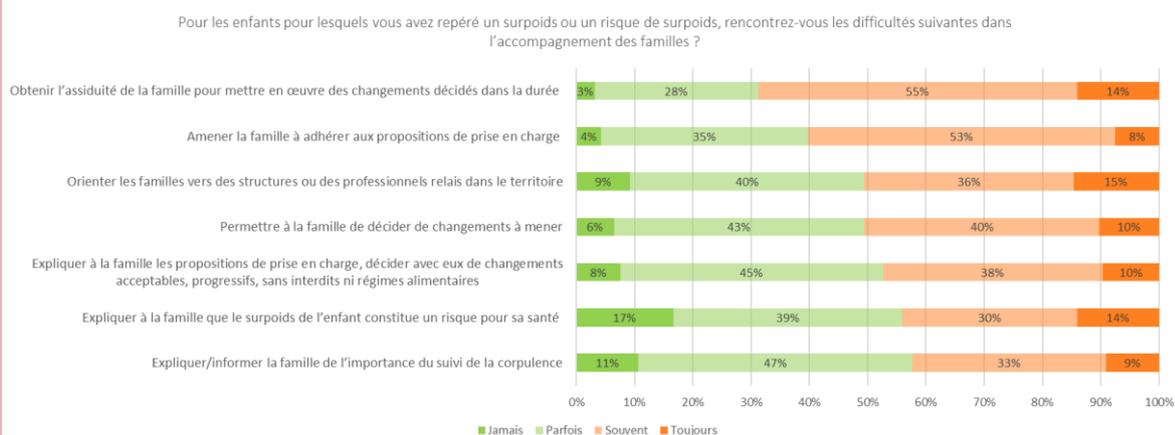
Au-delà des aspects physiologiques, le repérage des situations à risque nécessite également de s'appuyer sur les comportements et les habitudes de vie des enfants et des familles (alimentation, usage des écrans, pratiques de l'activité physique...). Pour les prescripteurs, leur proximité avec les familles les avantage, dans le recueil de ces éléments. En effet, les médecins évoquent un « lien privilégié » avec elles, qui leur donne accès à leurs histoires, leurs pratiques et leurs difficultés (financières, sociales ou autres) qui peuvent entraver le suivi d'habitudes favorables à la santé.

En amont de MRTC, ces éléments peuvent servir dans quelques situations à appuyer le besoin d'une prise en charge, et engager le dialogue avec les familles sur la nécessité de s'inscrire dans le dispositif. Au cours de la prise en charge, ces éléments peuvent parfois constituer des grilles de lecture aux comportements des familles et se révéler nécessaires dans l'adaptation de la prise en charge. Toutefois cela semble encore peu appliqué, et cela suppose une articulation suffisamment étroite entre le prescripteur et la structure afin que les éventuels événements familiaux existants ou autres, puissent servir à comprendre les situations et adapter au besoin les consultations.

Des difficultés à expliquer l'intérêt de la prise en charge et/ou de l'urgence d'agir relativement fréquentes

Si les prescripteurs n'expriment pas vraiment de difficulté pour le repérage des enfants, ils évoquent néanmoins, des difficultés à susciter l'adhésion de certaines familles, qui n'identifient pas le besoin d'agir et de manière rapide.

Figure 12 : Satisfaction des prescripteurs vis-à-vis de l'expérimentation MRTC



Planète Publique, à partir des données de l'enquête auprès des prescripteurs

D'ailleurs, dans l'enquête menée, les prescripteurs estiment qu'il y a eu moins d'enfants inclus, par rapport au nombre d'enfants orientés, environ 45% de moins ; et 14% des prescripteurs ont estimé qu'aucun des enfants qu'ils avaient orientés n'avaient été effectivement inclus dans MRTC.

L'argumentaire médical relatif aux enjeux de surpoids et d'obésité n'est pas toujours suffisant pour faire comprendre aux familles l'intérêt de la prise en charge. En effet, l'évaluation met en exergue, des représentations sociales et culturelles diverses sur l'équilibre alimentaire ou le poids de forme (exemple : des familles peuvent estimer que le surpoids est une marque de « bonne santé »), ou encore des stratégies de déni ou d'évitement du sujet par des parents.

4.3 Globalement, des prescripteurs davantage investis dans l'orientation des familles que dans le reste du parcours

Un rôle clé pour l'engagement des familles dans le dispositif

Dans le fonctionnement du dispositif, le prescripteur est principalement sollicité pour repérer les situations à risque, poser le diagnostic et orienter les enfants vers les structures adhérentes. La présentation du dispositif n'étant pas un gage systématique d'inclusion, le prescripteur a également le rôle d'adapter à chaque situation, le niveau d'information à donner, en lien avec les inquiétudes et les attentes des familles. Il est ainsi souvent amené à déconstruire d'éventuelles idées reçues sur le contenu et les logiques d'action de la prise en charge et de soutenir la motivation des parents et de l'enfant.

S'agissant de la prescription, les pratiques semblent assez variées entre les professionnels. Certains établissent des ordonnances détaillées avec le type et le nombre de consultations nécessaires tandis que d'autres indiquent peu d'informations, laissant aux structures la possibilité d'adapter la prise en charge. Quelques-uns ont été rappelés par les structures car ils ne remplissaient pas toujours convenablement l'ordonnance (cases non cochées notamment...).

Au-delà de l'orientation, les prescripteurs n'interviennent qu'à la marge dans le parcours des enfants

Les prescripteurs s'avèrent peu impliqués dans la prise en charge des enfants, au-delà de l'orientation. Dans la plupart des cas, ils sont régulièrement informés par les structures ou les familles, de l'avancée des parcours mais interfèrent peu dans le suivi et les modalités de prise en charge. En effet, les structures témoignent d'envoi de comptes-rendus réguliers aux médecins traitant pour les tenir informés des consultations réalisées et des évolutions remarquées (voir chapitre 6 page 36). 21% des prescripteurs, ayant orienté des enfants vers MRTC, se disent tout à fait satisfaits de l'information qui leur remonte concernant la prise en charge, et 47% sont plutôt satisfaits.

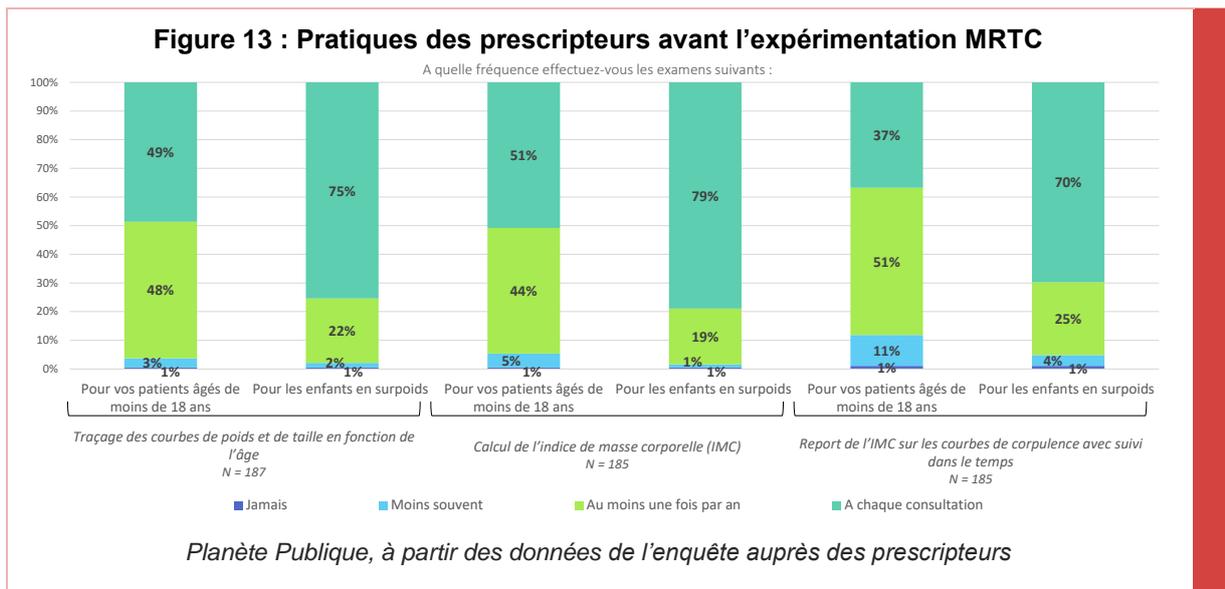
Cette mise en retrait par les prescripteurs, est souvent à leur initiative et témoigne d'une volonté affirmée de « déléguer » aux structures le cœur de la prise en charge. Ils évoquent une répartition des rôles assez nette entre leur positionnement en amont du dispositif, et celle des structures en tant que pivots du parcours des enfants. Pour 80% des prescripteurs, la place qui leur est attribuée est jugée adaptée. En revanche, pour 14% elle est dite « insuffisante » et pour 6% elle est jugée « trop importante ».

En outre, les prescripteurs peuvent être sollicités à tout moment dans la prise en charge, en cas de difficultés particulières et si un besoin de réengager les familles s'avère nécessaire. Au cours de l'expérimentation, des structures ont ponctuellement fait appel aux prescripteurs, pour faciliter les échanges avec les familles, relancer des enfants perdus de vue, ou encore renouveler les prescriptions si nécessaire.

Ces échanges ont surtout eu lieu par téléphone, ou de manière informelle pour les prescripteurs exerçant au sein des structures.

Au final, une évolution des pratiques assez mitigée entre les prescripteurs

Majoritairement, les prescripteurs se sentent suffisamment formés pour accompagner les familles (68%). Jusqu'ici, ils pratiquaient un suivi systématique du poids, surtout pour les enfants présentant déjà un surpoids, en deçà de ce que préconisent les recommandations de la HAS. De manière hypothétique, cet élément pourrait expliquer la tendance des prescripteurs du dispositif à peu orienter les enfants ayant des facteurs de risque. En effet, 75% des répondants à l'enquête, ont répondu effectuer le traçage des courbes de poids et de taille pour les enfants en surpoids contre 49% pour tous les autres enfants de moins de 18 ans. 79% des prescripteurs effectuent à chaque consultation un calcul de l'IMC pour les enfants en surpoids contre 51% pour le reste de la patientèle de moins de 18 ans.



Suite au dispositif MRTC, 53% des prescripteurs ayant répondu à l'enquête ont indiqué avoir un suivi plus systématique de la corpulence de tous les enfants ou du rebond d'adiposité précoce ; d'autres en revanche, n'indiquent pas de changements majeurs dans la prise en charge des enfants.

Par ailleurs, les entretiens ont permis d'identifier que les prescripteurs ayant orienté des enfants dans MRTC tendent à être plus vigilants sur les situations à risque et sur la recherche d'évènements familiaux pouvant perturber les habitudes de vie des enfants et des familles. En effet, la pluridisciplinarité des interventions a permis de mettre l'accent sur l'importance d'investiguer les habitudes de vie de l'enfant/sa famille (parents, frères et sœurs) et la dimension psychologique pour le repérage et le suivi des situations à risque.

En complément, le dispositif semble avoir renforcé l'écoute des familles par les médecins. En effet, 67% d'entre eux évoquent adapter dorénavant leur messages aux familles. Par ailleurs, pour les structures, le dispositif a renforcé la confiance des prescripteurs voire à renforcer leurs liens.

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

5.1 La mise en place de MRTC facilite le repérage, l'orientation et l'inclusion de familles mais des obstacles à l'inclusion précoce subsistent

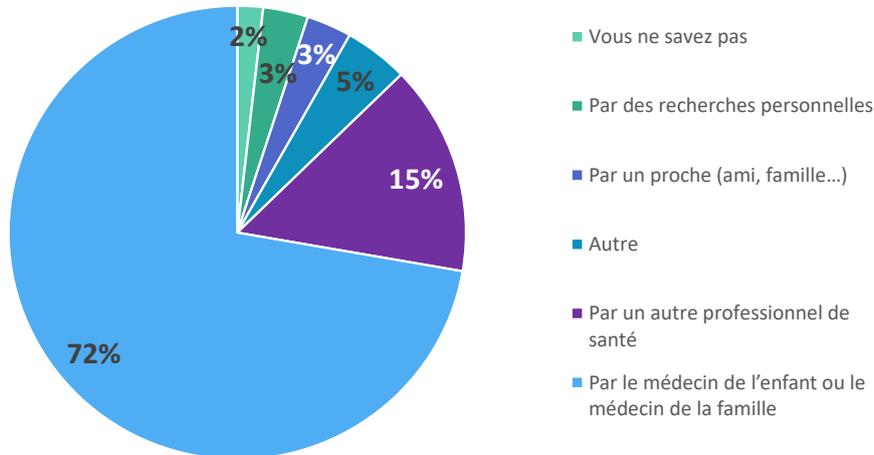
Une compréhension du dispositif par les familles fortement dépendantes du niveau de sensibilisation des prescripteurs

L'information des familles sur l'existence de MRTC dépend fortement du fait que leur médecin ait lui-même connaissance du dispositif et qu'il adhère à ses principes. En effet, le protocole de MRTC les positionne comme points d'entrée dans le dispositif. Comme décrit précédemment, la notoriété du dispositif parmi les médecins des territoires concernés étant satisfaisante, le bilan du nombre de familles ainsi couvertes par ce dispositif est également satisfaisant. Les données collectées dans le cadre de l'évaluation confirment que le fait de positionner ainsi les médecins est effectivement efficace pour informer les familles de l'existence du programme. Pour plus de 70% des familles c'est effectivement le médecin qui a donné l'information sur « Mission : retrouve ton cap »¹⁴.

¹⁴ Enquête déployée dans le cadre de l'évaluation auprès de 226 familles bénéficiaires du dispositif

Figure 14 : Première connaissance de « Mission : retrouve ton cap » par les familles

Comment la famille a-t-elle pris connaissance pour la première fois de Mission : Retrouve ton cap ?



Planète Publique, à partir des données de l'enquête auprès des familles

Les structures indiquent néanmoins qu'un nombre encore important des médecins ne connaît pas ou n'adhère pas suffisamment au dispositif et que cela est un frein à l'accessibilité du dispositif pour un certain nombre de familles. Pour 90% des structures, le manque de connaissances du programme par les prescripteurs est une des raisons expliquant que le nombre d'inclusions est inférieur à ce qui était estimé. Pour 89% des structures, c'est l'adhésion insuffisante des prescripteurs au programme qui en est l'une des raisons (à 71%) ou la raison principale (à 18%)¹⁵.

D'autres vecteurs de connaissance de MRTC que les médecins des familles sont également identifiés (d'autres professionnels de santé ; le bouche à oreille ; des actions de dépistage en milieu scolaire, etc.) et contribuent à ce que les familles aient connaissance de l'existence du dispositif et abordent le sujet avec leur médecin traitant. D'autres vecteurs que les médecins qui suivent habituellement les enfants sont donc également efficaces pour mobiliser certaines familles et les orienter vers le dispositif. Certains opérateurs des structures regrettent que la connaissance du programme dépende autant du médecin qui suit l'enfant. Un nombre plus important de familles pourrait en effet être informé de l'existence du dispositif et orienté si ces autres acteurs étaient davantage intégrés au déploiement de MRTC. Plus les canaux d'information sont diversifiés, plus la probabilité de faire connaître l'existence du programme aux familles ciblées est importante.

Le niveau de compréhension du programme par les familles dépend logiquement du niveau d'information transmis par le prescripteur et de la capacité d'appropriation de la famille. Dans l'ensemble, les éléments recueillis auprès des médecins prescripteurs suggèrent que les familles n'ont majoritairement pas rencontré d'obstacle majeur à la compréhension des principes généraux du

¹⁵ Source : enquête conduite auprès de 37 des 49 structures ayant pris en charge plus de 96% des enfants inclus

programme. Les documents de présentation du programme mis à disposition des médecins sont considérés comme adaptés à cet égard.

Les retours d'expérience des structures nuancent légèrement les perceptions des médecins. Plusieurs indiquent en effet accueillir des familles qui n'ont pas compris les principes et le fonctionnement du dispositif. Elles soulignent également que le niveau de compréhension des familles se précise significativement lorsqu'elles font concrètement l'expérience des bilans et des consultations de suivi. Certaines familles témoignent en effet de leur « surprise » quant à l'approche bienveillante et non culpabilisante déployée en décalage par rapport aux représentations plus « strictes » qu'elles avaient d'un programme de prise en charge de prévention de l'obésité.

Une adhésion au programme significative mais parfois lente par les familles

Le programme est globalement bien reçu par les familles. D'après l'enquête menée, 49% des familles sont tout à fait satisfaites de l'accompagnement MRTC, 37% plutôt satisfaites.

Lorsqu'on leur présente le programme, les familles adhèrent majoritairement aux principes du programme et à ses objectifs et sont intéressées par les consultations proposées. La proposition du programme constitue en effet une réponse pertinente et accessible en adéquation aux besoins qu'elles identifient. Cette adhésion est néanmoins fortement conditionnée au fait que la famille ait déjà conscience des enjeux et des risques associés à la corpulence de leur enfant. Elle est également facilitée lorsque le médecin présente le discours de manière non culpabilisante et non jugeante.

Plusieurs médecins indiquent que le processus d'adhésion des familles peut prendre un certain temps. Ils indiquent qu'il est parfois nécessaire d'aborder le sujet lors de plusieurs consultations pour obtenir le consentement de la famille à participer. Ainsi, parmi les 132 familles pour lesquelles le médecin avait déjà évoqué le poids de l'enfant avec la famille avant l'inclusion dans MRTC, 19% indiquent que le médecin a évoqué plusieurs fois MRTC avant que la famille ne s'engage.

Les éléments recueillis auprès des médecins prescripteurs suggèrent que peu de familles n'adhèrent pas du tout au programme MRTC ou, du moins, qu'elles sont minoritaires à exprimer leurs réticences directement avec leur médecin.

Le bon niveau d'adhésion général au programme n'est néanmoins pas suffisant pour que l'ensemble des familles orientées s'inscrivent effectivement dans le dispositif de prise en charge.

5.1.1 L'inscription effective des familles dans le dispositif est fortement dépendante de la prise de conscience des risques par les prescripteurs et les familles ce qui est un obstacle à la prise en charge précoce

La transformation de l'orientation des familles en une inclusion effective dans le dispositif est une étape déterminante qui n'est pas automatique. Les médecins estiment en effet qu'il y a eu moins

d'enfants inclus que d'enfants orientés. Du point de vue des médecins, environ 45% des enfants orientés n'auraient pas été effectivement inclus et pris en charge dans MRTC¹⁶.

Ce taux de déperdition entre l'orientation ne semble pas propre à MRTC : il serait communément observé dans les autres dispositifs de prise en charge de l'obésité infantile¹⁷.

Logiquement corrélée à l'adhésion au programme, l'inclusion effective des familles dépend également fortement au niveau d'importance qu'elles accordent à la problématique et aux risques liés au surpoids. L'inclusion est donc facilitée quand les familles ont déjà conscience des risques et qu'elles sont à la recherche d'aide et de solutions. 91% des familles ayant contacté la structure elle-même considèrent l'avoir fait assez rapidement. Les données du SGE permettent d'indiquer que le délai moyen entre la date de la prescription médicale initiale et la date du premier RDV est de 40 jours environ. Pour 15% des enfants le délai est d'une semaine ou moins (délai compris entre 0 et 7 jours) et pour 57% des enfants, il est d'un mois ou moins (délai compris entre 0 et 31 jours).

L'inclusion est en revanche plus difficile lorsque les familles n'ont pas conscience des risques ou n'ont pas identifié de besoin qui nécessiterait un appui extérieur. Dans ces situations, une majorité des médecins indiquent recourir à la courbe de corpulence de l'enfant. Cet outil facilite la prise de conscience de la famille.

Les prises en charge précoces – un des objectifs clefs de MRTC - sont donc logiquement plus difficiles dans la mesure où les familles concernées ont moins conscience des enjeux (qui sont moins « visibles »). Face à ces familles qui sont moins directement confrontées à la problématique du surpoids, la parole du médecin est encore plus déterminante pour faire comprendre à la famille les risques identifiés via les facteurs prédictifs d'obésité et l'intérêt d'une prise en charge précoce. Trois ans après le lancement de MRTC, il ressort de l'évaluation que l'inclusion des familles qui auraient besoin d'une prise en charge précoce est une difficulté que le dispositif ne réussit pas pleinement à lever. En effet, les enfants qui ne sont ni en surpoids ni en obésité à l'inclusion mais qui présentent des facteurs de risque ne représentent que 4% du total des enfants inclus.

Si l'inclusion des familles n'est pas automatique, les modalités prévues par MRTC constituent des facteurs qui la facilitent significativement. Les caractéristiques suivantes sont identifiées parmi les plus aidantes par les médecins prescripteurs et les familles bénéficiaires du programme :

- La nature de l'offre proposée et notamment le fait d'avoir accès à des consultations diététiques
- La gratuité de la prise en charge
- La proximité géographique des structures de prise en charge par rapport à la résidence des familles
- Le fait que ce ne soit pas une prise en charge hospitalière
- Les délais courts pour avoir un rendez-vous – comparativement à d'autres réseaux (hospitaliers notamment)

Les obstacles à l'inclusion identifiés par les médecins et les familles ne concernent pas les modalités de MRTC mais des éléments extérieurs. Sont notamment identifiés :

¹⁶ Source : enquête auprès des médecins conduite dans le cadre de l'évaluation - N = 96 (concerne les prescripteurs ayant orienté des enfants dans l'expérimentation)

¹⁷ Selon les données observées dans les prises en charge assurées par les REPPPOP indiquées par les membres du panel d'expertes.

- L'absence de besoin de prise en charge identifié (cf. ci avant sur l'importance de la prise de conscience des familles)
- La crainte de certaines familles d'être « jugées » ou de devoir « rendre des comptes ».

Pour d'autres, le dispositif est compris mais il n'est pas prioritaire. Des familles ne se sentent pas disposées à entamer la prise en charge, en évoquant une période difficile, une situation de précarité ou des réticences à modifier leurs habitudes de vie.

Par ailleurs, pour quelques parents, le dispositif peut les renvoyer, à leurs propres expériences passées de régimes restrictifs, qui se sont soldées par des atteintes à leur santé physique et mentale. Ils peuvent dès lors exprimer des réticences à inclure leur enfant dans une prise en charge et l'enjeu est de désamorcer les craintes en présentant l'approche proposée dans MRTC.

5.1.2 MRTC renforce effectivement l'accessibilité géographique et financière à une prise en charge pluridisciplinaire même si le caractère restrictif des critères d'inclusion est remis en cause par certains professionnels de santé

Le bilan du nombre d'enfants inclus après 3 années d'expérimentation est satisfaisant et prouve la pertinence du positionnement de MRTC. 2 086 enfants et familles ont en effet eu accès à une prise en charge sur la période dans les trois territoires d'expérimentation. Si l'on considère l'ensemble des enfants potentiellement éligibles, cela permet de couvrir environ 3% de la population ciblée, selon une proportion similaire entre les trois territoires. Toutefois, si l'on considère l'hypothèse réaliste effectuée par l'Assurance maladie au démarrage de l'expérimentation, c'est-à-dire incluant le taux d'adressage par les médecins (20% des éligibles) et le taux de recours par les familles (50% des enfants adressés), le taux de couverture du public attendu s'élève à 23% en moyenne.

- Pour plus de 9 enfants sur 10¹⁸, l'accès à MRTC constitue l'accès à une *première* prise en charge pour des problématiques de surpoids ou d'obésité, alors même que trois quart des enfants sont en situation d'obésité avérée. MRTC permet donc bien de toucher des nouvelles familles et de les intégrer dans un parcours de prise en charge. Avant MRTC, la majorité des enfants n'avaient pas accès à une prise en charge.
- Pour certaines familles et pour certains prescripteurs, MRTC est une solution plus satisfaisante que l'offre existante sur ces territoires, notamment s'agissant des prises en charge hospitalières qui n'apportaient pas satisfaction.

¹⁸ Source : enquête conduite auprès des familles bénéficiaires dans le cadre de l'évaluation. Pour 93% des familles, l'enfant n'avait jamais été suivi par un professionnel de santé pour des problématiques de surpoids ou d'obésité. Seulement 6% avaient consulté à ce sujet et 1% ne savent pas (N= 213).

Zoom sur une particularité territoriale

A La Réunion, où le REPPPOP est bien implanté, la spécificité de MRTC n'est pas clairement identifiée par rapport à l'offre de 2nd recours du RP974 qui propose une prise en charge jugée équivalente pour des profils d'enfants ciblés similaires (avec une tranche d'âge plus large) et des modalités de rémunération plus avantageuses pour les professionnels (diététiciens et psychologues).

La clarification de l'articulation entre MRTC et les réseaux existants – quand ils existent – constituera un enjeu lors du déploiement du dispositif, dans l'hypothèse de sa généralisation après la phase expérimentale.

Quand les profils des enfants ne s'inscrivent pas dans les critères d'inclusion de MRTC, le dispositif a également constitué une porte d'entrée pour réorienter les familles vers d'autres réseaux plus adaptés (réseau de 2nd recours ou programme d'ETP s'ils existent). Dans ces situations, en constituant un « pont » vers d'autres prises en charge, MRTC facilite ainsi l'accès des familles à une prise en charge adaptée à leurs besoins.

Sur les trois territoires, les besoins de prise en charge sont plus larges que les critères d'inclusion de MRTC. Selon les médecins, les restrictions d'âge et le fait de limiter l'inclusion aux enfants de moins de 9 ans ne permettent pas d'inclure tous les enfants qui en auraient besoin. Certains médecins soulignent également qu'une prise en charge pourrait être pertinente avant 3 ans, dès la phase de diversification alimentaire (voire pendant la période de la grossesse selon certains).

Si le bilan des inclusions de MRTC est satisfaisant il n'est néanmoins pas à la hauteur des attentes de la majorité des structures qui avaient anticipé un nombre d'enfants plus important à prendre en charge. Le nombre d'enfants réellement orientés vers les structures constitue à cet égard une déception pour certains professionnels. La comparaison entre les estimations du nombre de familles concernées et le nombre de familles réellement orientés par territoire rend compte en effet du potentiel de montée en charge encore important du dispositif. Ainsi, parmi les 47 structures, 42 ont inclus moins d'enfants que ce qui avait été autorisé par le comité de pilotage et dans une très grande majorité des cas le différentiel est particulièrement important : 37 structures ont inclus moins de deux tiers des enfants prévus, 31 structures moins d'un tiers des enfants prévus et 13 structures moins de 10% des enfants prévus.

5.1.3 L'inclusion des familles qui présentent des facteurs de fragilité socio-économique est facilitée par MRTC mais le cumul des difficultés rencontrées peut rendre la prise en charge des risques liés au surpoids ou à l'obésité moins prioritaire que d'autres besoins

L'expérimentation a su atteindre des familles en situations de précarité sociale, plus souvent éloignées des dispositifs de prévention, comme en attestent certaines données relatives à leur couverture sociale. La part des enfants inclus bénéficiaires de la CMUc est nettement supérieure à la moyenne nationale (37% à La Réunion et 27% en Nord-Pas de Calais et Seine-Saint-Denis vs. une moyenne nationale de 7,6%), de même que ceux qui ne sont pas couverts par une complémentaire santé. Les enfants inclus sont majoritairement issus de milieux modestes, puisque les catégories les plus représentées (hors inactifs) sont les ouvriers et les employés. Ainsi, 20,5% des enfants inclus sont issus d'une famille dont les deux parents relèvent de l'une ou de l'autre de ces deux catégories

L'analyse des données du SGE rend par ailleurs compte que le fait d'être en situation de précarité sociale n'était pas associé de manière significative avec des parcours plus courts ou abandonnés en cours de prise en charge.

La gratuité de la prise en charge et la proximité géographique des structures sont deux modalités de MRTC qui facilitent fortement l'inclusion de ces familles en situation de précarité sociale.

Certaines initiatives des professionnels du territoire et des structures ont par ailleurs favorisé leur inclusion en cherchant à activer différents leviers spécifiques. Certaines initiatives visaient à repérer un maximum de familles qui pourraient bénéficier de MRTC (dépistage des services de PMI, actions de dépistage en milieux scolaires par l'APESAL). D'autres visaient à faciliter l'inclusion des familles repérées (aide dans la prise de rendez-vous, *etc.*).

Les médecins constatent néanmoins que l'inclusion des familles qui *cumulent* des facteurs de précarité socio-économiques est plus compliquée. La levée de la barrière financière ou la proximité ne semblent pas suffisantes pour faire adhérer et mobiliser les familles. Par rapport à d'autres besoins, la prise en charge des risques liés au surpoids ne constitue pas une priorité pour certaines familles. Par ailleurs, il arrive que certains médecins rencontrent des familles en grande précarité pour lesquelles la compréhension du programme et l'organisation à déployer pour prendre attache avec la structure et prendre un rendez-vous sont difficiles et constituent des obstacles à l'inclusion.

5.2 Les modalités de MRTC favorisent le maintien des bénéficiaires dans un parcours de PEC

5.2.1 Une majorité des bénéficiaires se maintient dans le dispositif

L'expérimentation confirme la bonne capacité de maintien des familles dans le dispositif MRTC.

En janvier 2021, 3 enfants inclus sur 10 (31%) étaient considérés comme perdus de vue, c'est-à-dire n'ayant pas eu de rendez-vous dans la structure depuis plus de six mois et n'ayant pas réalisé l'ensemble des bilans et/ou consultations prescrites¹⁹. Ce taux apparaît légèrement plus élevé en janvier 2021 qu'en mars 2020, soit avant la mise en place du confinement (à noter que les grèves de décembre et janvier 2020 en Ile-de-France avaient également contribué à retarder les prises en charge pour les enfants de Seine-Saint-Denis, et à accroître le taux de perdus de vue). Ce taux est comparable, voire légèrement inférieur à d'autres dispositifs de prévention et de prise en charge de l'obésité des enfants.

Par ailleurs le taux d'absentéisme observé aux rendez-vous est relativement faible (il était inférieur à 14% en mars 2020).

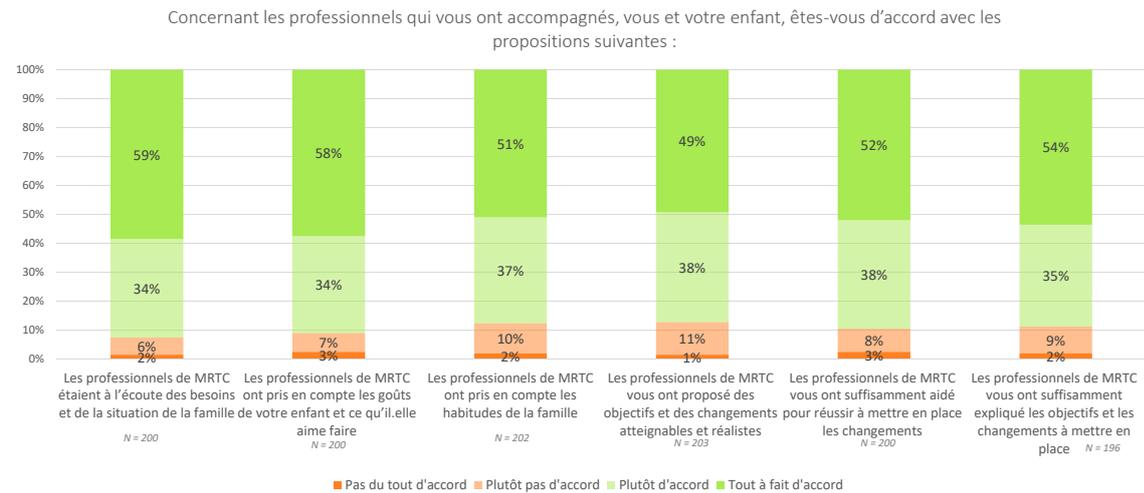
Différentes modalités de MRTC contribuent à cette bonne capacité de maintien des familles dans le dispositif de prise en charge. Sont notamment identifiés par les familles bénéficiaires :

- L'accompagnement des structures (cf. ci-après) ;
- Le fait que les professionnels des structures fixent des objectifs réalistes aux familles et que celles-ci voient les progrès réalisés ;
- La gratuité de la prise en charge ;
- La disponibilité des structures et des opérateurs (dans certains cas (notamment quand les opérateurs exercent en libéral) la possibilité laissée aux familles de prendre RDV en fin de journée après la journée de travail des parents est très aidante) ;
- La régularité et le rythme des consultations ;
- L'approche bienveillante des professionnels de santé assurant la prise en charge et le lien de confiance créé avec la famille.

L'enquête menée auprès des familles corrobore ces éléments, et fait également émerger l'importance d'une présentation claire des objectifs et des changements à mettre en place par les familles pour une meilleure appropriation.

¹⁹ Le taux s'établit à 28% si l'on exclut les enfants pour lesquels un questionnaire de fin de suivi a été rempli, laissant présager que la prise en charge est considérée comme terminée, même si toutes les consultations prescrites n'ont pas été réalisées.

Figure 15 : Perception des familles sur la prise en charge proposée par les professionnels



Planète Publique, à partir des données de l'enquête auprès des familles

Perceptions des familles sur les modalités de prise en charge

Selon les familles la gratuité de la prise en charge et le « bon accueil » des structures constituent des éléments favorables à leur maintien dans le parcours.

« Les conseils proposés ont été adaptés à notre porte-monnaie et à ce que je savais faire ou pas. Si on me proposait quelque chose avec lequel je n'étais pas vraiment d'accord, ils trouvaient une autre solution plus adaptée à mes besoins et à ceux de mes enfants. Les horaires étaient adaptés aux familles. »

« Le fait que ce programme soit gratuit nous pousse et nous incite à suivre les recommandations et à vraiment se mettre en action. »

Malgré une bonne capacité moyenne de maintien, les motifs d'abandon cités par les familles qui ont souhaité arrêter la prise en charge avant qu'elle ne soit terminée rendent compte des difficultés rencontrées par certaines familles. Certains motifs d'abandon sont liés à la perte de « motivation » de la famille, au sentiment d'inefficacité de la prise en charge, à l'ampleur des efforts demandés jugée trop difficile pour la famille ou à un changement de professionnel assurant la prise en charge. D'autres motifs d'abandon sont liés à des changements au sein de la famille qui impactent sa disponibilité (évolution professionnelle, maladie, etc.).

Motifs ayant motivés l'abandon du suivi pour les familles

Certaines familles sondées en entretien en statut perdu de vue, ou ayant arrêté des séances avec le psychologue, déplorent des amplitudes horaires pas assez larges et insuffisantes en fin de journée pour pouvoir continuer.

« On a dû arrêter avec le psy parce que c'était compliqué au niveau des horaires avec le boulot pour accompagner le petit. Le dernier créneau disponible était à 18h donc compliqué. »

« Je n'ai pas poursuivi le programme par manque de temps et de disponibilités, les agendas ne collaient pas. »

Certains professionnels des structures identifient également des ruptures de parcours à la fin de la première année de prise en charge alors qu'un renouvellement serait pertinent pour la famille. Ils considèrent qu'un assouplissement de certaines règles de MRTC (comme le fait de limiter le nombre de consultations de suivi en année 1 vs. année 2) permettrait de limiter ces ruptures de parcours.

5.2.2 L'accompagnement de proximité des structures est déterminant pour maintenir les familles dans le dispositif sur la durée et est consommateur de ressources

Les structures de prise en charge jouent un rôle déterminant pour maintenir les familles dans le dispositif dans la durée.

Les structures mettent en effet en place différentes stratégies de relance (envoi d'emails, appels téléphoniques etc.) qui sont utiles pour maintenir les familles dans le dispositif. Cette présence et cet accompagnement de proximité est particulièrement pertinent lorsque les familles ne sont pas proactives dans la prise en charge : certaines familles rencontrées indiquent à cet égard attendre des nouvelles de la structure pour la suite de la prise en charge mais ne font pas le pas d'appeler la structure elles-mêmes. Il ressort à cet égard également de l'évaluation que certaines familles n'ont pas une visibilité claire sur leur niveau d'avancement dans le parcours de prise en charge. Certaines indiquent en effet « ne pas savoir » si elles ont encore des consultations à réaliser. Améliorer la visibilité des familles sur leur avancement dans le parcours de prise en charge pourrait les aider à être davantage proactives.

Ces stratégies sont consommatrices de ressources en temps pour les structures. Le temps consacré à cette coordination est très variable entre structures (les structures déclarent que cela peut prendre entre 1h et 20h par semaine). Ramené au nombre d'enfants effectivement inclus, ce temps peut être estimé à moins de 3 minutes par enfant et par semaine (avec une variabilité limitée, allant de 0 à 7 minutes par enfant et par semaine), ce qui semble raisonnable. Toutefois, les structures sont inégalement outillées pour assurer cette tâche : ainsi, pour les structures qui accueillent moins d'enfants, cette tâche est moins lourde, mais elles sont généralement moins bien « outillées » pour l'assurer (temps de secrétariat plus limité, fonctions supports moins renforcées). A l'inverse, les structures accueillant plus d'enfants sont généralement mieux organisées pour assurer la gestion du parcours, mais le nombre d'enfants inclus peut vite démultiplier la lourdeur de la tâche. Ainsi, certains réseaux dédient plus facilement des ressources à ce suivi en s'appuyant sur leurs ressources de coordination existantes (RP974, APESAL). A contrario, certaines MSP sont moins outillées pour ce travail de coordination ou considèrent que le temps de secrétariat de la structure ne peut pas être « trop » consommé par MRTC.

Dans certaines structures, le temps de coordination est donc réparti entre les opérateurs (diététiciens, psychologues) qui se chargent de rappeler leurs patients lorsqu'ils estiment cela nécessaire.

Le temps de gestion du parcours de l'enfant n'est pas rémunéré dans le dispositif MRTC (même si certaines structures font la confusion avec l'enveloppe supplémentaire dédiée au renseignement du SGE), ce que la plupart des structures regrettent.

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

6.1 La durée, la diversité et l'approche éducative des prises en charge sont en adéquation avec les ambitions initiales du dispositif

Comme décrit dans le rapport d'analyse du SGE présenté en annexe de ce rapport, les caractéristiques des parcours rendent compte de la diversité des types de prise en charge. Ces constats sont en adéquation avec la logique de MRTC selon laquelle les compositions des forfaits sont élaborées *en fonction des besoins* identifiés par le médecin prescripteur.

Malgré la variabilité de ces caractéristiques, l'analyse des données des parcours du SGE permet de faire émerger des tendances qui rendent compte du fait que la majorité des parcours des enfants est bien en adéquation avec les objectifs initiaux de MRTC.

Les durées des parcours sont variables mais s'inscrivent majoritairement dans le temps long.

La durée moyenne de prise en charge (délai entre le 1^{er} et le dernier rdv réalisé) est de 7,7 mois. Cette moyenne inclut néanmoins également des enfants dont le parcours n'est pas terminé.

Si l'on considère uniquement les enfants ayant terminé leur suivi (N=287), la durée moyenne de la prise en charge s'élève à 9,9 mois. Près de 80% de ces enfants ont une durée de suivi supérieure ou égale à 5 mois et près de 40% ont une durée de suivi supérieure ou égale à 12 mois. Le dispositif parvient donc à mobiliser une partie significative des familles bénéficiaires sur un temps relativement long. A noter que 40% des enfants inclus sont encore en cours de suivi. Des parcours s'étalant sur une longue durée sont donc encore en cours.

Ces durées de prise en charge permettent aux enfants de bénéficier de différents bilans et consultations de suivi. Si l'on inclut dans l'analyse uniquement les enfants ayant commencé un parcours de prise en charge (à minima 1 consultation de suivi réalisée, N=1473), le nombre de consultations de suivi diététique s'élève à une moyenne de 4 consultations réalisées. Les enfants ayant terminé leur prise en charge et à qui une consultation de suivi au moins a été prescrite (N=198) ont bénéficié en moyenne de 5 consultations de suivi diététique. Pour les enfants ayant terminé leur suivi (et pour lesquels une consultation de suivi psychologique au moins a été prescrite), le nombre de consultations de suivi psychologique réalisées s'élève en moyenne à 2,8 consultations.

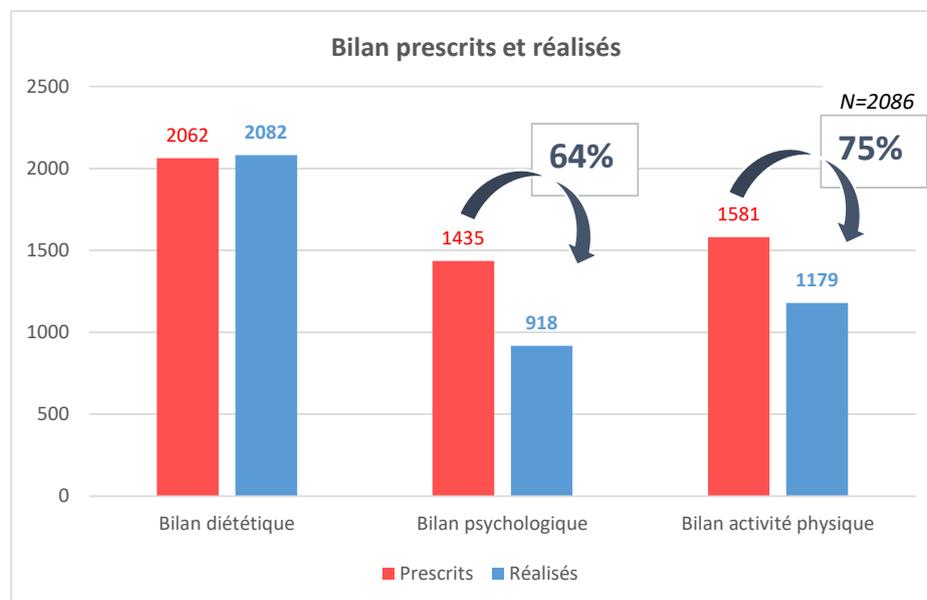
L'approche globale et pluridisciplinaire de MRTC est respectée et pourrait être encore renforcée

Du fait de la variété des consultations suivies et de l'approche globale des opérateurs, il ressort de l'évaluation que l'approche globale et pluridisciplinaire que prévoit MRTC est plutôt bien déployée.

D'une part, l'approche pluridisciplinaire est bien déployée. Les structures mobilisent des professionnels diététiciens et psychologues pour conduire les bilans et les consultations de suivi. Les

bilans d'activité physique sont réalisés par différents types de professionnels en fonction des ressources des structures disponibles (infirmiers, masseur kinésithérapeute, etc.). 72% des enfants inclus ont réalisé au moins une consultation de suivi diététique ; 44% des enfants ont réalisé un bilan psychologique et 56% des enfants ont bénéficié d'un bilan d'activité physique.

Figure 16 – Distribution des enfants en fonction des bilans prescrits et réalisés



Source : Planète Publique, à partir des données du SGE.

Les médecins et structures identifient des réticences de certaines familles relatives au suivi psychologique. L'intitulé « suivi psychologique » suscite des inquiétudes car certaines familles l'associent à une prise en charge de personnes atteintes de troubles mentaux. Les familles ayant accepté de rencontrer le psychologue indiquent majoritairement que leurs *à priori* et inquiétudes initiales sont souvent levés après le premier bilan réalisé. Certaines structures et certains professionnels proposent de changer l'intitulé de la prise en charge avec un terme plus ouvert qui susciterait moins d'inquiétudes (« guidance parentale », « accompagnement », « coaching », ...).

D'autre part, les consultations de suivi diététique et psychologique permettent bien de prendre en compte la famille dans sa globalité. Si la place dédiée aux habitudes alimentaires est logiquement la plus importante lors des consultations de suivi diététique, les éléments recueillis suggèrent que la majorité des opérateurs investis dans MRTC prennent bien en compte dans leur suivi toutes les habitudes de vie de la famille (sommeil, activité physique, écran etc.). Cette approche globale est respectée et pourrait être renforcée pour certaines familles qui considèrent que le temps passé sur ces habitudes de vie n'était pas assez important (cf. Une *réponse pertinente aux besoins des familles et une logique de prise en charge globale qui pourrait être renforcée* en page 43)

Perception des familles sur le suivi

Les familles interrogées en entretien ayant simultanément eu accès aux consultations avec le psychologue et le diététicien soulignent que cela les a réellement aidées à adhérer à la prise en charge en travaillant sur tous les aspects pouvant impacter les enfants.

« On se sentait accompagnés et bien écoutés. Pendant les séances avec le psy, même quand la discussion débordait un peu sur des sujets qui n'avaient rien à voir, il continuait à écouter ce que mon fils avait à dire. Et de l'autre côté, les séances avec la diététicienne nous donnaient pas mal d'éléments pour limiter les quantités. »

« Je trouve qu'on a bien été encadrés, la diététicienne était à l'écoute et a fait un travail remarquable. C'est vraiment une perle ; elle sait y faire avec les enfants. Elle est pas mal revenue sur des choses avec des dessins et pictogrammes car le petit a du mal à comprendre certaines choses, mais avec ces outils il arrivait à bien écouter. On a aussi eu au départ le psychologue qui a été très gentil. Il a su trouver les mots pour mon fils et lui expliquer les choses. »

Les familles n'ayant pas eu accès aux consultations avec le psychologue indiquent que les professionnels s'assuraient tout de même du suivi psychologique de l'enfant.

« On n'a pas eu de séances avec le psychologue, mais la diététicienne posait beaucoup de questions à mon fils sur la façon dont il se sentait. Pareil avec la professeure de sport qui lui demandait souvent s'il avait des copains ou pas, ou s'il recevait des insultes à l'école. Donc elles faisaient bien attention au côté où les enfants sont stigmatisés. »

Toutes les dimensions des habitudes de vie ont bien été prises en compte par les professionnels, même si les familles n'étaient pas forcément en besoin.

« On n'avait pas vraiment de problèmes au niveau des temps d'écrans mais le sujet a été abordé plusieurs fois pendant des ateliers. »

« On a des règles à la maison pour les temps d'écrans donc tout s'est bien passé. On recevait toujours des petits conseils en plus à appliquer, mais pas de problèmes particuliers. »

Le bilan d'activité physique a été prescrit pour 75% des familles incluses. Parmi ces familles, 75% des familles l'ont réalisé. Certains professionnels de santé considèrent néanmoins que le volet dédié à l'activité physique de la famille est le « parent pauvre » du dispositif et qu'il pourrait être renforcé. Le bilan « activité physique » est considéré comme pertinent et est apprécié mais il est insuffisant pour identifier les besoins de la famille / de l'enfant, identifier des activités qui pourraient être accessibles et investies et accompagner la famille dans ce changement d'habitudes. Le sujet est abordé par les diététiciens lors des consultations de suivi diététique mais certaines familles sont en attente d'un accompagnement plus spécifique sur ce volet.

Il ressort également de l'évaluation que certains médecins ne prescrivent pas le bilan d'activité physique car ils n'en voient pas l'intérêt si un suivi n'est pas proposé. Certaines structures souhaiteraient que ce bilan soit systématique, à l'image du bilan diététique, pour que toutes les familles puissent en bénéficier.

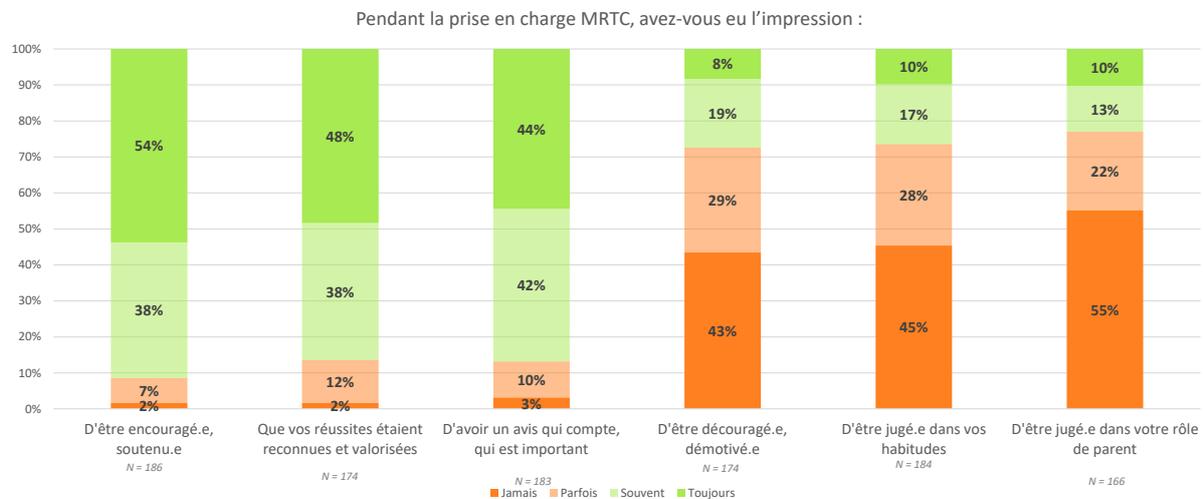
L'approche éducative déployée respecte la logique bienveillante et non culpabilisante souhaitée au lancement de MRTC.

Les éléments recueillis auprès des familles bénéficiaires et des structures suggèrent que l'approche bienveillante et non jugeante de MRTC est largement respectée.

Les familles ont, souvent ou toujours, majoritairement eu l'impression d'être encouragées/soutenues (92%), que leurs réussites aient été reconnues et valorisées (86%) et d'avoir un avis qui compte/qui

est important (86%). Plus de la moitié des familles n'a jamais eu l'impression d'être jugée dans son rôle de parent (55%). La majorité des familles n'a jamais eu l'impression d'être découragée/démotivée (43%) ou d'être jugée dans ses habitudes (45%).

Figure 17 – Ressenti des parents vis-à-vis de l'approche proposée dans la prise en charge



Planète Publique, à partir des données de l'enquête auprès des familles

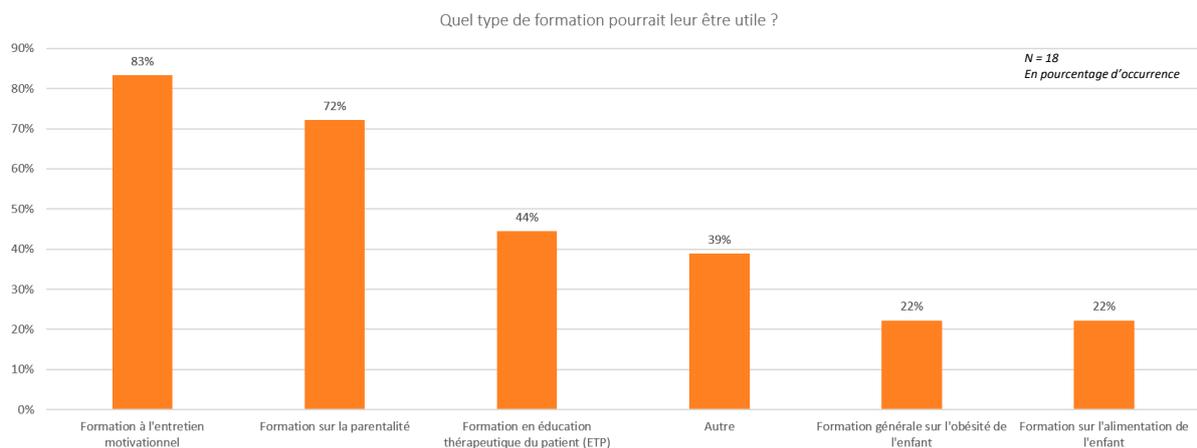
Les familles bénéficiaires s'accordent donc sur l'approche bienveillante et non culpabilisante des professionnels de santé les ayant suivis : ils soulignent le rôle du dispositif et de l'accompagnement comme soutien à la parentalité. Le fait que le programme ne place pas l'enfant au cœur du programme est par ailleurs majoritairement bien compris par les professionnels et les familles bénéficiaires. Pour 73% des familles ayant suivi le programme MRTC, celui-ci s'adresse autant à l'enfant qu'aux parents.

La majorité des professionnels partagent par ailleurs la nécessité d'avoir une approche ciblée sur la famille et non centrée sur l'enfant. Ils indiquent qu'une vigilance permanente doit être accordée à cela pour éviter des effets délétères de la prise en charge sur l'enfant.

Du point de vue de leur capacité à proposer cette approche, l'enquête auprès des structures met en évidence que les besoins de formations des professionnels sont jugés limités, mais ont pu apparaître au cours de la mise en œuvre de l'expérimentation, suggérant que l'implication dans la prise en charge des enfants fait émerger de nouveaux besoins de montée en compétence (4 structures indiquent que les professionnels ont exprimé un besoin de formation au début de l'expérimentation et 8 structures indiquent un besoin au cours de la prise en charge).

Les structures ont très rarement proposé des formations aux professionnels assurant la prise en charge. Cependant, les thématiques qui pourraient rencontrer des besoins sont : la formation à l'entretien motivationnel pour 15 des structures (en lien avec le besoin de renforcer la capacité à mobiliser la famille et à maintenir son adhésion au programme), la formation à la parentalité pour 13 structures. Le renforcement de la formation à l'éducation thérapeutique du patient est indiqué par 8 structures parmi les 18 qui ont répondu à cette question.

**Figure 18 – Type de formations pouvant être utiles aux professionnels de la prise en charge
(pour les structures indiquant que les professionnels ne sont pas tout à fait suffisamment formés)**



Planète Publique, à partir des données de l'enquête auprès des structures

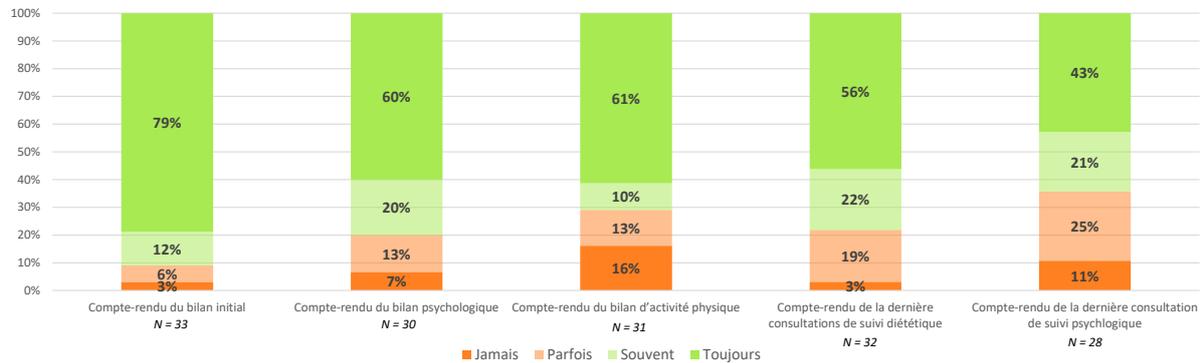
6.2 Les modalités de coordination prévues entre professionnels sont respectées mais sont relativement limitées

Les modalités de coordination prévues par le cahier des charges sont majoritairement respectées par les professionnels de santé

Le dispositif prévoit que les diététiciens/ structures transmettent au médecin prescripteur le compte-rendu du bilan initial et de la dernière consultation de suivi. Il ressort de l'évaluation que ces modalités de suivi sont respectées par la grande majorité des structures bien que moins systématiquement s'agissant du bilan de la dernière consultation. 79% des structures transmettent en effet systématiquement le compte-rendu du bilan initial au médecin prescripteur et 56% pour la dernière consultation de suivi diététique. Autour de 60% des structures font par ailleurs souvent ou toujours un compte-rendu au médecin du bilan psychologique et du bilan d'activité physique.

Figure 19 – Transmission des comptes rendus au médecin prescripteur

Parmi les enfants accompagnés dans le cadre de Mission : retrouve ton cap, à quelle fréquence sont transmis les différents comptes rendus au médecin prescripteur ?



Planète Publique, à partir des données de l'enquête auprès des structures

Certaines structures ont d'autres modalités d'échange avec les prescripteurs que la transmission des comptes-rendus. Près de 40% des structures ont des échanges informels avec les médecins prescripteurs, organisent des échanges téléphoniques ou envoi des courriers / emails en plus des comptes-rendus. L'organisation de réunions de concertation pluriprofessionnelle est plus rare : 26% des structures indiquent en organiser avec les prescripteurs. Ces réunions de concertation pluriprofessionnelle sont organisées en particulier dans les structures d'exercice coordonnées (MSP ou centres de santé) où les médecins prescripteurs exercent également dans la structure. Dans ces structures, le dispositif MRTC bénéficie de modalités de coordination interprofessionnelle préexistantes. Sauf quelques exceptions²⁰, cette coordination interprofessionnelle entre prescripteurs et structures de prise en charge ne s'observe généralement pas quand les structures sont des réseaux et/ou que les médecins prescripteurs n'exercent pas directement dans la structure.

Perception des familles sur la coordination entre la structure et le prescripteur

La plupart des familles sondées en entretien ne savent pas vraiment s'il existe un lien entre le prescripteur et la structure pendant le suivi, ou si un compte-rendu est transmis par la structure au prescripteur.

« Il n'y a pas eu de communication entre le pédiatre et la structure. Mon pédiatre est déjà assez impliqué par rapport au suivi de base des enfants, donc il n'y a pas forcément besoin de plus d'implication pendant le suivi. »

« Non je ne pense pas que mon médecin ait communiqué avec les professionnels de la structure. »

« Je ne pense pas qu'il y ait eu un échange... En tout cas mon médecin n'en a pas parlé. »

²⁰ Voir l'étude de cas portant sur le territoire du Nord-Pas de Calais en annexe 4.

Les médecins prescripteurs apprécient ces comptes-rendus et le fait de ne pas avoir besoin de consacrer trop de temps à ce suivi

Ces modalités de suivi relativement légères du dispositif sont appréciées des médecins et contribuent au fait qu'ils adhèrent majoritairement au fonctionnement de MRTC. Les prescripteurs apprécient en effet majoritairement leur positionnement dans MRTC et le fait de ne pas avoir à consacrer trop de temps au suivi et à la coordination. 80% d'entre eux ont trouvé leur rôle dans la prise en charge proposée dans le cadre MRTC adaptée.

Ce positionnement des médecins traitants dans MRTC est également considéré comme adapté par une majorité des bénéficiaires : 72% des familles ont indiqué être satisfaites de la place de leur médecin pendant le suivi des enfants. Cet avis n'est néanmoins pas partagé par un quart des familles qui auraient souhaité une implication plus importante du médecin. 6 familles sur 10 indiquent avoir reparlé du programme avec leur médecin au cours de la prise en charge de l'enfant.

La moitié des structures considère que la place prise par les médecins dans le cadre de MRTC est très variable en fonction des prescripteurs, un quart d'entre elles considère qu'elle est suffisante et un quart considère qu'elle est insuffisante.

De manière générale, il ressort donc que, du fait de ces niveaux d'investissement très hétérogènes, les médecins n'assurent pas - dans la majorité des cas - un rôle de « pivot » du parcours de soin MRTC de la famille. Ils sont nombreux à indiquer avoir confiance en la structure pour assurer la prise en charge des familles sans qu'un investissement supplémentaire de leur part ne soit nécessaire.

Perception des familles sur la place du prescripteur pendant et après la prise en charge

La plupart des familles interrogées en entretien sont satisfaites de cette place à la marge du prescripteur et ne jugent pas nécessaire qu'il soit plus impliqué pendant la prise en charge et après la prise en charge.

« Pour moi il devrait intervenir au démarrage tout simplement, et peut-être fournir un léger suivi derrière en demandant comment ça passe mais pas besoin d'aller plus loin dans le suivi. »

« Le suivi pendant le parcours n'a pas forcément d'utilité puisqu'il y a déjà tout ce qu'il faut à la structure. »

« Je préfère aller voir la diététicienne que le pédiatre pour le suivi, ce n'est pas du tout la même approche. La nutrition n'est pas le domaine du pédiatre, il n'aura pas cette douceur que nous apporte la diététicienne. Je pense que le pédiatre n'apportera pas grand-chose. Par exemple pour faire passer la faim la diététicienne proposera à mon fils de faire un dessin alors que le pédiatre lui proposera de boire de l'eau. »

Les modalités de coordination entre professionnels assurant la prise en charge dépendent de l'organisation de la structure

Les modalités de coordination entre professionnels assurant la prise en charge (diététiciens et psychologues) sont très variables entre structures. Comme s'agissant de la coordination avec les prescripteurs, elles dépendent fortement des modalités de coordination qui préexistent à la mise en place de MRTC au sein de la structure.

Lorsque les professionnels exercent en libéral et qu'ils sont regroupés au sein d'un réseau sans structure commune, les modalités de coordination sont en général limitées et concernent quelques familles marginalement. En revanche quand les opérateurs exercent dans une même structure dans laquelle des réunions de coordination interprofessionnelle sont organisées, la situation des enfants suivis dans le cadre de MRTC est abordée lors de ces réunions.

Les opérateurs et les familles ne considèrent pas que ce niveau de coordination relativement faible porte préjudice à la qualité de la prise en charge. Plusieurs opérateurs considèrent néanmoins que des outils ou des temps de coordination pourraient être mis en place sans que cela n'alourdisse le dispositif (par exemple : un dossier médical partagé pour échanger des informations sur la situation de la famille entre professionnels assurant la prise en charge).

Dans les cas où des temps de concertation permettent aux professionnels d'échanger sur la situation du patient, ils considèrent que cela leur permet de mieux connaître la situation et les besoins de la famille et donc de proposer une prise en charge plus adaptée à la famille.

Perception des familles sur la coordination entre professionnels de la structure

Les familles sondées en entretien ayant eu accès à différents professionnels de la structure trouvent qu'il y a eu une bonne communication entre eux et en sont satisfaites. Elles déclarent ne pas avoir eu à répéter des informations entre les différentes séances ce qui assurait une fluidité de la prise en charge.

« J'ai senti qu'il y avait une communication entre les deux puisque quand j'allais voir le psy, la diététicienne faisait le point sur cette séance, elle avait les infos. »

« Oui globalement il y a eu une bonne complémentarité entre les deux types de consultation. »

6.3 Une réponse pertinente aux besoins des familles et une logique de prise en charge globale qui pourrait être renforcée

La grande majorité des familles bénéficiaires sont satisfaites de la prise en charge dont elles ont bénéficié avec MRTC. Ainsi, environ 9 familles sur 10 sont satisfaites de l'accompagnement proposé par les professionnels (niveau d'écoute, prise en compte des goûts de l'enfant et de ce qu'il/elle aime faire, prise en compte des habitudes de la famille, proposition d'objectifs atteignables et réalistes, aide apportée pour mettre en place les changements, niveau d'explication apporté).

Tous les aspects pratiques du programme apportent également satisfaction à environ 9 familles sur 10 (fréquence des consultations, facilité d'accès aux consultations, facilité de prise de rendez-vous, créneaux proposés pour les rendez-vous). Les familles indiquent des taux de satisfaction légèrement inférieurs concernant la durée totale de l'accompagnement (2 familles sur 10 estiment être plutôt pas ou pas du tout satisfaites) ou le nombre d'intervenants différents dans le parcours (près de 2 familles sur 10 estiment être plutôt pas ou pas du tout satisfaites).

Les éléments recueillis auprès des parents et de certains enfants directement suggèrent que les enfants sont également satisfaits de la prise en charge. Peu ont refusé de participer même si certains parents indiquent repérer un peu de lassitude après un certain temps de suivi. Certaines dimensions du programme ont apporté une grande satisfaction aux enfants (bilan avec un coach sportif par exemple).

En revanche, la logique de prise en charge globale pourrait être renforcée pour être encore plus en adéquation avec les besoins des familles. Ainsi, comme décrit précédemment, un renforcement de l'approche globale de MRTC permettrait d'améliorer la pertinence du dispositif par rapport aux besoins des familles par exemple en dédiant plus d'importance et en outillant davantage les familles pour développer le temps dédié à de l'activité physique et réduire le temps d'exposition aux écrans.

15% des familles estiment que l'attention portée à l'activité physique des enfants n'était pas assez importante. 13% des familles estiment que l'attention portée au temps passé devant les écrans n'était

pas assez importante. 17% des familles estiment que l'attention portée au sommeil de l'enfant n'était pas assez importante.

Perception des familles sur la prise en charge globale offerte par MRTC

Les familles interrogées sont globalement satisfaites de la prise en charge offerte par MRTC. Elles décrivent des professionnels attentifs aux besoins de l'enfant mais aussi de la famille.

« Nous n'avons pas eu de séances avec le psychologue, mais la diététicienne prenait à chaque séance le temps de demander à mon fils s'il se sentait bien, s'il avait des copains à l'école, s'il recevait des insultes ou autres. Donc les séances ne se limitaient vraiment pas seulement à l'aspect alimentaire. »

« L'approche est superbe, on est bien suivi, même pendant le confinement la structure nous a appelées plusieurs fois pour savoir si tout allait bien, pour nous proposer des sortes de jeu concours sur la pyramide alimentaire ou des ateliers sportifs à faire à la maison. On n'a pas du tout eu l'impression d'avoir été lâché. Les rendez-vous avec la diététicienne ont été téléphoniques et on a même eu droit à une petite vidéo culinaire donc c'était vraiment top. »

6.4 Les modalités de PEC satisfont les PS mais la faiblesse des montants des rémunérations est mise en cause

Les professionnels de santé et structures assurant la prise en charge des familles sont majoritairement satisfaits du programme. Parmi les points majeurs de satisfaction, les professionnels diététiciens et psychologues considèrent que MRTC est un premier pas pertinent et encourageant vers le remboursement de leurs actes. Ils apprécient également que le dispositif soit bien cadré même s'ils estiment qu'il serait bénéfique d'assouplir les modalités d'ajustement des prescriptions des médecins. Pour les professionnels exerçant en libéral et étant associés à un réseau, ils apprécient leur soutien logistique et leur travail de coordination.

Néanmoins, la faiblesse des montants des rémunérations est remise en cause. Ainsi, même si les tarifs habituellement pratiqués par les opérateurs varient légèrement entre les professions et les territoires, les professionnels indiquent que les montants des rémunérations pratiqués dans MRTC sont dans l'ensemble majoritairement inférieurs. Les professionnels considèrent en particulier que la durée type d'une consultation MRTC (30 minutes) - sur laquelle est fondée la rémunération - est trop courte pour qu'une consultation soit conduite dans de bonnes conditions sur des sujets aussi complexes. Dans les faits, les professionnels indiquent que la grande majorité de leurs consultations excèdent cette durée type.

Pour certains professionnels, la faiblesse de ces rémunérations fragilise le déploiement de MRTC et sa pérennité. Certaines structures évoquent en effet le fait que certains professionnels n'ont pas souhaité rejoindre le dispositif du fait de la faiblesse de ces rémunérations ou que des professionnels ont souhaité quitter le dispositif en partie du fait de cette problématique. D'autres professionnels indiquent ne pas pouvoir prendre en charge un nombre trop important d'enfants dans le cadre de MRTC du fait de ces rémunérations.

Il semble que dans certains territoires le niveau des rémunérations prévues est particulièrement un frein pour le recrutement de psychologues qui exercent en libéral.

7. Quels impacts sur les habitudes de vie et la corpulence des enfants ?

7.1 Des effets favorables, en particulier sur la corpulence et les habitudes alimentaires

Précautions relatives à l'analyse de l'évolution de la corpulence des enfants²¹

L'analyse de l'évolution de la corpulence des enfants repose sur deux analyses, réalisées dans des temporalités et selon des méthodologies différentes. Dans les deux cas, les données doivent être considérées avec précaution : en effet, l'expérimentation se déroule « en situation réelle » et les facteurs extérieurs influençant les données ne peuvent pas être maîtrisés, comme le ferait une expérimentation « en laboratoire ».

La première analyse a été réalisée à partir de données du mois de mars 2020. Elle inclut les données « à l'inclusion » et « fin de parcours » de 325 enfants pour lesquels les questionnaires ont été remplis. Elle porte sur un petit nombre d'enfants, mais présente l'avantage de reposer sur des données « après » non impactées par la mise en place du confinement, et ses conséquences sur les habitudes de vie (et en particulier en matière d'alimentation et de sédentarité).

La seconde analyse a été réalisée à partir de l'extraction réalisée au mois de janvier 2021 et inclus donc pour une large part des prises en charge qui ont été réalisées pendant la période de confinement et plus globalement de restrictions liées à la gestion de la crise sanitaire. Les données « avant » sont issues du questionnaire du bilan diététique initial. Pour les données « après », l'information reprise est le dernier z-score connu, que celui-ci soit issu d'un questionnaire de fin de suivi ou d'une consultation de suivi diététique. Ceci permet d'accroître le nombre d'enfants pris en compte dans l'analyse (1 229 enfants). Comme pour l'analyse de mars 2020, la part des enfants ayant effectivement terminé leur parcours est limité dans l'échantillon (un quart environ).

²¹ Pour plus de précision sur les données et sur la méthodologie de production des données, se reporter aux deux rapports détaillés en annexe 2 et 3.

7.1.1 Une amélioration positive de la situation des enfants vis-à-vis de la corpulence

Une évolution positive de la situation des enfants plus marquée avant la période de confinement

Les deux temporalités d'analyse de l'évolution de la corpulence des enfants mettent en évidence une amélioration globale de la situation des enfants, même si elle est plus nette à travers les données de mars 2020 que pour les données de janvier 2021.

Si l'on considère l'évolution moyenne du z-score de l'IMC, les données de mars 2020 font apparaître des évolutions favorables, avec une évolution à la baisse de -0,22 pour le z-score de l'IMC absolu et -4% pour le z-score de l'IMC relatif. Les évolutions sont moins marquées pour la 2^{ème} période²² et le z-score de l'IMC relatif tend d'ailleurs plutôt à augmenter en moyenne pour les enfants de la 2^{nde} période d'analyse²³.

Figure 20 – Evolution du z-score des enfants inclus, pour les deux périodes d'analyse²⁴

	Analyse MARS 2020	Analyse JANVIER 2021
Evolution moyenne du z-score moyen ABSOLU	-0,22	-0,06
Evolution moyenne du z-score moyen RELATIF	-4%	+0,5%

Planète Publique, à partir des données du SGE

Ces données permettent d'identifier un « glissement » dans la caractérisation de la corpulence des enfants, avec un passage des enfants en situation d'obésité vers le « surpoids » et dans une moindre mesure une sortie du surpoids pour les enfants en surpoids simple à l'inclusion.

Derrière ces données générales et « moyennisées », l'analyse plus fine met en évidence que la situation tend à s'améliorer pour une majorité d'enfants (là aussi plus marquée en première période). Ainsi, près des deux tiers des enfants ont vu leur situation s'améliorer du point de vue du z-score de l'IMC (baisse ou stabilisation) : cela concerne 63% des enfants en mars 2020 (dont 56% qui ont connu une baisse et 7% une stabilisation) et 60% des enfants en janvier 2021 (dont 52% qui ont connu une baisse et 8% une stabilisation).

²² Les traitements statistiques ne permettent d'ailleurs pas de confirmer la significativité de l'évolution.

²³ La moyenne du z-score relatif pâtit d'une progression importante de la corpulence des enfants qui n'étaient pas en situation de surpoids à l'inclusion et qui distordent fortement la moyenne.

²⁴ Pour le détail des calculs et des analyses, se reporter aux données détaillées en annexe.

Figure 21 – Evolution du z-score des enfants inclus, pour les deux périodes d’analyse

	Analyse MARS 2020	Analyse JANVIER 2021
% d’enfants connaissant une BAISSÉ DU Z-SCORE	56%	52%
% d’enfants connaissant une STABILISATION DU Z-SCORE	7%	8%
% d’enfants connaissant une AUGMENTATION DU Z-SCORE	31%	40%
NR	6%	0%

Planète Publique, à partir des données du SGE

Les professionnels rencontrés en entretien ont fait part d’une dégradation très forte de la corpulence des enfants durant l’année 2020, en lien avec la perturbation des modes de vie (et en particulier l’alimentation, la sédentarité et *in fine* la corpulence). L’analyse des données montre que cette dégradation s’est avérée au final relativement maîtrisée : si les résultats sont moins marqués en janvier 2021 par rapport au mois de mars 2020, ils restent globalement positifs.

Un bénéfice plus marqué pour les enfants dont la corpulence à l’inclusion est la plus élevée

L’analyse des données en fonction des profils des enfants et de leur parcours fait apparaître que les résultats du point de vue de l’évolution de la corpulence sont plus marqués pour les enfants qui étaient en situation d’obésité à l’inclusion et qui donc avaient un z-score de l’IMC plus élevé. Cette situation apparaît relativement classique de la prise en charge de l’obésité, puisque les progrès sont plus faciles et plus rapides à obtenir dans les situations dans lesquelles les « marges d’amélioration » sont les plus élevées (un enfant avec un z-score de l’IMC faible ne peut pas connaître une baisse aussi importante du z-score de l’IMC).

Il est toutefois important de constater que même si la prise en charge proposée devait correspondre à des enfants relevant du premier recours, elle a permis d’obtenir des résultats positifs pour des enfants dont la corpulence était particulièrement élevée²⁵.

Par ailleurs, l’analyse des données du mois de janvier 2021 fait apparaître une distinction entre l’évolution de la situation pour les enfants qui étaient en surpoids / en situation d’obésité à l’inclusion et ceux qui ne présentaient que des facteurs de risque. En effet, ces derniers sont confrontés à une dégradation de leur situation plus importante en moyenne, tandis que les enfants en surpoids (simple + obésité) obtiennent de meilleurs résultats (augmentation maîtrisée voire diminution du Z-score de l’IMC). On note cependant que pour les enfants ne présentant pas de surpoids à l’inclusion, le programme ne recherche pas spécifiquement à diminuer le z-score.

²⁵ Les données de l’expérimentation ne permettent pas de tracer si les enfants relèvent d’une obésité complexe et donc du 3^{ème} recours. Toutefois, les échanges avec les professionnels et les données du SGE suggèrent la présence dans la population incluse de situation d’obésité modérée si ce n’est complexe.

Ces données suggèrent que le suivi proposé dans le cadre de MRTC a permis de mieux maîtriser les conséquences de la gestion de la crise liée à la COVID pour les enfants en surpoids et en situation d'obésité en limitant la dégradation de leur situation, voire en confortant les résultats positifs.

Une corpulence qui reste élevée

Enfin, même si la situation tend à s'améliorer, la corpulence des enfants reste élevée et le z-score moyen des enfants après plusieurs mois de suivi reste élevé (3,75 en moyenne en mars 2020 et 3,92 en janvier 2021).

Par ailleurs, si les données tendent à montrer une amélioration légèrement plus marquée pour les enfants ayant les parcours les plus longs et les plus complets, **les analyses statistiques ne permettent pas de conclure à la significativité de la relation**. Les enfants dont les parcours sont considérés comme terminés ne présentent d'ailleurs pas des résultats différents des autres enfants.

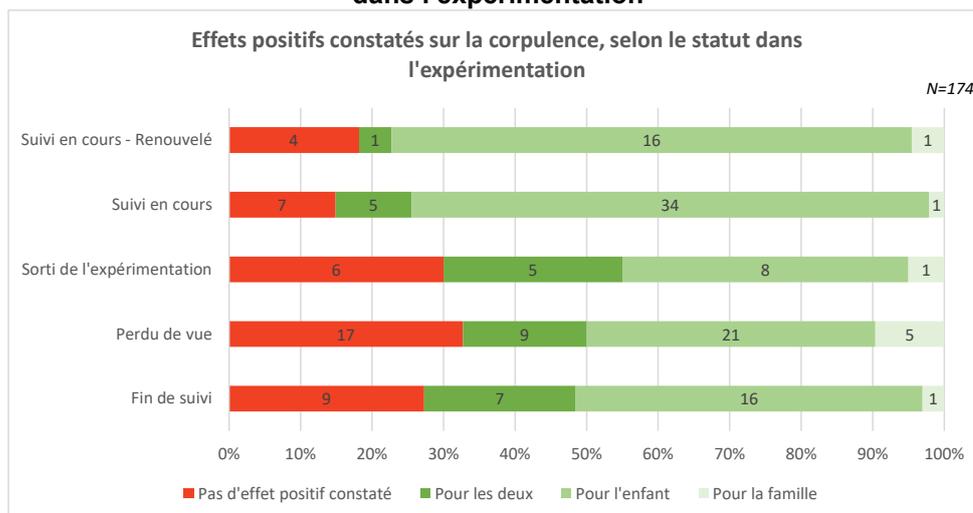
De plus, l'enquête menée auprès des médecins prescripteurs met en évidence une perception mitigée des effets de la prise en charge sur la corpulence des enfants. Alors qu'ils attribuent un degré de satisfaction globale de 7/10 à l'expérimentation, leur perception « tombe » à 6,3/10 pour ce qui concerne les effets sur la corpulence, ce qui en fait l'un des items pour lesquels leur satisfaction est la moins élevée.

Pour autant, l'évolution positive apparaît relativement bien identifiée par les parents : environ trois quart des répondants à l'enquête identifient des effets positifs de la prise en charge. Avec (seulement) 24% des parents n'identifiant pas d'effets positifs sur la corpulence, il s'agit d'un des items qui obtient les résultats les plus visibles du point de vue des parents (après les effets sur les habitudes alimentaires, cf. infra).

En outre, 55% des parents identifient des effets sur la corpulence des enfants uniquement auxquels s'ajoutent 16% des parents identifiant des effets positifs sur la corpulence de toute la famille (famille + enfant). Les parents dont les enfants sont perdus de vue et sortis de l'expérimentation identifient moins souvent les effets positifs sur la corpulence. Les parents dont le suivi des enfants est considéré comme terminé viennent ensuite. Dans les trois cas, il s'agit des enfants pour lesquels les parcours sont en moyenne plus courts si l'on considère les moyennes pour les 2086 enfants inclus²⁶. Les parents pour lesquels le suivi de l'enfant est en cours (première prescription ou renouvellement) identifient plus que les autres des effets positifs de la prise en charge sur la corpulence.

²⁶ En moyenne, la durée du parcours des enfants en « fin de suivi » est de 6,6 mois, de 5,4 mois pour les « perdus de vue » et de 3 mois pour les enfants « sortis de l'expérimentation ».

Figure 22 – Effets positifs constatés sur la corpulence, en fonction du statut de l'enfant dans l'expérimentation



Planète Publique, à partir des données de l'enquête auprès des parents

L'identification des effets positifs de la prise en charge (de manière générale et spécifiquement du point de vue de la corpulence) constitue l'un des moteurs pour continuer les consultations de suivi et maintenir les changements dans les habitudes de vie. Cela peut entraîner la famille dans un cercle vertueux qui contribue à l'amélioration de la situation de l'enfant. A l'inverse, la difficulté à identifier les effets positifs peut contribuer à démotiver les familles et donc à perdre de vue certains enfants. Dans ces conditions, et considérant que la corpulence reste objectivement importante, l'accompagnement des professionnels semble important pour souligner les progrès réalisés.

Perception des familles sur l'évolution de la corpulence avec la prise en charge

La majorité des familles interrogées lors des entretiens constatent une stabilisation, et dans certains cas une amélioration, de la corpulence de l'enfant pris en charge dans MRTC.

« C'est satisfaisant puisqu'il a maintenu sa courbe plutôt droite, avec certes des hauts et des bas, mais on a pu voir pourquoi, parfois pour des raisons alimentaires, parfois car moins de sport, mais sa courbe d'IMC a quand même été maintenue droite. »

« Avec le programme ma fille est revenue à un niveau stable. »

« Ça a freiné sa prise de poids mais ce n'est pas évident parce que ça ne l'a pas empêché de reprendre. Il y a des périodes où c'est stable et d'autres où il reprend. »

7.1.2 Une amélioration nette des habitudes alimentaires

Une progression des habitudes alimentaires des enfants

Si la corpulence des enfants reste importante, les données disponibles mettent en évidence que des évolutions plus marquées pourraient être visibles à moyen terme. En effet, l'évolution des habitudes de vie et en particulier des habitudes alimentaires apparaît particulièrement positive pour les enfants inclus dans l'expérimentation, et ce pour les deux périodes de l'analyse.

Ainsi en janvier 2021, 82% des enfants étaient concernés par l'amélioration d'au moins une des habitudes alimentaires questionnée dans le cadre du suivi (83% pour les enfants inclus dans l'analyse menée au mois de mars 2020). Dans le détail, et assez logiquement, les améliorations sont plus marquées pour les habitudes alimentaires pour lesquelles les marges de progrès étaient les plus importantes.

Ainsi, seulement 17% des enfants indiquent prendre plus souvent un petit déjeuner. Cette habitude alimentaire était toutefois très largement acquise au moment de l'inclusion des enfants (trois-quarts des enfants prenaient un petit-déjeuner tous les jours et le taux monte à 82% si l'on inclut les enfants prenant un petit déjeuner 4 à 6 jours par semaine).

Pour les autres habitudes alimentaires, la situation s'est améliorée pour environ la moitié des enfants : 55% des enfants mangent moins souvent entre les principaux repas, 44% des enfants réduisent leur fréquence de consommation de boissons sucrées et 43% des enfants mangent plus souvent des fruits et légumes.

Cette progression plus marquée pour les habitudes alimentaires les moins fréquentes se retrouvent également à l'échelle individuelle, puisque l'amélioration des différentes habitudes alimentaires est plus marquée pour les enfants qui avaient la situation initiale la moins favorable.

Perception des familles sur l'évolution des habitudes alimentaires

Les entretiens menés auprès des familles confirment que des changements dans les habitudes alimentaires sont amorcés grâce à la prise en charge et qu'ils ne sont observables qu'à partir d'un certain temps d'adaptation (moyen terme). Ces changements ne bénéficient pas seulement à l'enfant pris en charge mais également à l'ensemble de la famille.

« Nous avons changé pas mal de choses par rapport aux habitudes de vie. Il avait par exemple des habitudes catastrophiques au niveau de l'alimentation (ce qu'il y avait dans l'assiette et la quantité), mais aujourd'hui les habitudes de toute la famille ont été modifiées à ce niveau-là. »

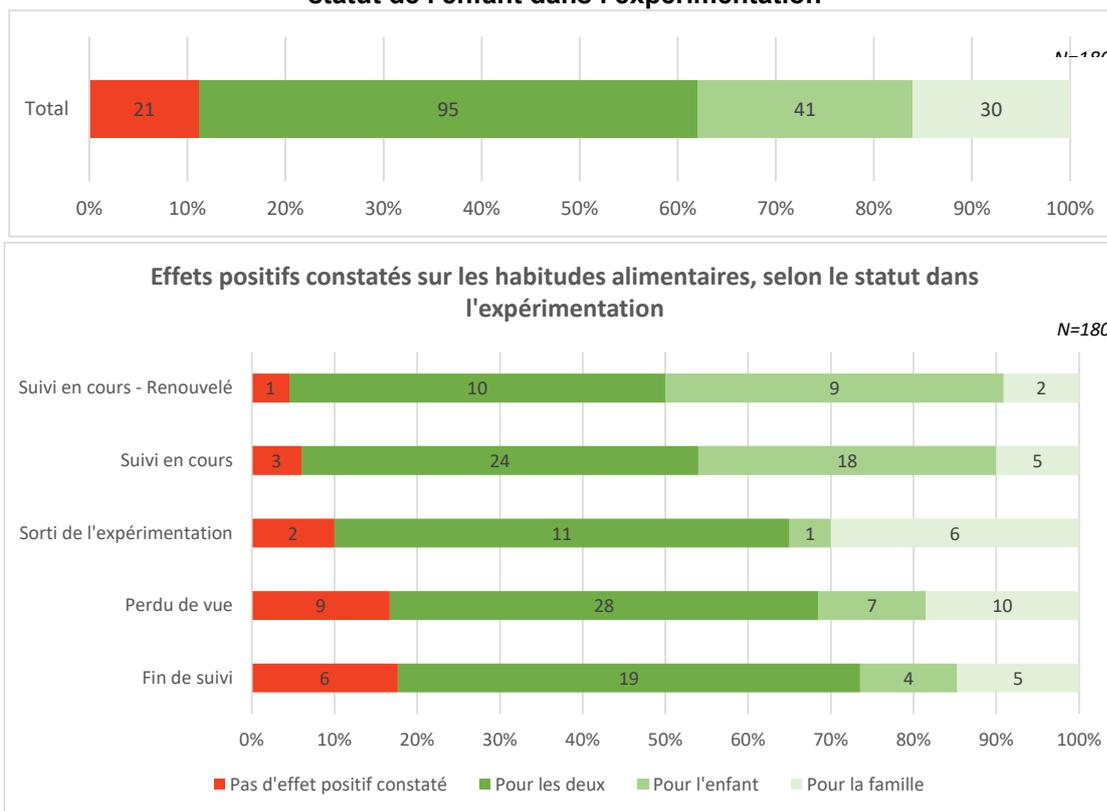
« C'est beaucoup plus équilibré au niveau des goûters. Ma fille ne mangeait aucun légume, ça n'a pas changé aujourd'hui elle se tourne plus facilement vers des aliments qu'elle n'aimait pas petite. Il y a une vraie prise de conscience de son côté dans la manière de consommer la nourriture. »

Une amélioration qui semble bénéficier à toute la famille

Par ailleurs, au-delà des questionnaires de suivi passés dans le cadre du suivi de la prise en charge, l'enquête menée auprès des familles confortent ces résultats. Seulement 10% des répondants indiquent ne pas avoir constaté d'effet positif sur les habitudes alimentaires dans le cadre de la prise en charge. C'est l'item qui obtient les meilleurs résultats (avant la corpulence et les autres habitudes de vie). Comme pour les perceptions des effets sur la corpulence, les familles dont le suivi est en cours (première prescription ou renouvellement) ont des perceptions positives plus marquées sur les effets de la prise en charge.

Par ailleurs, plus que pour les autres items, les parents constatent des effets positifs sur les habitudes alimentaires de toute la famille : plus de la moitié des répondants indique avoir constaté des effets pour toute la famille.

Figure 23 – Effets positifs constatés sur les habitudes alimentaires, en fonction du statut de l'enfant dans l'expérimentation



Planète Publique, à partir des données de l'enquête auprès des parents

Par ailleurs, les parents interrogés via l'enquête ont très massivement jugé que le programme permet de porter le bon degré d'attention aux habitudes alimentaires de l'enfant et de la famille en général. Ils sont ainsi 81% à indiquer que l'attention portée aux habitudes alimentaires de l'enfant est adaptée. Les autres parents jugent toutefois que la prise en charge accorde une attention trop importante aux habitudes alimentaires de l'enfant (14%) et 5% jugent que l'attention est insuffisante.

A la question plus globale relative à l'attention aux « habitudes de vie de la famille toute entière » (incluant l'alimentation et la sédentarité), les parents jugent par ailleurs très majoritairement que le degré d'attention est adapté.

7.1.3 Des effets plus limités sur les autres habitudes de vie

Une réduction très faible de la sédentarité

Par ailleurs, pour ce qui concerne la pratique d'activité physique et l'exposition aux écrans, les évolutions sont là encore plutôt positives, même si elles restent très limitées dans leur ampleur.

Ainsi la moitié des enfants environ a connu une augmentation du temps d'activité physique entre le temps à l'inclusion et le temps à l'issue de la prise en charge. Cette évolution est toutefois minime, puisque la progression moyenne s'établit à +11 minutes, passant de 5,5h à 5,7h.

De la même manière, si l'exposition aux écrans baisse pour un tiers des enfants environ (stable pour 45% des enfants), elle passe en moyenne de 1,6h les veilles d'école à 1,4h (soit une baisse moyenne de -10 minutes).

Si ces progrès sont limités du point de vue des données collectées à l'occasion des questionnaires de fin de suivi, des effets positifs sont constatés par une majorité de parents. Cette identification est toutefois nettement plus mesurée que les effets sur l'alimentation et la corpulence. Ainsi 72% des parents constatent un effet positif de la prise en charge sur l'activité physique et 56% pour le temps d'exposition aux écrans. Ce dernier item est celui pour lequel la part de parents identifiant des changements positifs est la plus faible.

Les parents questionnés indiquent toutefois pour trois quarts d'entre eux que le degré d'attention porté à l'activité physique et à l'exposition aux écrans est adapté dans le cadre de la prise en charge. 15% des parents jugent que la prise en charge n'accorde pas suffisamment d'attention à l'activité physique de l'enfant et 13% des parents jugent que l'exposition aux écrans est insuffisamment abordée.

Perception des familles sur l'évolution des habitudes de vie

En termes de sédentarité, même si la majorité des familles interrogées en entretien n'avaient pas besoin de réduire les temps d'écran (déjà bien contrôlés), ou ont seulement eu besoin d'ajouter un contrôle parental pour limiter le temps d'écran, la totalité des familles notent une augmentation ou intensification des activités sportives grâce à MRTC (marche, activités en club, etc).

« Oui on a abordé plusieurs fois le sujet des écrans mais il n'y avait pas vraiment de problème là-dessus puisqu'on les limitait déjà à 1h par jour. »

« Pour les écrans on a le contrôle parental donc on peut limiter comme on le souhaite. Et sinon on fait beaucoup plus d'activités à l'extérieur. »

Les entretiens confirment le fait que le temps de sommeil n'est pas vraiment impacté par le suivi MRTC. Les familles indiquent que celui-ci était déjà jugé suffisant.

« Les séances avec le psychologue nous ont permis de travailler sur certaines mauvaises habitudes au niveau du sommeil. Au départ il n'y avait pas vraiment de changement à opérer mais au fil du temps des choses se sont quand même améliorées. »

« Mon fils avait un temps de sommeil suffisant mais j'ai par exemple appris que mon autre fils de 14 ans avait les mêmes besoins en termes de sommeil que le petit ce qui m'a permis de changer certaines habitudes pour lui. »

« Il n'y a pas vraiment eu d'impact sur le sommeil puisqu'on a des règles déjà bien installées, mais on a quand même reçu de bons conseils. »

Un travail limité sur le temps de sommeil

Enfin, comme pour les autres habitudes de vie, le temps de sommeil des enfants est peu modifié dans le cadre de la prise en charge (10h de sommeil les veilles de jours de classe, en progression de 3 minutes en moyenne). Un tiers des enfants n'a d'ailleurs pas du tout modifié le temps de sommeil. On note cependant que les habitudes des enfants à l'inclusion étaient proches de recommandations

en la matière pour les différentes tranches d'âge²⁷, bien que situées dans la fourchette basse. Les parents interrogés dans le cadre de l'enquête identifient également moins souvent d'effets positifs sur ce point.

7.2 Des effets qui pourraient s'inscrire dans la durée malgré des facteurs de fragilité

7.2.1 Des effets plus larges sur le bien-être de l'enfant

Au-delà des effets directs sur la corpulence et sur les habitudes de vie de l'enfant et de la famille, la prise en charge semble produire des effets plus larges sur le bien-être des enfants inclus. Ainsi 70% des parents identifient des changements positifs sur ce point depuis le début de leur prise en charge. Les réponses libres à l'enquête permettent également de signaler des effets positifs du même type, tels que l'amélioration de l'image portée par l'enfant sur lui-même, le renforcement de la confiance en lui/elle ou l'amélioration des relations avec ses camarades de classe.

Enfin, les parents signalent pour 71% d'entre eux que la situation s'est améliorée dans les relations au sein de la famille. Après les changements des habitudes alimentaires, c'est le point sur lequel les effets « pour toute la famille » sont les plus souvent identifiés par les parents ayant répondu à l'enquête.

On note que parmi les parents ayant répondu à l'enquête, 73% indiquent que l'attention portée au bien-être, de l'enfant, à son humeur et à son état psychologique est adaptée. La donnée est très élevée et témoigne d'un positionnement pertinent de la prise en charge en matière de bienveillance et d'écoute active de l'enfant. Toutefois, le point de vue des parents sur cet item est légèrement plus en retrait que pour les autres propositions (attention portée à la corpulence, à l'alimentation, à l'activité physique...). Ainsi 18% des répondants à l'enquête jugent que l'attention portée au bien-être de l'enfant est insuffisante. Ceci semble justifier le besoin de maintenir un accompagnement des parents et des enfants sur le plan psychologique.

De manière globale, les parents expriment une satisfaction importante sur les changements constatés pour l'enfant (80%) et pour toute la famille (75%).

Perception des familles sur le bien-être des enfants

Les entretiens auprès des familles confirment ces observations : la majorité des familles constatent que leur enfant est plus à l'aise et épanouit, notamment dans leur relation sociale. Le programme leur a permis de prendre confiance en eux.

« Mon fils était dans une école où je ne savais pas que ça ne se passait pas très bien. Grace au suivi je l'ai appris et on a donc changé d'école l'année d'après. Depuis ça se passe à merveille. Même mon papa, qui passe parfois le chercher, me dit qu'à la sortie d'école il y a une vraie différence. »

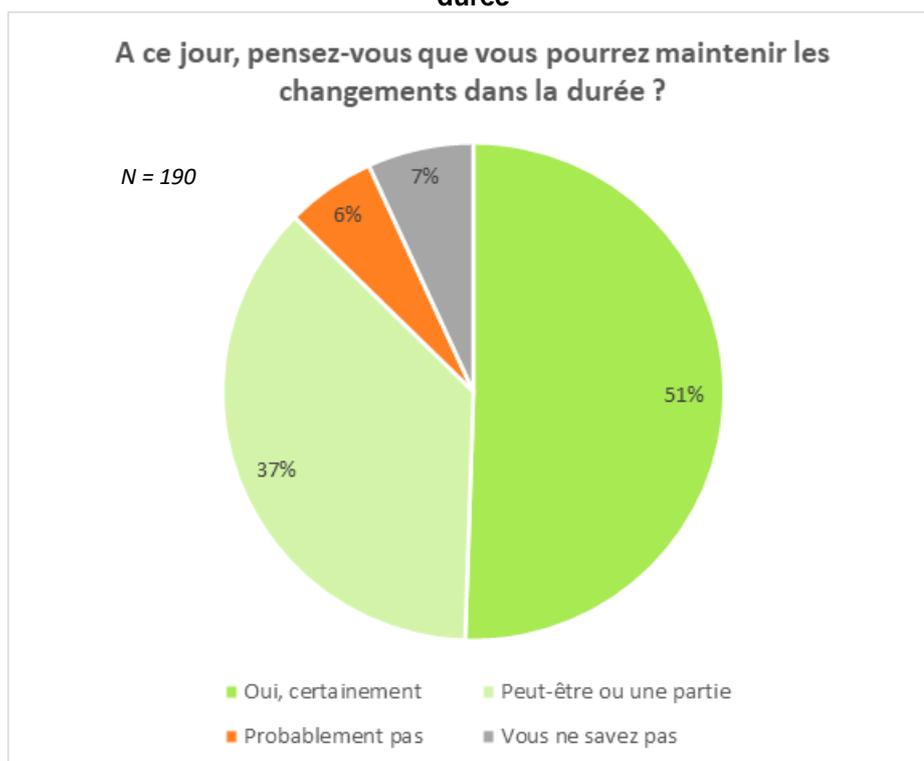
« Ma fille à l'air de se sentir beaucoup mieux dans son corps. »

²⁷ Selon les réponses qu'ont donné les parents lors du bilan diététique initial et qui sont intégrées dans le SGE.

7.2.2 Des parents plutôt confiants dans leur capacité à maintenir les objectifs dans la durée, mais des difficultés anticipées

Les parents expriment un degré de confiance important sur leur capacité à inscrire dans la durée les changements mis en place pendant la prise en charge. Ainsi, seulement 6% des parents expriment des doutes sur la capacité à maintenir les nouvelles habitudes, tandis que la moitié d'entre eux sont certains d'y parvenir. Les parents pour lesquels le suivi de l'enfant est en cours (dont renouvelé) expriment des degrés de certitude plus importants, que les parents dont les enfants sont « perdus de vue » ou « sortis » (11% et 10% d'entre eux ne pensent probablement pas maintenir les changements).

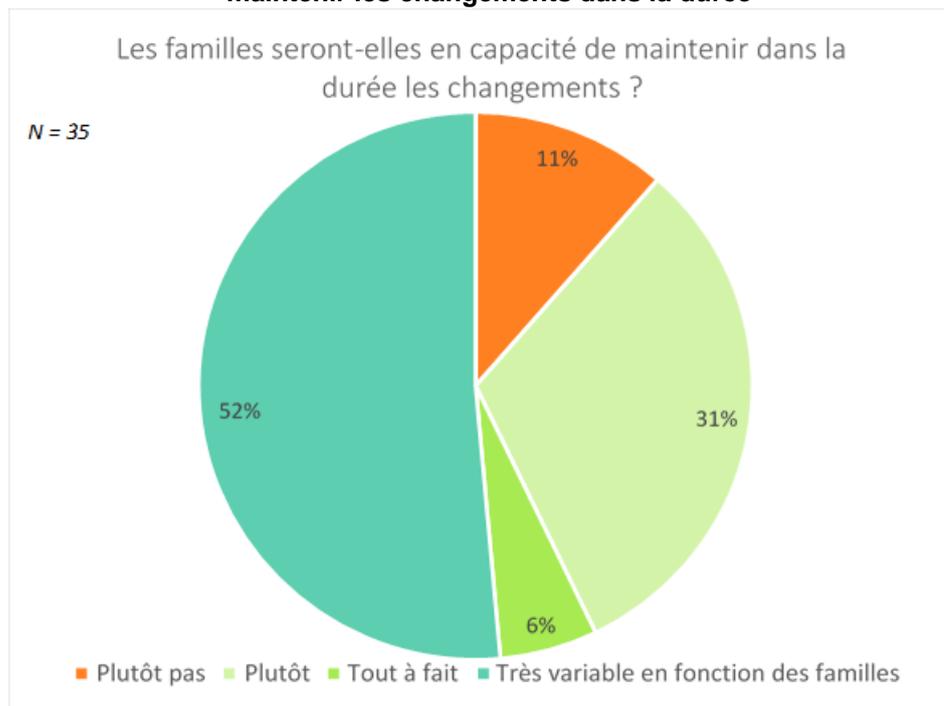
Figure 24 – Perception des parents sur la capacité à maintenir les changements dans la durée



Planète Publique, à partir des données de l'enquête auprès des parents

Les entretiens avec les parents et avec les professionnels ont toutefois nuancé ces données. Les acteurs ont ainsi assez largement mis en évidence que le degré d'effort est important pour les familles et que des risques de découragements pouvaient survenir dans la durée, surtout en l'absence de consultations de « coaching » ou de « remotivation ». Le maintien du lien régulier avec les professionnels joue en effet un rôle important pour maintenir l'engagement des parents dans la prise en charge et dans son application au quotidien. Ainsi, les professionnels de seulement 6% des structures ont indiqué être tout à fait confiants dans la capacité des familles à maintenir les changements dans la durée (un tiers des structures sont plutôt confiantes dans la capacité des familles à maintenir les changements dans la durée). Pour la moitié des structures, les professionnels indiquent que la capacité à maintenir les changements est très variable en fonction des familles.

Figure 25 – Perception des professionnels des structures sur la capacité des familles à maintenir les changements dans la durée



Planète Publique, à partir des données de l'enquête auprès des structures

Les facteurs pouvant limiter le maintien des habitudes dans la durée sont tout à fait similaires à ceux qui peuvent engendrer un risque de désengagement de la prise en charge dans la durée (manque de temps, prédominance d'autres préoccupations / difficultés de la famille, changement majeur dans l'organisation de la famille..., voir le chapitre 5 page 26). L'absence d'identification des résultats peut aussi conduire à terme à un certain découragement. Ainsi, l'enquête menée auprès des structures de prise en charge fait apparaître que les répondants de presque toutes les structures (34/35) positionnent le maintien de la motivation et des changements dans la durée comme une des principales difficultés rencontrées par les familles (première difficulté).

Enfin, les parents rencontrés en entretien ont exprimé des craintes vis-à-vis de leur capacité à adapter les nouvelles habitudes prises avec l'avancée en âge de l'enfant, et en particulier autour de la préadolescence et de l'adolescence.

Perception des familles sur la capacité à pérenniser les changements

Quel que soit le statut dans la prise en charge, les parents interrogés en entretien ont exprimé des craintes vis-à-vis de leur capacité à adapter et pérenniser les nouvelles habitudes de vie adoptées. Les familles citent plus particulièrement la préadolescence et l'adolescence comme étant des âges de changements physiques et psychologiques où les enfants devraient faire l'objet d'un suivi particulier.

« La période de 2 ans de suivi est à revoir car c'est un peu court pour pouvoir réellement voir s'installer des habitudes qui durent dans le temps. »

« Ce serait bien de pouvoir revoir les professionnels si un jour ça ne va pas, qu'on puisse avoir une sorte de suivi sur le long terme. A la fin du suivi j'ai eu un peu peur parce que les efforts retombent. Là ça va mieux mais j'espère qu'au collège ça se passera bien. »

« La période pré-ado risque d'être compliquée autant physiquement que moralement. »

8. Le modèle économique est-il viable sur le long terme ?

Structure des coûts de l'expérimentation

Dans le cadre de l'expérimentation, les coûts pris en compte sont constitués du financement des consultations (40€ par bilan réalisé et 20€ par consultation de suivi). A ces coûts de prise en charge s'ajoutent les financements accordés aux structures pour compenser le temps passé pour le remplissage du SGE à hauteur de 200€ par tranche de 10 enfants inclus.

Dans la suite du document, le « coût de la prise en charge » inclut uniquement le financement des consultations. Le « coût total » se réfère au coût de la prise en charge et aux coûts liés au financement des structures au titre du remplissage du SGE. A noter que ces coûts n'incluent pas le temps passé pour la mise en œuvre du dispositif, mais non tracé de manière financière dans les données de l'expérimentation (pilotage, coordination).

Par ailleurs, les données sont basées sur les données du SGE extraites au mois de janvier 2021. Comme pour les enseignements portant sur les effets, il convient de garder en mémoire que les parcours des enfants inclus ne sont pas terminés au moment de l'analyse.

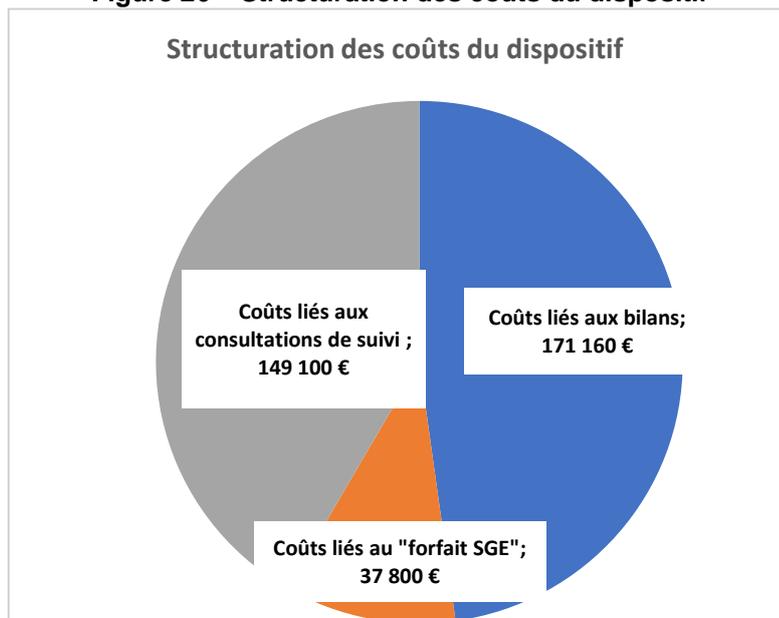
8.1 Une prise en charge peu coûteuse

Un coût moyen inférieur au forfait prévu

Les données financières disponibles permettent d'établir un coût total de l'expérimentation à hauteur de 358 060 €, soit un coût moyen s'élevant à 171€ par enfant inclus. Ce coût total intègre 37 800 € versés aux structures au titre du remplissage du SGE. Ce sont donc 320 260€ qui ont pu être dédiés au financement des consultations, soit 89% du coût total.

Près de la moitié du coût total (48%) est dédiée au financement des bilans, pour un montant de 171 160€ et 42% du coût total correspondent aux consultations de suivi (149 100€).

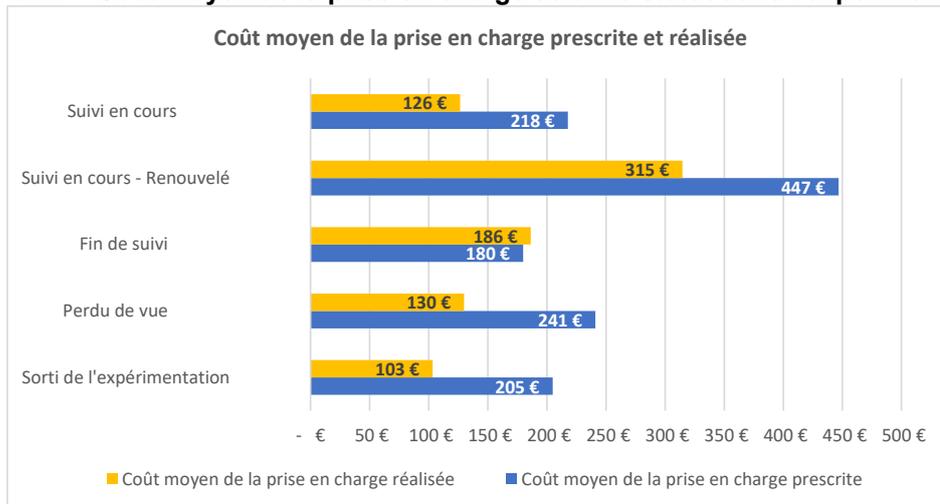
Figure 26 – Structuration des coûts du dispositif



Planète Publique, à partir des données du SGE

Si l'on exclut les coûts liés au remplissage du SGE, le coût moyen de la prise en charge (consultations de bilan et de suivi) s'élève à 154€ par enfant inclus. Ce montant est logiquement corrélé au parcours des enfants inclus. Ainsi, pour les enfants dont le suivi a été renouvelé la prise en charge s'élève à 315 € en moyenne, contre 103€ en moyenne pour les enfants sortis de l'expérimentation et 126 € pour les enfants dont le suivi est en cours.

Figure 27 – Coût moyen de la prise en charge selon le statut dans l'expérimentation



Planète Publique, à partir des données du SGE

Considérant que les prises en charges des enfants sont pour une large part non terminées, il convient de distinguer la prise en charge « prescrite » (c'est-à-dire l'équivalent du coût si les enfants réalisent l'ensemble des consultations prévues) de la prise en charge « réalisée » (c'est-à-dire le coût effectivement versés aux structures sur la base des consultations effectuées).

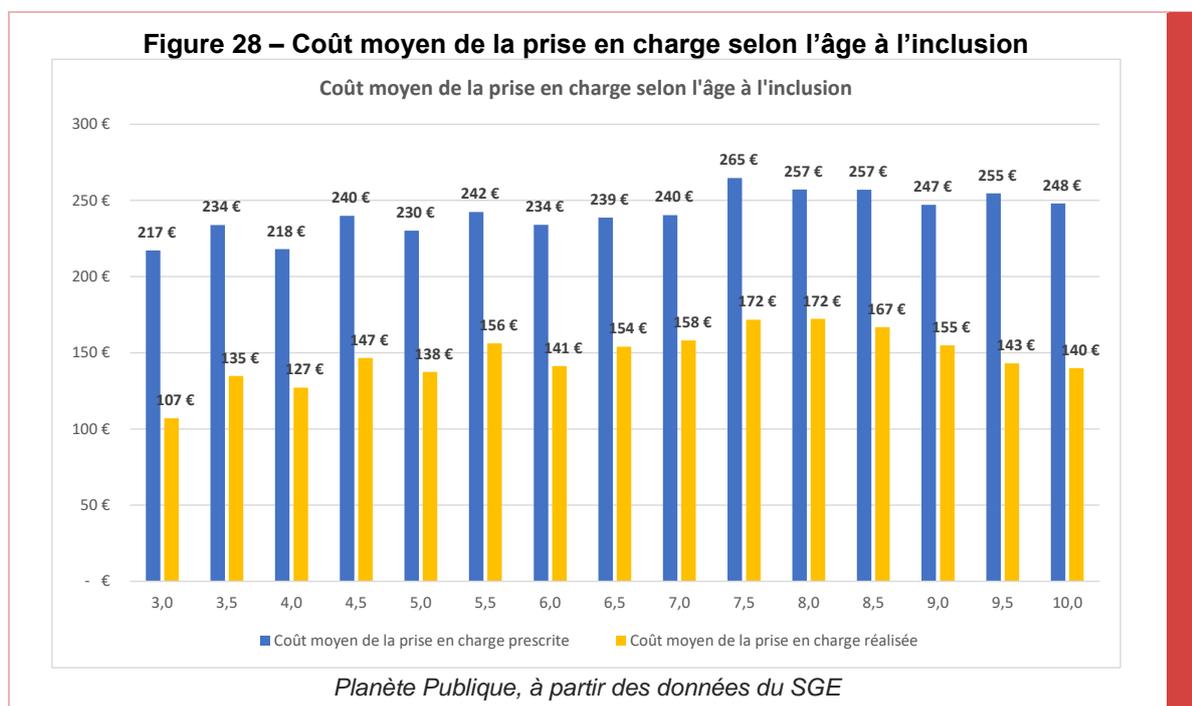
Le coût de la prise en charge « prescrite » pourrait s'élever à terme à 508 280€, ramenant le coût moyen à 244 € par enfant inclus. Ce coût varie de 218€ en moyenne pour les enfants dont le suivi est en cours et jusqu'à 447€ pour les enfants dont le suivi est renouvelé.

Ainsi, que l'on considère le coût effectivement consommé ou le coût prescrit, la prise en charge s'avère inférieure au maximum prévu dans l'expérimentation, qui proposait un forfait de 240€ par an, renouvelable (soit 480€ pour 2 ans)²⁸.

Une variabilité du coût non liée aux caractéristiques de la cible

On note par ailleurs que le coût de la prise en charge varie peu en fonction du profil de l'enfant si l'on considère son âge et sa corpulence à l'inclusion. Ainsi, les coûts prescrits comme réalisés s'avèrent relativement proches pour les enfants de la tranche d'âge considérée, avec une moyenne s'élevant à 217€ pour les enfants de 3 ans à l'inclusion et un montant prescrit légèrement plus élevé à partir de 7 ans, autour de 260€.

On note par ailleurs, que quelques enfants « hors cible » (plus de 8 ans) ont été inclus dans l'expérimentation. Les coûts de leur prise en charge (prescrite et réalisée) ne sont pas différents des enfants de la cible et tendent même à être légèrement plus faibles²⁹.

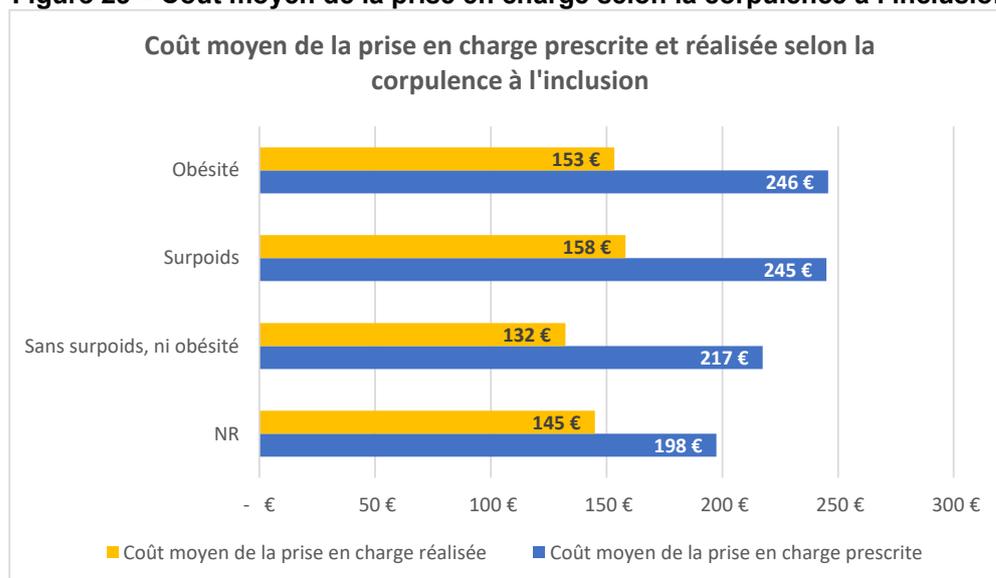


²⁸ Cette analyse présente une lacune, dans la mesure où elle ne permet pas de déterminer si la prise en charge est plafonnée par le forfait maximum ou proposée au réel du besoin. L'appui sur les coûts effectivement consommés permet de compléter cette analyse, mais présente également des limites, puisqu'une part relativement faible des enfants a terminé sa prise en charge au moment de l'analyse.

²⁹ Ces données sont toutefois à prendre avec précaution, dans la mesure où le nombre de ces enfants est limité et que la manière dont les structures ont assuré le suivi de ces enfants (en terme de prise en charge et en terme d'inclusion dans le SGE) est hétérogène.

Les données financières permettent par ailleurs de mettre en évidence que le coût de la prise en charge (prescrite ou réalisée) varie peu entre les enfants présentant un surpoids et présentant une obésité au moment de l'inclusion. Ceci permet de conforter que l'utilisation de la prescription par les médecins ne varie pas fortement pour les enfants de la cible (obésité simple et prise en charge précoce). L'utilisation par les médecins de la prescription à la carte et le suivi de la prise en charge par les familles ne semblent pas avoir été différenciés selon le niveau de surpoids/obésité de l'enfant. On constate toutefois que le coût de la prise en charge est plus faible pour les enfants ne présentant pas de surpoids, mais seulement des facteurs de risque. Ainsi, le coût moyen de la prise en charge prescrite s'élève à environ 245€ pour les enfants en surpoids ou en situation d'obésité à l'inclusion (et 155€ pour la prise en charge réalisée), tandis qu'elle est légèrement plus faible pour les enfants sans surpoids ni obésité (217€ en moyenne pour la prise en charge prescrite, et 132€ pour la prise en charge réalisée).

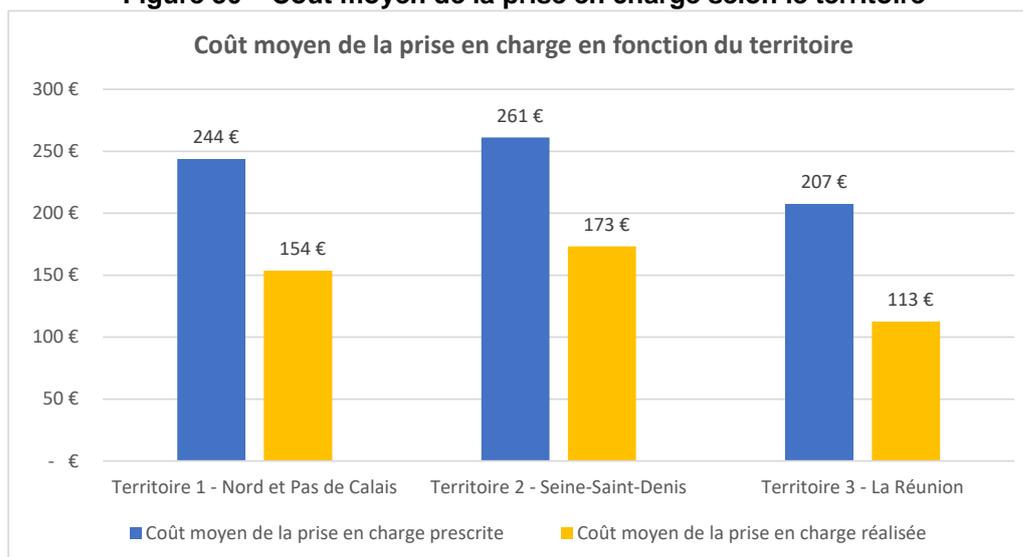
Figure 29 – Coût moyen de la prise en charge selon la corpulence à l'inclusion



Planète Publique, à partir des données du SGE

Enfin, les données font apparaître quelques variations territoriales dans les coûts prescrits et réalisés de la prise en charge. Ces variations s'expliquent très largement par les spécificités territoriales, et en particulier par le fait que les modalités d'articulation avec une autre prise en charge ont été formellement organisées à La Réunion. Ceci conduit à un décalage plus important que dans les autres territoires entre la prise en charge prescrite et réalisée : la part des enfants ayant réalisé un bilan avant d'être réorientés vers un autre dispositif de prise en charge est plus importante dans ce territoire. Ainsi, les enfants réunionnais « consomment » en moyenne 54% de la prise en charge prescrite, avec un montant de prise en charge réalisé s'élevant à 113€. Ce taux est de près des deux tiers pour les enfants des autres territoires (63% en Nord-Pas de Calais et 66% en Seine-Saint-Denis).

Figure 30 – Coût moyen de la prise en charge selon le territoire



Planète Publique, à partir des données du SGE

8.2 Des coûts sous-estimés et une revalorisation attendue

Des tâches de coordination / pilotage non incluses dans les financements

Comme cela a été indiqué ci-avant, les coûts de l'expérimentation tracés dans l'expérimentation sous-estiment les coûts réels, notamment au regard du temps humain dédié au pilotage et à la coordination du programme.

Pour ce qui concerne la prise en charge en tant que telle, les structures estiment que le temps passé à la gestion du parcours des enfants représente moins de 3 minutes par enfant et par semaine. Ce temps inclut à la fois le temps de relance des familles, de rappel des perdus de vue ou encore les RDV manqués. Si l'on considère les 2 086 enfants inclus et une durée moyenne de prise en charge arrondie à 8 mois³⁰ (soit 36 semaines), le temps de gestion des parcours des enfants peut être estimé à 3 755 heures passées par les structures. En considérant une valorisation financière de ce temps à hauteur de 20€ par heure, le coût non couvert par l'expérimentation pour la gestion des parcours des enfants pourrait être estimé à 75 100€, soit environ 2,4% du coût de l'expérimentation au titre de la prise en charge.

Le temps dédié à la coordination entre les professionnels en tant que tel n'est pas non plus inclus dans le financement du programme (il est considéré comme inclus dans la rémunération des professionnels). Ce temps n'est en revanche pas estimé par les structures de manière précise, mais

³⁰ La moyenne se situe à 7,7 mois.

on peut imaginer qu'il ne représente pas un temps supérieur au temps de « gestion des parcours des enfants », qui constitue l'aspect le plus chronophage identifié par les professionnels.

Enfin, l'expérimentation ne prévoyait pas de temps dédié pour les structures pour assurer la communication autour de l'expérimentation auprès des prescripteurs. Ce travail a été assuré par les CPAM et les ARS de chaque territoire, à travers : la mobilisation des Délégués de l'Assurance Maladie (DAM) dans les visites auprès des prescripteurs, l'organisation de réunions et de temps de partage en bilatéral ou collégial entre structures de l'expérimentation, la participation aux réunions de suivi de l'expérimentation en lien avec le niveau national. Si ce temps humain passé doit être inclus dans le coût réel de l'expérimentation, on peut considérer qu'il serait relativement maîtrisé dans un fonctionnement du programme en routine. Il pourrait par ailleurs être inclus dans le temps de coordination assuré par les structures (notamment pour le volet de communication auprès des prescripteurs du territoire).

Si la généralisation amenait à revaloriser le temps dédié à la gestion des parcours des enfants, à la coordination entre professionnels et plus largement à l'information / communication autour du programme, une hypothèse haute pourrait être établie à 20% du coût de la prise en charge, composée de la manière suivante :

- Temps de remplissage des données du SGE / suivi administratif : 12% du coût de la prise en charge (base : financement actuel)
- Temps de gestion des parcours des enfants : estimé à 2,5% du coût de la prise en charge (base : estimation des structures)
- Temps de coordination entre professionnels : estimé à 2,5% du coût de la prise en charge (base : hypothèse de réflexion)
- Temps d'information / communication autour du dispositif : 3% (base : hypothèse de réflexion)

En considérant cette hypothèse de 20% de coût de fonctionnement, le coût moyen par enfant pourrait s'élever à 184€ pour le coût de prise en charge réalisé et 292 € pour la prise en charge prescrite.

Des rémunérations jugées insuffisantes pour les consultations

Par ailleurs, les professionnels des structures ont largement souligné l'insuffisance de la rémunération des consultations de suivi. Ceci tient à la fois au montant de la rémunération et à la durée considérée pour chaque consultation, qui est jugée trop courte. Ainsi, pour les consultations de suivi psychologique, le montant de 20€ apparaît non seulement insuffisant pour les professionnels, et la durée de 30 minutes irréaliste. Une consultation de 45 minutes ou une heure, rémunérée à hauteur de 40€ apparaîtrait en ce sens plus satisfaisante. Cela permettrait en outre une rémunération plus attractive dans les cas où les professionnels sont amenés à se déplacer, notamment à La Réunion, même si le principe d'une prise en charge dans une même structure semble facilitante pour les familles. En effet, les réponses des structures au questionnaire, de même que les échanges plus qualitatifs ont mis en évidence qu'il pouvait s'avérer difficile de mobiliser des professionnels libéraux pour assurer ces consultations au regard de la rémunération proposée et plus particulièrement pour les psychologues. Ceci peut conduire à des désengagements des professionnels, ou à une réticence à accroître la file active prise en charge.

Dans le cadre d'une revalorisation du montant de la consultation de suivi (à hauteur de 40€), le coût total de la prise en charge resterait raisonnable et similaire à ce qui avait été prévu pour l'expérimentation. Ainsi, si l'on considère les consultations effectivement réalisées, le coût moyen de la prise en charge s'élèverait à 225 € en moyenne par enfant et à 389 € si l'on considère le forfait « prescrit ».

Un effet « forfait » qui contraint les prises en charge

Enfin, les modalités de déploiement de l'expérimentation et l'instauration d'un « forfait » de prise en charge maximal par enfant et par an, a conduit les structures à organiser les consultations de manière à tenir compte de cette contrainte. Elles ont ainsi pu espacer les consultations en première année, de manière à maintenir une certaine régularité et éviter une coupure de prise en charge dans l'attente du renouvellement (2^{ème} année). Dans les cas où les renouvellements ne comportaient pas de bilan, les 12 consultations maximum pouvaient alors être plus rapprochées.

Pour ce cas de figure, l'existence d'un forfait maximal pour les 2 années de prise en charge ne pose pas de difficulté particulière. Toutefois, les professionnels indiquent qu'il serait plus pertinent et efficace pour la prise en charge que la première année permettent une prise en charge plus rythmée, quitte à ce que le suivi soit plus léger et distendu en 2^{ème} année. A budget constant, ceci conduirait à proposer un forfait maximal sur 2 ans de 480€, sans contrainte temporelle pour l'utilisation.

8.3 Simulations en cas de généralisation

Définition des hypothèses

Plusieurs simulations peuvent être réalisées pour identifier les coûts liés à une généralisation du dispositif. Elles sont basées sur plusieurs hypothèses de coût moyen de la prise en charge :

- L'hypothèse 1 (HYP_1) repose sur le coût moyen de la prise en charge actuelle ;
- L'hypothèse 2 (HYP_2) intègre un forfait lié à la gestion du parcours de l'enfant et la coordination entre les professionnels (20%) ;
- L'hypothèse 3 (HYP_3) intègre à la fois le coût lié à la gestion du parcours / coordination et la revalorisation du coût de la consultation de suivi (à hauteur de 40€ au lieu de 20€ actuellement).

Pour chaque hypothèse, deux coûts moyens sont proposés : le coût lié à la prise en charge réalisée et le coût lié à la prise en charge prescrite. Ceci permet de créer 6 hypothèses de coût moyen pour les simulations.

Par ailleurs, les simulations proposent un coût total de la généralisation selon les différentes hypothèses, sans considérer la temporalité de l'inclusion des enfants (il ne s'agit donc pas d'un coût annuel, mais d'un coût global si l'ensemble des enfants considérés bénéficiaient de la prise en charge).

A noter par ailleurs, que les hypothèses considèrent un taux de recours de 3% de la population éligible, qui correspond au taux de recours rencontré dans le cadre de l'expérimentation.

N°	Coût moyen considéré		Définition de l'hypothèse
	Réalisé	Prescrit	
HYP_1	154€	244€	• Coût moyen de la prise en charge actuelle
HYP_2	225€	389€	• Coût moyen de la prise en charge intégrant la compensation du temps de gestion des prises en charge et de coordination entre les professionnels (20%)
HYP_3	248 €	428 €	• Coût moyen de la prise en charge avec compensation du temps de gestion / coordination et revalorisation de la consultation de suivi (40€)

Simulations en cas de généralisation sur l'ensemble du territoire

La première simulation porte sur une extension de la prise en charge sur l'ensemble du territoire français. Dans les trois territoires d'expérimentation, la prise en charge a pu trouver sa place, y compris dans les cas où une offre structurée était proposée. Dans ce cas de figure, les prises en charge effectuées dans le cadre de MRTC s'avèrent légèrement moins coûteuses, principalement du fait des réorientations vers ces structures (la prise en charge de ces enfants devient de fait financée par ailleurs).

Cette situation conduit à imaginer que le programme MRTC pourrait trouver sa place dans différents types de territoires, y compris ceux disposant d'une offre de 2nd recours. Il pourrait soit proposer une offre plus précoce (pour des enfants non pris en charge actuellement), soit décharger les structures de prise en charge de 2^{ème} recours des cas d'obésité / surpoids les plus simples.

Le coût réel de la prise en charge MRTC pourrait dès lors varier en fonction des territoires et la simulation proposée ici s'appuie probablement sur une estimation haute (incluant des enfants qui seraient pris en charge dans une offre de 2nd ou 3^{ème} recours dans les territoires où elle est disponible). Ce choix permet d'établir des hypothèses prudentes et de considérer que MRTC permet une prise en charge de proximité à laquelle ne peuvent pas répondre suffisamment les offres de 2^{ème} ou 3^{ème} recours, quand elles existent dans le département.

	Nombre d'enfants 3 – 8 ans	Nombre d'enfants en surcharge pondérale (estimation) ³¹	Nombre d'enfants ayant recours au dispositif (3%)
Ensemble du territoire national	4 879 027	685 110	20 553

En considérant une cible d'un peu plus de 685 000 enfants âgés de 3 à 8 ans, en situation de surcharge pondérale et un taux de recours au programme de 3%, le nombre d'enfants pris en compte pour cette première simulation s'établit à 20 553 enfants.

Le coût de leur prise en charge, en fonction des différentes hypothèses de travail pourrait dès lors varier entre 3,2M€ environ et 5 M€ pour l'hypothèse 1, qui correspond à la généralisation sur le modèle actuel. En tenant compte d'une revalorisation des coûts pour intégrer le temps de coordination / gestion des parcours le coût global pourrait être établi entre 3,8M€ et 6M€. Enfin, en cas de revalorisation de montant de la consultation de suivi, le coût global du dispositif pour l'ensemble du territoire peut être estimé entre 5,5M€ et 9,6M€.

³¹ L'estimation repose sur l'hypothèse telle que : pour les enfants de 6 ans et moins, le taux de prévalence de la surcharge pondérale appliqué est de 12% (prévalence de l'obésité en grande section de maternelle). Pour les enfants de 7 ans et plus, le taux de prévalence de la surcharge pondérale appliqué est de 18% (prévalence de l'obésité en classe de CM2). Les différences entre les filles et les garçons et entre les départements ne sont pas prises en compte.

Figure 31 - Simulations en cas de généralisation à l'ensemble du territoire

	Réalisée	Prescrite
HYP_1	3 165 208 €	5 015 004 €
HYP_2	3 786 615 €	6 009 681 €
HYP_3	5 549 508 €	9 590 802 €

Simulations en cas d'extension de la tranche d'âge ciblée

L'évaluation a mis en évidence que les besoins des enfants, des parents mais aussi selon l'avis des professionnels pour l'accompagnement des enfants en situation d'obésité et de surpoids se prolonge au-delà des 8 ans de l'enfant. Les acteurs considèrent ainsi que la prise en charge pourrait être ouverte au moins jusqu'à la période de l'adolescence (12 ans). Quelques acteurs considèrent également que la prise en charge pourrait être ouverte de manière plus précoce, dès 2 ans, même si ce point ne semble pas faire consensus.

L'élargissement de la cible conduirait à doubler la cible du point de vue du nombre d'enfants éligibles. En effet, si l'on considère les données de recensement de 2017, on compte près de 78 000 enfants de 3 à 8 ans qui pourraient être en surcharge pondérale. Ils sont, la même année, 154 000 environ pour la tranche d'âge 2 - 12 ans.

	Nombre d'enfants		Nombre d'enfants en surpoids (estimation) ³²	
	3 - 8 ans inclus	2 - 12 ans inclus	3 - 8 ans inclus	2 - 12 ans inclus
Territoire 1 – Nord-Pas de Calais	325 592	623 769	45 689	90 956
Territoire 2 – Seine-Saint-Denis	152 806	386 761	21 282	41 091
Territoire 3 – La Réunion	77 981	179 077	10 967	22 464
TOTAL	556 379	1 189 606	77 938	154 511

Si l'on considère l'élargissement de l'expérimentation du point de vue de la tranche d'âge ciblée et pour l'ensemble du territoire, le nombre d'enfants éligibles est estimé à 1,37 M d'enfants. L'application du taux de recours de 3% constaté dans le cadre de MRTC permet d'établir un nombre d'enfants pris en charge à plus de 40 000 enfants.

³² L'estimation repose sur l'hypothèse telle que : pour les enfants de 0 à 6 ans inclus, le taux de prévalence de la surcharge pondérale appliqué est de 12%. Pour les enfants de 7 ans à 18 ans inclus, le taux de prévalence de la surcharge pondérale appliqué est de 18%. Les différences entre les filles et les garçons et entre les départements ne sont pas prises en compte.

	Nombre d'enfants 2 – 12 ans	Nombre d'enfants en surcharge pondérale (estimation)	Nombre d'enfants ayant recours au dispositif (3%)
Ensemble du territoire national	13 453 256	1 372 494	41 175

L'application des différentes hypothèses pour ces enfants permet d'établir un coût global de l'extension situé entre 6,3M€ et 10M€ pour un fonctionnement similaire. En ajoutant au financement le coût lié à la gestion / coordination, le total de la généralisation pourrait s'établir entre 7,6M€ et 12M€. Enfin, en intégrant également une revalorisation du coût de la consultation, le coût total de la prise en charge pourrait se situer entre 11,1 M€ et 19,2 M€.

Figure 32 - Simulations en cas d'extension de la tranche d'âge des enfants ciblés

	Réalisée	Prescrite
HYP_1	6 340 922 €	10 046 656 €
HYP_2	7 585 799 €	12 039 312 €
HYP_3	11 117 438 €	19 213 442 €

9. Conclusion générale

L'évaluation s'appuie principalement sur une approche qualitative permettant de croiser les regards et les perceptions des familles, des professionnels ayant prescrit MRTC et des professionnels ayant assuré les prises en charge. L'évaluation a permis d'échanger avec plus de 80 personnes dans le cadre d'entretiens qualitatifs et de recueillir plus de 450 avis par les questionnaires. Il convient toutefois de garder en tête, que ces informations restent des données qualitatives et font état de la perception des acteurs sur leur situation. Cette perception peut être différente de leur pratique réelle pour ce qui concerne les professionnels, de même que de la réalité de ce qui s'est joué dans les consultations pour les familles et les enfants. Le croisement de plus de 500 avis doit tout de même permettre une certaine confiance dans les résultats obtenus.

En outre, en complément de l'analyse qualitative, les données du SGE ont constitué une source d'information précieuse sur les enfants inclus dans l'expérimentation, ainsi que sur l'évolution de leur situation. L'analyse de ces données, comme pour l'analyse des données qualitatives, doit être considérée avec précaution, pour au moins trois raisons : en dehors des données de corpulence, les items sont collectés à partir de la déclaration des parents et ne font pas l'objet d'une vérification par les professionnels (notamment pour les habitudes de vie), les données descriptives (en particulier pour ce qui concerne les aspects socio-économiques) sont manquantes pour un nombre important d'enfants, enfin, les analyses avant / après sont réalisées alors même qu'un nombre important d'enfants n'ont pas terminé leur prise en charge.

Comme pour toute démarche d'évaluation, les conclusions s'appuient sur la triangulation des données et la recherche d'un faisceau d'indices, plus que d'une vérité scientifique incontestable : chaque outil étant imparfait par nature, le croisement entre les informations recueillies par différents outils d'une part et auprès de différents acteurs d'autre part permet de dessiner des conclusions dont on peut considérer qu'elles sont suffisamment robustes et fiables. L'ensemble des données ayant permis d'aboutir à ces conclusions sont disponibles en annexe au présent rapport.

Malgré ces limites méthodologiques inhérentes à tout exercice d'évaluation, l'étude permet de faire émerger plusieurs conclusions générales détaillées ci-après.

Des effets positifs de la prise en charge pour une majorité d'enfants et plus particulièrement pour les enfants dans les situations les plus défavorables

Du point de vue strictement de sa cible initiale, l'expérimentation a surtout permis d'inclure des enfants qui étaient déjà en situation d'obésité (70% des inclus) et très peu d'enfants (4%) ne présentant que des facteurs de risque d'obésité (changement rapide vers le haut de couloir de la courbe, rebond d'adiposité précoce...). Malgré ce constat, la prise en charge des enfants dans le cadre de MRTC a produit des effets favorables sur leur corpulence. Ainsi, près de deux tiers des enfants ont connu une évolution favorable du z-score de l'IMC, qui baisse en moyenne de -0,22 (-4% pour le z-score de l'IMC relatif) si l'on considère les résultats avant le confinement de mars 2020. Par ailleurs, alors qu'une forte dégradation de la corpulence des enfants était anticipée par les professionnels au regard des particularités de l'année 2020 (et de ses conséquences sur les habitudes de vie), la situation apparaît relativement maîtrisée au mois de janvier 2021 et en particulier pour les enfants qui étaient en surpoids / obésité à l'inclusion (par rapport aux enfants ne présentant que des facteurs de risque, pour lesquels l'expérimentation ne cherche d'ailleurs pas à réduire l'IMC).

Ces effets positifs sont plus marqués pour les enfants qui présentaient les corpulences les plus importantes à l'inclusion, ce qui est classique d'une prise en charge de l'obésité : les progrès sont plus rapides et plus importants pour les enfants dont la corpulence est la plus élevée.

On note cependant que la corpulence des enfants reste élevée en fin de parcours, malgré l'amélioration constatée, avec un z-score moyen de près de 4. Une poursuite de l'évolution positive peut toutefois être envisagée à moyen terme. En effet, la prise en charge a permis d'enclencher des changements dans les habitudes de vie et en particulier les habitudes alimentaires. Plus de 80% des enfants ont amélioré au moins une habitude alimentaire. Comme pour la corpulence, la progression est plus marquée pour les enfants qui avaient les habitudes alimentaires les moins favorables à l'inclusion. Les parents confirment que ces progrès permettent de produire des effets positifs pour toute la famille (au-delà de l'enfant inclus). Les parents expriment par ailleurs un niveau de confiance élevé dans leur capacité à maintenir les nouvelles habitudes dans la durée, même si les professionnels des structures sont plus nuancés sur cette capacité.

Enfin, la prise en charge contribue plus globalement à améliorer le bien-être d'une majorité d'enfants et leurs relations avec les autres (au sein de la famille ou à l'école). En revanche les effets sur l'accroissement de l'activité physique sont plus limités à la fois en nombre d'enfants et en durée.

Les parents expriment un niveau de satisfaction élevé vis-à-vis de la prise en charge et vis-à-vis des effets produits, pour l'enfant et plus généralement pour la famille.

L'expérimentation permet d'offrir des solutions de prise en charge à des enfants éprouvant les besoins les plus importants. Elle permet tout d'abord d'inclure des familles confrontées à des fragilités du point de vue socioéconomiques. Ainsi, 28% des enfants inclus sont bénéficiaires de la CMUc dans l'expérimentation, pour moins de 8% en population générale. MRTC constitue en outre une première prise en charge des enfants. Ainsi, alors que la majorité des enfants sont en situation d'obésité à l'inclusion, ils sont 9 sur 10 à n'avoir jamais bénéficié d'un suivi spécifique avant MRTC. Les professionnels rencontrés ont confirmé que le coût financier d'une prise en charge pouvait constituer un frein pour accéder à un suivi pour les familles.

Par ailleurs, la prise en charge proposée par les structures s'est inscrit dans une réponse de grande proximité, à travers les structures retenues (81% des enfants résident dans une commune située à moins de 10km de la structure de prise en charge, 71% à moins de 5 km). Ceci s'avère facilitant pour les familles, mais génère en creux un manque dans les territoires ne disposant pas de structure de prise en charge.

Une expérimentation qui a répondu à un besoin fort sur le territoire, mais qui dispose de marge de manœuvre pour élargir encore sa cible

Avec plus de 2000 enfants inclus, l'expérimentation a permis de couvrir environ 3% de la cible potentielle dans chacun des 3 territoires, soit un résultat largement inférieur au prévisionnel. Ceci ne tient cependant pas à un défaut de pertinence de MRTC qui permet effectivement de répondre à des besoins éprouvés et confirmés dans les territoires. Deux principaux facteurs peuvent être identifiés : une mobilisation insuffisante des médecins prescripteurs et une difficulté à engager un certain nombre de familles dans la prise en charge.

Du point de vue des médecins prescripteurs, le rythme d'inclusion des enfants dans l'expérimentation met en évidence qu'il est certainement nécessaire de maintenir une information / communication très régulière sur le dispositif, pour maintenir un bon niveau d'identification du programme, en continu et en proximité. Une communication par les structures de prise en charge et par d'autres vecteurs pourrait à ce titre produire des effets positifs complémentaires de l'information donnée par les délégués de l'Assurance maladie. Elle pourrait également permettre de s'appuyer directement sur des familles pour identifier les facteurs de risque d'obésité (via le contrôle de la courbe de corpulence).

Les données de suivi de l'expérimentation permettent d'estimer que 15% des prescripteurs potentiels des territoires ont permis d'inclure au moins un enfant. Ce taux n'inclut pas les prescripteurs ayant orientés des familles dont aucune n'a donné suite (14% des répondants à l'enquête sont dans cette situation).

Par ailleurs, les données de couverture de prises en charge établies au niveau du territoire ne tiennent pas compte de la répartition des enfants et des structures à l'échelle infra-territoriale. Une démultiplication plus fine dans les territoires pourrait renforcer la capacité d'inclusion des enfants, en proximité.

Du point de vue de la difficulté à faire adhérer les familles au programme, les médecins ont estimé que près d'un enfant orienté sur deux n'aurait pas été inclus (ce qui pourrait être sous-estimé). De nombreux facteurs peuvent jouer dans la difficulté à mobiliser la famille, tenant à des situations familiales ou socio-économiques complexes, à des réticences individuelles vis-à-vis de ce type de prise en charge (expérience négative des parents vis-à-vis de prises en charge trop restrictives), et plus majoritairement à des représentations culturelles et sociales variées sur le lien entre la corpulence de l'enfant et sa « bonne santé ».

Au total, l'expérimentation a surtout permis d'inclure des enfants qui étaient déjà en situation d'obésité. Plusieurs facteurs se combinent également pour expliquer cette situation :

- une tendance des prescripteurs à prioriser l'orientation de ces enfants, qui présentent les besoins les plus importants (pour rappel alors que 70% sont en situation d'obésité 9 sur 10 n'ont jamais fait l'objet d'une prise en charge spécialisée) - il est à rappeler que les territoires d'expérimentation ne dispose pas toujours de structures de prise en charge de second recours, on peut également interroger leur proximité vis-à-vis du lieu de vie de l'enfant ou encore leur connaissance par les médecins de premier recours ;
- une difficulté plus grande à faire adhérer les familles pour lesquelles l'enfant n'est pas en situation d'obésité (l'obésité n'est pas « visible », la corpulence de l'enfant est associée à un signe de bonne santé, l'enfant est considéré trop jeune...) ;
- des actions de repérage des facteurs de risque d'obésité qui manquent probablement de systématisation du point de vue des prescripteurs pour les enfants ne présentant pas de surpoids déjà visible ou repéré.

Enfin, les professionnels ont largement souligné le besoin d'élargir la cible des enfants inclus dans le programme, du point de vue de l'âge, a minima pour couvrir toute la période de l'enfance, jusqu'à l'adolescence (12 ans). Ceci pourrait d'ailleurs répondre également à un besoin des parents : s'ils sont confiants sur la capacité à maintenir les nouvelles habitudes de vie dans la durée, ils expriment plus particulièrement des incertitudes sur leur capacité à les faire évoluer au fil de la croissance de l'enfant et en particulier au moment de l'adolescence. Dans ces conditions, l'intérêt d'une prise en charge inscrite dans un temps plus long peut-être interrogé.

Un programme qui trouve une de ces forces dans le haut degré de souplesse qu'il propose, mais dont le degré de coordination peut se trouver limiter

Les modalités de déploiement de l'expérimentation étaient relativement légères et offraient la possibilité aux prescripteurs de prendre une place soit relativement limitée dans la prise en charge (la moitié d'entre eux ont prescrit la totalité du forfait d'emblée), soit plus importante. De fait, beaucoup ont plutôt eu tendance à se positionner en retrait bien que la situation soit variable en fonction des professionnels. Ils s'inscrivent dans une logique de délégation de la prise en charge aux spécialistes de la structure, dont ils reconnaissent la compétence et la qualité de la prise en charge proposée.

Ceci peut aller jusqu'à la définition de la prescription, notamment pour définir le nombre de consultations de suivi à mettre en œuvre.

Au cours de la prise en charge, la place des prescripteurs se limite le plus souvent à la réception des comptes rendus des consultations de bilan (notamment le premier). On note toutefois que pour les prescripteurs présents dans les structures de prise en charge, l'échange entre professionnels sur la prise en charge des enfants peut être facilitée et renforcée, notamment du fait de son inclusion dans les formes de coordination habituelles.

Pour autant, malgré cette place relativement en retrait, les prescripteurs apparaissent satisfaits de leur positionnement dans la prise en charge et semblent peu demandeurs d'une implication plus forte. La légèreté et la simplicité d'utilisation de recours au programme contribue ainsi probablement à leur implication dans la démarche. Les familles sont également plutôt satisfaites de la place prise par leur médecin. Ce sont ainsi davantage les structures de prise en charge qui apparaissent demandeuses d'une implication renforcée des prescripteurs.

Enfin, le degré de coordination entre les professionnels de la structure apparaît lui aussi relativement limité et dépendant du type de structure et des modalités d'organisation préalables. De fait, l'expérimentation ne rémunérait pas de manière spécifique les temps dédiés à la coordination entre les professionnels assurant les bilans et les consultations de suivi et celle-ci a pu s'avérer très faible, en particulier quand la prise en charge MRTC reposait uniquement sur des diététiciens ou psychologues libéraux.

Un forfait adaptable, peu coûteux, qui répond à des besoins diversifiés

L'expérimentation permettait une grande diversité dans les parcours de prise en charge proposés aux enfants (dans le cadre d'un forfait maximal de 240€ par an renouvelable). De fait, ce forfait a été mobilisé selon des formats très variés, en fonction des besoins des enfants, mais aussi des attentes des prescripteurs. A l'échelle des territoires, l'expérimentation a par ailleurs réussi à trouver sa place dans des configurations variées. Ainsi, en Nord-Pas de Calais et en Seine-Saint-Denis, l'expérimentation a surtout permis de proposer une prise en charge, là où elle était inexistante ou insuffisante. A La Réunion en revanche, l'expérimentation a permis de trouver une place en complément de l'offre proposée pour la prise en charge du 2^{ème} et 3^{ème} recours.

Au moment de l'extraction des données, les prises en charge des enfants duraient en moyenne 7,7 mois et près de 10 mois pour les enfants dont la prise en charge était terminée. On note toutefois une part importante d'enfants (20%) dont les prises en charge étaient particulièrement courtes (inférieure à 1 mois). Au moment de l'analyse, considérant que peu de parcours étaient terminés, les enfants bénéficiaient en moyenne de 50% des consultations de suivi diététiques prescrites, et de seulement 38% des consultations de suivi psychologique. Les enfants dont les prises en charge sont terminés et pour lesquels une consultation de suivi de ce type a été prescrite ont bénéficié en moyenne de 5 consultations de suivi diététique et de près de 3 consultations de suivi psychologiques.

On note par ailleurs que le taux de perdus de vue³³ s'établit à 28%, ce qui semble raisonnable considérant les particularités de la prise en charge de l'obésité d'une part et de l'année 2020 d'autre

³³ Le taux de perdus de vue indiqué ici correspond au taux "corrigé" calculé tel que : enfants n'ayant pas réalisé toutes les consultations prescrites, n'ayant pas eu de consultations depuis plus de 6 mois, et n'ayant pas de données remplies pour le questionnaire de fin de suivi correspondant à la dernière prescription".

part. On note par ailleurs que les perdus de vue ne disposent pas de caractéristiques particulières du point de vue des données disponibles sur la situation socio-économiques des familles.

Enfin, la prise en charge proposée dans le cadre de l'expérimentation s'avère peu coûteuse : elle est estimée à 154€ par enfant en moyenne si l'on considère les consultations réalisées (171€ par enfant si l'on inclut la compensation du temps lié au remplissage du SGE) et 244€ si l'on considère l'ensemble des consultations prescrites. Quel que soit le coût moyen considéré, il est inférieur au forfait maximum prévu par enfant (240€ par an ou 480€ pour deux ans pour les enfants dont le suivi est renouvelé).

Plusieurs pistes sont identifiées pour revaloriser le coût du programme : l'intégration d'une rémunération du temps de gestion du parcours de l'enfant et plus globalement de la coordination entre les professionnels, et la revalorisation de la rémunération des consultations de suivi (qui pourrait s'accompagner d'un accroissement du temps prévu pour la consultation). Ces deux pistes conduisent à estimer un coût de la prise en charge situé inférieur à 250€ par enfant en extrapolant les données des consultations « réalisées » et à moins de 430€ par enfant en extrapolant les prises en charge prescrites.

10. Recommandations

10.1 Recommandations générales

Les conclusions de l'évaluation, tout en tenant en compte des limites méthodologiques connues des outils de recueils de données utilisées dans cette expérimentation et son évaluation, permettent cependant de conforter l'intérêt du programme MRTC dans la prévention du surpoids et de l'obésité de l'enfant et conduisent à recommander non seulement sa poursuite, mais également son extension/généralisation à l'ensemble du territoire.

Cette recommandation générale est alimentée par la démonstration de la capacité du programme à s'adapter à différents contextes, en trouvant sa place dans les trois territoires d'expérimentation et en s'articulant avec l'offre existante le cas échéant. Ainsi, dans les territoires dépourvus de prise en charge de l'obésité infantile, MRTC a pu proposer une réponse à un public large, probablement au-delà de la cible initiale. Dans d'autres territoires, MRTC a permis de compléter l'offre de service en articulation et cohérence avec les dispositifs existants, en particulier autour de la prise en charge de l'obésité infantile complexe. La souplesse du programme offre des opportunités pour envisager une généralisation qui parviendra à trouver sa place dans ces différents contextes, en complément et sans substitution par rapport à l'existant et en confortant la pertinence d'avoir dans tous les territoires une offre suffisante et diversifiée de prise en charge en adéquation avec les recommandations de la HAS.

Dans le cadre de cette généralisation, et dans l'esprit d'articulation avec l'existant, il convient de confirmer le positionnement de MRTC pour la prévention de l'obésité d'enfants présentant des facteurs de risque ou en situation de surpoids ou d'obésité simple. A ce titre le logigramme produit dans le cadre de MRTC pourrait largement être valorisé auprès de tous les professionnels de santé.

Par ailleurs, l'ensemble des acteurs se sont accordés sur la nécessité d'élargir la cible des enfants du point de vue de la tranche d'âge ciblée. La limite des 8 ans paraît en effet peu cohérente avec les besoins de prévention et de prise en charge des enfants et les professionnels ont plutôt milité pour une offre couvrant au moins la période de la préadolescence et l'ensemble du parcours de l'école élémentaire (12 ans). Certains professionnels militent par ailleurs pour un élargissement au-delà des 12 ans pour couvrir également l'adolescence, jusqu'aux 18 ans de l'enfant. Les travaux d'évaluation ne permettent toutefois pas de définir de manière totalement argumentée la « bonne » tranche d'âge à couvrir pour les enfants. L'inclusion avant 3 ans ne génère pas de consensus, certains professionnels recommandant une prise en charge dès 2 ans, voire dès la diversification alimentaire, d'autres professionnels indiquant que l'inclusion d'enfants trop jeunes pourrait au contraire être délétère.

Sur ce point, comme sur les différentes recommandations à suivre, un travail reste à mener pour articuler l'éventuelle généralisation avec le futur parcours de soins « Surpoids-obésité de l'enfant et de l'adolescent(e) » de la Haute autorité de santé. Au moment de la finalisation de ce rapport, ce guide n'est pas disponible et il conviendra donc de s'assurer que le déploiement de MRTC puisse s'inscrire dans les bonnes pratiques en la matière.

En complément de ces recommandations générales, l'évaluation permet de dégager 5 enjeux à travailler en vue de la suite à donner au programme. Ils sont détaillés ci-après :

- Faciliter la participation des familles ;

- Articuler, en souplesse, les structures et les prescripteurs ;
- Ajuster le programme dans son format actuel ;
- Compléter l'offre de service du programme ;
- Sécuriser la généralisation.

10.2 Recommandations opérationnelles

Enjeu 1 : Faciliter la participation des familles

Le programme a permis d'inclure environ 3% de la population cible, soit 2086 enfants. Il a touché majoritairement des enfants en situation de surpoids ou d'obésité (94% des enfants inclus) et a indéniablement facilité l'accès à une offre plurielle et adaptée, puisque pour 9 enfants sur 10, MRTC représentait la première prise en charge. En termes de profils, il a notamment permis d'inclure et de maintenir des familles en situation de précarité.

Les modalités pratiques telles que la gratuité, la proximité et la réactivité de la prise en charge constituent des facteurs clés pour engager et maintenir les familles dans la prise en charge. Elles contribuent à faciliter l'inscription dans le dispositif et le suivi des consultations, mais ne garantissent pas pour autant une inclusion systématique des familles (ou leur maintien dans le programme). En effet, l'adhésion des familles peut nécessiter un temps relativement long, en lien parfois avec des représentations sociales et culturelles variées et ancrées sur le rapport au corps, le surpoids et l'obésité.

Au global, la participation des familles est intrinsèquement liée à : sa connaissance du programme, aux modalités d'organisation et de praticité proposées par MRTC ainsi qu'à la capacité et aux compétences éducatives des prescripteurs à repérer les situations concernées pour expliquer aux enfants et familles l'intérêt de la prise en charge.

Par ailleurs, si le programme obtient des résultats satisfaisant du point de vue du maintien des familles dans la prise en charge, le programme n'a pas permis de tracer la part des familles orientées, mais n'ayant pas donnée suite. L'évaluation permet d'identifier que cette part est probablement très importante (estimée à 45% des enfants). Il convient donc de continuer à travailler à faire connaître le programme. Une amélioration des liens entre les acteurs du repérage, les médecins prescripteurs et les structures de prise en charge pourrait notamment contribuer à réduire cette part (cf. enjeu 2).

Enjeu 1 : Faciliter la participation des familles

- **Recommandation 1.1 : Renforcer le rôle des structures pour communiquer sur le programme**, en complétant par de la communication institutionnelle
 - ⇒ Laisser les structures utiliser leurs modes d'information habituels auprès des prescripteurs
 - ⇒ Proposer une information régulière des prescripteurs sur le programme
 - ⇒ En diffusant l'information auprès d'autres parties prenantes en capacité de repérer les facteurs de risque et d'orienter vers le prescripteur
- **Recommandation 1.2 : Renforcer la capacité de repérage des prescripteurs (médecins généralistes, pédiatres et médecins de PMI)**
 - ⇒ En intégrant les outils sur le repérage du risque dans la communication sur le programme (par les institutionnels et les professionnels des structures)
 - ⇒ En donnant des clés à d'autres acteurs pour le repérage du surpoids ou des facteurs de risque :

<p>médecine scolaire, éducateurs sportifs, enseignants, travailleurs sociaux... qui pourront orienter vers le prescripteur</p>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Recommandation 1.3 : Renforcer les moyens pour assurer le suivi des familles <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Inclure un forfait sur la gestion des parcours ou expliciter l'inclusion de ce temps dans les autres financements ⇒ Proposer une alerte systématique au prescripteur pour les familles « perdues de vue »
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Recommandation 1.4 : Renforcer la prise en charge de proximité en sélectionnant des structures couvrant l'ensemble du territoire

Enjeu 2 : Articuler en souplesse les structures et les prescripteurs

L'évaluation a mis en évidence l'importance de construire un continuum depuis le repérage des situations par le prescripteur à la prise en charge effective par la structure. L'évaluation a mis en évidence des pratiques variées, du point de vue de la coordination entre les structures de prise en charge et les prescripteurs, ainsi qu'un niveau d'implication hétérogène du médecin qui suit l'enfant dans le suivi de la prise en charge. Si l'évaluation met en évidence un bon niveau de satisfaction des médecins comme des familles vis-à-vis de la place des médecins traitant, il convient de continuer à encourager les pratiques de coordination plus soutenues, tout en continuant à laisser une place importante aux médecins qui le souhaitent dans le suivi de la démarche. L'enjeu est toutefois ici d'éviter d'imposer une place trop importante au médecin, qui pourrait conduire à désengager certains d'entre eux vis-à-vis du programme. Le renforcement des liens entre le médecin prescripteur et la structure de prise en charge vise plusieurs objectifs.

- **Rassurer les familles sur le programme** : du fait de représentations sociales/culturelles, d'une méconnaissance du sujet, ou encore de l'existence d'autres « priorités », les familles peuvent avoir des questions voire des réticences sur le programme et avoir besoin d'un certain temps pour comprendre son intérêt et y adhérer. De fait, il importe que l'étape de repérage puisse intégrer la possibilité de faire intervenir les structures ou de pouvoir accompagner les familles vers la rencontre de ces professionnels, en vue d'optimiser leur inclusion.
- **Eviter le « décrochage » des familles** : l'inclusion des familles dans le programme implique une inscription dans un temps relativement long et une nécessité d'accompagner la famille dans le maintien de la motivation qui peut passer par une plus grande collaboration entre les médecins prescripteurs et les structures. Dans ces conditions, il semble intéressant de permettre le renouvellement ou l'ajustement de la prescription à partir des échanges entre les structures et les médecins traitants, en évitant d'alourdir les étapes pour les familles, ce qui peut aboutir à des ruptures de prise en charge.
- **Proposer une prise en charge mieux coordonnée** : le niveau d'échange et de partage autour des situations des enfants entre les professionnels s'est avéré très hétérogène en fonction des structures, des professionnels et des médecins. Sans alourdir trop fortement le temps de coordination, qui n'est pas attendu de tous les médecins, il convient de maintenir les obligations minimales vis-à-vis de la transmission des comptes rendus initiaux et finaux. En complément, il pourrait être utile de renforcer l'incitation à des échanges plus systématiques sur les situations plus problématiques et sur la préparation de la fin de la prise en charge afin notamment d'orienter vers le second recours si besoin.
- **Contribuer à poursuivre le suivi des familles, en vue d'optimiser les bénéfices du programme** : les professionnels rencontrés identifient un enjeu à préparer la fin de MRTC, avec le médecin traitant, pour assurer un suivi dans le temps long et veiller à l'amélioration des situations.

Les recommandations pour cet enjeu devront tenir compte des travaux en cours de la HAS concernant la place du médecin traitant dans la prévention et la prise en charge de l'obésité infantile.

Enjeu 2 : Articuler en souplesse les structures et les prescripteurs

- Recommandation 2.1 : **Mettre en lien** les prescripteurs et les structures dès la prescription
 - ⇒ Permettre aux structures de prendre contact avec les familles sur simple information du prescripteur
 - ⇒ Autoriser les prescripteurs à prendre le premier rendez-vous avec les familles
- Recommandation 2.2 : **Maintenir et systématiser la transmission du compte-rendu** du premier et dernier bilan au prescripteur (au minimum)
 - ⇒ Inciter à la mise en place d'une transmission renforcée pour les situations les plus complexes
 - ⇒ Organiser un échange et une prise de relai si nécessaire à l'issue de la prise en charge MRTC
- Recommandation 2.3 : **Autoriser une possibilité de modification/renouvellement** de la prescription par la structure
 - ⇒ En s'appuyant sur un échange structure/prescripteur sur la base du compte-rendu du premier bilan ou du dernier bilan en cas de renouvellement

Enjeu 3 : Ajuster le programme dans son format actuel

Si le programme présente des résultats relativement satisfaisants, quelques ajustements sont apparus utiles pour optimiser son fonctionnement et la qualité de la prise en charge.

Parmi les facteurs de réussite du programme, on note ainsi la capacité à individualiser la prise en charge à travers la définition d'une prise en charge globale dont le nombre et type de consultation peuvent être ajustés. Le programme génère cependant une certaine rigidité liée à un forfait annuel qui conduit à limiter le nombre de consultations possibles en première année, tandis que la deuxième année de prise en charge s'avère plus intense. Ceci peut générer des incohérences dans la prise en charge et des risques de rupture.

Par ailleurs, le programme a permis de ne pas seulement s'appuyer sur un travail sur les habitudes alimentaires, mais bien de travailler sur différentes habitudes de vie. Ceci mérite toutefois d'être réaffirmé très clairement, notamment à travers l'élargissement explicite du bilan initial.

Enjeu 3 : Ajuster le programme dans son format actuel

- Recommandation 3.1 : **Assouplir le forfait annuel** pour adapter le rythme de prise en charge à chaque famille
 - ⇒ Intensification de la première année, espacement des consultations en 2^{ème} année
 - ⇒ Possibilité de renouveler avant la fin des 12 mois
 - ⇒ Envisager une possibilité de prise en charge au déjà de 2 ans
- Recommandation 3.2 : Transformer le bilan diététique initial en **un bilan complet / évaluation complète**

- ⇒ Intégration explicite de l'ensemble des habitudes de vie
- ⇒ Intégration de premiers éléments de discussion sur les événements familiaux, les difficultés ressenties par l'enfant ou la famille

Enjeu 4 : Compléter l'offre de service du programme

L'expérimentation a fait émerger des situations qui justifient le besoin de mieux accompagner les familles pendant la prise en charge et ultérieurement, à l'issue du forfait prescrit.

D'une part, les parents peuvent se retrouver en difficulté pour changer durablement les habitudes de vie de l'enfant et de toute la famille :

- pour certains, des conseils à la parentalité sont nécessaires pour enclencher les changements et se les approprier ;
- pour d'autres, il peut s'agir de difficultés financières et/ou sociales qui peuvent freiner l'accès à des activités extérieures, comme l'inscription dans un club sportif par exemple. Il était prévu que les structures proposent une articulation avec les activités sportives locales pour investir le sujet de l'activité physique et contribuer à un meilleur accès. Force est de constater que cela a été investi différemment en fonction des structures.

D'autre part, la fin de la prise en charge n'est pas synonyme d'une fin de suivi. Les familles peuvent ressentir le besoin d'être accompagnées pour poursuivre la prise en charge et veiller à sa réussite dans la durée. La prise de relai par le médecin traitant ou d'autres acteurs du territoire doit pouvoir s'anticiper à la fin de la prise en charge, en coordination entre les professionnels.

Enjeu 4 : Compléter l'offre de service du programme

- **Recommandation 4.1 : Intégrer un temps de suivi / accompagnement des parents**
 - ⇒ Via la mise en lien avec des professionnels spécialisés (éducation à la parentalité, guidance...)
 - ⇒ Via des ateliers collectifs pouvant également associer les enfants
 - ⇒ En soutenant l'articulation nécessaire avec les structures offrant ce type d'accompagnement (ETP par exemple)
- **Recommandation 4.2 : Renforcer les liens avec les offres de service du territoire**
 - ⇒ Pour l'offre d'activité physique (rappeler l'articulation à prévoir pour les enfants pris en charge)
 - ⇒ Pour un accompagnement par des professionnels du champ social
- **Recommandation 4.3 : Intégrer les modalités de suivi de l'enfant à l'issue de la prise en charge**
 - ⇒ A travers une consultation de rappel / bilan post prise en charge (éventuellement par téléphone, à 6 mois ou 1 an)
 - ⇒ A travers des actions permettant la sensibilisation, l'information voir la formation des médecins notamment pour le suivi de l'enfant et de sa famille
 - ⇒ Via une autre orientation de second ou troisième recours, disponible sur le territoire et adaptée aux besoins de l'enfant et de sa famille

Enjeu 5 : Sécuriser la généralisation

Le volet expérimental du programme a permis d'identifier les points forts et les manques relatifs au processus et au fonctionnement de la prise en charge. La souplesse du cadre d'ensemble a également favorisé l'émergence de pratiques innovantes sur les territoires.

Dans une perspective de généralisation, il semble nécessaire de consolider les acquis et d'aller vers un programme plus robuste.

- **Outils et supports** : les structures semblent avoir fait preuve de créativité en proposant des outils adaptés aux publics pour favoriser la compréhension du programme et des consultations. D'ailleurs, pendant le confinement, des professionnels ont dû déployer de nouvelles pratiques pour assurer la continuité de la prise en charge (soutien par téléphone, envoi de recettes, création de vidéos promouvant des exercices d'activité physique, etc.).
- **Formation des professionnels** : les prescripteurs ont peu exprimé de besoins de formation, mais les divergences de pratiques (systématisation du traçage et de l'interprétation de la courbe de corpulence par exemple au regard des recommandations de la HAS) témoignent d'une nécessité de proposer un renforcement des acquis. Du côté des structures, la connaissance du sujet et du public restent incontournables pour garantir une prise en charge adaptée et de qualité.
- **Gouvernance et pilotage du programme** : le binôme ARS/Assurance maladie a indéniablement été moteur dans la présentation, la diffusion et le suivi du programme sur les territoires. La généralisation du programme nécessite toutefois de continuer à piloter et animer la démarche, ce qui peut passer soit par ce pilotage institutionnel, soit par d'autres formes dans les territoires où d'autres acteurs peuvent être identifiés pour jouer ce rôle.

Enjeu 5 : Sécuriser la généralisation	
▪	Recommandation 5.1 : Organiser la capitalisation des outils, supports et retours d'expérience <ul style="list-style-type: none"> ⇒ En mettant en réseau les structures participantes et notamment avec les nouvelles structures ⇒ En proposant un espace d'échange partagé
▪	Recommandation 5.2 : S'assurer du niveau de formation des intervenants de la structure <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Sur l'approche bienveillante et non jugeante : séminaires collectifs, retours d'expérience, mise en réseau ⇒ Sur la prise en charge des enfants (obésité, alimentation, suivi psychologique) : processus de sélection des structures, incitation à la formation des intervenants
▪	Recommandation 5.3 : Proposer des sensibilisations/formations aux prescripteurs <ul style="list-style-type: none"> ⇒ En vue d'assurer d'optimiser le repérage des situations à risque (utilisation de la courbe de corpulence, enjeux liés au surpoids et l'obésité des enfants...) ⇒ En vue de les aider sur leur posture vis-à-vis des difficultés et réticences exprimées par les familles (entretien motivationnel...) ⇒ En lien avec la diffusion et la mise en œuvre du parcours de soins « Surpoids-obésité de l'enfant et de l'adolescent(e) » de la HAS
▪	Recommandation 5.4 : Prévoir le pilotage du programme par le binôme Assurance maladie / ARS <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Pour la sélection et le suivi des structures (suivi administratif et financier, vérification des compétences et du bon fonctionnement...)

- ⇒ Pour l'animation en routine (mise en lien des structures, communication sur le territoire...)
- ⇒ Pour le suivi des effets produits pour les enfants si la volonté est de le poursuivre de cette façon (données du SGE)



19, villa Croix-Nivert - 75015 Paris – Tél. : 01 80 05 16 05

www.planetepublique.fr