

Evaluation de l'expérimentation

Mission : retrouve ton cap



Protocole d'évaluation

Mars 2020

Avertissements

Le présent document constitue le protocole de l'évaluation de l'expérimentation Mission : retrouve ton cap (MRTC) menée par la Caisse national d'Assurance maladie. Il constitue un document de travail qui n'engage pas les résultats finaux de l'évaluation, mais guide les travaux à mener. Il constitue donc un support de discussion entre Planète Publique et la Cnam, ainsi que le Comité de suivi opérationnel.

Sommaire

INTRODUCTION	4
1. L'EXPERIMENTATION MISSION : RETROUVE TON CAP	6
1.1 Principe de l'expérimentation	6
1.2 Mise en œuvre de l'expérimentation	15
2. PREMIERS ELEMENTS DE BILAN	20
2.1 Données sur les enfants et les inclusions	20
2.2 Données sur les prescripteurs	28
2.3 Données sur les structures	33
3. OBJECTIFS DE L'EVALUATION.....	37
3.1 Positionnement d'ensemble de l'évaluation	37
3.2 Questionnement évaluatif	37
4. METHODOLOGIE DE L'EVALUATION	47
4.1 Principes d'intervention	47
4.2 Vision d'ensemble	47
4.3 Outils de collecte de données.....	49
5. PROTOCOLES DE COLLECTE.....	54
5.1 Analyse de données.....	54
5.2 Etudes de cas par territoire	58
5.3 Entretiens avec les enfants / parents	58

Table des illustrations

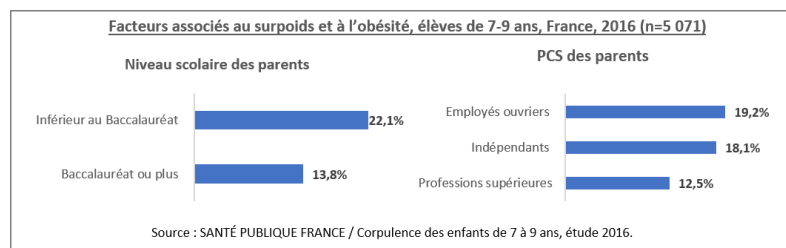
Figure 1 - Représentation du forfait maximal proposé par MRTC	9
Figure 2 - Illustration du parcours de prise en charge MRTC	10
Figure 3 – Progression de l’obésité chez les français âgés de 18 ans et plus	12
Figure 4 – Prévalence du surpoids et l’obésité en grande section de maternelle dans les trois régions	13
Figure 5 - Temporalité de la mise en œuvre de l’expérimentation – première et deuxième vague	16
Figure 6 – Nombre d’enfants inclus au 23 mars 2020, par territoire	21
Figure 7 – Rythme d’inclusion des enfants par année et par territoire	22
Figure 8 – Etat du parcours des enfants : niveau national (23 mars 2020)	23
Figure 9 – Etat du parcours des enfants selon le territoire au 23 mars 2020	24
Figure 14 – Répartition des enfants en fonction de la nature des consultations de suivi prescrites (N=1701)	25
Figure 15 – Distribution des enfants en fonction du montant de la PEC prévue pour la réalisation de la prescription n°1	26
Figure 16 – Distribution des enfants en fonction des bilans prescrits et réalisés (N=1701)	27
Figure 14 – Nombre de prescripteurs selon le territoire d’expérimentation	28
Figure 15 - Fonction des médecins ayant prescrit MRTC pour au moins un enfant inclus (national)	29
Figure 16 – Répartition des types de prescripteur (Nord-Pas de Calais)	29
Figure 17 – Répartition des prescripteurs ayant inclus à minima 1 patient en fonction de leur spécialité et mode d’exercice, en Nord Pas-de-Calais	30
Figure 18 – Répartition des types de prescripteur (Seine-Saint-Denis)	31
Figure 19 – Répartition des prescripteurs ayant inclus à minima 1 patient en fonction de leur spécialité et mode d’exercice, en Seine-Saint-Denis	31
Figure 20 – Répartition des types de prescripteurs (La Réunion)	32
Figure 21 – Répartition des prescripteurs ayant inclus à minima 1 patient en fonction de leur spécialité et mode d’exercice, à La Réunion	33
Figure 22 – Répartition des types de structures ayant intégré à minima 1 enfant	34
Figure 23 – Répartition du nombre d’enfants inclus par type de structure (N=1701)	34
Figure 24 – Représentation graphique des types de structures en fonction du nombre d’enfants inclus	35
Figure 25 – Nombre de patients inclus par type de structure, en Nord Pas-de-Calais	35
Figure 26 – Nombre de patients inclus par type de structure, en Seine-Saint-Denis	36
Figure 27 – Nombre de patients inclus par type de structure, à La Réunion	36

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 au soin 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 (cf. figure ci-dessous). De même, les



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.

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.

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

1. L'expérimentation Mission : retrouve ton cap

1.1 Principe de l'expérimentation

1.1.1 Le contexte de l'expérimentation

L'expérimentation « Mission : retrouve ton cap » (MRTC) prend 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 fixent les modalités de mise en œuvre de cette intégration et permet notamment : de prolonger la durée de l'expérimentation jusqu'au 31 décembre 2020 (au lieu du 31 décembre 2019 prévu par l'article 68) et donne la possibilité à de nouvelles structures de participer à l'expérimentation.

L'article 51 de la LFSS s'inscrit dans le cadre de la stratégie de transformation du système de santé « Ma santé 2022 » et du rapport Aubert qui appelait à une réforme des modes de paiement dans l'optique de favoriser le déploiement de logiques de parcours. Pour faire évoluer les organisations, les modes de rémunération des professionnels et les modes de prise en charge des patients, l'article 51 a introduit la possibilité de déroger aux modalités actuelles de tarification et prévoit le déploiement d'expérimentations organisationnelles et de modes de financement inédits. Ils doivent mettre à l'épreuve du terrain une série d'innovations portant sur les modes de coopération entre les acteurs du système de santé. Les enjeux de ces expérimentations sont multiples, et portent sur l'amélioration :

- du parcours des usagers, via notamment une meilleure coordination des acteurs ;
- de la pertinence et la qualité de la prise en charge sanitaire, sociale ou médico-sociale, l'efficience du système de santé ;
- de l'accès aux prises en charge (préventives, curatives et d'accompagnement des patients) ;
- de l'émergence et la diffusion d'innovations technologiques au service des organisations innovantes.

1.1.2 Les principes généraux d'expérimentation

L'expérimentation « MRTC » vise 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'adresse aux enfants de 3 à 8 ans, en surpoids ou présentant un risque d'obésité ainsi qu'à leur famille, qui sont adressés par leur médecin traitant dans des structures préalablement définies.

Public cible

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

L'expérimentation s'adresse donc à la fois à des enfants en surpoids allant jusqu'à l'obésité. En effet, si le démarrage de l'expérimentation a pu donner lieu à une incompréhension sur l'inclusion ou non des enfants en obésité avérée, plusieurs facteurs ont contribué à clarifier dans le sens de l'inclusion plus large.

- En l'absence de solution de prise en charge pour les enfants présentant une obésité simple, il apparaissait problématique de ne proposer une prise en charge uniquement pour les enfants dans des situations moins « avancées ». Ceci aurait été d'autant plus difficile que cela aurait pu manquer de lisibilité pour les familles, notamment si plusieurs enfants sont concernés.
- Du point de vue clinique, le passage de « statut » entre surpoids et obésité simple n'implique pas de différence dans la prise en charge recommandée. Celle-ci est au contraire très peu axée sur le poids et son contrôle, les enfants ne devant surtout pas perdre de poids à cet âge de forte croissance.

Dans le cas où les professionnels des structures considéreraient que la situation de l'enfant relèverait d'une autre prise en charge que celle proposée dans l'expérimentation (deuxième ou troisième recours), ils doivent se tourner vers le médecin prescripteur pour discuter d'une réorientation éventuelle. Les structures ne peuvent pas refuser l'inclusion d'enfant, ni procéder aux réorientations elles-mêmes.

A noter que l'expérimentation permet également d'inclure les enfants n'étant pas en surpoids, mais en présentant seulement des facteurs de risques (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 est pluridisciplinaire : elle consiste en un accompagnement diététique, psychologique et d'activité physique. Si elle est prescrite par le médecin qui suit l'enfant

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.

(médecin généraliste, pédiatre ou médecin exerçant en centre de protection maternelle et infantile), elle est assurée, par des professionnels de santé et psychologues, au sein d'une structure pluridisciplinaire (centre de santé, maison de santé pluridisciplinaire, association, etc.), qui délivrent deux types de prestations : des bilans sur la base d'entretiens approfondis, et des consultations de suivi.

- **Accompagnement diététique**

L'accompagnement diététique est constitué du bilan diététique initial ainsi que de consultations de suivi. Son objectif est d'obtenir un changement durable dans les habitudes alimentaires de l'enfant et de son entourage.

Dans cette optique, le bilan diététique initial permet d'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 tenant compte de leurs habitudes et représentations et des actions à mener

- **Accompagnement psychologique**

L'accompagnement psychologique est constitué d'un bilan psychologique et de consultations de suivi. Son objectif est d'accompagner l'enfant et son entourage dans les changements proposés dans le cadre de l'expérimentation.

Le bilan psychologique vise à évaluer l'état émotionnel de l'enfant et à évaluer et renforcer la motivation. Il peut permettre de comprendre si des événements ont pu favoriser une prise de poids ou repérer d'éventuels signes de souffrance psychologique ou de psychopathologie.

- **Bilan d'activité physique :**

L'objectif de ce bilan d'activité physique est d'explorer le rapport qu'entretiennent l'enfant et son entourage avec les activités physiques et sportives afin de définir si l'enfant est 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. Il doit être réalisé par un professionnel de santé, et non pas par un éducateur sportif.

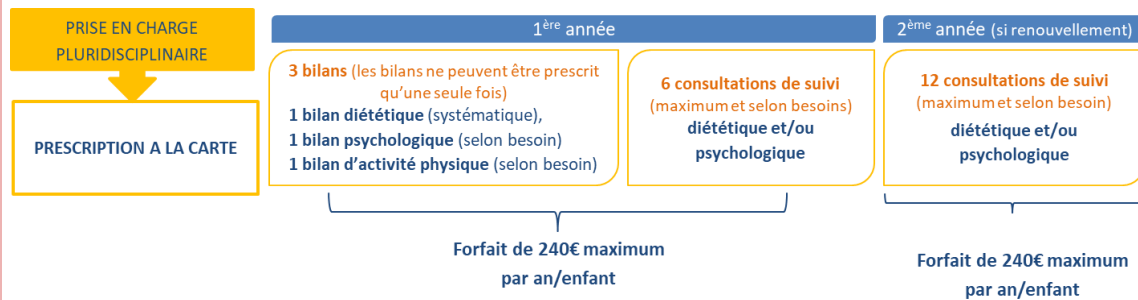
L'expérimentation ne prévoit pas de consultation de suivi d'activité physique. Le parti-pris repose sur le fait qu'au regard de leur tranche d'âge et de l'ambition de prévention / prise en charge précoce, l'activité physique a vocation à être assurée dans le droit commun, et ne nécessite pas de prise en charge spécialisée.

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

La **première année**, il est 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 est 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 peut décider de renouveler la prescription une **deuxième année**. La prise en charge se compose alors de 12 consultations de suivi maximum par année (12 fois 20 euros) pour les deux disciplines (diététique et psychologique).

Figure 1 - Représentation du forfait maximal proposé par MRTC



Source : Cnam, Compte-rendu du CSO du 20 janvier 2020

Le médecin assurant le suivi de l'enfant est l'acteur central de la prise en charge, à travers son rôle de repérage, information et orientation des familles et de prescription de la prise en charge à chaque étape, en fonction de chaque situation individuelle et de suivi au cours de la prise en charge :

Il prescrit le parcours de prise en charge, selon les modalités qu'il définit lui-même et dans le respect de plusieurs conditions :

- Une consultation de bilan précède toujours une consultation de suivi
- Le bilan diététique est obligatoire et doit systématiquement être le premier acte réalisé⁷.
- La dernière consultation de suivi est toujours une consultation diététique.
- Un seul bilan peut être réalisé par discipline (diététique, physique, psychologique), soit trois bilans maximums au total.

Les premiers échanges mettent en évidence que plusieurs configurations sont possibles dans la manière de prescrire. Certains médecins prescrivent dès le démarrage le « forfait complet », c'est-à-dire les 3 consultations de bilan ainsi que les 6 consultations de suivi. D'autres médecins ont procédé à des prescriptions plus séquencées : un ou plusieurs bilans, puis décision de prescrire ou non des consultations de suivi sur base des comptes-rendus et / ou échange avec l'enfant et la famille.

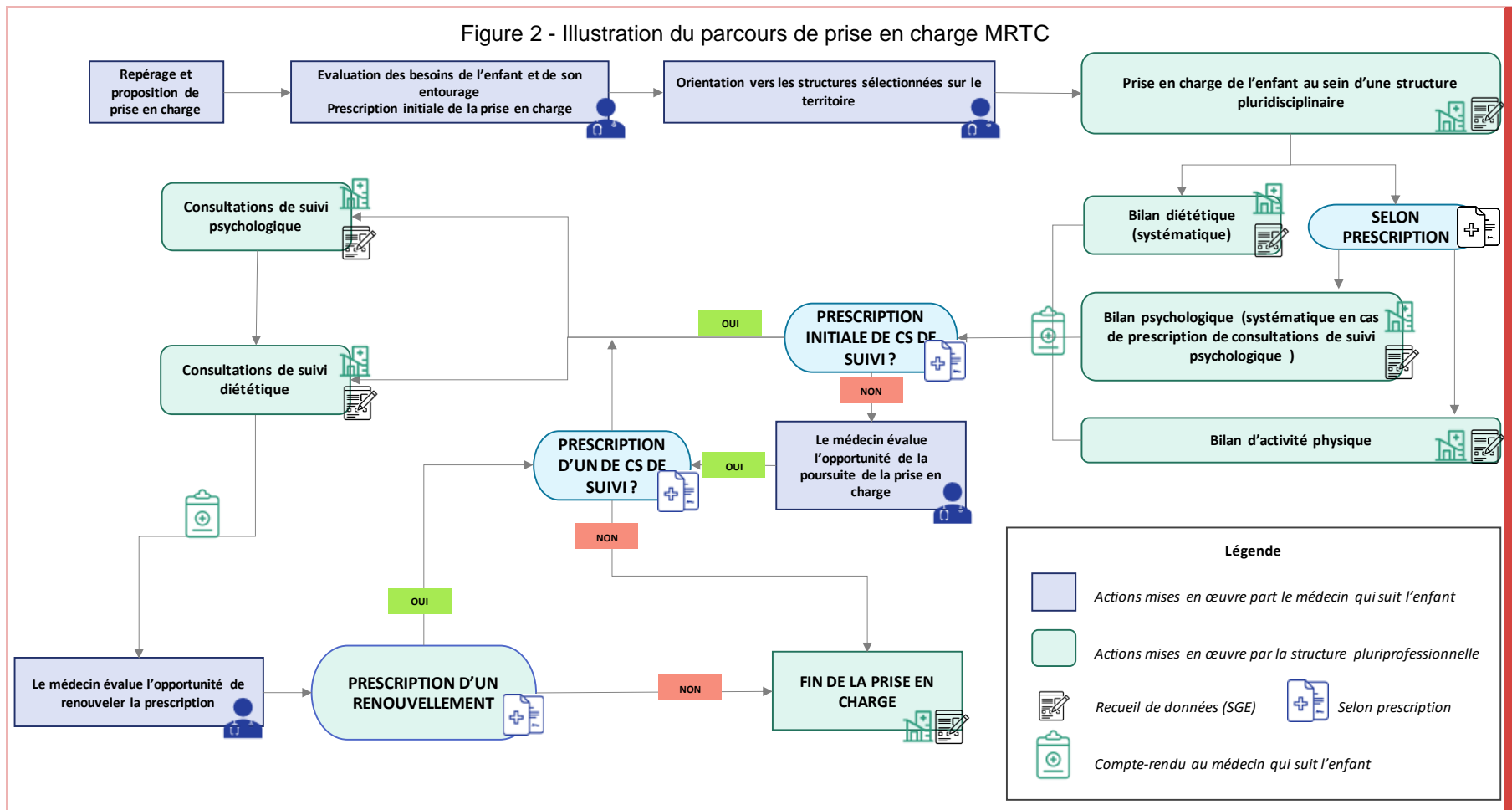
À l'issue de la prise en charge prescrite, le médecin peut renouveler ou non la prise en charge.

Les modalités de coordination entre les structures et les médecins prescripteurs sont prévues par le cahier des charges. Un compte-rendu doit être envoyé au médecin prescripteur à l'issue de chaque bilan effectué, ainsi qu'à l'issue de la dernière consultation prescrite. C'est le responsable de structure qui doit s'assurer que le médecin ayant prescrit la prise en charge de l'enfant soit destinataire de ces comptes rendus (des bilans et de la dernière consultation). Les modalités précises ne sont pas détaillées et sont laissées à l'initiative de la structure.

Le parcours de l'enfant au sein du programme est schématisé dans la figure ci-après.

⁷ La réalisation du bilan diététique marque donc l'inclusion officielle dans le programme, avec la signature du bulletin d'adhésion qui doit se faire à l'occasion de cette consultation.

Figure 2 - Illustration du parcours de prise en charge MRTC



Rémunération de la prise en charge

L'assurance maladie assure le financement de la prise en charge pluridisciplinaire de chaque enfant inclus dans l'expérimentation à hauteur d'un forfait annuel de 240 euros maximum. Ce financement permet la rémunération de prestations habituellement non remboursées par l'Assurance maladie (bilans et suivi diététique, psychologique et bilan d'activité physique). C'est au titre de la rémunération de ces prestations habituellement non remboursées que l'expérimentation a été intégrée dans l'article 51 de la LFSS 2018.

La subvention maximale autorisée à chaque structure sélectionnée sur la base d'un appel à candidatures, a été calculée à partir de leur estimation du nombre d'enfants pouvant être pris en charge tout au long de l'expérimentation : pour chaque enfant bénéficiaire de la prise en charge, une rémunération annuelle forfaitaire maximale de 240€ par enfant peut être versée aux structures. Cette rémunération se décompose comme suit : 40 euros pour chaque bilan réalisé et 20 euros pour chaque consultation de suivi effectuée. Le financement est versé à la structure qui organise la rémunération des professionnels intervenant de manière indépendante.

Au lancement de l'expérimentation, une avance de 30% du montant de la subvention a été versée à chaque structure, qui peut ensuite bénéficier de versements complémentaires au fur et à mesure de l'expérimentation, sur la base des justificatifs des bilans et des consultations de suivi réalisés et selon les modalités définies par la convention tripartite établie entre la caisse, l'ARS et chaque structure. A la fin de l'expérimentation, si les avances ont été supérieures aux bilans et consultations réalisés, la convention prévoit le reversement à la CPAM / CGSS du trop-perçu.

En outre la structure dispose d'un financement complémentaire pour assurer le recueil des données et compenser le temps passé à une saisie de qualité dans le système de gestion de l'étude (SGE). Cette rémunération est fixée à 200€ par tranche de 10 enfants inclus dans le dispositif. Un enfant est considéré comme inclus dans l'expérimentation après la signature du bulletin d'adhésion par le ou les représentants de l'autorité parentale, et la réalisation de la première prestation, le bilan diététique.

Le temps de coordination et de secrétariat ne donne pas lieu à une rémunération en tant que telle. Il revient à la structure de gérer la rémunération des prestations pour financer les tâches associées à la prise en charge.

La rémunération des médecins prescripteurs est assurée par le droit commun, au titre d'une consultation habituelle (25€ depuis le 1^{er} mai 2017) ou d'une consultation de suivi de l'obésité (46€). La consultation de suivi de l'obésité, inscrite dans la convention médicale de 2016 au titre des consultations complexes, permet au médecin traitant de l'enfant d'être rémunéré pour des consultations de suivi et de coordination de la prise en charge des enfants de 3 à 12 ans en risque avéré d'obésité. Les enfants ciblés dans le cadre de l'expérimentation « Mission retrouve ton cap » remplissent ces critères. Ainsi, le médecin qui suit l'enfant, s'il est déclaré médecin traitant de l'enfant, à la possibilité deux fois par an, de coter cette consultation spécifique entrée en vigueur le 1^{er} novembre 2017⁸. La prise en charge est assurée à 100% par l'assurance maladie et sans avance de frais pour les familles.

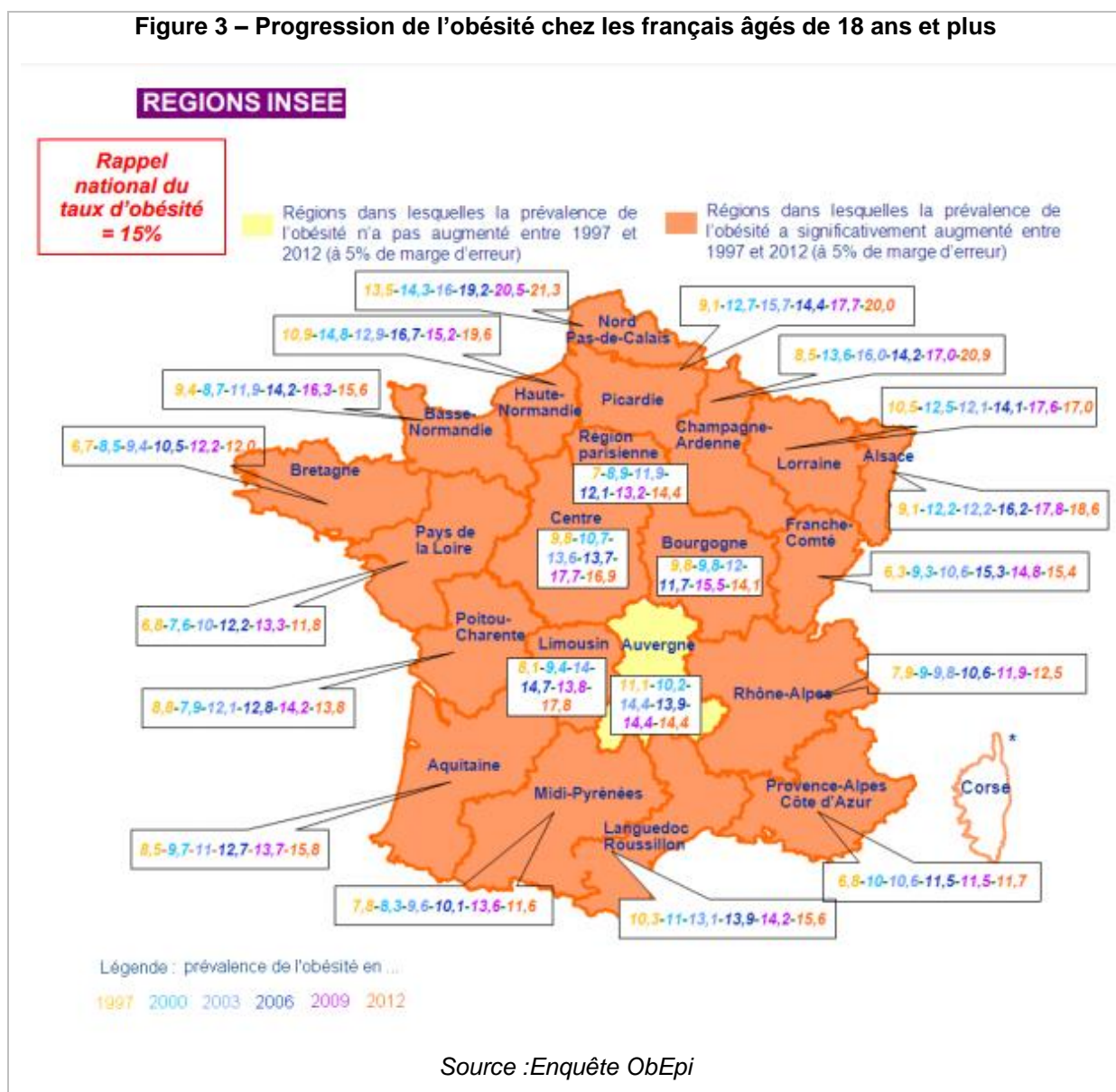
⁸Tarif des consultations, L'Assurance Maladie, 2019

Territoires ciblés

L'expérimentation est 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.

Les données de l'enquête ObEpi 2012 permettent de donner une vision d'ensemble (bien qu'ancienne) de l'évolution de la prévalence de l'obésité en France métropolitaine entre 1997 et 2012. Elle porte sur un échantillon de plus de 25.000 personnes âgées de 18 ans et plus, représentatif des ménages ordinaires. Si la prévalence de l'obésité a augmenté de façon significative dans la quasi-totalité des régions observées, d'importantes disparités sont observables : le territoire Nord Pas-de-Calais présente la prévalence la plus forte en 2012 avec un taux près de deux fois supérieur aux territoires les moins touchés (21,3% vs 15% au niveau national). Par ailleurs, Le BEH d'octobre 2016 rapporte un taux d'obésité de 25,6% pour le département du Nord, taux le plus élevé parmi les 16 départements inclus dans le suivi de la « cohorte constances » sur laquelle se fonde cette mesure.

Figure 3 – Progression de l'obésité chez les français âgés de 18 ans et plus

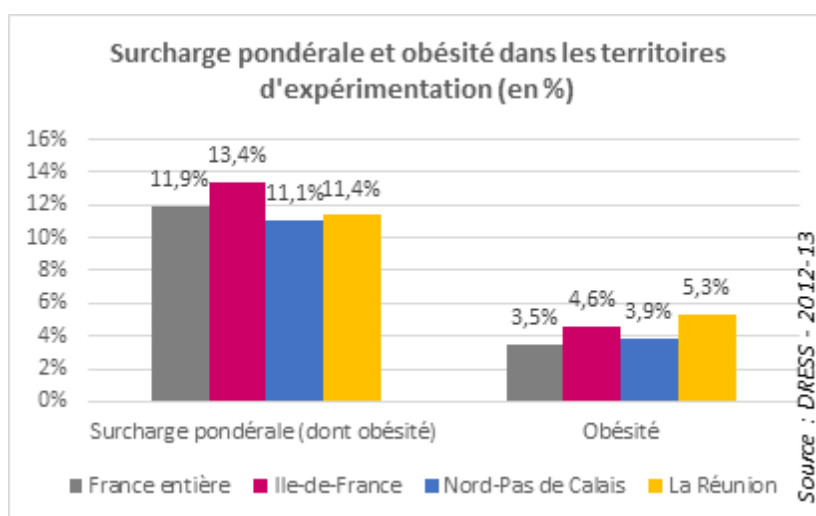


La mobilisation d'autres données localisées permettent de situer les deux autres territoires vis-à-vis du risque de surpoids et d'obésité. L'AP-HP relève ainsi un taux d'obésité de 20% pour la Seine-Saint-Denis, établi comme le taux d'obésité le plus élevé de France.

Les données produites par l'Agence régionale de santé Océan Indien (ARS OI) permettent d'apprécier la forte prévalence du risque d'obésité chez les jeunes enfants à La Réunion. Ainsi, d'après une enquête réalisée en 2014-2015, 18,1% des élèves scolarisés en CM2 sont en surpoids et 3,6% sont obèses. En 2012-2013, 11,9% des élèves des classes de grande section de maternelle sont en surpoids et 3,5% obèses⁹.

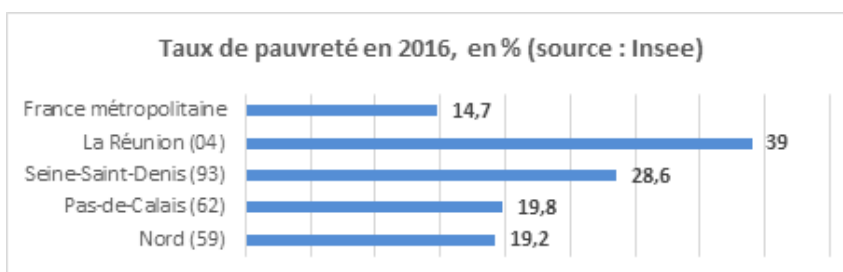
Enfin, des données de la DRESS en 2012, disponibles à l'échelle des régions, mettent en évidence la prévalence du surpoids et plus spécifiquement de l'obésité en Nord-Pas de Calais, en Ile-de-France et à La Réunion. La situation apparaît défavorable dans les trois territoires au regard de la moyenne nationale. A noter que ces données régionalisées ne tiennent pas compte des inégalités infrarégionales (pas de données pour la Seine-Saint-Denis notamment) et locales qui sont pourtant constatées par les acteurs.

Figure 4 – Prévalence du surpoids et l'obésité en grande section de maternelle dans les trois régions



Source : Planète Publique, à partir de données DREES

Les 3 territoires retenus se distinguent par ailleurs par un taux de pauvreté – facteur aggravant du risque d'obésité – plus élevé que la moyenne observée en France métropolitaine,



⁹ https://www.ors-ocean-indien.org/IMG/pdf/orsoi_tb_nutrition_sante_reunion_complet_2018.pdf

particulièrement à La Réunion (cf. figure ci-contre).

Pilotage de l'expérimentation

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

- de la CNAM, de la DGS et de la DSS
- 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

Le Comité s'est réuni 6 fois en 2017, 5 fois en 2018, 3 fois en 2019 et une fois en 2020.

Par ailleurs, l'expérimentation MRTC prévoit la réalisation d'une évaluation nationale dans le cadre du dispositif d'innovation en santé (article 51 de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale 2018). Pour permettre sa réalisation, 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.

Ce sont les professionnels des structures en charge de la prise en charge de l'enfant (diététique, psychologique, et activité physique) qui 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.

1.2 Mise en œuvre de l'expérimentation

1.2.1 Rôle et missions des instances de pilotage local

Au niveau de chaque territoire, le pilotage de l'expérimentation est assuré par les CPAM/CGSS et les ARS. Des référents ont été désignés au sein des caisses et des ARS. **Leur rôle est essentiel dans la mise en œuvre et le déploiement de l'expérimentation. Elles sont l'interlocuteur pour le niveau national et pour les structures avec qui elles ont passé convention.**

Leurs missions sont ou ont été les suivantes :

- La mise à disposition des appels à candidature pour la sélection des structures,
- La réalisation de la sélection des structures candidates pour la mise en œuvre de cette expérimentation, sur la base des critères préalablement fixés, au sein d'une grille de sélection, par le comité de pilotage national. L'annonce des structures sélectionnées,
- La contractualisation avec les structures retenues sur la base d'un modèle type de convention transmis par la CNAM,
- La co-construction de l'information des professionnels concernés : organisation de la campagne de présentation de l'expérimentation auprès des médecins généraliste et des pédiatres, remise des documents nécessaires à la mise en œuvre de l'expérimentation, organisation de réunions d'information/présentation auprès des professionnels des structures, des PMI, de la médecine scolaire...
- Le déploiement d'actions de communication grand public au sein des territoires
- Le financement des structures au fur et à mesure de la réalisation des prestations par les professionnels,
- Le suivi du déploiement de l'expérimentation.

1.2.2 Mobilisation des structures de prise en charge

Vision d'ensemble

Le choix des structures de prise en charge a été réalisé par les caisses d'Assurance Maladie et les Agences Régionales de Santé des trois territoires concernés, dans le cadre d'un appel à candidature et sur la base d'un cahier des charges.

Un premier appel à candidature a été publié en mai 2017 et a permis de sélectionner 33 structures dans les 3 territoires de l'expérimentation, pour mettre en œuvre la prise en charge des enfants :

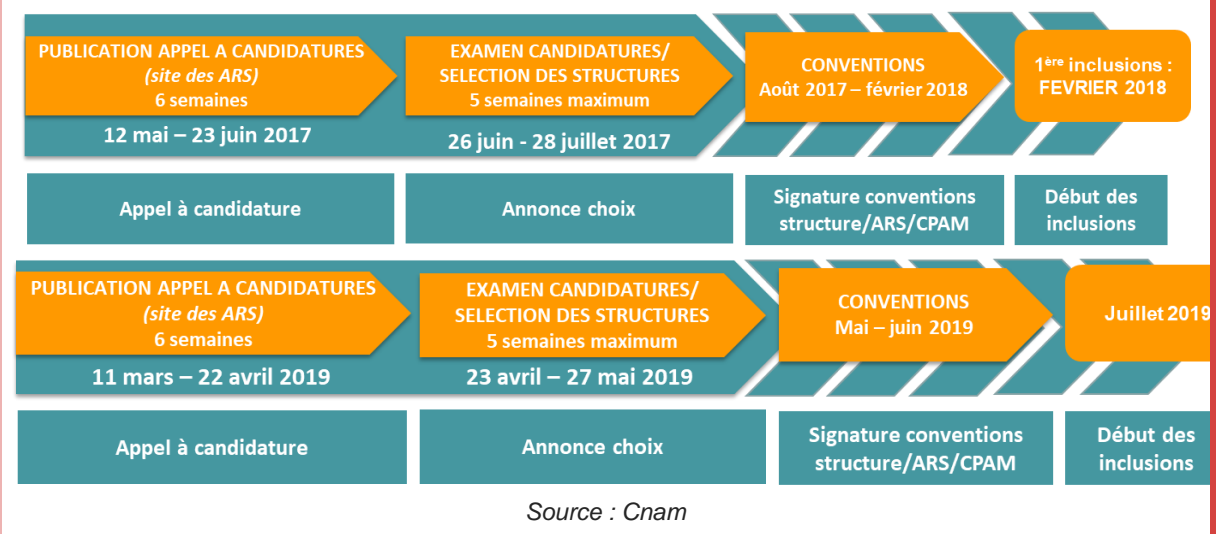
- Nord-Pas-De-Calais : 17 structures
- Seine-Saint-Denis : 13 structures
- La Réunion : 3 structures.

Avec l'intégration de MRTC dans le dispositif d'innovation en santé créé par l'article 51 de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale 2018, l'expérimentation a été prolongée jusqu'au 31 décembre 2020. Par ailleurs, cette intégration permettait également à de nouvelles structures de participer à cette expérimentation. De cette manière, un deuxième appel à candidature a été publié en mars 2019. Ce sont alors 14 structures qui ont été retenues pour participer au programme :

- Nord-Pas-De-Calais : 12 structures
- Seine-Saint-Denis : 1 structure

– La Réunion : 1 structure

Figure 5 - Temporalité de la mise en œuvre de l'expérimentation – première et deuxième vague



Ainsi, 47 structures ont été retenues pour assurer la prise en charge dans le cadre de l'expérimentation « Mission : Retrouve ton cap ». 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 des professionnels en capacité prévus dans l'expérimentation (professionnels de santé et psychologues), et de transmettre un compte rendu des prestations réalisées au médecin ayant prescrit la prise en charge. Cependant, la prise en charge pouvait se faire sur plusieurs sites. Une structure pouvait donc envoyer un enfant et sa famille vers un professionnel libéral sous réserve de faire le lien entre les secrétariats. A noter que les modalités de rémunération de l'expérimentation ne permettent de financer la structure que pour les prestations effectivement réalisées. Les structures semblent avoir pu éprouver des difficultés à mobiliser des professionnels pour des vacations qui ne seraient rémunérées que si la famille était effectivement présente à la consultation.

Les structures qui bénéficiaient déjà de financements pour des prises en charge diététique, psychologique et d'activité physique comme les RéPPOP (Réseau de Prévention et Prise en charge de l'Obésité Pédiatrique) ont pu candidater pour cette expérimentation. Néanmoins, le cahier des charges prévoyait que la priorité serait donnée aux structures de premiers recours.

Vision par territoire

Nord-Pas de Calais

Dans le Nord-Pas de Calais, les 29 structures retenues permettent une couverture territoriale plutôt satisfaisante selon les acteurs présents aux CSO. En revanche, ils estiment que trois villes sont carencées : Roubaix-Tourcoing, Lens et Arras. Le maillage repose sur 20 maisons de santé pluriprofessionnelles, 5 réseaux de santé, 3 associations, 2 établissements de santé et 1 centre spécialisé d'obésité.

L'expérimentation porte sur deux départements dans cette région, contrairement aux autres territoires de MRTC, ce qui peut expliquer le nombre de structure nettement plus important. La CPAM Flandres assure le portage du projet pour les 6 CPAM du Nord-Pas de Calais.

Selon les acteurs institutionnels du territoire, la demande des professionnels pour une telle prise en charge était très importante. Ainsi, lors du deuxième appel à candidature, ce ne sont pas moins de 12 nouvelles structures qui ont été retenues. Cela démontre l'existence d'un véritable besoin en termes de prise en charge du surpoids, autant pour les structures que pour les prescripteurs.

D'après les échanges en CSO, l'expérimentation a bien été accueillie par les médecins au Nord-Pas de Calais.

Seine-Saint-Denis

En Seine-Saint-Denis, les 14 structures retenues permettent d'assurer une couverture territoriale satisfaisante selon les membres du CSO. Le maillage repose sur la particularité de l'organisation de l'offre de soins dans le territoire, avec une forte présence de centres municipaux de santé (CMS). 12 structures volontaires sont des CMS, les deux autres sont une association et un établissement de santé).

Les villes du département avaient déjà mis des moyens pour la prise en charge du surpoids et de l'obésité. Au regard des échanges en CSO, il semble que MRTC corresponde davantage à un moyen supplémentaire pour répondre à cette problématique. Néanmoins, malgré un maillage satisfaisant, les acteurs ont relevé que l'accès aux structures peut rester problématique pour les parents non-véhiculés.

Selon les échanges en CSO, l'expérimentation a plutôt bien été accueillie par les médecins de Seine-Saint-Denis.

La Réunion

A La Réunion, les 4 structures retenues permettent une couverture territoriale satisfaisante dans le Nord, l'Ouest et le Sud du territoire. En revanche, un manque de couverture a été identifié dans l'Est. Ces structures sont composées de 2 maisons de santé pluriprofessionnelle, 1 réseau de santé et 1 réseau pédiatrique.

Selon les comptes rendus du CSO, les acteurs ont jugé que l'expérimentation a également bien été perçue par les médecins à La Réunion. Cependant, ils rapportent une réticence possible des prescripteurs du fait d'expériences passées avec une des structures de prise en charge de l'obésité.

1.2.3 Mobilisation des professionnels du territoire

La première étape de travail a été de communiquer autour de l'expérimentation pour faciliter les orientations et les prescriptions de la part des médecins assurant le suivi des enfants. La communication / information réalisée par les acteurs locaux a été dirigée vers les prescripteurs, les professionnels des structures, les acteurs de terrain (l'éducation nationale et santé scolaire, les services de PMI des conseils départementaux etc.), les praticiens hospitaliers, le grand public.

Les actions d'information et de communication suivantes ont été réalisées.

Pour les prescripteurs

- La newsletter médecins de l'assurance maladie du mois de novembre 2017 annonçait le lancement de cette expérimentation,

- Un emailing signé par le Médecin Conseil National de l'Assurance Maladie a été envoyé aux médecins généralistes, aux pédiatres et aux gestionnaires des centres de santé des territoires concernés pour leur annoncer le lancement de cette expérimentation.
- Une campagne de présentation de l'expérimentation a été menée dès début 2018 par les délégués de l'assurance maladie auprès de l'ensemble des médecins généralistes et des pédiatres libéraux des 3 territoires expérimentaux. Des supports pour les délégués de l'assurance maladie ont été réalisés afin de les accompagner, notamment un document de « réponses à objection ». Celui-ci a été réalisé par le Collège de la Médecine Générale et validé par l'Association Française de Pédiatrie Ambulatoire et l'Association pour la Prise en charge et la prévention de l'Obésité en Pédiatrie.
- Les outils réalisés (bloc de prescription, brochures...détaillés ci-dessous) spécifiquement pour cette expérimentation pour les médecins et les familles, et plus largement pour la prise en charge des enfants en surpoids ou obèses, ont été remis aux médecins lors de ces visites ainsi que la liste des structures dans lesquelles peut s'effectuer la prise en charge.
- Une journée d'information sur l'expérimentation pour les médecins et puéricultrices de PMI du 93, animée par la CPAM, l'ARS et la présidente de l'APOP, été organisée par le service de protection maternelle et infantile du Conseil Départemental de Seine-Saint-Denis en novembre 2017.
- Un webinaire sur le site Fréquence Médicale a été diffusé pour présenter l'expérimentation et les principes de prise en charge des enfants en surpoids ou obèses début 2018.
- Sur ameli.fr, une information pour les médecins a été mise en ligne pour présenter l'expérimentation et mettre à disposition l'ensemble des outils élaborés dans ce cadre.

Actions d'informations au niveau des territoires

- Un communiqué de presse local et un dossier de presse ont été mis à disposition des pilotes territoriaux.
- Actions diverses en fonction des territoires : des contacts ont été pris avec les URPS, le Rectorat, des CAF, des infirmières scolaires, des services de PMI...

Pour le grand public

- **Sur ameli.fr dans la rubrique « Près de chez vous » de chaque caisse expérimentatrice**, une information a été mise en ligne pour annoncer l'expérimentation « Mission : retrouve ton cap ».
- Des actions de communication diverses ont été mise en œuvre dans les territoires à destination du grand public (spot radio locaux, reportage TV, articles de presse...)

Les outils réalisés :

La Cnam a fourni un kit composé d'outils destinés à la fois aux prescripteurs, aux professionnels des structures et au grand public. Certains outils ont été créés spécifiquement pour l'expérimentation, et d'autres sont des ressources pour aider à la prise en charge des enfants en surpoids ou obèses. Les outils mis à disposition étaient les suivants :

- Pour les prescripteurs:
 - Une **fiche de présentation du dispositif** : Prévention de l'obésité chez l'enfant de 3 à 8 ans, Expérimentation « Mission retrouve ton cap »,
 - Un « **Bloc de prescription Mission Retrouve Ton Cap** » pour une prescription « à la carte », et sa version dématérialisée qui a été mise en ligne sur l'espace professionnel du compte assurance maladie des prescripteurs des trois territoires
 - Un bloc de « **Courbe pédagogique d'IMC Mission retrouve ton cap** »,

- Pour les prescripteurs et les professionnels des structures
 - Un **document « Bien orienter »** sur les principes de repérage et de prise en charge du surpoids et de l'obésité infantile,
 - Un **logigramme** qui représente les différents niveaux d'orientation et de prise en charge du surpoids et de l'obésité infantile,
 - Une brochure « Prévention de l'obésité chez l'enfant de 3 à 8 ans : expérimentation 'Mission : retrouve ton cap' - fiches pratiques », qui présente les principes pour l'accompagnement diététique, psychologique, d'activité physique de l'enfant à risque d'obésité et de sa famille,
 -
- Pour les patients :
 - Une brochure « **Mission Retrouve Ton Cap, aider votre enfant à grandir en bonne santé** »,
 - La liste **des structures**.

2. Premiers éléments de bilan

Remarque préalable : Ces premiers éléments de bilan seront complétés et feront l'objet d'un approfondissement lors de la phase 2 de l'évaluation (analyse des données du SGE dans le cadre de l'évaluation intermédiaire).

2.1 Données sur les enfants et les inclusions

2.1.1 Éléments de précision sur le vocabulaire utilisé

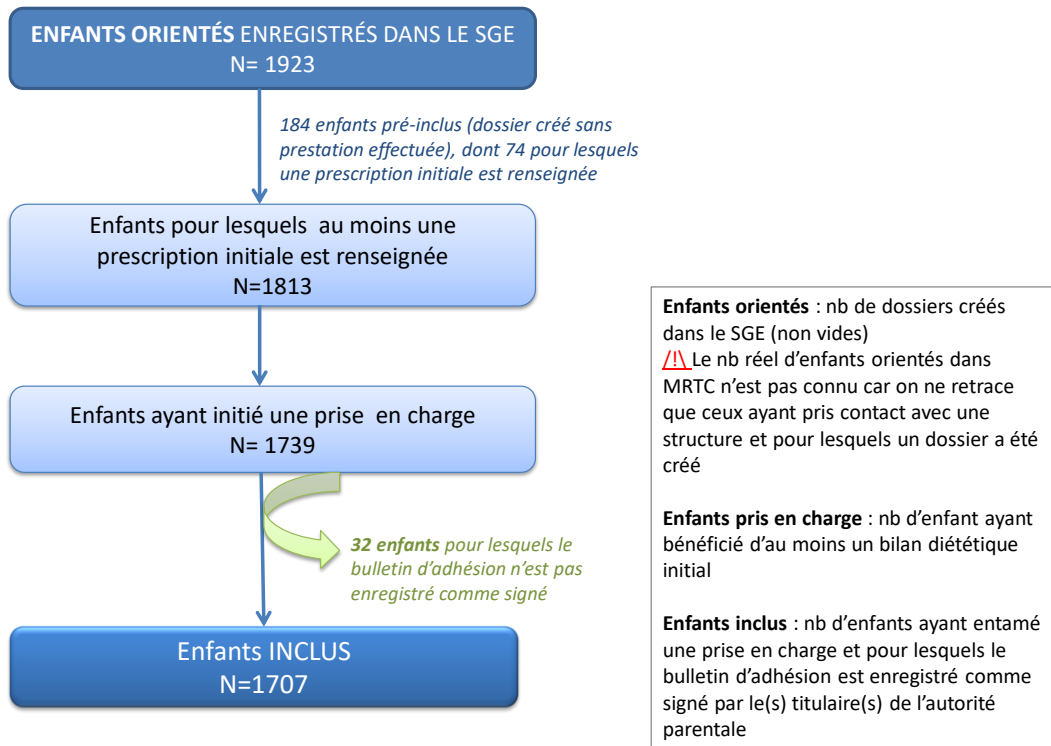
Les données utilisées relatives aux profils des enfants inclus dans l'expérimentation et à leur parcours de soin concernent les enfants ayant été enregistrés dans le SGE par leur structure de prise en charge, qui ont réalisé à minima un bilan diététique initial et qui ont signé le bulletin d'adhésion à l'expérimentation, au 31 mars 2020

Ces données ne prennent donc pas en compte :

- **Les enfants orientés par un prescripteur vers une structure de prise en charge mais qui n'ont pas pris contact avec cette structure.** Cette donnée n'est pas connue dans la mesure où les enfants ne sont identifiables qu'à partir du moment où les structures de prise en charge leur créent un dossier dans le SGE.
- **Les enfants orientés par un prescripteur vers une structure de prise en charge, qui ont pris contact avec cette structure, mais pour lesquels un dossier n'a pas été créé et pour lesquels aucune prestation n'a encore été effectuée.**
- **Les enfants pré-inclus :** les enfants dont un dossier a été créé dans le SGE pour lesquels aucune prestation n'a encore été effectuée.
- **Les enfants ayant initié une prise en charge mais n'ayant pas signé le bulletin d'adhésion.**

Le diagramme de flux ci-après schématise ces éléments à partir des données du SGE du 9 avril 2020¹⁰.

¹⁰ Les différences de date d'extraction expliquent les différences entre les chiffres présentés dans le diagramme de flux et les données de bilan sur les enfants inclus (1707 enfants inclus au 9 avril 2020 vs. 1701 enfants inclus au 23 mars 2020).

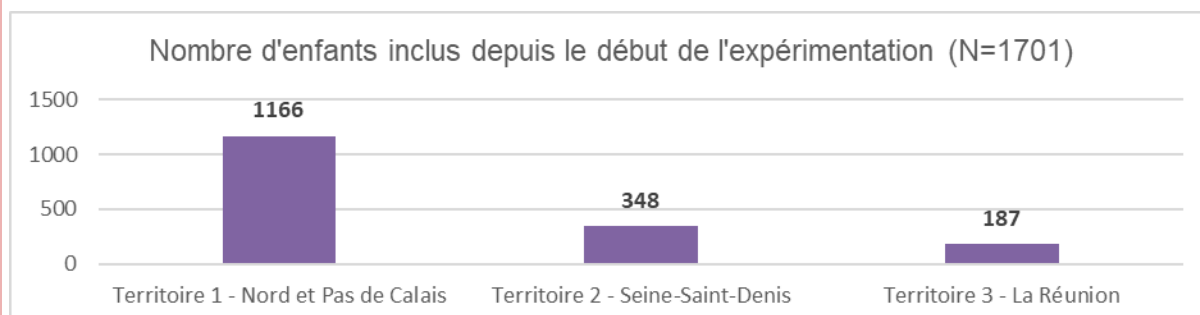


2.1.2 Données générales sur les enfants inclus

Nombre d'inclusions

En date du 23 mars 2020, 1701 enfants ont été inclus dans l'expérimentation dont, 69% (N=1166) en Nord Pas-de-Calais, 20% (N=348) en Seine-Saint-Denis et 11% (N=187) à la Réunion.

Figure 6 – Nombre d'enfants inclus au 23 mars 2020, par territoire

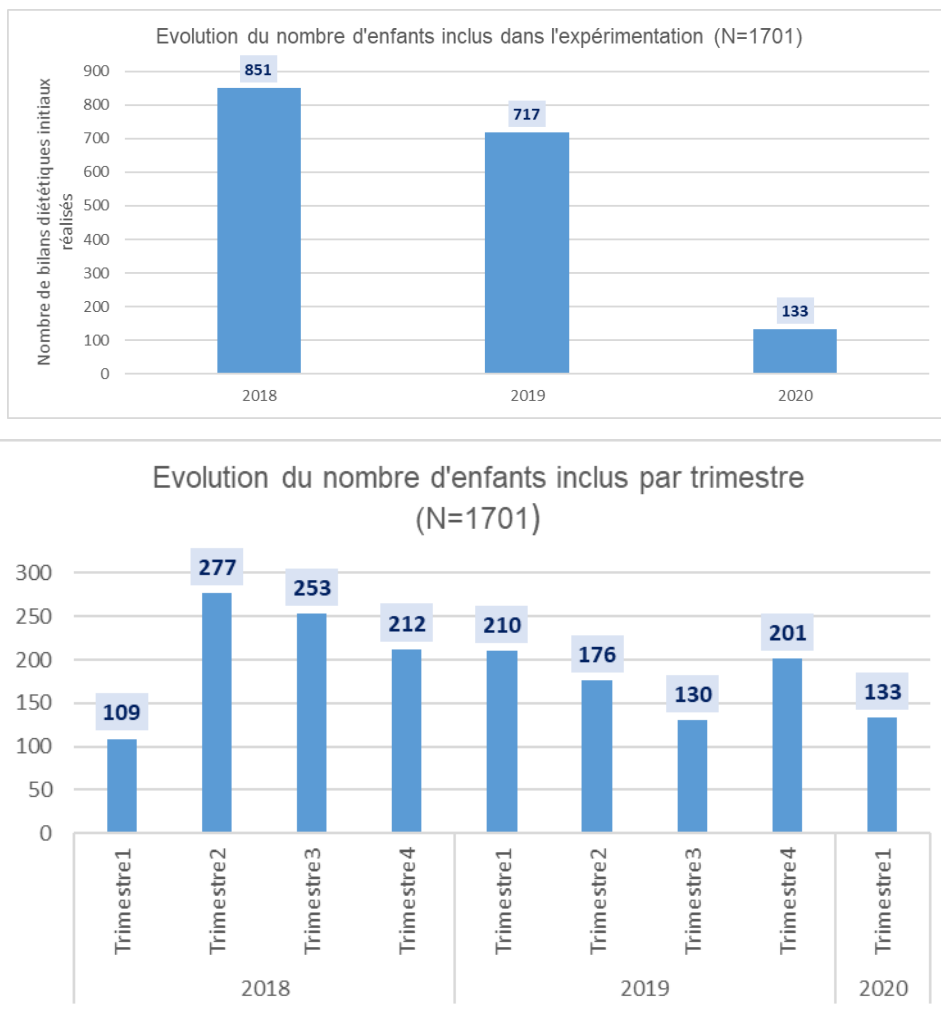


Source : Planète Publique, à partir des données du SGE.

L'analyse de l'évolution du nombre d'enfants inclus dans l'expérimentation par année rend compte des éléments suivants :

- **Une montée en charge rapide de l'expérimentation dès l'année 2018** : le trimestre au cours duquel le plus d'enfants ont été inclus dans l'expérimentation est le second trimestre de l'année 2018 (N=276) ;
- **Une moyenne de 195 enfants inclus dans l'expérimentation chaque trimestre entre janvier 2018 et mars 2020** ;
- **Une évolution du nombre d'enfants inclus légèrement à la baisse, sur la fin de l'année 2019** : à titre d'exemple, 130 enfants ont été inclus au troisième trimestre de l'année 2019 vs. 253 enfants inclus au troisième trimestre de l'année 2018.

Figure 7 – Rythme d'inclusion des enfants par année et par territoire



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

Ces tendances sont partagées par les trois territoires : la répartition du nombre d'enfants inclus par territoire reste globalement stable sur la période à partir du second trimestre de l'année 2018.

Etats des parcours des enfants

Au 23 mars 2020 :

- un peu plus d'un tiers des enfants inclus dans l'expérimentation (39%) sont encore pris en charge dans le dispositif (suivi en cours ou renouvelé) ;
- 14% des enfants sont arrivés au terme de leur suivi ;
- 36% des enfants sont considérés comme « perdus de vue » (définition : ceux pour qui toutes les prestations prescrites n'ont pas été réalisées et qui n'ont pas eu de consultation dans la structure depuis plus de 3 mois) ;
- 12% des enfants sont sortis volontairement de l'expérimentation. Ces situations concernent notamment les enfants réorientés vers des dispositifs plus adaptés à leurs besoins (2^{ème} ou 3^{ème} recours)

Figure 8 – Etat du parcours des enfants : niveau national (23 mars 2020)

	Nombre d'enfants	En %
Suivi en cours	528	31%
Suivi en cours - Renouvelé	133	8%
Fin de suivi	231	14%
Perdu de vue	607	36%
Sorti de l'expérimentation	202	12%
TOTAL	1701	100%

Source : Planète Publique, à partir des données du SGE

607 enfants sont considérés comme étant « perdus de vue », c'est-à-dire n'ayant pas eu de rendez-vous dans la structure depuis plus de trois mois et n'ayant pas suivi l'ensemble des bilans et/ou consultations prescrites. Un constat similaire avait été posé par les acteurs dans le cadre du CSO à plusieurs reprises et plusieurs éléments d'explications ont pu être avancés :

- Certains perdus de vue correspondraient à des situations temporaires, notamment en lien avec les grandes vacances ou aux périodes pendant lesquelles des mouvements sociaux avaient lieu fin 2019 et début 2020, qui ont pu conduire à espacer plus fortement les RDV.
- Enfin, certains acteurs ont mentionné une possibilité de « sur-prescription » de la part des médecins prescripteurs qui prescrivent d'emblée toutes les prestations possibles, ce qui peut expliquer que les familles ne réalisent pas l'ensemble des consultations prévues si le besoin s'avère moindre.

A l'échelle des territoires, ces données font apparaître des différences très marquées. En particulier, le nombre d'enfants perdus de vue est particulièrement important en Seine-Saint-Denis, puisqu'ils s'élèvent à 52% des enfants au mois de mars 2020. A La Réunion, la part des enfants sortis volontairement de l'expérimentation s'avère particulièrement important (34%) par rapport aux autres territoires. Ce taux est expliqué par les acteurs par un phénomène de réorientation des enfants vers des programmes de prise en charge spécifique pour les enfants en obésité avérée nécessitant une prise en charge de 2^{ème} ou 3^{ème} recours. Ce passage d'un programme vers l'autre était d'autant plus facile pour une des 4 structures qui assure les deux types de prise en charge.

Figure 9 – Etat du parcours des enfants selon le territoire au 23 mars 2020

	Nord-Pas de Calais		Seine-Saint-Denis		La Réunion	
	Nombre d'enfants	En %	Nombre d'enfants	En %	Nombre d'enfants	En %
Suivi en cours	414	36%	87	25%	27	14%
Suivi en cours - Renouvelé	105	9%	21	6%	7	4%
Fin de suivi	161	14%	38	11%	32	17%
Perdu de vue	368	32%	182	52%	57	30%
Sorti de l'expérimentation	118	10%	20	6%	64	34%
TOTAL	1166	100%	348	100%	187	100%

Source : Planète Publique, à partir des données du SGE

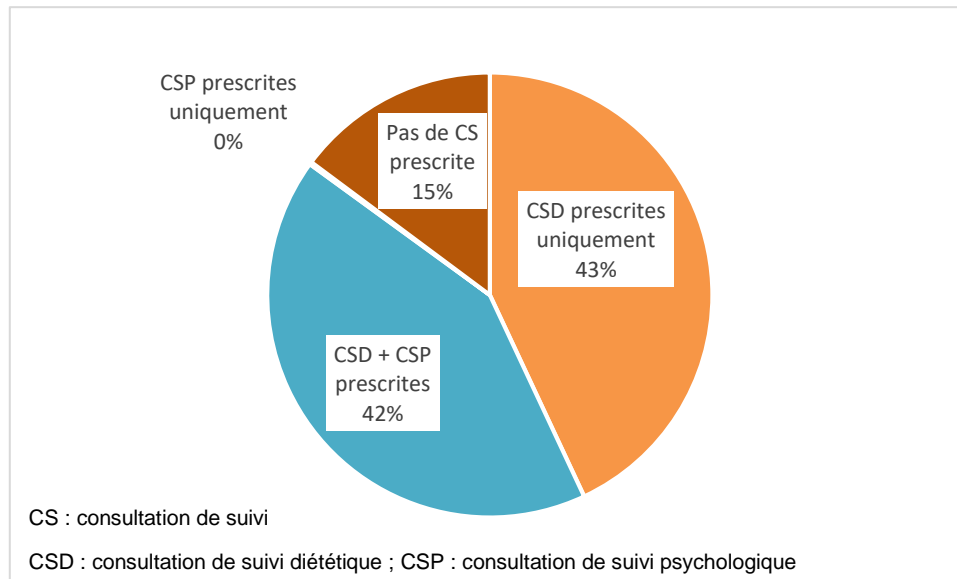
2.1.3 Données générales sur les prescriptions et les parcours

Consultations prescrites (prescription initiale)

Au mois de mars 2020, la majorité des enfants (61%, N=1035) se sont vu prescrire les 3 bilans, et un quart (24%, N=400) avait reçu une prescription pour deux bilans, majoritairement le bilan d'activité physique en complément du bilan diététique. Ainsi seulement 14% des enfants n'avaient reçu de prescription que pour un bilan seul bilan (diététique).

Très massivement, les enfants ont bénéficié d'une prescription initiale incluant des consultations de suivi (85%). Ils se répartissent équitablement entre les enfants s'étant vu prescrire uniquement des consultations de suivi diététique (43%) et les enfants ayant une prescription pour des consultations de suivi diététique et psychologique (42%).

Figure 10 – Répartition des enfants en fonction de la nature des consultations de suivi prescrites (N=1701)



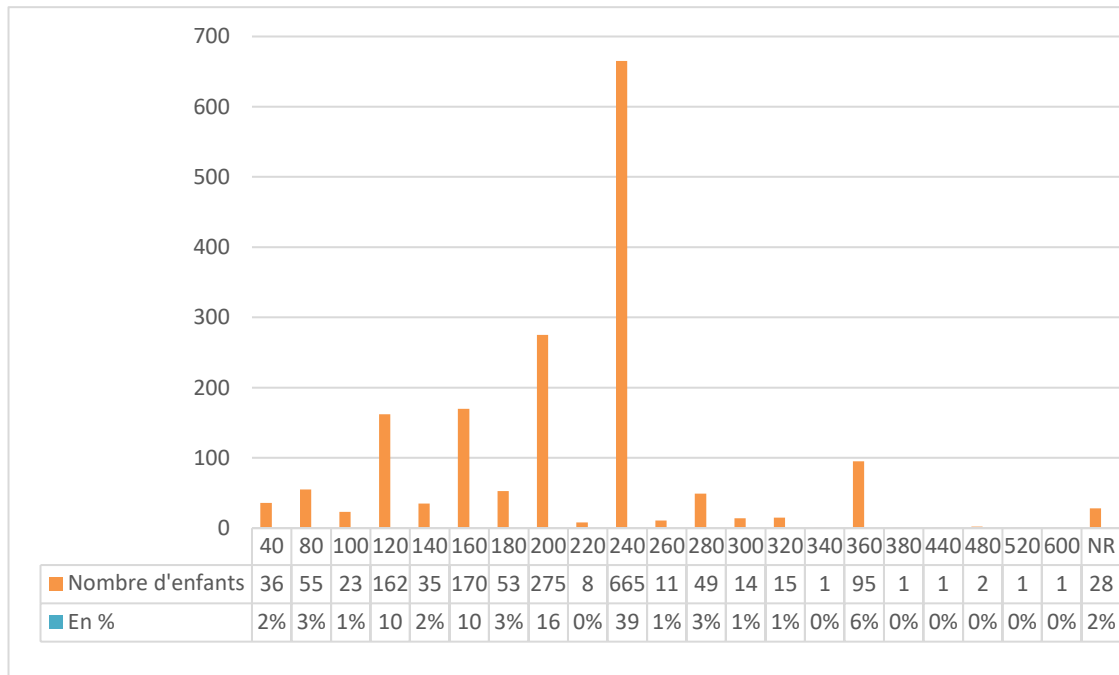
Source : Planète Publique, à partir des données du SGE.

Dans la moitié des situations environ (48%) les prescriptions initiales indiquent 6 consultations de suivi. Pour 27% des enfants, la prescription initiale prévoit 3 consultations. Seulement 3% des enfants se sont vu prescrire 1 ou 2 consultations de suivi dans la prescription initiale. Enfin 4% des enfants environ ont disposé d'une prescription initiale prévoyant plus de 6 consultations de suivi.

Du point de vue financier, 39% des enfants ont bénéficié, au titre de la prescription initiale d'un forfait complet¹¹. 16% des enfants se sont vu prescrire un parcours correspondant à la moitié du forfait complet ou moins (rémunération de la structure à hauteur de 120€) et 12% ont disposé d'une prescription correspondant à un montant supérieur au maximum prévu, allant jusqu'à un montant de 600€ (1 enfant).

¹¹ C'est-à-dire un forfait donnant lieu à la rémunération maximale de la structure : 240€.

Figure 11 – Distribution des enfants en fonction du montant de la PEC prévue pour la réalisation de la prescription n°1



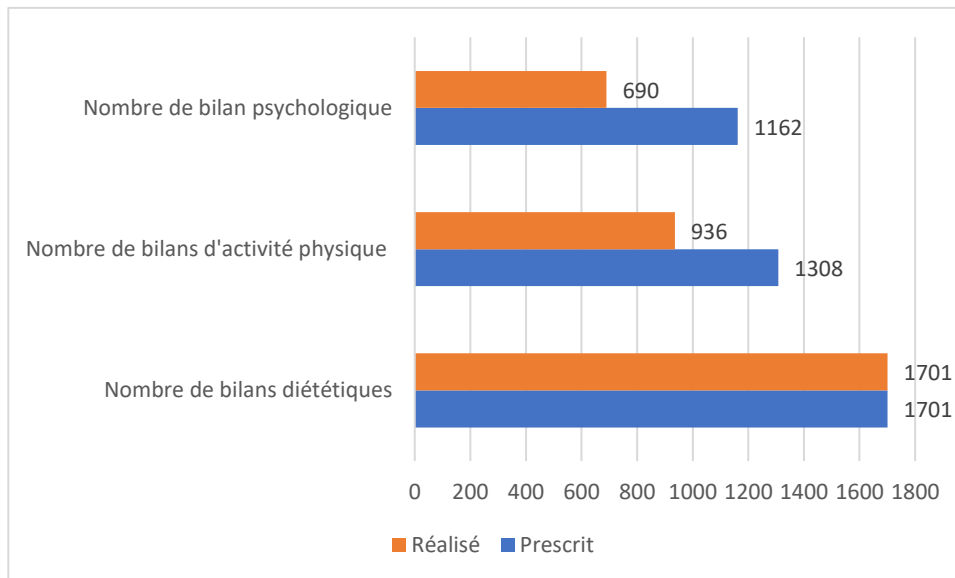
Source : Planète Publique, à partir des données du SGE.

Consultations réalisées¹²

L'analyse des bilans réalisés met en évidence un décalage entre la prescription initiale et les RDV effectivement réalisés. Ainsi, parmi les 1308 enfants qui s'étaient vu prescrire un bilan d'activité physique, 936 l'ont effectivement réalisé, soit 27% d'entre eux qui ne l'ont pas (encore) réalisé. De même, 1162 enfants s'étaient vu prescrire un bilan psychologique, mais seulement 690 l'ont effectivement réalisé. En d'autres termes, parmi les enfants qui se sont vu prescrire un bilan psychologique, 41% ne l'ont pas (encore) réalisé.

¹² Les données portent sur des parcours non terminés et sont donc à prendre avec précaution.

Figure 12 – Distribution des enfants en fonction des bilans prescrits et réalisés (N=1701)



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

Pour ce qui concerne les 364 enfants ayant terminé leur suivi ou en situation de renouvellement¹³, une minorité d'entre eux n'ont pas réalisé l'ensemble des prestations qui leur avaient été prescrites en prescription initiale :

- 2% (N=8) n'ont pas réalisé le bilan activité physique qui leur avait été prescrit
- 3% (N=11) n'ont pas réalisé le bilan psychologique qui leur avait été prescrit
- 1% (N=5) n'ont pas réalisé l'ensemble des consultations de suivi diététiques initialement prescrites (entre 1 et 3)
- 3% (N=10) n'ont pas réalisé l'ensemble des consultations de suivi psychologiques initialement prescrites (entre 1 et 2)

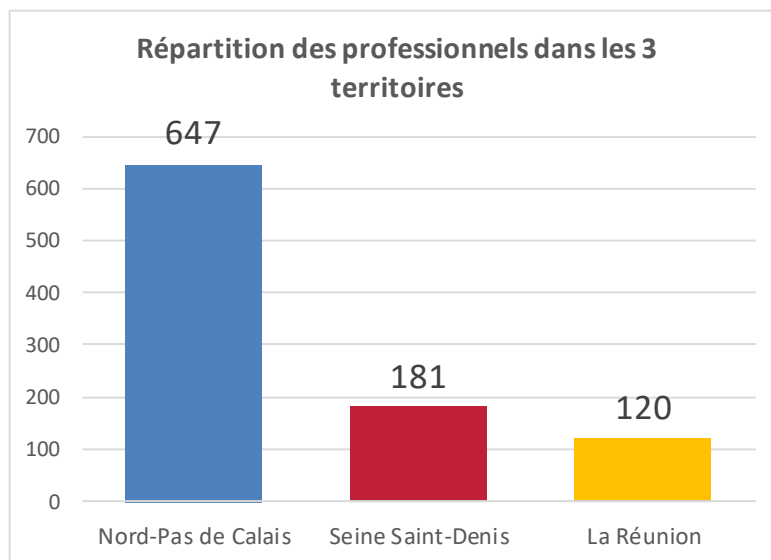
¹³ Les structures peuvent modifier manuellement le statut de l'enfant lorsqu'elles considèrent que la prise en charge est terminée.

2.2 Données sur les prescripteurs

2.2.1 Vision d'ensemble

Au mois de mars 2020, 948 professionnels différents ont orienté au moins 1 patient dans le cadre de l'expérimentation. (NB : ne sont tracées dans les orientations que les enfants pour qui les familles ont contacté/pris un rdv avec les structures et pour lesquels un dossier a été créé dans le SGE. Le nombre réel d'orientations par les médecins est plus important mais cette donnée n'est pas connue).

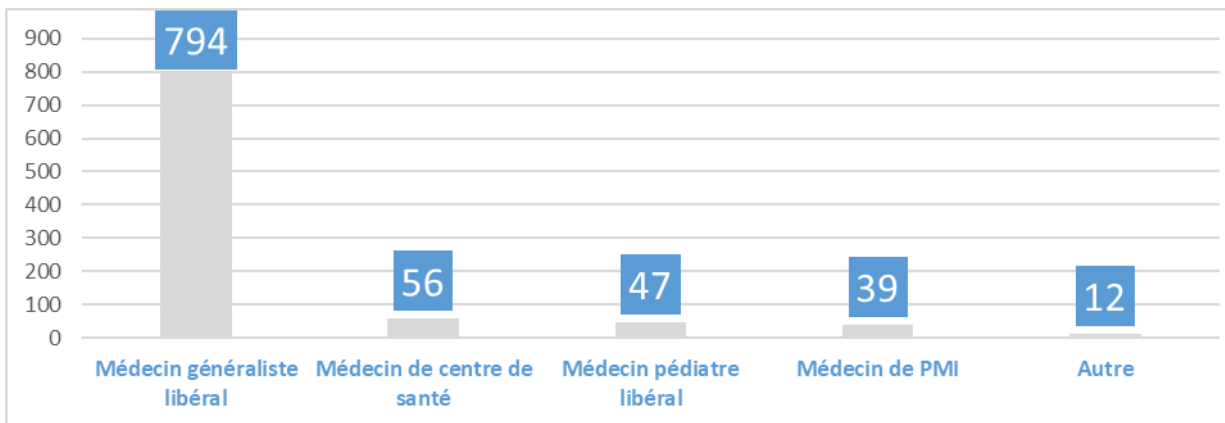
Figure 13 – Nombre de prescripteurs selon le territoire d'expérimentation



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

Parmi eux, plus de 80% (N=794) sont des médecins généralistes libéraux. Les autres professionnels ayant orienté au moins un enfant vers MRTC sont partagés entre les médecins de centres de santé (6% - N=56), des pédiatres libéraux (5% - N=47), et des médecins de PMI (4% - N=39).

Figure 14 - Fonction des médecins ayant prescrit MRTC pour au moins un enfant inclus (national)



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

2.2.2 Vision par territoire

Nord-Pas de Calais

La grande majorité des professionnels ayant orienté au moins 1 patient dans le cadre de l'expérimentation en Nord-Pas de Calais sont des médecins généralistes libéraux (93,2%).

Les autres spécialités représentées sont des médecins pédiatres libéraux (3,4% des prescripteurs du territoire), des médecins de PMI (2,5%), des médecins de centre de santé (0,3%).

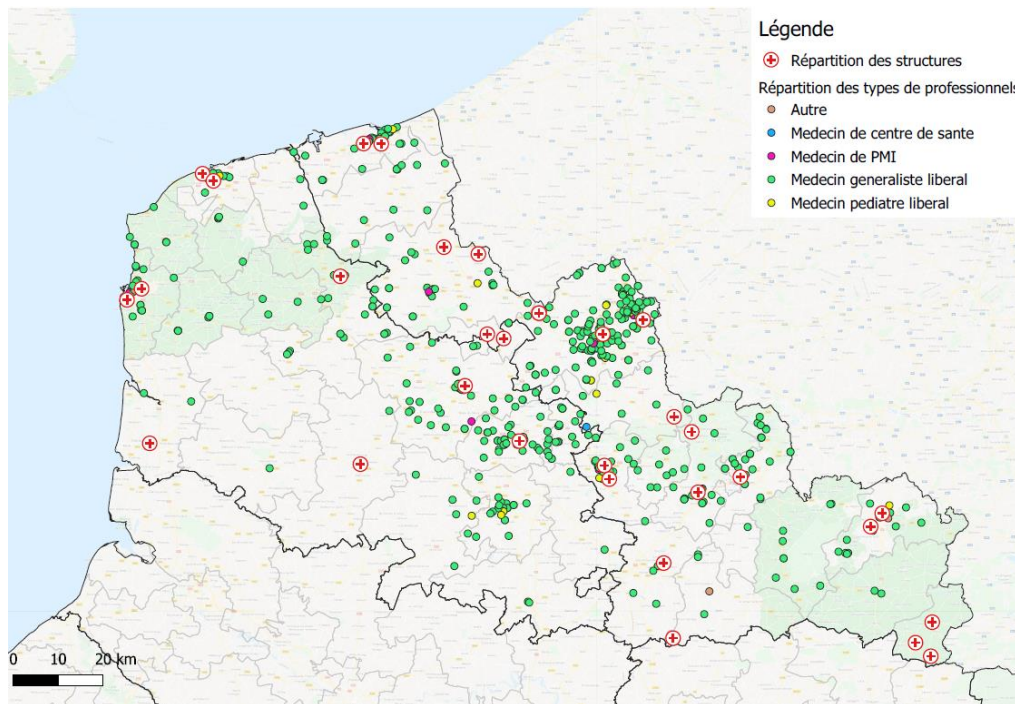
Figure 15 – Répartition des types de prescripteur (Nord-Pas de Calais)

	Répartition des professionnels prescripteurs	Effectifs
Médecin généraliste libéral	93,2%	603
Médecin pédiatre libéral	3,4%	22
Médecin de PMI	2,5%	16
Médecin de centre de santé	0,3%	2
Autre	0,6%	4
TOTAL	100%	647

Source : Planète Publique, à partir des données du SGE

La cartes de localisation des prescripteurs met en évidence une densité plus importante dans les territoires proches de la localisation des structures. Le Nord fait apparaître une bonne dynamique et une bonne couverture du territoire, tandis que certaines zones dans le Pas de Calais apparaissent moins mobilisées dans l'expérimentation.

Figure 16 – Répartition des prescripteurs ayant inclus à minima 1 patient en fonction de leur spécialité et mode d'exercice, en Nord Pas-de-Calais



Remarque : les « antennes » des structures ne sont à ce stade pas identifiées sur la carte.

Seine Saint-Denis

La Seine-Saint-Denis compte 181 prescripteurs différents. Le profil des prescripteurs apparaît très spécifique dans le territoire, puisque moins de la moitié des prescripteurs (47%, N=86) sont des médecins généralistes libéraux. Le profil des médecins exerçant en centre de santé est très fortement représenté, avec 30% (N= 54) des prescripteurs ayant inclus au moins un enfant. Ceci apparaît cohérent avec la spécificité de l'offre de soins du département, fortement marquée par la présence de centre de santé municipaux. Par ailleurs, 12 des 14 structures sélectionnées pour mettre en œuvre l'expérimentation sont des centres de santé municipaux : cela reflète probablement une certaine part d'orientations intra structure. Environ 10% (N=17) des prescripteurs sont des pédiatres libéraux, soit une part là encore nettement supérieure à la moyenne nationale (5%). Enfin, 9% des prescripteurs sont des médecins de PMI.

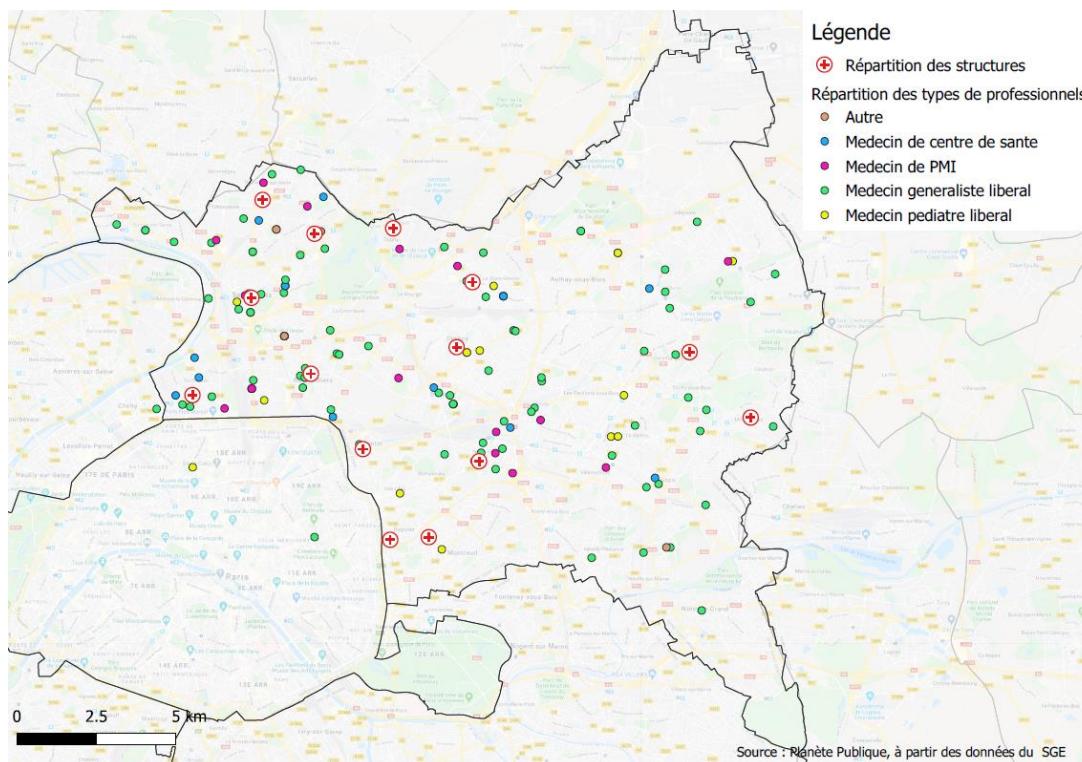
Figure 17 – Répartition des types de prescripteur (Seine-Saint-Denis)

	Répartition des professionnels prescripteurs	Effectifs
Médecin généraliste libéral	47,5%	86
Médecin pédiatre libéral	9,4%	17
Médecin de PMI	8,8%	16
Médecin de centre de santé	29,8%	54
Autre	4,4%	8
TOTAL	100%	181

Source : Planète Publique, à partir des données du SGE

La carte ci-après met en évidence la localisation des prescripteurs (ayant orienté au moins un enfant) et la localisation des structures de prises en charge. Elle met en évidence que des prescripteurs ont orienté des enfants même s'il n'y avait pas de structure immédiatement à proximité de leur lieu d'exercice.

Figure 18 – Répartition des prescripteurs ayant inclus à minima 1 patient en fonction de leur spécialité et mode d'exercice, en Seine-Saint-Denis



La Réunion

La Réunion compte 120 professionnels différents ayant orienté au moins un enfant dans l'expérimentation. Il s'agit essentiellement de médecins généralistes libéraux (90% - N=105). Les autres professionnels étant des pédiatres libéraux (6% - N=8) et des médecins de PMI (5% - N= 7). Dans la mesure où il y n'a pas de centre de santé mobilisé à La Réunion dans le cadre de l'expérimentation, l'analyse des données des prescripteurs indique qu'aucun médecin de centre de santé n'a orienté de patient vers l'expérimentation sur ce territoire.

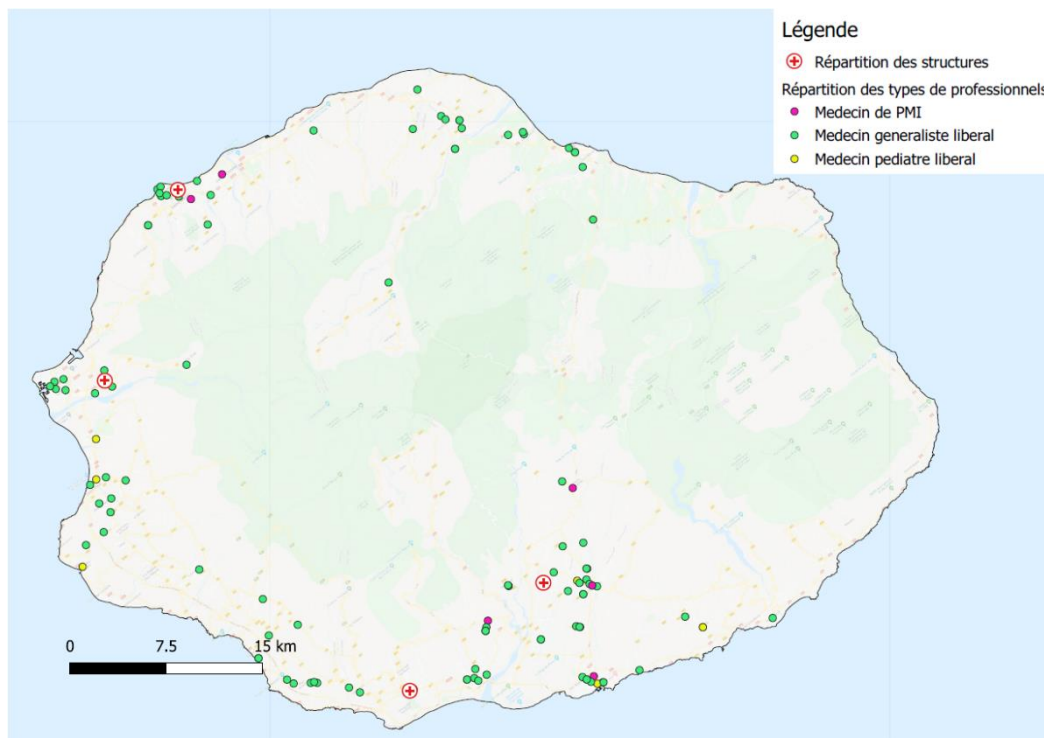
Figure 19 – Répartition des types de prescripteurs (La Réunion)

	Part des professionnels prescripteurs	Effectifs
Médecin généraliste libéral	87,5%	105
Médecin pédiatre libéral	6,7%	8
Médecin de PMI	5,8%	7
Médecin de centre de santé	-	0
Autre	-	0
TOTAL	100%	120

Source : Planète Publique, à partir des données du SGE

La carte de localisation des prescripteurs au regard de la localisation des structures met en évidence que les territoires de l'Est et des Hauts apparaissent effectivement moins bien couverts par le dispositif. Les prescripteurs se concentrent en effet au Nord, à l'Ouest et au Sud du territoire.

Figure 20 – Répartition des prescripteurs ayant inclus à minima 1 patient en fonction de leur spécialité et mode d'exercice, à La Réunion



2.3 Données sur les structures

2.3.1 Vision d'ensemble

Nombre d'enfants inclus par structure

Sur les 47 structures engagées dans l'expérimentation, il ressort de l'analyse des données du SGE que 41 d'entre elles ont, au 23 mars 2020, inclus au total **1701 patients, soit une moyenne de 41 patients par structure**. 6 structures n'ont donc pas inclus de patient sur la période, dont 5 qui ont été sélectionnées lors du 2nd appel à candidature en juin 2019.

Figure 21 – Répartition des types de structures ayant intégré à minima 1 enfant

	Nombre de structures	En %
Association (autre que réseau)	3	7%
Centre municipal de santé	12	29%
Etablissement de santé	3	7%
Maison de santé pluridisciplinaire ou pluriprofessionnelle	16	39%
Réseau de santé	7	17%
TOTAL GENERAL	41	100%

Remarque : seules sont comptabilisées dans ce tableau les structures ayant inclus à minima 1 enfant

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

L'analyse des données des structures met en évidence le fait que les réseaux de santé ont inclus, en moyenne, nettement plus d'enfants que les autres structures, concentrant ainsi près de la moitié des enfants inclus. Les associations, hors réseau arrivent en 2^{ème} position, puis viennent avec des moyennes relativement proches, les centres municipaux de santé, les maisons de santé pluridisciplinaires ou pluriprofessionnelles et les établissements de santé.

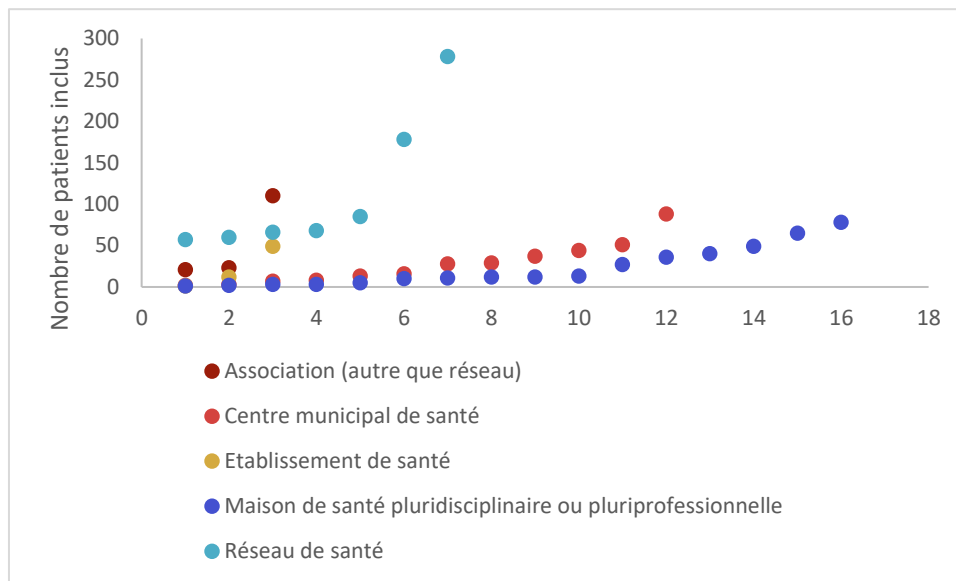
Figure 22 – Répartition du nombre d'enfants inclus par type de structure (N=1701)

	Nombre de structures	En %	Nombre total d'enfants inclus	% enfants inclus	Moyenne enfants inclus/structure
Association (autre que réseau)	3	7%	154	9%	51
Centre municipal de santé	12	29%	326	19%	27
Etablissement de santé	3	7%	62	4%	21
Maison de santé pluridisciplinaire ou pluriprofessionnelle	16	39%	367	22%	23
Réseau de santé	7	17%	792	47%	113
Total général	41	100%	1701	100%	41

Remarque : seules sont comptabilisées dans ce tableau les structures ayant inclus à minima 1 enfant

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

Figure 23 – Représentation graphique des types de structures en fonction du nombre d'enfants inclus



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

2.3.2 Vision par territoire

Nord-Pas de Calais

En Nord Pas-de-Calais, 23 structures ont pris en charge 1666 patients, soit une moyenne de 51 patients par structure. Les acteurs indiquent que certaines structures ne connaissaient que peu voire pas d'inclusions, comme les structures du Hainaut et de Flandres notamment. Inversement, certaines structures semblent avoir pris en charge beaucoup plus d'enfants que prévu et se sont parfois retrouvées surchargées. C'est particulièrement le cas des réseaux, qui comme au niveau national ont intégré beaucoup plus d'enfants en moyenne que les autres structures.

Figure 24 – Nombre de patients inclus par type de structure, en Nord Pas-de-Calais

	Nombre de structures	En %	Nombre de patients inclus	En %
Association (autre que réseau)	2	9%	133	11%
Etablissement de santé	2	9%	61	5%
Maison de santé pluridisciplinaire ou pluriprofessionnelle	14	61%	297	25%
Réseau de santé	5	22%	675	58%
TOTAL GENERAL	23	100%	1166	100%

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

Seine Saint-Denis

En Seine-Saint-Denis, 14 structures ont pris en charge 348 patients, soit une moyenne de 25 patients par structure.

Figure 25 – Nombre de patients inclus par type de structure, en Seine-Saint-Denis

	Nombre de structures	En %	Nombre de patients inclus	En %
Association (autre que réseau)	1	7%	21	6%
Centre municipal de santé	12	86%	326	94%
Etablissement de santé	1	7%	1	0%
TOTAL GENERAL	14	100%	348	100%

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

La Réunion

A La Réunion, 4 structures ont pris en charge 187 patients, soit une moyenne de 47 patients par structure.

Figure 26 – Nombre de patients inclus par type de structure, à La Réunion

	Nombre de structures	En %	Nombre de patients inclus	En %
Maison de santé pluridisciplinaire ou pluriprofessionnelle	2	50%	70	37%
Réseau de santé	2	50%	117	63%
TOTAL GENERAL	4	100%	187	100%

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

3. Objectifs de l'évaluation

3.1 Positionnement d'ensemble de l'évaluation

L'évaluation d'une expérimentation se distingue de l'évaluation d'un objet « classique », puisqu'elle comporte une ambition intrinsèque forte dans la réflexion sur le transfert et l'essaimage. Ceci implique une **analyse fine et approfondie du contexte** de l'expérimentation, pour identifier les conditions de réussite (endogènes et exogènes), qui constitueront autant de précautions à prévoir dans la généralisation. Cette réflexion doit s'accompagner d'une **mise en perspective** pour identifier dans quelle mesure les facteurs facilitants identifiés sur les territoires expérimentaux seront également présents dans d'autres contextes.

L'évaluation est encore plus que dans une évaluation classique axée sur l'aide à la décision. Elle doit répondre à trois enjeux.

- **Valider l'intérêt du processus expérimental** : il s'agit 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'agit en premier 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) et les facteurs exogènes (liés au contexte populationnel, partenarial, environnemental...).
- **Définir le potentiel et les conditions de transférabilité** : il s'agit 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.

3.2 Questionnement évaluatif

3.2.1 Vision d'ensemble du questionnement

Ces enjeux généraux se matérialisent dans 5 questionnements évaluatifs, tels que présentés dans les fiches détaillées ci-après. La figure ci-après permet de disposer d'une vision synthétique des axes de l'évaluation et des enjeux sous-jacents.

Q1 : Capacité à faire émerger une PEC structurée

- 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

Q2 : Capacité à améliorer l'accès à la PEC

- 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)

Q3 : Utilisation du forfait et adéquation à la prise en charge

- 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

Q4 : Impacts sur les habitudes et la qualité de vie et sur le z-score

- Différentiel avant / après
- Perception des familles / enfants / professionnels

Q5 : Viabilité du modèle économique

- Coût et simulations en cas de généralisation

3.2.2 Fiches par question évaluative

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

Cette question doit permettre d'apprécier la capacité de l'ensemble des professionnels à s'approprier le dispositif dans toutes ses composantes, et plus généralement de la capacité du dispositif à produire une nouvelle organisation au sein de laquelle structures pluridisciplinaires et médecins prescripteurs, parviennent à s'intégrer. Il s'agit notamment d'interroger la manière dont la structure a pu s'appuyer sur son ancrage local pour faciliter la visibilité de la prise en charge proposée et donc l'orientation par les professionnels. La capacité des professionnels du territoire à intégrer l'offre MRTC dans une offre globale de prise en charge précoce de l'obésité sera notamment analysée, en lien avec l'offre locale.

Sous-question / Critère de jugement	Indicateur	Source
Niveau de notoriété du dispositif auprès des médecins prescripteurs potentiels	<ul style="list-style-type: none"> Part des prescripteurs ayant recours au dispositif, profil, distribution territoriale Part des prescripteurs connaissant le dispositif, avec ou sans inclusion d'enfant* 	<ul style="list-style-type: none"> Analyse données SGE Questionnaire prescripteurs
	<ul style="list-style-type: none"> Modalités de communication déployées par les structures et des pilotes territoriaux (ARS/caisse) pour faire connaître l'expérimentation 	<ul style="list-style-type: none"> Etudes de cas Questionnaire structures
	<ul style="list-style-type: none"> Vecteur de connaissance de l'expérimentation par les prescripteurs 	<ul style="list-style-type: none"> Etudes de cas Questionnaire prescripteurs
Niveau d'adhésion des médecins prescripteurs au dispositif	<ul style="list-style-type: none"> Nombre moyen d'inclusions par médecin, caractéristiques des parcours prescrits Part des médecins ayant orienté vers le dispositif (avec ou sans inclusion d'enfant)* Part d'orientation « intra-structure » (part des prescripteurs exerçant au sein des structures assurant la prise en charge), - estimation, et capacité à mobiliser des médecins prescripteurs sans lien avec le dispositif 	<ul style="list-style-type: none"> Analyse données SGE Questionnaire prescripteurs
	<ul style="list-style-type: none"> Représentations et opinions des professionnels relatives au dispositif, ses enjeux, son fonctionnement et ses effets 	<ul style="list-style-type: none"> Etudes de cas Questionnaire prescripteurs
Niveau d'appropriation du dispositif par les professionnels : capacité à organiser la prise en charge	<ul style="list-style-type: none"> Perception des prescripteurs sur l'organisation des parcours, sur la facilité de suivi, sur les modalités de coopération et de coordination avec les professionnels de la structure 	<ul style="list-style-type: none"> Etudes de cas Questionnaire prescripteurs
	<ul style="list-style-type: none"> Difficultés rencontrées, besoins et attentes non couverts Leviers identifiés et mobilisés pour faciliter la compréhension de la PEC 	<ul style="list-style-type: none"> Etudes de cas Questionnaire prescripteurs
Niveau d'appropriation du dispositif par les professionnels : capacité à mobiliser et accompagner les familles	<ul style="list-style-type: none"> Perception des prescripteurs sur leur capacité à expliquer le dispositif et la PEC aux familles 	<ul style="list-style-type: none"> Etudes de cas
	<ul style="list-style-type: none"> Perception des prescripteurs sur leur capacité à convaincre les familles de l'intérêt de la PEC 	<ul style="list-style-type: none"> Questionnaire prescripteurs
	<ul style="list-style-type: none"> Modalités mises en œuvre pour faciliter l'inscription et l'inclusion (prescripteurs et structures) Estimation de la part des familles orientées n'ayant pas donné suite 	<ul style="list-style-type: none"> Etudes de cas Questionnaire structures Questionnaire prescripteurs
Coopération territoriale	<ul style="list-style-type: none"> Difficultés rencontrées et type de situation pour lesquelles les difficultés sont plus importantes Leviers identifiés et mobilisés pour renforcer l'adhésion des familles 	<ul style="list-style-type: none"> Etudes de cas Questionnaire structures Questionnaire prescripteurs
	<ul style="list-style-type: none"> Description des modalités d'organisation de la prise en charge par les structures mises en œuvre pour faciliter l'adhésion et l'appropriation du dispositif par les prescripteurs 	<ul style="list-style-type: none"> Etudes de cas Questionnaire structures

Sous-question / Critère de jugement	Indicateur	Source
	<ul style="list-style-type: none"> Description des modalités mises en œuvre pour renforcer la visibilité et l'ancrage de la structure et de la PEC dans le territoire Nombre de prescripteurs différents par structure 	<ul style="list-style-type: none"> Analyse SGE
	<ul style="list-style-type: none"> Part et profils des professionnels prescripteurs ayant identifié les spécificités de MRTC par rapport à d'autres dispositifs de prise en charge du surpoids et de l'obésité des enfants ? Taux d'erreur d'orientation 	<ul style="list-style-type: none"> Etudes de cas Questionnaire prescripteurs Analyse SGE
Impact sur les pratiques de prise en charge	<ul style="list-style-type: none"> Perception des professionnels (prescripteurs + structures) sur l'évolution des pratiques de suivi et de repérage précoce du surpoids : systématisation du suivi de la courbe, repérage des enfants à risque, évocation des risques avec les familles Part et profils des prescripteurs indiquant avoir fait évoluer leurs pratiques 	<ul style="list-style-type: none"> Etudes de cas Questionnaire prescripteurs
Impact sur les pratiques de prise en charge	<ul style="list-style-type: none"> Perception des professionnels (prescripteurs + structures) sur l'évolution des pratiques d'orientation des enfants : précocité de la prise en charge, connaissance des ressources disponibles, capacité à convaincre les familles Part et profils des professionnels (prescripteurs + structures) indiquant avoir fait évoluer leurs pratiques 	<ul style="list-style-type: none"> Etudes de cas Questionnaire prescripteurs
Impact sur les pratiques de prise en charge	<ul style="list-style-type: none"> Perception des professionnels (prescripteurs + structures) sur l'évolution des pratiques de PEC des enfants : capacité à prendre en charge les situations les plus simples, capacité à transmettre les messages clés et pertinent aux familles, capacité à proposer une écoute non restrictive, non focalisée sur l'alimentation ou le poids Part et profils des professionnels (prescripteurs + structures) indiquant avoir fait évoluer leurs pratiques 	<ul style="list-style-type: none"> Etudes de cas Questionnaire prescripteurs
Impact sur les pratiques de prise en charge	<ul style="list-style-type: none"> Perception des professionnels (prescripteurs + structures) sur l'évolution des pratiques de coordination de la prise en charge : facilitation de l'orientation, renforcement de la qualité et du systématisme de l'échange d'information Part et profils des professionnels (prescripteurs et structures) indiquant avoir fait évoluer leurs pratiques 	<ul style="list-style-type: none"> Etudes de cas Questionnaire structures Questionnaire prescripteurs
Impact sur les pratiques de prise en charge	<ul style="list-style-type: none"> Evolution des caractéristiques des enfants orientés en année 1 et en fin d'expérimentation 	<ul style="list-style-type: none"> Analyse données SGE
Modalités et conditions de généralisation	<ul style="list-style-type: none"> Identification des conditions favorables à la réussite et de leur potentiel de transposition Identification de recommandations pour envisager la transposition (outillage / information des prescripteurs, coordination, type de structures porteuses...) 	<ul style="list-style-type: none">

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

Cette question doit permettre d'analyser les populations incluses dans l'expérimentation et notamment de vérifier que des profils d'enfants (notamment les plus à risques) n'échappent pas au repérage et à l'orientation. En effet, comme évoqué plus haut, il existe un lien fort entre surpoids et conditions socioéconomiques. Il s'agit donc de regarder si le dispositif parvient à atteindre les familles les plus défavorisées. Ainsi, il s'agira de porter un regard sur les enfants inclus, et d'analyser plus particulièrement les enfants perdus de vue afin d'identifier si certains profils notamment plus fragiles sont également moins bien intégrés dans la PEC.

Par ailleurs, au-delà des pratiques des professionnels, la perception des familles (potentiellement différenciée en fonction de leur caractéristique) sera prise en compte pour comprendre si elle risque de générer des refus ou des abandons de la prise en charge (compréhension de la PEC proposée).

Sous-question / Critère de jugement	Indicateur	Source
Niveau de connaissance et compréhension par les parents et les enfants	<ul style="list-style-type: none"> Compréhension des motifs d'orientation, perceptions sur les enjeux de la prise en charge, intérêts, attentes, craintes vis-à-vis de la prise en charge, compréhension du déroulement de la prise en charge Part et profil des familles indiquant avoir compris les motifs pour lesquels l'enfant était orienté et les jugeant comme acceptables Part et profils des familles ayant compris les objectifs de la PEC et les jugeant appropriés à la situation de l'enfant Part et profils des familles ayant compris les prestations incluses dans la prescription, leur intérêt pour la famille et l'enfant Part et profils des familles ayant l'intention de réaliser l'ensemble des prestations prescrites Articulation de la prise en charge avec les parcours de santé des familles, lien entre l'expérience préalable et l'adhésion, facteur d'adhésion à la prise en charge 	<ul style="list-style-type: none"> Entretiens enfants / familles Questionnaire famille
	<ul style="list-style-type: none"> Perception des professionnels des structures et les prescripteurs sur les difficultés rencontrées par les familles, modalités mises en œuvre pour les dépasser 	<ul style="list-style-type: none"> Etudes de cas Questionnaire structures Questionnaire prescripteurs
Niveau d'inclusion et de maintien de la population cible dans le dispositif (vs perdus de vue)	<ul style="list-style-type: none"> Analyse du profil des bénéficiaires (socio-économique, distribution territoriale, clinique et anthropométrique, situation familiale, âge de l'enfant) et différentiel au regard de la population du territoire (département) 	<ul style="list-style-type: none"> Analyse données SGE
	<ul style="list-style-type: none"> Taux d'abandon et analyse des caractéristiques des abandons / perdus de vue Estimation de la part des familles orientées mais n'ayant pas donné suite Analyse comparée des profils des participants avec suivi finalisé vs profils avec perdus de vue 	<ul style="list-style-type: none"> Analyse données SGE Questionnaire prescripteurs
	<ul style="list-style-type: none"> Perception des professionnels sur les motifs d'abandons, sur les difficultés rencontrées par les familles, sur les profils avec risque d'abandon plus élevé et sur les prescriptions plus difficilement acceptées par les familles Identification des modalités mises en œuvre pour dépasser les difficultés et maintenir la participation des personnes (relances) et estimation de l'effort nécessaire 	<ul style="list-style-type: none"> Etudes de cas Questionnaire structures Questionnaire prescripteurs
	<ul style="list-style-type: none"> Perception des familles sur les difficultés rencontrées, les motifs d'abandons potentiels, les facteurs ayant facilité le maintien de la participation 	<ul style="list-style-type: none"> Entretiens enfants / familles Questionnaire famille

Sous-question / Critère de jugement	Indicateur	Source
Inclusion des enfants ayant le plus besoin du dispositif	<ul style="list-style-type: none"> Analyse du profil des bénéficiaires (socio-économique, distribution territoriale, clinique et anthropométrique, situation familiale, âge de l'enfant) et différentiel au regard de la population du territoire (département), atteinte des populations socialement défavorisées (CSP des parents, situation professionnelle, bénéficiaires de la CMUc) 	<ul style="list-style-type: none"> Analyse données SGE
	<ul style="list-style-type: none"> Identification des pratiques des prescripteurs vis à vis de l'orientation des enfants (profils plus ou moins systématiquement orientés, types d'orientation et de prescription selon le profil des enfants, autres orientations et prises en charge proposées...) 	<ul style="list-style-type: none"> Etudes de cas Questionnaire prescripteurs
	<ul style="list-style-type: none"> Perception des professionnels des structures sur les profils sous-représentés, perceptions sur les motifs, identification des solutions mises en œuvre pour dépasser la difficulté 	<ul style="list-style-type: none"> Etudes de cas Questionnaire structures
Modalités et conditions de généralisation	<ul style="list-style-type: none"> Identification des conditions favorables à la réussite et de leur potentiel de transposition Identification de recommandations pour envisager la transposition (modalités de repérage et de suivi des enfants, accompagnement des parents...) 	<ul style="list-style-type: none"> .

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

L'expérimentation propose un financement de différentes prestations de bilan (diététique, psychologique et d'activité physique) et de suivi (diététique, psychologique). La question doit permettre d'analyser quelles prestations sont mobilisées dans le cadre de l'expérimentation (prescrites et consommées) et lesquelles apparaissent sous consommées (notamment les consultations de suivi psychologiques) et pour quelles raisons (difficultés d'organisation des structures, réticences des familles...). Par ailleurs, cette question doit permettre de comprendre si l'expérimentation a permis de mettre en place des modèles de coordination efficaces pour les professionnels, mais également pour les enfants et les familles.

Sous-question / Critère de jugement	Indicateur	Source
Utilisation du forfait	<ul style="list-style-type: none"> Analyse des coûts et des parcours des enfants, type de prestations sur et sous mobilisées, croisement selon les profils des enfants Différentiel entre le forfait prescrit et consommé, variabilité 	<ul style="list-style-type: none"> Analyse données SGE
	<ul style="list-style-type: none"> Fonction et profils des professionnels assurant les prestations Part des structures ayant mobilisé des professionnels formés spécifiquement à la prise en charge du surpoids des enfants Modalités mises en œuvre pour assurer la formation des professionnels intervenant 	<ul style="list-style-type: none"> Analyse dossiers candidature Etudes de cas Questionnaire structures
	<ul style="list-style-type: none"> Type d'informations données par les structures sur la prise en charge proposée, partenariats mis en œuvre pour faire connaître et déployer l'expérimentation Modalités mises en œuvre par la structure pour faciliter et inciter le respect de la prescription par la famille Modalités mises en œuvre pour ajuster la prescription initiale au fil de la prise en charge 	<ul style="list-style-type: none"> Etudes de cas Questionnaire structures
	<ul style="list-style-type: none"> Motifs de prescription et de non-prescription des différentes prestations par les médecins, différence en fonction des profils des enfants 	<ul style="list-style-type: none"> Etudes de cas Questionnaire prescripteurs
	<ul style="list-style-type: none"> Compréhension de la prescription par les familles, motifs de respect ou non de la prescription, attentes initiales vis-à-vis de la prise en charge et perception à l'issue du parcours 	<ul style="list-style-type: none"> Entretiens enfants / familles Questionnaire famille
	<ul style="list-style-type: none"> Identification des motifs et des situations dans lesquelles les professionnels des structures modifient la prescription initiale, estimation de la part des enfants concernés Part des structures proposant une approche éducative, impliquant les habitudes de vie de la famille favorables à la santé, bienveillante, non focalisée uniquement sur l'alimentation ou sur le poids et incluant l'ensemble de la famille (au-delà de l'enfant pris en charge) Part des familles ayant compris l'intérêt d'une approche de prévention non focalisée sur l'alimentation, non restrictive 	<ul style="list-style-type: none"> Etudes de cas Questionnaires structures Questionnaire famille
	Niveau de coordination	<ul style="list-style-type: none"> Description des modalités d'organisation de la prise en charge par les structures Modalités prévues et mises en place pour assurer la coordination structure / prescripteur / autres professionnels Description de la place donnée aux prescripteurs dans le suivi de la PEC
<ul style="list-style-type: none"> Perception des professionnels des structures sur la place prise par le prescripteur dans la PEC Difficultés rencontrées, leviers identifiés et mobilisés, attentes vis-à-vis des modalités de coordination 		<ul style="list-style-type: none"> Etudes de cas Questionnaire structures

Sous-question / Critère de jugement	Indicateur	Source
	<ul style="list-style-type: none"> Perception des prescripteurs sur la suffisance et la qualité du retour d'information sur la PEC (réception des comptes rendus des bilans et dernières consultations de suivi, niveau d'information, moyens, fréquence) Difficultés rencontrées, leviers identifiés et mobilisés, attentes vis-à-vis des modalités de coordination 	<ul style="list-style-type: none"> Etudes de cas Questionnaire prescripteurs
	<ul style="list-style-type: none"> Modalités prévues pour assurer la coordination entre les professionnels impliqués dans la PEC Perception des professionnels sur la suffisance et la qualité du retour d'information 	<ul style="list-style-type: none"> Etudes de cas Questionnaire structures
	<ul style="list-style-type: none"> Perception des familles sur l'articulation entre les professionnels et la qualité du suivi (connaissance du dossier et des données de l'enfant vs besoin de répéter les informations) Perception des familles sur la fluidité de la PEC Perception des familles sur la cohérence des messages et des indications données par les différents professionnels au sein de la structure et le médecin prescripteur 	<ul style="list-style-type: none"> Entretiens enfants / familles Questionnaire famille
Satisfaction des professionnels	<ul style="list-style-type: none"> Perception des professionnels vis-à-vis des conditions de prise en charge (satisfaction générale + satisfaction sur la capacité à répondre au besoin du prescripteur et de la famille : prises en charge proposées, délais, distance, facilité d'accès, facilité d'organisation, niveau d'information, effets produits) 	<ul style="list-style-type: none"> Etudes de cas Questionnaire prescripteurs
	<ul style="list-style-type: none"> Nombre de structures différentes vers lesquelles les professionnels orientent les enfants Motifs du choix d'orientation vers une structure ou une autre 	<ul style="list-style-type: none"> Etudes de cas Questionnaire prescripteurs
Satisfaction des familles - enfants	<ul style="list-style-type: none"> Perception des familles / enfants vis-à-vis des conditions de prise en charge (satisfaction générale + satisfaction sur les prises en charge proposées, délais, distance, facilité d'accès, facilité d'organisation, niveau d'information, adéquation aux attentes, réponse aux besoins, compréhension et adhésion à la prise en charge, effets identifiés) Perception des familles sur la suffisance des outils, leviers et conseils proposés pour modifier les habitudes de la famille et sur la suffisance de l'intensité de la prise en charge Perception des familles sur la dimension globale de l'accompagnement proposé (pluridisciplinarité, prise en compte de la famille dans son ensemble, au-delà de l'enfant inclus) 	<ul style="list-style-type: none"> Entretiens enfants / familles Questionnaire famille
	<ul style="list-style-type: none"> Description des plages horaires de consultation proposées par les structures 	<ul style="list-style-type: none"> Analyse dossier de candidature
	<ul style="list-style-type: none"> Délais moyens entre la date de la prescription et le premier RDV Durée moyenne de la prise en charge (y compris parmi les perdus de vue n'ayant pas terminé la PEC) Durée moyenne entre deux RDV 	<ul style="list-style-type: none"> Analyse SGE
	<ul style="list-style-type: none"> Distance moyenne des villes de résidence des enfants à une structure de prise en charge 	<ul style="list-style-type: none"> Analyse SGE
Modalités et conditions de généralisation	<ul style="list-style-type: none"> Identification des conditions favorables à la réussite et de leur potentiel de transposition Identification de recommandations pour envisager la transposition (parcours, rémunération, outils, type de structure, type de professionnels, modalités de coordination...) 	<ul style="list-style-type: none">

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

Cette question portera spécifiquement sur l'identification des effets de la PEC sur les habitudes de vie des enfants et de leur famille : habitudes alimentaires, activité physique, sommeil... L'évolution du z-score d'IMC mesuré à l'entrée dans le parcours et à la fin du parcours permettra de porter un premier regard sur la capacité à stabiliser la corpulence des enfants, voir à la réduire. Les motifs de production de ces effets devront également être explicités pour comprendre ce qui apparait facilitant et freinant dans le projet tel qu'il est mis en place.

Sous-question / Critère de jugement	Indicateur	Source	
Différentiel avant / après	· Différentiel entre le Z-score d'IMC avant et après, croisement selon les profils des bénéficiaires · Part des enfants ayant une diminution ou une stabilisation du z-score d'IMC à l'issue de la PEC	· Analyse données SGE	
	· Différentiel dans les habitudes alimentaires avant et après, croisement selon les profils des bénéficiaires : évolution positive (petit-déjeuner, nourriture en dehors des repas, boissons sucrées, fruits et légumes)	· Analyse données SGE	
	· Différentiel dans les habitudes en matière d'activité physique (augmentation du temps total d'activité physique hebdomadaire), croisement selon les profils des bénéficiaires	· Analyse données SGE	
	· Différentiel dans les habitudes en matière de sédentarité et de sommeil (augmentation du temps total de sommeil, diminution du temps d'écrans), croisement selon les profils des bénéficiaires	· Analyse données SGE	
Facteurs favorables à la réussite de la PEC	· Perception des familles sur les facteurs favorables et défavorables · Perception des familles sur leur capacité à inscrire les nouvelles habitudes dans la durée	· Analyse parcours enfants + questionnaire famille	
	· Perception des professionnels sur les facteurs favorables et défavorables · Perception sur les profils d'enfants et de famille pour lesquelles les PEC sont plus ou moins porteuses de succès	· Questionnaires prescripteurs + structures	
	Modalités et conditions de généralisation	· Identification des conditions favorables à la réussite et de leur potentiel de transposition	·
		· Identification de recommandations pour envisager la transposition	·

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

Cette question doit permettre d'alimenter la réflexion sur la transposabilité du dispositif en portant un regard sur la viabilité de son modèle économique. Ce dernier axe de travail devra proposer une modélisation à partir de la description des coûts de l'expérimentation. Plusieurs scénarii de généralisation pourront être élaborés à partir des conclusions de l'évaluation au regard de ses points forts et de ses manques, comme par exemple l'ouverture à d'autres territoires ou l'élargissement de la tranche d'âge couverte

Sous-question / Critère de jugement	Indicateur	Source
Coût du dispositif	<ul style="list-style-type: none"> Description du coût moyen (min et max) de la prise en charge par bénéficiaire Identification des autres coûts liés au projet (temps de coordination en interne et en externe, autres coûts identifiés par les professionnels, coût de pilotage par les acteurs institutionnels au niveau local et national) Satisfaction des professionnels de santé impliqués/structures sur le montant des forfaits attribués Perception des structures sur la file active optimale / minimale pour assurer la qualité de la mise en œuvre au regard des coûts de gestion et de mise en œuvre de la démarche 	<ul style="list-style-type: none"> Analyse SGE Etudes de cas
	<ul style="list-style-type: none"> Simulation de coûts en fonction de différents scénarios de déploiement sur différents territoires, de niveau de recours et auprès de différents publics 	<ul style="list-style-type: none"> .
Modalités et conditions de généralisation	<ul style="list-style-type: none"> Identification des conditions favorables à la réussite et de leur potentiel de transposition Identification de recommandations pour envisager la transposition (territoires, publics, pilotage) 	<ul style="list-style-type: none"> .

4. Méthodologie de l'évaluation

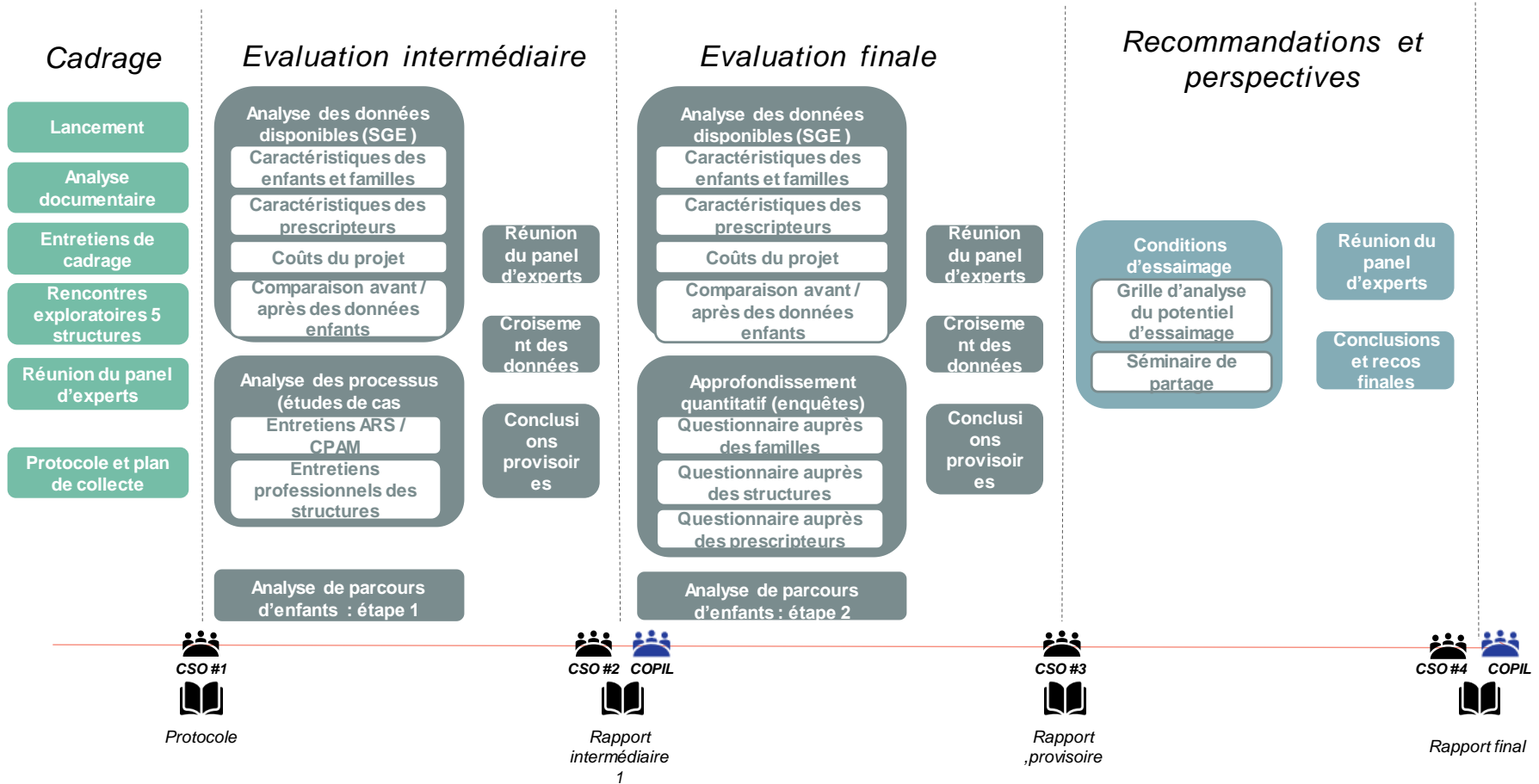
4.1 Principes d'intervention

La méthodologie d'évaluation est fondée sur un principe de rigueur et de pragmatisme et permet de travailler l'articulation de la méthodologie au contexte.

- **Articulation entre les données disponibles et les données à construire** : il s'agit tout particulièrement d'exploiter les informations disponibles dans le SGE pour identifier les données qui seront à collecter dans le travail de terrain.
- **Articulation entre des données qualitatives et les données quantitatives** : il s'agit de mixer des outils qualitatifs et « ouverts » (études de cas, entretiens) qui permettront de comprendre, expliquer, faire émerger les points de vue, illustrer la diversité, et des outils quantitatifs (données du SGE, questionnaires) qui permettront de valider, peser ou mesurer.
- **Articulation de l'évaluation dans le temps** : se déployant sur une durée d'un temps déterminé, l'évaluation permet de travailler de manière itérative, en cherchant à compléter les données issues des différents outils pour une construction progressive des conclusions. Une évaluation intermédiaire permet ainsi de mettre à plat les premières données et les processus, tandis que l'évaluation finale doit permettre de consolider et confirmer définitivement les conclusions.

4.2 Vision d'ensemble

Ces principes s'incarnent dans la méthodologie mise en œuvre pour le déploiement de l'évaluation, tel qu'illustré dans le schéma ci-après.



4.3 Outils de collecte de données

4.3.1 Phase de cadrage – outils mobilisés

Analyse documentaire

L'analyse documentaire a permis de mobiliser différentes ressources pour alimenter la compréhension de l'expérimentation, mais également des enjeux de la prise en charge précoce de l'obésité pour les enfants. Plusieurs types de documents ont pu être consultés :

- Documents de conception et déploiement de l'expérimentation
 - 15 comptes rendus des réunions du CSO du 3 mai 2017 au 29 janvier 2020
 - Dossiers de candidature des 47 structures retenues pour assurer la prise en charge
- Outils et supports élaborés et mis à disposition pour le déploiement de l'expérimentation
 - Outils et supports à destination des professionnels
 - Une fiche de présentation du dispositif : Prévention de l'obésité chez l'enfant de 3 à 8 ans, Expérimentation « Mission retrouve ton cap »,
 - Un « Bloc de prescription Mission Retrouve Ton Cap » pour une prescription « à la carte »,
 - Un bloc de « Courbe pédagogique d'IMC Mission retrouve ton cap »,
 - Une brochure « Prévention de l'obésité chez l'enfant de 3 à 8 ans : expérimentation 'Mission : retrouve ton cap' - fiches pratiques », qui présente les principes pour l'accompagnement diététique, psychologique, d'activité physique de l'enfant à risque d'obésité et de sa famille,
 - Un document « Bien orienter » sur les principes de repérage et de prise en charge du surpoids et de l'obésité infantile,
 - Un logigramme qui représente les différents niveaux d'orientation et de prise en charge du surpoids et de l'obésité infantile,
 - 2 Newsletters de l'expérimentation à destination des médecins prescripteurs des territoires
 - Outils et supports à destination des patients
 - Une brochure « Mission Retrouve Ton Cap, aider votre enfant à grandir en bonne santé »,
 - Un bulletin d'adhésion à l'expérimentation « Mission : retrouve ton cap »
 - La liste des structures.
 - Outils et supports à destination des Délégués de l'Assurance Maladie
 - Argumentaire utilisé par les DAM à l'occasion de leur rencontre avec les prescripteurs potentiels pour présenter l'expérimentation et lever les éventuels freins à l'orientation vers la prise en charge
 - Réponses à objection réalisées par le Collège de la Médecine Générale et validées par l'Association Française de Pédiatrie Ambulatoire et l'Association pour la Prise en charge et la prévention de l'Obésité en Pédiatrie.
 - Outils de pilotage
 - Données SGE (Système de gestion d'étude) outil de recueil des données d'évaluation et d'activité de l'expérimentation « Mission : retrouve ton cap »
 - Documents portant sur l'utilisation du SGE
 - Tutoriel : Système de Gestion d'étude « Mission : retrouve ton cap »
- Documents portant sur la prise en charge du surpoids et de l'obésité des enfants : retour d'expérience des RÉPPOPP

- Publication relative à la prise en charge de 9 réseaux (février 2019)
- Publication relative à la prise en charge proposée par le RéPOPP Aquitaine (Août 2016)

Entretiens de cadrage

Les entretiens de cadrage ont permis d'échanger avec les représentants de 8 organisations, mobilisés dans la conception ou la mise en œuvre de l'expérimentation. Ils ont permis de mettre à plat les modalités du projet, sa genèse, les points clés de son déroulement, ses ambitions. Les acteurs rencontrés ont également pu faire part de leurs attentes vis-à-vis de l'évaluation et alimenter le travail sur le présent protocole d'évaluation.

	Organisation représentée	Personne rencontrée
Nord-Pas de Calais	CPAM	▪ Nicolas DROMZEE, CPAM des Flandres
	ARS	▪ Hinde TIZAGHTI, ARS Nord-Pas de Calais
Seine-Saint-Denis	CPAM	▪ Nathalie TISSIER, CPAM 93
	ARS	▪ Martine DALET, Délégation départementale 93
La Réunion	CGSS	▪ Marie-Nelly LATCHOUMY, CGSS La Réunion ▪ Elisabeth FREYSSIN, CGSS La Réunion
	ARS	▪ Stelly CHOPINET-DIJOUX, ARS La Réunion
Personnalités qualifiées	APOP	▪ Véronique NEGRE, présidente
	Collège de médecine générale	▪ Éric DRAHI

Entretiens exploratoires avec des structures

En complément des entretiens avec les acteurs institutionnels, 5 entretiens téléphoniques auprès des porteurs de projets dans des structures de prise en charge étaient prévus. Ils devaient permettre de disposer d'une visibilité opérationnelle sur la manière dont est organisée concrètement la prise en charge des enfants et d'identifier les « points durs » à questionner dans l'évaluation, ainsi que les moments donnant particulièrement lieu à des ajustements locaux.

Au regard du contexte sanitaire national sur la période (épidémie covid-19), les entretiens ont été réalisés auprès des structures n'ayant pas d'activité de premier recours. Trois réseaux de santé ont pu donner suite à la sollicitation.

	Structure identifiée	Personne rencontrée
Nord-Pas de Calais	Réseau de santé Prév'Santé MEL, Lille	▪ Isabelle TETAR
	Réseau de santé Prévert, Béthune	▪ Thomas LAURENT
Seine-Saint-Denis	La Ronde des formes, Montfermeil	▪ <i>En attente</i>
La Réunion	Réunir, Ravine des Cabris	▪ <i>Ester HOARAU</i>

Panel d'experts

La première réunion du panel d'experts a permis de discuter du protocole d'évaluation, afin de « challenger » les réflexions de l'équipe et de mettre en évidence des nouveaux enjeux non identifiés.

La réunion s'est tenue le 15 avril 2020, en associant les trois experts du panel :

- Hélène Thibault : pédiatre spécialisée dans la prise en charge du surpoids et de l'obésité (CSO du CHU de Bordeaux et REPPPOP Aquitaine) :

- Caroline Carrière : Coordinatrice prévention, épidémiologie et Education thérapeutique (REPPOP Aquitaine) :
- Eloïse Marmonnier, pédopsychiatre (CMP Veaux en Velin et CMP Chassieu - 69)

4.3.2 Evaluation intermédiaire – outils mobilisés

Face à la situation sanitaire rencontrée en France à partir du mois de mars 2020 et ses conséquences sur les équipes soignantes de premier recours et sur les déplacements des personnes, la mise en œuvre de l'évaluation intermédiaire est soumise à de nombreuses incertitudes. Les éléments descriptifs de la méthodologie ci-après ne tiennent pas compte des ajustements à prévoir dans le déploiement de la méthodologie au regard de cette situation exceptionnelle.

Analyse des données disponibles (données du SGE)

L'analyse des données du SGE a reposé sur 3 extractions qui ont permis de reconstituer trois bases de données principales pour l'analyse des données :

- La base de données des prescripteurs permet d'identifier pour chaque prescripteur unique, la spécialité, la localisation et le nombre d'enfants inclus ;
- La base de données des enfants permet d'identifier pour chaque patient inclus dans l'expérimentation des données de profil général (caractéristiques socio-démographiques, situation familiale, commune de résidence), des données anthropomorphiques (taille, poids, IMC, Z-score IMC), des données sur le parcours (consultations prescrites et effectivement réalisées) ;
- La base de données des structures permet d'identifier pour chaque structure unique le type de structure, son territoire ainsi que des données agrégées calculées à partir de la base de données des enfants (nombre total de patients inclus, nombre de patients auquel un forfait complet a été prescrit, etc.).

Analyse des processus (études de cas par territoire) :

Chaque territoire d'expérimentation donne lieu à une étude de cas approfondie permettant d'analyser finement les différentes modalités de mise en œuvre de l'expérimentation, d'identifier les caractéristiques liées à chaque contexte, d'approfondir les données quantitatives et de porter un regard sur les effets territoriaux généraux par le projet. Les études de cas seront réalisées en quatre étapes :

- **Préparation du cadre général** des études de cas avec la mise à plat des données du SGE
- **Préparation de chaque étude de cas** : collecte d'information et d'indicateurs relatifs au contexte territorial, compilation des données du SGE pour le territoire et les structures sélectionnées et prise de contact avec les structures pour la planification des travaux (organisation de la visite et identification des partenaires prescripteurs à rencontrer)
- **Collecte d'information de terrain** : visites dans 3 à 4 structures par territoire (en moyenne, cf. protocole détaillé ci-après), permettant la réalisation, pour chacune, d'entretiens avec : le référent du projet, les professionnels de la prise en charge, 2 ou 3 médecins ayant orienté des enfants vers une prise en charge dans la structure et avec 2 ou 3 autres partenaires de la structure le cas échéant (autre professionnel mobilisé dans la prise en charge, structures proposant des activités complémentaires, notamment en terme d'activité physique).
- **Rédaction d'une monographie** par territoire apportant une réponse spécifique à chacune des questions évaluatives et proposant une synthèse d'ensemble des forces et des faiblesses de l'expérimentation pour le territoire considéré.

Analyse de parcours (entretiens avec les parents / enfants)

Les déplacements dans le territoire permettent de s'entretenir avec 18 enfants et représentants de l'autorité parentale. Les entretiens sont organisés afin de collecter le point de vue des familles et des enfants sur divers points : leur compréhension de la prise en charge, leurs attentes, la perception des enfants vis-à-vis de leur corps, etc. Pour faciliter cette collecte chez les enfants, des outils adaptés à leur âge et à leur niveau de langage et de perception de l'environnement sont mobilisés.

4.3.3 Evaluation finale – outils mobilisés

Approfondissement quantitatif (questionnaires)

Trois types d'enquêtes sont prévues.

- **Une enquête auprès des familles** (autorité parentale) qui porte sur : la situation antérieure à la prise en charge, la satisfaction vis-à-vis de la prise en charge et les apports de la prise en charge. Le questionnaire sera transmis par email aux familles ayant accepté d'être recontactées pour les besoins de l'évaluation.
- **Une enquête auprès des structures de mise en œuvre** qui porte sur : les caractéristiques de la structure, l'organisation de la prise en charge interne, l'organisation de l'expérimentation dans le territoire et la perception sur le mode de financement et sur le modèle économique. L'enjeu est de disposer d'une vision représentative de la situation des structures au regard de la multiplicité des modalités de mises en œuvre proposées. Un lien vers l'enquête en ligne est adressé par mail au porteur de projet au sein de la structure, qui peut décider de répondre seul ou en équipe (une réponse par structure).
- **Une enquête auprès des professionnels** prescripteurs qui doit porter sur l'inscription dans l'expérimentation, l'orientation des familles, l'organisation de la prise en charge et du suivi.
A noter que le SGE ne permet pas de disposer d'extraction des coordonnées mail des médecins prescripteurs, les modalités de diffusion de l'enquête restent donc à conforter avec la cellule d'évaluation pour identifier les modalités de diffusion possible (mailing disponible au sein des CPAM, transmission par courrier, relai via les structures ou les organisations professionnelles, mise en ligne sur le site de l'ARS ou de la CPAM...).

Analyse de parcours (entretiens avec les parents / enfants)

En complément des 18 premiers entretiens, une nouvelle salve de 18 entretiens auprès d'enfants et de familles permettront de compléter les enseignements de l'évaluation. Ils permettent de disposer d'un regard plus distancié vis-à-vis de la prise en charge, considérant que les parcours seront plus avancés.

Analyse des données disponibles (données du SGE)

Des inclusions pouvant être réalisées jusqu'au terme de l'expérimentation (fin décembre 2020), la deuxième extraction des données du SGE doit permettre de disposer des données les plus complètes possibles, tout en gardant à l'esprit que tous les parcours ne seront pas terminés. De nouveaux croisements complémentaires pourront être réalisés au regard de la première analyse pour tenir compte des enseignements issus des différentes enquêtes (nouvelles hypothèses à confirmer).

A noter que pour ce qui concerne les données relatives aux coûts, l'analyse des données doit permettre de réaliser les simulations en cas de généralisation du dispositif, notamment à partir de plusieurs scénarii émergeant des enseignements de l'évaluation.

4.3.4 Recommandations et perspectives – outils mobilisés

Grille d'analyse du potentiel d'essai

La grille de potentiel d'essai identifie l'ensemble des facteurs favorables à la réussite de l'expérimentation et l'ensemble des freins endogènes ou exogènes. Chaque facteur est ensuite coté au regard de plusieurs critères de « potentiel d'essai » : coût, importance, universalité, faisabilité...

Cette notation permet une lecture à deux niveaux :

- Lecture d'ensemble : le potentiel général d'essai est-il fort ou faible ? Des catégories de facteurs apparaissent-elles particulièrement favorables ou défavorables ?
- Une lecture facteur par facteur : cette lecture permet d'identifier plus particulièrement les facteurs pour lesquels le potentiel de transposition est défavorable, et guider en priorité le travail sur les recommandations.

	Coût	Universalité	Importance	Faisabilité
Facteurs liés à l'organisation				
<i>Existence d'un SI partagé pour faciliter la coordination</i>	●	●	●	●
<i>Difficulté de légitimation de la compétence de la structure</i>	●	●	●	●
Facteurs liés au territoire				
<i>Offre de la structure différenciante</i>	●	●	●	●
Facteurs liés au financement				
<i>Augmentation du financement forfaitaire</i>	●	●	●	●

Séminaire de partage

Le séminaire constituera un moment important pour discuter et enrichir la grille d'analyse du potentiel d'essai. Il permet de partager les principales conclusions de l'évaluation et de travailler collectivement autour des conditions d'essai. Il peut réunir jusqu'à 30 personnes de manière à disposer d'une diversité maximale des profils représentés et ainsi de croiser les regards des différentes parties prenantes mobilisées dans l'expérimentation et sa généralisation. La capacité d'opérationnalisation des recommandations est en effet fortement liée à la capacité à partager les expertises. La liste des personnes à mobiliser est à établir avec les membres du CSO. A titre indicatif, une première proposition inclut :

- Des acteurs institutionnels (par exemple membres du comité de suivi : Cnam, DGS, DSS, ARS, CPAM, MSA)
- Des représentants des professionnels impliqués dans la prise en charge de l'obésité des enfants (par exemple membres du comité de suivi: AFPA, REPPPO, APOP, CMG, AFDN...),
- Des structures ayant mis en œuvre l'expérimentation
- Des prescripteurs ayant participé à l'expérimentation
- Des structures intervenant dans la prise en charge précoce de l'obésité, mais n'ayant pas participé à l'expérimentation
- Des représentants d'utilisateurs ou de patients
- Des chercheurs et acteurs de santé publique (Santé publique France par exemple)

5. Protocoles de collecte

5.1 Analyse de données

5.1.1 Liste des extractions

Trois extractions ont été mises à disposition pour réaliser l'analyse des données.

- **Extraction « prescripteurs »** : dans cette base de données, 1 ligne = 1 prescripteur pour 1 structure. Un prescripteur orientant des enfants dans plusieurs structures différentes dispose donc d'autant de lignes que de structures différentes.
- **Extraction « Enfants »** : dans cette base de données, une ligne = 1 enfant.
- **Extraction « RDV »** : dans cette base de données, une ligne = 1 RDV. Chaque enfant inclus dans l'expérimentation donne donc lieu à autant de lignes qu'il a eu de RDV pris (que ces RDV aient été effectivement réalisés, manqués, reportés...). Un code d'identification des enfants permet de faire le lien entre les données de cette extraction et l'extraction « enfants ».

La situation sanitaire de la France entre le mars de mars et de mai 2020 peut introduire des conséquences importantes dans la situation des enfants, dans les résultats obtenus, mais également dans leur parcours. Au regard de cette situation, une précaution devra être prise dans les traitements des résultats, notamment si les résultats finaux montraient un décalage très important avec les résultats intermédiaires (extraction réalisée avant le début du confinement).

5.1.2 Plan d'analyse

Les traitements statistiques permettront d'une part de décrire la population des patients inclus dans l'expérimentation (données relatives à leur profil, à leur parcours de soin dans l'expérimentation et à l'évolution de leur situation anthropomorphique et habitudes de vie au cours du suivi). Le recours à différents test statistiques (le Student t-test et le chi-square test notamment) permettront de fiabiliser l'analyse de ces résultats.

Les éléments listés ci-après constituent une première liste des traitements qui pourront être produits à partir des données du SGE. Cette liste pourra être amenée à évoluer et à être compléter dans la mesure où l'intérêt de nouveaux traitements pourraient émerger au fur et à mesure de l'avancement des travaux.

Les traitements statistiques permettront d'autre part d'explorer les relations entre certaines variables liées au profil des patients ou à leurs parcours avec les résultats de l'expérimentation. En fonction de la nature et de la qualité des données disponibles, différentes méthodes d'analyse multivariée pourront être mobilisées.

Le croisement des enseignements tirés de ces analyses quantitatives avec les autres enseignements de l'évaluation, notamment qualitatifs, permettront de nourrir les conclusions de l'évaluation portant sur l'efficacité de l'expérimentation et de ses différentes composantes. Il s'agira par ailleurs d'identifier quels facteurs extérieurs ont pu influencer certains des résultats de l'expérimentation (par exemple : les mesures de confinement liées à la pandémie du COVID19, etc.).

Les analyses statistiques seront opérées à partir du logiciel de statistique R.

Traitement prévus relatifs aux caractéristiques des enfants et des familles

- Données personnelles des enfants et des familles : tri à plat
 - Caractéristiques socio-démographiques et territoriales :
Age, sexe (enfant)
Commune de résidence (cartographie)
Éloignement à une structure de prise en charge
Composition familiale
Situation des parents vis-à-vis de l'emploi
CSP des parents
Précarité sociale (CMU-C /ACS)
Rapport à la scolarité (difficultés scolaires)
 - Caractéristiques et habitudes de vie vis-à-vis du surpoids :
z-score IMC à l'entrée,
statut surpoids / obésité à l'entrée,
rebond d'adiposité précoce identifié à l'entrée
perception des parents vis-à-vis de leur corpulence,
habitudes alimentaires,
activité physique,
sédentarité et sommeil
 - Traitement global et par région
- Données de parcours :
 - Données générales : tri à plat
Nombre d'enfants inclus
Nombre de sorties volontaires
Nombre de perdus de vue
Nombre de suivis renouvelés
Durée moyenne de la prise en charge (date entrée / date sortie = *fin de la prise en charge ou dernier rdv enregistré*)
 - Croisement données personnelles et données de parcours :
Perdus de vue et âge, éloignement à une structure, composition familiale, difficultés scolaires, et indicateurs de précarité sociale (CMUc, CSP/situation vis-à-vis de l'emploi des parents), corpulence à l'entrée (surpoids/obésité)
Sorties volontaires et âge, éloignement à une structure, composition familiale, corpulence à l'entrée
Délai moyen de prise en charge et âge, éloignement à une structure, composition familiale, difficultés scolaires, et indicateurs de précarité sociale (CMU-C, CSP/situation vis-à-vis de l'emploi des parents),
Renouvellement du suivi et âge, éloignement à une structure, composition familiale
 - Données générales des prestations proposées : tri à plat
Nombre de bilans psychologiques
Nombre de bilans activité physique
Nombre moyen de consultations diététiques de suivi prescrites et réalisés
Nombre moyen de consultations psychologiques de suivi prescrites et réalisés
Nombre de séances « hors prescription »
Nombre de prescriptions incomplètes (taille et poids non complétés)
 - Croisement entre les prestations et les données de parcours
Nombre de consultations prescrites et perdus de vue, sorties volontaires et délai de prise en charge

Nombre de consultations prescrites et âge, éloignement à une structure, composition familiale

- Traitement global et traitement par territoire

Traitement prévus relatifs aux professionnels prescripteurs

- Caractéristiques du prescripteur : tri à plat
 - Mode d'exercice et spécialité
 - Commune d'exercice
 - Eloignement à la structure de prise en charge la plus proche
 - Nombre moyen de patients par prescripteur
 - Croisement nombre moyen de patients par prescripteur et mode d'exercice et spécialité
- Corrélation entre le mode d'exercice et spécialité et le parcours : nombre moyen de bilans psychologiques, nombre moyen de bilans activité physique, nombre moyen de consultations de suivi, nombre moyen de forfait « complets » prescrits (3 bilans+ 6cs) nombre de séances « hors prescription », nombre de prescriptions incomplètes (données anthropométriques)
- Corrélation entre l'état du parcours (sorties volontaires, perdus de vue, délai moyen) et le mode d'exercice et spécialité
- Corrélation entre le mode d'exercice et spécialité et les caractéristiques et habitudes de vie des enfants.
- Traitement global et par territoire

Traitement prévus relatifs aux coûts du projet

- Budget
 - Budget moyen prescrits et consommé, total et par année
 - Répartition des structures en déciles / quartiles
 - Part des différentes prestations dans le budget moyen
- Coût par bénéficiaire
 - Coût ramené au bénéficiaire moyen par structure
 - Coût ramené au bénéficiaire selon profil des enfants inclus
- Traitement global et par région

Traitement prévus relatifs à la comparaison avant/après

Evolution T0 et T1 des données anthropomorphiques

- Nombre d'enfants pour lesquels le z-score d'IMC a diminué/ est stable / a augmenté
- Nombre d'enfants en surpoids / avec obésité (avant et après)
- Croisement entre l'évolution positive (baisse du z-score IMC) et l'âge, le sexe, la composition familiale, la CSP et l'éloignement à la structure
- Croisement entre l'évolution positive (baisse du z-score) et le nombre de consultations reçues, la diversité des consultations (au moins une consultation de diététique + psychologique + bilan activité physique) et la durée totale de prise en charge
- Evolution T0 et T1 des habitudes alimentaires
 - Nombre d'enfants prenant un petit déjeuner souvent ou tous les jours (avant / après)
 - Nombre d'enfants se nourrissant en dehors des repas jamais ou rarement (avant / après)
 - Nombre d'enfants consommant des boissons sucrées pendant les repas jamais ou rarement (avant / après)

- Nombre d'enfants mangeant des fruits ou des légumes entre 3 et 4 ou plus de 4 fois par jour (avant / après)
- Nombre d'enfants mangeant moins de 1 fois par jour des fruits ou des légumes
- Nombre moyen d'évolutions positives
- Croisement entre l'existence d'une évolution positive et l'âge, la composition familiale, la CSP et l'éloignement à la structure
- Croisement entre l'existence d'une évolution positive et le nombre de consultations reçues, le nombre de consultation diététique, la diversité des consultations (au moins une consultation de diététique + psychologique + bilan activité physique)
- Evolution T0 et T1 des habitudes en matière d'activité physique
 - Temps d'activité physique hebdomadaire moyen avant et après
 - Croisement entre l'évolution positive (augmentation du temps d'activité physique) et l'âge, la composition familiale, la CSP et l'éloignement à la structure
 - Croisement entre l'évolution positive (augmentation du temps d'activité physique) et le nombre de consultations reçues, la diversité des consultations (au moins une consultation de diététique + psychologique + bilan activité physique), l'existence d'un bilan d'activité physique
- Evolution T0 et T1 des habitudes en matière de sédentarité et sommeil
 - Temps de sommeil moyen avant et après
 - Temps d'écran moyen avant et après
 - Croisement entre l'évolution positive (augmentation du temps de sommeil, réduction du temps d'écran) et l'âge, la composition familiale, la CSP et l'éloignement à la structure
 - Croisement entre l'évolution positive (augmentation du temps de sommeil, réduction du temps d'écran) et le nombre de consultations reçues, la diversité des consultations (au moins une consultation de diététique + psychologique + bilan activité physique)

5.2 Etudes de cas par territoire

5.2.1 Choix des structures à mobiliser

Les structures à mobiliser pour les études de cas seront identifiées après discussion avec les acteurs des trois territoires pour assurer une diversité de l'échantillon retenu. Les critères suivants pourront être utilisés :

- Les types de structures ;
- Le nombre d'enfants inclus ;
- Les profils des professionnels de santé de la structure ;
- Les périodes d'intégration des structures à l'expérimentation (AAC) ; Le territoire de l'expérimentation.

Le nombre de structures identifiées par territoire pourra varier de manière à prendre en compte la surreprésentation du nombre de structures et du nombre de patients inclus en NPDC, par rapport aux deux autres territoires.

5.2.2 Grille de questionnement et d'analyse

A finaliser à partir des questionnements évaluatifs validés

5.3 Entretiens avec les enfants / parents

5.3.1 Choix des familles à mobiliser

Les enfants et représentants de l'autorité parentale à mobiliser pour la conduite des entretiens seront identifiés à partir des familles ayant donné leur accord pour être sollicitées pour l'évaluation de l'expérimentation.

Considérant les besoins d'anonymisation des bases de données des patients, seules certaines données pourront être connues sur la situation de ces enfants et familles et permettront de garantir une certaine diversité de l'échantillon retenu.

Parmi les familles ayant donné leur accord, les 18 enfants et représentants de l'autorité parentale, concernés par la première vague des entretiens, seront identifiés de manière aléatoire et selon certains quotas sur les variables suivantes pour assurer la diversité de l'échantillon :

- Le sexe de l'enfant ;
- L'âge à l'inclusion ;
- Les statuts de l'enfant dans l'expérimentation ;
- La durée du parcours ;
- Les types de structure de prise en charge ;
- Les territoires d'expérimentation.

Les 18 enfants et représentants de l'autorité parentale de la deuxième vague des entretiens seront identifiés dans un deuxième temps. La composition de ce deuxième échantillon de familles sera

discutée au regard des éventuels profils moins représentés en vague 1 et des premiers enseignements de l'évaluation. Certains patients et représentants de l'autorité parentale interrogés en vague 1 seront par ailleurs remobilisés en vague 2 de manière à recueillir leur expérience et avis dans la durée.

5.3.2 Grille de questionnaire

A finaliser à partir des questionnements évaluatifs validés



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