

Avis du Conseil stratégique et du Comité technique sur l'opportunité de généraliser l'expérimentation « Mission : Retrouve ton cap »

Janvier 2022

Le conseil stratégique de l'innovation en santé et le comité technique de l'innovation en santé sont saisis pour avis sur l'opportunité de généraliser l'expérimentation « Mission : Retrouve ton cap » portée par la Cnam et le Ministère des Solidarités et de la Santé. L'expérimentation a été autorisée le 21 décembre 2015 et intégrée par arrêté du 20 décembre 2018 (voir *Avis CTIS d'autorisation/réintégration de l'expérimentation au dispositif article 51 du 19/07/2018*).

Après examen du rapport d'évaluation et des différents documents à sa disposition, le comité technique a rendu son avis le 24 décembre 2021 et le conseil stratégique le 31 janvier 2022.

Contexte

Outre les nombreux problèmes de santé à moyen et long terme associés à l'obésité (maladies cardiovasculaires, problèmes respiratoires, diabète de type 2 et cancer), les conséquences immédiates de l'obésité chez les enfants et les adolescents sont souvent psychosociales avec une faible estime de soi, une baisse de la performance scolaire, un rejet social à un âge précoce et une amplification à l'adolescence. L'excès de poids à l'enfance et surtout à l'adolescence a été identifié comme le meilleur prédicteur de l'obésité chez les adultes : la probabilité qu'un enfant obèse le reste à l'âge adulte varie selon les études de 20 % à 50 % avant la puberté, à 50 % à 70 % après la puberté¹. Une association entre l'obésité dans l'enfance et une augmentation du risque de mortalité prématurée à l'âge adulte, est démontrée dans des études épidémiologiques, en raison notamment de l'accroissement de la mortalité cardio-vasculaire (+ 50 % à 80 %)¹.

En France métropolitaine, la prévalence du surpoids et de l'obésité chez l'enfant et l'adolescent de 6 à 17 ans augmente depuis les années 1980 et les dernières données en France estiment à 17 % les enfants en surpoids dont 3,9 % en situation d'obésité (Etude Esteban 2014-2016, BEH 2017). En 2013, 12% des enfants de grande section de maternelle (5-6 ans) étaient en surcharge pondérale (en surpoids ou obèses) et 3,5 % étaient obèses (Drees 2015)², soit respectivement autour de 100 000 et 30 000 enfants.

En 2017, 18,2 % des adolescents français en classe de troisième étaient en surcharge pondérale, dont plus d'un quart (5,2 %) sont obèses, contre 15,8 % (et 3,5 %) en 2001 (Drees 2019)³. Les données disponibles indiquent aussi de fortes inégalités sociales et notamment une relation inverse entre le niveau de revenu et la prévalence de l'obésité, mise en évidence dans plusieurs publications (7 % chez les enfants en CM2 d'ouvriers contre 1 % chez les enfants de cadres - Drees 2013).

En l'absence de traitement médicamenteux, les approches thérapeutiques les plus efficaces reposent sur une prise en charge précoce, pluridisciplinaire et de proximité. De plus, les déterminants du surpoids de l'enfant étant multiples, intriqués et relevant plus particulièrement des habitudes de vie au sein de la cellule familiale, une intervention globale et inclusive agissant également sur la famille, la parentalité et en prenant en compte le contexte familial et social de l'enfant sont particulièrement nécessaires surtout pour les cas de dysfonctionnement familial et/ou en rupture de soins par précarité et/ou par éloignement géographique.

¹ Recommandation de la HAS Surpoids et obésité de l'enfant et de l'adolescent – septembre 2011

² « La santé des élèves de grande section de maternelle en 2013 : des inégalités sociales dès le plus jeune âge », Études et résultats, n°924, juin 2015, DREES.

³ « En 2017, des adolescents plutôt en meilleure santé physique mais plus souvent en surcharge pondérale », Études et résultats, n°1122, août 2019, DREES

La prévention de l'obésité chez les enfants et les adolescents est considérée une priorité nationale en France (PNNS) et une intervention précoce dans cette population est un enjeu majeur de santé publique.

Objet de l'expérimentation

Mettre en place une prise en charge précoce et pluridisciplinaire pour les enfants de 3 à 8 ans à risque d'obésité, adaptée à leurs besoins et à ceux de leur entourage.

Dérogations mobilisées

L'expérimentation a nécessité la dérogation au 1°, 2° et 6° de l'article L160-8 du CSS pour permettre le financement des prestations non remboursées par l'Assurance Maladie telles que les prestations des diététiciens et des psychologues.

Champ d'application territorial de l'expérimentation

Trois départements : Nord-Pas-de-Calais, Seine Saint Denis, La Réunion

Durée (prévue et effective) de l'expérimentation

Initialement prévue pour une durée de 46 mois après la publication du cahier des charges (du 10 février 2017 au 31 décembre 2019) et compte tenu du démarrage en février 2018, l'expérimentation a été prolongée d'un an permettant les inclusions jusqu'au 31 décembre 2020.

Dans l'attente du rapport final d'évaluation et dans le cadre d'une mesure transitoire, la prise en charge des enfants inclus s'est poursuivie au-delà du 31/12/2020 sur les montants du FNPEIS non utilisés afin d'éviter la rupture de la dynamique installée auprès des équipes participant à l'expérimentation.

Population cible, professionnels et structures impliqués :

Population cible initiale : enfants de 3 à 8 ans présentant des facteurs de risque d'obésité, ou étant en situation de surpoids.

Critères d'inclusion :

- En surpoids (IMC supérieur ou égal au 97ème percentile des courbes de corpulence françaises)
- Signes d'alerte sur la courbe de corpulence
- Rebond d'adiposité précoce (avant 6 ans)

L'objectif d'inclusions était fixé à 11 % de la population éligible selon les données épidémiologiques de la population correspondant aux critères d'inclusion et prenant en compte la capacité à informer, former et recruter les médecins et structures pour la mise en œuvre du parcours MRTC. 23 % de la population cible a été incluse. Les travaux d'évaluation estiment que 45 % des enfants vus en consultation et orientés vers MRTC n'ont pas été inclus faute de suite donnée par les familles.

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

Enfants pris en charge :

	Prévisionnel	Réalisé
Nombre de patients inclus sur la totalité de l'expérimentation	9 000	2 086

Structures impliquées : 47 structures habilitées répondant à un cahier des charges (maisons de santé pluridisciplinaires, centres de santé) et pouvant proposer une prise en charge effective des enfants par des professionnels de santé et psychologues après prescription du médecin.

- Nord-Pas-De-Calais : 29 structures
- Seine-Saint-Denis : 14 structures
- La Réunion : 4 structures

Au total, 42 structures sur 47 ont inclus moins d'enfants que ce qui avait été autorisé et 31 structures ont inclus moins d'un tiers des enfants prévus.

Professionnels impliqués :

- médecins qui suivent les enfants (généralistes, pédiatres, médecins de PMI) : réalisation du repérage, de la prescription de la prise en charge, orientation vers des parcours ou structures plus adaptés, coordination des soins
- diététiciens, psychologues, infirmières asalée, masseur-kinésithérapeutes, médecins du sport : réalisation des bilans et des séances de suivi

L'évaluation indique que si près de 70 % des médecins des territoires connaissent l'expérimentation, seulement 14 à 18% des prescripteurs sont responsables de l'ensemble des inclusions. Au total, 1 146 médecins (dont 92 % de médecins généralistes) ont prescrit le parcours MRTC.

Modèle testé

Prise en charge de l'enfant réalisée par des professionnels de santé et psychologues au sein des structures habilitées, sur prescription médicale, organisée et coordonnée par des acteurs de premiers recours.

Parcours de soins :

- Repérage, inclusion dans l'expérimentation et prescription de la prise en charge par le médecin qui suit l'enfant ;
- Prise en charge par des professionnels salariés et selon la prescription du médecin, au sein des structures habilitées.
 - 1^{ère} année : 3 bilans (diététique - systématique, psychologique si besoin, activité physique si besoin) et 6 séances maximum de suivi (diététiques et/ou psychologiques - selon besoins)
 - 2^{ème} année : 12 séances maximum de suivi (diététiques et/ou psychologiques selon besoin)

Si le bilan diététique était systématique, les bilans psychologique et d'activité physique étaient optionnels. De plus, l'accompagnement psychologique a été moins utilisé et l'accompagnement concernant l'activité physique était dans la plupart du temps intégré à l'accompagnement diététique par un diététicien, en absence d'un intervenant spécialisé, non prévu dès le départ.

Le modèle de financement était fondé sur des séquences de soins (parcours ci-dessus) de 12 mois renouvelables une fois permettant de financer des prestations dérogoires. Le financement est versé aux structures sur la base de l'activité réalisée (40 € par bilan et 20 € par séance de suivi) : 240 € maximum/an/enfant.

Le parcours, le modèle d'organisation et de financement sont restés inchangés pendant la durée de l'expérimentation.

Durant l'expérimentation, la durée moyenne de la prise en charge s'élève à 10 mois. Près de 80% des enfants ont une durée de suivi supérieure ou égale à 5 mois et près de 40% ont une durée de suivi supérieure ou égale à 12 mois.

Le taux de « perdus de vue »⁴ a été de 31%, comparable aux taux observés dans d'autres dispositifs, et un faible taux d'absentéisme (14%) a été constaté lors des séances programmées.

Le coût moyen constaté de la prise en charge (en tenant compte du nombre de bilans et de séances de suivi effectivement réalisés) s'élève à 154€ par enfant inclus. Ce montant est logiquement corrélé au parcours des enfants inclus. Ainsi, pour les enfants dont le suivi a été renouvelé la prise en charge s'élève à 315 € en moyenne, contre 103 € en moyenne pour les enfants sortis précocement de l'expérimentation.

Un soutien important a été apporté par des acteurs institutionnels (Assurance Maladie) sur l'information, la communication et les outils mis à disposition des médecins.

Budget

Coût de l'expérimentation

	Budget prévisionnel maximal autorisé *	Budget consommé
Frais liés aux soins (FNPEIS)	2 160 000 €	358 060 €
Crédits d'amorçage et d'ingénierie (FNPEIS)		183 149 €
Total	2 160 000 €	541 209 €

* montant maximal en rapport avec l'effectif maximal estimé

Principaux résultats d'évaluation

L'évaluation a été réalisée de manière indépendante par la société Planète publique, sélectionnée dans le cadre d'un appel d'offre spécifique à cette expérimentation.

Le travail d'évaluation s'est appuyé sur une méthodologie mixte, mobilisant à la fois des techniques qualitatives (entretiens, enquêtes...) et quantitatives (analyse des données du système d'information de l'expérimentation).

Rappel des questions évaluatives :

Déclinant les trois grands critères du cadre général de l'évaluation des expérimentations Article 51 (faisabilité, efficacité/efficience et reproductibilité), les travaux sur MRTC ont cherché à traiter des cinq problématiques suivantes :

- 1- La capacité du dispositif expérimental à faire émerger une prise en charge structurée
- 2- Les modalités d'utilisation du forfait et de leurs adéquations à la prise en charge
- 3- La capacité du dispositif à améliorer l'accès des enfants et de leurs familles à une prise en charge
- 4- Observation et analyses des effets du dispositif sur :
 - les habitudes et la qualité de vie des enfants,

⁴ Perdus de vue : enfants n'ayant pas réalisé toutes les consultations prescrites, n'ayant pas eu de consultations depuis plus de 6 mois, et n'ayant pas de données remplies pour le questionnaire de fin de suivi correspondant à la dernière prescription"

- l'évolution de la corpulence (Z-score de l'IMC⁵),
 - l'expérience et la satisfaction des enfants et de leurs familles,
 - l'expérience et la satisfaction des professionnels
- 5- La viabilité du modèle économique à long terme

Conclusion du rapport final d'évaluation

- *Faisabilité :*

L'évaluation démontre clairement que l'expérimentation a permis l'émergence d'une prise en charge structurée dont le fonctionnement s'est inscrit en routine dans les pratiques.

Les enquêtes et entretiens montrent que l'adhésion des professionnels participants aux grands principes du dispositif est massive et qu'ils se montrent aussi globalement satisfaits de la qualité de la prise en charge des enfants par les structures impliquées. Le dispositif parvient également à inscrire les enfants et leurs familles dans une durée et des modalités de prises en charge pluridisciplinaires cohérentes avec leurs besoins. Enfin, il ressort de ces analyses que la clarté du cadre d'ensemble du dispositif facilite la présentation du programme aux familles.

Les modalités de communication sur le programme, le besoin de formation des médecins et la coordination avec les structures de prise en charge doivent cependant être renforcées.

- *Efficacité :*

○ *Accessibilité*

L'évaluation montre que MRTC renforce (voire introduit) l'accessibilité à une prise en charge pour des enfants et leur famille en besoin. L'intervention leur permet à la fois de prendre conscience de leur situation de surpoids et de bénéficier d'une prise en charge pertinente. En outre, les enfants qui se trouvent en situation de vulnérabilité économique et sociale sont plus souvent inclus dans le dispositif que les autres, soulignant ainsi l'adaptation du programme aux familles qui ont le plus besoin d'un accompagnement.

○ *Evolution de la corpulence et habitudes de vie*

L'évaluation met en évidence des évolutions positives mais modestes : baisse moyenne de 0,22 du z-score, stable en 2020 malgré les confinements ; changement des habitudes de vie, surtout alimentaires, mais pas d'effet sur l'activité physique ni sur le temps d'écran.

○ *Satisfaction des enfants et de leurs familles*

Les parents expriment un niveau de satisfaction élevé vis-à-vis de la prise en charge pluridisciplinaire de proximité, le financement sans reste à charge et l'accès dans des délais courts aux professionnels et aux prestations habituellement non prises en charge par l'Assurance Maladie. Leur satisfaction concerne aussi les effets produits sur l'enfant et plus généralement sur la famille. Une majorité se dit capable de maintenir l'amélioration acquise sur les habitudes alimentaires.

○ *Satisfaction des professionnels*

Il en est de même pour les professionnels, qui ont signalé par ailleurs l'importance de reconnaître le temps de coordination de soins, d'assouplir le rythme de séances annuelles pour permettre d'étaler les séances de suivi sur les deux années et de mieux s'adapter à chacun des enfants, ainsi que d'élargir les critères d'inclusion et la tranche d'âge. Par ailleurs, certains professionnels ont remis en cause leur niveau de rémunération.

- *Reproductibilité :*

L'expérimentation a montré sa capacité à inscrire dans la durée un dispositif de dépistage et de prise en charge des enfants en situation d'obésité et de surpoids et, dans une moindre mesure les enfants à risque (compte tenu du faible recrutement de ces derniers). MRTC s'est imposé comme une offre de prise en charge de proximité et gratuite, en

⁵ Mesure mathématique permettant d'estimer l'écart de l'IMC de l'enfant à l'IMC médian pour la catégorie d'enfants de même sexe et même âge en population générale

l'absence d'autres possibilités de prise en charge pluridisciplinaire. L'adhésion des acteurs (familles et professionnels) au dispositif semble également acquise. Les délais courts de prise en charge, ainsi que l'absence d'obligation de se rendre à l'hôpital sont également des points forts.

La simplicité du cadre d'intervention, l'aspect raisonnablement exigeant de la prise en charge vis-à-vis des familles et des enfants, le mode de repérage qui s'appuie principalement sur les médecins généralistes ont conduit MRTC à représenter une porte d'entrée pour ce qui est très souvent une première prise en charge pour les enfants en situation de surpoids ou d'obésité simple. Le dispositif peut également constituer un moyen d'orientation des cas les plus sévères vers d'autres réseaux plus adaptés (réseaux de 2^{ème} et 3^{ème} recours ou programme d'ETP quand ils existent) ;

La mise en œuvre de MRTC a cependant montré un fort décalage entre l'objectif initial de repérage et de prise en charge pluridisciplinaire d'enfants en risque d'obésité et la prise en charge effective d'enfants qui sont déjà en situation de surpoids ou d'obésité avérée.

Ce glissement de la prévention vers la prise en charge résulte de plusieurs facteurs. D'une part, les territoires choisis pour l'expérimentation montrent une prévalence du surpoids et de l'obésité infantiles nettement supérieure à la moyenne nationale. Celle-ci s'accompagne souvent d'une insuffisance de l'offre de prise en charge. D'autre part, MRTC offre très souvent la seule opportunité pour les médecins d'orienter les enfants vers une prise en charge de proximité de leur problème. Les médecins prescripteurs ont dès lors une tendance accrue à inclure en priorité les enfants déjà en situation d'obésité. Enfin, il est plus simple de faire prendre conscience aux familles d'un problème d'obésité avérée que d'un risque plus difficile à percevoir.

Dans 9 cas sur 10, MRTC a permis à des enfants en situation de surpoids ou d'obésité d'accéder pour la première fois à une prise en charge de leur problème. Pour les familles incluses dans le dispositif, MRTC s'est ainsi avérée représenter une solution pour des enfants qui jusque-là n'avaient pu ou su accéder à aucune offre de soins. Selon les experts interrogés dans le cadre de l'évaluation, MRTC constitue une offre pertinente de prise en charge pluridisciplinaire, de proximité, gratuite et de premier niveau, aussi bien pour les enfants à risque d'obésité que pour ceux déjà en situation de surpoids ou d'obésité simple (en cohérence avec les recommandations de la HAS). Enfin, l'inclusion des familles qui présentent des facteurs de fragilité socio-économique est facilitée par MRTC.

Impact budgétaire

En ce qui concerne le modèle de financement, les coûts prévisionnels de la prise en charge d'un enfant étaient de 240€/an maximum. Les coûts moyens de la prise en charge constatés par enfant est de 154€ quelle que soit la durée de la prise en charge, et de 315 € pour les enfants ayant renouvelé l'accompagnement la deuxième année (40%). Toutes les prestations proposées n'ont pas été consommées.

L'impact budgétaire a été estimé selon différentes hypothèses :

- Hypothèse 1 : 15% des enfants d'une classe d'âge souffrent de surpoids ou d'obésité sans critères de complexité ou de sévérité. On estime à 8 300 000 le nombre d'enfants de 3 à 12 ans en France. Ainsi la cible potentielle maximale du dispositif est de 1 245 000 enfants.
- Hypothèse 2 : au vu des résultats de l'expérimentation Mission Retrouve Ton Cap, on estime que le taux de recours réel au dispositif peut être estimé à 10% soit 124 500 enfants.
- Hypothèse 3 : le coût moyen du parcours réalisé par enfant est de 154€ selon le rapport final d'évaluation.

Ainsi, le coût total de la mesure est estimé à 19 M€ en année pleine. Si le taux de recours passait à 20% à plus long terme, après la généralisation, son coût annuel serait de 38 M€.

Avis et recommandations sur la suite à donner à l'expérimentation

Les résultats de l'évaluation indiquent globalement que la mise en œuvre a rencontré un certain succès. L'expérimentation a permis une prise en charge structurée des enfants et de leur famille avec un fonctionnement qui s'inscrit en routine dans les pratiques de différents professionnels.

Le fort décalage entre d'une part, l'objectif initial de prise en charge d'enfants en risque d'obésité et d'autre part, le constat de l'inclusion d'enfants déjà en situation de surpoids ou d'obésité avérée semble mettre en évidence un déficit d'offre de prise en charge de proximité et de premier recours pour ces derniers. Celle est pourtant recommandée par la HAS pour les enfants en surpoids ou obésité simple. Or, on s'aperçoit ici que MRTC représente un premier accès à une telle prise en charge dans 9 cas sur 10.

Le faible taux d'inclusion des enfants au regard des objectifs initialement affichés et le taux modéré d'adhésion des familles à qui le programme a été proposé peuvent être liés à différents facteurs explicatifs (liés à la population cible, aux médecins potentiellement recruteurs...), mais constituent certainement un enjeu d'accompagnement fort du déploiement du dispositif à plus grande échelle. Pour être pleinement effectif, il est essentiel que le déploiement relève le défi d'une augmentation substantielle de sa capacité d'inclusion des enfants et de leurs familles. Cela implique de renforcer à la fois l'amélioration du processus de recrutement des médecins et la récurrence d'un travail de communication et de conviction auprès des familles.

La réussite du déploiement dépendra aussi de la capacité à adapter le programme aux problématiques et aux enjeux de la prévention et de la prise en charge des enfants qui sont identifiés tant par les professionnels de terrain que par les experts de l'obésité infantile. En premier lieu, la catégorie des 9 -12 ans présente exactement les mêmes difficultés et les mêmes risques que le 3-8 ans. Il serait ainsi logique d'étendre la cible du dispositif à cette tranche d'âge.

En ce qui concerne le modèle de financement, les « faibles coûts » sont cohérents avec l'intensité modérée du parcours proposé et contrastent avec d'autres programmes de prise en charge plus intensive, plus complète et de plus longue durée pour des situations souvent plus complexes ou sévères (expérimentations Topase, Proxob, Pralimap, Obépédia en cours de mise en œuvre).

La gestion et la coordination des différents acteurs semblent importantes pour le bon fonctionnement du programme. Les charges associées devraient être couvertes dans le modèle de financement en vue de la généralisation.

Dans l'hypothèse d'une éventuelle revalorisation de la séance de suivi, le coût relativement faible d'une prise en charge fait que l'impact budgétaire d'une généralisation demeure très raisonnable.

Plus généralement, le cadre expérimental avec une durée *a fortiori* limitée, ne permet pas d'observer l'impact du programme sur la morbi-mortalité évitée par la prévention, qui serait source d'efficience en évitant des dépenses de santé ou des coûts pour la société. En effet, ces conséquences ne sont mesurables qu'à une ou plusieurs décennies plus tard. L'efficience du dispositif est donc supposée au regard des indicateurs de processus ou de résultats intermédiaires (évolution de l'IMC, changements d'habitudes de vie et amélioration de la qualité de vie). Par ailleurs, la durée moyenne de suivi (10 mois) peut être considérée assez courte ne permettant pas de conclure à une stabilisation des résultats intermédiaires à moyen ou long terme.

La perspective de déploiement de MRTC à plus large échelle doit contribuer à la structuration d'une offre de prise en charge de l'obésité infantile. Celle-ci doit permettre à la fois un meilleur maillage du territoire en fonction des besoins liés à la prévalence, ainsi que l'organisation de modalités d'orientation vers une prise en charge graduée en fonction de la sévérité de la situation de chaque enfant.

En raison de sa relative simplicité de mise en œuvre, son coût limité et son adossement à l'offre de soins primaires (principalement médecins généralistes, pédiatres, structures pluri-

professionnelles), MRTC est susceptible de remplir ce rôle de porte d'entrée dans un dispositif global de prise en charge de l'obésité infantile.

Malgré une atteinte partielle des objectifs initiaux, les critères de faisabilité, d'efficacité et de reproductibilité sont globalement satisfaits.

Compte tenu de ce qui précède, les adaptations suivantes sont recommandées :

- La population cible pourrait être élargie pour inclure des enfants jusqu'à 12 ans et comprenant ceux déjà en situation d'obésité
- Une adaptation du parcours testé permettrait une souplesse du rythme annuel des séances de suivi et une personnalisation plus importante en fonction des besoins et de la situation de l'enfant et de sa famille.
- Le programme pourrait être davantage enrichi pour assurer pleinement tous les principaux domaines de la prise en charge de l'obésité de l'enfant, notamment dans les sphères incomplètement couvertes pendant l'expérimentation. Ainsi, il semble essentiel d'intégrer l'ensemble des habitudes de vie dans l'accompagnement multidisciplinaire proposé, en renforçant en plus de l'accompagnement diététique, la possibilité d'un accompagnement en activité physique/sédentarité, psychologique, social, en intégrant les éléments sur les événements familiaux, les difficultés ressenties par l'enfant ou la famille.
- L'activité de coordination pourrait être mieux intégrée comme composante du parcours de soins.
- Maintenir une communication institutionnelle continue vers les médecins et les familles faciliterait leur recrutement.
- Les montants des forfaits pourraient être revus au regard des recommandations ci-dessus.
- Il semble important d'associer le déploiement de MRTC à un développement de l'offre de 2^{ème} et 3^{ème} recours sur l'ensemble du territoire, MRTC n'apparaissant que comme l'une des composantes de la prévention et la prise en charge de l'obésité.

Compte tenu de ces différents éléments, le conseil stratégique et le comité technique émettent un avis favorable à la généralisation de l'expérimentation « Mission : retrouve ton cap » avec les recommandations précisées ci-dessus.

Pour le conseil stratégique et le comité technique

Natacha Lemaire
Rapporteuse Générale