

Dr Hélène Thibault , Caroline Carriere

CONTEXTE DE CE RAPPORT COMPLEMENTAIRE DES 2 EXPERTES

Ce rapport a été rédigé par le Dr Hélène Thibault pédiatre, responsable du Centre spécialisé obésité pédiatrique du CHU de Bordeaux et médecin coordinateur du RéPPOP Aquitaine ainsi que par Mme Caroline Carriere responsable administrative et coordinatrice épidémiologie, prévention et éducation thérapeutique du RéPPOP Aquitaine dans le cadre de la Mission d'expertise pour laquelle elles ont été sollicitées par planète publique concernant la mission « Evaluation de l'expérimentation Mission : Retrouve ton cap », commandité par la Caisse nationale d'assurance maladie.

Dans ce cadre ces 2 expertes ont participé à des réunion de travail et d'échanges organisée par Planète publique et ont été sollicitées pour leur expertise et relecture des documents intermédiaires, aide à l'analyse des données chiffrées du travail d'évaluation réalisé par Planète Publique mais ne sont pas « signataires » du rapport

De par leur expertise et expérience dans le domaine de la prévention et la prise en charge l'obésité pédiatrique, leurs publications scientifiques sur ces thèmes, leur participations à des sociétés savantes (APOP, CN RéPPOP) et à des groupes de travail de l'HCSP et l'HAS pour le dr Thibault, les 2 expertes rédactrices de ce rapport complémentaire ont souhaité ainsi approfondir les **5 enjeux et recommandations** opérationnelles définis par planète publique.

L'idée était de compléter l'interprétation des résultats de l'évaluation en tenant compte de l'état des connaissances actuelles, de leur expérience basée sur les retours de terrain, des recommandations nationales sur la prise en charge de l'obésité pédiatrique (HAS 2011) ainsi que sur la structuration de la filière et de l'offre de soin dans la prise en charge de l'obésité pédiatrique facilitée par la participation au groupe de travail du guide parcours obésité de l'enfant et de l'adolescent en cours de finalisation par HAS.

Ainsi les 2 expertes ont souhaité conforter et insister sur certains points particuliers issus de l'analyse des données quantitatives et qualitatives ainsi que sur des éléments des recommandations en vue de la généralisation de MRTC proposés par Planète Publique.

AVIS GLOBAL DES 2 EXPERTES

L'évaluation de l'expérimentation MRTC réalisé par Planète publique met en avant des éléments tout à fait pertinents sur l'interprétation des résultats et les recommandations de généralisation de l'expérimentation.

Tout d'abord, les 2 expertes partagent et souhaitent appuyer les résultats de l'évaluation et recommandations générales qui confirment que ce programme a répondu à un besoin en terme d'obésité pédiatrique et à l'intérêt de **recommander non seulement sa poursuite, mais également son extension/généralisation à l'ensemble du territoire.**

Elles partagent également sans réserve des points bien explicités et justifiés dans le rapport de Planète publique comme

- **L'élargissement de la tranche d'âge à au moins 12 ans voire même 16 ou 18 ans**
- **La nécessité d'une revalorisation des forfaits des intervenants**

- La nécessité d'une prise en compte dans les forfaits du temps de coordination des parcours de soins
- L'assouplissement du forfait annuel pour adapter le rythme de prise en charge à chaque famille de manière à individualiser le parcours de soin à travers la définition d'une prise en charge globale dont le nombre et type de consultations peuvent être ajustés. (reco 3.1)
- L'intégration explicite de 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/sedentarité, psychologique, social, en intégrant les éléments sur les événements familiaux, les difficultés ressenties par l'enfant ou la famille.

PRESENTATION RAPIDE DES 6 GROUPES D' ACTIONS ET D' AJUSTEMENTS QUI PARAISSENT ESSENTIELS

Les 2 expertes ont ainsi **dégagé 6 groupes d'actions et d'ajustements qui leur paraissent essentiels** à prendre en compte dans une vision plus globale d'une généralisation de MRTC. Ces **6 groupes d'actions** sont de fait intriqués les uns avec les autres. Ils **s'appuient sur les conclusions, enjeux et recommandations opérationnelles proposés par Planète publique dans leur rapport d'évaluation** et seront bien entendu à adapter aux ressources et spécificités locales des différents territoires, avec la souplesse recommandée dans les conclusions du rapport de Planète publique .

Ainsi, en complément des conclusions et recommandations de Planète publique , les 2 expertes souhaitent insister sur l'importance de :

1. Intégrer une évaluation initiale médicale et pluridisciplinaire partagée entre les professionnels
2. S'assurer qu'il existe d'autres offres de soin disponibles sur le territoire (niveau 2 et 3) de manière à articuler voire intégrer MRTC avec ces offres
3. Renforcer la coordination à tous les niveaux
4. Associer une offre de formation
5. Elargir l'implication du médecin traitant
6. Ajuster et assouplir l'organisation de MRTC de manière à être en cohérence avec le guide parcours obésité pédiatrique de l'HAS 2021 pour les situations de 1er recours

COMMENTAIRES GENERAUX SUR LE RAPPORT D' EVALUATION DE PLANETE PUBLIQUE JUSTIFIANTS L' UTILITE D' INSISTER SUR LES 6 GROUPES D' ACTIONS ET D' AJUSTEMENT

Comme cela a été bien précisé dans le rapport de Planète publique , il existe un certain nombre de limites méthodologiques qui ont bien été identifiées par planète publique qui justifient d'interpréter avec précaution les résultats retrouvés notamment en termes d'évolution de corpulence.

1) **Constat du décalage entre la cible initiale (prévention) et les enfants inclus (obésité)**

Un des constats important de l'évaluation de MRTC est l'existence d'un décalage entre la population d'enfants effectivement incluse dans l'expérimentation MRTC qui est constituée majoritairement d'enfants en situation d'obésité (70%) et dans une moindre mesure de surpoids. (*page 11 : z-score de l'IMC à l'inclusion était établi à 4 en moyenne*) et la population initialement ciblée pour cette expérimentation destinée au départ à des enfants présentant des facteurs de risque ou en surpoids sans complexité (*page 27 : les enfants qui ne sont ni en surpoids ni en obésité à l'inclusion mais qui présentent des facteurs de risque ne représentent que 4% du total des enfants inclus*).

Comme précisé par Planète Publique dans le rapport d'évaluation (page 21), ce décalage est très vraisemblablement la conséquence de l'absence d'une offre de prise en charge adaptée pour les

situations d'obésité pédiatrique de 2^{ème} et 3^{ème} recours dans les territoires expérimentateurs. De ce fait, l'expérimentation a permis d'offrir des solutions de prise en charge à des enfants éprouvant les besoins les plus importants. Les médecins prescripteurs ont donc assez logiquement proposé l'expérimentation MRTC prioritairement aux patients qui leur paraissaient nécessiter une prise en charge pour leur permettre de bénéficier d'un accompagnement diététique et/ou psychologique et ou en activité physique adaptée. Planète publique rappelle que les territoires d'expérimentation ne disposent pas toujours de structures de prise en charge de 2nd et 3^{ème} recours, et s'interroge sur leur proximité vis-à-vis du lieu de vie de l'enfant ou encore leur connaissance par les médecins de premier recours ;

Planète publique précise ainsi que en Nord-Pas de Calais et en Seine-Saint-Denis, l'expérimentation a surtout permis de proposer une prise en charge, là où elle était inexistante ou insuffisante, alors que à la Réunion, l'expérimentation a permis de trouver une place en complément de l'offre proposée pour la prise en charge du 2^{ème} et 3^{ème} recours, le choix étant . les acteurs (ARS / CPAM + structures) ayant fait le choix d'utiliser MRTC comme une porte d'entrée unique vers l'offre de prise en charge : tous les enfants étaient donc orientés vers MRTC en première intention. A l'issue du bilan initial, ils poursuivaient dans le cadre de MRTC ou étaient orientés vers une prise en charge spécialisée pour ceux qui relèvent du 2^{ème} ou 3^{ème} recours. C'est pour cette raison qu'il est noté plus d'enfants « sortis de MRTC » dans ce territoire. Il s'agit là d'un modèle d'articulation/intégration de MRTC dans les autres offres de prise en charge avec évaluation initiale et graduation des soins tout à fait intéressante qui pourrait être proposée lors d'une généralisation de MRTC.

La question du continuum entre la prévention, le repérage et la prise en charge de l'obésité est essentielle. En effet le rapport de Planète publique confirme que, alors qu'une prise en charge précoce du surpoids et de l'obésité est souhaitable et recommandée, beaucoup d'enfants en surpoids voire même obèses n'avaient jamais encore bénéficié de prise en charge de leur problème de poids voire même n'avaient pas forcément bénéficié d'un repérage ni d'une annonce de leur problème de poids. Ces situations sont habituellement retrouvées et les raisons sont multiples dont certaines ont été identifiées par Planète publique :

- Absence de traçage de la courbe d'IMC de manière systématique par tous les professionnels ; ce traçage étant réalisé plus facilement lorsque l'enfant paraît déjà en surpoids, alors que, du fait de l'évolution physiologique de la corpulence entre 4 et 8 ans, un surpoids débutant n'est pas forcément repérable cliniquement sans traçage de la courbe d'IMC
- Absence d'une offre de prise en charge adaptée pour les autres recours 2 et 3, de proximité et sans reste à charge sur l'ensemble des territoires
- Absence de possibilité de graduation des soins et d'évaluation initiale approfondie partagée
- Réticences des familles et difficultés d'adhésion à la prise en charge proposée

2) Absence de traçage de la courbe d'IMC de manière systématique

Comme relevé dans le rapport de Planète publique , du fait de la prévalence élevée du surpoids et de l'obésité pédiatrique, en l'absence **de formation spécifique**, les médecins ne tracent pas toujours systématiquement la courbe de corpulence de tous les enfants comme recommandé par l'HAS. Ils vont plus facilement tracer la courbe de corpulence des enfants qui leur paraissent cliniquement en surpoids. De précédentes études réalisées en Nouvelle Aquitaine avaient montré que les médecins ayant participé à **une formation spécifique** traçait plus fréquemment la courbe l'IMC de tous les enfants comme recommandé, plaidant pour l'intérêt de **proposer des formations ou sensibilisation sur ce sujet**.

3) Absence d'offre de prise en charge adaptée, de proximité et sans reste à charge sur l'ensemble des territoires

L'expérimentation a permis d'offrir des solutions de prise en charge à des enfants éprouvant les besoins les plus importants pour lesquels aucune offre de prise en charge n'avait pu être mise en place auparavant. Effectivement, afin **qu'un dispositif type MRTC puisse être déployé en prévention (enfants présentant un rebond précoce sans surpoids ou en surpoids simple), il apparaît nécessaire qu'il existe préalablement dans les territoires concernés une offre de prise en charge multidisciplinaire structurée et fluide pour les enfants en situation d'obésité (niveaux de recours 2 et 3) de manière à ce que les enfants puissent être orientés vers un parcours adapté à leur contexte.**

La prise en charge proposée par MRTC apparaît adaptée pour les enfants en situation de surpoids simple comme recommandé par l'HAS (reco 2011 et guide parcours obésité 2021),

4) Interprétation des résultats de l'évaluation sur la prise en charge

La principale difficulté dans l'analyse et l'interprétation des résultats de l'évaluation de MRTC vient du décalage entre les objectifs initiaux de l'expérimentation « MRTC » qui a été conçue comme un programme de **prévention de l'obésité chez les jeunes enfants de 3 à 8 ans, en surpoids ou présentant un risque d'obésité** » et la population des enfants qui ont effectivement bénéficié de ce dispositif (70 % en situation d'obésité) dont les niveaux d'IMC visibles sur la figure 6 page 13 du rapport font penser qu'il est probable qu'il existe un certain nombre de situations d'obésité complexes pour les valeurs d'IMC les plus élevées.

Du fait de ce décalage, les résultats de l'expérimentation sont d'interprétation difficile puisque la prise en charge qui a été proposée dans le cadre de MRTC était destinée à des enfants présentant un surpoids simple ou une corpulence normale avec des facteurs de risque (1^{er} recours) et qu'elle ne correspond pas à ce qui est préconisé pour les situations d'obésité notamment pour les situations complexes comme c'est probablement le cas pour une partie des enfants obèses inclus dans MRTC.

De ce fait les résultats positifs observés montrent que les professionnels et familles sont en demande d'une prise en charge pour les enfants obèses même si elle ne répond pas complètement aux recommandations pour cette cible. Il semble que comme précisé par Planète publique que la prise en charge MRTC a permis d'enclencher des changements dans les habitudes de vie et en particulier les habitudes alimentaires.

5) Pertinence du dispositif MRTC pour les enfants en situation d'obésité

Comme évoqué ci-dessus (point 4), du fait de la forte proportion d'enfants en situation d'obésité et de l'existence d'un nombre important d'enfants avec des IMC élevés, il est probable qu'une partie de la population des enfants inclus dans MRTC présentaient une situation complexe nécessitant une prise en charge de 2^{ème} ou 3^{ème} recours. En effet, dans ces situations, le cumul de complications/comorbidités et de vulnérabilité (psychologique, sociale, familiale, handicap/déficiência physique ou mentale) très souvent présents chez ces jeunes patients, nécessite comme recommandé par la HAS 2011 et dans le guide parcours obésité pédiatrique HAS 2021, une évaluation préalable approfondie et une prise en charge multidisciplinaire coordonnée, idéalement réalisée dans le cadre de structures spécialisées (CHU, CH ou CSO, OBEPEDIA, réseaux type Réppop ou autres structures). Cette prise en charge devrait inclure un bilan à la recherche d'étiologies et de comorbidités ainsi qu'une prise en charge impliquant des professionnels de santé médecins, paramédicaux, et professionnels du médico-social afin de prendre en charge l'intégralité des problématiques de ces enfants. En l'état, la prise en charge proposée par MRTC pourrait donc être considérée comme une des modalités de prise en charge de ces patients (offre de prise en charge diététique et en activité physique adaptée à proximité du lieu de vie) mais pourrait s'avérer insuffisante pour des situations d'obésité complexe et devrait donc pouvoir être complétée, articulée

et coordonnée avec les offres de soin de recours 2 et 3 qui devraient également être disponibles dans l'ensemble des territoires comme cela a été le cas à la Réunion.

L'analyse des résultats de l'évolution de la corpulence des enfants inclus dans MRTC, montre globalement une légère amélioration de leur corpulence, cependant dans la mesure où leur niveau de corpulence initial était en moyenne proche de la corpulence des enfants inclus dans des structures de prises en charge telle que les REPPPOP constitués d'enfants en surpoids ou obèses^{1 2}, on constate que la diminution de corpulence observée dans MRTC est moins importante que celle observée dans les réseaux type REPPPOP, même si l'interprétation est rendue complexe par l'épidémie de covid 19, et par le fait que la majorité des enfants n'avait pas terminé leur prise en charge et du nombre de perdus de vue.

Dans tous les cas, l'évaluation a montré que pour les enfants en situation d'obésité, MRTC a répondu à une demande des professionnels et des familles en l'absence d'autres possibilité de prise en charge multidisciplinaire, gratuite et de proximité avec un effet favorable sur la corpulence. Cependant, on peut se poser la question de la pertinence de la prise en charge proposée par MRTC pour les enfants en situation d'obésité notamment complexe. Il faut cependant se garder de valider une prise en charge type MRTC pour tous les enfants en situation d'obésité. Il apparaît nécessaire, comme prévu dans le guide parcours obésité HAS 2021 et dans la feuille de route obésité, qu'il puisse y avoir sur chacun des territoires une offre adaptée pour les niveaux de recours 2 et 3 type REPPPOP et/ou Obépédia et/ou en CSO avec laquelle MRTC pourrait s'articuler ou être intégrée selon le principe de la graduation des soins et du parcours.

6) Pertinence du dispositif MRTC pour les enfants de corpulence normale avec facteurs de risque

En ce qui concerne les enfants de corpulence normale avec des facteurs de risque qui ne constituent que 4 % des enfants inclus dans MRTC, l'HAS dans ses recommandation de 2011 ainsi que dans le guide parcours obésité, préconise principalement un suivi médical régulier en particulier de la corpulence et un accompagnement pour leur permettre d'adopter un mode de vie et d'environnement sain selon les recommandations du HCSP 2020 destinés à tous les enfants. Du fait de la faible représentation de ces enfants, des limites méthodologiques déjà évoquées, les données disponibles ne permettent pas de conclure à une efficacité de la prise en charge MRTC pour ces enfants, on peut se poser la question pour ces enfants de corpulence encore normale de l'objectif et des modalités de la prise en charge et en particulier de :

- ⇒ la pertinence de proposer d'emblée le dispositif MRTC avec des consultations diététique pour ces enfants à corpulence encore normale (risque d'entraîner une polarisation sur le poids) versus un suivi uniquement médical rapproché par le médecin traitant (ou l'iPA ou infirmière asalée) pour faciliter une évolution vers les habitudes de vie saines (selon l'avis HCSP 2020 et reco HAS et guide parcours obésité) avec une surveillance de l'infléchissement de la corpulence et de ne réserver MRTC qu'aux enfants déjà entrés dans la zone de surpoids.
- ⇒ l'objectif pondéral et en terme de corpulence (n'y a-t-il pas un risque de faire maigrir des enfants de corpulence encore normale ?) Comme précisé par Planète publique, la réduction de l'IMC n'étant pas particulièrement recherché mais plutôt un arrêt de l'augmentation de celui-ci et surtout une amélioration des habitudes de vie selon l'avis de l'HCSP.

¹ Carriere C, Thibault H, Barat P, Guemazi-Kheffi F, Mellouet-Fort B, Ancillon L, Bertrand AM, Quinart S, Guilmin-Crépon S, Arsan A, Lestournelle A, Brument R, Saison-Canaple C, Renel L, Daussac A, Jouret B, Negre V, Tauber M. Short-term and long-term positive outcomes of the multidisciplinary care implemented by the French health networks for the prevention and care of paediatric overweight and obesity *Pediatr Obes.* 2019 Aug;14(8):e12522. doi: 10.1111/ijpo.12522. Epub 2019 Apr 16

² Carriere C, Cabaussel C, Bader C, Barberger-Gateau P, Barat P, Thibault H. Multidisciplinary care management has a positive effect on paediatric obesity and social and individual factors are associated with better outcomes. *Acta Paediatr.* 2016 Aug 26..

- ⇒ La nécessité de s'assurer que les professionnels impliqués (médecins, diét ..) disposent bien des connaissances et outils nécessaires (formation sur les recommandations HCSP et HAS en particulier) pour ne pas risquer de fixer l'alimentation et le poids comme une problématique trop importante et éviter des postures restrictives.

Les résultats de l'évaluation de MRTC interrogent également sur la stratégie nécessaire pour les enfants de corpulence normale, présentant uniquement des facteurs de risque (sans surpoids ni obésité, avec rebond d'adiposité précoce ou changement rapide de couloir), une attention particulière doit donc être portée à ce que la prise en charge et les objectifs thérapeutiques soient adaptés. En effet, il apparaît pertinent que des actions de prévention soient initiées le plus précocement possible comme l'a envisagé l'expérimentation MRTC, sans pour autant cibler une diminution de corpulence (certains enfants dont l'IMC se situerait dans la partie basse de la zone de corpulence normale malgré un rebond d'adiposité précoce ou un changement de couloir rapide pouvant alors atteindre la zone d'insuffisance pondérale). La création d'un groupe d'experts, en lien avec la HAS, permettant de définir de manière détaillée les objectifs de prise en charge des enfants avec « facteurs de risque et corpulence encore normale » semblerait pertinent. Ce groupe de travail pourrait également travailler sur la définition des modalités d'évaluation de l'efficacité de cette prise en charge (le critère de delta Z score ayant été créé dans un objectif d'évaluation d'une perte de corpulence et ne convient donc pas).

Comme le recommande Planète publique, dans le cadre de la généralisation, et dans l'esprit d'articulation avec l'existant, il convient de **confirmer le positionnement de MRTC pour la prévention de l'obésité d'enfants présentant des facteurs de risque ou en situation de surpoids ou d'obésité simple et d'articuler l'éventuelle généralisation avec le futur guide du parcours de soins « Surpoids-obésité de l'enfant et de l'adolescent(e) » de la Haute autorité de santé dont la finalisation est prévue fin 2021**. A ce titre le logigramme produit dans le cadre de MRTC qui est globalement en cohérence avec le guide parcours de l'HAS pourrait être valorisé.

7) **importance des perdus de vue en amont et durant le programme, difficulté à faire adhérer les familles : nécessité de renforcer la coordination**

Planète publique montre dans son rapport qu'il existe un certain nombre de difficultés à faire adhérer les familles au programme. En effet, indépendamment des enfants éligibles non repérés et/ou non orientés par leur médecin, Planète publique pointe le fait que le programme n'a pas permis de tracer la part des familles orientées, mais n'ayant pas donné suite, estimée à 45% des enfants. Planète publique en conclut qu'il convient de travailler à faire connaître le programme en améliorant les liens entre les acteurs du repérage, les médecins et les structures de prise en charge (cf. enjeu 2).

Durant le suivi dans le dispositif, Planète publique note également un taux de perdus de vue important.

Planète publique a de plus identifié 2 principaux facteurs expliquant que le nombre d'enfants inclus était inférieur à celui attendu : une mobilisation insuffisante des médecins prescripteurs et une difficulté à engager un certain nombre de familles dans la prise en charge, Planète publique proposant alors de maintenir une information/communication très régulière sur le dispositif, comme cela avait été réalisé par l'AM lors de la mise en place du dispositif.

Tous ces constats plaident comme recommandé par Planète publique pour un renforcement de la coordination à différents niveaux. En effet, en plus de la coordination du parcours de soin après inclusion dans le programme (afin de limiter les perdus de vue et rupture de parcours, faciliter les échanges entre professionnels, ajuster le parcours de prise en charge), il semblerait important de

prévoir également une coordination de la filière dans les territoires en amont de l'inclusion. Ce second niveau de coordination permettrait :

- ⇒ de limiter le taux d'enfants perdus de vue avant l'inclusion en accompagnant les familles (relance, entretien téléphonique) qui auraient été orientées vers MRTC par leur prescripteur mais qui ne seraient pas allées au bout de la démarche
- ⇒ de proposer une prise en charge graduée en fonction des besoins de l'enfant et de sa famille en proposant une première évaluation du niveau de recours et un accompagnement des familles vers les structures/programmes les plus adaptés existants dans les territoires.
- ⇒ de sensibiliser/former l'ensemble des professionnels des territoires au repérage précoce des enfants à risque de développer un surpoids ou en surpoids et aux modalités de prise en charge dans le programme MRTC (médecin de ville mais aussi médecins/infirmières de PMI, Education nationale, établissement médicaux sociaux...) afin de couvrir un plus large panel de professionnels et ainsi toucher l'ensemble de la population et non uniquement les enfants/familles à proximité des prescripteurs impliqués dans MRTC (*page 22 : les prescripteurs se situent majoritairement à proximité des structures de prise en charge ; ils se situent en moyenne à 6km de la structure la plus proche. ; le taux de « couverture » des prescripteurs par l'expérimentation étant compris entre 14% et 18% selon les territoires*)
- ⇒ d'envisager une sollicitation directe des médecins traitants des enfants et familles pour participer au dispositif par la structure en charge de cette coordination comme c'est actuellement le cas dans la plupart des REPPPOP et des CSO pour OBEPEDIA.

En complément de la coordination du parcours de soin, il est important de prévoir comme suggéré par Planète publique , un pilotage global du dispositif en vue de contribuer à la structuration de la filière territoriale. Ce travail de structuration de la filière/coordination/formation/communication devrait être réalisé au niveau territorial (département ou infra-région) afin de limiter les inégalités en santé (*page 30 : « l'inclusion des familles qui cumulent des facteurs de précarité socio-économiques est plus compliquée »*) et d'accès au soin , les structures telles que celles ayant été impliqués dans MRTC étant principalement situées dans les zones à haute densité de population, ce qui n'est pas le cas dans toutes les régions de France.

Ainsi, en complément des solutions proposées par Planète publique , il pourrait être intéressant de ne pas faire reposer cette coordination uniquement sur les structures impliquées dans MRTC mais de pouvoir s'appuyer aussi sur d'autres types de structures ou regroupement de professionnels reconnus au niveau territorial qui devraient pouvoir disposer de moyens de communication propres telles que les structures de coordination existants déjà dans différentes régions comme les REPPPOP, Obépédia, TOPASE, PROXOB, CERON, SRAE ... qui ont déjà une expérience dans l'accompagnement des familles notamment les plus vulnérables ainsi que des professionnels, ce qui permettrait d'améliorer le maillage territorial et donc de faciliter l'accès aux soins notamment dans les territoires ruraux plus étendus.

8) Formation des professionnels :

Les 2 expertes souhaitent particulièrement insister sur la nécessité de prévoir des formations ou sensibilisations des professionnels dont l'intérêt a été bien développé par Planète publique dans son rapport. Ainsi, bien que les besoins de formation des professionnels ne ressortent pas comme une demande prioritaire des professionnels lors des entretiens qualitatifs, leur implication dans la prise en charge des enfants a fait émerger de nouveaux besoins de montée en compétence ou de renforcement des acquis. En effet, la complexité de de l'obésité, son association avec des contextes psychologiques et sociaux complexes, l'évolution constante des recommandations de prise en charge en particulier nutritionnelles pour les enfants et adolescents (nouvel avis HCSP en 2020 et outils de Santé Publique France) ainsi que la nécessité de graduer la prise en charge aux besoins de l'enfant et de sa famille (reco HAS 2011 et guide parcours obésité 2021), rend plus que pertinent la mise en

place de formations spécifiques au surpoids et à l'obésité pédiatrique pour l'ensemble des professionnels médicaux et paramédicaux impliqués dans la prise en charge ainsi que pour les autres acteurs impliqués dans le repérage du surpoids ou des facteurs de risque : médecine scolaire, éducateurs sportifs, enseignants, travailleurs sociaux... susceptibles de dépister et d'orienter les enfants vers MRTC.

Planète publique pointe également d'autres besoins de formation comme sur l'entretien motivationnel, l'attitude bienveillante et non jugeante, la posture vis-à-vis des familles vulnérables, l'ETP qui permettrait de contribuer à faciliter l'adhésion des familles et limiter les perdus de vue

Ces formations pourraient comprendre également des volets sur les modalités de mise en place de MRTC, sur les outils et pourrait réinsister sur le logigramme qui permettrait d'inclure les enfants correspondant à la cible prévue pour MRTC .

9) Elargir l'implication des médecins dans la prise en charge :

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

Dans MRTC, les médecins sont principalement sollicités en tant que prescripteur pour repérer les situations à risque, poser le diagnostic et orienter les enfants vers les structures adhérentes. Bien que les entretiens qualitatifs aient mis en avant que la plus grande majorité des médecins étaient satisfaits de ce rôle limité (page 23), **les 2 expertes appuient Planète publique sur la recommandation de pouvoir intensifier l'implication des médecins dans la prise en charge ce qui est également en cohérence avec les reco HAS 2011 et le guide parcours obésité HAS 2021.** En effet, le médecin généraliste ou pédiatre, notamment le médecin traitant, a un rôle central dans le dépistage et le suivi de l'enfant en surpoids. Connaissant les familles et leur contexte social, il est un interlocuteur privilégié des patients et son alliance facilite l'exploration des habitudes de vie et leurs modifications. La confiance dont il bénéficie et sa proximité favorisent la motivation et le suivi des patients. Un suivi médical régulier, en plus de son intérêt pour le suivi de la corpulence et de la recherche de complications et comorbidités nécessaire, est essentiel et permet au médecin une évaluation des changements réalisés en relation avec les objectifs thérapeutiques définis lors de l'initiation de la prise en charge. Il peut si besoin et en accord avec l'enfant et sa famille, re-définir les nouveaux objectifs thérapeutiques et réévaluer les modalités de prises en charge (dont le rythme du suivi). Enfin, il devient l'unique interlocuteur lorsqu'une offre de prise en charge (type MRTC) prend fin pour assurer la poursuite du suivi. L'implication du médecin dans MRTC pourrait donc être intensifiée. Le rôle de « prescripteur » peut en effet convenir à certain nombre d'entre eux mais il apparaît important de permettre aux médecins qui le souhaitent de jouer un rôle de pivot dans la prise en charge de leur patient. Une aide dans la gestion administrative et la coordination du parcours de soin pourrait alors être proposée par des structures de coordination spécifiquement dédiées.

Ainsi, il ne semble pas pertinent d'autoriser une possibilité de modification/renouvellement de la prescription par la structure comme préconisé par Planète publique . Il semblerait plus adapté que les professionnels de la structure puissent prendre contact avec le médecin de manière à solliciter son avis et inciter la famille à le revoir pour formaliser ensemble les modalités de la poursuite de la

prise en charge lorsque cela paraît nécessaire. L'existence d'une coordination renforcée faciliterait le soutien aux professionnels pour ces situations.

10) **Revaloriser des forfaits de rémunération :**

Comme mis en avant par Planète Publique, il semble important de bien prendre en considération le retour des entretiens qualitatifs sur les coûts/rémunérations proposés dans le cadre de cette expérimentation article 51. En effet, une revalorisation des financements attribués aux professionnels paramédicaux semble nécessaire afin qu'il ne soit pas un frein à l'implication des professionnels dans les territoires et crée des inégalités territoriales de santé.

PRESENTATION DETAILLÉE DES 6 GROUPES D' ACTIONS ET D' AJUSTEMENTS QUI PARAISSENT ESSENTIELS

1. Intégrer la réalisation d'une évaluation initiale plus approfondie lors de l'initiation de la prise en charge par le médecin pour permettre une graduation des soins

- En intégrant en plus des éléments diététiques, l'ensemble des habitudes de vie (AP, sédentarité) ainsi que des éléments sur les événements familiaux, les difficultés ressenties par l'enfant ou la famille, le contexte psychologique et social ([reco opér. 3.2](#))
- En impliquant le médecin traitant qui en est le pilier et en facilitant les échanges avec les autres professionnels (comptes rendus, SI, RCP ...) ([guide parcours HAS + avis des experts³](#))
- En se basant sur cette première évaluation pour définir la graduation des soins qui permettra d'orienter l'enfant vers le recours le plus adapté (MRTC si recours 1 ou autre offre de prise en charge si recours 2 ou 3 sous réserve que ces recours existent sur le territoire ([guide parcours obésité HAS 2021 + avis des experts](#)))

2. Articuler voire intégrer MRTC à l'offre de soin existante

- tout en s'assurant qu'il existe une offre de PEC disponible sur le territoire pour toutes les situations de surpoids et obésité (recours 1 2 et 3) – ([reco op 4.1 – 4.2 – 4.3](#))
- de manière à permettre à MRTC d'agir sur la cible des recours 1 (surpoids simple) ([reco parcours obésité HAS 2021](#))
- en s'appuyant sur logigramme produit dans le cadre de MRTC qui est globalement en cohérence avec le guide parcours de l'HAS mais qui n'a pas pu être suivi par les professionnels en l'absence d'une offre existante pour les niveaux de recours 2 et 3.

3. Renforcer la coordination à tous les niveaux:

- Du parcours de soin en facilitant en amont et durant le programme :
 - L'accompagnement des familles pour limiter les perdus de vue avant l'inclusion et durant le parcours ([reco op⁴ 1.3](#))
 - L'accompagnement et le soutien des professionnels médicaux et non médicaux intervenants auprès des familles avec :

³ Recommandation suggérée par les experts sollicités par planète publique et ayant élaboré ce rapport complémentaire

⁴ Recommandation opérationnelle définie dans le rapport de planète publique

- la mise en lien des médecins avec les structures ou professionnels de santé paramédicaux en terme de communication et d'échanges de comptes rendus ou RCP ou SI spécifique ou espace d'échange partagé selon les ressources locales (reco op 2.1 et 2.2 – 5.1)
 - un soutien des professionnels en cas de besoin dans la prise en charge d'un patients (réorientation de situations complexes, perdus de vue, adressage à une structure plus spécialisée en cas de suspicion de comorbidités ...) (reco op 4.3 + avis des experts)
 - Poursuite du pilotage et de l'animation: gouvernance du dispositif
 - Un pilotage du programme est nécessaire il peut être institutionnel assuré par le binôme Assurance maladie/ARS (Reco op 5.5) ou par d'autres formes (reco op 5.4) une structure d'expertise sur l'obésité pédiatrique qui pourrait être désignée par l' Assurance maladie et/ou l'ARS comme les CSO, RéPPOP, SRAE, CERON ou autre structure ou acteurs qui aurait pour mission de superviser pour les territoires concernés (avis des experts⁵)
 - Le recrutement et la formation des structures et des professionnels de manière à renforcer la prise en charge de proximité en sélectionnant des structures couvrant l'ensemble du territoire ou en s'appuyant sur d'autres structures regroupant des professionnels de santé (type RéPPOP, Ceron, proxob, topaze, obépédia qui permettraient d'obtenir un maillage territorial qui rendrait ce dispositif accessible à un plus grand nombre de patients (reco op 1.4 + avis des experts)
 - Les modalités d'échanges entre les professionnels (reco op 2.2 + avis des experts)
 - De faciliter l'entrée dans le dispositif, comme une porte d'entrée dans lisible pour les professionnels en particulier pour ceux qui ne peuvent pas inclure directement les patients (médecins et infirmières scolaires, professionnels du milieu social ou médico - social)(reco op 1.1 + avis des experts)
 - De mettre en place une stratégie de communication, information et sensibilisation des médecins et structures de professionnels de santé amenés à prendre en charge des enfants dans le dispositif (reco op 1.1 + avis des experts)
- 4. Associer MRTC à une offre de formation idéalement pour tous les professionnels impliqués (médicaux et non médicaux) ou au moins pour les professionnels qui le souhaitent de manière à :**
- **S'assurer du niveau de formation des médecins et des intervenants des structures (reco op 5.2)** en proposant un renforcement des acquis en particulier sur .
 - la capacité de repérage des prescripteurs (médecins généralistes, pédiatres et médecins de PMI) (Reco op 1.2): systématisme du traçage et de l'interprétation de la courbe de corpulence par exemple au regard des recommandations de la HAS
 - Sur les modalités de prise en charge des enfants (reco op 4.3)
 - à risque mais de corpulence normale (avis HCSP 2020)
 - en surpoids ou obèses, alimentation, activité physique, sédentarité, accompagnement psychologique, rythmes de vie (reco op 5.2 - reco HAS 2011 + guide parcours obésité HAS 2021)
 - l'approche bienveillante et non jugeante , l'éducation thérapeutique (reco op 5.2)

⁵ Avis des experts dr Hélène Thibault et Caroline Carriere

- En intégrant les outils sur le repérage du risque d'obésité (SPF MRTC ...) dans la communication sur le programme (par les institutionnels et les professionnels des structures) (reco op 1.2 – 5.1 + avis des experts)
- **En organisant des formations ou sensibilisation pour les autres acteurs** pour le repérage du surpoids ou des facteurs de risque : médecine scolaire, éducateurs sportifs, enseignants, travailleurs sociaux... qui pourront orienter vers MRTC (reco op 1.2 -5.3 + avis des experts)
- Prévoir une incitation à la formation des intervenants lors du processus de sélection des structures, (reco op 5.2)

5. Elargir l'implication des médecins dans la prise en charge : être en cohérence avec le guide parcours obésité de l'HAS 2021

- **En offrant aux médecins qui le souhaitent la possibilité de prendre une place plus importante**
 - Dans l'évaluation initiale où il est nécessaire de réaliser une consultation médicale approfondie à la recherche de complications et de comorbidité
Le rôle du médecin est essentiel pour bien situer l'enfant dans le niveau de recours qui lui convient
Le dispositif MRTC devrait, par sa structure de coordination, pouvoir venir en soutien aux médecins pour la réalisation de l'évaluation initiale puis pour solliciter les professionnels paramédicaux nécessaire pour compléter l'évaluation
 - Lors du suivi , en prévoyant un suivi médical systématique régulier tous les 3 mois au minimum (guide parcours obésité HAS 2021) en complément et articulation du suivi pluridisciplinaire proposé par MRTC
 - En fin de suivi en lien avec les intervenants paramédicaux
- Lorsque possible une partie du suivi « médical » peut être assuré par un infirmier de pratique avancé ou asalé (guide parcours obésité HAS 2021)
- En cas d'impossibilité du médecin traitant de s'impliquer, se donner la possibilité d'orienter le patient vers un autre médecin du dispositif avec l'accord de son médecin traitant (avis des experts)
- **En proposant aux médecins une formation , sensibilisation ou renforcement des acquis** (cf ci-dessus) notamment pour
 - Optimiser le repérage dès l'existence de facteurs de risque (reco HAS 2011 et guide parcours obésité HAS 2021)
 - la réalisation de l'évaluation initiale (reco HAS 2011 et guide parcours obésité HAS 2021)
 - les modalités du suivi des enfants selon la graduation des soins et le niveau de recours (reco HAS 2011 et guide parcours obésité HAS 2021)
 - les modalités d'organisation du dispositif MRTC et des autres offres de soins et les outils disponibles (avis des experts)
 - les modalités de partage et d'échanges mis en place avec les intervenants paramédicaux des structures (RCP, SI ...) (avis des experts)
- en les informant du soutien dont il pourraient bénéficier par la coordination et le pilotage du dispositif MRTC pour l'organisation de la prise en charge de leur patients (avis des experts)
- en les sollicitant pour inclure dans le dispositif leur patients suite à un repérage par un autre professionnel (avis des experts)
- en prévoyant une rémunération spécifique en plus des 2 consultations CSO annuelles, notamment pour leur participation à des RCP, à des échanges ou recueil de données pour partage avec les autres intervenants comme c'est le cas dans OBEPEDIA (avis des experts).

6. Ajuster et assouplir l'organisation de MRTC de manière à être en cohérence avec le guide parcours obésité de l'HAS 2021 pour les situations de surpoids ou obésité simple (1^{er} recours) en proposant :

- une offre de PEC réellement multidisciplinaire comprenant une évaluation initiale et un suivi ciblé prioritairement sur les situations de 1^{er} recours (surpoids ou obésité simple)
- dans le cadre d'un parcours gradué en fonction des situations sur la base de l'évaluation initiale:
 - pluridisciplinaire selon les besoins
 - de proximité, sans reste à charge, coordonné
 - impliquant le médecin traitant ([avis des experts](#))
 - diététique, mais aussi psychologique, en APA et sociale selon les besoins ([reco op 4.2](#))
 - dans une démarche d'ETP, de bienveillance ([reco op 4.1](#))
 - coordonné, partagée entre les professionnels
 - prévoyant une rémunération adaptée (revalorisée) pour les différents intervenants ([reco op](#)) dont les médecins ([avis des experts](#)) pour les consultations et pour le temps de coordination et d'échange
 - avec une certaine souplesse dans sa mise en œuvre ([reco op 3.2 - 3.3](#))