



RAPPORT FINAL

Espace Médical Nutrition Obésité
Amélioration de la santé d'un
patient souffrant d'obésité

Réalisé par les
Hospices Civils de Lyon

HCL
HOSPICES CIVILS
DE LYON

31/10/2023

Sous le pilotage de la Cellule d'évaluation



Rédacteurs

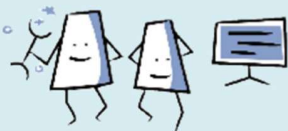
Hugo Noëlle, Asma Fares, Lucia Rodriguez Borlado-Salazar, Lucas Diroux, Scott Sitbon

Affiliations :

Pôle Santé Publique des Hospices Civils de Lyon :

- Service d'Evaluation Economique en Santé
- Service 3P – Promotion, Prévention et Santé populationnelle

Laboratoire Reshape (RESearch on HealthcAre Performance) de recherche en Santé Publique Inserm U 1290



Remerciements

Nous remercions l'ensemble des personnes rencontrées au service de cette évaluation pour leur disponibilité, notamment les patients. Nous remercions également les référents de la Cellule Évaluation de la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie et de la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques du Ministère de la Santé et de la Prévention pour leur disponibilité tout le long de ce processus d'évaluation.

Enfin, nous remercions le Dr Raphaël Simon pour sa contribution significative et précieuse à l'évaluation économique.

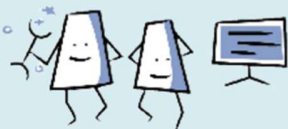
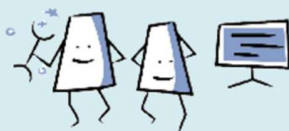


Table des matières

Rédacteurs	2
Remerciements	3
Sigles et abréviations	5
Synthèse – Points saillants.....	6
Synthèse du rapport	8
I. Présentation de l'expérimentation.....	14
A. Contexte.....	14
B. Fiche signalétique de l'expérimentation.....	15
C. Présentation des parcours et de leurs financements.....	16
II. Méthodologie d'évaluation	18
A. Rappel des questions évaluatives	18
B. Approche quantitative.....	18
1. Pour le rapport intermédiaire	18
2. Pour le rapport final	19
C. Approche qualitative	20
III. Résultats et discussion	21
A. Faisabilité	21
1. Conclusions du rapport intermédiaire	23
2. Évaluation finale	25
a) <i>Composition et organisation de l'équipe</i>	26
B. Efficacité.....	34
1. Conclusions du rapport intermédiaire	35
2. Evaluation finale	36
C. Efficience.....	41
1. Conclusions du rapport intermédiaire	42
2. Evaluation finale	44
D. Reproductibilité - Transférabilité – Passage à l'échelle	51
1. Evaluation finale	52
IV. Conclusion.....	62
V. Bibliographie.....	63
Annexes.....	64



Sigles et abréviations

APA : Activité physique adaptée

ARS : Agence Régionale de Santé

BFC : Bourgogne-Franche-Comté

CNAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie

CSO : Centre spécialisé de l'obésité

CTIS : Comité technique de l'innovation en santé

DCGDR : Direction de la coordination de la gestion du risque

EMNO : Espace Médical Nutrition Obésité

eTICSS : eTerritoire Innovant Coordonné Santé Social

ETP : Éducation thérapeutique du patient

FISS : Fonds pour l'innovation en santé

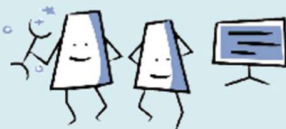
IDE : Infirmier diplômé d'État

NIR : Numéro d'inscription au répertoire, « numéro de sécurité sociale »

RCP : Réunion de coordination pluri-professionnelle

SELAS : Société d'exercice libérale par actions simplifiée

SCM : Société civile de moyens



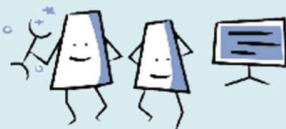
Synthèse – Points saillants

Faisabilité

- Les 5 parcours prévus pour les 5 profils de patients ont été pleinement déployés
- 658 patients inclus en 4 ans sur les 750 prévus (88% de l'objectif atteint)
- Les sorties d'expérimentation ont concerné 21 % des patients.
- Les profils les moins complexes ont moins été atteints que prévu, ainsi que les patients intégrant un parcours de chirurgie bariatrique.
- Au contraire, les patients les plus complexes ont été plus recrutés que prévu.
- Un profil a été créé en 2021 pour les patients traités par Semaglutide 2,4mg.
- L'organisation reposant sur une unité de lieu et une équipe de taille restreinte facilite les interactions en routine.
- La principale déviation au cahier des charges dans la composition de l'équipe est le remplacement de l'IDE du deuxième binôme de médecin par un professionnel apparenté paramédical.
- L'appropriation de la plateforme pédagogique dématérialisée est variable parmi les patients et les professionnels.
- L'implication du patient expert prévu pour la modération des forums a été moindre que prévu.
- La coordination s'est pleinement déployée, reposant principalement sur un logiciel métier partagé et sur des interactions informelles.

Efficacité

- La perte de poids moyenne a deux ans de prise en charge était de 11 kg (écart-type de 17 kg), soit 9% (écart-type de 14%) du poids en début de prise en charge.
- La perte de poids était plus importante pour les profils 4, patients bénéficiant d'une chirurgie bariatrique.
- La perte de poids était supérieure à 5% pour les profils 2 et 3 tandis qu'elle était non significative pour les obésités de type 1 et le profil TCA (inférieure à 2%).
- Les patients ont rapporté en grande majorité une amélioration de leur qualité de vie au décours de leur prise en charge.
- Les patients ont exprimé une satisfaction globale vis-à-vis de la prise en charge élevée (satisfaction $\geq 8/10$ pour 70% des répondants). Pour la majorité des patients interrogés, c'est l'absence de reste à charge qui a levé la principale barrière d'accès aux soins, la barrière financière
- Les professionnels sont satisfaits du mode d'exercice proposé par ces parcours et du niveau de coordination atteint. Les professionnels sont ambivalents dans leur rapport à l'absence de reste à charge (absentéisme plus fréquent des patients selon eux).
- Les professionnels ont fait part de leur satisfaction vis-à-vis du contenu de la plateforme pédagogique Nuvee. En revanche, la plupart des professionnels rapportent des difficultés avec le fait d'intégrer la plateforme à leurs consultations

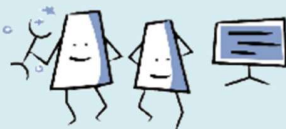


Efficiences

- Concernant les prestations réalisées versus les paniers de soins prévus pour les 5 profils, peu d'écart significatifs ont été observés.
- La diminution prévue de l'intensivité de la prise en charge au fil des 5 années de suivi a bien été mise en œuvre.
- La logique de forfait et de panier de soins moyen n'a pas été effective. Les parcours modélisés ont été appliqués quasi-systématiquement.
- Le taux d'annulation des consultations est de 11%. Ce taux d'annulation augmente avec la complexité de la prise en charge et entre la 1^{ère} année de suivi (5%) et la 4^{ème} année de suivi (49%).
- L'ensemble de ces éléments plaide en faveur d'une simplification globale du contenu des paniers de soins prévus par les forfaits et d'un raccourcissement des parcours dans le temps pour l'ensemble des profils.

Reproductibilité

- L'EMNO a atteint un très bon niveau de maturité sur le plan organisationnel en terme de projet de santé partagé, de système d'information et de coordination.
- La population atteinte en cas de passage à l'échelle dépendra principalement de la structure support de l'activité : MSP, centres créés de novo ou de soins secondaires tel que l'EMNO initialement, CSO, équipes hospitalières non CSO.
- La composition d'une équipe ad-hoc complète de professionnels avec un niveau de compétences adéquat reste un enjeu majeur de la réussite du transfert.
- La question d'une ouverture possible du rôle pivot de l'infirmier à d'autres professions paramédicales ou apparentées est à discuter.
- Si une tendance à la simplification à 3 profils et à des durées de parcours plus courtes sont à envisager, une augmentation de la fréquence de suivi pour l'ensemble des profils la première année serait pertinente.
- Le choix de s'appuyer sur un outil régional devrait être laissé aux professionnels en raison de la diversité des structures supports potentiels, des logiciels métiers existants et de la volonté de partager largement les informations.
- La place de la plateforme Nuvee dans le parcours reste à définir en cas de transfert de l'expérimentation : coût modéré et apport d'information mais disparités d'utilisation par les patients (surtout en début de parcours) et les professionnels.
- Les forfaits seront à ajuster. La logique du forfait et du panier de soins moyens devra être rediscutée dans leur mise en œuvre, pour une personnalisation des parcours.
- La constitution d'équipes de novo pourra poser plusieurs difficultés pouvant remettre en cause la soutenabilité financière et pérennité de l'activité à court et moyen terme : Recrutement, formation de l'équipe, recrutement des patients en l'absence de réseau préexistant ancré sur le territoire comme celui de l'EMNO, adressage vers des dispositifs d'aval, adaptation aux spécificités de la structure support.
- Un accompagnement soutenu de ces nouvelles équipes pourrait alors être proposé.
- Il n'apparaît pas de risque évident de concurrence concernant la population atteinte avec d'autres interventions pour l'accompagnement de l'obésité.



Synthèse du rapport

Le présent document constitue le rapport d'évaluation finale de l'expérimentation « Espace Médical Nutrition Obésité - Amélioration de la santé d'un patient souffrant d'obésité », portée par l'Espace Médical Nutrition-Obésité de Dijon. Elle s'inscrit dans le cadre du dispositif Article 51 de la Loi de financement de la sécurité sociale pour 2018.

Cette évaluation a été réalisée tout le long de l'expérimentation de l'été 2020 à octobre 2023, et a mobilisé des méthodes qualitatives (entretiens semi-dirigés avec toutes les parties prenantes) et une analyse descriptive des données de suivi des patients (logiciel métier eTICSS), des données d'usage de la plateforme pédagogique dématérialisée mise à disposition des patients, des données de facturation, et d'enquêtes par questionnaires auprès des patients.

Au terme de l'évaluation, on peut estimer que le dispositif a démontré sa faisabilité en atteignant un niveau élevé de maturité en interne de l'EMNO et son efficacité.

Les principaux résultats observés sont les suivants :

1- QUESTION EVALUATIVE RELATIVE A LA FAISABILITE

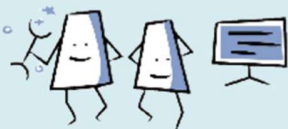
Au niveau de l'organisation de l'EMNO, l'organisation reposant sur une unité de lieu et une équipe de taille restreinte facilite les interactions en routine. La principale déviation au cahier des charges dans la composition de l'équipe est le remplacement de l'IDE du deuxième binôme de médecin par un professionnel apparenté paramédical. Le recrutement d'un assistant administratif (secrétaire médicale) supplémentaire et dédiée à l'expérimentation a été nécessaire.

Concernant les inclusions, le cahier des charges prévoyait 750 inclusions réparties en 5 profils de complexité croissante. Au total, 658 patients ont été inclus en 4 années. Soit 88% de l'objectif d'inclusions a été atteint. Les sorties d'expérimentation ont concerné 21 % des patients. Le délai moyen de suivi avant sortie était de 13,7 mois (écart-type 8,8 mois, durées de participation à l'expérimentation pour ces patients sortis prématurément étalées entre 1 et 38 mois).

Si l'EMNO est bien identifié localement, le flux important de patients a eu un impact sur les délais d'accès à une première consultation médicale.

Si globalement l'expérimentation est un succès sur le plan des inclusions, des disparités ont été observées entre les profils de patients : Les profils 1 et 2 (les moins complexes) sont moins représentés que prévu, de même que le profil 4 (Chirurgie bariatrique) avec 63% des inclusions prévues réalisées (dans un contexte général de baisse de recours à la chirurgie bariatrique sur le territoire sur les années d'expérimentation). A l'inverse, les objectifs ont été dépassés pour les profils 3 complexes avec 131% des objectifs, et 5 (patients souffrant de TCA) avec 111% des objectifs prévus.

Le rythme d'inclusion a été partiellement limité par une file active hors expérimentation A51 déjà constituée.



Afin de répondre à l'évolution des pratiques de traitement des patients en situation d'obésité, un profil 3bis a été créé durant l'été 2021 pour les patients traités par Semaglutide 2,4mg.

Les motifs de non-inclusion rapportés par les professionnels relèvent généralement d'éléments non liés directement à la prise en charge, mais plutôt aux situations personnelles des patients. De même, les motifs de sortie évoqués en entretien relèvent majoritairement d'éléments similaires.

Concernant la plateforme pédagogique dématérialisée (Emno_line, puis changement de nom pour Nuvee), son développement et son évolution sont portés par le binôme médecin/IDE fondateur de l'EMNO dans le cadre de leur activité au sein de l'entreprise ESPD Nuvee externe à l'EMNO. En pratique, c'est surtout au niveau médical que son utilisation varie fortement d'un binôme à l'autre.

Concernant l'appropriation par les patients, lors des entretiens, les retours étaient variables. 348/607 patients (57 %) ont réalisé au moins un atelier et 308/607 patients (51 %) ont réalisé deux ateliers ou plus. 59/607 (10 %) des patients avaient réalisé 75 % ou plus des ateliers. 38/607 patients (6 %) ont participé à la communauté proposée par la plateforme.

Au cours de l'expérimentation, un usager a été formé au rôle de patient expert : cette activité bénévole de modération du forum s'est révélée chronophage, en sus de son activité professionnelle et de son activité associative. Ce qui a fortement limité son implication au long-cours. La rémunération du partenariat patient reste un enjeu dans leur implication en routine, et cela n'est pas propre à cette expérimentation.

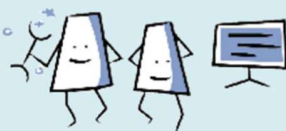
Les freins à l'implication des patients experts dans le parcours sont : La difficulté d'identifier des personnes dont le profil correspond, le délai important entre le repérage d'un patient expert potentiel et son opérationnalité lié au délai d'obtention des financements pour la formation de patient expert et la durée de formation, les contraintes extérieures (activité professionnelle, événements de vie personnelle, autres engagements sur la thématique de l'obésité) qui limitent son temps disponible, le temps nécessaire à la modération de l'ordre de quelques heures dans la semaine (le tout bénévolement).

Les leviers potentiels identifiés à l'implication des patients experts dans le parcours sont : la formation de plusieurs patients experts afin de créer une communauté et de diminuer la charge de travail liée à cette fonction ; impliquer les patients experts dans d'autres parties du parcours de soins (groupes de parole et ateliers thématiques avec co-animation par exemple) et rémunération de son activité.

Enfin, l'utilisation de la plateforme Nuvee par les accompagnants est marginale avec peu d'ouvertures de comptes.

Concernant la coordination des soins, enjeu majeur des parcours proposés aux patients sur une durée de 5 ans et faisant intervenir plusieurs professionnels :

La coordination formalisée était basée sur eTICSS tandis que la communication informelle s'appuyait sur des échanges informels oraux et sur la messagerie sécurisée partagée entre les professionnels de l'équipe. Globalement, la coordination a été fortement facilitée et ancrée par la petite taille de l'équipe et l'unité de lieu d'exercice des professionnels de l'EMNO.



Les professionnels reconnaissent tous l'utilité d'un logiciel métier déployé pour tous les professionnels d'un territoire comme eTICCS, voire sa nécessité pour la bonne conduite d'un parcours de soins coordonnés comme l'EMNO.

Les freins à l'utilisation du logiciel eTICSS exprimés étaient les suivants : la consolidation des habitudes de suivi avec un logiciel métier déjà présent avant et au début de l'expérimentation A51 (eTICSS se substituait à un logiciel métier éprouvé), l'absence d'interopérabilité avec le logiciel de gestion des agendas, les déconnexions automatiques fréquentes en cas d'inactivité, l'absence d'une fonctionnalité de mémos internes à la structure à destination des autres professionnels et la technophilie variable des professionnels.

2- QUESTION EVALUATIVE RELATIVE A L'EFFICACITE

Concernant la population atteinte par l'EMNO, on observe un sex ratio femmes/hommes de 3,6 tous profils confondus. Ce sex ratio est croissant entre le profil 1 (1,1), les profils 3-3bis-4 (4 environ) et le profil 5 (9,2). Sur le plan socioéconomique, près de la moitié des patients étaient de professions intermédiaires (catégories INSEE) et 20% environ sans activité professionnelle. Le poids moyen des patients à l'inclusion était de 109.8kg et l'IMC moyen était de 36.9kg/m². Plus de 25% des patients avaient un IMC supérieur à 40kg/m² à l'inclusion.

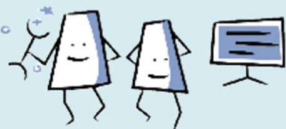
Concernant l'évolution des paramètres anthropométriques, la perte de poids moyenne a deux ans de prise en charge post-inclusion était de 11 kg (écart-type de 17 kg), soit 9% (écart-type de 14%) du poids en début de prise en charge. La perte de poids était plus importante pour les profils 4, patients bénéficiant d'une chirurgie bariatrique. La perte de poids était supérieure à 5% pour les profils 2 et 3 tandis qu'elle était non significative pour les obésités de type 1 et le profil TCA (inférieure à 2%).

Sur le plan de la qualité de vie, les patients ayant répondu à l'enquête en ligne rapportaient pour une majorité (75 % des répondants à l'enquête) une amélioration de leur qualité de vie au décours de leur prise en charge. Cette observation est convergente avec les propos déclarés en entretien.

Sur le plan de leur expérience et satisfaction, les patients ont exprimé une satisfaction globale vis-à-vis de la prise en charge élevée (satisfaction \geq 8/10 pour 70% des répondants). Pour la majorité des patients interrogés, c'est l'absence de reste à charge qui a levé la principale barrière d'accès aux soins, la barrière financière

Sur le plan de l'expérience et satisfaction des professionnels de l'EMNO, les professionnels sont satisfaits du mode d'exercice proposé par ces parcours et du niveau de coordination atteint. L'enchaînement des consultations avec des professionnels différents **lors d'une même venue permettent de faire gagner du temps**. Les **consultations avec les infirmiers**, qui sont centrales et les plus nombreuses dans le parcours des patients, **allègent les consultations des autres professionnels**.

Les professionnels ont fait part de leur satisfaction vis-à-vis du contenu de la plateforme pédagogique Nuvee. En revanche, la plupart des professionnels rapportent des difficultés avec le fait d'intégrer la plateforme à leurs consultations : 1) Les patients sont renvoyés vers la plateforme en cas de questions, de sorte que les contenus mêmes de la plateforme



étaient très peu discutés en consultation. 2) Cette situation est renforcée par des durées de consultation relativement limitées.

Les professionnels ont rapporté une visibilité limitée par moment sur les usages qu'ont les patients de la plateforme, en dehors des patients de chirurgie bariatrique. Sur ce parcours, l'intérêt de la plateforme fait consensus chez les professionnels et les patients interrogés. Pour les autres profils de patients, les avis divergent.

Les professionnels sont ambivalents dans leur rapport à l'absence de reste à charge. Cependant les professionnels s'accordent sur le fait que les patients pris en charge dans le cadre de l'Article 51 ont un absentéisme nettement plus marqué que la patientèle non A51. Plusieurs raisons ont été invoquées : l'absence de reste à charge, le désinvestissement des patients dans le temps et la possibilité de reprogrammer plus rapidement le rendez-vous dans l'expérimentation. Nous pouvons également évoquer l'hypothèse de l'accès à la prise en charge d'une population plus précaire que la population hors Article 51, qui est potentiellement soumise à des contraintes externes plus importantes.

3- QUESTION EVALUATIVE RELATIVE A L'EFFICIENCE

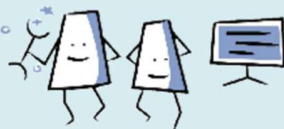
Concernant les prestations réalisées versus les paniers de soins prévus pour les 5 profils, peu d'écart significatifs ont été observés :

- Pour le profil 1, aucun écart significatif au panier de soins prévu n'est observé.
- Pour le profil 2, au niveau de l'infirmier en année 3 plus sollicité que prévu et au niveau du diététicien en année 1 moins sollicité que prévu.
- Pour les profils 3 et 4, aucun écart significatif n'est observé.
- Pour le profil 5, une sous sollicitation significative de l'infirmier et du psychologue en année 1 et 2.

Le profil 5 est celui pour lequel les écarts au panier de soins moyens prévu sont les plus importants. L'intensité du parcours prévu au niveau de tous les professionnels peut expliquer ces sous-sollicitations et le rythme est probablement trop soutenue d'emblée pour les patients, **ce qui plaide en faveur d'une révision du contenu des paniers de soins prévus sur le profil 5 en priorité.**

Le caractère dégressif de l'intensité de la prise en charge qui était prévu pour tous les profils sur les 5 années de suivi a été mis en œuvre. En effet, l'EMNO avait vocation à accompagner de façon plus intensive les patients en première année de suivi, puis à diminuer le rythme et le nombre des consultations au fur et à mesure de l'autonomisation des patients (dans ce modèle, le patient augmente en connaissances et compétences relatives à sa pathologie grâce à la plateforme pédagogique et à l'éducation faite en consultation, et le besoin de suivi par l'EMNO est supposé diminuer en parallèle d'une évolution positive de la qualité de vie et du poids).

En revanche, la logique de panier de soins moyen n'a pas été mise en œuvre. Les paniers prévus ont été appliqués systématiquement pour tout patient inclus. La raison la plus probable est liée à la complexité d'une part du modèle prévu (déployant 5 parcours sur 5 ans, et 3 forfaits pouvant être mobilisés pour les 5 parcours).



Le taux d'annulation des consultations est de 11%. Ce taux d'annulation oscille entre 6% pour les profils 1 et 3bis, 9% pour le profil 4 et 12% pour les profils 3 et 5. Par ailleurs, le taux d'annulation augmente de façon importante au cours des années de suivi : de 5% lors de la première année, à 18% lors de la deuxième année, 33% lors de la troisième année et 49 % lors de la 4ème année.

Les annulations sont source d'inefficience pour les raisons suivantes : diminution du nombre de consultations réalisées chaque jour ; difficultés organisationnelles pour reprogrammer les rendez-vous et travail administratif supplémentaire

L'ensemble de ces éléments plaide en faveur d'une simplification globale du contenu des paniers de soins prévus par les forfaits et d'un raccourcissement des parcours dans le temps pour l'ensemble des profils.

4- QUESTION EVALUATIVE RELATIVE A LA REPRODUCTIBILITE

Au terme de l'expérimentation, l'EMNO a atteint un très bon niveau de maturité de son organisation en termes de projet de santé partagé, de coordination et de système d'information. La pérennité de cette organisation semble assurée, si le financement des parcours coordonnés de l'obésité était maintenu.

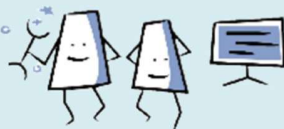
Le niveau de transférabilité et de passage à l'échelle a été analysé selon les axes Population / Environnement / Intervention.

La population de patients touchée par l'expérimentation est constituée majoritairement de patients en obésité sévère voire complexe. La population touchée correspond donc à une population requérant un niveau de soins secondaire voire tertiaire. La population atteinte par l'EMNO semble différente de celle prise en charge en soins primaires par la sévérité ou la complexité des obésités. Elle semble également différente de la population des CSO, avec une population moins précaire et avec une activité professionnelle plus fréquente.

En cas de généralisation à l'ensemble du territoire Français, avec la possibilité pour des équipes ad hoc de mettre en place cette activité, la population atteinte dépendra principalement de la structure support de l'activité : MSP, centres créés de novo ou de soins secondaires tel que l'EMNO initialement, CSO, équipes hospitalières non CSO.

En cas de généralisation des parcours coordonnés de l'obésité, la composition d'une équipe ad-hoc complète de professionnels avec un niveau de compétences adéquat reste un enjeu majeur de la réussite du transfert. La place centrale de l'infirmier dans le parcours de soins, comme premier interlocuteur des patients, et comme relai entre les professionnels de santé a été mise en avant par l'ensemble des professionnels et par les patients interrogés. La question d'une ouverture possible de ce rôle pivot à d'autres professions paramédicales ou apparentées peut être discutée. Si limiter l'accès à ce rôle aux IDE semble pertinent, l'ouverture à d'autres professions pourrait être un levier à la mise en place des équipes.

Concernant l'intervention à proposer aux patients et aux professionnels, une tendance à la simplification à 3 profils et à des durées de parcours plus courtes sont à envisager. En revanche, une majorité des professionnels de l'EMNO s'accorde à dire qu'une augmentation de la fréquence de suivi pour l'ensemble des profils la première



année serait pertinente. La fréquence pourrait ensuite être inférieure les années suivantes. La durée de suivi pourrait être raccourcie à 3 ans. En effet, les professionnels observent un essoufflement de l'implication des patients dans la prise en charge au-delà. Concernant les interventions de chaque professionnel, une évolution vers un parcours comprenant une évaluation initiale et la possibilité de déclencher un suivi psychologique d'accompagnement ou renforcé en fonction des besoins exprimés par les patients pourrait faciliter le positionnement du psychologue dans le parcours de soins, tout en étant au plus proche des besoins des patients.

Le choix de s'appuyer sur un outil régional devrait être laissé au professionnels en cas de transfert en raison de la diversité des structures supports potentiels, des logiciels métiers existants et de la volonté de partager largement les informations relatives aux patients. La place de la plateforme Nuvee dans le parcours reste à définir en cas de transfert de l'expérimentation : coût modéré et apport d'information mais disparités d'utilisation par les patients (surtout en début de parcours) et les professionnels.

Les forfaits seront à ajuster en cas de généralisation, en cas d'évolution des parcours. La logique du forfait et du panier de soins moyens devra être rediscuté dans leur mise en œuvre, pour une personnalisation des parcours.

Enfin, concernant l'environnement dans lequel pourrait se déployer une telle organisation, la constitution d'équipes de novo pourra poser plusieurs difficultés pouvant remettre en cause la soutenabilité financière et pérennité de l'activité à court et moyen terme : Recrutement de l'équipe, formation de cette équipe, recrutement des patients en l'absence de réseau préexistant ancré sur le territoire comme celui de l'EMNO, adressage des patients vers des dispositifs d'aval, adaptation aux spécificités de la structure support. Un accompagnement soutenu de ces équipes nouvellement constituées pourrait alors être proposé par les autorités de santé.

Dans le cadre de l'expérimentation, et en cas de transfert, il n'apparaît pas de risque évident de concurrence concernant la population atteinte avec d'autres interventions pour l'accompagnement de l'obésité. Si l'obésité est une des thématiques les plus représentées dans le champ des expérimentations Article 51, l'expérimentation EMNO et son modèle organisationnel et de financement a conservé sa singularité au fil des années par son positionnement ambulatoire comme structure spécialisée de second recours dans le suivi de l'obésité.



I. Présentation de l'expérimentation

A. Contexte

L'obésité est une maladie chronique fréquente dans le monde et qui nécessite une prise en charge à long terme. (1) Les complications cliniques de l'obésité touchent la majorité des organes avec des retentissements métaboliques (hypertension artérielle, diabète de type 2, dyslipidémie, stéatose hépatique) et mécaniques (syndrome d'apnées obstructives du sommeil, reflux gastro-œsophagien, arthrose) et l'impact de l'obésité sur la morbidité et la mortalité sont considérables (2). La prévalence de l'obésité a augmenté dans le monde entier au cours des dernières décennies pour atteindre 13%, avec des disparités importantes selon les pays. (3)

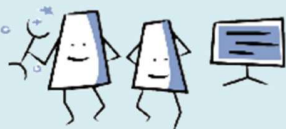
En France en 2020, la prévalence de l'obésité était estimée chez l'adulte à 17% d'après l'étude Obepi 2020 soit une augmentation de 13% depuis 2012. Les obésités les plus sévères avec un Indice de Masse Corporelle (IMC) $\geq 40 \text{ kg/m}^2$ étaient estimées à 2% de la population ce qui représente une augmentation des obésités sévères de 66% par rapport à 2012. (4)

La Haute Autorité de Santé (HAS) a publié en 2022 des recommandations pour les deuxième et troisième niveaux, proposant une prise en charge globale qui associe prise en charge nutritionnelle, en activité physique, psychologique et comportementale (5). Pour les obésités sévères et/ou complexes, cette stratégie peut s'accompagner d'autres prises en charge thérapeutiques telles que la chirurgie bariatrique, les séjours éducatifs longs et les thérapeutiques médicamenteuses. Au-delà de la morbi-mortalité associée, l'obésité présente également des enjeux d'accès à des soins de qualité et sûrs en dehors de l'hôpital, en raison d'une offre de soins ambulatoire « insuffisamment structurée » (DGOS-DGS-CNAM, 2019).

En cours d'expérimentation, Semaglutide 2,4mg a été autorisé en Autorisation Temporaire d'Utilisation, puis en Autorisation d'Accès précoce pour les patients en situation d'obésité complexe. Le Semaglutide 2,4mg/sem, de dénomination commerciale Wegovy®, a dans un premier temps obtenu une autorisation temporaire d'utilisation (ATU) de cohorte attribuée le 29 juin 2021, mise en place en mars 2022, secondairement transformée en Accès Précoce (AP2) dans les suites de l'obtention en août 2022 d'une AMM. L'indication de prescription pour l'ATU puis l'accès précoce est la suivante : chez l'adulte, en complément d'un régime hypocalorique et d'une augmentation de l'activité physique dans le contrôle du poids, notamment pour la perte de poids et le maintien du poids, chez des adultes avec un indice de masse corporelle (IMC) initial $\geq 40 \text{ kg / m}^2$, lorsqu'il n'y a pas d'alternative thérapeutique, en présence d'au moins un facteur de comorbidité lié au poids :

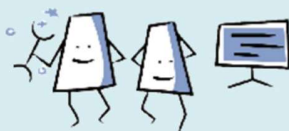
- hypertension artérielle traitée
- dyslipidémie traitée
- maladie cardiovasculaire (MCV) établie
- syndrome d'apnée du sommeil appareillé.

L'EMNO a été autorisée à prescrire ce médicament à prescription encadrée.



B. Fiche signalétique de l'expérimentation

Titre de l'expérimentation	Espace Médical Nutrition Obésité - Amélioration de la santé d'un patient souffrant d'obésité.	
Porteurs	Espace Médical Nutrition Obésité - Dr Cyril GAUTHIER	
Partenaires	RamsayGDS ; CSO-CHU Dijon ; Conseil National des Professionnels en Nutrition ; Fédération Nationale Des Médecins Nutritionnistes ; Association Française des Diététiciennes Nutritionnistes ; Réseau Sport Santé Bourgogne Franche Comté ; Collectifs National des Associations d'Obèses ; ELISEA ; Pèse Plume 71 ; MSP Tournus ; MSP Orgelet.	
Territoires concernés	Côte d'Or et départements limitrophes (Région Bourgogne Franche-Comté)	
Nature du projet	Interrégional	
Public cible	770 patients suivis par l'EMNO, ne présentant pas les critères de non-inclusion suivants : <ul style="list-style-type: none"> - Patient mineur (âge < 18 ans) - Troubles cognitifs importants - Troubles mentaux sévères - Grossesse (ou projet de grossesse) - Pathologie aiguë ou complexe dont la prise en charge supprime celle de l'obésité (ex : cancer) - Impossibilité d'accès à internet - Consultation ponctuelle sans suivi 	
Professionnels et structures impliqués	L'ensemble des professionnels de l'EMNO : médecins nutritionniste et endocrinologue, infirmiers, secrétaires, diététicienne, psychologue. L'EMNO perçoit les forfaits et les redistribue à ses professionnels.	
Objectifs principaux	Montrer qu'une prise en charge fondée sur une plateforme en ligne, une prise en charge pluridisciplinaire forfaitisée et la participation active des patients permet d'améliorer la prise en charge et la qualité de vie des personnes souffrant d'obésité.	
Objectifs opérationnels issus du cahier des charges	<ul style="list-style-type: none"> - Rendre le patient acteur de sa prise en charge et autonome dans son parcours, avec la possibilité de devenir patient-expert (partage d'expériences) - Faciliter l'accès à une offre de soins pluridisciplinaire - Décloisonner les acteurs et améliorer la cohérence des possibilités thérapeutiques - Inclure l'entourage du patient dans la démarche éducative - Améliorer la pertinence de la chirurgie bariatrique et le suivi post-opératoire de cette chirurgie 	
Coût prévu de l'expérimentation	FISS	727 k€ pour les forfaits dérogatoires et l'accès à la plateforme pour 770 patients
	FIR	458 k€
Dates de début	Publication des cahiers des charges au Recueil des Actes Administratifs le 15/01/2019 et modifié le 11/09/2020	La date de début correspond au 1 ^{er} janvier 2019 (date différente de la 1 ^{ère} inclusion).
	1 ^{ères} inclusions en Décembre 2019.	
Durée	5 ans à compter du 1 ^{er} janvier 2019.	



C. Présentation des parcours et de leurs financements

L'expérimentation « Amélioration de la santé d'un patient souffrant d'obésité » est portée par l'Espace Médical Nutrition Obésité (EMNO) de Dijon. Elle a pour objet de mettre en place un financement forfaitaire annuel couvrant la prise en charge globale, pluridisciplinaire et coordonnée des patients en situation d'obésité. L'EMNO est une structure de soins ambulatoires, spécialisée, de recours de second niveau (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2016).

Au niveau du patient souffrant d'obésité, les objectifs sont :

- d'améliorer sa qualité de vie,
- de le rendre acteur de sa prise en charge et autonome,
- de lui permettre l'accès à une offre de soins pluridisciplinaire
- et d'intégrer des pair-aidants et son entourage dans une démarche éducative.

La prise en charge est réalisée par les médecins (nutritionniste, endocrinologue), les infirmiers (éducation thérapeutique), le diététicien et le psychologue de l'EMNO. Le recours à des professionnels de l'activité physique adaptée externes à l'EMNO est envisagé si besoin.

Le dispositif est complété par la mise à disposition du patient et de ses aidants de la plateforme pédagogique dématérialisée Nuvee, qui accompagne le patient tout au long de son parcours et qui constitue un élément à part entière de sa prise en charge. Nuvee contient des modules, des ateliers, des rubriques « en savoir plus » et des quiz portant sur l'obésité que le patient valide régulièrement et progressivement. Nuvee contient également un forum d'échanges entre patients. Ce forum est modéré par des infirmiers. Des patients éducateurs interviennent également dans la gestion de cette communauté pédagogique. Les professionnels de santé de l'EMNO ont accès au profil du patient afin de reprendre en consultation les notions non assimilées.

L'expérimentation cible les nouveaux patients pris en charge à l'EMNO, qui sont adressés par leur médecin traitant. Un diagnostic éducatif initial est réalisé par l'équipe de soins, puis le patient évolue au sein de son parcours en alternant les consultations à l'EMNO et l'usage de la plateforme pédagogique.

Cinq profils de patients ont été définis selon le degré d'autonomie, de motivation et de sévérité de l'obésité. Les profils 1 à 3 correspondent à des profils définis par des niveaux d'autonomie et de motivation décroissants, et de sévérité d'obésité croissante. Le 4ème profil correspond aux patients s'engageant dans une prise en charge chirurgicale bariatrique, et le 5ème à ceux présentant un trouble du comportement alimentaire (TCA). Pour chaque profil, un protocole de prise en charge a été défini, sachant que le profil TCA est celui qui nécessite la prise en charge la plus intense.

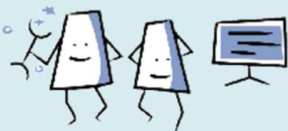
A ces 5 profils correspondent 3 forfaits annuels au montant croissant (150, 270 et 480 €). Un patient peut bénéficier d'un forfait différent d'une année à l'autre selon son évolution. Ce forfait est versé à l'EMNO, qui assure sa redistribution entre les professionnels de santé.

Un sixième profil a été créé en cours d'expérimentation (profil 3bis) pour les patients ayant une indication de traitement par Semaglutide 2,4mg.



Enfin, afin de lever les barrières financières pouvant freiner l'accès aux soins, il est prévu une prise en charge des soins à hauteur de 100% pour l'ensemble des prestations médicales (suivi par un médecin nutritionniste ou endocrinologue) et paramédicales (éducation thérapeutique, prise en charge diététique et psychologique, activité physique adaptée), sachant que certaines d'entre elles ne bénéficient d'aucune prise en charge par le droit commun à ce jour.

L'expérimentation est prévue sur une durée de 5 ans et pour 770 patients.



II. Méthodologie d'évaluation

A. Rappel des questions évaluatives

Les questions évaluatives (QE) sont les suivantes :

QE 1 – Faisabilité : La prise en charge coordonnée et globale des patients en situation d'obésité au sein de l'EMNO est-elle un processus faisable et opérationnel ? Quels sont les facteurs favorisant ou freinant cette faisabilité ?

QE 2 – Efficacité : Cette prise en charge est-elle efficace ? Et plus particulièrement :

Quelle amélioration clinique est observée au niveau des patients ?

Quelle qualité de vie est observée chez les patients qui en bénéficient ?

Quelle qualité de vie au travail est observée chez les professionnels engagés dans cette démarche de coordination ?

En termes de qualité des soins, quelles coordination, transition et continuité des soins sont observées ?

En termes de qualité et de pertinence des soins, les parcours « chirurgie bariatrique » sont-ils conformes aux recommandations ?

En termes de qualité des soins, quelle est la satisfaction et l'expérience des patients en situation d'obésité et des professionnels de santé vis-à-vis de cette organisation innovante ?

Quel est l'impact organisationnel pour l'EMNO de ce processus de soins ?

QE 2 – Efficience : D'un point de vue économique, quel est le coût pour l'Assurance maladie ? Le forfait prévu est-il en adéquation avec les prestations réalisées par l'EMNO ?

QE 4 - Reproductibilité : Le modèle d'organisation des soins mis en place dans l'expérimentation est-il reproductible sur d'autres territoires géographiques et pérenne dans le temps ? Quels sont les facteurs favorisant ou freinant cette reproductibilité ? Le modèle financier innovant est-il adapté et incitatif ?

B. Approche quantitative

1. Pour le rapport intermédiaire

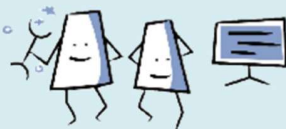
Pour le volet quantitatif du rapport intermédiaire, les patients inclus entre octobre 2019 et juin 2021 ont été considérés. **Les données suivantes ont été mobilisées :**

- **Fichier de suivi des 658 patients inclus**, données analysées par l'EMNO, pour l'étude de la montée en charge du dispositif innovant, des files actives de patients suivies au sein de l'EMNO et de leurs caractéristiques. 643 patients ont été retenus pour l'analyse car leur date d'inclusion et leur profil étaient disponibles.

- **Plateforme Nuvee** pour l'étude de son usage par les patients.

- **Comptabilité analytique de l'EMNO** pour l'évaluation économique.

- **Interrogation directe des professionnels** de santé pour l'investigation des durées des différentes étapes des parcours et leur variabilité.



Pour l'évaluation de la calibration des forfaits, une première analyse a été réalisée courant 2020, au-delà du premier semestre d'inclusions (Simon 2020). L'estimation des coûts de production des parcours par l'EMNO a été réalisée par un micro-costing ascendant (approche « bottom-up »). Ce coût était donc calculé dans la perspective de l'EMNO sur un horizon d'un an pour chaque patient.

2. Pour le rapport final

Pour le volet quantitatif du rapport final, l'ensemble des patients inclus a été considéré, ainsi que leurs données de suivi. Une actualisation des indicateurs de l'évaluation intermédiaire a été menée, et les données suivantes ont été mobilisées de façon complémentaire :

- **Données du système d'information eTICSS** pour décrire les caractéristiques des patients, les parcours suivis au sein de l'EMNO et l'évolution de leurs paramètres anthropométriques (en remplacement des données du fichier ad hoc initialement mobilisé). Le choix a été fait d'analyser les données des patients pour lesquels au moins un paiement avait été fait dans le cadre de l'expérimentation.
- **Questionnaire de satisfaction adressé à l'ensemble des patients inclus.** Nous avons obtenu **110 réponses (soit 17 %** sur les 643 inclusions). Les répondants au questionnaire étaient en majorité des femmes (82/110, 75 %). L'âge à la prise en charge était en majorité de 35 à 54 ans (63 patients, 57% des patients).

L'année de prise en charge des répondants était par ordre décroissant 2021 (33 patients, 30 %), 2020 (24 patients, 22 %), 2019 (12 patients, 11 %), 2022 (16 patients, 15 %), 2023 (5 patients, 5 %). La distance entre le domicile des patients et l'EMNO était inférieur à 10km pour 33 patients, entre 10 et 49 km pour 44 patients, entre 50 et 100km pour 25 patients et de plus de 100km pour 8 patients.

Pour l'évaluation de la calibration des forfaits, une modélisation des coûts de parcours a été réalisée, basée sur :

1) Les parcours effectués par les patients pour chaque profil issus de l'analyse des données d'eticss en fin d'expérimentation ;

2) Une mesure des ressources mobilisées à chaque étape du parcours par une méthode de consensus Delphi auprès des professionnels de l'EMNO (enquête faite en 2020), **comportant une mesure des durées dédiées à chaque étape** des cinq parcours **et leur variabilité**. Nous avons demandé aux professionnels d'exprimer d'abord des durées extrêmes pour une étape dans une séquence de contacts pour un profil et une année de son suivi donnée (minimum et maximum de temps, appelées estimations « optimistes » et « pessimistes »), puis une valeur centrale. D'un commun accord avec l'EMNO, nous avons fait l'hypothèse que le temps de consultation varie à la fois avec le profil du patient pris en charge, mais aussi selon la séquence de professionnels vus par le patient. Cet élément a été pris en compte.

3) Les coûts horaires mis à jour en 2023 pour chaque professionnel, fournis par le porteur de l'expérimentation.

Nous avons choisi de modéliser les résultats de coûts de ressources humaines puisque les coûts de structure étaient invariants dans ce travail. Ces coûts (locaux, énergie



consommée) ont été toutefois ventilés sur tous les patients au prorata de leur durée de présence simulée dans l'établissement. Nous avons aussi exclu le coût fixe de 30€ par patient d'accès à la plateforme Nuvee, lui aussi invariant, toutefois à prendre en compte dans la réflexion pour la considération des forfaits.

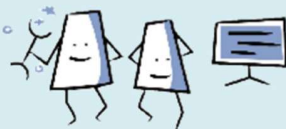
C. Approche qualitative

Les entretiens ont été construits de façon à produire des données objectives sur l'expérimentation (modes d'organisation mis en place, historique, temps passés sur différentes tâches) et subjectives (acceptabilité, appropriation de l'approche par les professionnels, vécu des professionnels dans cette organisation). Les synthèses d'entretien ont été envoyées aux professionnels de l'EMNO pour relecture et validation.

Dans le cadre des travaux d'évaluation intermédiaire, des entretiens individuels semi-directifs ont été menés avec les professionnels de l'EMNO (une dizaine), ainsi que les référents ARS et CPAM ayant accompagné localement cette expérimentation.

Une seconde vague d'entretiens a été conduite pour les travaux finaux. Les mêmes professionnels exerçant encore à l'EMNO ont été réinterrogés d'une part pour actualiser les informations collectées en 2020 ; et un échantillon de 9 patients de l'EMNO, un patient partenaire et un assistant faisant fonction d'infirmier ont été nouvellement interrogés d'autre part.

Le détail des personnes rencontrées est rapporté en Annexe 1.



III. Résultats et discussion

A. Faisabilité

Organisation de l'EMNO :

- L'organisation reposant sur une unité de lieu et une équipe de taille restreinte facilite les interactions en routine.

- La principale déviation au cahier des charges dans la composition de l'équipe est le remplacement de l'IDE du deuxième binôme de médecin par un professionnel apparenté paramédical. Le recrutement d'un assistant administratif (secrétaire médicale) supplémentaire et dédiée à l'expérimentation a été nécessaire.

Patients inclus :

- Au total, 658 patients ont été inclus en 4 années (88% de l'objectif d'inclusions de 750 patients). Les sorties d'expérimentation ont concerné 21 % des patients. Le délai moyen de suivi avant sortie était de 13,7 mois (écart-type 8,8 mois, durées de participation à l'expérimentation pour ces patients sortis prématurément étalées entre 1 et 38 mois) pour ces patients sortis plus tôt que prévu.

- Un profil 3bis a été créé durant l'été 2021 pour les patients traités par Semaglutide 2,4mg

- L'EMNO est bien identifié localement. Le flux important de patients a un impact sur les délais d'accès (4 mois d'attente pour une première consultation en juin 2021).

- Les profils 1 et 2 n'ont pas atteint les objectifs d'inclusion avec respectivement 42% et 78% des inclusions, de même que le profil 4 (Chirurgie bariatrique) avec 63% des inclusions prévues ; avec à l'inverse des objectifs dépassés pour les profils 3 (Obésité) avec 131% des objectifs, et 5 (TCA) avec 111% des objectifs prévus.

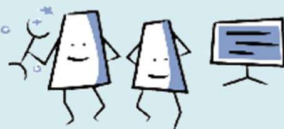
- Les freins à l'inclusion : l'épidémie covid et la fermeture des blocs opératoires pour le profil 4, les difficultés d'inclusions de patients en profil 1 (l'EMNO est identifié pour le suivi de cas complexes), le rythme d'inclusion était partiellement limité pour le premier binôme par une file active hors expérimentation déjà constituée ; La difficulté à réaliser l'ensemble des consultations prévues dans le suivi notamment les consultations diététique et psychologique, plus fréquentes dans les profils 3 et 5 que dans les profils 1 et 2 ; Le deuxième binôme rapporte très peu d'inclusions dans ce profil.

- Les motifs de non-inclusion rapportés par les professionnels relèvent généralement d'éléments qui ne sont pas liés directement à la prise en charge, mais plutôt aux situations personnelles des patients. De même, les motifs de sortie évoqués en entretien relèvent majoritairement d'éléments similaires

- L'implication des aidants dans le parcours de soins s'est révélée faible. La prise en charge de l'obésité semble être en premier lieu une démarche individuelle.

Plateforme pédagogique dématérialisée :

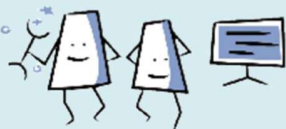
- L'évolution de la plateforme numérique (Emno_line initialement, puis Nuvee) est portée par le binôme historique médecin/IDE dans le cadre de leur activité au sein de l'entreprise ESPD Nuvee.



- C'est surtout au niveau médical que son utilisation varie fortement d'un binôme à l'autre
- Concernant les patients, lors des entretiens, les retours sont variables. 348/607 patients (57 %) ont réalisé au moins un atelier et 308/607 patients (51 %) ont réalisé deux ateliers ou plus. 59/607 (10 %) des patients avaient réalisé 75 % ou plus des ateliers. 38/607 patients (6 %) ont participé à la communauté proposée par la plateforme.
- Au cours de l'expérimentation, un usager a été formé au rôle de patient expert : cette activité bénévole de modération du forum s'est révélée chronophage, en sus de son activité professionnelle et de son activité associative
- Les freins rapportés par les professionnels et le patient expert à l'implication des patients experts dans le parcours sont : La difficulté d'identifier des personnes dont le profil correspond, le délai important entre le repérage d'un patient expert potentiel et son opérationnalité lié au délai d'obtention des financements pour la formation de patient expert et la durée de formation, les contraintes extérieures (activité professionnelle, événements de vie personnelle, autres engagements sur la thématique de l'obésité) qui limitent donc le temps disponible, le temps nécessaire à la modération de l'ordre de quelques heures dans la semaine (le tout bénévolement).
- Les leviers potentiels identifiés avec les professionnels et le patient expert à l'implication des patients experts dans le parcours sont : la formation de plusieurs patients experts afin de créer une communauté et de diminuer la charge de travail liée à cette fonction ; impliquer les patients experts dans d'autres parties du parcours de soins (groupes de parole et ateliers thématiques avec co-animation par exemple) et rémunération de son activité
- L'utilisation de la plateforme Nuvee/EMNO_line par les accompagnants est marginale.

Coordination des soins :

- La coordination formalisée était basée sur eTICSS tandis que la communication informelle s'appuyait sur des échanges informels oraux et sur la messagerie sécurisée partagée entre les professionnels de l'équipe.
- La livraison et mise en fonction opérationnelle du logiciel eTICSS dans un second temps de l'expérimentation.
- Les professionnels reconnaissent tous l'utilité d'un logiciel métier comme eTICSS, voire sa nécessité pour la bonne conduite d'un parcours de soins coordonnés comme l'EMNO. Les fonctionnalités d'eTICSS
- Freins à l'utilisation du logiciel eTICSS : la consolidation des habitudes de suivi avec un logiciel métier déjà présent avant et au début de l'expérimentation A51, l'absence d'interopérabilité avec le logiciel de gestion des agendas, les déconnexions automatiques fréquentes en cas d'inactivité, l'absence d'une fonctionnalité de mémos internes à la structure à destination des autres professionnels et la technophilie variable des professionnels.



1. Conclusions du rapport intermédiaire

a) Organisation de l'EMNO

L'EMNO était initialement organisé autour de deux binômes médecin/infirmière (figure ci-dessous). Statutairement, l'EMNO est une Société Civile de Moyens (SCM) au sein de laquelle les deux médecins sont associés. Chaque médecin exerce au sein d'une Société d'Exercice Libéral par Actions Simplifiée (SELAS) qui porte l'expérimentation et dont la SCM fait partie. La SELAS salarie l'infirmière avec laquelle il travaille, ainsi que son secrétaire médical. La diététicienne et la psychologue sont salariées par l'Hôpital Privé Dijon-Bourgogne (Groupe Ramsay Santé) et mises à disposition de l'EMNO, à temps partiel.

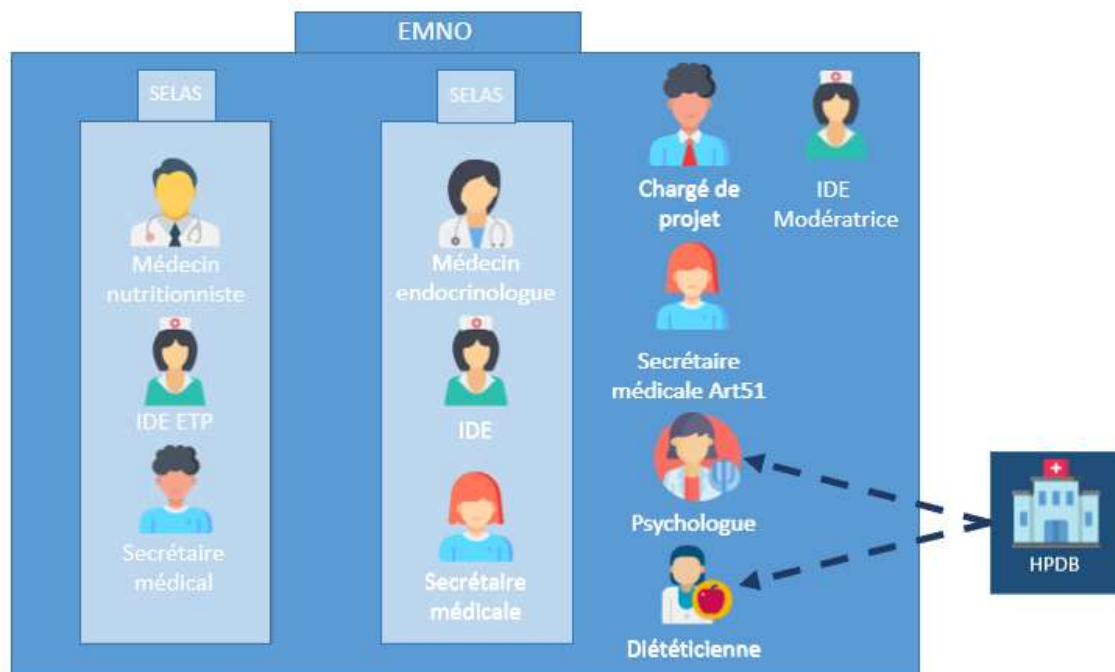
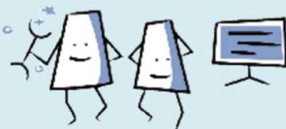


Figure : Organigramme de l'EMNO

Légende : ETP pour Education thérapeutique patient ; HPDB pour Hôpital privé Dijon Bourgogne ; IDE pour Infirmier Diplômé d'Etat ; SCM pour Société Civile de Moyens, SELAS pour Société d'Exercice Libéral par Actions Simplifiée.

À la création de l'EMNO, il n'y avait qu'un seul binôme médecin/infirmière. L'idée de créer l'EMNO leur est venue dans le cadre d'une réflexion autour des parcours qu'ils animaient dans un établissement de soins de suite et de réadaptation qui accueillait des patients de chirurgie bariatrique. Ces patients se voyaient proposer une prise en charge pluridisciplinaire médicale, infirmière, psychologique et diététique. Face à des résultats encourageants ils ont souhaité proposer ce type de prise en charge en ville, à la fois pour accueillir un plus grand nombre de patients (limité en établissements car les patients étaient pris en charge en hospitalisation de jour) et proposer cette approche à des patients avec des situations moins complexes. C'est dans ce cadre qu'a été créé l'EMNO en 2017.



Le financement reposait alors principalement sur la consultation médicale : les dépassements d'honoraires du médecin finançaient les autres consultations.

Chaque médecin dispose de sa patientèle dans et hors de l'expérimentation
Article 51. Les patients inclus dans l'Article 51 ne peuvent pas voir de façon indifférenciée les médecins et les infirmières : si un patient est inclus par un médecin, il ne pourra avoir ses consultations qu'avec ce médecin et l'infirmière qui lui est associée. La psychologue et la diététicienne suivent, dans le cadre de l'Article 51, les patients des deux médecins.

b) Recrutement des patients

Au moment de la rédaction du rapport intermédiaire, et alors que l'expérimentation était encore largement impactée par la situation sanitaire liée au COVID-19, les objectifs d'inclusion étaient atteints. En 2020, malgré le confinement qui a entraîné la fermeture de la structure et l'arrêt des inclusions l'objectif a été atteint à près de 90 %. Au moment des entretiens, le rythme d'inclusion pour 2021 était conforme aux objectifs et les professionnels étaient confiants quant à la possibilité de rattraper le retard pris en 2020. **L'EMNO est bien identifié localement et n'a pas besoin de réaliser une communication particulière vers l'extérieur afin d'attirer des patients. En revanche, ce flux important de patients a un impact sur les délais d'accès, plusieurs mois d'attentes étant nécessaires pour accéder aux médecins pour les patients qui ne sont pas encore suivis par l'EMNO. En juin 2021, le délai d'attente pour une première rencontre avec un médecin de l'EMNO était de 4 mois.**

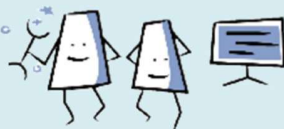
De façon générale, les professionnels ne rapportaient pas de difficulté pour convaincre les patients de l'intérêt de la démarche proposée par l'EMNO. **Les motifs de non-inclusion** rapportés par les professionnels relèvent généralement d'éléments qui ne sont pas liés directement à la prise en charge, mais **plutôt aux situations personnelles des patients**. Ceux qui ont pour projet de déménager prochainement ou qui ont un emploi qui ne leur permet pas de s'engager en avance sur des dates et des horaires de rendez-vous, ne sont pas inclus dans l'Article 51 et restent sur le suivi habituel qui leur est proposé par les professionnels de l'EMNO.

De même, les motifs de sortie évoqués en entretien relèvent majoritairement d'éléments similaires : changement d'emploi qui ne permet plus le suivi du parcours, déménagement, etc. En début d'expérimentation, des sorties de patients du dispositif sont également rapportées suite à des problèmes de profilage.

c) Gestion de l'effet d'apprentissage

L'appropriation de la philosophie générale et du contenu des différents parcours mis en place dans le cadre de l'EMNO n'a pas posé de problèmes particuliers pour les professionnels, la plupart d'entre eux ayant déjà travaillé avec le porteur sur des parcours similaires. Pour les autres, l'adaptation à ces méthodes ne semble pas avoir posé de problèmes majeurs. Le fait d'avoir été entourés de professionnels plus expérimentés dans la prise en charge de l'obésité facilitait l'appropriation de ces parcours.

Les professionnels, particulièrement le binôme médecin/infirmier qui a rejoint l'EMNO à l'occasion de l'Article 51, ont rapporté un temps d'adaptation et



une augmentation de la charge de travail induite par le passage de l'exercice hospitalier à l'exercice en ville. Le nombre de patients vus quotidiennement par certains professionnels a ainsi été multiplié par trois, voire quatre au sein de l'EMNO par rapport à leur exercice en établissement de santé. Cette forte augmentation s'est accompagnée d'une réduction des durées de consultation. Cette dernière ne semblait pas poser de problèmes majeur dans la prise en charge du patient, les professionnels disant avoir le temps nécessaire pour accompagner les patients.

d) Coordination interprofessionnelle

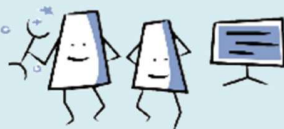
Le modèle de prise en charge proposé par l'EMNO implique la nécessité de proposer une approche cohérente tout au long du parcours du patient. Pour cela l'EMNO a mis en place plusieurs moyens de communication interne.

Le principal outil pour la circulation de l'information utilisée à l'époque du rapport intermédiaire était le dossier patient. Ce dernier n'était pas hébergé sur un logiciel métier spécifique, en l'absence de version finalisée d'eTICSS. Les données des patients étaient stockées sur un fichier de traitement texte (Word en l'occurrence) accessible à l'ensemble des professionnels de l'EMNO. Certaines des informations complétées étaient également reportées dans la version dégradée d'eTICSS. Ces temps de travail sur les dossiers représentaient une charge de travail additionnelle pour les professionnels, d'autant que certains mobilisaient des outils spécifiques propres à leur pratique. Il n'était pas toujours possible de remplir les dossiers durant les consultations ou entre deux consultations, notamment parce que ce temps est mis à profit pour lire le dossier du patient à venir. Cela les amenaient à devoir prendre des temps supplémentaires en fin de journée ou à se bloquer des plages uniquement dédiées au remplissage des dossiers.

En plus de ce suivi formalisé, les professionnels de l'EMNO rapportaient recourir massivement à une **communication interpersonnelle entre les consultations.** L'EMNO étant une **structure de petite taille**, les possibilités d'échanges d'informations de vive voix entre deux consultations ou lors des repas et des pauses sont nombreuses. L'EMNO dispose également d'un « chat » interne sécurisé qui permet de communiquer par écrit des informations en temps réel.

Globalement, l'organisation et la capacité d'adaptation dont a fait preuve l'équipe de l'EMNO à l'époque de la rédaction du rapport intermédiaire – singulièrement l'adaptation aux circonstances sanitaires liées aux confinements – nous avaient amenés à formuler un jugement positif sur la faisabilité du montage et du pilotage d'une telle structure. L'organisation reposant sur une unité de lieu et une équipe de taille restreinte, composée de professionnels disposant d'une expérience dans la prise en charge coordonnée, facilite les interactions en routine et permet à l'EMNO de proposer une prise en charge pluridisciplinaire cohérente du patient en situation d'obésité.

2. Évaluation finale



a) *Composition et organisation de l'équipe*

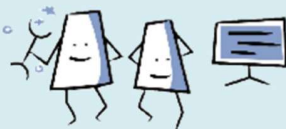
Au cours de l'expérimentation, l'équipe de l'EMNO a évolué avec des départs et des arrivées de professionnels.

Concernant les binômes médecin/infirmier, le premier binôme est resté inchangé sur la durée de l'expérimentation. Le deuxième binôme, constitué initialement d'un médecin endocrinologue et nutritionniste et d'une IDE a évolué. L'IDE a quitté la structure EMNO et a été remplacée par un ingénieur biomédical formé comme Attaché de Recherche Clinique « faisant fonction d'infirmier ». Le fonctionnement de ce binôme est resté le même qu'avec l'IDE : lors de leur venue, les patients sont vus dans un premier temps par l'assistant médical puis par le médecin.

Le recrutement d'un assistant administratif (secrétaire médicale) supplémentaire et dédiée à l'expérimentation a été nécessaire. En effet, l'accompagnement des patients à l'inclusion et le suivi de leur parcours a entraîné une augmentation de la charge de travail administrative qui ne pouvait être absorbée par l'équipe en place. **Une IDE a également été recrutée** (0,07 ETP soit 30 minutes par jour) pour assurer la **modération du forum**, dont la charge de travail avait été sous-estimée.

L'évolution de la plateforme numérique est portée par le binôme historique médecin/IDE dans le cadre de leur activité au sein de l'entreprise ESPD Nuvee. Celle-ci se définit comme « une entreprise spécialisée dans le développement de programmes d'éducation thérapeutique digitaux dédiés aux patients, aux personnes et leur entourage ». L'entreprise dispose de locaux dédiés externes à l'espace de soins EMNO.

La principale déviation au cahier des charges dans la composition de l'équipe est le remplacement de l'IDE du deuxième binôme de médecin par un professionnel apparenté paramédical. Ce professionnel a une formation en recherche en santé principalement dans les études animales en Centre Hospitalier Universitaire. Lors de sa prise de fonction, il s'est formé via la plateforme numérique Nuvee/Emno_line, en suivant le parcours patient, ce qui lui a permis d'engranger des connaissances en nutrition, et de se familiariser avec l'approche thérapeutique de l'EMNO. Il a également complété sa formation par des lectures d'ouvrages scientifiques de nutrition, et par compagnonnage (une journée) auprès de l'IDE du premier binôme. Il a ensuite approfondi ses connaissances par sa pratique expérientielle de l'EMNO au cours des deux ans de pratique. Il garde les mêmes fonctions que l'IDE qui occupait sa fonction avant lui, avec la mesure des paramètres anthropométriques, l'anamnèse du patient, le recueil d'informations relatives à sa santé, à ses habitudes de vie. Il réalise la prise de tension artérielle, l'impédancemétrie et la pesée des patients. La figure suivante rapporte les évolutions de l'organisation de l'EMNO.



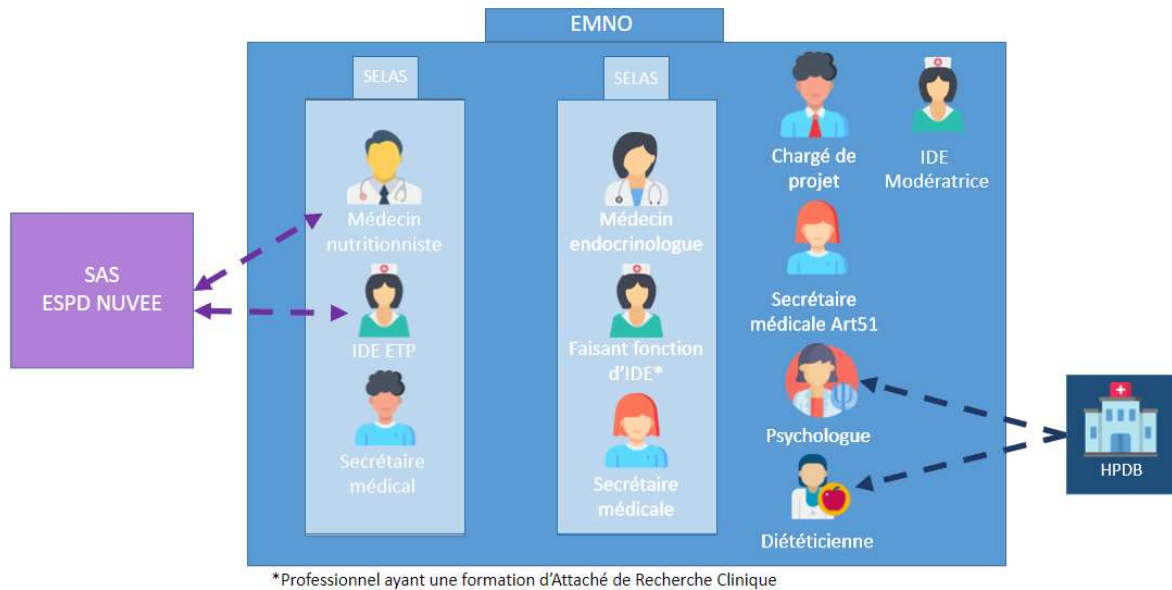


Figure : Organigramme de l'EMNO (2023)

b) Evolution des profils

Un profil 3bis a été créé pour distinguer les patients chez qui un traitement par Semaglutide 2,4mg était instauré (décision prise en juillet 2021). Ce traitement concernant les patients en situation d'obésité sévère et complexe non engagé dans un parcours de chirurgie bariatrique, le profil de soins était un profil obésité 3. Cet **ajout s'est fait à la demande du porteur** et a été intégré aux parcours mis en place.

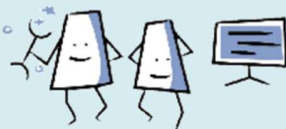
Les autres profils sont restés inchangés. L'objectif d'inclusion a alors été ajusté à 750.

c) Recrutement des patients

Sur l'ensemble de l'expérimentation, les objectifs d'inclusion ont été atteints et maintenus. La période de confinement puis de restrictions liée à la COVID ont entraîné une diminution du rythme d'inclusion compensée par la suite.

Les inclusions ont été réalisées par les deux binômes médecin/IDE, en proportion plus importante pour le deuxième binôme. En effet, ce deuxième binôme ayant débuté son activité libérale et constitué sa file active pendant l'expérimentation, la fréquence des nouveaux patients vus par ce deuxième binôme était supérieure au 1^{er} binôme qui avait une file active de patients déjà constituée et suivie en dehors de l'Article 51. Les données concernant la répartition de la file active entre les deux binômes n'étaient pas disponibles dans les données individuelles fournies par les porteurs. Cependant les différents professionnels s'accordent à dire que la proportion d'inclusion était autour de 60-75% en faveur du deuxième binôme.

Au total, 658 patients ont été inclus lors de l'expérimentation en 4 années permises d'inclusion d'après le système d'information de l'expérimentation (la période d'inclusion était terminée). D'après les données de facturation, au moins un versement a été effectué pour 625 patients. Les inclusions sont dans l'ensemble proches des objectifs



d'inclusions avec **88% des objectifs d'inclusions estimés dans le cahier des charges qui étaient de 750 patients**. Il est important de rappeler le ralentissement des inclusions au cours de l'expérimentation du fait de la pandémie de la COVID-19.

La répartition des inclusions dans les différents profils et en fonction des années d'inclusion est décrite dans le tableau ci-dessous (analyse faite sur 643 patients pour lesquels un profil était communiqué). Ces données sont basées sur le système d'information eTICSS de l'expérimentation, en prenant comme date de début de la première inclusion le 1^{er} juillet 2019 soit 6 mois après le T0, défini au 1^{er}/01/2019 par le cahier des charges de l'expérimentation.

Les profils 1 et 2 n'ont pas atteint les objectifs d'inclusion avec respectivement 42% et 78% des inclusions, de même que le profil 4 (Chirurgie bariatrique) avec 63% des inclusions prévues ; avec à l'inverse des objectifs plus qu'atteints pour les profils 3 (Obésité) avec 131% des objectifs, et 5 (TCA) avec 111% des objectifs prévus.

Le **profil 3bis** a été créé en cours d'expérimentation pour les patients chez qui le Semaglutide 2,4mg était introduit en parallèle du suivi. Dans le cadre de l'expérimentation EMNO, **11 patients** ont été inclus dans ce profil 3bis lors des travaux d'évaluation.

Il existe un ralentissement important des inclusions lors de l'année 4 (50% des objectifs) pour l'ensemble des profils en raison de la saturation de l'activité (délai d'attente pour une première consultation à 7 mois), qui explique l'atteinte partielle des objectifs. Les données individuelles ayant été obtenues après les entretiens, et avec un délai court par rapport à la remise du rapport final, les causes de ce ralentissement des inclusions n'ont pas pu être explorées.

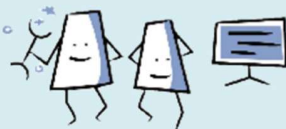
Tableau : Patients inclus par profil et année d'inclusion

Inclusions	Tous profils	Par profil					
		1	2	3	3bis	4	5
Attendues par années 1, 2 et 3	220	50	40	40	-	50	40
Prévues année 4	110	25	20	20	-	25	20
<i>Inclusions réalisées</i>							
Année 1	132	23	29	20	.	25	35
Année 2	259	31	51	61	.	55	61
Année 3	186	18	20	76	.	24	48
Année 4	66	1	9	26	11	7	12
<i>Attendues au total</i>	750	175	140	140	-	175	140
<i>Réalisés au total</i>	643	73	109	183*	11	111	156
<i>% atteinte des objectifs</i>	86 %	42 %	78 %	131 %	-	63 %	111 %

*Une observation avec date d'inclusion manquante et des observations avec un profil non communiqué, mais ce nombre est minime.

Les **freins à l'inclusion** identifiés lors de l'évaluation finale ont été les suivants :

- ❖ **Les difficultés d'inclusions de patients en profil 1 du fait du recrutement de l'EMNO.** En effet les patients inclus correspondent majoritairement à des profils



- d'obésité sévère et/ou complexe (profils 3, 4, 5). Les patients ayant des situations moins complexes recourent en premier lieu à une prise en charge auprès de professionnels de soins primaires et peu à l'EMNO. Les professionnels expliquent cette situation notamment par le fait que **l'EMNO est une structure de soins spécialisée dans l'obésité bien identifiée sur le territoire comme une structure spécialisée, et les patients adressés sont en priorité des patients sévères et/ou complexes**. Pour le deuxième binôme, composé d'un médecin endocrinologue, les patients qui ont pu être inclus dans le profil 1 (et également le 2), se sont révélés être des patients ayant également un diabète de type de 2 et parfois adressés pour ce motif.
- ❖ **Le rythme d'inclusion était partiellement limité pour le premier binôme par une file active hors expérimentation déjà constituée** et en cours de suivi par la structure. Le deuxième binôme débutant son activité libérale lors de son entrée dans l'expérimentation, cela n'était pas un frein.
 - ❖ **La difficulté à réaliser l'ensemble des consultations prévues dans le suivi notamment les consultations diététique et psychologique, plus fréquentes dans les profils 3 et 5 que dans les profils 1 et 2.** La sur-inclusion dans les profils 3 et 5 a nécessité une réorganisation des plannings de la diététicienne et de la psychologue afin d'assurer tous les suivis. L'équipe et la structure ont néanmoins fait preuve d'agilité dans la réorganisation pour maintenir un rythme d'inclusions soutenu.
 - ❖ La non-atteinte des objectifs d'inclusion pour le profil de chirurgie bariatrique est liée à l'épidémie Covid qui a très fortement limité l'activité chirurgicale des hôpitaux avec la fermeture des blocs. **Le deuxième binôme rapporte avoir fait très peu d'inclusions dans ce profil.** Les données ne permettent pas de distinguer le binôme prenant en charge les patients et donc de préciser cette information rapportée par des données.
 - ❖ La diminution du rythme d'inclusions lors de la 4^{ème} année (66 patients inclus soit 60% des objectifs n'a pas non plus pu être explorée dans les échanges avec les professionnels.

Les sorties d'expérimentation ont concerné 139 patients soit 21,6% des patients. Le maximum de sorties d'expérimentation a été l'année 2022 avec 56 patients sortis d'étude lors de cette année calendaire. **Le délai moyen de suivi avant sortie était de 13,7 mois (écart-type 8,8 mois, durées de participation à l'expérimentation étalées entre 1 et 38 mois).**

L'implication des aidants dans le parcours de soins s'est révélée faible. La prise en charge de l'obésité semble être en premier lieu une démarche individuelle. Lorsque l'entourage est soutenant, cela ne se traduit que rarement par une présence d'accompagnants aux consultations.

d) *Coordination interprofessionnelle*

La coordination professionnelle était basée sur des modalités de communication formelle et informelle détaillées dans le rapport intermédiaire. **La coordination formalisée était basée sur eTICSS tandis que la communication informelle s'appuyait**



principalement sur des échanges informels oraux et sur la messagerie sécurisée partagée entre les professionnels de l'équipe.

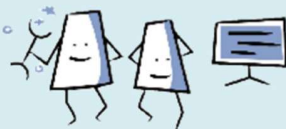
La livraison et mise en fonction opérationnelle du logiciel eTICSS s'est faite dans un second temps de l'expérimentation. Le logiciel a d'abord existé sous forme dégradée avec une saisie via des tableurs de données, puis **sous forme d'un logiciel métier à partir de mars 2022.** Le dossier patient a persisté en parallèle du logiciel métier eTICSS sous forme d'un fichier de traitement de texte par professionnel, chaque professionnel ayant accès au dossier du patient. L'ensemble des professionnels à l'exception d'un a conservé ce fonctionnement sous forme de dossier patient en parallèle du logiciel dédié eTICSS.

Le logiciel eTICSS est utilisé par les professionnels de l'équipe façon différenciée :

- ❖ Au niveau du secrétariat : réalisation de la saisie des informations sociodémographiques des patients et des rendez-vous prévus à l'EMNO.
- ❖ Au niveau IDE, assistant médical, diététicienne et psychologue : Saisie des informations de suivi collectées lors de la consultation médicale sous forme d'une synthèse. Utilisation en parallèle d'un dossier patient sous la forme d'un fichier texte par professionnel de santé, stocké sur un serveur sécurisé, qui correspond au dossier de suivi détaillé du patient.
- ❖ **Au niveau médical : l'utilisation varie fortement d'un binôme à l'autre.** L'un des deux médecins utilise le logiciel eTICSS pour saisir l'ensemble des informations relatives à la consultation médicale sans dossier médical par ailleurs. L'autre binôme n'utilise pas le logiciel lors de ses consultations (saisie assurée par son binôme paramédical).

Plusieurs **freins à l'utilisation du logiciel eTICSS** ont été identifiés :

- ❖ **Son arrivée dans un second temps de l'expérimentation et au sein d'une structure disposant d'une antériorité avec un autre SI a entraîné la consolidation des habitudes de suivi** avec un dossier patient sous forme de fichiers de traitement de texte.
- ❖ Certaines difficultés dans l'expérience utilisateur ont freiné son utilisation du fait du temps nécessaire à son utilisation.
 - **L'absence d'interopérabilité avec le logiciel de gestion des agendas patients** entraîne une double saisie à l'échelle du secrétariat des rendez-vous et des données sociodémographiques des patients.
 - **Les déconnexions automatiques fréquentes en cas d'inactivité** entraînent une perte de temps avec la nécessité de se reconnecter via une identification à deux facteurs.
 - **L'absence d'une fonctionnalité de mémos internes à la structure à destination des autres professionnels** limite également la coordination interprofessionnelle atteinte avec le logiciel.
 - **Enfin la technophilie variable des professionnels** a également freiné l'appropriation du logiciel eTICSS en cours d'expérimentation, avec la volonté de certains professionnels de limiter au maximum l'utilisation d'outils numériques et les temps de saisie de données en consultation pour préserver du temps d'échange. **La double saisie d'informations**



administratives et médicales et le temps nécessaire à cela apparaît alors non acceptable dans la pratique de soins.

Les leviers à l'intégration du logiciel exprimés par les professionnels dans les pratiques sont **les gains dans la coordination interprofessionnelle entraînés par la présence des informations essentielles du suivi sous forme de synthèses des dernières consultations**. Ces synthèses sont perçues de manière ambivalente par les professionnels car cela rajoute une charge de travail de produire une synthèse à destination du dossier eTICSS lors de leur consultation mais apporte en contrepartie une vue d'ensemble rapide du parcours du patient en début de consultation. Le suivi des objectifs fixés par les autres professionnels est ainsi facilité, ainsi que la concordance des discours entre les différents professionnels. L'utilisation du logiciel eTICSS comme logiciel métier par l'ensemble des professionnels pour les patients suivis dans le cadre de l'expérimentation limiterait les temps de double saisie des informations. La disponibilité du logiciel en début de déploiement de l'activité faciliterait l'appropriation du logiciel et la mise en place d'une organisation basée sur celui-ci et non sur les dossiers patients.

Les professionnels s'accordent tous à reconnaître l'utilité d'un logiciel métier comme eTICSS, voire sa nécessité pour la bonne conduite d'un parcours de soins coordonnés comme l'EMNO. Cependant ils sont unanimes sur l'importance de disposer de cet outil dès l'inclusion des patients pour faciliter son intégration dans les pratiques.

e) *Utilisation de la plateforme EMNO_line ou Nuvee*

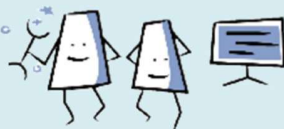
Les données d'utilisation de la plateforme étaient disponibles pour les patients qui ne sont pas sortis de l'expérimentation. Le nombre total de comptes correspond au nombre de patients pour lesquelles des données de suivi sont disponibles et un patient n'apparaissant pas dans la base de donnée de suivi : 638 comptes ont été créés (données de connexion rapportées dans le tableau ci-dessous), ce qui correspond au nombre de patients inclus si l'on ajoute 6 patients pour lesquels un compte n'a pas été créé, soit un total de 644 patients contre 643 patients avec des données de suivi.

Pour les 31 patients dont les comptes ont été supprimés (sortie de l'expérimentation), les données ne sont pas disponibles concernant les parcours effectués, le nombre d'ateliers réalisés et le nombre de connexions.

Concernant les 607 patients avec des comptes créés, les données de connexion et de nombre d'ateliers réalisés n'étaient disponibles **que pour 202 patients sur les 607 comptes créés et non supprimés**.

Les estimations du taux de connexions moyen et le délai de connexion sont donc non représentatives (2/3 des données manquantes).

Concernant le nombre d'ateliers réalisés, les données sont disponibles pour l'ensemble des comptes créés et non supprimés. **348/607 patients (57%) ont réalisé au moins un atelier et 308/607 patients (51 %) ont réalisé deux ateliers ou plus. 59/607 (10 %) des patients avaient réalisé 75% ou plus des ateliers** de leur parcours. Sur les 607 patients inclus, 31 ont effectué un deuxième parcours d'eETP dont 25 un parcours « chirurgie bariatrique ».



Concernant la participation à la communauté de la plateforme et au forum, d'après les données fournies par le porteur, **38/607 patients (6 %) ont participé à la communauté proposée par la plateforme.**

Tableau : Données de connexion à la plateforme Nuvee/Emno_line

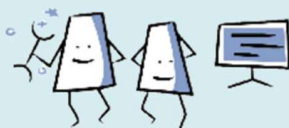
Données de connexion	Total	%
Nombre de comptes créés	638	-
Nombre de comptes supprimés	31/638	5 %
Nombre de comptes actifs	607/638	95 %
Type de parcours effectué (1 ^{er} parcours effectué)	-	-
<i>Nutrition et surpoids</i>	478/607	79 %
<i>Chirurgie bariatrique</i>	125/607	20 %
<i>Post chirurgie bariatrique</i>	4/607	1 %
Nombre de patients ayant effectué un 2 ^{ème} parcours	31/607	5 %
Type de parcours effectué (2 ^{ème} parcours)	-	-
<i>Chirurgie bariatrique</i>	25/31	81 %
<i>L'essentiel sur mon diabète</i>	4/31	13 %
<i>Post chirurgie bariatrique</i>	2/31	6 %
% de patients ayant effectué un atelier ou plus	348/607	57 %
% de patients ayant effectué deux ateliers ou plus	308/607	51 %
% de patients ayant effectué 75% des ateliers ou plus	59/607	10 %

Au cours de l'expérimentation, un usager a été formé au rôle de patient expert. Ce n'est pas un patient inclus dans l'expérimentation EMNO. Cet usager, également impliqué dans des activités associatives en lien avec l'obésité, a bénéficié d'un financement pour le Diplôme Universitaire d'éducation thérapeutique. Après avoir bénéficié de cette formation, il s'est **impliqué dans la modération du forum de la plateforme Nuvee.** Cependant, **cette activité bénévole de modération s'est révélée chronophage, en sus de son activité professionnelle et de son activité associative** et il s'est désengagé progressivement de la modération. Il s'est également impliqué dans la participation à la construction de la plateforme en donnant ses retours sur les différents ateliers proposés.

Suite à la formation de ce premier patient, il n'y a pas eu d'autre patient expert formé et impliqué dans le parcours EMNO.

Les **freins** rapportés par les professionnels et le patient expert à l'implication des patients experts dans le parcours sont :

- ❖ La **difficulté d'identifier des personnes dont le profil correspond** (usager concerné et disposant du temps nécessaire à sa formation puis à son implication dans le parcours)



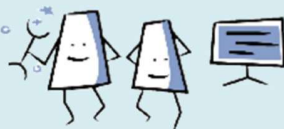
- ❖ Le **décal important entre le repérage d'un patient expert potentiel et son opérationnalité** lié au délai d'obtention des financements pour la formation de patient expert et la durée de formation.
- ❖ Les **contraintes extérieures** (activité professionnelle, événements de vie personnelle, autres engagements sur la thématique de l'obésité) **qui limitent le temps disponible** pour l'implication du patient expert dans l'EMNO, d'autant plus que cette implication est réalisée bénévolement.
- ❖ Le **temps nécessaire à la modération**, de l'ordre de quelques heures dans la semaine pour la lecture des nouveaux messages, la vérification de leur conformité avec les règles du forum, et la préparation d'une réponse adéquate.

Les **leviers** potentiels identifiés avec les professionnels et le patient expert à l'implication des patients experts dans le parcours sont :

- ❖ La **formation de plusieurs patients experts afin de créer une communauté de patients experts, et de diminuer la charge de travail** liée à cette fonction pour chacun d'entre eux (par exemple les patients pourraient se relayer pour faire une semaine de modération par mois sur le forum).
- ❖ **Impliquer les patients experts dans d'autres parties du parcours de soins.** Par exemple, mettre en place des prises en charge collectives avec des groupes de parole et des ateliers thématiques avec co-animation par le patient expert et un professionnel de santé.
- ❖ La **rémunération de l'activité de patient-expert** serait un levier pour engager et maintenir des patients experts dans leur rôle et notamment dans la modération du forum de la plateforme.

L'utilisation de la plateforme Nuvee/EMNO_line par les aidants/accompagnants s'est également révélée marginale. Les patients interrogés rapportent pour certains avoir proposé à leur entourage d'accéder à la plateforme Nuvee/Emno_line. Certains patients rapportent que leur entourage n'a pas donné suite tandis que d'autres rapportent une utilisation de la plateforme pour la réalisation de quelques ateliers par leur aidant principal.

Il était prévu au cahier des charges la possibilité de créer un accès à la plateforme Nuvee aux aidants en faisant la demande. En pratique, les aidants qui ont accédé à la plateforme l'ont fait en utilisant les codes de la personne dont ils étaient l'aidant, sans faire la démarche d'obtenir des codes. Il est donc difficile de mesurer l'utilisation de la plateforme par les aidants.



B. Efficacité

Population atteinte : On y observe un sex ratio femmes/hommes de 3,6 tous profils confondus. Ce sex ratio est croissant entre le profil 1 (1,1), les profils 3-3bis-4 (4 environ) et le profil 5 (9,2). La distance entre le domicile des patients et l'EMNO était inférieure à 10km pour 33 patients, entre 10 et 49 km pour 44 patients, entre 50 et 100km pour 25 patients et de plus de 100km pour 8 patients. Le poids moyen des patients à l'inclusion était de 109.8kg et l'IMC moyen était de 36.9kg/m². Plus de 25% des patients avaient un IMC supérieur à 40kg/m² à l'inclusion.

Efficacité – paramètres anthropométriques : La perte de poids moyenne a deux ans de prise en charge était de 11 kg, soit 9 % du poids en début de prise en charge. La perte de poids était plus importante pour les profils 4, patients bénéficiant d'une chirurgie bariatrique. Les profils 3bis ne sont pas représentés car la mise à disposition du traitement courant 2022 ne permettait pas d'avoir 2 ans de suivi exclusifs au sein de ce profil. La perte de poids était supérieure à 5% pour les profils 2 et 3 tandis qu'elle était non significative pour les obésités de type 1 et le profil TCA (inférieure à 2%).

Efficacité – Qualité de vie : Les patients rapportent pour une majorité (75 % des répondants à l'enquête) une amélioration de leur qualité de vie au décours de leur prise en charge. Cette observation est convergente avec les propos déclarés en entretien.

Qualité des soins - Expérience et satisfaction patient : Les patients expriment une satisfaction globale vis-à-vis de la prise en charge élevée (satisfaction \geq 8/10 pour 70% des répondants).. Pour la majorité des patients, c'est l'absence de reste à charge qui a levé la principale barrière d'accès aux soins, la barrière financière

Qualité des soins – Expérience et satisfaction des professionnels : Les professionnels sont satisfaits du mode d'exercice proposé par ces parcours et du niveau de coordination atteint. L'enchaînement des consultations avec des professionnels différents **lors d'une même venue permettent de faire gagner du temps**. Les **consultations avec les infirmières**, qui sont centrales et les plus nombreuses dans le parcours des patients, **allègent les consultations des autres professionnels**.

Les professionnels ont fait part de leur satisfaction vis-à-vis d'EMNO_line (devenu Nuvee depuis) et des contenus que cette plateforme propose. En revanche, la plupart des professionnels rapportent des difficultés avec le fait d'intégrer la plateforme à leurs consultations : 1) Les patients sont renvoyés vers la plateforme en cas de questions, de sorte que les contenus mêmes de la plateforme étaient très peu discutés en consultation. 2) Cette situation est renforcée par des durées de consultation relativement limitées

Les professionnels ont rapporté une visibilité limitée par moment sur les usages qu'ont les patients de la plateforme, en dehors des patients de chirurgie bariatrique. Sur ce parcours, l'intérêt de la plateforme fait consensus chez les professionnels et les patients interrogés. Pour les autres profils de patients, les avis divergent.



Les professionnels sont ambivalents dans leur rapport à l'absence de reste à charge. Cependant les professionnels s'accordent sur le fait que les patients pris en charge dans le cadre de l'Article 51 ont un absentéisme nettement plus marqué que la patientèle non A51. Plusieurs raisons invoquées : l'absence de reste à charge, le désinvestissement des patients dans le temps et la possibilité de reprogrammer plus rapidement le rendez-vous dans l'expérimentation. Nous pouvons également évoquer l'accès à la prise en charge d'une population plus précaire que la population hors Article 51, qui est potentiellement soumise à des contraintes externes plus importantes.

1. Conclusions du rapport intermédiaire

a) Qualité de la prise en charge

La construction du parcours, particulièrement **l'enchaînement des consultations avec des professionnels différents lors d'une même venue permettaient de faire gagner du temps et d'améliorer la prise en charge, selon les professionnels interrogés.**

Les consultations avec les infirmières, qui sont centrales et les plus nombreuses dans le parcours des patients, allègent les consultations des autres professionnels. Lors de ces consultations, les infirmières réalisent des mesures anthropométriques (poids, taille, tour de taille et de hanche) et font un bilan de la situation sociale et des besoins de prise en charge des patients.

La réalisation des mesures anthropométriques permet de faciliter la tâche des médecins, car ce sont des données dont ils ont besoin pour proposer un suivi (voire un traitement) adapté au patient. Le fait que ces mesures soient réalisées avant la consultation médicale leur assure un gain de temps médical. De plus, les discussions entre l'infirmière et le patient permettent, par exemple, d'identifier des points sur lesquels la psychologue pourra s'attarder dans son entretien avec le patient. L'apport de l'infirmière n'est pas que « quantitatif » pour décharger les autres professionnels. En effet, la perception que les patients ont de leur rôle crée un lien particulier qui les amène à parler d'eux plus facilement qu'avec un médecin, par exemple.

Ce rôle central de la consultation infirmière dans le parcours des patients ne se fait pas au détriment de la place des médecins. Ces derniers restent responsables de la prise en charge des patients et sont sollicités par les infirmières en cas de besoin. Ainsi lorsque des patients ont des questions qui sortent du champ de compétence des infirmières, ces dernières les redirigent vers les médecins. C'est le cas notamment pour les patients souffrant de problèmes hormonaux et qui ont des difficultés avec leur traitement ou si des situations problématiques sont identifiées pour les patients de chirurgie bariatrique¹.

b) Utilisation de la plateforme EMNO_line/Nuvec

Les professionnels ont fait part de leur grande satisfaction vis-à-vis d'EMNO_line (devenu Nuvec depuis) et des contenus que cette plateforme propose.

¹ L'un des binômes médecin/infirmière dispose d'un protocole de coopération qui prévoit une délégation à l'infirmière de certains actes pour le suivi des patients de chirurgie bariatrique. L'infirmière peut analyser des résultats de biologie et prescrire des vitamines aux patients.



En revanche, la plupart des professionnels rapportent des difficultés avec le fait d'intégrer la plateforme à leurs consultations. Les freins à cette intégration sont de deux ordres.

Le premier tient dans l'esprit même d'EMNO_line. Conçue comme un outil d'éducation thérapeutique pour le patient, la plateforme vise essentiellement à transmettre des connaissances. Les patients sont ainsi renvoyés vers la plateforme en cas de questions ou si des points abordés en consultations sont à approfondir, de sorte que **les contenus mêmes de la plateforme étaient très peu discutés en consultation.**

Cette situation est renforcée par des durées de consultation relativement limitées. Si cela n'empêche pas de maintenir la qualité des consultations et de la prise en charge globale, les professionnels rapportaient qu'il arrivait régulièrement qu'ils ne disposent pas du temps nécessaire pour faire un bilan sur les avancées des patients sur les modules d'EMNO_line/Nuvec. **Les professionnels ont rapporté une visibilité limitée par moment sur les usages qu'ont les patients de la plateforme, en dehors des patients de chirurgie bariatrique.**

Enfin, le changement d'outil en cours d'expérimentation (Emno_line initialement, puis Nuvec) a constitué un frein dans l'appropriation de l'outil pour les professionnels qui avaient ancré des habitudes d'usage.

2. Evaluation finale

a) Accès aux soins : Population atteinte par l'EMNO

Sur l'ensemble de l'expérimentation, 643 patients ont été inclus. Les données individuelles extraites d'eTICSS permettent de caractériser cette population (tableaux ci-dessous).

Pour rappel, les profils des patients étaient une obésité de profil 1 pour 73 patients (11% des 643 patients), de profil 2 pour 109 patients (17%) et de profil 3 et 3bis pour 194 patients (30%). Les patients avec un profil 4-chirurgie bariatrique représentaient 111 patients (17%) et les patients avec un profil 5-TCA représentaient 156 patients (24%).

Le poids moyen des patients à l'inclusion était de 109.8kg kg et l'IMC moyen était de 36.9kg/m², témoignant d'une population atteinte en situation d'obésité sévère. Plus de 25% des patients avaient un IMC supérieur à 40kg/m² à l'inclusion.

Les données individuelles ne permettant pas de caractériser le sexe et l'âge de la population atteinte, celles-ci ont été communiquées sous forme agrégée par l'EMNO. **On y observe un sexe ratio femmes/hommes de 3,6 tous profils confondus. Ce sex ratio est croissant entre le profil 1 (1,1), les profils 3-3bis-4 (4 environ) et le profil 5 (9,2).**

De la même façon, les données ne permettaient pas de caractériser la situation sociale des patients, les antécédents médicaux et les comorbidités.

Les données de situation socioprofessionnelle et de comorbidité étaient collectées lors de l'expérimentation mais n'étaient pas exportables via le système d'information eTICSS. Les données ci-dessous avaient néanmoins été présentées dans le rapport intermédiaire pour un effectif proche de la moitié de l'effectif total de patients.

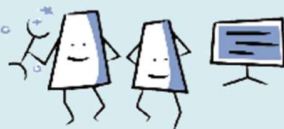


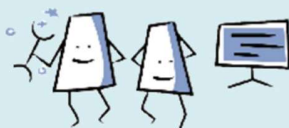
Tableau : Catégorie socio-professionnels des patients accueillis à l'EMNO jusqu'en avril/mai 2021

Catégorie socio-professionnelle	Nombre de patients	Taux
Agriculteurs exploitants	1	0,3 %
Artisans, commerçants et chefs d'entreprise	20	5,5 %
Cadres et professions intellectuelles supérieures	42	12 %
Professions intermédiaires	21	6 %
Employés	161	44 %
Ouvriers	15	4 %
Retraités	29	8 %
Autres personnes sans activité professionnelle	75	21 %
TOTAL	364	100 %

Les données concernant la qualité de vie (questionnaire SF-36 n'étaient pas exploitables en l'absence de dictionnaire des variables spécifiant le codage des réponses au questionnaire et du fait du délai restreint entre la mise à disposition des données et la remise du rapport ne permettant pas de reconstituer le dictionnaire des variables.

Tableau : Caractéristiques des patients à l'inclusion dans l'expérimentation (données eTICSS sur toutes les années d'inclusion).

		Tous profils	Profil 1	Profil 2	Profil 3	Profil 3bis	Profil 4 Chirurgie bariatrique	Profil 5 TCA
Poids initial (kg) (n=640)	Moyenne	109,1	98,0	98,7	113,7	118,7	122,8	105,5
	Ecart-type	22,0	15,1	17,3	20,2	37,2	23,9	20,1
Poids maximal atteint (kg) (n=631)	Moyenne	112,2	100,6	100,0	117,3	119,0	128,0	108,4
	Ecart-type	23,0	15,7	17,2	20,3	33,7	26,6	20,5
IMC à l'inclusion (kg/m²) (n=641)	Moyenne	39,4	34,7	35,5	41,4	43,5	43,9	38,4
	Ecart-type	6,9	3,6	4,7	6,4	8,2	7,0	7,0
IMC maximal (kg/m²) (n=630)	Moyenne	40,5	35,6	36,0	42,5	43,7	45,7	39,4
	Ecart-type	7,3	4,0	4,6	6,3	7,2	8,2	7,1
Tour de taille (en m) (n=498)	Moyenne	1,1	1,1	1,1	1,2	1,2	1,3	1,1
	Ecart-type	0,2	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2	0,1
Rapport tour de taille/tour de hanche (n=50)	Moyenne	0,9	0,8	0,9	0,9	0,9	1,0	0,9
	Ecart-type	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0	0,1
Masse grasse en kg (impédancemétrie)	Moyenne	49,7	40,5	43,0	52,8	60,2	60,0	49,8
	Ecart-type	13,5	7,9	8,5	12,0	20,2	17,1	12,4
	Moyenne	28,0	28,9	26,1	28,6	28,6	31,0	26,6



Masse musculaire en kg (impédancemétrie)	Ecart-type	7,0	7,7	6,7	6,5	10,2	7,8	5,7
--	------------	-----	-----	-----	-----	------	-----	-----

Tableau : Caractéristiques des patients inclus dans l'expérimentation (données agrégées fournies par les porteurs).

Caractéristiques	Tous profils	Par profil à l'inclusion					
		1	2	3	3bis	4	5
Effectifs analysés	658	74	114	160	32	115	163
Sexe, n							
Femmes	516	38	85	128	26	92	147
Hommes	142	36	29	32	6	23	16
Sex ratio F/H	3,6	1,1	2,9	4	4,3	4	9,2
Age (ans), n							
[18-28]	101	5	9	22	12	22	31
[29-39]	182	19	31	42	8	39	43
[40-50]	169	15	34	43	6	28	43
[51-61]	135	24	20	39	0	21	31
[62-72]	66	10	20	13	4	5	14
[73-83+]	5	1	0	1	2	0	1

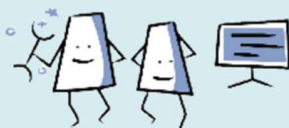
Concernant l'accessibilité géographique, la distance entre le domicile des patients et l'EMNO : les patients ayant répondu au questionnaire de satisfaction, **la distance entre le domicile des patients et l'EMNO était inférieur à 10km pour 33 patients, entre 10 et 49 km pour 44 patients, entre 50 et 100km pour 25 patients et de plus de 100km pour 8 patients.** Un recrutement au-delà du bassin de population de Dijon est observé.

b) Amélioration de la qualité de vie

Concernant les 110 patients ayant répondu au questionnaire de satisfaction, l'amélioration de leur qualité de vie était explorée via une échelle de Likert. A l'affirmation « Ma qualité de vie est meilleure depuis mon intégration dans le protocole EMNO », 53/110 patients (48 %) étaient tout à fait d'accord, 30/110 patients (27 %) étaient d'accord, 17/110 patients (15 %) étaient ni d'accord ni pas d'accord, 7/110 patients (6 %) n'étaient pas d'accord et 3/110 patients (3 %) n'étaient pas du tout d'accord.

Les patients rapportent donc pour une majorité (75%) une amélioration de leur qualité de vie au décours de leur prise en charge.

En entretien, si la qualité de vie n'était pas évoquée directement par les patients, les bénéfices rapportés suggéraient une augmentation de leur qualité de vie : augmentation de la mobilité (gestes quotidiens, par exemple arriver à croiser les jambes), amélioration de l'estime de soi, diminution de la culpabilité, une diminution des compulsions alimentaires et de la culpabilité associée, une perception d'un gain d'autonomie dans les habitudes de vie (évolution des habitudes alimentaires, planification des repas, activité physique).



c) *Efficacité du parcours sur les paramètres anthropométriques*

Concernant les mesures anthropométriques, la perte pondérale observée lors des parcours a pu être estimée à deux ans pour les patients ayant complété 2 années de suivi ou plus. Les résultats sont présentés dans le tableau ci-dessous.

La perte de poids moyenne a deux ans de prise en charge était de 11 kg (écart-type de 17kg), soit 9 % (écart-type de 14%) en moyenne du poids en début de prise en charge.

La perte de poids était plus importante pour les profils 4, patients bénéficiant d'une chirurgie bariatrique. Les profils 3bis ne sont pas représentés car la mise à disposition du traitement courant 2022 ne permettait pas d'avoir 2 ans de suivi sur un nombre suffisant d'observations.

La perte de poids était supérieure à 5% pour les profils 2 et 3 tandis qu'elle était non significative pour les obésités de type 1 et le profil TCA (inférieure à 2%).

Malheureusement, ces résultats ne peuvent être confrontés à l'évolution de la qualité de vie par profil mesurée par le questionnaire SF-36 (résultat qui compte pour le patient), dont la détérioration est le motif le plus fréquent de demande de soin.

Concernant le profil TCA, profil le plus complexe d'une part et profil pour lequel un recours à l'infirmier et au psychologue inférieur au panier de soins prévu a été observé d'autre part, il est possible que la durée de 2 ans de suivi ne permette pas d'objectiver une évolution significative des paramètres anthropométriques. D'autres critères de succès de la prise en charge sont également attendus dans ce profil, notamment vis-à-vis du comportement alimentaire sur le plan psychologique.

Concernant les profils 2 et 3, la perte observée est conforme à la perte attendue pour les prises en charge médicales (environ 5%, seuil auquel on considère qu'il y a une amélioration des comorbidités et de la mortalité).

Pour l'obésité 1 (moins sévère), la stabilisation du poids pour limiter les évolutions vers des obésités plus sévères est également un attendu.

A noter qu'**on observe des écart-types élevés** associés à la perte de poids moyenne en kilogrammes et aux pourcentages de perte de poids moyen. Cela indique une dispersion élevée autour de la moyenne des valeurs observées dans les échantillons analysés, et donc **une grande variabilité dans l'évolution des paramètres anthropométriques.**

A noter également que plusieurs études ont démontré l'impact du confinement covid sur la prise de poids. Ces pertes de poids décrites chez les patients de l'EMNO se sont faites dans ce contexte défavorable pour la santé mentale et le poids.

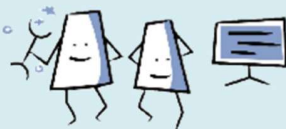


Tableau : Evolutions des paramètres anthropométriques à 2 ans du début de la prise en charge (résultats exprimés sous la forme moyenne (écart-type))

Profil en cours a 2 ans	Perte de poids en kg			Pourcentage de perte de poids			perte d'IMC en kg/m ²			Perte de tour de taille en cm		
	N	Moyenne	Ecart-type	N	Moyenne	Ecart-type	N	Moyenne	Ecart-type	N	Moyenne	Ecart-type
Obésité 1	21	-1,4	6,3	21	-1,4	6,2	21	-0,6	2,3	17	-4,2	7,2
Obésité 2	42	-6,0	10,4	42	-6,0	9,7	42	-2,1	3,8	15	-5,3	5,3
Obésité 3	50	-8,0	11,2	50	-6,9	9,2	50	-2,7	5,2	26	-8,9	13,6
Chirurgie bariatrique	53	-30,5	17,1	53	-24,7	13,4	53	-10,1	8,2	40	-25,8	14,4
TCA	50	-1,7	12,4	50	-1,1	11,0	50	-0,8	4,5	31	-3,6	11,9
Total	216	-11,0	17,0	216	-9,2	14,0	216	-3,8	6,8	129	-11,8	15,3

d) *Maintien en suivi*

Un des enjeux de cette prise en charge au long cours est de maintenir les patients dans un suivi actif. Globalement, toutes années d'inclusion et profil confondus, la durée de suivi moyenne (écart-type) est de 20 (12) mois. Cette durée de suivi moyenne est plus importante dans le profil 4-chirurgie bariatrique (25 mois).

95% des 504 patients avec un suivi en cours à l'EMNO ont eu un dernier contact avec l'EMNO conforme à l'avancée de leur parcours (on observe bien un contact en 3^{ème} année de suivi pour un patient en 3^{ème} année de suivi par exemple). Les tableaux suivants détaillent cette progression réelle des patients (selon la date rapportée de la dernière venue au sein de l'EMNO) par rapport à leur progression attendue dans leur parcours de 5 ans. La progression attendue est estimée d'après leur date d'inclusion (T0 considéré).

Nous disposons des données de suivi eTICSS entre le lancement des inclusions jusqu'au 01/07/2023 (date de point commune à tous les patients). Pour chaque patient, nous avons calculé les dates de clôture attendues de la 1^{ère}, 2^{ème}, 3^{ème} et 4^{ème} année de suivi (avec une marge de 1 mois afin de prendre en compte les difficultés d'organisation des consultations clôturant une année de suivi).

Exemple : Un patient inclus le 15/02/2022 par exemple n'a eu l'opportunité de compléter qu'une année de suivi au 01/07/2023. La date de clôture de la 1^{ère} année de suivi considérée était le 15/03/2023. Pour ce patient, nous avons alors vérifié qu'une dernière date de consultation était bien rapportée ≤ le 15/03/2023 (1^{ère} année de suivi considérée comme en cours) ou après fin mars 2023 (on considère alors que le patient a entamé sa seconde année de suivi).

Les résultats sont détaillés pour les 504 patients en cours de suivi à l'EMNO par année de suivi (non sortis de l'expérimentation) :



Non sortis d'XP n=504	Année(s) théoriquement complétée(s)	Dernier contact observé avec l'EMNO				TOTAL
		Durant la 1ère année	Durant la 2ème année	Durant la 3ème année	Durant la 4ème année	
	0 (1ère année de suivi en cours)	30	NA	NA	NA	30
	1ère	55	67	NA	NA	122
	2ème	9	120	82	NA	211
	3ème	1	14	80	46	141
	Vus au-delà de la clôture d'une année de suivi	225 (44,6%)	Patients maintenus en suivi			
	Vus durant leur année de suivi, avant sa clôture	255 (50,6%)				
	Retards dans le suivi, Non vus durant leur année de suivi attendu	24 (4,8%)			Patients non maintenus en suivi régulier	

e) Qualité des soins : Expérience - Satisfaction des patients

L'expérience et la satisfaction des patients ont été explorées lors des entretiens réalisés auprès de 9 patientes. Elle a également été explorée par un questionnaire adressé par mail à l'ensemble des patients pris en charge avec un taux de retour de 17 % (110/643).

(1) Prise en charge globale

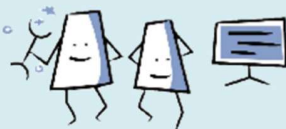
Les patients expriment une expérience-satisfaction globalement positive vis-à-vis de la prise en charge élevée.

Le questionnaire de satisfaction a montré que 77/110 patients ont une **satisfaction supérieure ou égale à 8/10 soit 70% des répondants**. A l'affirmation selon laquelle la prise en charge globale de l'EMNO était adaptée, 74/110 patients soit 85,4% des patients étaient d'accord ou tout à fait d'accord.

En entretien, les motifs d'expérience et de satisfaction positives les plus saillants étaient la **bienveillance** et **l'absence de jugement des professionnels** de santé, **l'accompagnement pluridisciplinaire**, la **prise en charge** par une équipe coordonnée, la **communication entre les professionnels**, **l'absence de reste à charge**, la **durée prolongée du suivi**, **l'accès à la plateforme numérique Nuvee**. Les patients interrogés mettaient en avant des bénéfices sur la qualité de vie, l'efficacité pondérale ou encore leur autonomie.

Lors des entretiens, les retours concernant la prise en charge globale étaient les suivants :

- ❖ **Prise en charge pluridisciplinaire** : L'approche pluridisciplinaire de l'EMNO est largement appréciée par les patients. Ils soulignent l'importance des consultations avec des professionnels tels que les diététiciens, les infirmiers et les psychologues, qui offrent un soutien complet pour aborder les aspects physiques et psychologiques de l'obésité.
- ❖ **Accueil bienveillant** : Les patients ont apprécié l'accueil bienveillant et non jugeant de l'équipe de l'EMNO, qui contraste avec leurs expériences passées avec



d'autres professionnels de santé. Cela crée un environnement de soutien et de confiance, propice à un changement positif.

- ❖ **Accessibilité et organisation** : L'accessibilité géographique et les horaires de l'EMNO ont été notés positivement par la plupart des patients, malgré les contraintes de trajet pour certains. La planification anticipée des rendez-vous, la flexibilité et la coordination entre les professionnels sont des aspects qui contribuent à une facilité d'accès au dispositif.
- ❖ **Approche personnalisée** : Les patients ont particulièrement apprécié l'approche individualisée de l'EMNO, qui prend en compte leurs antécédents médicaux, leurs préférences alimentaires et leurs spécificités liées à leur histoire et à leur profil d'obésité. Cette personnalisation les aide à se sentir compris et pris en charge de manière globale.

(2) Durée de suivi et nombre de consultations

En entretien, les patients s'estimaient globalement satisfaits du suivi prolongé. Certains patients exprimaient le souhait de voir ce suivi prolongé au-delà de l'expérimentation et s'inquiétaient de leur devenir à l'issue de celle-ci. D'autres envisageaient un espacement progressif du suivi vers l'autonomisation.

Le nombre de consultations réalisées avec les différents professionnels était considéré comme adapté par environ 70 % des patients (patients d'accord et tout à fait d'accord).

(3) Plateforme Nuvee

Les retours sont variables (en entretien). Les patients expriment dans l'ensemble un intérêt pour la plateforme et la pertinence des thématiques abordées. La satisfaction vis-à-vis de la plateforme était également explorée par plusieurs questions du questionnaire de satisfaction :

- ❖ Niveau de connaissance : 73/110 patients (66 %) étaient d'accord ou tout à fait d'accord avec le fait que le **niveau de connaissance était adapté**. Seuls 6 patients (5 %) estimaient que le niveau de connaissances n'était pas adapté.
- ❖ **Utilité du temps passé sur la plateforme** : 58/110 patients (53 %) estimaient que le temps passé avait été utile. 64/110 patients (58 %) estimaient que la plateforme les avait aidés dans la compréhension de la maladie, 60/110 patients (55 %) estimaient que la plateforme les avait aidés dans la compréhension de leur parcours de soins, 27/110 (25 %) **que la plateforme avait renforcé leur motivation**. 27/110 patients (25 %) **n'étaient pas d'accord ou pas du tout d'accord avec le fait que la plateforme avait renforcé leur motivation**.
- ❖ Evocation de la plateforme en consultation : 27/110 patients (25 %) **étaient d'accord ou tout à fait d'accord avec le fait que leur progression était évoquée en consultation**, tandis que 32/110 (29 %) patients n'étaient pas d'accord ou pas du tout d'accord.

Les patients rapportent des freins à l'utilisation de la plateforme :

- ❖ **Temps nécessaire à la réalisation des ateliers**, qui apparaît en concurrence avec des contraintes personnelles (vie familiale, suivi médical autre, temps nécessaire à la pratique de l'activité physique) et professionnelles.



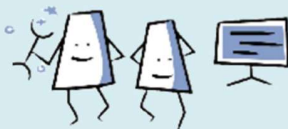
- ❖ **Adhérence variable au format numérique, et aux modalités pédagogiques.** Les patients rapportent une clarté du contenu avec un niveau d'information accessible, cependant une partie d'entre-eux n'ont pas réussi à suivre les ateliers (voix robotique humanisée, format de type « exposé des connaissances »).
- ❖ **Dans l'ensemble ils rapportent des connexions principalement dans la première année.** Certains expriment le souhait de réaliser à nouveau les parcours ou certains ateliers seulement, à distance du premier visionnage, sans avoir réussi à se dégager le temps nécessaire à leur réalisation.

Les motifs de satisfaction exprimés en entretien vis-à-vis de la plateforme sont :

- ❖ La plateforme en ligne **Nuvee est considérée comme un complément important aux consultations**, même si le parcours est asynchrone entre les consultations et la plateforme. La plateforme contribue à l'apprentissage, à la consolidation des connaissances et à l'évaluation de la compréhension.
- ❖ Les patients apprécient les modules informatifs, les quizz et les fiches récapitulatives.
- ❖ **La dimension informative de la plateforme et la variété des informations disponibles** permettant de répondre à leurs questions pour les patients ayant oublié de poser des questions en consultation ou n'ayant pas osé.
- ❖ **Les quizz d'auto-évaluation** permettant d'estimer l'assimilation des informations et des concepts
- ❖ **La déconstruction d'idées reçues** sur l'obésité et les régimes entraînant une déculpabilisation.
- ❖ **Le forum est également mis en avant par les patients**, avec un espace pour poser leurs questions, pour lire les questions des autres et les réponses apportées par les patients et les modérateurs et également pour s'inspirer des recettes proposées par les patients sur le forum.

Le graphique suivant représente la satisfaction rapportée concernant la plateforme Nuvee. La légende est la suivante :

- Sans réponse
- Pas du tout d'accord
- Pas d'accord
- Ni d'accord ni pas d'accord
- D'accord
- Tout à fait d'accord



Concernant la plateforme Nuvee/Emno_line (Q9)

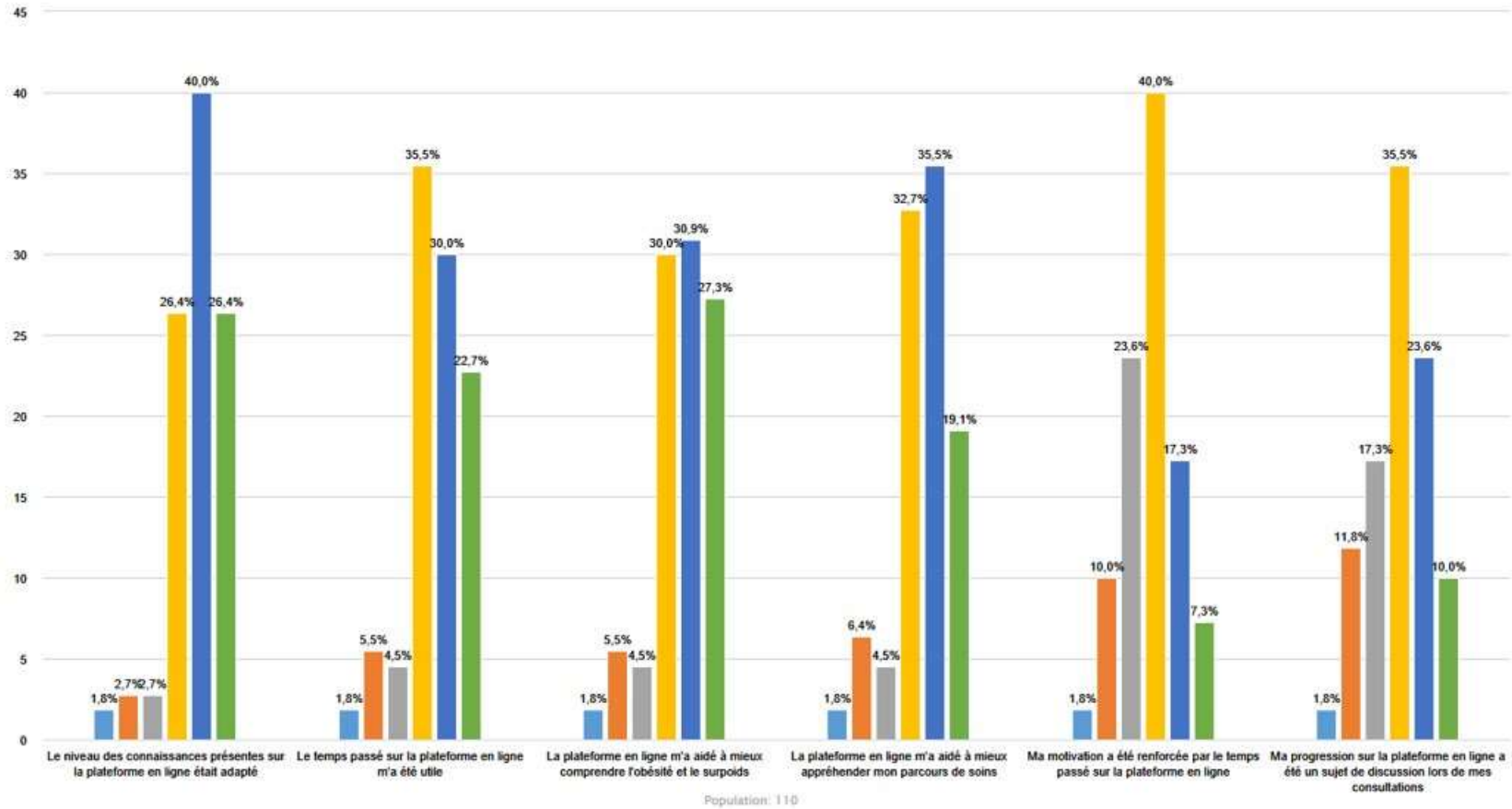


Figure : Satisfaction des patients vis-à-vis de la plateforme numérique Nuvee (échelle de Likert)

(4) Absence de reste à charge pour les patients

L'absence de reste à charge pour les patients était un point important en entretien, exprimé spontanément par les patients qui n'auraient pas été en mesure de financer la prise en charge ou qui ne se seraient pas autorisés à financer la prise en charge de leur obésité. **Pour la majorité des patients, c'est l'absence de reste à charge qui a levé la principale barrière d'accès aux soins, la barrière financière.**

Une patiente estime qu'elle aurait pu financer d'elle-même la prise en charge, mais n'est pas certaine qu'elle aurait fait. Les patients semblent *intérioriser* des barrières d'accès à une prise en charge de l'obésité (*intériorisation* de préjugés liés à l'obésité : ne se sentent pas capable d'agir, se sentent responsables voir coupables de leur obésité, pensent que ces dépenses seraient superflues car ils pourraient « bouger plus et manger moins » sans accompagnement). Pour ces différentes raisons, les patients ayant la capacité financière ne souhaitent pas faire assumer le coût financier d'une prise en charge multidisciplinaire à leur foyer. La gratuité de cette prise en charge facilite la mise en soins de ces patients qui « *s'encapacitent* » et s'autonomisent au cours de la prise en charge.

Le questionnaire de satisfaction montre que parmi les répondants, **80% étaient tout à fait d'accord avec le fait que la prise en charge financière intégrale leur était utile.**

Seuls 9 % des patients sont tout à fait d'accords avec le fait qu'ils auraient pu bénéficier de la même prise en charge en l'absence de prise en charge financière, et 21 % des patients sont d'accord avec cette affirmation. 56 % des patients ne sont pas d'accord ou pas du tout d'accord avec le fait qu'ils auraient pu bénéficier la prise en charge.

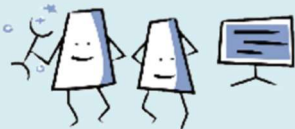
f) Satisfaction des professionnels

(1) Exercice pluridisciplinaire coordonné

Les professionnels sont satisfaits du mode d'exercice proposé par ces parcours. La coordination interprofessionnelle était déjà très présente en amont de l'expérimentation. Cependant l'expérimentation permet **une intervention plus régulière de la diététicienne et de la psychologue** dans le parcours coordonné. L'outil numérique eTICSS, dont l'intégration dans la prise en charge n'a été que tardif, facilite le suivi des objectifs fixés par le patient avec les autres professionnels et améliore ainsi la coordination interprofessionnelle. Les séquences de soins coordonnées lors d'une même venue (enchaînement de deux voire 3 consultations) améliorent également la coordination des professionnels avec des échanges formels via eTICSS et des échanges informels oraux.

Les professionnels sont globalement satisfaits de la coordination. Certains professionnels estiment que l'organisation de réunions d'équipes réunissant l'ensemble des professionnels permet d'améliorer encore la coordination afin de discuter de dossiers difficiles, ou d'échanger sur l'amélioration des pratiques. Cependant il existe deux principaux freins à l'organisation de réunions d'équipe régulières :

- les professionnels n'étant présents dans la structure qu'à temps partiel, cela entraîne des difficultés organisationnelles pour trouver un créneau horaire convenant à tous.
- Ces temps de réunion n'étant pas rémunérés, ils se feraient au détriment du temps de consultations.



(2) Profils proposés et durée de suivi

Ces éléments sont détaillés dans l'étude du passage à l'échelle et de la transférabilité de l'organisation expérimentée.

(3) Plateforme Nuvee

L'intégration de la plateforme Nuvee dans le parcours de soins est faite principalement par un binôme médecin/IDE. Ces professionnels questionnent régulièrement les patients sur leur progression sur la plateforme.

Les autres professionnels n'abordent pas ou rarement les avancements des patients sur la plateforme. Pour ces professionnels, ils identifient l'intérêt de la plateforme en priorité pour les patients dans une démarche de chirurgie bariatrique.

Les professionnels font part d'une satisfaction globale vis-à-vis de la plateforme Emno_line/Nuvee pour une majorité.

L'intérêt de la plateforme fait surtout **consensus** chez les professionnels et les patients interrogés **dans le parcours d'accompagnement à la chirurgie bariatrique.** En effet les patients en cours de préparation pour une chirurgie et dans les mois suivant celle-ci sont en recherche d'informations concernant les habitudes de vie et le suivi nutritionnel avant et après la chirurgie.

Pour les autres profils de patients, les avis divergent. L'approche individuelle, les informations d'un **niveau parfois élevé, la terminologie médicale et les modalités pédagogiques** sont mises en avant comme des freins par certains patients et certains professionnels. Pour les patients dont l'activité professionnelle se fait sur un poste informatique, le **support numérique et le temps d'écran supplémentaire sont également des freins.**

Un professionnel rapporte utiliser la plateforme pour se former sur l'approche globale en nutrition, avec un **niveau de connaissance proposé considéré comme adapté pour un professionnel de santé ou apparenté** non familier avec le domaine de la nutrition. Un autre professionnel rapporte qu'il aimerait se former sur l'approche globale sur les thématiques dont il n'est pas le spécialiste, mais ne dispose pas du temps nécessaire.

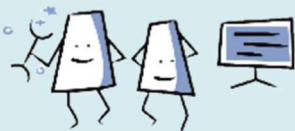
(4) Forfaits et rémunération

Pour les professionnels salariés, ils n'ont pas d'avis sur les forfaits n'étant pas concernés par la comptabilité générale de l'expérimentation qui relève de la SCM EMNO. La rémunération salariée perçue dans le cadre de l'expérimentation par les professionnels (diététicienne, psychologue, IDE et faisant fonction d'IDE) n'a pas été un motif de revendication des professionnels.

Concernant les modalités de facturation, celles-ci n'ont pas soulevé de remarque particulière. La facturation était assurée par le chef de projet.

Pour les médecins, les forfaits proposés sont perçus différemment. L'équilibre financier au long cours de cette activité nécessiterait pour les deux médecins une revalorisation en raison de l'augmentation des coûts de RH et des charges élevées (de différente nature selon le médecin interrogé).

La complexité du modèle de financement est reprise dans la partie suivante dédiée à l'efficience.



(5) Gratuité de la prise en charge pour les patients

Les professionnels sont ambivalents dans leur rapport à l'absence de reste à charge pour les patients. Les avantages exprimés en entretien rejoignent ceux exprimés par les patients :

- ❖ Garantir l'accès aux patients à une prise en charge pluridisciplinaire comprenant des consultations diététiques et psychologiques à l'ensemble des patients sans concession faite sur une partie de la prise en charge
- ❖ Permettre une prise en charge prolongée dans le temps, avec un suivi sur plusieurs années

Cependant les professionnels s'accordent sur le fait que les patients pris en charge dans le cadre de l'Article 51 ont un absentéisme nettement plus marqué que les patients pris en charge en dehors de l'Article 51. Cet absentéisme est mis en lien par les professionnels avec l'absence de reste à charge qui déresponsabilise les patients. Les causes de cet absentéisme sont probablement plurielles, et d'autres causes ont été évoquées précédemment.



C. Efficience

Prestations réalisées versus les paniers de soins prévus :

- Pour le profil 1, aucun écart significatif au panier de soins prévu n'est observé.
- Pour le profil 2, au niveau de l'infirmier en année 3 plus sollicité que prévu et au niveau du diététicien en année 1 moins sollicité que prévu.
- Pour les profils 3 et 4, aucun écart significatif n'est observé.
- Pour le profil 5, une sous sollicitation significative de l'infirmier et du psychologue en année 1 et 2.

Le profil 5 est celui pour lequel les écarts au panier de soins moyens prévu sont les plus importants. L'intensité du parcours prévu au niveau de tous les professionnels peut expliquer ces sous-sollicitations et le rythme est probablement trop soutenue d'emblée pour les patients, **ce qui plaide en faveur d'une révision du contenu des paniers de soins prévus sur le profil 5 en priorité.**

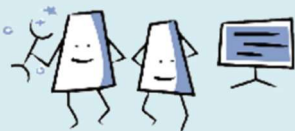
Coûts en ressources humaines : Ils varient pour la 1ère année de parcours entre 107 € pour le profil 1 à 194,2 € pour le parcours TCA. Pour les parcours 3 et 4, les coûts supportés sont assez proches sur les années 1, 2 et 3. Au sein d'un même profil, les coûts des années 2 et 3 sont proches.

L'ensemble de ces éléments plaide en faveur d'une révision globale du contenu des paniers de soins prévus par les forfaits.

Le taux d'annulation des consultations est de 11%. Ce taux d'annulation oscille entre 6% pour les profils 1 et 3bis, 9% pour le profil 4 et 12% pour les profils 3 et 5. Par ailleurs, le taux d'annulation augmente de façon importante au cours des années de suivi : de 5% lors de la première année, à 18% lors de la deuxième année, 33% lors de la troisième année et 49 % lors de la 4ème année.

Les annulations sont source d'inefficience pour les raisons suivantes : diminution du nombre de consultations réalisées chaque jour ; difficultés organisationnelles pour reprogrammer les rendez-vous et travail administratif supplémentaire

Ces éléments plaident en faveur d'un raccourcissement des parcours dans le temps pour l'ensemble des profils.



1. Conclusions du rapport intermédiaire

Au stade de l'évaluation intermédiaire, la calibration des forfaits avait été étudiée. Une méthode de Delphi avait été conduite afin de mesurer les durées de chaque étape de chaque parcours dans la perspective des professionnels de l'EMNO.

Les temps estimés alors de consultation pour un professionnel différaient selon le profil du patient pris en charge, mais aussi parfois selon la séquence de professionnels que le patient pouvait voir lors d'une venue à l'EMNO. Un extrait des résultats du second tour de Delphi est présenté dans le tableau ci-dessous (profil 2).

Tableau : Extrait des résultats du second tour de Delphi utilisés dans la simulation. Réponse des professionnels au sujet du Profil 2 quant aux durées maximales, minimales et centrales de leurs interventions selon la séquence du parcours.

Professionnel interrogé	Séquence	Durée minimale (minutes)	Durée maximal (minutes)	Durée centrale (minutes)
IDE 1	IDE-MED	20	25	20
IDE 1	IDE-MED-PSY	20	25	20
IDE 1	IDE-DIET	20	25	22
IDE 2	IDE-MED	16	21	18
IDE 2	IDE-MED-PSY	17	21	18
IDE 2	IDE-DIET	19	21	20
DIET 1	IDE-DIET	25	35	27
DIET 1	DIET	25	35	30
PSY 1	IDE-MED-PSY	30	60	40
MED 1*	IDE-MED	17	26	20
MED 1	IDE-MED-PSY	15	22	18
SEC 1	Toutes séquences	7	25	15
SEC 2	Toutes séquences	3	20	10

Profil 2

Légende : * un seul des deux médecins de la structure a répondu au second tour

Ce premier travail effectué en juillet 2020 avait permis d'obtenir une estimation des durées passées à chaque étape, ainsi que la variabilité liée à la diversité des situations pouvant être prises en charge à l'EMNO.

Les coûts moyens et leur variabilité par cohorte et par profil de patient en fonctionnement normal du parcours de soins à l'EMNO sont indiqués au tableau qui suit. Le coût moyen par patient en ressources humaines, par profil et par année, variait de 47,2 € pour un patient de profil 1 en année 5 à 318 € pour un patient TCA en année 1 de suivi. En ajoutant les frais de structure et 30 € de frais d'accès à la plateforme, le coût moyen total pour ces patients allait donc de 98,2 € à 571 € respectivement pour un patient de profil 1 et avec TCA.

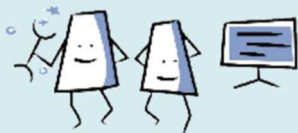


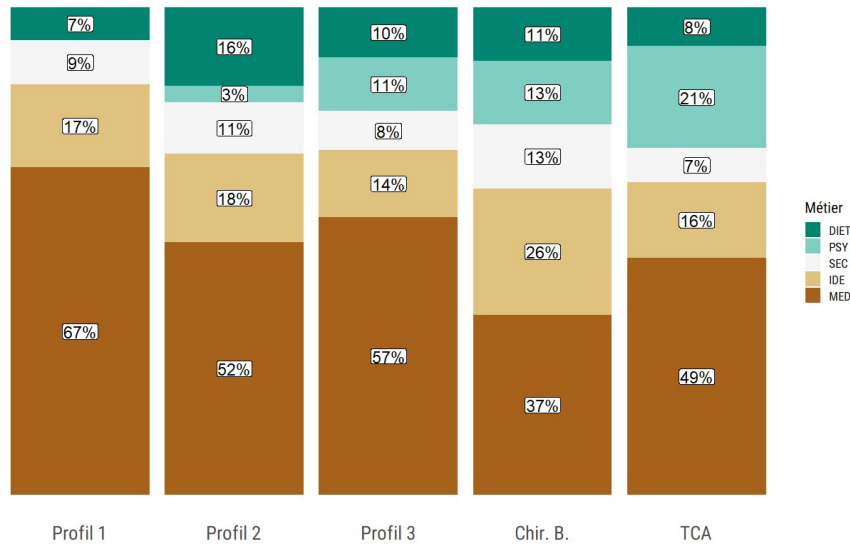
Tableau : Synthèse de la simulation (1 000 cohortes de 1 100 patients). Les résultats sont présentés sous la forme : Coût moyen par patient (écart-type) pour une année d'activité de l'EMNO.

<i>Coût RH moyen (écart-type) (euros)</i>	
Profil 1	
<i>Année 1</i>	121,8 (7,5)
<i>Année 2</i>	47,2 (4,5)
<i>Année 3</i>	47,2 (4,5)
<i>Année 4</i>	47,2 (4,5)
<i>Année 5</i>	47,2 (4,5)
Profil 2	
<i>Année 1</i>	203,1 (9,3)
<i>Année 2</i>	86,1 (5,4)
<i>Année 3</i>	62,7 (4,7)
<i>Année 4</i>	62,7 (4,7)
<i>Année 5</i>	62,6 (4,7)
Profil 3	
<i>Année 1</i>	229,7 (9,8)
<i>Année 2</i>	155,4 (11,8)
<i>Année 3</i>	140,6 (11,4)
<i>Année 4</i>	140,7 (11,5)
<i>Année 5</i>	140,6 (11,4)
Chir. B.	
<i>Année 1</i>	197,5 (12,7)
<i>Année 2</i>	142,9 (10,5)
<i>Année 3</i>	109,4 (9,2)
<i>Année 4</i>	109,4 (9,2)
<i>Année 5</i>	109,4 (9,2)
TCA	
<i>Année 1</i>	318 (16,4)
<i>Année 2</i>	274,4 (15,1)
<i>Année 3</i>	180,3 (12,5)
<i>Année 4</i>	159,1 (12,2)
<i>Année 5</i>	159,2 (12,1)



La figure qui suit représente la répartition des coûts par professionnel selon le profil du patient, toutes années de suivi confondues :

Figure : Part des coûts par professionnel par profil de patient (toutes années confondues)



Le médecin et l'IDE représentaient ainsi les deux premiers postes de dépenses (le médecin notamment en raison du taux horaire de rémunération, pas forcément en raison du temps passé à chaque étape), sauf dans le profil TCA où, naturellement, le psychologue devenait le second poste de coûts. Le profil 4 (chirurgie bariatrique) représentait alors pour les secrétaires une charge apparemment plus lourde.

Le coût total annuel tous profils confondus avait été estimé à 238 125 € pour 1 100 patients, dont 143 966€ en coûts de ressources humaines et 94 159 € de coûts de structure (tableau ci-dessous).

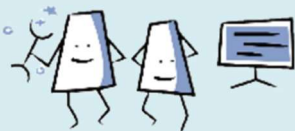
Tableau : Impact budgétaire pour l'EMNO de l'organisation innovante sur une année de fonctionnement. Les effectifs par profil sont indiqués, correspondant à la somme des effectifs du profil quelle que soit l'année de suivi.

Profil patient	Effectif	Coût RH (écart-type) (€)	Coût structure (€)	Coût total (€)
Profil 1	250	15 528 (82,4)	7 982	23 510
Profil 2	200	19 086 (84,1)	12 378	31 464
Profil 3	200	32 280 (156,8)	19 368	51 648
Chir. B.	250	33 434 (154,8)	25 527	58 961
TCA	200	43 648 (196,4)	28 911	72 559
TOTAL	1100	143 965 (311,1)	94 159	238 124

Ce premier travail avait permis d'approcher les pratiques de terrain en prenant en compte la perspective des professionnels sur la durée des différentes étapes a posteriori du lancement de l'expérimentation.

La variabilité des coûts par profil de patient et par année de prise en charge montrait un écart de 1 à 5 du coût de prise moyen par patient, ce qui illustrait la nécessité de définir plusieurs forfaits de prise en charge.

2. Evaluation finale



a) Calibration des forfaits

Les coûts en ressources humaines pour chacun des parcours ont été réactualisés en octobre 2023 à partir des données suivantes :

- ❖ Le nombre de consultations réellement réalisées par les patients de chaque profil pour chaque année de suivi. L'année de suivi en cours n'a pas été considérée (par exemple pour un patient dans sa troisième année de suivi, seules les 2 premières années ont été analysées. Il est important de noter que pour 7,6 % des consultations, le statut de la consultation (réalisée ou annulée) n'était pas disponible, et ces données ont donc été exclues de l'analyse.
- ❖ Les coûts horaires assumés par la structure EMNO pour chacun des professionnels de l'équipe et communiqués par le porteur
- ❖ Les durées des consultations centrales qui avaient été estimées par le Delphi (20 minutes pour les consultations IDE et médecin, 30 minutes pour la diététicienne et 40 minutes pour la psychologue.
- ❖ Pour le secrétariat, une durée de 12,5 minutes a été appliquée pour chaque venue dans la structure (moyenne des durées centrales estimée lors des travaux intermédiaires).

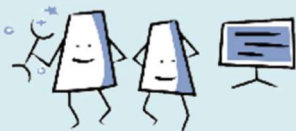
(1) Estimation du nombre de consultations réalisées

Tableau : nombre de consultation moyen réalisé par patient par année pour chaque profil.

Profil	Année de suivi	Effectifs	Nombre moyen de venues (N)	Nombre moyen de consultations par patient			
				IDE	MED	DIET	PSY
Obésité 1	1	38	4,6	2,3	2,4	1,6	0,0
	2	11	1,7	1,3	1,4	0,3	0,0
	3	3	2,0	1,7	1,3	0,7	0,0
Obésité 2	1	72	5,4	4,4	3,3	1,5	0,9
	2	37	3,3	2,2	1,4	1,8	0,1
	3	8	3,4	2,1	1,6	1,6	0,0
Obésité 3	1	109	5,0	4,2	2,9	2,2	1,5
	2	40	3,6	2,3	1,8	1,6	0,9
	3	7	3,3	2,4	2,0	1,4	1,0
Chirurgie bariatrique	1	80	4,9	3,1	2,6	2,5	1,4
	2	47	4,0	3,2	1,9	1,8	1,2
	3	11	4,3	3,6	1,3	1,9	1,2
TCA	1	101	5,7	4,8	3,1	1,6	2,8
	2	44	4,3	3,8	1,3	1,5	2,5
	3	13	3,6	2,8	1,9	1,1	2,0

(2) Estimation des coûts de ressources humaines pour les différents professionnels

Le tableau ci-dessous détaille les coûts en ressources humaines par année de suivi pour chaque parcours :



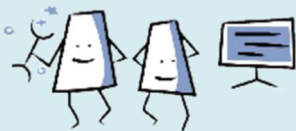
- Ils varient pour la 1^{ère} année de parcours entre 107 € pour le profil 1 à 194,2 € pour le parcours TCA. **Le coût du parcours 2 en année 1 est assez proche des coûts des parcours 3, 4 et 5 en année 1 alors que le forfait de parcours n'est pas le même.**
- **Pour les parcours 3 et 4, les coûts supportés sont assez proches sur les années 1, 2 et 3.**
- Le profil 4 (chirurgie bariatrique) a les coûts en consultation diététicienne les plus élevés, tandis que le profil 5 (TCA) a les coûts en consultation de psychologue les plus élevés.
- **Au sein d'un même profil, les coûts des années 2 et 3 sont proches.**

Tableau : Coûts en ressources humaines des parcours de soins par profil de suivi et par année de suivi exprimé en euros

Profil	Année de suivi	Coûts annuels (en euros)					TOTAL	Forfait perçu par l'EMNO
		IDE	MED	DIET	PSY	Secrétariat		
Obésité 1	1	19,6	56,8	18,5	0,0	15,4	107,2	2
	2	11,0	32,7	3,1	0,0	5,8	51,5	1
	3	14,4	32,0	7,7	0,0	6,7	59,4	1
Obésité 2	1	37,9	79,0	17,4	14,7	17,9	163,3	3
	2	19,0	33,1	20,5	0,9	10,9	82,2	1
	3	18,4	39,0	18,7	0,0	11,3	85,1	1
Obésité 3	1	36,0	69,6	25,0	23,3	16,6	167,2	3
	2	19,9	43,2	18,4	14,4	11,9	105,5	2
	3	21,0	48,0	16,4	16,0	11,0	110,2	2
Chirurgie bariatrique	1	27,0	63,3	28,5	22,6	16,2	154,3	3
	2	27,8	46,5	20,6	18,7	13,3	124,2	2
	3	31,5	30,5	22,0	18,9	14,2	114,3	2
TCA	1	41,5	73,9	18,9	44,5	19,1	194,2	3
	2	32,9	30,0	17,3	40,4	14,3	132,0	3
	3	24,0	46,2	12,4	32,0	12,1	124,2	2

La simulation réalisée est une estimation basse et ne prend pas en compte les éléments suivants :

- ❖ L'impôt sur les salaires dû par la structure EMNO
- ❖ Les charges fixes de la structure imputées dans les forfaits calculés dans le cahier des charges.
- ❖ L'abonnement à la plateforme numérique Nuvee (25 € par an et par patient)
- ❖ Le temps de relèvement effectué entre la diététicienne et la psychologue en début de journée pour assurer une coordination optimale du parcours des patients et compris dans leur temps de travail.
- ❖ Les 8 % de consultations pour lesquelles le statut de consultation était manquant dans la base de données analysée et qui peuvent correspondre à des consultations réalisées.
- ❖ Les consultations annulées (11 %), pour certaines le jour même sans possibilité de reprogrammer les patients.
- ❖ La pratique de la télémédecine au sein de l'EMNO.



(3) Parcours effectués versus prévisionnel par profil

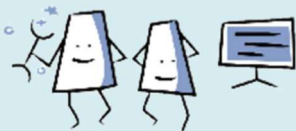
Ici, nous reprenons le tableau précédent en faisant un focus sur les professionnels pour lesquels un nombre précis d'interventions était prévu par le cahier des charges.

Tableau : nombre moyen de consultations réalisées par patient par année par profil.

Profil	Année de suivi	Effectifs	Nombre moyen de venues à l'EMNO	Nombre moyen de consultations par patient			
				IDE	MED	DIET	PSY
Obésité 1	1	38	4,6	2,3	2,4	1,6	0,0
	2	11	1,7	1,3	1,4	0,3	0,0
	3	3	2,0	1,7	1,3	0,7	0,0
Obésité 2	1	72	5,4	4,4	3,3	1,5	0,9
	2	37	3,3	2,2	1,4	1,8	0,1
	3	8	3,4	2,1	1,6	1,6	0,0
Obésité 3	1	109	5,0	4,2	2,9	2,2	1,5
	2	40	3,6	2,3	1,8	1,6	0,9
	3	7	3,3	2,4	2,0	1,4	1,0
Chirurgie bariatrique	1	80	4,9	3,1	2,6	2,5	1,4
	2	47	4,0	3,2	1,9	1,8	1,2
	3	11	4,3	3,6	1,3	1,9	1,2
TCA	1	101	5,7	4,8	3,1	1,6	2,8
	2	44	4,3	3,8	1,3	1,5	2,5
	3	13	3,6	2,8	1,9	1,1	2,0

Légende : cases oranges lorsque le nombre moyen de consultations réalisées est supérieur au nombre prévu par le cahier des charges, cases bleues lorsqu'il est inférieur au prévisionnel. Les cases sont orangées ou bleues foncées lorsque l'écart avec le prévisionnel est strictement supérieur ou inférieur à 1 consultations respectivement (l'écart est alors considéré comme « significatif »).

Pour rappel, les paniers de soins prévus en moyenne par profil et par année sont les suivants (source cahier des charges).



		Année 1	Année 2	Année 3
OBÉSITÉ, PROFIL 1	Consultations nutritionniste	2	1	1
	Consultations IDE	2	1	1
	Consultations diététicienne	2	0	0
	Consultations psychologue	0	0	0
OBÉSITÉ, PROFIL 2	Consultations nutritionniste	3	1	1
	Consultations IDE	4	2	1
	Consultations diététicienne	3	2	1
	Consultations psychologue	1	0	0
OBÉSITÉ, PROFIL 3	Consultations nutritionniste	3	2	2
	Consultations IDE	5	2	2
	Consultations diététicienne	3	2	1
	Consultations psychologue	2	1	1
CHIRURGIE BARIATRIQUE	Consultations nutritionniste	3	2	1
	Consultations IDE	4	4	4
	Consultations diététicienne	3	2	1
	Consultations psychologue	2	1	1
TCA	Consultations nutritionniste	3	2	2
	Consultations IDE	6	6	2
	Consultations diététicienne	2	2	1
	Consultations psychologue	4	4	2

Globalement, peu d'écart significatif au panier de soin moyen prévu n'a été observé (cf cases bleues et oranges foncées). Cela est principalement lié au fait que la logique de panier de soins moyen n'a pas été mise en œuvre. En effet, ces parcours « moyens » modélisés étaient planifiés pour tous les patients inclus, ce qui explique le peu de variabilité par rapport au cahier des charges. La complexité du modèle (5 profils avec 5 parcours modélisés sur 5 ans) peut expliquer cela. La logique de forfait moyen est en effet plus simple à suivre et mettre en œuvre si le parcours sous-jacent est plus simple (moins longs et avec moins de déclinaison par niveau de sévérité notamment)

Les parcours modélisés pour les 5 profils reposent tous sur une diminution de « l'intensivité » de la prise en charge par l'EMNO. Les consultations avec les professionnels de l'EMNO sont systématiquement plus nombreuses en première année de suivi, puis diminuent progressivement en parallèle de l'autonomisation du patient et de l'évolution positive attendue de sa situation. Dans les faits, cette diminution progressive du recours à l'EMNO a pu être mise en œuvre.

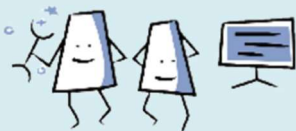
Par profil :

Pour le profil 1, **aucun écart significatif au panier de soins prévu n'est observé. On note toutefois un recours à la diététicienne en années 2 et 3, non prévu par le cahier des charges reflétant l'existence d'un besoin a priori.**

Pour le profil 2, **un écart significatif est observé au niveau de l'infirmier en année 3 (2,1 consultations en moyenne réalisées versus 1 prévue) et au niveau du diététicien en année 1 (1,5 consultation réalisée versus 3 prévues).**

Pour les profils 3 et 4, **aucun écart significatif n'est observé.**

Pour le profil 5, **on observe une sous sollicitation significative de l'infirmier et du psychologue en année 1 et 2. Médecin et diététicien sont sollicités tel que prévu par le parcours modélisé initialement. Le profil 5 est celui pour lequel les écarts au panier de soins moyens prévu sont les plus importants. L'intensité du parcours**



prévu au niveau de tous les professionnels peut expliquer ces sous-sollicitations et le rythme est probablement trop soutenue d'emblée pour les patients. Selon le porteur, cet écart est lié à une absence prolongée de la psychologue en cours d'expérimentation (motif personnel) d'une part, et la perte de consultations de psychologues cotés lors du passage à eTICSS.

La 4^{ème} année de suivi étant en cours lors des travaux d'évaluation pour les patients inclus en 2019, elle **n'a pu être analysée**. Cela sera à confirmer, **mais il est très probable que les prestations réalisées soient inférieures au prévisionnel** en raison de l'évaporation des patients au fil des années de suivi qui a été rapportée par l'EMNO.

L'ensemble de ces éléments plaide en faveur d'une révision du contenu des paniers de soins prévus par les forfaits ciblée sur le profil 5 en priorité.

b) Annulations de consultations

Les annulations sont source d'inefficience pour les raisons suivantes :

- ❖ **Diminution du nombre de consultations réalisées chaque jour**, alors que les professionnels sont en difficulté pour absorber la demande des patients en attente de soins.
- ❖ **Difficultés organisationnelles pour reprogrammer les rendez-vous annulés** dans les délais des parcours (doublons de consultations).
- ❖ **Travail administratif supplémentaire** pour le secrétariat qui doit rappeler les patients pour reprogrammer le rendez-vous, tandis qu'hors article 51 ce sont les patients qui appellent pour reprogrammer un rendez-vous.

Le taux d'annulation des consultations est de 11% d'après les données individuelles disponibles (avec 10% de données manquantes. Note : le profil 3bis est exclus de ces calculs en raison d'un taux de données manquantes à 25%). **Ce taux d'annulation oscille entre 6% pour les profils 1 et 3bis, 9% pour le profil 4 et 12% pour les profils 3 et 5.** Les taux d'annulation des consultations en fonction du profil sont présentés dans le tableau ci-dessous.

Tableau : taux d'annulation des consultations par profil de suivi

Profil	Statut des consultations			
	Réalisée	Annulée	Consultations annulées	% données manquantes
	N	N	%	
Obésité 1	386	26	6,7 %	8,5
Obésité 2	800	74	9,3 %	7,6
Obésité 3	1111	142	12,8 %	8,8
Obésité 3bis	286	73	25,5 %	24,5
Chirurgie bariatrique	922	113	12,3 %	6,2
TCA	1168	145	12,4 %	8,1
Tous	4673	573	12,3 %	9,0



Par ailleurs, les données montrent que le taux d'annulation augmente de façon importante au cours des années de suivi. Le taux d'annulation des consultations est de 5 % lors de la première année, 18 % lors de la deuxième année, 33 % lors de la troisième année et 49 % lors de la 4^{ème} année.

Les professionnels s'accordent sur le fait que les patients pris en charge dans le cadre de l'Article 51 ont un absentéisme plus marqué que les patients pris en charge en dehors de l'Article 51. Cet absentéisme est mis en lien par les professionnels avec plusieurs éléments :

- ❖ **L'absence de reste à charge** qui déresponsabiliserait les patients vis-à-vis de la prise en charge.
- ❖ **Le désinvestissement des patients dans le temps** avec augmentation des annulations après un à deux ans de prise en charge.
- ❖ **La possibilité de reprogrammer plus rapidement le rendez-vous dans l'expérimentation** (délai de 4 mois maximum pour respecter le nombre de consultations attendues dans le parcours contre 6 mois minimum pour les patients hors article 51)

Nous pouvons également évoquer l'accès à la prise en charge d'une population plus précaire que la population hors Article 51, qui est potentiellement soumise à des contraintes externes plus importantes.

Ces éléments sont en faveur d'une révision des durées de suivi prévues par les forfaits, trop longues telles qu'elles ont été expérimentées.



D. Reproductibilité - Transférabilité – Passage à l'échelle

Population de patients :

La population touchée par l'expérimentation est constituée majoritairement de patients en obésité sévère voire complexe. La population touchée correspond donc à une population requérant un niveau de soins secondaire voir tertiaire.

La population atteinte par l'EMNO semble différente de celle prise en charge en soins primaires par la sévérité ou la complexité des obésités. Elle semble également différente de la population des CSO, avec une population moins précaire et avec une activité professionnelle plus fréquente.

En cas de généralisation à l'ensemble du territoire Français, avec la possibilité pour des équipes ad hoc de mettre en place cette activité, la population atteinte dépendra principalement de la structure support de l'activité

Les professionnels : En cas de transfert de l'expérimentation, la composition d'une équipe ad-hoc complète reste un enjeu majeur de la réussite du transfert. La place centrale de l'IDE dans le parcours de soins, comme premier interlocuteur des patients, et comme relai entre les professionnels de santé a été mise en avant par l'ensemble des professionnels et par les patients interrogés. La question d'une ouverture possible de ce rôle pivot à d'autres professions paramédicales ou apparentées peut être discutée. Si limiter l'accès à ce rôle aux IDE semble pertinent, l'ouverture à d'autres professions pourrait être un levier à la mise en place des équipes.

Intervention : Une tendance à la simplification à 3 profils et à des durées de parcours plus courtes sont à envisager. En revanche, une majorité des professionnels de l'EMNO s'accorde à dire qu'une augmentation de la fréquence de suivi pour l'ensemble des profils la première année serait pertinente. La fréquence pourrait ensuite être inférieure les années suivantes. La durée de suivi pourrait être raccourcie à 3 ans. En effet, les professionnels observent un essoufflement de l'implication des patients dans la prise en charge au-delà. Concernant les interventions de chaque professionnel, une évolution vers un parcours comprenant une évaluation initiale et la possibilité de déclencher un suivi psychologique d'accompagnement ou renforcé en fonction des besoins exprimés par les patients pourrait faciliter le positionnement du psychologue dans le parcours de soins, tout en étant au plus proche des besoins des patients.

Le choix de s'appuyer sur un outil régional devrait être laissé au professionnels en cas de transfert en raison de la diversité des structures supports potentiels, des logiciels métiers existants et de la volonté de partager largement les informations relatives aux patients. La place de la plateforme Nueve dans le parcours reste à définir en cas de transfert de l'expérimentation : coût modéré et apport d'information mais disparités d'utilisation par les patients (surtout en début de parcours) et les professionnels.

Les forfaits seront à ajuster en cas de généralisation, en cas d'évolution des parcours.

Environnement : La constitution d'équipes de novo pourra poser plusieurs difficultés pouvant remettre en cause la soutenabilité financière et pérennité de l'activité à court et moyen terme : Recrutement de l'équipe, formation de cette équipe, recrutement des patients en l'absence de réseau préexistant ancré comme celui de l'EMNO, adressage



des patients vers des dispositifs d'aval, adaptation aux spécificités de la structure support.

Dans le cadre de l'expérimentation, et en cas de transfert, il n'apparaît pas de risque évident de concurrence concernant la population atteinte avec d'autres interventions pour l'accompagnement de l'obésité.

1. Evaluation finale

Pour évaluer la transférabilité de l'expérimentation, nous nous appuyons sur la matrice PIET (Population, Intervention, Environnement, Transfert – Scolemer et al. 2018).

a) Population atteinte par l'EMNO

La population touchée par l'EMNO durant l'expérimentation est constituée majoritairement de patients en obésité sévère voire complexe. La population touchée correspond donc à une population requérant un niveau de soins secondaire voir tertiaire.

71% des patients inclus jusqu'en avril/mai 2021 étaient actifs, 8 % étaient retraités et 21 % sans activité professionnelle. Les patients avec lesquels des entretiens ont été réalisés étaient actifs pour la majorité. Les catégories socioprofessionnelles étaient variées. A l'exception d'un patient, les patients rencontrés en entretiens estimaient qu'ils n'auraient pu accéder à une prise en charge pluridisciplinaire si les consultations n'étaient pas prises en charge par l'Assurance Maladie.

Les patients avec lesquels un entretien a été réalisé étaient des patients exprimant une motivation dans leur prise en charge, et une participation active à celle-ci.

La population atteinte par l'EMNO semble différente de celle prise en charge en soins primaires par la sévérité ou la complexité des obésités. Elle semble également différente de la population des CSO, avec une population moins précaire et avec une activité professionnelle plus fréquente que les patients des CSO. Les obésités sont également moins complexes. L'EMNO semble se positionner pour prendre en charge les patients relevant du deuxième niveau de soins voire parfois du troisième niveau de soins.

La population atteinte différait également entre les deux médecins. Le médecin nutritionniste avait un recrutement supérieur de patients avec un projet ou un antécédent de chirurgie bariatrique en lien avec son réseau professionnel antérieur à l'expérimentation. Le médecin endocrinologue et nutritionniste avait un recrutement de patients ayant des comorbidités endocriniennes plus fréquentes (diabète de type 2, syndrome des ovaires polykystiques), constituant un motif de consultation associé à l'obésité, ou le motif premier de la consultation.

Deux cas de figures sont à envisager pour le transfert de l'expérimentation :

- ❖ **En cas de passage dans le droit commun pour une poursuite de cette activité au sein de la structure EMNO, la population cible sera probablement similaire à celle de l'expérimentation.** Les évolutions proposées par les professionnels pour la fréquence et la durée de suivi, l'évolution des profils, la calibration des forfaits pourraient alors se baser sur les observations faites dans le cadre de l'expérimentation.
- ❖ **En cas de généralisation à l'ensemble du territoire Français, avec la possibilité pour des équipes ad hoc de mettre en place cette activité,**



la population atteinte dépendra principalement de la structure support de l'activité :

- En cas de déploiement dans des CHU ou des CSO, les profils de patients en obésité complexe ou sévère seront très majoritaires, avec une précarité et des comorbidités importantes
- En cas de déploiement dans des établissements privés, les équipes pluridisciplinaires existantes à ce jour et susceptibles de mettre en place cette activité sont en majorité des équipes organisées autour de la chirurgie bariatrique. Les patients inclus, relèveraient probablement pour la plupart d'un projet de chirurgie bariatrique.
- En cas de déploiement dans des hôpitaux périphériques, la population pourrait se rapprocher de l'EMNO en terme de sévérité et de panachage des profils.
- En cas de déploiement dans une équipe de soins primaires, par exemple en MSP, les patients avec une obésité moins sévère (profils 1 et 2) pourraient être plus fréquents que dans l'expérimentation.
- En cas de création d'une équipe ad-hoc, la population atteinte dépendra du profil du médecin (nutritionniste, endocrinologue) de son réseau historique, de son ancrage sur le territoire, du profil du ou de la diététicien.ne (approche comportementale ou non), et de la structure au sein de laquelle prendrait place l'équipe.

b) Intervention

(1) Composition de l'équipe

Concernant la composition de l'équipe, l'équipe historique, avec le binôme médecin nutritionniste IDE est resté le même. Le binôme ainsi que la coordination interprofessionnelle avec la diététicienne et la psychologue sont bons. Il existe un protocole de délégation de compétences entre le médecin et l'infirmière

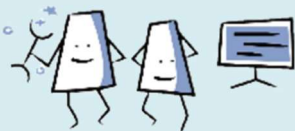
Le binôme qui a rejoint l'expérimentation en cours a initialement été un binôme Médecin Endocrinologue Nutritionniste / IDE, avant d'évoluer suite au départ de l'IDE vers un binôme Médecin Endocrinologue Nutritionniste / Attaché de recherche clinique faisant fonction d'infirmier. Le fonctionnement de l'équipe s'est bien adapté à ce changement, et les rôles n'ont pas évolué au sein de l'équipe.

La place centrale de l'IDE dans le parcours de soins, comme premier interlocuteur des patients, et comme relai entre les professionnels de santé a été mis en avant par l'ensemble des professionnels et par les patients interrogés.

La question d'une ouverture possible de ce rôle pivot à d'autres professions paramédicales ou apparentées peut être discuté.

limiter l'accès à ce rôle aux IDE semble pertinent du fait :

- ❖ Du rôle du professionnel qui comprend certains actes comme la mesure tensionnelle, la réalisation d'une impédancemétrie, la prise de mesures anthropométriques qui nécessitent une formation et peuvent engager la responsabilité du professionnel.



- ❖ La possibilité de mise en place de protocoles de transfert de compétences entre le médecin et l'infirmier.
- ❖ La calibration des forfaits faite en fonction des professions des différents intervenants.
- ❖ De leur niveau de formation à l'ETP.

L'ouverture à d'autres professions pourrait être un levier à la mise en place des équipes :

- ❖ En ouvrant aux professions paramédicales, la constitution d'un binôme pourrait s'avérer plus facile, par l'élargissement des professionnels concernés.

Cependant plusieurs interrogations seraient soulevées en cas d'élargissement des professions pouvant composer le binôme :

- ❖ **Professions concernées : Il conviendrait de définir les professions concernées, par exemple les assistants médicaux.**
- ❖ **Rôle :** le rôle de l'IDE dans l'expérimentation est défini de par sa profession et les compétences qui lui sont associées.
- ❖ **Formation :** En cas d'élargissement à d'autres professions, il conviendrait dès lors de définir un socle de formation minimal en nutrition et en connaissances médicales générales, pour garantir la qualité et la sécurité de la prise en charge.

En cas de transfert de l'expérimentation, la composition d'une équipe ad-hoc complète reste un enjeu majeur de la réussite du transfert :

- ❖ En premier lieu l'identification d'un médecin formé en nutrition, représentant l'expertise médicale de l'équipe est nécessaire et incontournable. **Ce recrutement médical constituera la principale difficulté :** ressource rare, prise en charge de l'obésité peu valorisée dans les cursus médicaux (pratique peu attractive, peu valorisée, situations d'échecs fréquentes...). Une fois celui-ci identifié, le recrutement d'un IDE pour former le binôme est nécessaire. La complémentarité du binôme est importante, car leur fonctionnement est coordonné, et les patients voient systématiquement l'IDE avant le médecin.
- ❖ L'identification des autres professionnels, et leur statut de rattachement et de rémunération nécessitent une structure juridique adaptée. L'enjeu pour le recrutement d'un psychologue est important. Il convient d'identifier un psychologue formé sur l'approche de l'obésité ou intéressé par cette pathologie. A l'inverse des diététiciens qui sont formés à cette prise en charge, ce n'est pas le cas des psychologues dans leur formation générale.
- ❖ L'articulation entre cette activité, à temps partiel ou à temps plein, et les activités extérieures de chacun des professionnels est un enjeu organisationnel de taille, pour trouver une cohérence dans l'organisation, permettant la réalisation des parcours coordonnés entre les professionnels.

Les recommandations de prise en charge globale de l'obésité sont unanimes pour l'importance d'introduire de l'activité physique dans la prise en charge. Les bénéfices de celle-ci sont une diminution de la mortalité cardiovasculaire, une amélioration de la qualité de vie, une amélioration des comorbidités mécaniques et métaboliques.

Il n'existe pas dans cette expérimentation d'accompagnement en activité physique adaptée proposée par l'EMNO. Les patients sont orientés auprès de structures externes.



Pourtant, les patients n'évoquent pas spontanément cela comme un manque dans leur prise en charge. Ceux qui le relève, préféreraient avoir accès à de l'activité physique proche de leur domicile. De plus, l'ajout d'un accompagnement en APA dans la prise en charge proposée dans le cadre de l'expérimentation nécessiterait des locaux adaptés, le recrutement d'un professionnel enseignant en APA. Dans l'optique d'une généralisation, l'ajout d'une dimension APA dans le parcours pourrait mettre en difficulté des équipes déjà existantes ne disposant pas de locaux adaptés. La distance au domicile des patients de la structure de soins pourrait être un frein à la pratique régulière d'une activité physique encadrée. Cependant, la mise en place de relais proches du domicile des patients, proposant une activité physique adaptée avec un dispositif de prise en charge financière partielle ou complète par l'Assurance Maladie externe au parcours EMNO reste le meilleur moyen d'assurer aux patients pris en charge dans ces parcours coordonnés l'accès un accompagnement en activité physique adapté à l'obésité.

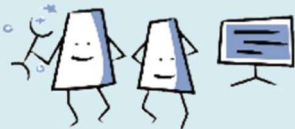
(2) Intervention : Parcours et profils

L'intervention telle qu'expérimentée, avec 5 profils définissant les fréquences de consultation et un suivi sur 5 ans propose des parcours de soins d'un niveau de maturité important. Elle répond à des besoins d'accès aux soins des patients en situation d'obésité, avec une prise en charge globale, pluridisciplinaire, coordonnée, et qui intervient en deuxième niveau de soins, en l'absence d'alternative bien identifiée au-delà d'initiatives locales. Ces parcours de soins répondent à un besoin, tant pour les patients, que pour les professionnels de santé, par un exercice coordonné et structuré.

Les patients sont dans l'ensemble satisfaits de la fréquence de suivi avec les différents professionnels. Certains patients regrettent toutefois une fréquence trop faible du suivi psychologique pour des patients ayant besoin d'une thérapie approfondie, et de la fréquence du suivi diététique. En effet **pour le suivi diététique, basé essentiellement sur des notions de rééquilibrage alimentaire et de modification des habitudes alimentaires, le suivi proposé à l'EMNO reste inférieur en fréquence à celui proposé en suivi libéral classique aux patients.** Cependant la qualité de l'accompagnement semble maintenue grâce à l'accompagnement pluridisciplinaire, à l'adaptation des pratiques de la diététicienne et à l'accès à la plateforme Nuvee/Emno_line.

Concernant les professionnels, ils sont dans l'ensemble satisfaits des parcours mais suggèrent pour la plupart des évolutions. **Concernant la fréquence de suivi, une majorité des professionnels de santé s'accordent à dire qu'une augmentation de la fréquence de suivi pour l'ensemble des profils la première année serait pertinente. La fréquence pourrait ensuite être inférieure les années suivantes. Cela semble confirmée par les données du nombre de consultations, le rythme de consultation de l'année 2 étant plus proche du rythme de consultation de l'année 3 que de celui de l'année 1 pour l'ensemble des parcours.**

La **durée de suivi** est également discutée par les professionnels : une durée de **3 ans est évoquée.** En effet, les professionnels observent un **essoufflement de l'implication des patients dans la prise en charge après 3 ans de suivi.** Les consultations annulées sont plus fréquentes, et la situation personnelle ou professionnel des patients peut avoir évolué rendant le suivi à l'EMNO plus contraignant voire impossible (distance, horaires...). Un suivi de 3 ans avec une année



de suivi intensifié puis deux ans de suivi plus espacé pourrait convenir à une majorité de patients.

Concernant le suivi psychologique, ses modalités sont discutées par les professionnels. Si la pertinence d'une évaluation psychologique en début de parcours afin d'évaluer les besoins du patient fait l'unanimité, la fréquence de suivi proposée dans l'EMNO paraît fréquemment insuffisante pour les patients nécessitant un suivi régulier et une thérapie spécifique. **La prise en charge psychologique ne peut ainsi déboucher sur un accompagnement régulier du patient. Très peu de patients entament un suivi libéral en parallèle de l'EMNO**, en premier lieu du fait de la barrière financière. A l'inverse, certains patients sont peu enclins à un suivi psychologique et l'accompagnement s'avère difficile lorsqu'il est prévu dans le parcours du patient. La corrélation entre le profil des patients et le suivi psychologique est moins forte que pour l'accompagnement diététique et médicale, avec des variabilités individuelles importantes.

Une évolution vers un parcours comprenant une évaluation initiale et la possibilité de déclencher un suivi psychologique d'accompagnement ou renforcé en fonction des besoins exprimés par les patients pourrait faciliter le positionnement du psychologue dans le parcours de soins, tout en étant au plus proche des besoins des patients.

Les avis des professionnels concernant les profils sont dans l'ensemble en faveur d'une simplification vers 4 voire 3 profils. Pour certains professionnels, le nombre de profils est adapté, même si peu de patients correspondent aux profil 1 et 2 dans la population atteinte par l'EMNO. **Une évolution proposée est donc la suppression du profil 1 ou sa fusion avec le profil 2.** Certains professionnels verraient une simplification à 3 profils en fonction de l'intensité de l'accompagnement nécessaire, qui **permettrait de simplifier la lisibilité des profils tout en conservant l'adaptation du suivi proposé aux besoins des patients.** Cela serait encore facilité en cas de détachement du suivi psychologique des profils, adapté en fonction d'une évaluation initiale.

En cas de transfert du parcours, certains points de vigilance sont à considérer :

- ❖ Vers des structures moins spécialisées, il pourrait être pertinent de conserver un profil 1, si la population cible est en obésité moins sévère.
- ❖ L'existence de 3 profils ou plus, sans exigences d'équilibre dans les inclusions entre les profils permettrait en cas de transfert une adaptation à la population réellement atteinte par les structures autres que l'EMNO. Il existe cependant un risque de voir les profils d'accompagnement les plus intensifs très majoritaires, les besoins des patients étant souvent un suivi diététique et/ou psychologique rapproché au moins initialement. Si ces profils correspondent probablement aux besoins réels des patients, des profils plus intensifs entraînent néanmoins un impact budgétaire supérieur pour l'assurance maladie.
- ❖ Il apparaît donc nécessaire de préciser le profilage des patients et les critères d'accès aux différents profils d'accompagnement. La HAS a publié en 2022 des recommandations pour la prise en charge des obésités en deuxième et troisième niveau de soins. Le porteur de cette expérimentation A51 EMNO a été membre du groupe de lecture de ces recommandations.² La HAS propose

² Disponibles au lien suivant : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-06/reco369_recommandations_obesite_2e_3e_niveaux_preparation_mel_v4_2.pdf



une nouvelle gradation de l'obésité en 5 niveaux (1a, 1b, 2, 3a, 3b). Cette gradation pourrait servir de base de réflexion pour le profilage des patients et la correspondance avec les différents parcours proposés dans le cadre d'une généralisation de l'expérimentation.

- ❖ **Ces parcours ont été conçus par l'équipe de soins qui l'a expérimenté pour répondre au mieux aux besoins et au fonctionnement de l'équipe de soins. La projection vers d'autres équipes ad-hoc ou déjà existantes paraît faisable.** L'appropriation des parcours proposés par le deuxième binôme de l'équipe, arrivé en cours d'expérimentation, avec une appropriation ayant posé peu de difficultés est un élément favorable. Cependant, ce deuxième binôme a pris place dans une structure au fonctionnement bien établi et éprouvé par les autres professionnels. Le point qui est sujet à la plus grande variabilité est l'intégration de la plateforme aux pratiques. Celle-ci apporte un bénéfice aux patients qui l'utilisent, mais ne modifie pas l'accompagnement proposé par la majorité des professionnels de l'équipe.

(3) Logiciel métier

Les professionnels sont unanimes sur la nécessité de disposer d'un logiciel métier intégrant des fonctionnalités spécifiques à la mise en œuvre de la coordination.

Le choix de s'appuyer sur un outil régional devrait être laissé aux professionnels en cas de transfert en raison de la diversité des structures supports potentiels, des logiciels métiers existants et de la volonté de partager largement les informations relatives aux patients. Le logiciel métier eTICSS permet le partage d'information avec des professionnels externes à l'EMNO. Nous n'avons pu évaluer l'appropriation de cette fonctionnalité par les collaborateurs externes de l'EMNO. En revanche, les professionnels de l'EMNO ont clairement exprimé ne pas souhaiter partager toutes les informations relatives à leur suivi en externe et qu'eTICSS ne permettait pas ce type de restriction.

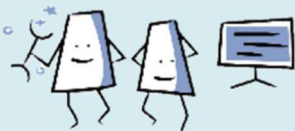
Le choix d'investir tel ou tel logiciel métier dépendra également du niveau d'activité dédié par la structure porteuse à ces parcours de l'obésité : s'il s'agit d'une activité partielle pour les équipes, investir un logiciel métier spécifique au parcours coordonné de l'obésité risque de surcharger les professionnels qui devront alors jongler d'un système d'information à un autre.

(4) Plateforme Nuvee

La place de la plateforme Nuvee dans le parcours reste à définir en cas de transfert de l'expérimentation.

Les leviers à son intégration sont :

- **Son coût modéré** en regard des autres postes de coût du forfait
- **L'apport d'informations dont le bénéfice est rapporté** par les patients qui l'utilisent et par certains professionnels. Cela est particulièrement saillant pour les patients dans un parcours de chirurgie bariatrique.
- **L'apport complémentaire au suivi en présentiel** notamment pour les connaissances diététiques
- **Son transfert effectif à d'autres pathologies chroniques, le diabète en l'occurrence, et d'autres environnement/structures d'exerce.** Nuvee a été déployé sur IPEP (expérimentation A51 d'une incitation à une prise en charge partagée) sur le diabète. Le contenu a alors été adapté à la pathologie ciblée.



- **De la même façon, Nuvee a été mis à disposition des maisons de santé pluriprofessionnelles et des CPTS du territoire**, démontrant l'intérêt des professionnels des soins primaires pour ce type d'outil et les besoins ressentis des patients.
- **Nuvee a également été intégré officiellement au Projet Régional de Santé de l'ARS BFC 2023-2028** dans son volet innovation afin de développer la e-ETP. L'objectif est d'étendre Nuvee à d'autres pathologies (insuffisance cardiaque, endométriose, etc.). D'ailleurs, le parcours endométriose est en cours de développement.
- Son interopérabilité avec le SI eTICSS démontre **sa capacité à être interopéré avec d'autres SI régionaux ou territoriaux**.

Les **freins** à son intégration dans le dispositif en cas de généralisation sont :

- **Les disparités d'utilisation** : plus de 50 % des patients ne vont pas au-delà du premier atelier.
- **L'utilisation majoritairement en début de parcours**, rapportée par les patients et certains professionnels.
- **L'appropriation par des professionnels n'étant pas à l'origine du développement de la plateforme**. Lors de l'expérimentation, l'intégration de la plateforme au parcours de soins par les professionnels n'étant pas à l'origine de son développement a été peu active. Les professionnels répondaient aux questions des patients concernant les modules mais ne recherchaient pour la plupart pas activement la progression des patients sur la plateforme ou leur utilisation.

L'utilisation de la plateforme à des fins de formation des professionnels de santé prenant en charge l'obésité a été mis en place auprès des CSO notamment, mais aussi des professionnels de premier et second recours (article en cours de rédaction par le porteur).

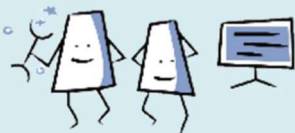
(5) Calibration des forfaits

Pour permettre le transfert ou la généralisation de l'expérimentation, **la re-calibration des forfaits est nécessaire**. Avant de réaliser cette calibration, il convient de définir l'intervention à transférer :

- ❖ Nombre de profils.
- ❖ Période de suivi
- ❖ Professionnels intervenants et intensité du suivi

Une fois les parcours définis, d'autres éléments seront à considérer :

- ❖ **Calibration des coûts horaires pour chaque professionnel. Il convient pour cela de définir les métiers pouvant composer le binôme avec le médecin** (IDE ou élargi). Il convient également de prendre en compte l'évolution des coûts sur les 5 années de l'expérimentation et l'évolution anticipée des coûts sur les cinq prochaines années. Une calibration à la hausse du forfait pourrait permettre aux structures débutant l'activité d'absorber les frais de déploiement et la montée en charge de l'expérimentation, avec un rattrapage de cette calibration à la hausse sur quelques années par l'inflation.
- ❖ **Calibration des charges fixes de structure** : Les charges fixes de l'expérimentation ont été calculées à partir des charges fixes de fonctionnement de l'EMNO. Ces charges ont évolué au cours de l'expérimentation, et les inclusions sont inférieures de 15 % environ aux objectifs entraînant une



augmentation des charges fixes par patient pris en charge. De plus il convient de définir les structures susceptibles de déployer un parcours coordonné de prise en charge de l'obésité adulte de niveau 2. Cela permettra d'estimer les charges fixes de ces structures et de les comparer à l'EMNO pour définir les charges fixes à répercuter sur le forfait.

- ❖ Fiscalité des structures employant des professionnels de santé salariés, qui diffère de celle des professionnels libéraux et peut entraîner des coûts supplémentaires sous forme d'impôts notamment.
- ❖ **Dans le cadre de l'article 51, une partie du financement se fait sous forme de crédits. Il convient de réintégrer ces crédits dans le forfait.**
- ❖ **La prise en compte des consultations annulées doit être évaluée.** En effet, ces annulations entraînent une diminution de l'activité des professionnels pour qui les créneaux sont bloqués si le patient ne prévient pas lors de l'annulation. Les reprogrammations entraînent une augmentation du volume horaire de travail, notamment pour les professionnels salariés, ce qui entraîne un coût supplémentaire pour la structure.
- ❖ **Reste à charge pour le patient :** Les professionnels souhaiteraient un reste à charge pour les patients. Un reste à charge annuel fixe pourrait être envisagé, payé en deux fois par le patient. Cela pourrait inciter les patients à honorer au maximum leurs consultations, afin de bénéficier de l'accompagnement le plus complet pour un reste à charge fixe. Le montant de ce reste à charge serait à définir car il existe un risque majeur que ce reste à charge constitue une barrière financière à l'accès aux soins pour les patients en situation d'obésité et de précarité.

c) *Environnement de l'expérimentation*

(1) *Structure support du parcours coordonné*

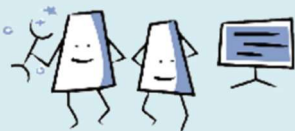
L'EMNO est une structure qui avait deux ans d'existence en amont de l'expérimentation, et qui a été fondée par des professionnels qui ont exercé ensemble dans d'autres structures auparavant. **L'expérimentation bénéficie donc d'une structure de support d'un bon niveau de maturité, avec un fonctionnement préalable bien organisé.** En effet le fonctionnement de l'équipe préexistant à l'expérimentation était assez proche de celui proposé par l'expérimentation. La coordination interprofessionnelle était déjà élevée, et les professionnels partageaient une vision commune de la prise en charge de l'obésité.

De plus l'expérimentation s'est appuyée sur le réseau des professionnels de l'équipe impliqués dans la prise en charge de l'obésité depuis plusieurs années.

Le réseau d'amont était constitué de professionnels adressants pour lesquels la structure était bien identifiée :

- Premier niveau de soins : les médecins généralistes, souvent les premiers interlocuteurs des patients pour les demandes de soins relatives à l'obésité adressaient les patients vers la structure soit en première intention, soit après une prise en charge diététique ou psychologique isolée.
- Deuxième niveau de soins : Plusieurs chirurgiens bariatriques adressent leurs patients au Dr Gauthier pour la préparation à la chirurgie bariatrique et le suivi post chirurgie.

Le réseau d'aval, ou de suivi conjoint est composé des différents acteurs de la prise en charge de l'obésité sur le territoire de l'EMNO :



- Les SMR, qui proposent des séjours hospitaliers ou des hôpitaux de jour nutritionnels. Un SMR propose également un programme d'APA en hôpital de jour.
- Les chirurgiens bariatriques sont également des partenaires vers qui les patients sont adressés en cas d'évolution de leur projet de soins vers une chirurgie bariatrique.
- Les programmes d'APA, et les structures d'APA constituent des relais de ville pour la dimension de l'activité physique, pour laquelle il n'y a pas d'accompagnement spécifique dans l'EMNO. Cependant il existe une barrière financière pour les patients.
- Les associations de patients constituent un soutien pour les patients.

Au stade de l'expérimentation, il n'est pas possible d'estimer la transférabilité de l'expérimentation et sa viabilité dans un environnement différent de celui de l'EMNO. Notamment la constitution d'équipes de novo pourra poser plusieurs difficultés pouvant remettre en cause la soutenabilité financière et pérennité de l'activité à court et moyen terme :

- ❖ Recrutement de l'équipe : Identification de l'ensemble des professionnels nécessaires pour constituer l'équipe.
- ❖ Formation : Acquisition d'une expertise en nutrition pour les professionnels non ou partiellement formés
- ❖ Recrutement des patients en l'absence de réseau pré-existant
- ❖ Profilage des patients pour l'estimation des besoins de soins et adéquation entre les forfaits et le panier de soins
- ❖ Adressage des patients vers des dispositifs d'aval notamment en activité physique adaptée qui n'est pas intégrée dans le parcours
- ❖ Adaptation aux spécificités de la structure support, du territoire, de la population cible.

(2) Concurrence avec d'autres dispositifs

Dans le cadre de l'expérimentation, et en cas de transfert, il n'apparaît pas de risque évident de concurrence concernant la population atteinte avec d'autres interventions pour l'accompagnement de l'obésité :

- ❖ Les prises en charges coordonnées des CSO concernent des patients en situation d'obésité sévère et complexe relevant du troisième niveau de soins en priorité
- ❖ Les réseaux REPPOP sont des réseaux d'obésité de l'enfant. Les professionnels mobilisés peuvent être similaires pour les diététiciens et les psychologues notamment.
- ❖ Les autres expérimentations article 51 en cours concernent soit la chirurgie bariatrique, soit des équipes de soins primaires.
- ❖ Le dispositif Mission Retrouve Ton Cap se met en place en soins primaires et est un dispositif pédiatrique.
- ❖ Les prises en charges libérales en consultation proposées à ce jour comprennent fréquemment un dépassement d'honoraires médicaux, et un accompagnement diététique et psychologique non pris en charge par l'Assurance Maladie et les Assurances complémentaires. La barrière financière concerne une majorité de la population cible des prises en charges coordonnées de l'obésité.



Il n'apparaît pas non plus de risque important de concurrence concernant les professionnels ciblés par ces parcours coordonnés avec d'autres interventions pour l'accompagnement de l'obésité :

- ❖ Les prises en charges coordonnées des CSO sont réalisées dans des établissements de soins de 3ème niveau en majorité comme les CHU.
- ❖ Les réseaux REPOPOP sont des réseaux d'obésité de l'enfant. Les professionnels mobilisés ont une valence pédiatrique. Pour les diététiciens et les psychologues, il peut y avoir une concurrence avec le mode d'exercice coordonné proposé dans l'expérimentation EMNO.
- ❖ Les autres expérimentations article 51 en cours concernent soit la chirurgie bariatrique, soit des équipes de soins primaires. Les professionnels ciblés peuvent être similaires si ils concernent les équipes libérales qui pratiquent majoritairement de la chirurgie bariatrique.
- ❖ Les SMR nutritionnels sont des établissements qui se basent sur des prises en charge en hospitalisation partielle ou complète, avec un accompagnement plus court (plusieurs semaines, voire mois) et plus intensif.
- ❖ Le dispositif Mission Retrouve Ton Cap se met en place en soins primaires et est un dispositif pédiatrique donc la cible professionnelle diffère de cette expérimentation.
- ❖ Les prises en charges libérales proposées à ce jour comprennent fréquemment un dépassement d'honoraires médicales, et un accompagnement diététique et psychologique non pris en charge par l'Assurance Maladie et les Assurances complémentaires. La barrière financière concerne une majorité de la population cible des prises en charges coordonnées de l'obésité.

En cas de mobilisation des mêmes professionnels, la pertinence de proposer plusieurs dispositifs de prise en charge par une même équipe est adapté pour répondre à la diversité des patients sollicitant l'équipe.

Dans les établissements publics et privés cette activité, qui fait souvent intervenir plusieurs professionnels de santé lors de chaque venue des patients se rapproche du fonctionnement de nombreux établissements sous forme d'hôpitaux de jour. La concurrence pourrait donc exister entre ces deux formes d'exercice. Les équipes qui pratiquent la chirurgie bariatrique sont le plus souvent rattachées à un établissement de santé et sont en mesure d'avoir une activité en hôpital de jour.



IV. Conclusion

Si l'expérimentation est un succès en termes de déploiement des parcours et d'efficacité clinique, et d'efficacité organisationnelle en interne de l'EMNO, la généralisation d'une telle organisation en France devra reposer sur des critères avancés et rigoureux de sélection des équipes candidates pour constituer des structures de suivi de l'obésité de second recours. Celles-ci devront disposer dans l'idéal d'un ancrage territorial fort dans les services de santé (ou a minima le médecin porteur) ou être fortement soutenue par les ARS et CPAM dans le suivi de leur déploiement.

Si l'obésité est une des thématiques les plus représentées dans le champ des expérimentations Article 51, l'expérimentation EMNO a conservé sa singularité au fil des années par son positionnement ambulatoire comme structure spécialisée de second recours dans le suivi de l'obésité. Il n'apparaît pas de risque évident de concurrence concernant la population atteinte avec d'autres interventions pour l'accompagnement de l'obésité d'une part, mais pas non plus de risque important de concurrence concernant les professionnels ciblés par ces parcours coordonnés avec d'autres interventions pour l'accompagnement de l'obésité.

Ce qui pourrait constituer un levier fort de motivation des professionnels d'un territoire à s'engager dans l'essaimage de cette offre de services de santé.



V. Bibliographie

1. Bray GA, Kim KK, Wilding JPH, World Obesity Federation. Obesity: a chronic relapsing progressive disease process. A position statement of the World Obesity Federation. *Obes Rev Off J Int Assoc Study Obes.* juill 2017;18(7):715-23.
2. Guh DP, Zhang W, Bansback N, Amarsi Z, Birmingham CL, Anis AH. The incidence of co-morbidities related to obesity and overweight: a systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health.* 25 mars 2009;9:88.
3. Obesity and overweight [Internet]. [cité 4 sept 2023]. Disponible sur: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
4. Fontbonne A, Currie A, Tounian P, Picot MC, Foulatier O, Nedelcu M, et al. Prevalence of Overweight and Obesity in France: The 2020 Obepi-Roche Study by the “Ligue Contre l’Obésité”. *J Clin Med.* janv 2023;12(3):925.
5. reco369_recommandations_obesite_2e_3e_niveaux_preparation_mel_v4_2.pdf [Internet]. [cité 1 sept 2023]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-06/reco369_recommandations_obesite_2e_3e_niveaux_preparation_mel_v4_2.pdf



Annexes

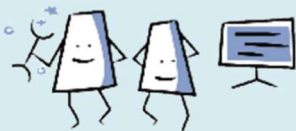
Annexe 1 : Personnes interrogées dans le cadre de l'enquête qualitative

Lors des travaux d'évaluation intermédiaire :

Structure, Profession	Date	Durée
EMNO, Chargé de projet Article 51	Fin février 2021	1 h 15
EMNO, Médecin nutritionniste, cofondateur de l'EMNO, porteur de l'Article 51	Fin février 2021	1 h 15
EMNO, Infirmière ETP, cofondatrice de l'EMNO	Début mars 2021	1 h
EMNO, Secrétaire médical	Mi-avril 2021	45 min.
EMNO, Psychologue	Mi-avril 2021	1 h
EMNO, Médecin endocrinologue	Fin avril 2021	1 h 30
EMNO, Diététicienne	Fin avril 2021	30 min.
ARS BFC, Référente nutrition/obésité	Fin avril 2021	1 h
EMNO, Infirmière	Début mai 2021	1 h
EMNO, Secrétaire médicale en charge des patients Article 51	Mi-mai 2021	45 min.
EMNO, Secrétaire médicale	Mi-mai 2021	45 min.
EMNO, Diététicienne	Fin mai 2021	30 min.
DCDGR, Référent Article 51	Fin juin 2021	45 min.

Lors des travaux d'évaluation finale :

Structure, Profession	Date	Durée
EMNO, Chargé de projet Article 51	Juin 2023	1 h 05
EMNO, Infirmière ETP, cofondatrice de l'EMNO	Juin 2023	1 h05
EMNO, Secrétaire médicale	Juin 2023	20 min
EMNO, Secrétaire médicale en charge des patients Article 51	Juin 2023	30 min.
EMNO, Psychologue	Juin 2023	50 min
EMNO, Diététicienne	Juin 2023	30 min.
Patient(e)	Juin 2023	25 min
Patient(e)	Juin 2023	30 min
Patient(e)	Juin 2023	25 min
Patient(e)	Juin 2023	25 min
Patient(e)	Juin 2023	30 min
Patient(e)	Juin 2023	25 min
Patient(e)	Juin 2023	30 min
Patient(e)	Juin 2023	30 min
Patient(e)	Juin 2023	25 min
ARS BFC, Référente nutrition/obésité	Juillet 2023	1 h
EMNO, Médecin nutritionniste, cofondateur de l'EMNO, porteur de l'Article 51	Aout 2023	1 h 10
Patient expert EMNO	Août 2023	25 min
EMNO, Médecin endocrinologue nutritionniste	Septembre 2023	45 min



EMNO, Médecin endocrinologue nutritionniste	Septembre 2023	45 min
EMNO, Assistant faisant fonction d'infirmier	Octobre 2023	50 min

