

Evaluation de l'expérimentation

Mission : retrouve ton cap



Analyse des données du SGE

Juin 2020

Avertissements

Le présent document constitue le rapport intermédiaire de l'évaluation de l'expérimentation Mission : retrouve ton cap (MRTC). Il analyse des données du système de gestion de l'étude du projet et constitue un document de travail de l'évaluation de l'expérimentation, qui n'engage pas les résultats finaux de l'évaluation.

Sommaire

INTRODUCTION	7
1.1 Objectifs et limites de l'analyse	7
1.2 Données utilisées et traitements réalisés	8
1.3 Éléments de précision sur le vocabulaire utilisé	9
2. INCLUSIONS : VISION D'ENSEMBLE	10
3. PUBLICS INCLUS.....	15
3.1 Caractéristiques des enfants inclus	15
3.2 Commune de résidence des enfants et éloignements vis-à-vis des structures de prise en charge.....	25
3.3 Corpulence des enfants inclus	29
3.4 Habitudes de vie des enfants à l'inclusion	36
4. PARCOURS DES ENFANTS	45
4.1 Vision d'ensemble sur l'état des parcours des enfants.....	45
4.2 Analyse des prescriptions initiales	46
4.3 Consultations prescrites et consultations réalisées	49
4.4 Durée des parcours	54
4.5 Zoom sur les sorties volontaires et les perdus de vue	57
5. DESCRIPTION DES STRUCTURES	65
6. PRESCRIPTEURS.....	70
6.1 Vision d'ensemble sur les prescripteurs effectifs.....	70
6.2 Analyse des spécialités des prescripteurs	70
6.3 Localisation des prescripteurs	76
7. COUTS DE LA PRISE EN CHARGE	84
8. EVOLUTIONS A L'ISSUE DU PARCOURS	88
8.1 Description de l'échantillon.....	88
8.2 Analyse de l'évolution de la corpulence des enfants.....	93
8.3 Analyse de l'évolution des habitudes alimentaires des enfants	99
8.4 Analyse de l'évolution du temps hebdomadaire consacré à de l'activité physique par les enfants	102
8.5 Analyse de l'évolution des habitudes en matière d'exposition aux écrans et de temps de sommeil ...	105

9.	ANNEXES	106
9.1	Logigramme de prise en charge du surpoids et de l'obésité de l'enfant	106
9.2	Résultats du modèle de régression linéaire testé sur l'évolution absolue du Z-score	107
9.3	Résultats du modèle de régression linéaire testé sur l'évolution relative du Z-score	107
9.4	Résultats du modèle de régression linéaire testé sur l'évolution relative du temps de sport hebdomadaire	108
9.5	Résultats du modèle de régression logistique testé sur l'amélioration des habitudes alimentaires	109

Table des illustrations

Figure 1 – Nombre d’enfants inclus au 23 mars 2020, par territoire	10
Figure 2 – Rythme d’inclusion des enfants par année et par territoire	11
Figure 3 – Etat du parcours des enfants au niveau national	12
Figure 4 – Sexe des enfants inclus (N = 1701)	15
Figure 5 – Répartition de l’âge des enfants inclus (N = 1701)	16
Figure 6 – Répartition de l’âge des enfants inclus selon le territoire	17
Figure 7 – Age des enfants à l’inclusion selon le territoire : approche détaillée	18
Figure 8 - Situation familiale de l’enfant pour les trois territoires	19
Figure 9 - Situation des parents vis-à-vis de l’emploi	20
Figure 10 - Situation des parents vis-à-vis de l’emploi selon le territoire (situations les plus courantes)	21
Figure 11 - Catégories socio-professionnelles des parents	21
Figure 12 - Couverture par une complémentaire santé.....	22
Figure 13 - Couverture par une complémentaire santé par territoire.....	23
Figure 14 - Votre enfant est-il en difficulté dans les apprentissages à l’école ?	24
Figure 15 – Répartition des enfants en fonction de leur éloignement géographique à la structure de prise en charge la plus proche de leur ville de résidence	25
Figure 16 - Répartition des patients au Nord-Pas de Calais	26
Figure 17 - Répartition des patients en Seine-Saint-Denis	27
Figure 18 - Répartition des patients à La Réunion	28
Figure 19 - Corpulence à l’inclusion : catégorisation vis-à-vis du surpoids	29
Figure 20 - Corpulence des enfants (caractéristique vis-à-vis du surpoids) selon le territoire	30
Figure 21 - Z-score de l’IMC des enfants inclus selon le territoire : minimum, maximum et quartiles.....	32
Figure 22 - Répartition des enfants de l’expérimentation selon les valeurs seuil du Z-score de l’IMC	Erreur ! Signet non défini.
Figure 23 - Analyse détaillée des déciles pour le z-score de l’IMC	32
Figure 24 – Rebond d’adiposité précoce visible sur la courbe selon les territoires, pour les enfants de 6 ans et plus.....	34
Figure 25 - Perception de leur poids par les parents des enfants inclus.....	35
Figure 26 - Votre enfant prend-il un petit déjeuner avant d’aller à l’école ?	36
Figure 27 - Votre enfant prend-il habituellement des boissons sucrées pendant les 2 repas principaux ? (sodas, sirop, jus de fruits)	37
Figure 28 - En moyenne, combien de fois mange-t-il des fruits et des légumes dans une journée ? (y compris légumineux, mais hors pommes de terre et autres féculents)	38
Figure 29 - A-t-il l’habitude de manger entre les quatre principaux repas ? (petit déjeuner, déjeuner, goûter, diner)	38
Figure 30 – Total d’activité physique cumulée par semaine (en heures).....	40
Figure 31 – Total d’activité physique cumulée par semaine selon le sexe (en heures)	41
Figure 32 - A-t-il un écran dans sa chambre le soir ? (TV, ordinateur, tablette, téléphone portable...)	42
Figure 33 – Temps d’exposition aux écrans les jours de classe, selon l’âge	42
Figure 34 – Durée de sommeil moyenne des enfants inclus dans l’expérimentation selon l’âge.....	44
Figure 35 – Etat du parcours des enfants : niveau national	45
Figure 36 – Etat du parcours des enfants selon le territoire	46
Figure 37 – Répartition des enfants en fonction de la nature des consultations de suivi prescrites (N=1701)	47
Figure 38 – Distribution des enfants en fonction du montant de la PEC prévue pour la réalisation de la prescription n°1.....	48

Figure 39 – Distribution des enfants qui se sont vu prescrire un forfait complet en prescription initiale en fonction du type de prescripteur	48
Figure 40 – Distribution des enfants en fonction des bilans prescrits et réalisés (N=1677)	50
Figure 41 – Taux de concrétisation des consultations de suivi	50
Figure 42 – Distribution des enfants en fonction du nombre de CSD réalisées pour ceux à qui une CSD au moins a été prescrite (N=1459)	51
Figure 43 – Distribution des enfants ayant terminé leur prise en charge en fonction du nombre de consultations de suivi diététiques réalisées (N=146)	52
Figure 44 – Distribution des enfants en fonction du nombre de CSP réalisées pour ceux à qui une CSP au moins a été prescrite (N=697)	53
Figure 45 – Répartition des enfants selon la durée de leurs parcours	55
Figure 46 – Répartition des enfants ayant terminé leur suivi selon la durée de leurs parcours	55
Figure 47 - Répartition des enfants inclus ayant réalisé à minima une CSD, selon la durée de leurs parcours ...	57
Figure 48 – Etat du parcours des enfants : niveau national	58
Figure 49 – Statut des enfants selon le sexe	59
Figure 50 – Statut des enfants selon la configuration familiale	60
Figure 51 – Statut des enfants selon la complémentaire santé	61
Figure 52 – Statut des enfants selon leur corpulence	62
Figure 53 – Z-score de l’IMC moyen selon le statut de l’enfant dans l’expérimentation	62
Figure 54 – Eloignement géographique selon le statut	63
Figure 55 – Caractéristiques des parcours selon le statut	64
Figure 56 – Répartition des types de structures ayant intégré à minima 1 enfant	65
Figure 57 – Répartition du nombre d’enfants inclus par type de structure (N=1701)	66
Figure 58 – Représentation graphique des types de structures en fonction du nombre d’enfants inclus	67
Figure 59 – Corpulence des enfants selon le type de structure	68
Figure 60 – Part moyenne des patients pour lesquels le montant de la PEC s’élève à 240€ ou plus pour la réalisation des prestations de la prescription initiale, par type de structure	68
Figure 61 – Parcours rapides selon le type de structure	69
Figure 62 – Nombre de prestations selon le type de structure	69
Figure 63 – Nombre de prescripteurs selon le territoire d’expérimentation	70
Figure 64 - Fonction des médecins ayant prescrit MRTC pour au moins un enfant inclus (national).....	71
Figure 65 – Répartition des types de prescripteur selon le territoire.....	72
Figure 66 – Prescripteurs potentiels dans les trois territoires selon la spécialité	73
Figure 67 – Taux de couverture des prescripteurs potentiels	73
Figure 68 – Taux de couverture des prescripteurs potentiels selon la spécialité	74
Figure 69 - Nombre d'enfants inclus par prescripteur (national).....	75
Figure 70 – Répartition des inclusions en fonction du type de prescripteur (Nord-Pas de Calais)	76
Figure 71 – Répartition des enfants en fonction de leur éloignement géographique à la structure de prise en charge la plus proche de leur ville de résidence	77
Figure 72 – Répartition des prescripteurs ayant inclus à minima 1 patient en fonction de leur spécialité et mode d’exercice, en Nord Pas-de-Calais	78
Figure 73 - Répartition des prescripteurs selon le nombre de patients orientés, en Nord Pas-de-Calais.....	79
Figure 74 - Répartition des prescripteurs selon le nombre de patients orientés, Seine-Saint-Denis	81
Figure 75 – Répartition des prescripteurs ayant inclus à minima 1 patient en fonction de leur spécialité et mode d’exercice, à La Réunion	82
Figure 76 - Répartition des prescripteurs selon le nombre de patients orientés, La Réunion.....	83
Figure 77 – Structure des coûts de la prise en charge	84

Figure 78 – Financements et coûts selon le type de structure	85
Figure 79 – Financements et coûts moyens par territoire	85
Figure 80 – Financements : médiane, quartiles, moyenne	Erreur ! Signet non défini.
Figure 81 – Parcours proposés selon le type de structure	86
Figure 82 – Parcours proposés selon le type de structure	87
Figure 83 – Statut du parcours des enfants inclus dans l’analyse avant / après	89
Figure 84 – Vision d’ensemble des caractéristiques des enfants inclus dans l’analyse	90
Figure 85 – Statut du parcours des enfants inclus dans l’analyse avant / après	91
Figure 86 – Vision synthétique de l’évolution du z-score de l’IMC des enfants entre le début et la fin de la PEC	93
Figure 87 – Evolution de la situation des enfants entre le début et la fin de la PEC	94
Figure 88 – Relation entre le type de territoire et l’évolution moyenne du Z-score relatif	95
Figure 89 – Relation entre le type de territoire et l’évolution moyenne du Z-score absolu	96
Figure 90 – Relation entre l’âge des enfants et l’évolution du Z-score absolu	96
Figure 91 – Relation entre la durée du parcours et l’évolution du Z-score absolu	98
Figure 92 – Relation entre le nombre de CSD réalisées et l’évolution du Z-score absolu	99
Figure 93 – Part des enfants ayant amélioré leurs habitudes alimentaires en fonction de leur habitude initiale de manger en dehors des principaux repas	101
Figure 94 – Part des enfants ayant amélioré leurs habitudes alimentaires en fonction de leur consommation initiale de fruits et de légumes	101
Figure 95 – Relation entre la situation des parents vis-à-vis du surpoids et l’amélioration des habitudes alimentaires	101
Figure 96 – Relation entre le nombre de CSD réalisées et l’amélioration d’au moins une habitude alimentaire	102
Figure 97 – Relation entre le sexe de l’enfant et l’évolution moyenne du temps de sport relatif	102
Figure 98 – Relation entre le temps de sport initial de l’enfant et l’évolution moyenne du temps de sport relatif	104

Introduction

1.1 Objectifs et limites de l'analyse

Le présent document présente les traitements réalisés à partir des données enregistrées par les professionnels des structures dans le système de gestion de l'étude. Ils reposent sur trois extractions de données réalisées au mois de mars 2020, portant sur les prescripteurs, les enfants inclus et les RDV prévus et réalisés.

L'analyse propose des traitements descriptifs permettant de caractériser le fonctionnement de l'expérimentation MRTC. Elle porte ainsi sur la description des enfants inclus (données démographiques, socio-économiques, anthropomorphique et habitudes de vie), des prescripteurs engagés, des parcours réalisés. L'analyse propose également de tester quelques hypothèses mettant en lien des caractéristiques des enfants au moment de leur inclusion et les caractéristiques de leur parcours. Au regard de la masse de données disponibles, des choix ont été effectués pour prioriser les analyses à tester, au regard de questionnements évaluatifs plus prégnant dans la commande de la Cnam (c'est particulièrement le cas pour l'analyse des enfants « perdus de vue ») ou de parcours qui semblent se dégager suite à un premier traitement à plat (c'est par exemple le cas des parcours « rapides » dont l'analyse initiale montre qu'ils sont relativement fréquents).

Par ailleurs, l'analyse présente également une analyse des données des enfants par une comparaison de leurs caractéristiques (corpulence et habitudes de vie) avant et après leur parcours dans l'expérimentation. Cette analyse est enrichie par l'identification de spécificités en fonction de certains profils d'enfants. A noter, les données descriptives ne donnent pas systématiquement lieu à un test de significativité. Lorsque le test a été réalisé, la significativité et les valeurs sont précisées au cas par cas.

Plusieurs points de vigilance doivent être mentionnés dans la lecture du présent document.

En premier lieu, l'analyse des données du SGE constitue un des outils de l'évaluation mais n'a pas vocation à être considérée comme unique source d'information sur l'expérimentation et ses résultats. Ainsi, ces données doivent faire émerger des questionnements et vérifier des hypothèses, mais le travail qualitatif sera primordial pour identifier de nouvelles hypothèses à tester et pour fournir des éléments d'explication sur les tendances observées par le travail d'analyse statistique.

Par ailleurs, la qualité de l'analyse est par nature dépendante de la qualité de la saisie des données par les structures. Plusieurs facteurs « classiques » peuvent conduire à nuancer certains résultats, comme par exemple l'incomplétude des données sur certaines variables ou comme des pratiques de remplissage variables selon les structures. Les premiers échanges avec les professionnels ne sont pas suffisants à ce stade pour identifier avec certitudes ces difficultés, mais des hypothèses sur ce point sont formulées au fil de l'analyse et devront être confirmées ou infirmées lors de la rencontre avec les professionnels.

Enfin, les analyses portent sur des données provisoires alors même que les inclusions dans l'expérimentation ne sont pas closes, et que les parcours ne sont pas terminés. Le début d'année 2020 a par ailleurs été marqué par un contexte social (mouvement social notamment dans les transports en commun générant des difficultés de mobilité, en particulier en Ile-de-France) qui a pu perturber le bon déroulement des parcours des enfants.

Le contexte sanitaire du mois de mars à juin 2020 n'a pas permis de réaliser en parallèle l'analyse des données et les travaux d'entretien auprès des professionnels des structures, des prescripteurs et des familles. Pour cette raison, l'articulation entre le travail statistique et le travail qualitatif n'a pas pu être assurée et le présent document doit donc être considéré avec la prudence nécessaire quant aux conclusions à tirer sur l'expérimentation. Sa vocation est avant tout de donner des illustrations et de chercher à soulever des questionnements qui seront à approfondir dans la suite de l'évaluation.

Nota bene spécifique à l'analyse avant / après : les extractions ont été réalisées au 23 mars 2020, soit une semaine après le démarrage du confinement liée à l'épidémie de covid-19. L'analyse des parcours et des données relatives à la corpulence et aux habitudes de vie ne sont donc pas impactées par ce contexte. En revanche, dans la mesure où l'extraction est menée avant la fin de l'expérimentation, les parcours d'ores et déjà « terminés » peuvent donc présenter des caractéristiques particulières au regard de l'ensemble des enfants inclus. La présente analyse tache d'être transparente sur les limites des données et sur les hypothèses pouvant expliquer les tendances observées.

Enfin, considérant ces deux facteurs (données incomplètes, mais non perturbées par les conséquences du confinement sur la corpulence, les habitudes de vie et la continuité des parcours), il sera important d'interroger la pertinence et le calendrier d'une analyse des données « finales » de l'expérimentation (prévue au mois de décembre 2020).

1.2 Données utilisées et traitements réalisés

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

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

L'extraction « RDV » a pu être mise en correspondance avec l'extraction « Enfants », permettant ainsi de reconstruire, pour chaque enfant les RDV réalisés. En revanche, l'articulation entre la base « prescripteurs » et les bases « Enfants » et « RDV » n'est pas possible. Par ailleurs, les structures de prise en charge sont également anonymisées. Si le type de structure est connu, celle-ci n'est pas identifiable spécifiquement. Les autres caractéristiques des structures telles que présentées dans les dossiers de candidature ne peuvent donc pas être reliées aux parcours des enfants.

Pour chacune des bases, plusieurs traitements ont été réalisés :

- **Traitements univariés** : analyse de la variable seule, tel que prévu dans le plan d'analyse ;
- **Traitement bivariés** : analyse d'une variable croisée avec une autre variable (par exemple avec le territoire de l'expérimentation concerné), permettant de décrire des situations comparables ou spécifiques. Des tests statistiques ont été conduits sur certains de ces croisements de manière à vérifier leur significativité.
- **Traitements multivariés** : différents modèles de régressions linéaires et logistiques ont été testés pour analyser les évolutions des z-score de l'IMC des enfants et de leurs habitudes de vie avant et à la fin de la prise en charge afin de d'identifier si et dans quelle mesure certaines

caractéristiques liées au profil ou au parcours de l'enfant étaient significativement associées à des trajectoires différentes.

Par soucis d'allègement, le document ne retrace pas l'ensemble des hypothèses testées et des traitements réalisés.

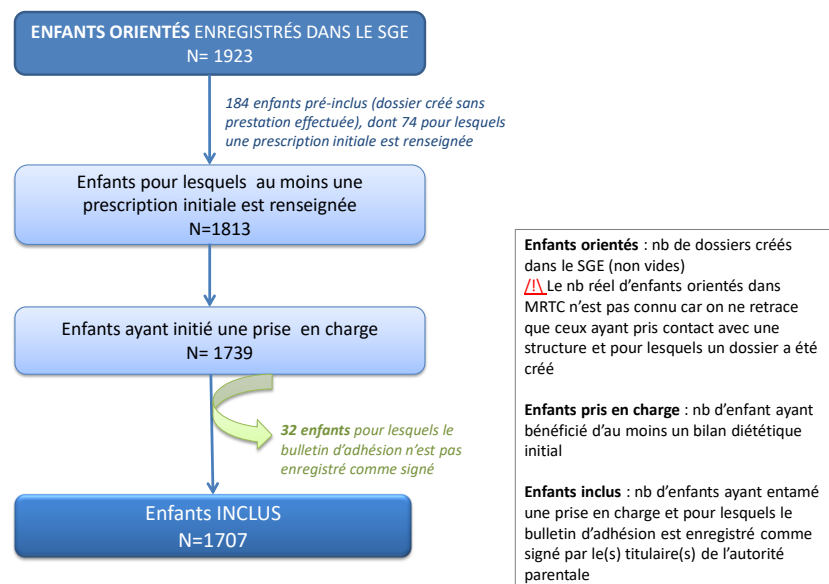
1.3 Éléments de précision sur le vocabulaire utilisé

Les données utilisées relatives aux profils des enfants inclus dans l'expérimentation et à leur parcours de soin concernent les enfants ayant été enregistrés dans le SGE par leur structure de prise en charge, qui ont réalisé à minima un bilan diététique initial et qui ont signé le bulletin d'adhésion à l'expérimentation, au 23 mars 2020.

Ces données ne prennent donc pas en compte :

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

Le diagramme de flux ci-contre schématise ces éléments à partir des données du SGE du 9 avril 2020¹.

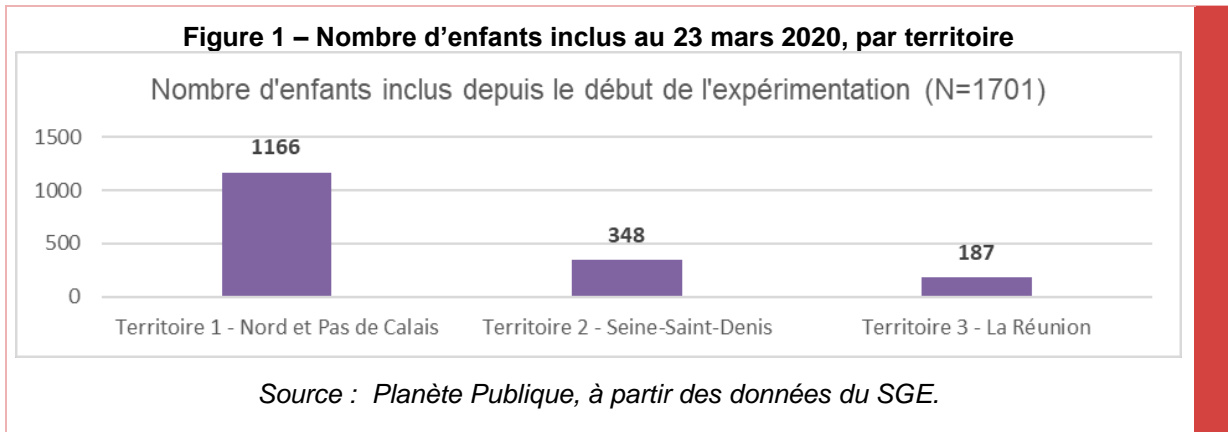


¹ Les différences de date d'extraction expliquent les différences entre les chiffres présentés dans le diagramme de flux et les données de bilan sur les enfants inclus (1707 enfants inclus au 9 avril 2020 vs. 1701 enfants inclus au 23 mars 2020).

2. Inclusions : vision d'ensemble

1701 enfants inclus, dont les deux tiers en Nord-Pas de Calais

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

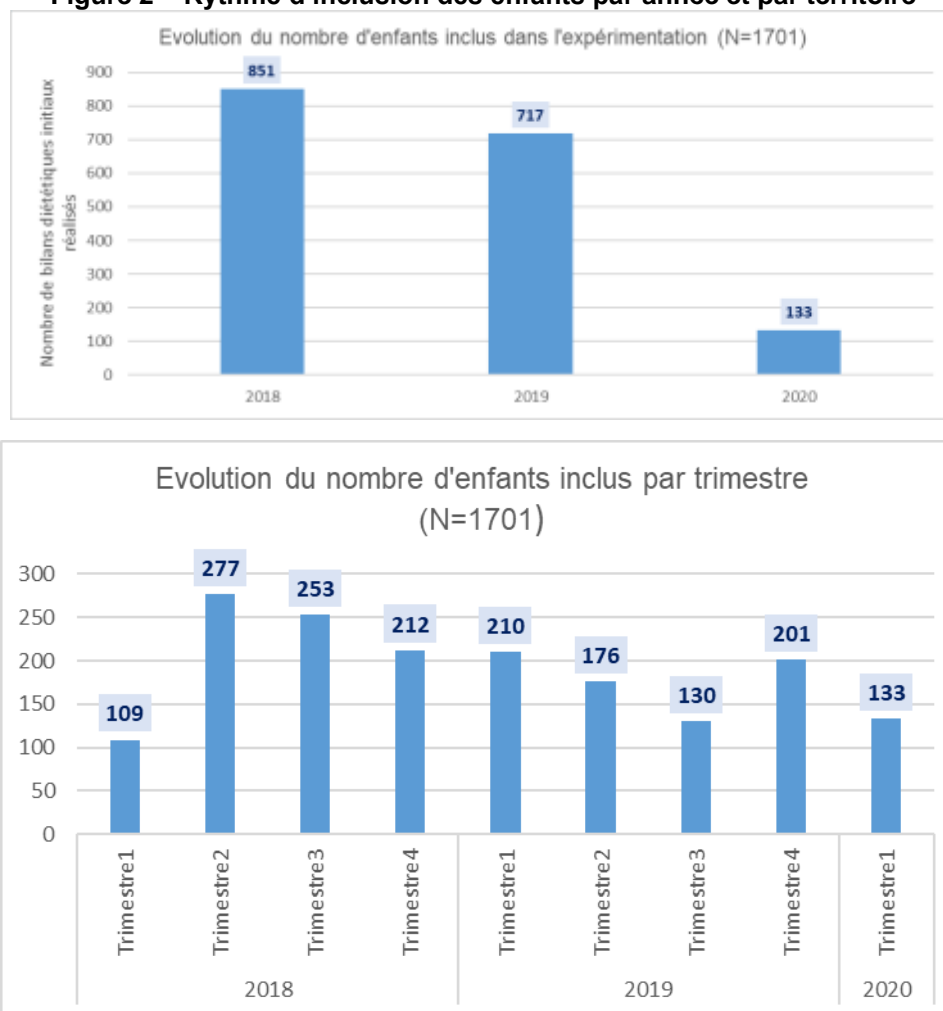


Une inclusion rapide et régulière du nombre d'enfants inclus

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

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

Figure 2 – Rythme d’inclusion des enfants par année et par territoire



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

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

Selon les comptes rendus des échanges en comité de suivi opérationnel, les acteurs tiraient dès début 2018, un bilan satisfaisant de la montée en charge de l'expérimentation. En effet, lors de la construction de l'expérimentation pour un certain nombre, la capacité à mobiliser les prescripteurs autour de l'expérimentation ainsi que l'adhésion des familles à la prise en charge apparaissaient incertaines. Les données relatives à l'inclusion ont ainsi pu conforter selon eux le besoin déjà identifié dans le territoire, ainsi que la capacité à mobiliser les acteurs comme les parents.

Des prises en charge majoritairement encore en cours au mois de mars 2020

Au moment de l'extraction, environ la moitié des enfants était encore pris en charge dans le dispositif (suivi en cours pour 40% ou renouvelé pour 8%). Les enfants ayant terminé leur parcours représentaient 14% du total. 12% des enfants étaient sortis de l'expérimentation. Ceci correspond notamment aux enfants réorientés vers des dispositifs plus adaptés à leurs besoins (2^{ème} ou 3^{ème} recours). Environ un quart des enfants (26%) sont considérés comme « perdus de vue »². Les échanges avec les experts associés à l'évaluation mettent en évidence que ce taux est satisfaisant et tout à fait comparable avec ce qui est observés dans les prises en charge assurées dans le cadre des RéPPOP³.

Figure 3 – Etat du parcours des enfants au niveau national

	Nombre d'enfants	En %
Suivi en cours	688	40%
Suivi en cours - Renouvelé	133	8%
Fin de suivi	231	14%
Perdu de vue	447	26%
Sorti de l'expérimentation	202	12%
TOTAL	1701	100%

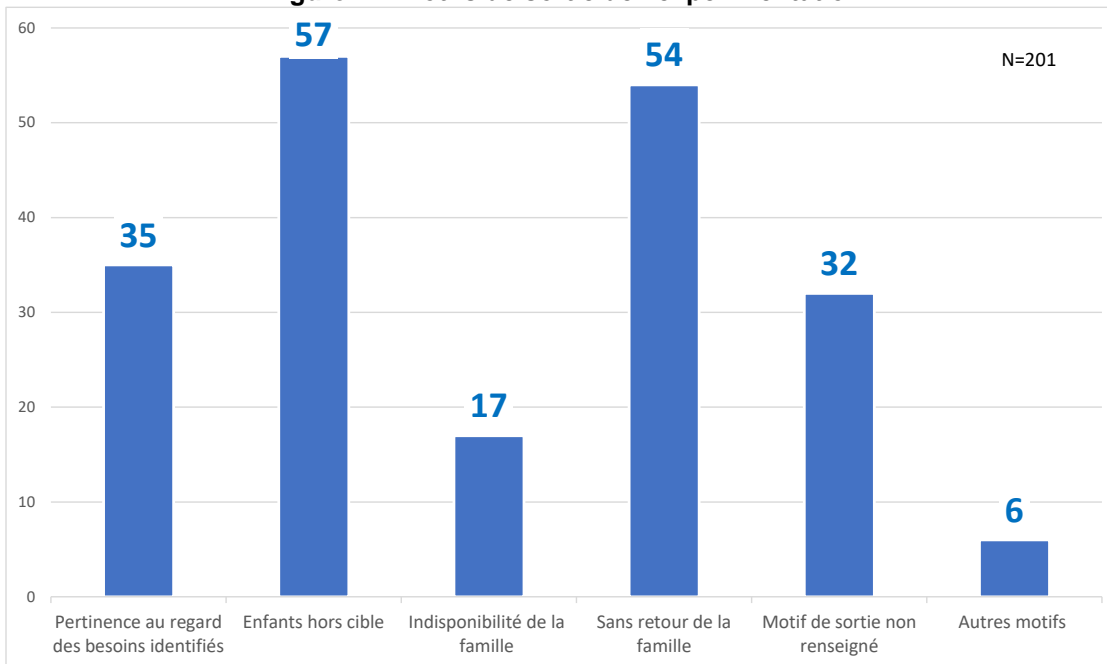
Source : Planète Publique, à partir des données du SGE

Pour les enfants « sortis » de l'expérimentation, les structures avaient la possibilité d'indiquer, en texte libre, les motifs de la sortie. Un recodage du texte a permis de mettre en évidence différents motifs principaux de sortie. Certains sont liés au dispositif MRTC, d'autres sont liés aux profils des enfants ou à la situation des familles.

² Les perdus de vue sont définis comme les enfants pour lesquels toutes les prestations prescrites n'ont pas été réalisées et qui n'ont pas eu de consultation dans la structure depuis plus de 6 mois.

³ Réseau de Prévention et de Prise en charge de l'Obésité Pédiatrique.

Figure 4 – Motifs de sortie de l'expérimentation



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

Pertinence limitée du dispositif MRTC par rapport aux besoins identifiés

- 6% des enfants « sortis » de l'expérimentation (N=13) ont indiqué ne pas avoir « besoin » du suivi MRTC ou ne pas en identifier « l'utilité » par rapport à leur situation ;
- 6% (N=12) considèrent ne *plus* avoir besoin du suivi MRTC car ils considèrent que la situation de l'enfant s'est suffisamment améliorée (changements des habitudes acquis, évolution du poids considérée comme satisfaisante etc.) ;
- 5% (N=10) considèrent que le dispositif n'est pas adapté à leurs besoins. Certains précisent les modalités qu'ils considèrent inadaptées. Le suivi psychologique et l'approche « alimentaire » sont mentionnés en ce sens par certaines familles (respectivement N=5 et N=2).

Profils des enfants hors cible

- 24% des enfants sont « sortis » de l'expérimentation (N=49) car son profil était jugé « hors cible » par les structures de prise en charge du fait du poids trop élevé de l'enfant. Pour 1 enfant sur 2 concerné par cette situation, les données recueillies indiquent qu'ils ont été réorientés vers un autre dispositif de prise en charge (donnée non précisée pour les autres enfants) ;
- 2% des enfants sont « sortis » de l'expérimentation (N=5) car le profil de leur enfant n'était pas en adéquation avec le profil ciblé par l'expérimentation du fait d'un âge trop élevé ;
- 1% des enfants sont « sortis » de l'expérimentation (N=3) car le profil de leur enfant nécessitait un suivi plus approfondi.

<p>Indisponibilité de la famille</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 8 % des enfants sont « sortis » de l'expérimentation (N=17) car les enfants ou les familles n'étaient plus (assez) disponibles pour le suivi régulier requis. Pour certains, cette indisponibilité faisait suite à un changement de situation (déménagement ou nouvelle activité professionnelle par exemple).
<p>Perdu de vue de fait</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 27% des enfants sont considérées comme « sortis » de l'expérimentation (N=54) car les familles ne donnent plus de nouvelles aux structures malgré les relances effectuées ;
<p>Motif de sortie non renseigné</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 12% des enfants « sortis » de l'expérimentation (N=25) ont fait part du souhait des parents d'arrêter le suivi sans préciser un motif de manière explicite ; - 2% des <i>enfants</i> « sortis » de l'expérimentation (N=5) ont fait part de leur souhait d'arrêter le suivi sans qu'un motif explicite ne soit indiqué - 1% des <i>enfants</i> « sortis » de l'expérimentation (N=2) ont fait part conjointement, parents et enfant, de leur souhait d'arrêter le suivi sans qu'un motif ne soit explicitement cité
<p>Autres motifs</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 1% des enfants « sortis » de l'expérimentation (N=2) considèrent que les temps d'attente pour les rendez-vous sont trop longs - 1% des enfants « sortis » de l'expérimentation (N=2) estiment que leur enfant a « trop de suivi ». - 1% des enfants « sortis » de l'expérimentation (N=2) indiquaient comme raison ne pas ou plus être assez « motivés » pour poursuivre le suivi

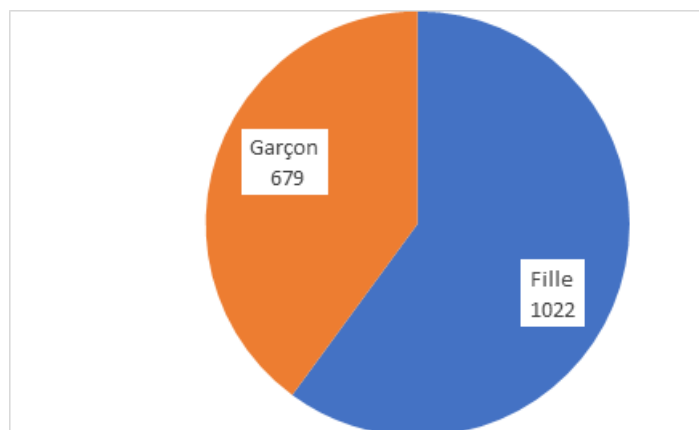
3. Publics inclus

3.1 Caractéristiques des enfants inclus

Une expérimentation incluant majoritairement des filles

60% des enfants inclus sont des filles. Elles sont donc plus représentées dans l'expérimentation que les garçons, ce qui correspond aux tendances observées dans les enquêtes sur la prévalence du surpoids et de l'obésité en grande section de maternelle : les filles sont plus souvent en surcharge pondérale que les garçons à cet âge (14% vs 10% pour le surpoids et 4% vs 3% pour l'obésité)⁴. Les filles sont encore plus nombreuses en Seine-Saint-Denis où elles représentent 64% des enfants (contre 59% en Nord-Pas de Calais et 57% à La Réunion)⁵.

Figure 5 – Sexe des enfants inclus (N = 1701)



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

Les enfants inclus dans l'expérimentation sont âgés de 6,4 ans en moyenne

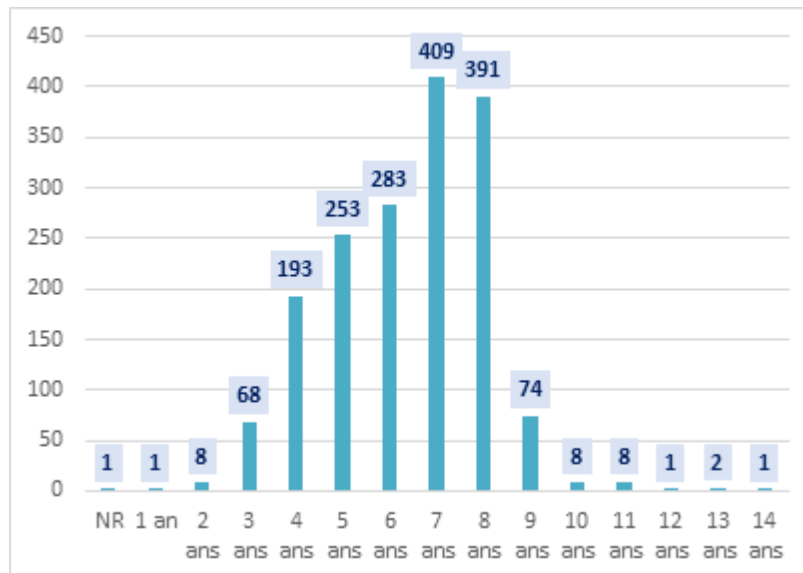
L'expérimentation s'adresse à des enfants âgés de 3 à 8 ans inclus. En moyenne, les enfants sont âgés de 6,4 ans, donnée comparable dans les 3 territoires d'expérimentation (6,5 ans en Nord-Pas de Calais, 6,2 ans en Seine-Saint-Denis et 6,1 ans à La Réunion). L'inclusion d'enfants en dehors de la tranche d'âge prévue pour l'expérimentation s'est avérée marginale, puisque que cela correspond à moins de 2% des enfants (0,5% des enfants sont plus jeunes et 1,2% sont plus âgés). Quelques enfants sont nettement plus âgés que la tranche d'âge prévue pour l'expérimentation, jusqu'à 14 ans pour le cas le plus extrême.

⁴ DREES « La santé des élèves de grande section de maternelle en 2013 » publiée en juin 2015

⁵ A ce stade, les éléments disponibles ne permettent pas de donner d'élément d'explication à cette tendance.

Lors des entretiens de la phase de cadrage, les professionnels rencontrés ont indiqué que des confusions avaient pu avoir lieu sur la cible de MRTC, du fait de l'existence d'autres démarches de prise en charge pour d'autres tranches d'âge. Cette crainte ne semble pas confirmée, soit que les confusions soient très marginales, soit qu'elles aient été régularisées par les structures elles-mêmes (notamment quand elles pouvaient assurer la prise en charge des enfants au titre d'un autre programme).

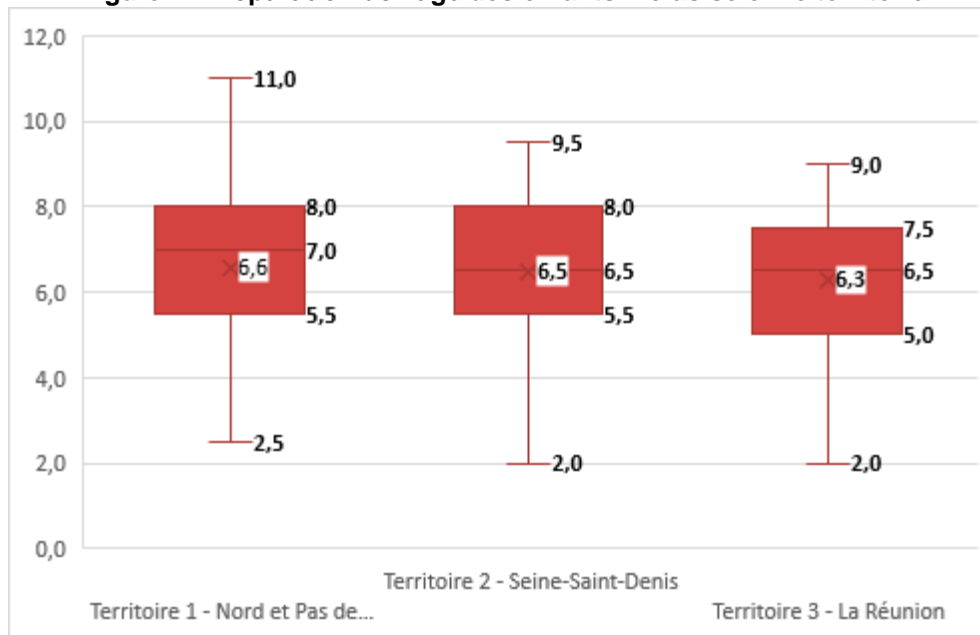
Figure 6 – Répartition de l'âge des enfants inclus (N = 1701)



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

L'âge moyen et l'âge médian (7 ans) sont similaires dans les trois territoires. L'analyse en quartile permet toutefois de mettre en évidence que l'âge des enfants est légèrement plus resserré à La Réunion (50% des enfants ont entre 5 et 7 ans) que dans les deux autres territoires (50% des enfants ont entre 5 et 8 ans). Par ailleurs, alors que la médiane se situe à 7 ans pour le Nord-Pas de Calais, elle est de 6 ans à La Réunion et en Seine-Saint-Denis.

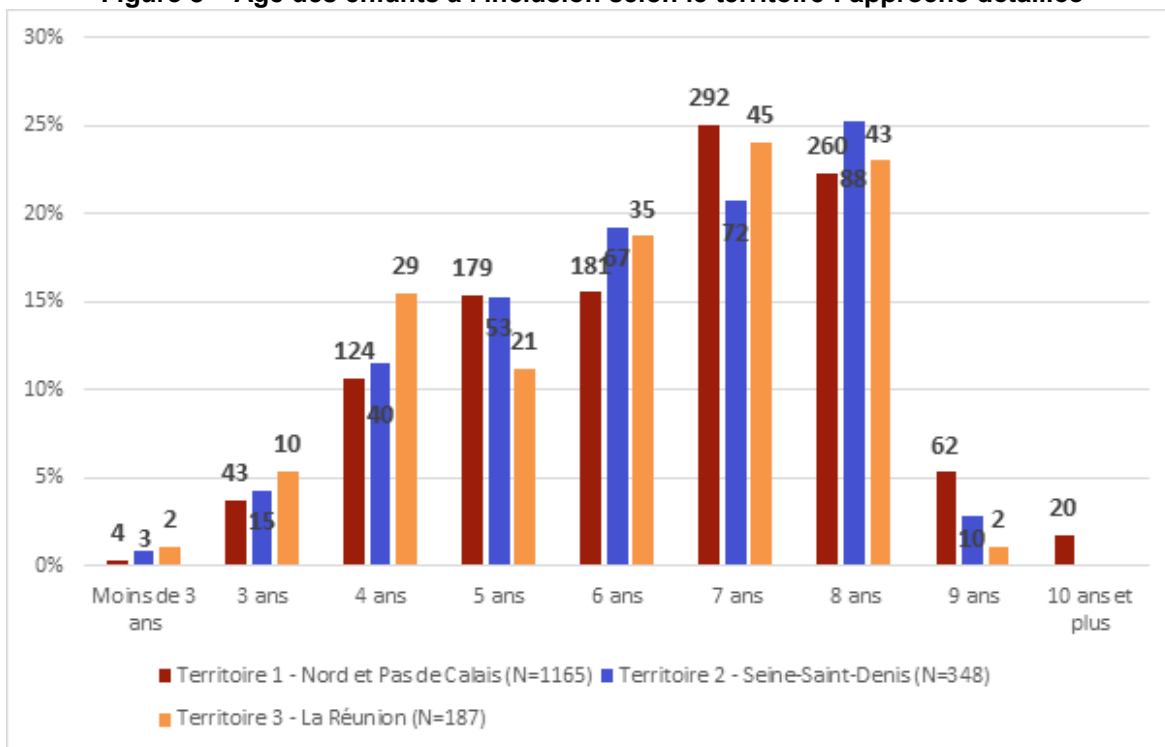
Figure 7 – Répartition de l'âge des enfants inclus selon le territoire



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

L'analyse plus détaillée confirme que les différences entre les trois territoires sont relativement marginales : les professionnels des structures de La Réunion semblent être mieux parvenus que dans les autres territoires à inclure les enfants de 4 ans, mais les enfants âgés de 5 ans sont un peu moins bien représentés. Ceci pourrait s'expliquer par l'implication des professionnels de PMI dans l'orientation vers la prise en charge à l'occasion du bilan des 3 ans. Ceci pourra être analysé de manière plus approfondie à l'occasion des travaux qualitatifs.

Figure 8 – Age des enfants à l’inclusion selon le territoire : approche détaillée



Source : Planète Publique, à partir des données du SGE

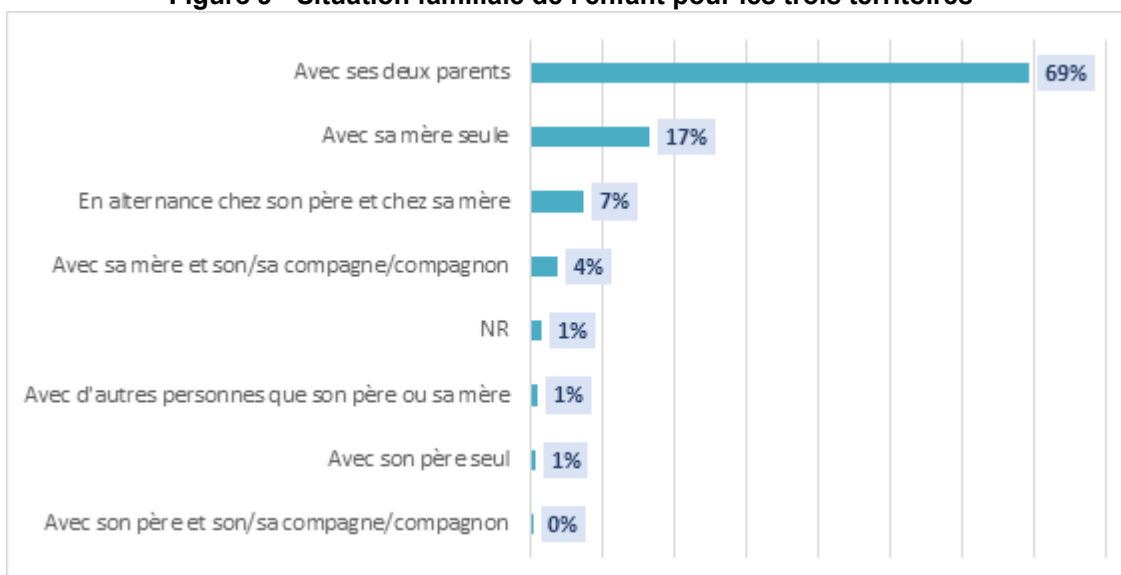
Un peu plus des deux-tiers des enfants vivent avec leurs deux parents

69% des enfants vivent avec leurs deux parents. Les autres situations concernent principalement des familles monoparentales 18% (dont 17% d’enfants vivant avec la mère seule et 1% avec le père seul). 7% des enfants vivent en alternance chez leur père et leur mère et 4% vivent dans une famille recomposée (parent + compagne/compagnon). Les autres situations sont relativement marginales, avec 1% des enfants vivant avec d’autres personnes que leurs parents.

A noter que selon les données INSEE⁶, 77% des familles avec enfants de moins de 18 ans sont des couples et 19% sont des familles monoparentales. Les enfants inclus dans l’expérimentation ne présentent donc *a priori* pas un profil particulièrement différent du point de vue de la composition familiale.

⁶ Données du recensement 2016, pour les familles avec enfants de moins de 18 ans. La famille monoparentale est définie par l’INSEE telle que : « Une famille monoparentale comprend un parent isolé et un ou plusieurs enfants célibataires (n’ayant pas d’enfant) ». Dans la définition INSEE, les couples avec enfants incluent donc les familles composées d’un parent et d’un.e autre conjoint.e. Considérant la tranche d’âge des enfants, et la définition des catégories, la comparaison des données pour les enfants inclus et pour la population générale doit donc être menée avec précaution.

Figure 9 - Situation familiale de l'enfant pour les trois territoires



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

En Seine-Saint-Denis, la part des enfants vivant avec leurs deux parents est légèrement plus élevée (74%) qu'à La Réunion (64%) et en Nord-Pas de Calais (69%). Les enfants vivant en alternance chez les deux parents (impliquant donc deux foyers et potentiellement deux modes et habitudes de vie) sont par ailleurs plus nombreux à La Réunion (6%) qu'en Nord-Pas de Calais (4%) et en Seine-Saint-Denis (3%).

Des situations socio-économiques légèrement défavorisées

Du point de vue des situations socio-économiques, la majorité des enfants (41%) ont leurs deux parents en emploi (regroupant les activités à temps plein et à temps partiel et les activités d'indépendant). La deuxième situation la plus courante concerne les enfants ayant un parent en emploi et l'autre parent inactif (15% des enfants). Enfin, en troisième position, on note les situations dans lesquelles un parent est en emploi et l'autre en recherche d'emploi (10% des enfants). On note par ailleurs que pour 21% des situations, la donnée n'est pas renseignée pour au moins un des deux parents.

Figure 10 - Situation des parents vis-à-vis de l'emploi

Situation vis-à-vis de l'emploi du parent 2

		1.En emploi	2.En recherche d'emploi	3.En congé	4.Inactif	5.Autre	6.NR	Total général
Situation vis-à-vis de l'emploi du parent 1	1.En emploi	41%	4%	2%	7%	2%	4%	59%
	2.En recherche d'emploi	6%	2%	0%	1%	1%	2%	12%
	3.En congé	4%	0%	0%	0%	0%	0%	5%
	4.Inactif	8%	2%	1%	0%	1%	1%	13%
	5.Autre	1%	0%	0%	1%	0%	1%	3%
	6.NR	0%	0%	0%	0%	0%	6%	7%
	Total général	60%	8%	3%	10%	5%	14%	100%

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

Les totaux en ligne ou en colonne qui n'apparaissent pas cohérents sont liées aux arrondis dans les valeurs qui ont été simplifiées ici pour éviter la difficulté de lecture liée à aux deux décimales.

Lecture des données :

Pour 41% des enfants inclus, les deux parents sont en emploi.

Pour 4% des enfants, le premier parent est en emploi et le second parent est en recherche d'emploi. NB, pour l'analyse des données, les données sont cumulées avec la situation dans laquelle c'est le parent 1 qui est en recherche d'emploi et le parent 2 en emploi (6% dans le tableau), soit un total de 10%.

La catégorie NR inclut uniquement les situations dans lesquelles la donnée n'est pas renseignée. Les situations dans lesquelles la situation du parent est « sans objet » (parent absent ou décédé) sont inclus dans la catégorie « Autre ».

Les situations sont globalement comparables entre les trois territoires. Si l'on considère uniquement les trois configurations les plus courantes, la part d'enfants dont les deux parents sont en emploi apparaît supérieure en Nord-Pas de Calais et plus en retrait en Seine-Saint-Denis. A noter que dans ce dernier territoire, les données sont très incomplètes : la donnée est manquante pour au moins un des deux parents pour 54% des enfants inclus (26% des enfants à La Réunion et 10% des enfants en Nord-Pas de Calais).

Figure 11 - Situation des parents vis-à-vis de l'emploi selon le territoire (situations les plus courantes)

	Territoire 1 - Nord et Pas de Calais		Territoire 2 - Seine-Saint-Denis		Territoire 3 - La Réunion	
	En nb	En %	En nb	En %	En nb	En %
Deux parents en emploi	516	44%	105	30%	70	37%
Un parent en emploi, l'autre inactif	178	15%	53	15%	24	13%
Un parent en emploi, l'autre en recherche d'emploi	113	10%	29	8%	19	10%

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

Enfin, l'analyse des catégories socioprofessionnelles met en évidence que les enfants sont majoritairement issus de milieux modestes, puisque les catégories les plus représentées (hors inactifs) sont les ouvriers et les employés. Ainsi 20,5% des enfants inclus sont issus d'une famille dont les parents relèvent de l'une ou de l'autre de ces deux catégories. Il est à noter que la donnée est indisponible pour au moins un des deux parents pour près de deux tiers des enfants (64,2%) et pour les deux parents pour 23% des enfants. Les données sont similaires dans les trois territoires, mais nettement plus incomplètes pour la Seine-Saint-Denis.

Figure 12 - Catégories socio-professionnelles des parents

		Catégorie socio-pro du parent 2								
		1.AG	2.AC	3.PS	4.PI	5.EMP	6.OUV	7.R&In	NR	Total général
Catégorie socio-pro du parent 1	1.AG	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,2%	0,0%	0,0%	0,2%	0,5%
	2.AC	0,0%	0,4%	0,1%	0,2%	0,8%	0,2%	0,7%	0,8%	3,2%
	3.PS	0,2%	0,3%	2,5%	1,1%	1,6%	0,5%	0,2%	0,4%	6,9%
	4.PI	0,1%	0,3%	0,8%	1,9%	1,2%	1,6%	0,6%	0,7%	7,3%
	5.EMP	0,1%	0,8%	1,4%	1,9%	6,2%	5,8%	1,8%	3,7%	21,8%
	6.OUV	0,0%	0,4%	0,3%	0,9%	3,2%	5,3%	4,1%	3,2%	17,3%
	7.R&In	0,1%	0,7%	0,4%	0,6%	2,0%	4,8%	2,5%	2,5%	13,7%
	NR	0,0%	0,1%	0,4%	0,6%	1,1%	2,9%	0,9%	23,4%	29,3%
	Total général	0,5%	2,9%	5,9%	7,3%	16,2%	21,3%	10,9%	34,9%	100,0%

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

Légende : 1.AG = Agriculteurs exploitants ; 2.AC = Artisans, commerçants et chefs d'entreprise ; 3.PS = Cadre et professions intellectuelles supérieures ; 4.PI = Professions intermédiaires ; 5.EMP = Employés ; 6.OUV = Ouvriers ; 7.R&In = Retraités et personnes sans activité professionnelle

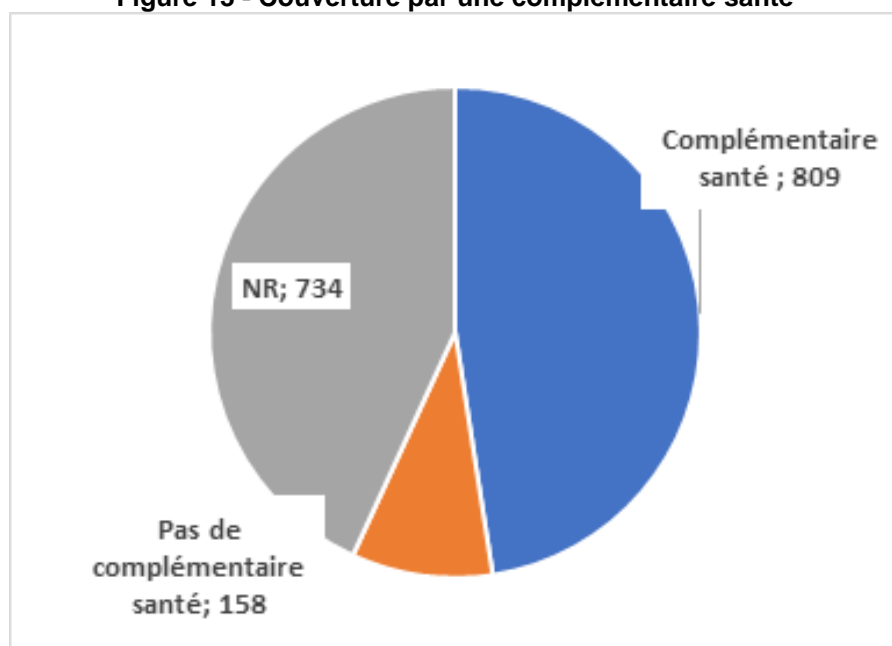
Lecture des données : Pour 6,2% des enfants, les deux parents sont employés. Pour 21,8% des enfants le parent 1 est employé, quelle que soit la catégorie socio-professionnelle du parent 2.

Une couverture par la sécurité sociale bonne, mais témoignant d'indicateurs de précarité potentielle

Du point de vue de la couverture sociale, on note que 94% des enfants pour lesquels la donnée est renseignée sont inscrits au régime général (données très similaires entre territoires, bien que marquant la plus forte proportion des régimes spéciaux dans le Nord-Pas de Calais et à La Réunion comparée à la Seine-Saint-Denis).

Concernant la complémentaire santé, les informations sont très incomplètes, puisque la donnée est renseignée pour un peu plus de la moitié des enfants seulement (55%). Pour les enfants pour lesquels l'information est disponible, environ 1 enfant sur 6 ne dispose pas de complémentaire santé (16%). Cette part est nettement plus importante à La Réunion, puisque qu'elle monte à plus d'un enfant sur 4 (26%) dans ce département. Selon la DREES seulement 5% de la population n'est pas couverte par une complémentaire santé⁷⁷. Ainsi, même en considérant l'hypothèse théorique selon laquelle l'ensemble des enfants pour lesquels la donnée n'est pas renseignée (N=734) ne disposent pas de complémentaire santé, la proportion d'enfants concernés reste très supérieure à la moyenne nationale (9,3%).

Figure 13 - Couverture par une complémentaire santé



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

⁷⁷ DREES, La couverture complémentaire santé de la population française, 2016 sur la base de données 2012.

Figure 14 - Couverture par une complémentaire santé par territoire

	Sans complémentaire santé		Avec complémentaire santé		Total	
	Nb d'enfants	En %	Nb d'enfants	En %	Nb d'enfants	En %
Territoire 1 - Nord et Pas de Calais	93	15%	521	85%	614	100,00%
Territoire 2 - Seine-Saint-Denis	26	13%	176	87%	202	100,00%
Territoire 3 - La Réunion	39	26%	112	74%	151	100,00%

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

Enfin, parmi les enfants couverts par une complémentaire santé, 28% sont couverts par la CMUc, et 3% par l'ACS⁸. La part des enfants couverts par la CMUc est nettement plus importante à La Réunion que dans les autres territoires (37% vs 26% et 27% en Nord-Pas de Calais et Seine-Saint-Denis), ce qui apparaît cohérent avec la part des habitants de La Réunion inscrit à ce régime. La mise en perspective avec les données nationales fournies par le fonds CMUc met en évidence une forte surreprésentation des familles couvertes par une aide à la complémentaire dans l'expérimentation, puisque 7,6% de la population est bénéficiaire de la CMUc en France, et plus spécifiquement autour de 11,5% en Nord-Pas de Calais, 13,8% en Seine-Saint-Denis et 36,8% à La Réunion⁹ (comparable à la part de ces bénéficiaires dans l'expérimentation).

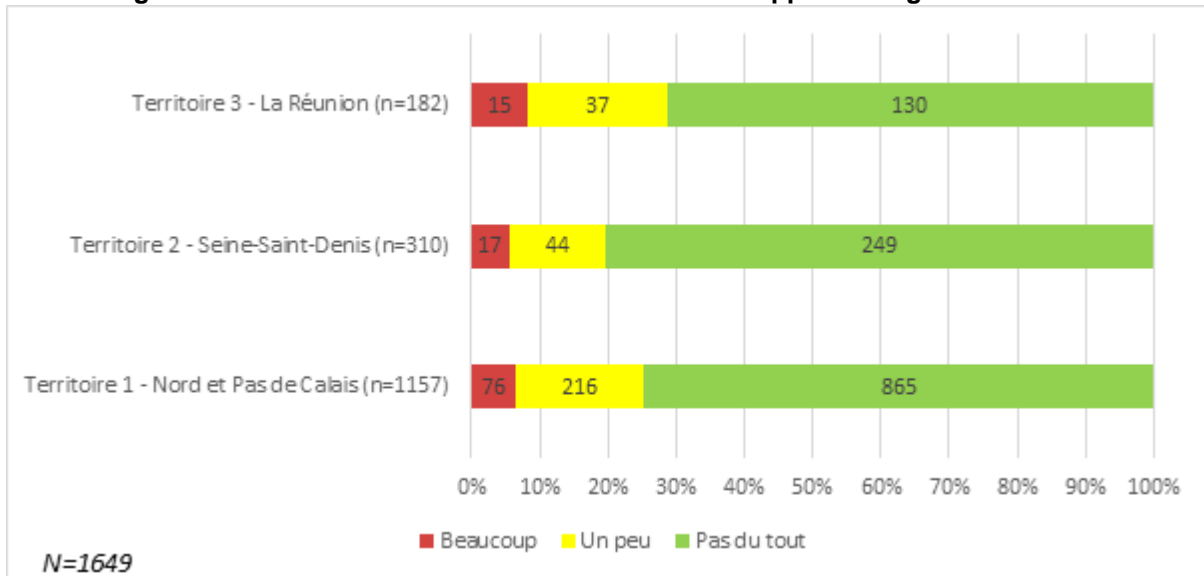
Trois quarts des enfants sans difficultés scolaires particulières

Du point de vue scolaire, un quart des enfants indiquent rencontrer des difficultés dans les apprentissages (25%), dont 8% des difficultés importantes. Les données sont similaires dans les trois territoires.

⁸ Aide au paiement d'une complémentaire santé

⁹ Selon les données du fonds CMU (disponible sur www.ecosante.fr), datées de 2014, la part des bénéficiaires de la CMUc s'élevait 12% environ en Nord-Pas de Calais, 14% en Seine-Saint-Denis et 37% à La Réunion. Des données partielles disponibles pour 2016 indiquent des tendances similaires, bien que légèrement supérieures.

Figure 15 - Votre enfant est-il en difficulté dans les apprentissages à l'école ?



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

3.2 Commune de résidence des enfants et éloignements vis-à-vis des structures de prise en charge

Des enfants qui habitent majoritairement à proximité des structures¹⁰

Les communes de résidence des enfants inclus se situent majoritairement à proximité des structures de prise en charge. Il ressort par exemple de l'analyse des distances entre les communes de résidence des enfants et des structures qu'environ 80% des enfants habitent dans une commune située à 10 kilomètres ou moins des structures de prise en charge. Parmi ces derniers, 77% (N=1030) habitent une commune située à 5km ou moins de la structure de prise en charge la plus proche.

Figure 16 – Répartition des enfants en fonction de leur éloignement géographique à la structure de prise en charge la plus proche de leur ville de résidence

Distance en km	Nombre d'enfants	En %
10 km ou moins	1324	78%
entre 11 et 20 km	283	17%
entre 21 et 30km	30	2%
entre 31 et 40km	9	1%
entre 41 et 61 km	8	0%
NR	47	3%
Total général	1701	100%

Temps de trajet en min	Nombre d'enfants	En %
10mn ou moins	1015	60%
entre 11 et 20 mn	539	32%
entre 21 et 30 mn	83	5%
entre 31 et 40 mn	11	1%
entre 41 et 62 mn	6	0%
NR	47	3%
Total général	1701	100%

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

¹⁰ Considérant l'impératif d'anonymisation de la base de données analysées, les analyses des distances sont basées sur un calcul de la distance entre la ville de domicile de l'enfant (code postal) et l'adresse de la structure la plus proche. A noter que l'algorithme calculant les temps et les distance de parcours repose sur une circulation en voiture. La réalité peut être très différente pour des personnes non motorisée et se déplaçant en transport en commun.

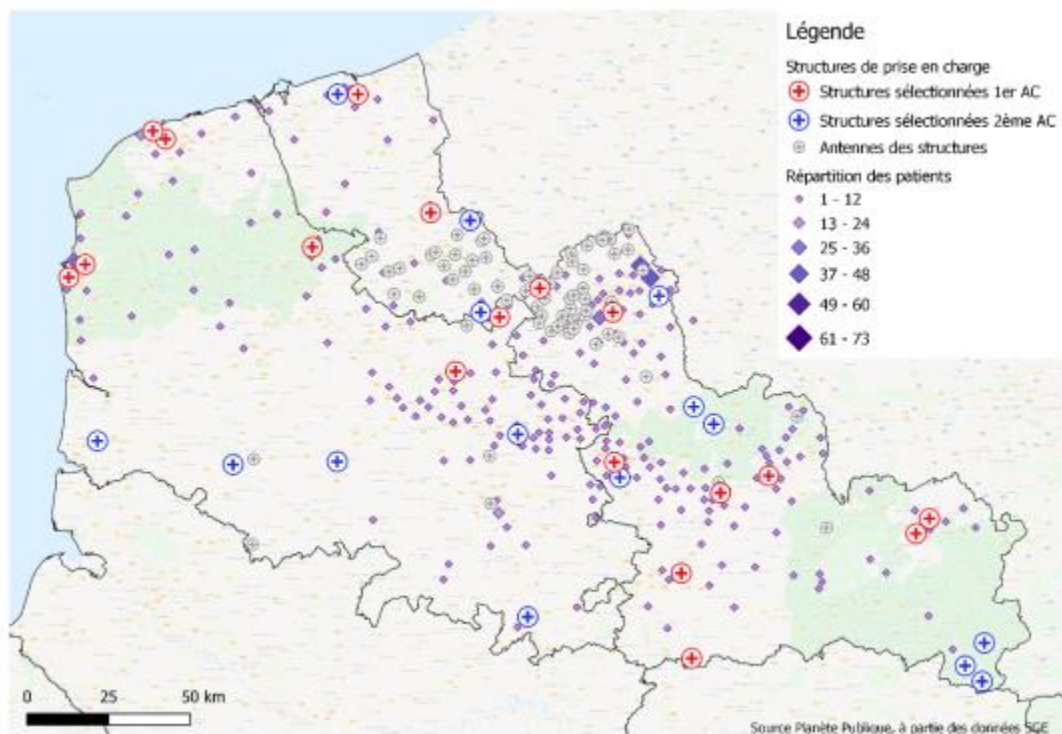
En Nord-Pas de Calais, des enfants principalement concentrés dans les zones denses

La carte de localisation ci-dessous permet de visualiser les lieux de résidence des enfants inclus dans l'expérimentation. Elle met en évidence que la métropole Lille-Roubaix-Tourcoing concentre une part importante des enfants, en lien avec la densité de population, et comme plus généralement toute la zone de la Métropole - Flandre intérieure. La concentration des enfants s'étend logiquement en Pas de Calais autour de Béthune et Lens (Béthune Bruai et Lens Hénin).

Les zones les moins denses du territoire connaissent également un nombre d'enfants inclus plus faibles (Sambre-Avesnois dans le sud-est du territoire, et toute la partie sud du Pas de Calais : Artois-Douaisis et Montreuillois). Dans ces dernières zones, on note en particulier que le nombre d'enfants inclus reste limité, malgré la présence de plusieurs structures de prise en charge. Ces dernières ont intégré l'expérimentation à l'occasion du 2^{ème} appel à candidature.

Enfin, on observe une tendance à la concentration des enfants inclus à proximité des structures. Toutefois, quelques enfants qui résident dans la zone centrale au cœur du triangle formés par les structures de Calais, Boulogne-sur-Mer et Saint-Omer (zone du parc naturel régional des caps et marais d'Opale) ont pu être inclus.

Figure 17 - Répartition des patients au Nord-Pas de Calais



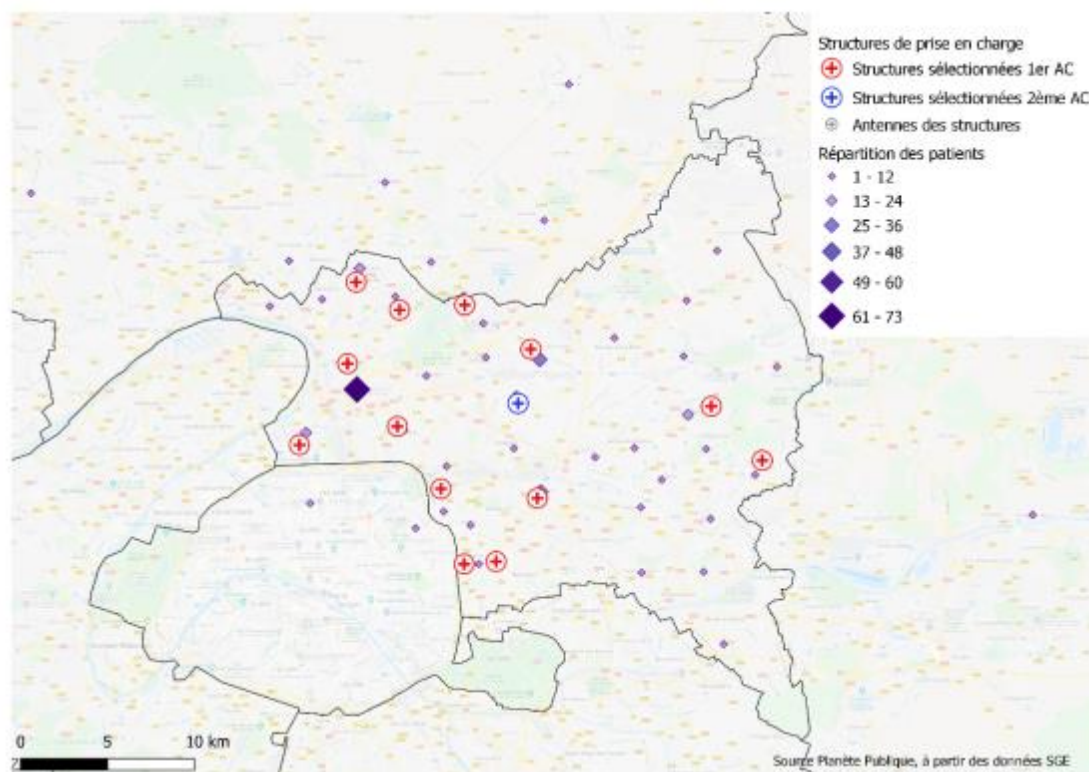
Source : Planète Publique, à partir des données du SGE.

En Seine-Saint-Denis, une plus grande dispersion des enfants inclus

La carte des communes de résidence des enfants inclus en Seine-Saint-Denis met en évidence une absence de concentration des lieux de résidence des enfants, à l'exception des enfants de la Ville de

Saint-Denis, dans laquelle résident un nombre conséquent d'enfants. Le centre de santé de Saint Denis est par ailleurs la structure du département ayant inclus le plus d'enfants (25% des enfants inclus dans le territoire). Le reste du territoire met en évidence une grande dispersion des enfants dans l'ensemble du territoire et au-delà : quelques enfants dans le Nord et l'est parisien, quelques enfants dans le Val d'Oise et en Seine et Marne. Ceci met en évidence que des enfants ne résidant pas à proximité immédiate d'une structure ont malgré tout été inclus dans l'expérimentation. C'est le cas pour des enfants résidant dans le sud est du territoire (autour de Villemomble, Gagny, Noisy-le-Grand), ainsi que dans le Nord-Est du territoire (Aulnay-sous-Bois, Villepinte...)

Figure 18 - Répartition des patients en Seine-Saint-Denis



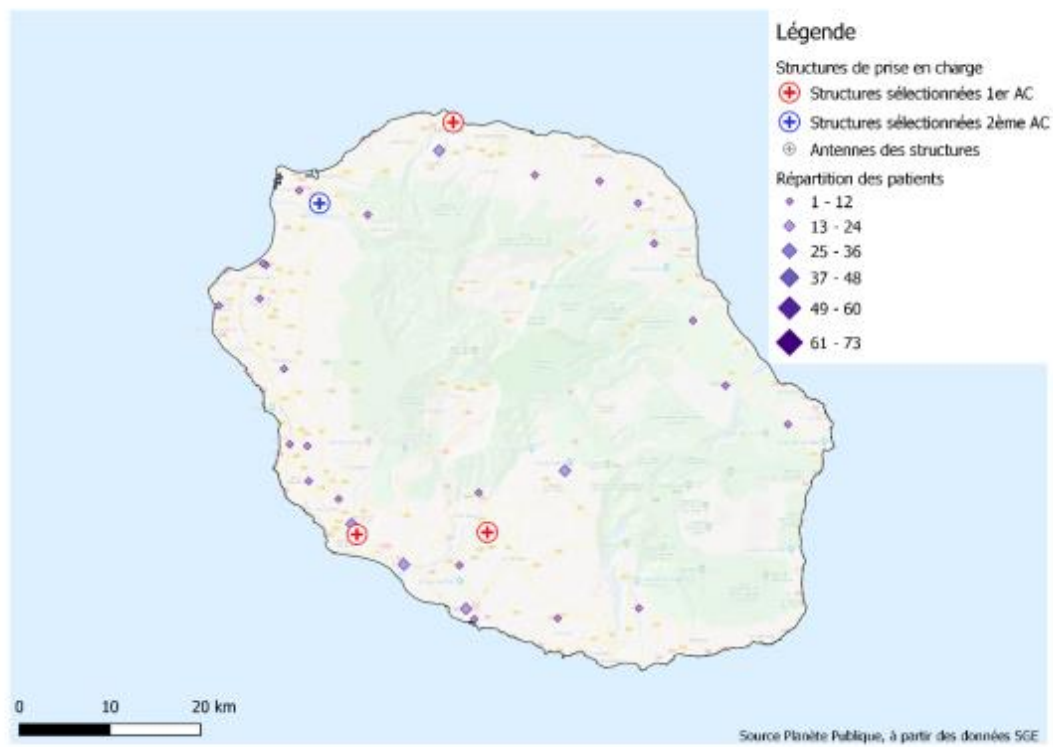
Source : Planète Publique, à partir des données du SGE.

A La Réunion, une dispersion marquée sur l'ensemble du territoire

Plus encore qu'en Seine-Saint-Denis, les communes de résidence des enfants inclus à La Réunion marquent une très grande dispersion. La carte de localisation des enfants ne met ainsi pas en évidence de concentration forte des enfants inclus autour des quatre structures de prise en charge (situées Saint-Denis, La Possession, L'Etang Salé et Ravine des Cabris). On notera que l'une des 4 structures du territoire (RP974) propose une prise en charge en lien avec les professionnels libéraux installés dans le territoire et non sur site (environ un tiers des enfants inclus dans le territoire).

La localisation des enfants suit toutefois une logique de densité démographique, puisqu'ils résident principalement le long de la côte ouest de l'île (et particulièrement entre L'Etang Salé et Saint Leu, et autour de Saint-Paul). Pour la partie est de l'île on note la présence d'enfant inclus résidant entre Sainte-Suzanne au nord et Sainte-Anne. La partie la moins urbanisée (sud-est, centre de l'île) fait logiquement apparaître un nombre d'enfants moins important inclus.

Figure 19 - Répartition des patients à La Réunion



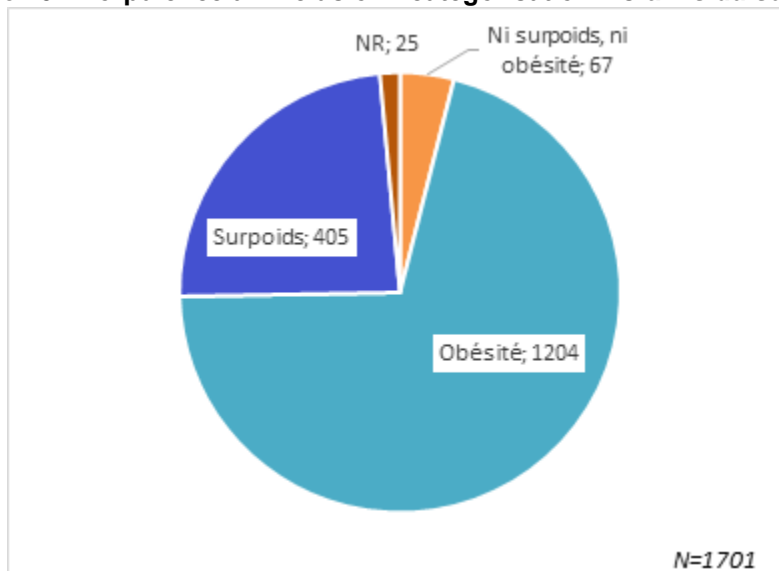
Source : Planète Publique, à partir des données du SGE.

3.3 Corpulence des enfants inclus

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

Alors que l'expérimentation vise à la prévention de l'obésité (ou la prise en charge précoce du surpoids), il s'avère que dans leur grande majorité (71%), les enfants inclus sont en situation d'obésité au moment de l'inclusion. Un quart d'entre eux sont en surpoids et 4% des enfants inclus ne sont ni en surpoids ni en situation d'obésité.

Figure 20 - Corpulence à l'inclusion : catégorisation vis-à-vis du surpoids



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

La situation est plus marquée encore en Seine-Saint-Denis, avec 77% d'enfants en situation d'obésité et 21% en surpoids. Les acteurs de ce territoire indiquent dans les comptes rendus du CSO que le dispositif MRTC semble être entré en concurrence avec l'activité du RéPPOP : ils constatent en effet une diminution des orientations vers le réseau depuis le démarrage de MRTC. La proportion d'enfants en obésité avérée inclus en Seine-Saint-Denis tend à confirmer cet effet de vases communicants.

Pour La Réunion, les acteurs ont indiqué qu'une partie des structures assurant la prise en charge MRTC mettent également en œuvre une offre de service pour la prise en charge de l'obésité complexe (2^{ème} ou 3^{ème} recours). Ils indiquent que cela a pu contribuer à resserrer le dispositif sur les enfants en surpoids tout en facilitant la fluidité du parcours et la pertinence de l'orientation. La part des enfants en obésité avérée reste toutefois importante même si elle est plus faible qu'en Seine-Saint-Denis (68%).

Inversement, en Nord-Pas de Calais, l'expérimentation a plus qu'ailleurs inclus des enfants n'étant ni en surpoids ni en situation d'obésité, puisque cette configuration correspond à 5% des enfants dans ce territoire contre respectivement 1% et 2% en Seine-Saint-Denis et à La Réunion.

Figure 21 - Corpulence des enfants (caractéristique vis-à-vis du surpoids) selon le territoire

	Territoire 1 - Nord et Pas de Calais		Territoire 2 - Seine-Saint-Denis		Territoire 3 - La Réunion	
	En nb	En %	En nb	En %	En nb	En %
En situation d'obésité	810	70%	258	77%	128	70%
En surpoids	284	25%	71	21%	50	27%
Ni en surpoids, ni en obésité	57	5%	5	1%	4	2%
TOTAL	1151	100%	334	100%	182	100%

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

Pour mémoire, l'expérimentation est conçue pour s'adresser à des enfants¹¹ :

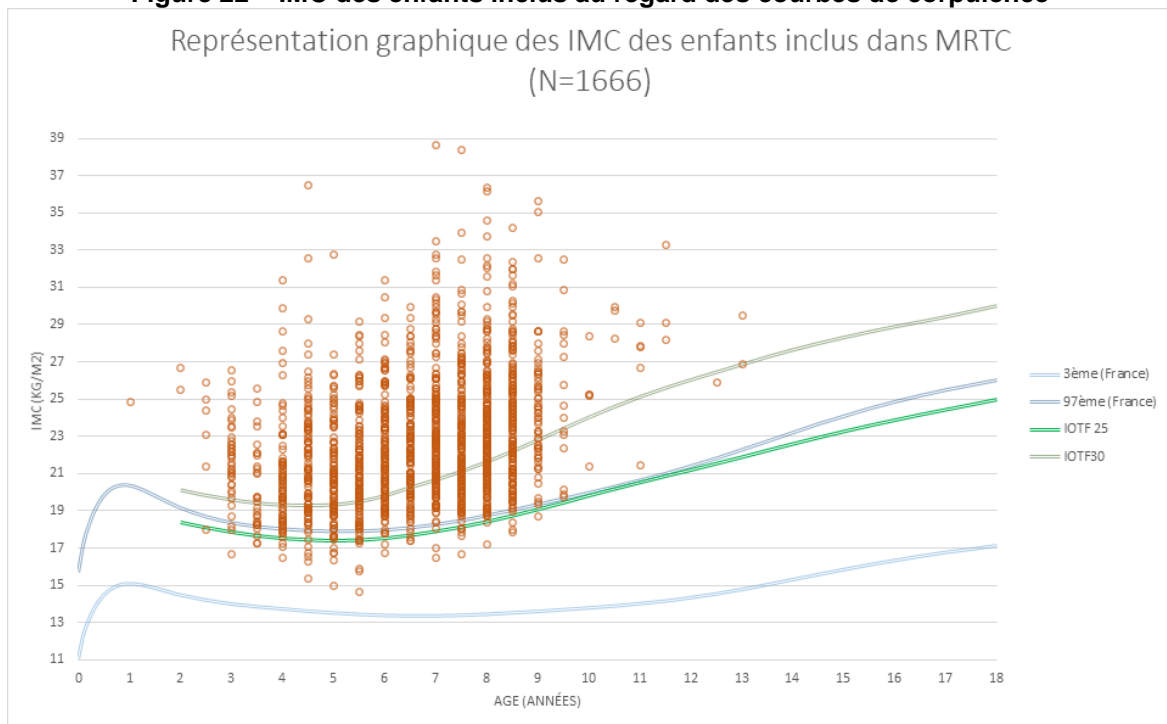
- ne présentant ni surpoids ni obésité (IMC < 97^{ème} percentile), mais des facteurs de risques (changement rapide de couloir de vers le haut sur la courbe de corpulence, rebond d'adiposité précoce) ;
- présentant un surpoids (IMC ≥ 97^{ème} percentile) non complexe (ascension continue de la courbe depuis la naissance, ascension rapide de la courbe d'IMC, comorbidité associées, handicap dans la vie quotidienne, contexte familiale défavorable, problèmes psychologiques et / ou sociaux, obésité secondaire).

Les facteurs permettant de déterminer le degré de complexité du surpoids ou de l'obésité de l'enfant ne sont pas disponibles dans le SGE. Toutefois, l'analyse de la corpulence à l'entrée permet d'identifier que les enfants sont très majoritairement déjà en surpoids à leur inclusion.

La représentation de l'IMC des enfants inclus vis-à-vis des courbes de corpulence conforte ce constat pour les différents âges.

¹¹ Voir le logigramme de la HAS en annexe, au paragraphe

Figure 22 – IMC des enfants inclus au regard des courbes de corpulence

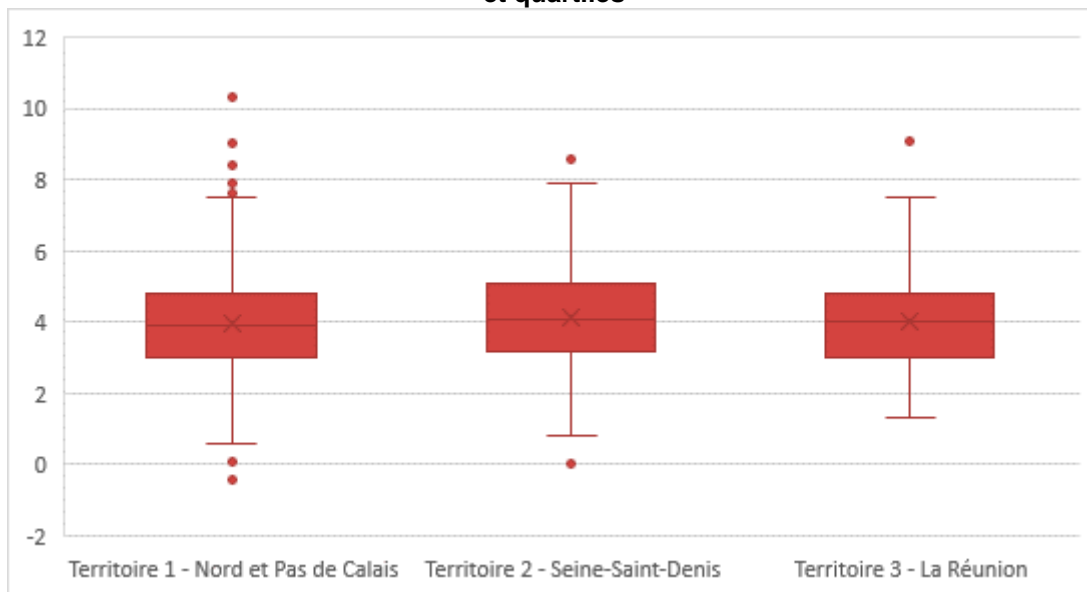


Un z-score de l'IMC élevé et relativement proche entre les trois territoires¹²

L'analyse plus fine du z-score de l'IMC à l'inclusion établit une moyenne à 4 et logiquement légèrement plus faible en Nord-Pas de Calais (3,96 vs 4,25 en Seine-Saint-Denis et 4,02 à La Réunion), liée au fait que la part des enfants n'étant ni en obésité ni en surpoids est légèrement plus élevée. La médiane se situe à 3,9 (premier quartile = 3,1).

¹² Le z-score constitue un indicateur permettant de réaliser des moyennes et / ou de comparer la situation d'enfants dont les âges sont différents. Il permet ainsi de mettre en perspective l'écart entre plusieurs publics (ici trois territoires) ou une situation « avant / après » pour le même public ; il neutralise l'effet « âge » qui joue fortement dans la caractérisation de la corpulence des enfants. Pour cette raison, il ne peut pas être utilisé en référence à des seuils à partir desquels on pourrait définir le surpoids et l'obésité. A des fins de comparaison entre les trois territoires, les moyennes sont ici reprises. Le z-score est par ailleurs utilisé ci-après dans l'analyse de l'évolution avant / après pour les enfants inclus dans l'expérimentation.

Figure 23 - Z-score de l'IMC des enfants inclus selon le territoire : minimum, maximum et quartiles



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

A noter que si 25% des enfants ont un z-score de l'IMC compris entre 5 et 8, l'analyse en décile montre toutefois qu'ils sont plus souvent proche de 4 et 5 que de 8. Ainsi, 80% des enfants ont un z-score inférieur ou égal à 5,2 et 90% d'entre eux ont un z-score inférieur ou égal à 5,8.

Figure 24 - Analyse détaillée des déciles pour le z-score de l'IMC

	Seuil des déciles supérieurs à la médiane (inclus)
Médiane	3,9
6 ^{ème} décile	4,3
7 ^{ème} décile	4,6
8 ^{ème} décile	5,2
9 ^{ème} décile	5,8

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

Un rebond d'adiposité très précoce : 3,5 ans en moyenne

Pour plus d'un tiers des enfants (36%¹³), la courbe de corpulence n'est pas disponible lors de la passation du premier questionnaire (non disponible ou non renseignée pour 32% d'entre eux en Seine-Saint-Denis et à La Réunion et jusqu'à 37% des cas en Nord-Pas de Calais).

Chez les enfants pour lesquels la courbe est disponible (N=1093), un rebond d'adiposité précoce est déjà visible pour 77% des enfants âgés de moins de 6 ans à l'inclusion. Pour les enfants de plus de 6 ans à l'inclusion, pour lesquels la courbe est disponible, le rebond d'adiposité visible et l'âge du rebond est renseigné (N=415), le rebond d'adiposité est précoce dans 89% des cas (avant 6 ans), et 93% des cas en Seine-Saint-Denis. Il est visible à 6 ans dans 7% des cas. Ainsi seulement 4% des enfants ont un rebond d'adiposité visible après 6 ans.

Lorsqu'il est visible sur la courbe, le rebond d'adiposité des enfants apparaît à 3,5 ans en Nord-Pas de Calais et à La Réunion. Il est en revanche encore plus précoce en Seine-Saint-Denis, de près d'un an (2,6 ans).

¹³ Dont 38 enfants pour lesquels l'information n'est pas complétée par la structure.

Figure 25 – Rebond d’adiposité précoce visible sur la courbe selon les territoires, pour les enfants de 6 ans et plus

	Territoire 1 - Nord et Pas de Calais		Territoire 2 - Seine-Saint-Denis		Territoire 3 - La Réunion	
	En nb	En %	En nb	En %	En nb	En %
Rebond d’adiposité précoce	237	87%	83	93%	49	91%
Rebond d’adiposité visible à 6 ans	24	9%	3	3%	3	6%
Pas de précocité du rebond	11	4%	3	3%	2	4%
TOTAL	272	100%	89	100%	54	100,00%

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

N= 415

Lecture des données : Parmi les enfants de 6 ans et plus à l’inclusion, pour lesquels la courbe de corpulence est disponible, pour lesquels un rebond d’adiposité est visible et pour lesquels l’âge du rebond est renseigné, **237** ont une courbe marquant un rebond avant 6 ans en Nord-Pas de Calais

Des enfants issus de familles confrontées au surpoids¹⁴

Parmi les enfants inclus pour lesquels la donnée est disponible (N=1379), 35% sont issus d’une famille dans laquelle les deux parents se perçoivent en surpoids et / ou en obésité, dont : 4,3% des cas pour lesquels les deux parents indiquent être en situation d’obésité, 10,4% des cas pour lesquels un parent indique être en situation d’obésité, l’autre en situation de surpoids « simple », et 20,2% des cas pour lesquels les deux parents indiquent être en surpoids simple.

Dans 40% des cas, l’un des deux parents se perçoit en surpoids et / ou en obésité, et l’autre indique être d’un poids normal. Pour 21,6% des enfants, les deux parents se perçoivent comme d’un poids normal.

Au total, 77,2% des enfants ont au moins un des parents se déclarant en situation de surpoids ou une obésité.

¹⁴ La donnée repose sur la perception par les parents de leur propre poids et non d’une mesure de l’IMC.

Figure 26 - Perception de leur poids par les parents des enfants inclus

		Corpulence perçue par le parent 2				
		Insuffisance pondérale (trop maigre)	Poids normal	Surpoids	Obésité	Total
Corpulence perçue par le parent 1	Insuffisance pondérale (trop maigre)	0,1%	0,2%	0,7%	0,1%	1,1%
	Poids normal	0,9%	21,6%	14,4%	4,2%	41,1%
	Surpoids	0,9%	15,9%	20,2%	4,9%	41,8%
	Obésité	0,6%	5,5%	5,6%	4,3%	16,0%
	TOTAL	2,4%	43,2%	40,9%	13,5%	100,0%

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

N= 1379

Lecture des données : *Pour 4,3% des enfants inclus, les deux parents sont en situation d'obésité.*

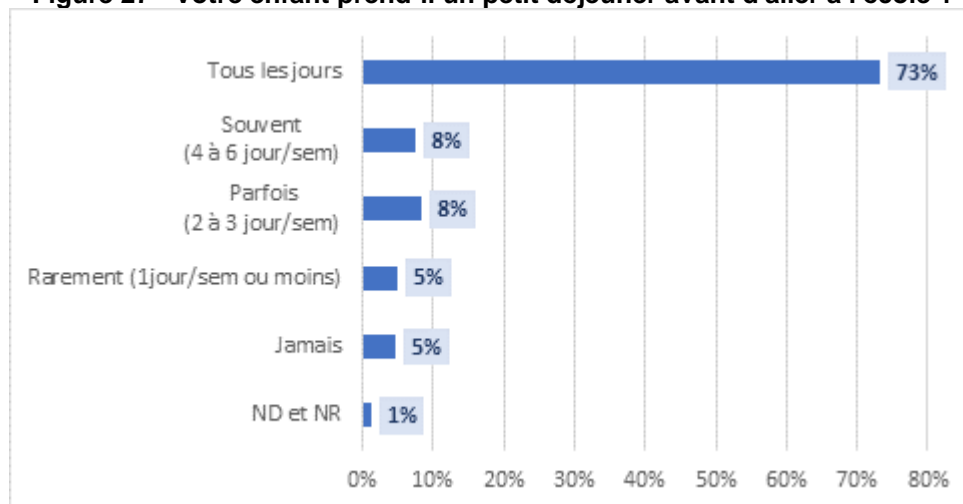
3.4 Habitudes de vie des enfants à l'inclusion

Des habitudes alimentaires initiales plutôt défavorables à la santé, à l'exception de la prise d'un petit-déjeuner

Les données collectées à l'inclusion des enfants mettent en évidence que les habitudes alimentaires sont majoritairement favorables à la santé, du point de vue de la prise d'un petit-déjeuner. Elles sont en revanche moins favorables du point de vue de la consommation de fruits et légumes, de boissons sucrées et d'habitude de manger en dehors des principaux repas.

Ainsi, près de trois-quarts des enfants prennent un petit-déjeuner avant d'aller à l'école, et le taux monte jusqu'à 81% si l'on inclut les enfants prenant « souvent » un petit déjeuner (4 à 6 jours par semaine, correspondant donc plus ou moins aux jours de classe). Les données sont toutefois légèrement plus défavorables pour les enfants de La Réunion, puisqu'ils sont 74% à prendre un petit-déjeuner toujours ou souvent avant l'école, contre respectivement 82% et 80% pour le Nord-Pas de Calais et la Seine-Saint-Denis. Ces données sont plutôt comparables aux données en population générale, puisque selon une étude du CREDOC, 25% des enfants de 3 à 11 ans ne prennent pas de petit-déjeuner tous les matins¹⁵.

Figure 27 - Votre enfant prend-il un petit déjeuner avant d'aller à l'école ?



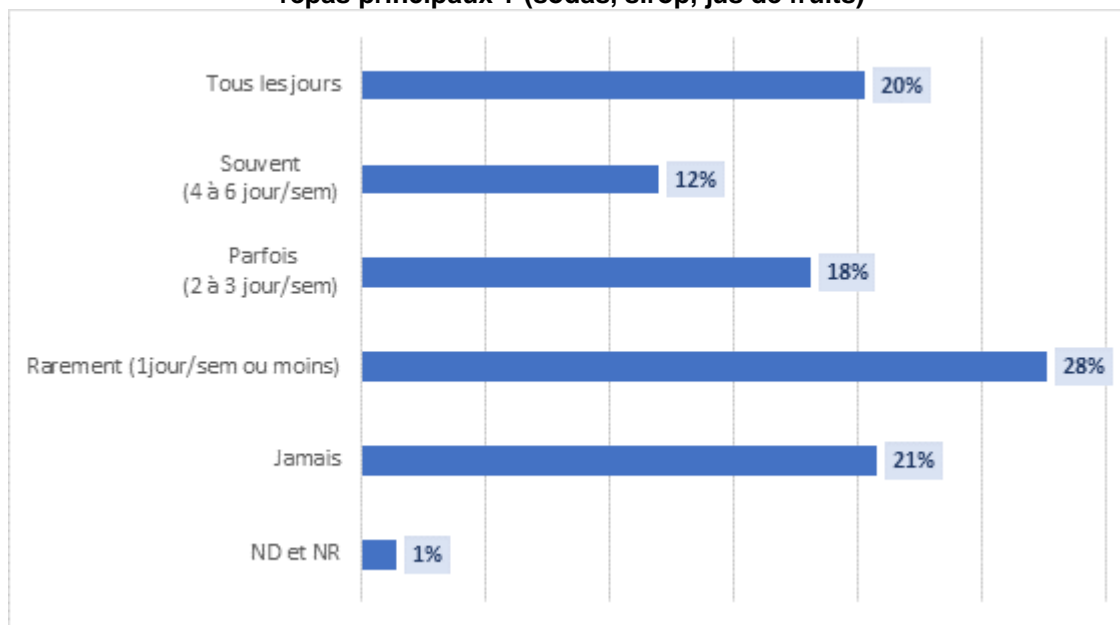
Source : Planète Publique, à partir des données du SGE.

Du point de vue de la prise de boissons sucrées pendant les repas, près de la moitié des enfants indiquent des pratiques favorables à la santé sur cet item (jamais ou rarement, 48%), contre un tiers (32%) qui présentent des pratiques défavorables (souvent ou tous les jours). Sur ce point, ce sont les enfants de Seine-Saint-Denis qui présentent les habitudes les moins favorables à la santé, puisqu'ils sont 39% à indiquer ne prendre jamais ou rarement des boissons sucrées lors des repas (contre 50%

¹⁵ Source : CREDOC, sur la base de données CNAF 2013

en Nord-Pas de Calais et 53% à La Réunion). Les données issues des études Esteban¹⁶ ne permettent pas de comparaison parfaite, puisqu'elles mesurent la consommation journalière des boissons sucrées. Elles indiquent que plus d'un tiers des enfants consommait au-delà de la recommandation d'un demi-verre par jour.

Figure 28 - Votre enfant prend-il habituellement des boissons sucrées pendant les 2 repas principaux ? (sodas, sirop, jus de fruits)



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

Concernant la consommation de fruits et légumes, un peu plus d'un enfant sur 5 (22%) ne consomme pas de fruits et légumes tous les jours (comparable entre les 3 territoires). Ils ne sont par ailleurs que 6% à atteindre la recommandation de 5 prises de fruits et légumes par jour et un quart des enfants indiquent manger des fruits et des légumes 3 ou 4 fois par jour. Les enfants réunionnais présentent sur ce point des habitudes moins favorables, puisque l'on compte au moins 76% de « petits consommateurs » (mangeant des fruits et légumes deux fois par jour, ou moins), contre 70% des enfants en Nord-Pas de Calais et 66% en Seine-Saint-Denis.

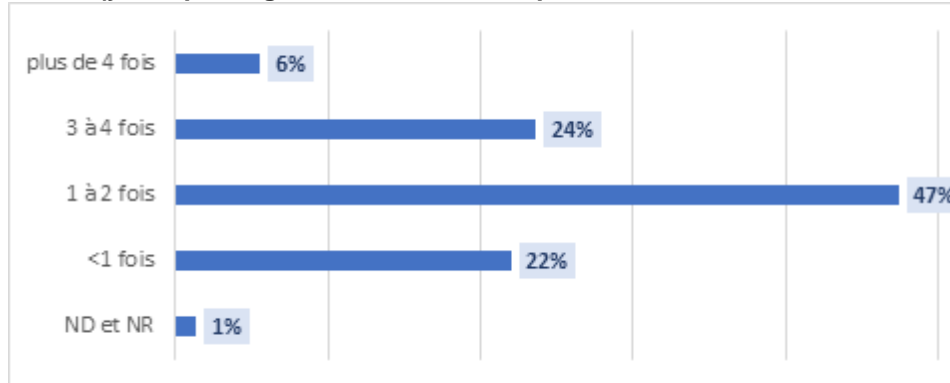
Les données de l'étude Esteban¹⁷ permettent d'indiquer qu'en 2015, 23% des enfants (6 à 17 ans) atteignaient la consommation recommandée de 5 portions de fruits et légumes par jour contre seulement 6% des enfants dans MRTC, et 55% étaient qualifiés de « petits consommateurs » (moins de 3,5 fruits et légumes par jour). Si la comparaison n'est pas parfaite, elle met toutefois en évidence

¹⁶ Etude de santé sur l'environnement, la biosurveillance, l'activité physique et la nutrition, Esteban 2014-2016, septembre 2018

¹⁷ Etude de santé sur l'environnement, la biosurveillance, l'activité physique et la nutrition, Esteban 2014-2016, septembre 2018

que les enfants inclus dans MRTC semblent être de plus petits consommateurs que la population générale (69% des enfants dans MRTC en mangent à 2 reprises ou moins dans la journée).

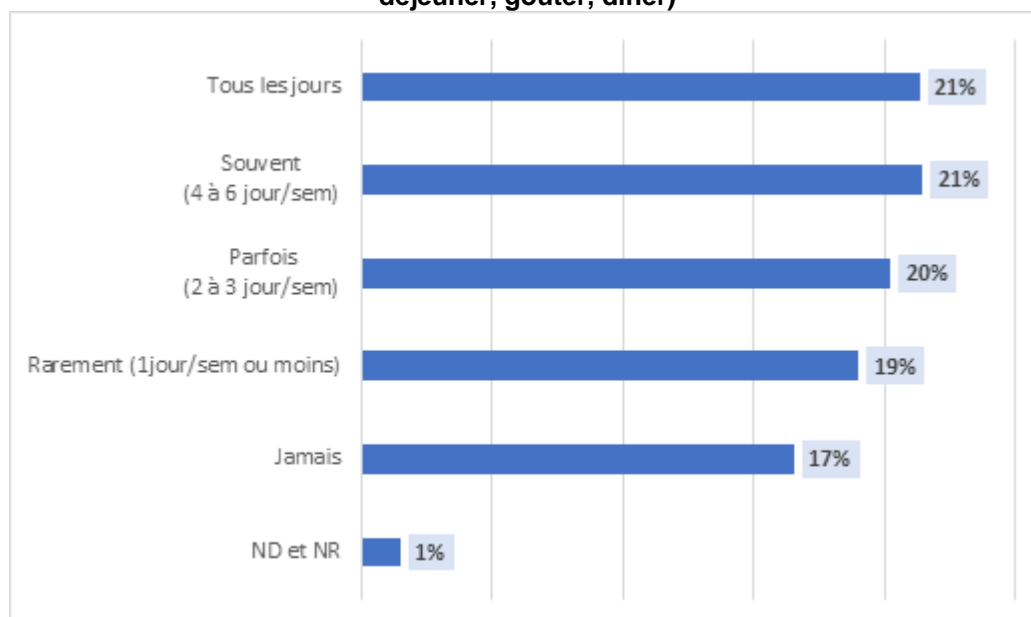
Figure 29 - En moyenne, combien de fois mange-t-il des fruits et des légumes dans une journée ? (y compris légumineux, mais hors pommes de terre et autres féculents)



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

Concernant l'habitude de manger en dehors des principaux repas, les données apparaissent moins favorables. Ainsi un peu plus d'un tiers (36%) des enfants ont indiqué une pratique favorable à la santé à cette question (jamais ou rarement). Ils sont en revanche 42% à manger en dehors des repas tous les jours ou souvent.

Figure 30 - A-t-il l'habitude de manger entre les quatre principaux repas ? (petit déjeuner, déjeuner, goûter, dîner)



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

Une pratique de l'activité physique ou sportive plutôt régulière

En moyenne, les enfants inclus dans l'expérimentation déclaraient pratiquer environ 5 heures d'activité physique ou sportive par semaine¹⁸ (la donnée incluant le temps d'activités sportives encadrées ou non et les activités physiques d'intensité plus modérées comme les déplacements actifs)¹⁹. Cette moyenne s'élève à 4,7 heures d'activité physique hebdomadaire pour les enfants inclus âgés de 3 et 4 ans à l'inclusion et à 5,2h pour les enfants âgés de 5 ans et plus.

La recommandation de l'OMS est de pratiquer trois heures d'activité physique ou sportive par jour pour les enfants de 3 à 5 ans (soit 21h par semaine), et une heure par jour à partir de 5 ans (soit 7h par semaine). En moyenne, les enfants inclus présentent donc un niveau de pratique inférieur aux recommandations internationales et très largement inférieur pour les plus petits.

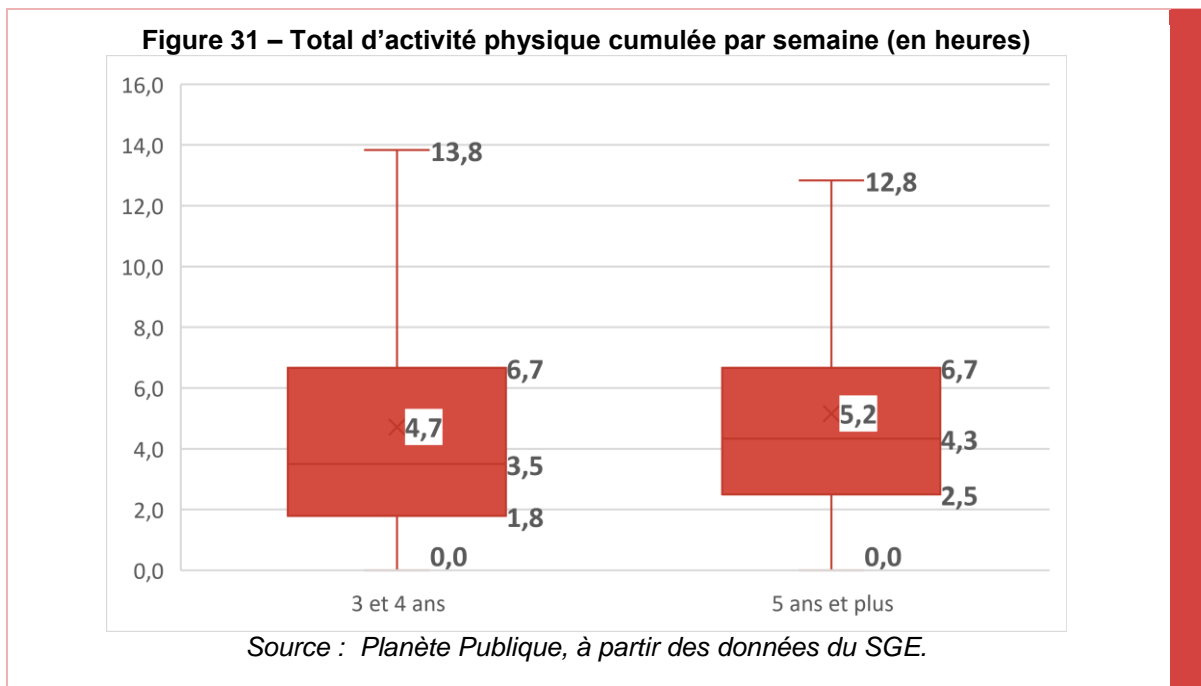
La médiane est par ailleurs inférieure à la moyenne (3,5 heures pour les 3 et 4 ans, et 4,3h pour les 5 ans et plus). On note ainsi que seulement 2% des enfants de 3 et 4 ans ont une pratique d'activité physique supérieure ou égale aux recommandations (21h par semaine ou plus), tandis que 23% des enfants de 5 ans et plus atteignent la recommandation de 7heures d'activité physique hebdomadaire et plus. Enfin, 5% des enfants (tous âges confondus) ne déclarent aucune activité physique (heures déclarées = 0).

Les données de l'étude Esteban mettent en évidence que les enfants inclus dans l'expérimentation présentent des pratiques moins favorables que la population générale sur ce point, puisque 42% des enfants de 6 à 17 ans atteignent les recommandations d'une heure d'activité par jour²⁰.

¹⁸ Données disponibles pour 1 651 enfants

¹⁹ A noter que certaines données, bien que paraissant particulièrement étonnantes, n'ont pas été exclues du calcul (ex : 35 heures d'activités physique ou sportive par semaine).

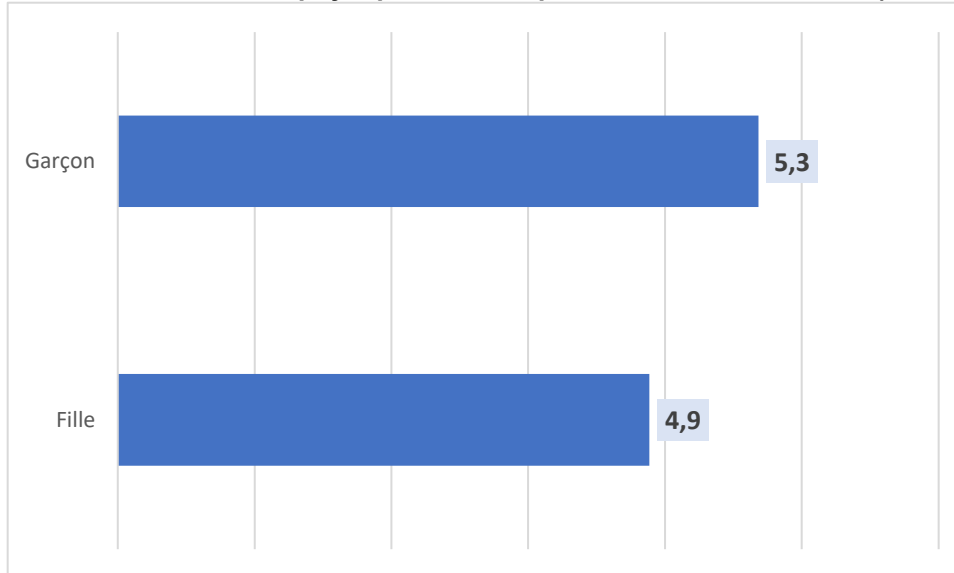
²⁰ Etude de santé sur l'environnement, la biosurveillance, l'activité physique et la nutrition, Esteban 2014-2016, septembre 2018



On note par ailleurs que les garçons tendent à pratiquer plus d'activité physique que les filles, puisque la moyenne d'activité physique hebdomadaire s'élève à 5,3h, contre 4,9h pour les filles²¹.

²¹ Résultats du test : la différence est significative (p-value = 0.0487)

Figure 32 – Total d'activité physique cumulée par semaine selon le sexe (en heures)



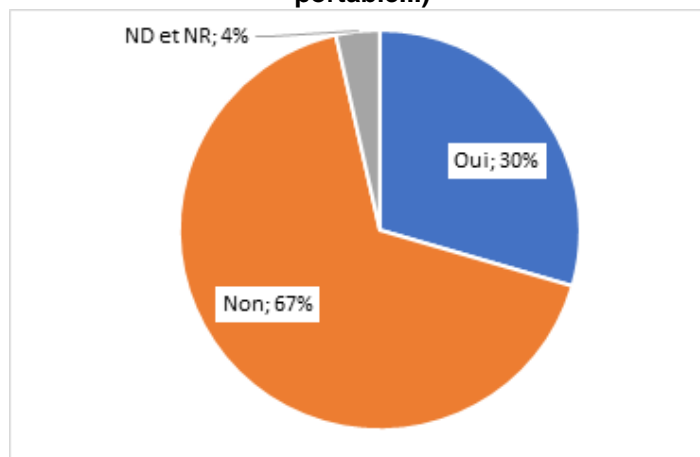
Source : Planète Publique, à partir des données du SGE.

Une exposition aux écrans importante et un temps de sommeil inférieur aux recommandations, notamment pour les plus jeunes²²

Un peu moins d'un tiers des enfants (30%) dispose d'un écran dans sa chambre le soir. La donnée est similaire dans les trois territoires.

²² Le temps de sommeil n'inclut pas les éventuelles siestes de l'enfants durant la journée et peuvent donc être inférieure au temps de sommeil total de la journée.

Figure 33 - A-t-il un écran dans sa chambre le soir ? (TV, ordinateur, tablette, téléphone portable...)



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

Les recommandations de l’OMS vis-à-vis de l’exposition aux écrans indiquent que le maximum pour un enfant de moins de 5 ans doit être d’une heure par jour et de viser une exposition inférieure²³. La moitié des enfants sont exposés aux écrans les jours de classe entre 1h et 2h par jour, et la moyenne se situe autour de 1h30 d’écran par jour. 8% des enfants ne sont pas du tout exposés aux écrans les jours de classe. A noter que ces expositions semblent plutôt favorables par rapport aux moyennes nationales, puisque selon l’ANSES, un quart des enfants de 3 à 10 ans étaient exposés plus de 3 heures par jour aux écrans, et 17% pour les 3-6 ans²⁴.

Figure 34 – Temps d’exposition aux écrans les jours de classe, selon l’âge

	Durée moyenne d’exposition aux écrans les jours de classe pour les enfants inclus	Part d’enfants exposés 3 heures ou plus
Moins de 3 ans	1,6h	0%
Enfants de 3 et 4 ans	1,5h	7%
Enfants de 5 et 6 ans	1,5h	4,5%
Enfants de 6 ans à 10 ans	1,6h	6,7%

Source : Planète Publique, à partir des données du SGE

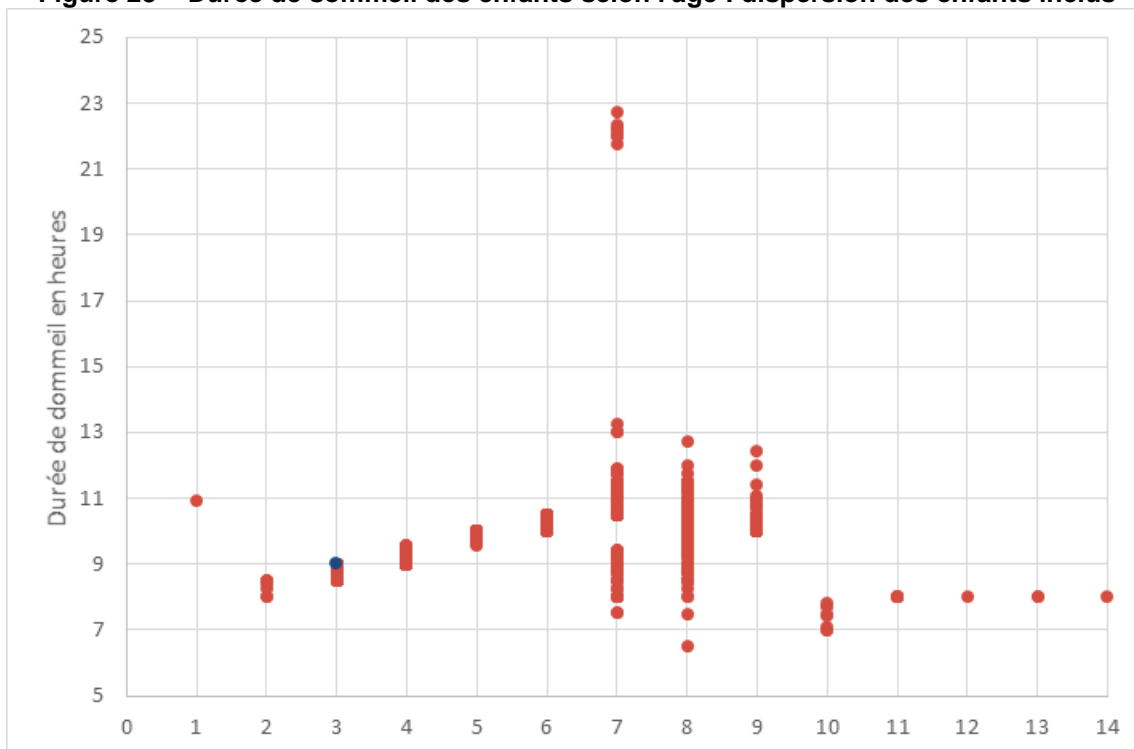
Enfin, du point de vue du temps de sommeil, les données apparaissent relativement concentrées, pour l’ensemble des enfants. Ainsi, les enfants bénéficient en moyenne d’environ 10h (600 minutes) de sommeil, avec un minimum à 6h soit 360 minutes (enfant de 8 ans) et un maximum de 13h25 de

²³ <https://www.who.int/fr/news-room/detail/24-04-2019-to-grow-up-healthy-children-need-to-sit-less-and-play-more>

²⁴ Données ANSES : Troisième étude individuelle nationale des consommations alimentaires (Etude INCA3), Avril 2017

sommeil environ. 50% des enfants bénéficient de 9h30 à 10h30 de sommeil par nuit, un quart d'entre eux dorment entre 8h et 9h30 et le dernier quart entre 10h30 et 12h.

Figure 28 - Durée de sommeil des enfants selon l'âge : dispersion des enfants inclus



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

Lecture du graphique : Chaque point représente un enfant inclus dans l'expérimentation pour laquelle la donnée du temps de sommeil est connue. Le point en bleu sur le graphique correspond donc à un enfant de 3 ans pour lequel la durée de sommeil est de 9h.

La durée du sommeil des enfants inclus dans l'expérimentation apparaît inférieure pour les plus petits aux recommandations établies par la National sleep Foundation (2017)²⁵, comme base de référence pour les travaux de l'Inserm et de l'Assurance maladie. La durée de sommeil est conforme aux recommandations pour les enfants cœur de cible de l'expérimentation, même si elle est proche de la fourchette basse pour les enfants de 3 à 5 ans.

²⁵ Citées par l'Inserm, et plus particulièrement le réseau MORPHEE d'étude du sommeil <http://sommeilenfant.reseau-morphee.fr/enfant/sommeil-de-lenfant/>

Figure 35 – Durée de sommeil moyenne des enfants inclus dans l'expérimentation selon l'âge

	Durée de sommeil moyenne des enfants inclus	Recommandations
Moins de 3 ans	10,3h	11 à 14h
Enfants de 3 à 5 ans	10,1h	10 à 13h
Enfants de 6 ans et plus	10,0h	9 à 11h

Source : Planète Publique, à partir des données du SGE

4. Parcours des enfants

4.1 Vision d'ensemble sur l'état des parcours des enfants

Comme cela a été indiqué ci-avant, au moment de l'extraction des données, près de la moitié des enfants (48%) étaient encore en cours de prise en charge au moment de l'extraction (dont une majorité d'enfant en cours de leur première prise en charge) et 14% des enfants étaient arrivés au terme de leur suivi.

Figure 36 – Etat du parcours des enfants : niveau national

	Nombre d'enfants	En %
Suivi en cours	688	40%
Suivi en cours - Renouvelé	133	8%
Fin de suivi	231	14%
Perdu de vue	447	26%
Sorti de l'expérimentation	202	12%
TOTAL	1701	100%

Source : Planète Publique, à partir des données du SGE

Ces données sont particulièrement marquées en fonction des territoires, ce qui peut être mis en lien avec les particularités locales, du point de vue des structures de prise en charge, ou d'aspects contextuels. Ainsi, le taux de perdus de vue apparaît nettement plus important en Seine-Saint-Denis (41% contre 20% à La Réunion, et 23% en Nord-Pas de Calais). Si plusieurs facteurs expliquant cette situation peuvent être avancés, il est très probable que les mouvements sociaux ayant fortement perturbés les transports en Ile-de-France au mois de décembre et de janvier, aient conduit à reporter un certain nombre de RDV, pouvant accroître de manière temporaire la part des perdus de vue²⁶.

²⁶ A cela s'ajoute que la dispersion des enfants dans le département est plus marquée que dans d'autres territoires, notamment le Nord-Pas de Calais comme les cartes présentées ci-avant l'ont mis en évidence.

Figure 37 – Etat du parcours des enfants selon le territoire

	Territoire 1 - Nord et Pas de Calais		Territoire 2 - Seine-Saint-Denis		Territoire 3 - La Réunion	
	En nb	En %	En nb	En %	En nb	En %
Suivi en cours	516	44%	126	36%	46	25%
Suivi en cours - Renouvelé	105	9%	21	6%	7	4%
Fin de suivi	161	14%	38	11%	32	17%
Perdu de vue	266	23%	143	41%	38	20%
Sorti de l'expérimentation	118	10%	20	6%	64	34%
TOTAL	1166	100%	348	100%	187	100%

Source : Planète Publique, à partir des données du SGE

Par ailleurs, on constate que la part des enfants déclarés en fin de suivi est plus importante à La Réunion par rapport aux deux autres territoires et en particulier à la Seine-Saint-Denis. Ceci peut s'expliquer par la réorientation d'enfants vers des prises en charge vers des 2^{ème} ou 3^{ème} recours à l'issue du bilan diététique. Ce passage d'un programme vers l'autre était d'autant plus facile pour deux des 4 structures qui assurent les deux types de prise en charge. Cette situation peut également être rencontrée en Nord-Pas de Calais, même si elle pèse moins dans les données globales, puisque les structures assurant plusieurs types de prise en charge sont moins nombreuses parmi l'ensemble des structures de l'expérimentation.

4.2 Analyse des prescriptions initiales

Vision d'ensemble sur les prescriptions

La majorité des enfants ne dispose que d'une prescription. Pour 10% des enfants inclus, les structures ont intégré une deuxième prescription médicale et 1% des enfants ont une troisième prescription. Ces données tendent à démontrer que les enfants reviennent peu vers leurs prescripteurs une fois inclus dans la structure²⁷. L'analyse qualitative permettra de questionner cette donnée pour comprendre si la prescription initiale s'avère effectivement suffisante et ne nécessite donc pas de retour vers le prescripteur.

Contenus des prescriptions initiales

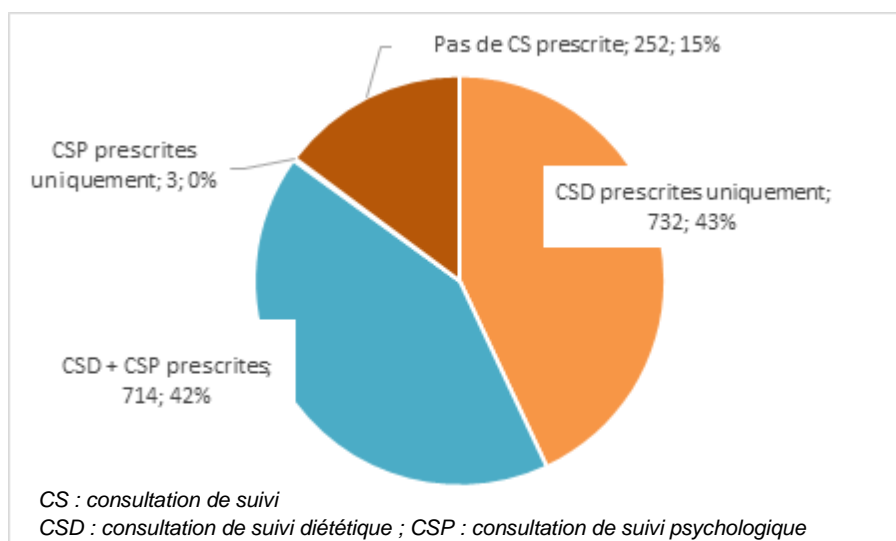
Si l'on ne considère que les prescriptions initiales, l'extraction réalisée au mois de mars 2020, met en évidence que les parcours prescrits sont relativement « complets ». Ainsi, la majorité des enfants

²⁷ A noter qu'il peut exister un biais de remplissage des informations, par exemple si les structures modifient la prescription initiale après échange avec le prescripteur au lieu d'ajouter une prescription.

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

Très massivement, les enfants ont bénéficié d'une prescription initiale incluant des consultations de suivi (85%). Ils se répartissent équitablement entre les enfants s'étant vu prescrire uniquement des consultations de suivi diététique (43%) et les enfants ayant une prescription pour des consultations de suivi diététique et psychologique (42%). Ces données peuvent expliquer que les enfants disposent moins souvent d'une deuxième ou troisième prescription.

Figure 38 – Répartition des enfants en fonction de la nature des consultations de suivi prescrites (N=1701)



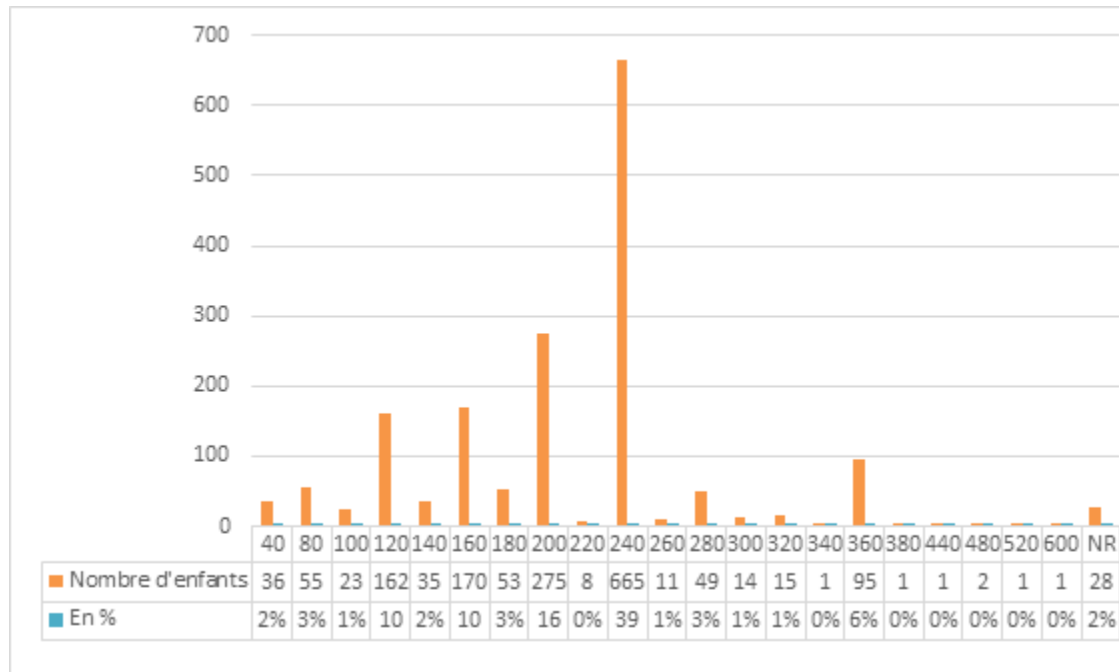
Source : Planète Publique, à partir des données du SGE.

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

Au total, si l'on considère la prescription sous l'angle financier, 39% des enfants ont bénéficié, au titre de la prescription initiale d'un forfait complet²⁸. 16% des enfants se sont vu prescrire un parcours correspondant à la moitié du forfait complet ou moins (rémunération de la structure à hauteur de 120€) et 12% ont disposé d'une prescription correspondant à un montant supérieur au maximum prévu, allant jusqu'à un montant de 600€ (1 enfant).

²⁸ C'est-à-dire un forfait donnant lieu à la rémunération maximale de la structure : 240€.

Figure 39 – Distribution des enfants en fonction du montant de la PEC prévue pour la réalisation de la prescription n°1



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

L'analyse de la part des enfants concernés par un forfait complet par type de prescripteur rend compte que celle-ci est supérieure pour les médecins de centre de santé - lesquels sont situés en Seine Saint-Denis. 56% des enfants inclus par ces prescripteurs se sont vu prescrire un forfait complet.

Figure 40 – Distribution des enfants qui se sont vu prescrire un forfait complet en prescription initiale en fonction du type de prescripteur

	Nombre d'enfants qui se sont vu prescrire un forfait complet	Nombre total d'enfants	Part des enfants qui se sont vu prescrire un forfait complet (en %)
Médecin de centre de santé	61	109	56%
Médecin de PMI	35	85	41%
Médecin généraliste libéral	524	1343	39%
Médecin pédiatre libéral	39	117	33%
Autre	6	24	25%
NR	0	23	0%
Total	665	1701	39%

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

Niveau de complétude des prescriptions initiales

Les prescripteurs sont invités à indiquer sur la prescription initiale le poids, la taille et l'IMC de l'enfant en plus des prestations prescrites. Ces informations sont ensuite renseignées et saisies dans le SGE par les structures de prise en charge. Les trois informations ont été saisies pour 89% des prescriptions initiales. Pour 11% des prescriptions initiales, les structures ont indiqué qu'à minima une information était non renseignée dans la prescription²⁹. L'IMC est la variable qui est la plus fréquemment manquante (elle est manquante pour 10% des prescriptions, vs. 6% pour la taille et 5% pour le poids).

4.3 Consultations prescrites et consultations réalisées³⁰

L'analyse des bilans réalisés met en évidence un décalage entre les prescriptions³¹ et les RDV effectivement réalisés. Pour rappel, la réalisation d'un bilan diététique étant une condition d'inclusion dans l'expérimentation et donc dans l'analyse, le taux de réalisation est logiquement supérieur ou égale à 100%.

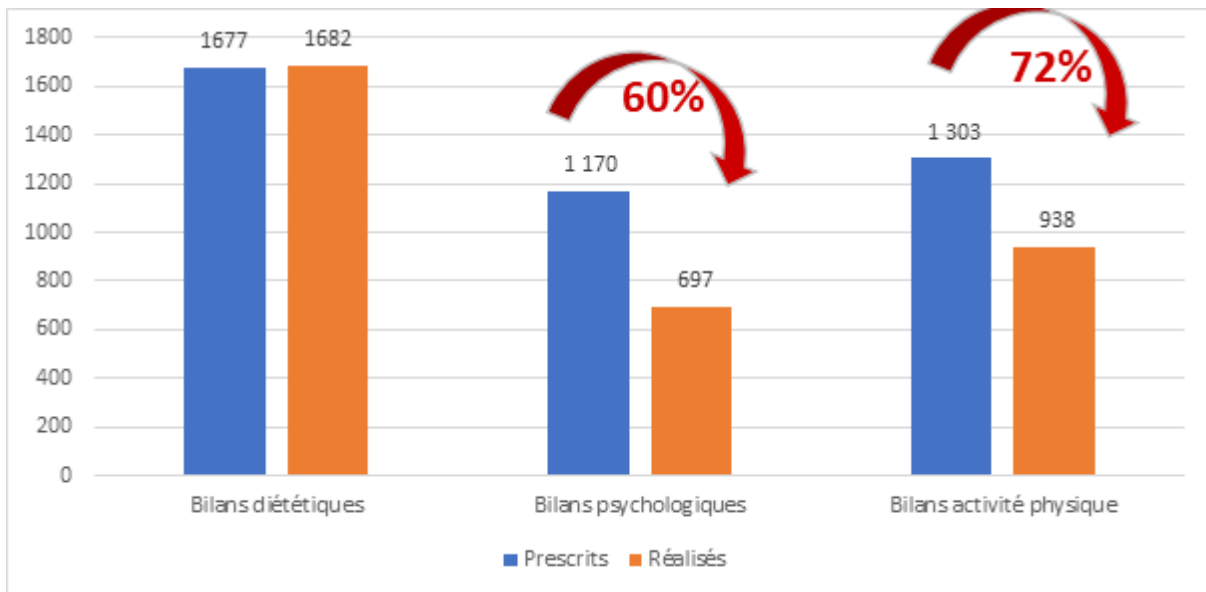
Ainsi, parmi les 1 303 enfants qui s'étaient vu prescrire un bilan d'activité physique, 938 l'ont effectivement réalisé, soit 28% d'entre eux qui ne l'ont pas (encore) réalisé. De même, 1170 enfants s'étaient vu prescrire un bilan psychologique, mais seulement 697 l'ont effectivement réalisé. En d'autres termes, parmi les enfants qui se sont vu prescrire un bilan psychologique, 40% ne l'ont pas (encore) réalisé.

²⁹ En intégrant les données non saisies mais pour lesquelles la variable « non noté sur l'ordonnance » n'a pas été sélectionnée, la part des prescriptions pour lesquelles à minima une des trois données n'a pas été renseignée s'élève à 14%. Pour ces données, il n'est pas possible de savoir si ces données sont manquantes sur la prescription initiale ou non saisies par la structure de prise en charge.

³⁰ Les données portent sur des parcours non terminés et sont donc à prendre avec précaution.

³¹ Pour cette analyse, les données tiennent compte de l'ensemble des prescriptions en compilant les prescriptions initiales et suivantes.

Figure 41 – Distribution des enfants en fonction des bilans prescrits et réalisés (N=1677)



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

Consultations de suivi réalisées

Du point de vue des consultations de suivi, le taux de « concrétisation » de la prescription s'élève à 43% en moyenne, c'est-à-dire que les enfants ont réalisé en moyenne 43% des consultations qui leur ont été prescrites. Le taux de concrétisation s'élève à 46% pour les consultations de suivi diététique et descend à 36% pour les consultations de suivi psychologique. Par ailleurs, parmi les enfants, un quart n'ont réalisé aucune des consultations de suivi prescrites (et la moitié si l'on considère uniquement les consultations de suivi psychologique).

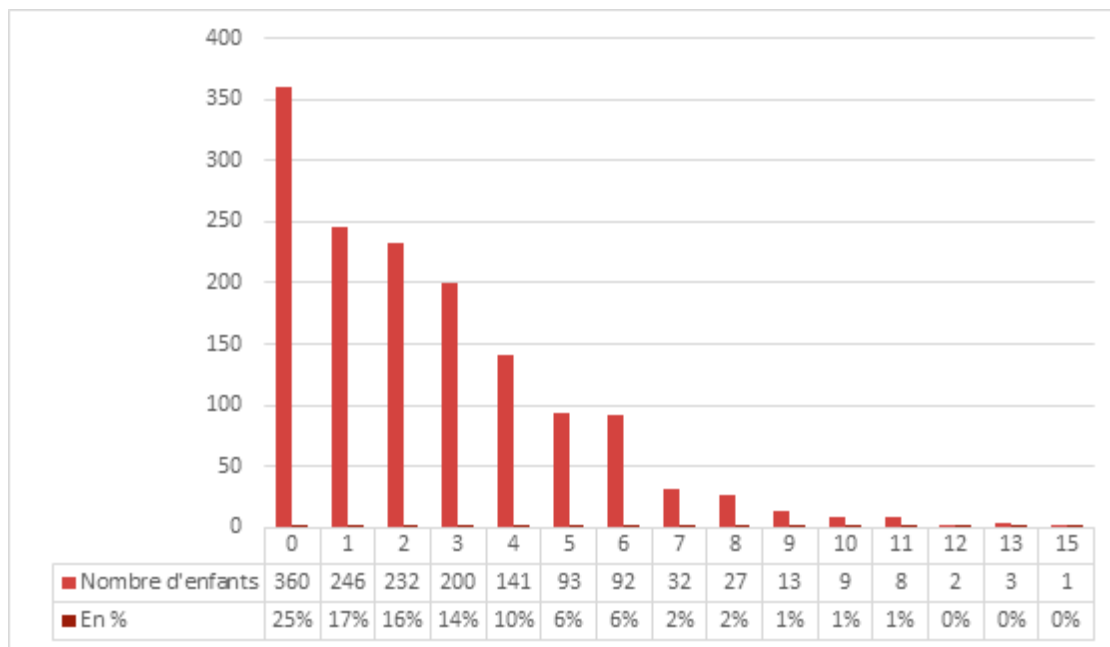
Figure 42 – Taux de concrétisation des consultations de suivi

	Nb d'enfants	Enfants n'ayant réalisé aucune CS		Enfants ayant réalisé plus de la moitié de la prescription		Enfants ayant réalisé plus de 80% de la prescription	
		En nb	En %	En nb	En %	En nb	En %
Concrétisation des CS	1457	343	24%	668	46%	304	21%
Concrétisation des CSD	1458	359	25%	708	49%	338	23%
Concrétisation des CSP	695	361	52%	246	35%	154	22%

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

En moyenne, les enfants ont réalisé 2,5 consultations de suivi diététique si l'on considère uniquement les enfants pour lesquels au moins une consultation de suivi a été prescrite (N=1 458). Cette moyenne ne traduit pas toutefois pas la variabilité de cette donnée selon les enfants concernés. En effet, un quart des enfants n'a réalisé aucune consultation de suivi diététique et un tiers a réalisé 1 ou 2 consultations. Un quart (23%) des enfants a réalisé 3 ou 4 consultations et 1 sur 5 (19%) plus de 4 consultations. Le nombre d'enfants ayant réalisé plus de 2 consultations décroît ensuite progressivement jusqu'à un maximum de 15 consultations de suivi diététique.

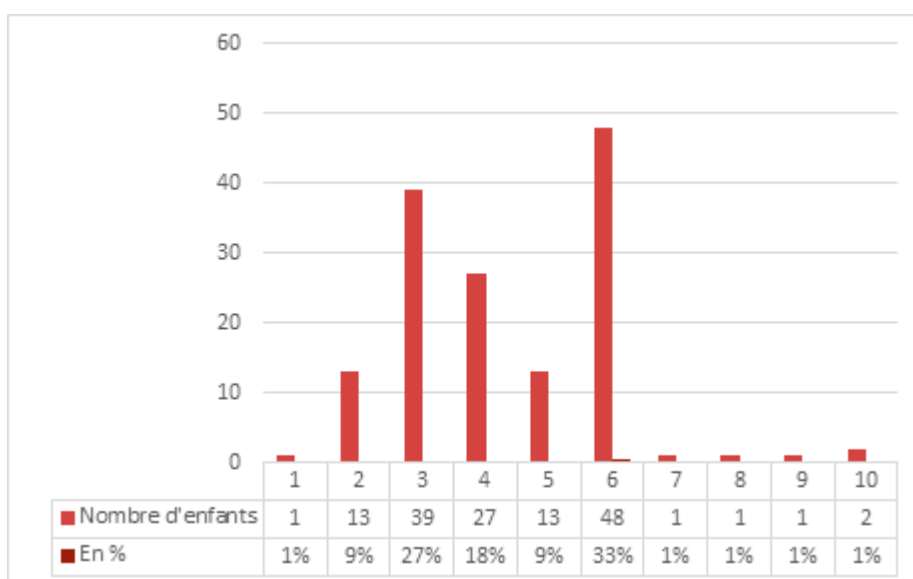
Figure 43 – Distribution des enfants en fonction du nombre de CSD réalisées pour ceux à qui une CSD au moins a été prescrite (N=1459)



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

Si l'on inclut dans l'analyse uniquement les enfants ayant commencé un parcours de prise en charge (à minima 1 CSD réalisé), le nombre de consultations de suivi diététique s'élève à une moyenne de **3,4 consultations réalisées**. Enfin, les enfants ayant terminé leur prise en charge et à qui une CSD au moins a été prescrite (N=146) ont réalisé en moyenne **4,4 consultations** de suivi diététique.

Figure 44 – Distribution des enfants ayant terminé leur prise en charge en fonction du nombre de consultations de suivi diététiques réalisées (N=146)

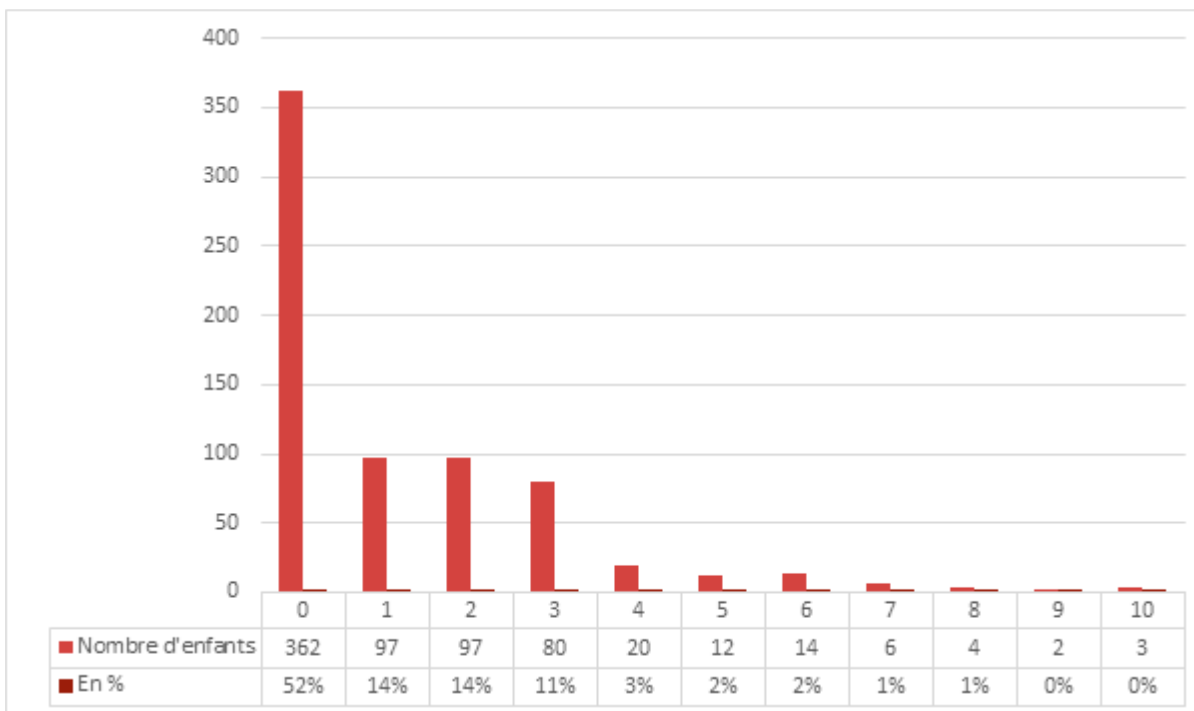


Source : Planète Publique, à partir des données du SGE.

Pour ce qui concerne les consultations de suivi psychologique, la moyenne s'établit à 1,3 consultations réalisées, si l'on considère uniquement les enfants pour lesquels au moins une consultation de suivi psychologique a été prescrite (N=697). Toutefois, parmi ces derniers, plus de la moitié (52%, N= 361) n'a réalisé aucune consultation de suivi psychologique et 28% ont réalisé entre 1 et 2 consultations (N=197). Pour quelques enfants, le nombre de consultations de suivi psychologique apparaît particulièrement important, allant au-delà de 6 consultations et jusqu'à 10 CSP pour 3 enfants.

Pour les enfants ayant terminé leur suivi (et pour lesquels une CSP au moins a été prescrites), le nombre de CSP réalisées s'élève en moyenne à 3 consultations.

Figure 45 – Distribution des enfants en fonction du nombre de CSP réalisées pour ceux à qui une CSP au moins a été prescrite (N=697)



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

Quelques prestations réalisées hors prescription

Parmi les 231 enfants pour lesquels la prise en charge est terminée (statut=fin de suivi), toutes les prestations prescrites ont été réalisées. 29, soit 12% d'entre eux, ont réalisé plus de prestations que celles qui leur avaient été prescrites. Il s'agit majoritairement des consultations de suivi diététique complémentaires (17 enfants) et de consultation de suivi psychologique (12 enfants). Respectivement 4 et 3 enfants ont réalisé un bilan activité physique et un bilan psychologique « hors prescription ».

Par définition, les 821 enfants en cours de prise en charge n'ont pas réalisé l'ensemble des prestations qui leur ont été prescrites :

- 701 enfants (85%) ont entre 1 et 12 consultation(s) de suivi diététique prescrite(s) et non réalisée(s)
- 303 enfants (37%) ont entre 1 et 10 consultations(s) de suivi psychologique prescrite(s) et non réalisées
- 246 enfants (30%) ont un bilan psychologique prescrit et non réalisé
- 185 enfants (22%) ont un bilan activité physique prescrit et non réalisé

En revanche, 41 enfants, soit 6% d'entre eux, ont réalisé plus de prestations que celles qui leur avaient été prescrites³² :

- 8 enfants ont réalisé un bilan activité physique « hors prescription »
- 8 enfants ont réalisé un bilan psychologique « hors prescription »
- 9 enfants ont réalisé entre 1 et 2 consultations) de suivi diététique « hors prescription »
- 6 enfants ont réalisé entre 1 et 3 consultation(s) de suivi psychologique « hors prescription »

Bien que marginale, cette configuration interroge l'articulation entre les professionnels de la structure et le prescripteur, que la structure dispose de marge de manœuvre pour ajuster la prescription ou qu'elle le fasse sur la base d'un échange avec le prescripteur qui ne serait pas retracé dans le SGE. Il peut également s'agir de situations dans lesquelles la prescription initiale n'est pas intégralement renseignée.

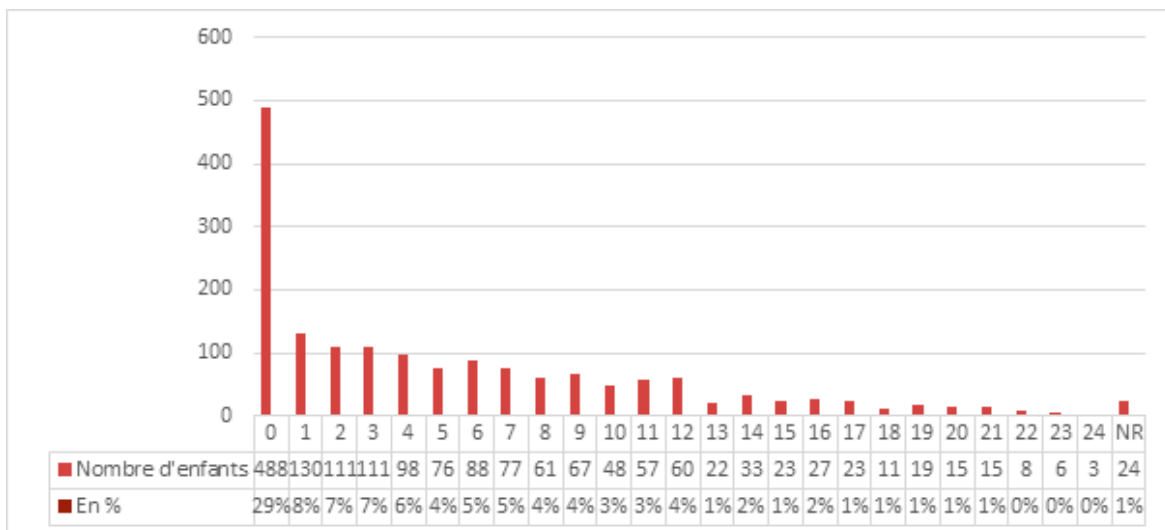
4.4 Durée des parcours

Des parcours relativement courts au regard d'une prise en charge prévue sur un maximum de 2 ans

La durée moyenne de prise en charge (délai entre le 1^{er} et le dernier rdv réalisé) est de 5 mois. Pour rappel, cela inclut des enfants dont le parcours n'est pas terminé. Ceci ne rend par ailleurs pas compte de la variabilité de la durée de prise en charge en fonction des enfants. En effet, l'analyse des données met en évidence que les prises en charge inférieures à un mois sont très importantes (29% des enfants). Par ailleurs, 16% des enfants inclus ont une durée de suivi supérieur à 1 an.

³² S'ajoutent à ces données 18 enfants qui ont réalisé un bilan diététique hors prescription.

Figure 46 – Répartition des enfants selon la durée de leurs parcours (en mois)

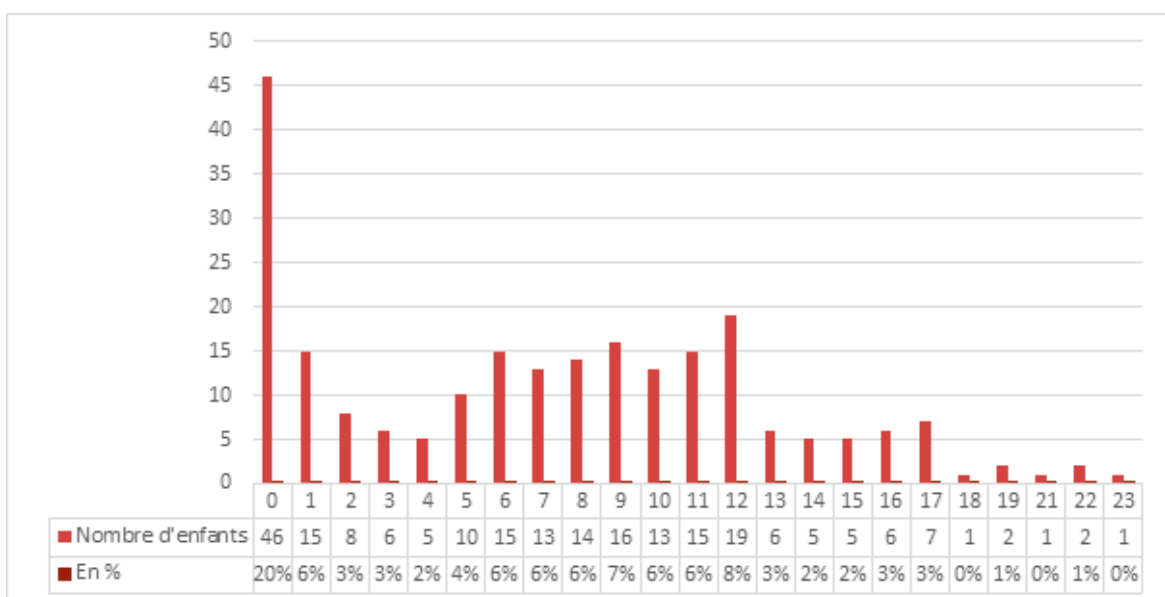


Remarque : La durée de leurs parcours est la durée entre le premier RDV et le dernier RDV réalisés

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

Si l'on considère uniquement les enfants ayant terminé leur suivi (N=231), la durée moyenne de la prise en charge s'élève à 7,2 mois.

Figure 47 – Répartition des enfants ayant terminé leur suivi selon la durée de leurs parcours (en mois)



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

Zoom sur les parcours courts (< 1 mois)³³

La part conséquente d'enfants ayant un parcours inférieur à un mois (25% des 1568 enfants inclus avant 2020, N=391) amène à une analyse plus spécifique de ces profils. On note que leur parcours se résume pour 74% d'entre eux (N=290) à une seule journée de prise en charge, qui a permis de réaliser le bilan diététique initial (N=214) et éventuellement un deuxième RDV (qui peut être un autre bilan ou une consultation de suivi) à la même occasion (N=76). On comptabilise 101 enfants ayant un parcours rapide et venus à plusieurs reprises dans la structure. La durée totale de leur parcours est comprise entre 3 jours et 30 jours.

Les enfants qui n'étaient ni en situation de surpoids ni en situation d'obésité à l'inclusion sont surreprésentés parmi les enfants ayant une durée de parcours inférieure à un mois. Toutefois, les parcours particulièrement courts ne font pas émerger de particularité entre les enfants en surpoids et les enfants en situation d'obésité.

L'analyse des statuts des enfants ayant eu un parcours d'une durée inférieure à un mois indique que 11% d'entre eux ont terminé leur suivi (N=42) ; 22% sont en cours de suivi (N=87) : 1 % sont en suivi renouvelé (N=2) ; près de 40% d'entre eux sont considérés comme « perdus de vue » (N=154) et 27% d'entre eux sont « sortis de l'expérimentation » (N=106).

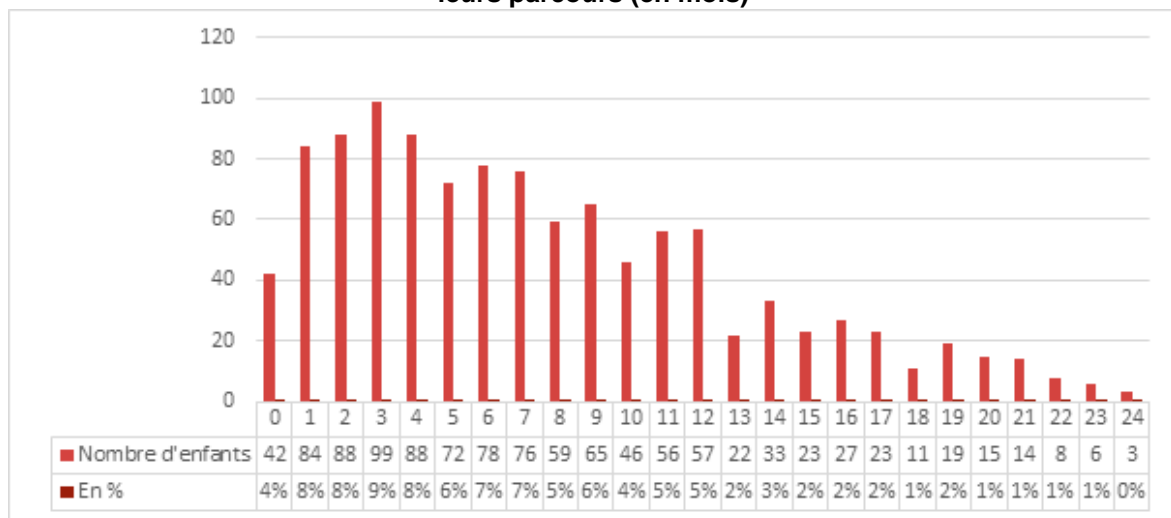
Zoom sur les parcours des enfants ayant réalisé au moins une consultation de suivi diététique

Parmi les 1 701 enfants inclus, 1 114 ont réalisé au moins une consultation de suivi diététique. Pour ces enfants, la durée moyenne de prise en charge est de 7,7 mois³⁴.

³³ Pour éviter de fausses interprétations liées à des parcours en démarrage, ne sont ici considérés que les enfants ayant un parcours inférieur à un mois et ayant été inclus avant 2020 (N=391)

³⁴ Incluant des enfants dont le suivi est toujours en cours et des enfants pour lesquels le suivi est terminé.

Figure 48 - Répartition des enfants inclus ayant réalisé à minima une CSD, selon la durée de leurs parcours (en mois)



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

4.5 Zoom sur les sorties volontaires et les perdus de vue

Rappel des éléments de contexte sur les données relatives aux enfants perdus de vue

Comme indiqué précédemment, 447 enfants sont considérés comme perdus de vue, c'est-à-dire n'ayant pas eu de rendez-vous dans la structure depuis plus de six mois et n'ayant pas suivi l'ensemble des bilans et/ou consultations prescrites.

Un constat similaire avait été posé par les acteurs dans le cadre du CSO à plusieurs reprises et plusieurs éléments d'explications ont pu être avancés :

- Certains perdus de vue correspondraient à des situations temporaires spécifiques au calendrier correspondant à des périodes durant lesquelles les RDV sont potentiellement plus fortement espacés (période de vacances spécifiques à La Réunion en décembre / janvier, mouvements sociaux de l'hiver 2019-2020 pour la Seine-Saint-Denis, ou encore les périodes de ramadan³⁵).
- Certains acteurs ont mentionné une possibilité de « sur-prescription » de la part des médecins prescripteurs qui prescrivent d'emblée toutes les prestations possibles, ce qui peut expliquer que les familles ne réalisent pas l'ensemble des consultations prévues si le besoin s'avère moindre. L'analyse des prescriptions initiales ci-avant pourrait conforter cette hypothèse considérant qu'elles sont très souvent « complètes ».

³⁵ Les données analysées ci-après correspondent à une période précédant le ramadan 2020 (extraction réalisée au 23 mars, ramadan courant sur le mois de mai 2020).

Figure 49 – Etat du parcours des enfants : niveau national

	Nombre d'enfants	En %
Suivi en cours	688	40%
Suivi en cours - Renouvelé	133	8%
Fin de suivi	231	14%
Perdu de vue	447	26%
Sorti de l'expérimentation	202	12%
TOTAL	1701	100%

Source : Planète Publique, à partir des données du SGE

Caractéristiques sociodémographiques des enfants « perdus de vue »

L'analyse plus spécifique des enfants « perdus de vue », selon la définition recalculée pour l'évaluation, met en évidence que les enfants ne présentent pas de différence significative du point de vue de l'âge à l'inclusion. Le constat est similaire pour les enfants sortis volontairement.

Du point de vue du sexe, les garçons sont moins représentés que les filles dans l'expérimentation. Ils tendent également à être plus fréquemment perdus de vue (et également plus fréquemment sortis volontairement). Toutefois, les traitements statistiques ne permettent pas de conclure de manière définitive sur la dépendance entre ces deux variables bien qu'une tendance soit observée³⁶.

³⁶ Résultats du test : khi-deux = 3,6859, ddl = 1, p-value = 0,05487

Figure 50 – Statut des enfants selon le sexe

	Filles		Garçons	
	En %	Nombre d'enfants	En %	Nombre d'enfants
Suivi en cours	63%	432	37%	256
Suivi en cours - Renouvelé	62%	83	38%	50
Fin de suivi	63%	145	37%	86
Perdu de vue	56%	251	44%	196
Sorti de l'expérimentation	55%	111	45%	91
TOTAL	60%	1022	40%	679

Source : Planète Publique, à partir des données du SGE

Les configurations familiales jouent probablement un rôle sur les parcours, mais la variable est insuffisante pour expliquer la probabilité d'être perdu de vue

Par ailleurs, les enfants perdus de vue et sortis de l'expérimentation vivent un peu plus souvent que les autres avec un seul parent ou en alternance entre les deux parents. Les autres configurations ne semblent pas jouer particulièrement dans la probabilité que l'enfant soit perdu de vue. A noter toutefois que la configuration familiale ne permet pas d'établir des schémas simples de parcours d'enfants, puisque les enfants vivant en alternance chez leurs deux parents se retrouvent également surreprésentés parmi les enfants dont le suivi est encore en cours. Cette configuration familiale pourrait donc simplement traduire des parcours de prise en charge spécifiques. En revanche, les enfants vivant avec les deux parents sont moins souvent sortis de l'expérimentation.

Figure 51 – Statut des enfants selon la configuration familiale

	Avec ses deux parents	Avec un seul parent	En alternance chez son père et chez sa mère	Avec d'autres personnes que son père ou sa mère	Avec un parent et son/sa conjoint.e
Suivi en cours	73%	15%	8%	1%	3%
Suivi en cours - Renouvelé	74%	14%	7%	1%	5%
Fin de suivi	70%	18%	6%	0%	5%
Perdu de vue	68%	19%	8%	1%	4%
Sorti de l'expérimentation	64%	22%	5%	1%	7%
TOTAL	70%	17%	7%	1%	4%

Source : Planète Publique, à partir des données du SGE

Des perdus de vue autant couverts par une complémentaire, mais plus souvent couverts par une aide à la complémentaire santé

Les perdus de vue ne présentent pas de profil particulier du point de vue de leur couverture ou non par une complémentaire santé. En revanche, ils sont légèrement plus nombreux parmi les bénéficiaires des aides à la complémentaire santé (CMUc ou bénéficiaire à l'ACS). L'analyse statistique permet de conclure de manière certaine sur la dépendance des deux variables³⁷.

Le constat est nettement plus marqué (et statistiquement significatif³⁸) pour les enfants sortis de l'expérimentation, qui sont plus souvent bénéficiaires de la CMUc³⁹ (ces derniers sont par ailleurs sous-représentés parmi les enfants dont le suivi est renouvelé). Les motifs de cette situation pourront être approfondis dans le cadre des enquêtes qualitatives, notamment pour identifier si le facteur de précarité peut constituer une plus forte difficulté à maintenir la participation des enfants dans la durée.

³⁷ Résultats du test : khi-deux = 5.0513, ddl = 1, p-value = 0.02461

³⁸ Résultats du test : khi-deux = 37.321, ddl = 4, p-value = 1.547e-07

³⁹ A noter que les bénéficiaires de la CMUc sont également plus nombreux à La Réunion, où la part d'enfants sortis de l'expérimentation est également plus importante.

Figure 52 – Statut des enfants selon la complémentaire santé

	Autre complémentaire santé	Bénéficiaire de l'ACS (Aide au paiement d'une complémentaire santé)	CMUc
Suivi en cours	76%	2%	23%
Suivi en cours - Renouvelé	83%	0%	17%
Fin de suivi	76%	2%	22%
Perdu de vue	63%	4%	33%
Sorti de l'expérimentation	48%	4%	47%
TOTAL	69,52%	2,72%	27,76%

Source : Planète Publique, à partir des données du SGE

L'analyse statistique ne met par ailleurs pas en évidence de différence significative entre les régimes de couverture sociale et les statuts des enfants dans l'expérimentation⁴⁰.

Enfin, les données relatives à la situation des parents vis-à-vis de l'emploi et des CSP mettent en évidence que les perdus de vue ne présentent pas de profil particulier par rapport au profil de l'ensemble des enfants inclus dans l'expérimentation : comme pour l'ensemble des enfants inclus, la situation la plus courante est celle dans laquelle les deux parents sont en emploi (38%), suivi de la situation dans laquelle un parent est en emploi et l'autre inactif (16%) et enfin, un parent en emploi et l'autre en recherche d'emploi (10%). Pour les perdus de vue comme pour les autres, les enfants relèvent majoritairement d'un ménage composé d'ouvriers et d'employés.

Les perdus de vue ne présentent pas de situation particulière du point de vue la corpulence

Si la majorité des enfants sont en situation d'obésité au moment de l'inclusion, ils ne sont ni sur-représentés, ni sous-représentés parmi les perdus de vue. Les enfants sortis de l'expérimentation sont plus souvent en obésité avérée que les autres enfants. Ils peuvent avoir été réorientés par la structure vers une prise en charge spécifique. Les enfants en situation en d'obésité représentent 72% des inclus. Bien que légèrement plus nombreux parmi les perdus de vue (74%) les analyses ne permettent pas de conclure à la significativité de la corrélation⁴¹.

⁴⁰ Résultats du test : khi-deux = 22.348, dl = 16, p-value = 0.1323

⁴¹ Résultats du test : khi-deux = 3.281, dl = 3, p-value = 0.3503

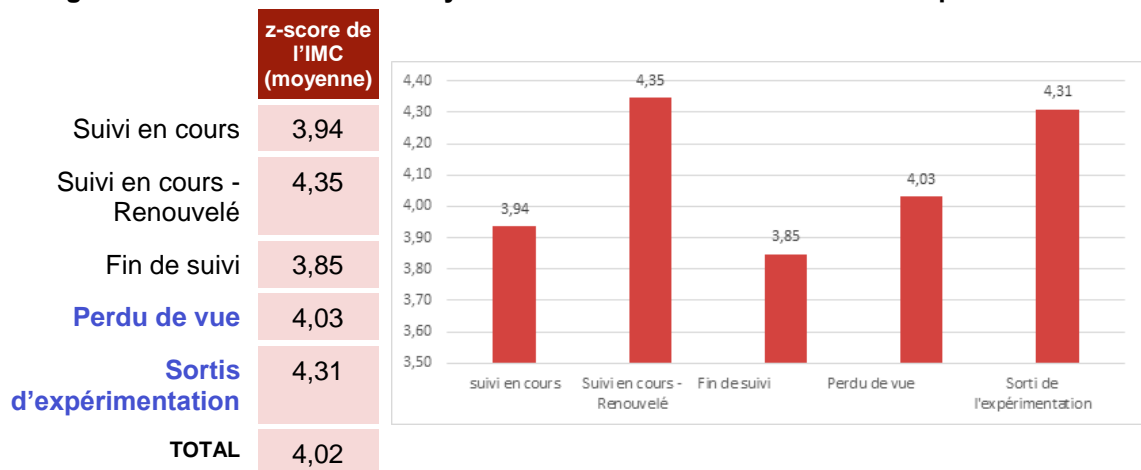
Figure 53 – Statut des enfants selon leur corpulence

	Ni surpoids, ni obésité	Surpoids	Obésité
Suivi en cours	4,3%	26,1%	69,6%
Suivi en cours - Renouvelé	2,3%	26,7%	71,0%
Fin de suivi	4,8%	26,9%	68,3%
Perdu de vue	3,7%	22,1%	74,3%
Sorti de l'expérimentation	3,6%	18,3%	78,2%
TOTAL	4,0%	24,3%	71,7%

Source : Planète Publique, à partir des données du SGE

Logiquement, ces données générales se retrouvent dans l'analyse du z-score de l'IMC. La comparaison des moyennes des z-score de l'IMC indique en effet que les différences entre la moyenne des z-score de l'IMC des enfants perdus de vue et celles des enfants ayant un autre statut dans l'expérimentation, quel que soit leur statut, ne sont pas significatives⁴².

Figure 54 – Z-score de l'IMC moyen selon le statut de l'enfant dans l'expérimentation



Source : Planète Publique, à partir des données du SGE

⁴² Seules la comparaison entre les enfants en fin de suivi et sortis de l'expérimentation d'une part ($p= 0.005$) et celle entre les enfants en fin de suivi et ceux en suivi renouvelé ($p= 0.009$) d'autre part sont significatives.

Les perdus de vue ne présentent pas de caractéristique particulière liée à l'éloignement géographique

Les enfants « perdus de vue » ne sont pas plus éloignés des structures de prise en charge que les autres enfants. Une grande majorité d'entre eux habitent dans des communes situées à moins de 20km (pour 96%) et moins de 20mn de trajet en voiture (pour 94%) - caractéristique qu'ils partagent avec les autres enfants inclus.

Figure 55 – Eloignement géographique selon le statut

Distance en km	Nombre total d'enfants inclus	En %	Nombre d'enfants "perdus de vue"	En %
10 km ou moins	1324	78%	367	82%
entre 11 et 20 km	283	17%	62	14%
entre 21 et 30km	30	2%	8	2%
entre 31 et 40km	9	1%	2	0%
entre 41 et 61 km	8	0%	2	0%
NR	47	3%	6	1%
Total général	1701	1	447	1

Temps de trajet en mn	Nombre total d'enfants inclus	En %	Nombre d'enfants "perdus de vue"	En %
10mn ou moins	1015	60%	284	64%
entre 11 et 20 mn	539	32%	138	31%
entre 21 et 30 mn	83	5%	17	4%
entre 31 et 40 mn	11	1%	1	0%
entre 41 et 62 mn	6	0%	1	0%
NR	47	3%	6	1%
Total général	1701	100%	447	100%

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

Des parcours plutôt similaires aux enfants pour lesquels le suivi est en cours

Les enfants « perdus de vue » présentent au moment de l'analyse des parcours plus courts que la moyenne, de 3,4 mois en moyenne avant d'être perdus de vue, alors que les enfants dont le suivi est encore en cours ont une durée moyenne de parcours de 4,8 mois. Du point de vue des prestations réalisées, elles sont en moyenne légèrement moins nombreuses que les enfants pour lesquels le suivi est en cours (4,7 prestations réalisées contre 5,4).

Du point de vue des prestations prescrites, les enfants perdus de vue disposent d'un nombre moyen légèrement supérieur aux enfants pour lesquels le suivi est en cours, mais comparable. Enfin, les

enfants sont perdus de vue après avoir réalisé en moyenne 30% du parcours prescrit et donc relativement tôt dans leur prise en charge.

Figure 56 – Caractéristiques des parcours selon le statut

	Durée moyenne du parcours (en mois)	Nombre moyen de prestations réalisées	Nombre moyen de prestations prescrites	Taux de concrétisation du parcours
Suivi en cours	4,8	5,4	8,4	39%
Suivi en cours - Renouvelé	16,0	13,5	18,2	59%
Fin de suivi	7,2	6,6	5,8	106% ⁴³
Perdu de vue	3,4	4,7	8,8	30%
Sorti de l'expérimentation	2,1	3,9	7,4	20%
Total	5,3	5,8	8,8	43%

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

⁴³ Le statut « fin de suivi » est attribué par défaut à tous les enfants dont l'ensemble des prestations prescrites ont été réalisées.

5. Description des structures

Particularités d'inclusion en fonction des types de structure

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

Figure 57 – Répartition des types de structures ayant intégré à minima 1 enfant

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

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

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

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

Figure 58 – Répartition du nombre d’enfants inclus par type de structure (N=1701)

	Nombre de structures	En %	Nombre total d’enfants inclus	% enfants inclus	Moyenne enfants inclus/structure
Association (autre que réseau) ⁴⁴	3	7%	154	9%	51
Centre municipal de santé	12	29%	326	19%	27
Etablissement de santé ⁴⁵	3	7%	62	4%	21
Maison de santé pluridisciplinaire ou pluriprofessionnelle	16	39%	367	22%	23
Réseau de santé	7	17%	792	47%	113
Total général	41	100%	1701	100%	41

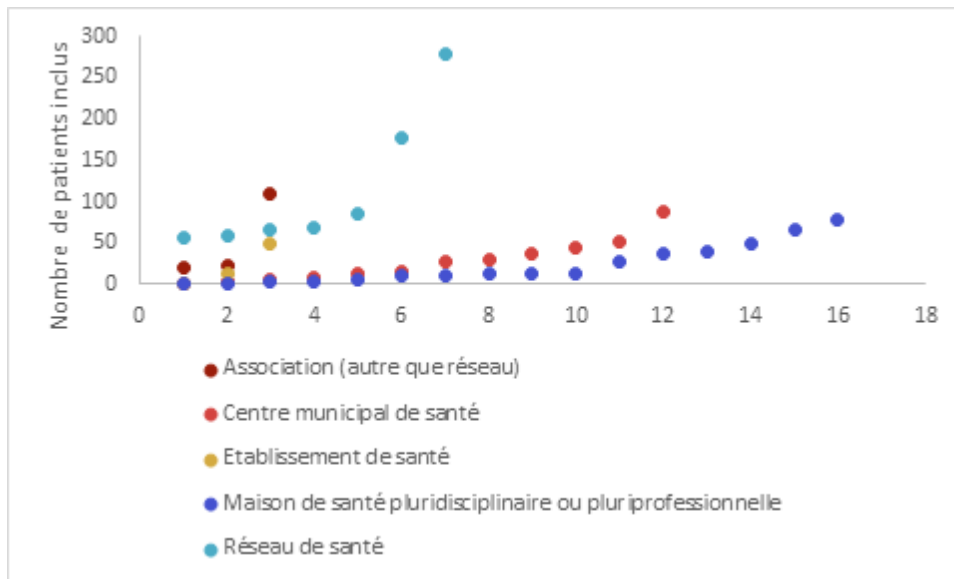
Remarque : seules sont comptabilisées dans ce tableau les structures ayant inclus à minima 1 enfant

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

⁴⁴ Le nombre d’enfants inclus varie fortement d’une association à une autre. Une association a inclus 110 enfants alors que les deux autres en ont respectivement inclus 21 et 23. Les moyennes par type de structures sont donc à interpréter avec précaution.

⁴⁵ Le nombre d’enfants inclus varie fortement d’un établissement de santé à un autre. Un établissement de santé a inclus 49 enfants, un autre en a inclus 12 et le troisième n’en a inclus qu’1 seul. Les moyennes par type de structures sont donc à interpréter avec précaution.

Figure 59 – Représentation graphique des types de structures en fonction du nombre d'enfants inclus



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

La particularité des inclusions en fonction des types de structures impacte nécessairement les données par territoire. En particulier, la Seine-Saint-Denis dispose d'un nombre moyen d'enfants inclus par structure plus faible (25 vs 51 et 47 en Nord-Pas de Calais et à La Réunion), en lien avec la forte présence des centres de santé municipaux.

Particularité des enfants en fonction des types de structures

L'analyse de la corpuence des enfants au regard du type de structure ne met pas en évidence de particularité ni de forme de spécialisation des structures. Si les centres municipaux de santé tendent à accueillir plus d'enfants en situation d'obésité, ceci est à mettre en perspective avec le contexte de la Seine-Saint-Denis dans laquelle ils sont un peu plus représentés.

On peut toutefois noter que les établissements de santé tendent à se concentrer plus que les autres sur les enfants en situation d'obésité. Les maisons de santé pluriprofessionnelles ont plus souvent pris en charge des enfants ne présentant ni surpoids ni obésité.

Figure 60 – Corpulence des enfants selon le type de structure

	Enfants n'étant ni en surpoids ni en obésité	Enfants en surpoids	Enfants en situation d'obésité
Association (autre que réseau)	5%	25%	69%
Centre municipal de santé	2%	21%	77%
Etablissement de santé	0%	15%	85%
Maison de santé pluridisciplinaire ou pluriprofessionnelle	7%	23%	70%
Réseau de santé	3%	26%	70%
TOTAL GENERAL	4%	24%	72%

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

Particularité des parcours en fonction des types de structures

36 des 41 structures ont accueilli des enfants pour lesquels le montant de la prise en charge s'élevait à 240 euros ou plus pour la réalisation des prestations prescrites lors de la prescription n°1. Pour ces structures, la part que représentent les patients dans cette situation dans le total des patients inclus varie entre 8 et 100%. Cette part est particulièrement élevée pour les 3 établissements de santé : au sein de ces structures, en moyenne, elle s'élève à plus de 80% (76% si l'on exclue l'établissement de santé n'ayant inclus qu'un seul enfant).

Figure 61 – Part moyenne des patients pour lesquels le montant de la PEC s'élève à 240€ ou plus pour la réalisation des prestations de la prescription initiale, par type de structure

	Part des enfants avec forfait complet dès la prescription initiale
Association (autre que réseau)	34%
Centre municipal de santé	41%
Etablissement de santé	84%
Maison de santé pluridisciplinaire ou pluriprofessionnelle	39%
Réseau de santé	43%

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

Par ailleurs, les parcours des enfants apparaissent différents en fonction des types de structures de prise en charge. Ainsi, les établissements de santé et les associations ont eu tendance à réaliser des parcours plus importants (plus de prestations proposées) que les autres types de structures. Ainsi, les enfants venus une seule journée (pour un ou deux RDV) ne représentent que 8% et 12% de leur public inclus contre 22% à 24% pour les autres types de structure.

Figure 62 – Parcours rapides selon le type de structure

	Nombre total des enfants inclus	Nombre d'enfants dont la durée du parcours est de 1 jour	Part des enfants qui ne sont venus qu'une journée	Nombre moyen de prestations réalisées par enfant inclus
Association (autre que réseau)	154	18	12%	6
Centre municipal de santé	326	72	22%	4
Etablissement de santé	62	5	8%	7
Maison de santé pluridisciplinaire ou pluriprofessionnelle	367	82	22%	5
Réseau de santé	792	187	24%	4
TOTAL GENERAL	1701	364	21%	5

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

Les enfants ayant bénéficié à minima d'une consultation de suivi sont surreprésentés dans les établissements de santé et dans les associations et, à contrario, sous-représentés dans les centres municipaux de santé – lesquels sont exclusivement situés en Seine-Saint-Denis. Plus globalement, les parcours réalisés par les établissements de santé et les associations apparaissent en moyenne plus longs (part des enfants avec au moins une consultation de suivi et part des enfants avec trois consultations de suivi ou plus). La part des enfants ayant trois consultations de suivi ou plus est en revanche plus faible pour les centres municipaux de santé. Considérant la particularité de la présence des centres municipaux dans un des trois territoires, l'étude qualitative devra chercher à analyser le rôle des facteurs territoriaux dans ces résultats.

Figure 63 – Nombre de prestations selon le type de structure

	Nombre moyen de prestations réalisées par enfant inclus	Enfants ayant au moins une consultation de suivi		Enfants ayant 3 consultations de suivi ou plus	
		En nb	En %	En nb	En %
Association (autre que réseau)	6	114	74%	81	53%
Centre municipal de santé	4	187	57%	118	36%
Etablissement de santé	7	50	81%	34	55%
Maison de santé pluridisciplinaire ou pluriprofessionnelle	5	250	68%	166	45%
Réseau de santé	4	531	67%	317	40%
TOTAL GENERAL	5	1132	67%	716	42%

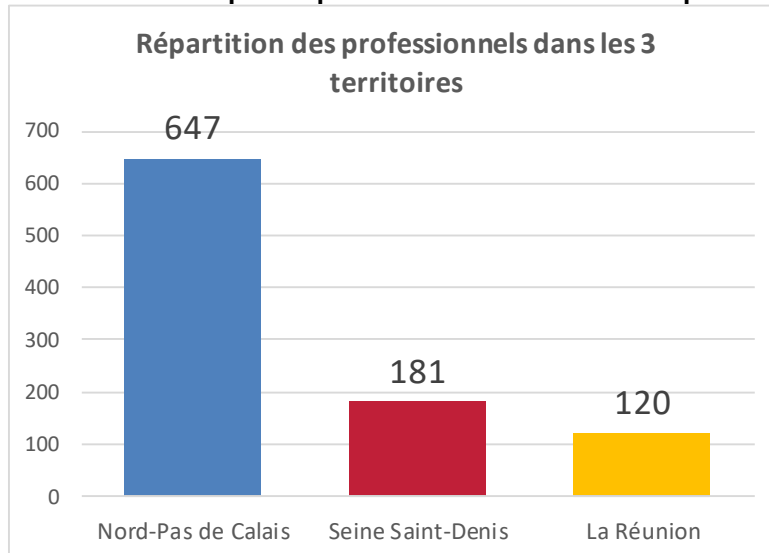
Source : Planète Publique, à partir des données du SGE.

6. Prescripteurs

6.1 Vision d'ensemble sur les prescripteurs effectifs

Au mois de mars 2020, 948 professionnels différents ont orienté au moins 1 patient dans le cadre de l'expérimentation. A noter que ce paragraphe ne comptabilise que les orientations ayant effectivement abouties à une inclusion de l'enfant. Les enfants ayant été orientés par un prescripteur mais n'ayant pas donné suite ne sont pas tracés par le système de gestion de l'étude.

Figure 64 – Nombre de prescripteurs selon le territoire d'expérimentation



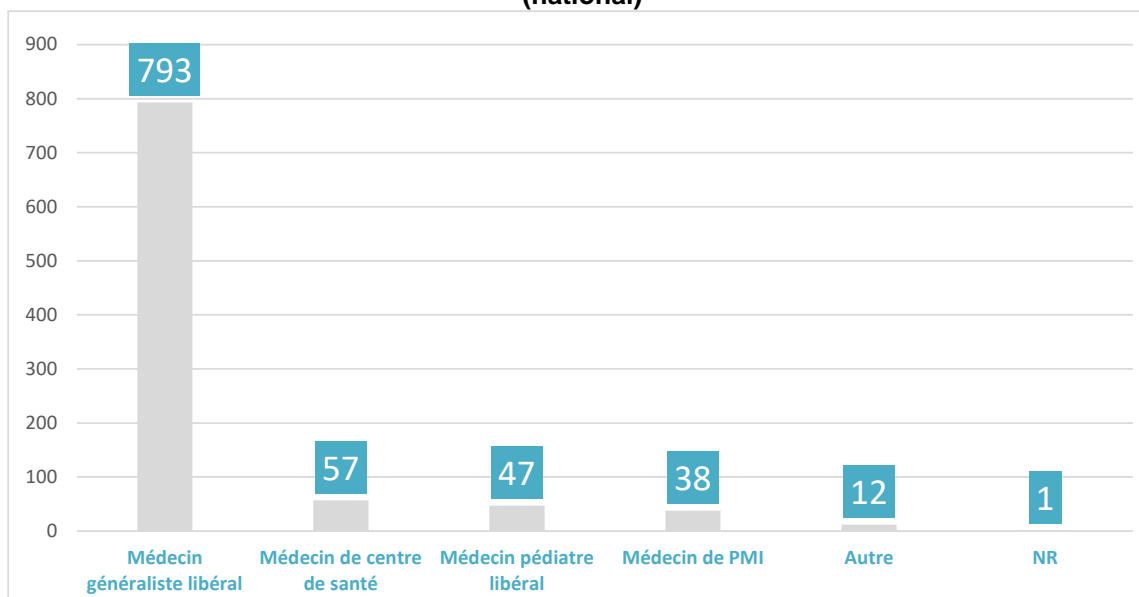
Source : Planète Publique, à partir des données du SGE.

6.2 Analyse des spécialités des prescripteurs

Une mobilisation plus forte des médecins généralistes que des autres spécialistes

Parmi les prescripteurs, plus de 80% (N=793) sont des médecins généralistes libéraux. Les autres professionnels ayant orienté au moins un enfant vers l'expérimentation sont partagés entre les médecins de centres de santé (6% - N=57), des pédiatres libéraux (5% - N=47), et des médecins de PMI (4% - N=38).

Figure 65 - Fonction des médecins ayant prescrit MRTC pour au moins un enfant inclus (national)



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

L'analyse des données par territoire met en évidence des spécificités qui peuvent être mises en lien avec la manière dont l'expérimentation s'est déployée dans chaque contexte.

Le profil des prescripteurs apparaît très spécifique en Seine-Saint-Denis, puisque moins de la moitié des prescripteurs (47%, N=86) sont des médecins généralistes libéraux. Le profil des médecins exerçant en centre municipaux de santé est très fortement représenté, avec 30% (N= 54) des prescripteurs ayant inclus au moins un enfant. Ceci apparaît cohérent avec la spécificité de l'offre de soins du département, fortement marquée par la présence de centre de santé municipaux. Par ailleurs, 12 des 14 structures sélectionnées pour mettre en œuvre l'expérimentation sont des centres de santé municipaux, ce qui pourrait refléter une part d'orientations intra structure (les données ne permettent toutefois pas de l'établir avec certitude). Près de 10% (N=17) des prescripteurs sont des pédiatres libéraux, soit une part là encore nettement supérieure à la moyenne nationale (5%). Enfin, 8,8% des prescripteurs sont des médecins de PMI, quand ils sont 2,5% en Nord-Pas de Calais et 5,8% à La Réunion.

L'analyse des données relatives aux prescripteurs à La Réunion permet d'identifier une mobilisation relativement importante pédiatres libéraux et des médecins de PMI, tandis que le Nord-Pas de Calais a mobilisé essentiellement des médecins généralistes libéraux. Ces données reflètent partiellement la structuration de l'offre de soins dans le territoire.

Figure 66 – Répartition des types de prescripteur selon le territoire

	Nord-Pas de Calais		Seine-Saint-Denis		La Réunion	
	% des prescripteurs	Nb de prescripteurs	% des prescripteurs	Nb de prescripteurs	% des prescripteurs	Nb de prescripteurs
Médecin généraliste libéral	93,2%	603	47,5%	86	87,5%	105
Médecin pédiatre libéral	3,4%	22	9,4%	17	6,7%	8
Médecin de PMI	2,5%	16	8,8%	16	5,8%	7
Médecin de centre de santé	0,3%	2	29,8%	54	-	0
Autre	0,6%	4	4,4%	8	-	0
TOTAL	100%	647	100%	181	100%	120

Source : Planète Publique, à partir des données du SGE

Une moyenne d'enfants inclus par prescripteurs limitée

Depuis le démarrage de l'expérimentation, les 948 médecins ont permis d'orienter 1 773 enfants inclus⁴⁶ dans l'expérimentation, soit une moyenne de 1,9 enfants inclus par prescripteur. L'analyse détaillée met en évidence que les « grands prescripteurs » occupent une place restreinte. Ainsi 62% des professionnels (N=589) ont orienté un seul patient, près de 20% (N=187) ont orienté 2 patients, environ 10% des professionnels (N=83) ont orienté 3 patients. Deux professionnels (tous deux situés en Nord-Pas de Calais) occupent une place très particulière, en ayant orienté plus de 20 enfants (respectivement 23 et 52 enfants⁴⁷).

L'analyse par territoire met en évidence que les prescripteurs en Seine-Saint-Denis tendent à être de plus grands prescripteurs que dans les autres territoires. Ainsi, si les professionnels en Nord-Pas de Calais ont orienté en moyenne 1,8 enfants et 1,7 pour les professionnels de La Réunion, la moyenne s'élève à 2,1 enfants par prescripteur en Seine-Saint-Denis.

Une mobilisation des professionnels comparable entre les territoires et révélatrice de l'offre de soins du territoire

Les données relatives au nombre de prescripteurs potentiels mettent en évidence une structuration de l'offre légèrement différente entre les 3 territoires. Ainsi, les médecins de centres de santé représentent un quart de l'offre de soins du territoire de Seine-Saint-Denis, alors qu'ils ne sont que

⁴⁶ Les enfants n'ayant pas signé le bulletin d'adhésion ou n'ayant pas encore réalisé le premier bilan diététique n'ont pas été exclus de la base de données des prescripteurs, ce qui explique que le nombre d'enfants comptabilisé est supérieur au nombre d'enfants « inclus ».

⁴⁷ Il s'agit de médecins généralistes libéraux dans les deux cas.

6% des prescripteurs potentiels en Nord-Pas de Calais. De la même manière, les médecins de PMI représentent une part légèrement plus importante que dans les autres territoires (7% en Seine-Saint-Denis, contre 3% en Nord-Pas de Calais et à La Réunion). Les pédiatres libéraux ne représentent que 2% des prescripteurs potentiels en Nord-Pas de Calais, contre 4% dans les deux autres territoires.

Figure 67 – Prescripteurs potentiels dans les trois territoires selon la spécialité

	Nord-Pas de Calais		Seine-Saint-Denis		La Réunion	
	Nb de prescripteurs potentiels	% des prescripteurs potentiels	Nb de prescripteurs potentiels	% des prescripteurs potentiels	Nb de prescripteurs potentiels	% des prescripteurs potentiels
Médecin généraliste libéral	3 920	88%	968	65%	842	94%
Médecin pédiatre libéral	103	2%	59	4%	34	4%
Médecin de PMI	141	3%	105	7%	23	3%
Médecin de centre de santé	270	6%	352	24%	0	-
Autre	NR	-	NR	-	NR	-
TOTAL	4 434	100%	1 484	100%	899	100%

Source : Planète Publique, à partir des données du SGE

Au total, la mise en perspective des prescripteurs potentiels et du nombre de prescripteurs pour lesquels un enfant au moins a été inclus mais en évidence que le taux de « couverture » de l'expérimentation se situe entre 12% et 15% selon les territoires.

Figure 68 – Taux de couverture des prescripteurs potentiels

	Nb de prescripteurs potentiels	Nb de prescripteurs effectifs ⁴⁸	Taux de couverture de l'expérimentation
Nord-Pas de Calais	4 434	643	15%
Seine-Saint-Denis	1 484	173	12%
La Réunion	899	120	13%
TOTAL	6 817	936	14%

Source : Planète Publique, à partir des données du SGE

⁴⁸ La catégorie « Autres » est déduite des calculs puisque le total de prescripteurs potentiels est calculé sans cette donnée.

L'analyse par spécialité met en évidence que les pédiatres ont été particulièrement bien mobilisés dans les trois territoires et tout particulièrement en Seine-Saint-Denis (29% d'entre eux ont permis d'inclure un enfant, contre 24% à La Réunion et 21% en Nord-Pas de Calais). De manière conforme à la structuration de l'offre de soins du territoire, la mobilisation des médecins de PMI est particulièrement importante à La Réunion (près d'un tiers des 23 professionnels ont permis d'inclure un enfant) et la mobilisation des médecins de centres de santé est très élevée en Seine-Saint-Denis (15% des professionnels ont permis d'inclure un enfant).

Figure 69 – Taux de couverture des prescripteurs potentiels selon la spécialité

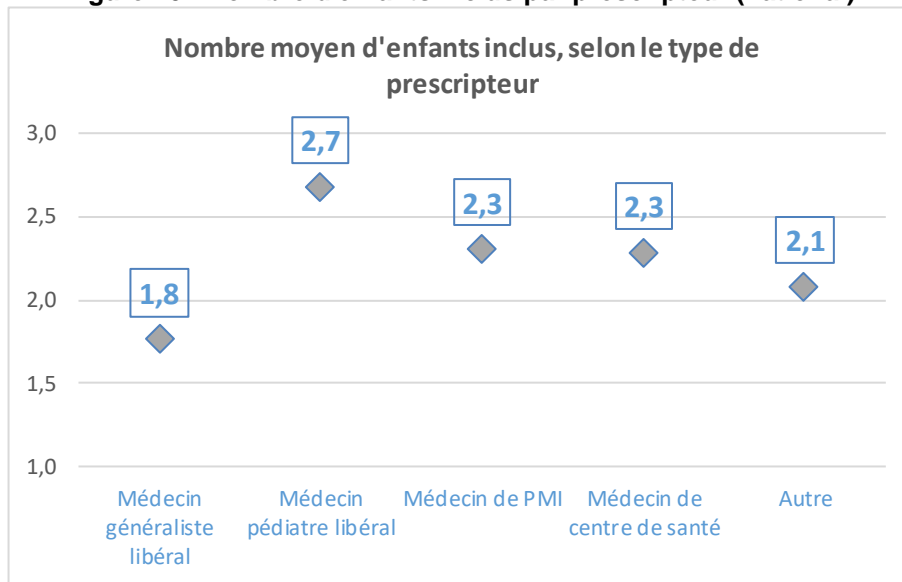
	Nord-Pas de Calais		Seine-Saint-Denis		La Réunion	
	Nb de prescripteurs potentiels	% des prescripteurs potentiels ayant inclus un enfant	Nb de prescripteurs potentiels	% des prescripteurs potentiels ayant inclus un enfant	Nb de prescripteurs potentiels	% des prescripteurs potentiels ayant inclus un enfant
Médecin généraliste libéral	3 920	15%	968	9%	842	12%
Médecin pédiatre libéral	103	21%	59	29%	34	24%
Médecin de PMI	141	11%	105	15%	23	30%
Médecin de centre de santé	270	1%	352	15%	0	-
Autre	NR	-	NR	-	NR	-
TOTAL	4 434	15%	1 484	12%	899	13%

Source : Planète Publique, à partir des données du SGE

Les spécialistes de l'enfance, plus grands prescripteurs que les autres

Alors que le nombre moyen d'enfants inclus par prescripteur se situe autour de 1,9 enfants, les données du SGE mettent en évidence que les pédiatres libéraux semblent prescrire de manière plus intense que les autres types de prescripteurs, avec une moyenne de 2,7 enfants inclus par prescripteur. Ils sont suivis par les médecins de PMI et les médecins de centres de santé, avec une moyenne de 2,3 enfants inclus par prescripteur.

Figure 70 - Nombre d'enfants inclus par prescripteur (national)



Source : Planète Publique, à partir des données du SGE

L'analyse par territoire conforte ces tendances nationales, tout en mettant en évidence des spécificités locales. Ainsi, en Seine-Saint-Denis, les médecins généralistes libéraux sont non seulement moins représentés dans le dispositif que dans les autres territoires, mais ils tendent en outre à orienter moins d'enfants vers le dispositif, avec 1,5 enfant inclus en moyenne. Les pédiatres libéraux, en plus d'être mieux représentés tendent en outre à orienter de manière plus importante, avec 3,7 enfants inclus en moyenne. La tendance s'observe également pour les médecins de PMI qui ont orienté 11% des enfants, pour une moyenne de 2,6 enfants par professionnel.

A La Réunion, ce sont les médecins de PMI qui se sont avérés les plus grands prescripteurs, avec une moyenne de 2,7 enfants par personne.

Figure 71 – Répartition des inclusions en fonction du type de prescripteur (Nord-Pas de Calais)

	Nord-Pas de Calais		Seine-Saint-Denis		La Réunion	
	Part des enfants inclus	Nombre moyen d'enfants inclus	Part des enfants inclus	Nombre moyen d'enfants inclus	Part des enfants inclus	Nombre moyen d'enfants inclus
Médecin généraliste libéral	92,4%	1,8	34,6%	1,5	83,8%	1,7
Médecin pédiatre libéral	4,0%	2,2	16,9%	3,7	7,1%	1,9
Médecin de PMI	2,4%	1,8	11,3%	2,6	9,0%	2,7
Médecin de centre de santé	0,3%	1,5	33,5%	2,3	-	-
Autre	0,9%	2,8	3,8%	1,8	-	-
TOTAL	100%	1,8	100%	2,1	100%	1,8

Source : Planète Publique, à partir des données du SGE

6.3 Localisation des prescripteurs

Dans plus de 90% des cas (N=890), les enfants inclus par un même professionnel se sont rendus dans la même structure, pour 5% des professionnels (N=54) les patients se sont rendus dans 2 structures différentes. Ceci tend à indiquer que les prises en charge se font essentiellement en proximité⁴⁹. Ces données sont encore plus marquées pour les enfants inclus à La Réunion (95%) qui ne dispose que de 4 structures de prise en charge.

Les cartes de localisation des prescripteurs effectifs mettent en évidence une représentation très proche de la localisation des enfants.

Des prescripteurs localisés majoritairement à proximité des structures

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

⁴⁹ Le lien entre la localisation du prescripteur, de la structure de prise en charge et de la commune de résidence de l'enfant ne peut être retracé, ce qui ne permet donc pas d'être totalement affirmatif sur ce point.

Près de 80% des prescripteurs habitent dans une commune située à 10 kilomètres ou moins des structures de prise en charge. 56 prescripteurs, soit 6% du total des prescripteurs, ont par ailleurs indiqué une adresse identique à celle d'une structure de prise en charge (distance de 0km).

Figure 72 – Répartition des enfants en fonction de leur éloignement géographique à la structure de prise en charge la plus proche de leur ville de résidence

Distance en km	Nombre de prescripteurs	En %
10 km ou moins	753	79%
20 km ou moins	161	17%
30 km ou moins	23	2%
40 km ou moins	9	1%
50 km ou moins	2	0%
Total général	948	100%

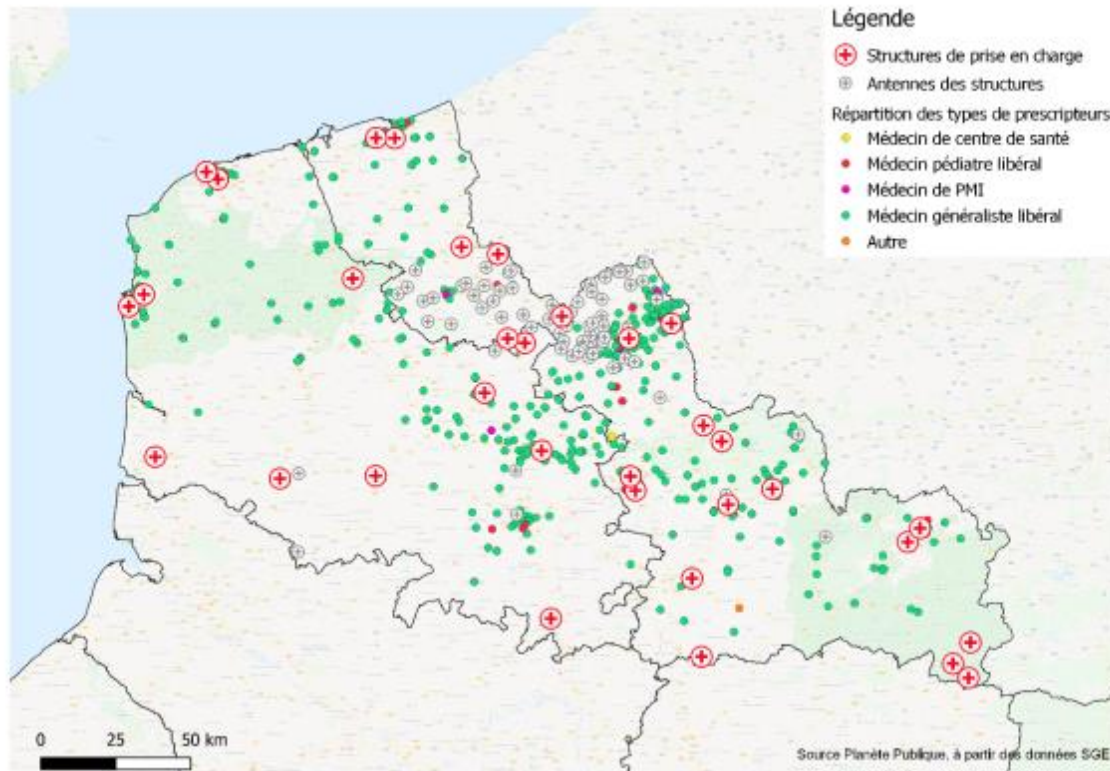
Source : Planète Publique, à partir des données du SGE.

Des médecins généralistes libéraux concentrés dans la moitié Nord du Nord-Pas de Calais

La première carte de localisation des prescripteurs au Nord-Pas de Calais montre que ce sont très majoritairement les médecins généralistes libéraux qui orientent les enfants vers des structures de prise en charge : ils représentent en effet plus de 93% des prescripteurs. Les 7% restants sont des médecins pédiatres libéraux (3%), des médecins de PMI (3%), et environ 1% sont des médecins de centre de santé ou d'autres spécialités.

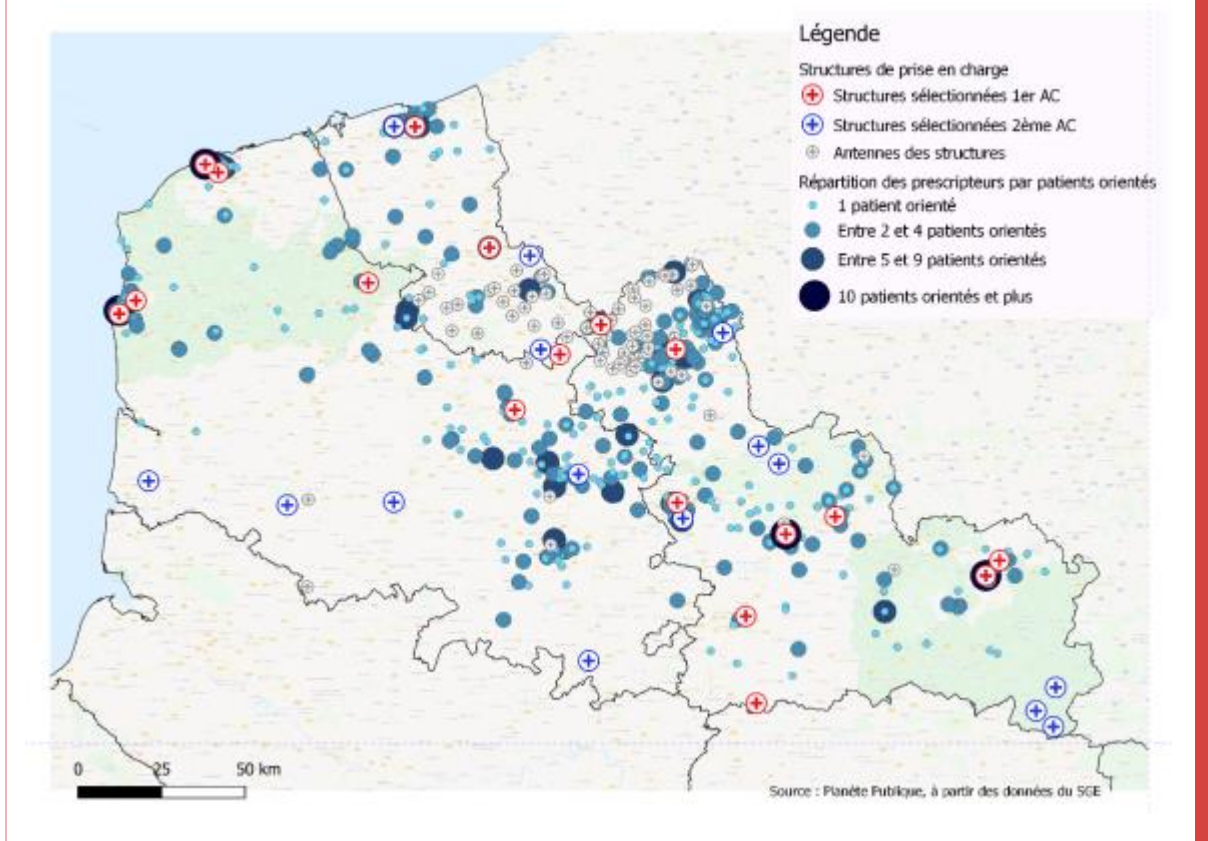
Par ailleurs, la localisation des prescripteurs apparaît comparable à la localisation des enfants : ils sont essentiellement situés dans les zones denses (Flandres intérieure, Douaisis, Lensois). Comme pour les enfants, le sud du Pas de Calais apparaît moins bien couvert par les prescripteurs ayant permis d'inclure des enfants.

Figure 73 – Répartition des prescripteurs ayant inclus à minima 1 patient en fonction de leur spécialité et mode d'exercice, en Nord Pas-de-Calais



La carte croisant la localisation des prescripteurs et le nombre d'enfants inclus conforte que la grande majorité des prescripteurs (62%) n'ont orienté qu'un patient. Toutefois, la carte met en évidence que les « grands prescripteurs » sont systématiquement situés à proximité immédiate d'une structure de prise en charge : Calais, Outreau, Denain et Hautmont notamment.

Figure 74 - Répartition des prescripteurs selon le nombre de patients orientés, en Nord Pas-de-Calais

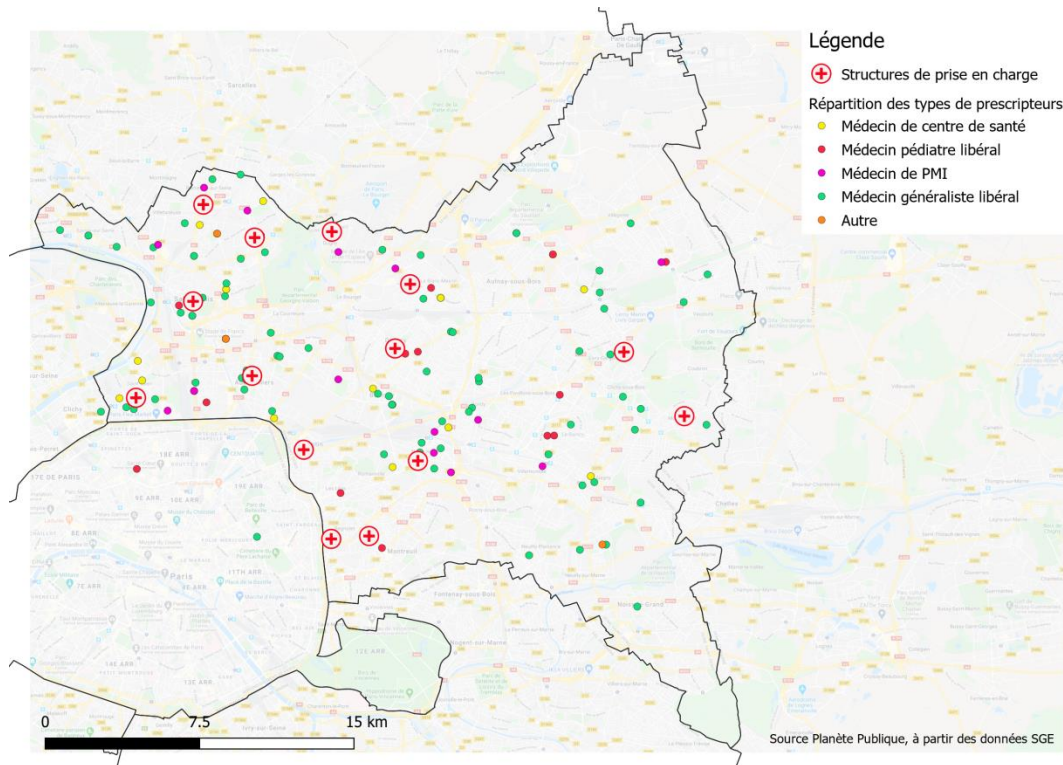


Une dispersion relativement importante des prescripteurs en Seine-Saint-Denis

La carte de localisation des prescripteurs par spécialité met en évidence la plus grande diversité de spécialités impliquées dans l'expérimentation. Elle met également en évidence que les centres de santé municipaux ont pu mobiliser des médecins au-delà de leur propre structure, y compris pour les médecins de centres de santé⁵⁰. Par ailleurs, comme pour les enfants, le territoire apparaît plutôt bien couvert, à l'exception de la zone située au Nord du Parc départemental du Sausset et de Villepinte (autour de Tremblay-en-France). La pointe Sud du département (la zone située en dessous de Neuilly-sur-Marne et du parc départemental de la Haute-Ile) présente également un nombre de prescripteurs quasi nul.

⁵⁰ A noter que les médecins intervenant en centre de santé peuvent parfois répartir leur activité dans plusieurs lieux. Ceci ne peut pas être retracé par les données du SGE.

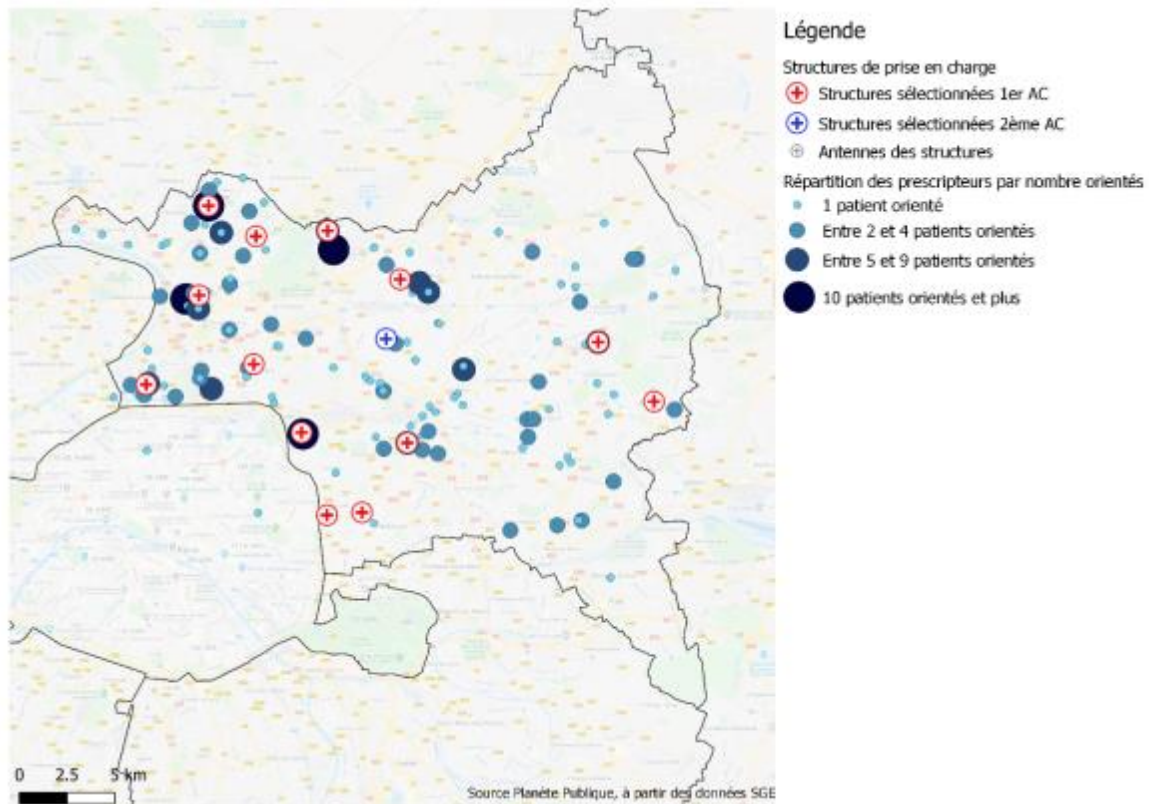
Figure 64 – Répartition des prescripteurs ayant inclus à minima 1 patient en fonction de leur spécialité et mode d'exercice, en Seine-Saint-Denis



Comme dans le Nord-Pas-de-Calais, les « grands prescripteurs » sont plus souvent concentrés à proximité immédiate des structures. La carte suivante met par ailleurs en évidence que le territoire dispose de plus de prescripteurs ayant permis d'inclure plusieurs enfants : 62% n'ont orienté qu'un patient et 30% en ont orienté entre 2 et 4. 6% des prescripteurs ont orienté entre 5 et 9 enfants et seulement 2% en ont orienté plus de 10 dans les structures de prise en charge.

En Seine-Saint-Denis également, les plus gros prescripteurs (plus de 10 patients orientés) sont situés à grande proximité d'une structure de prise en charge, comme les prescripteurs près de Dugny, Pierrefitte, Saint-Denis et Pantin.

Figure 75 - Répartition des prescripteurs selon le nombre de patients orientés, Seine-Saint-Denis

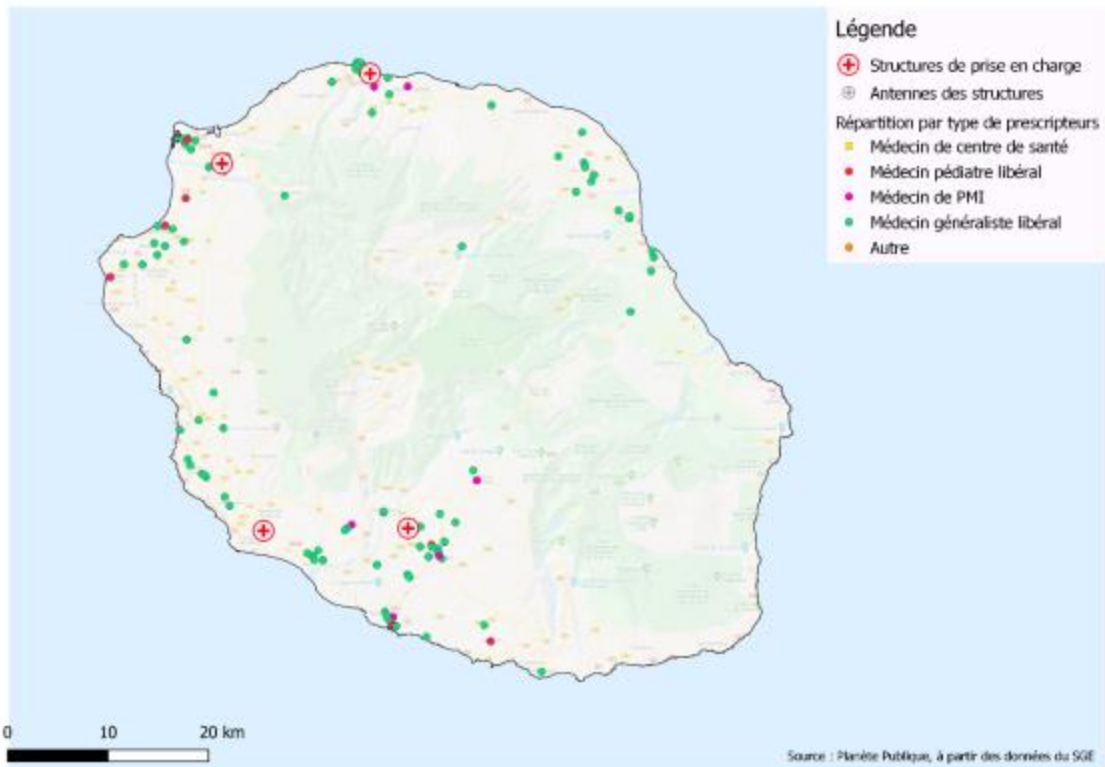


Une absence de prescripteurs dans l'Est de La Réunion

A La Réunion, les prescripteurs apparaissent comme les enfants plus concentrés dans les zones denses et notamment la côte ouest de l'île, le nord-est et le sud (à proximité de la structure du Tampon).

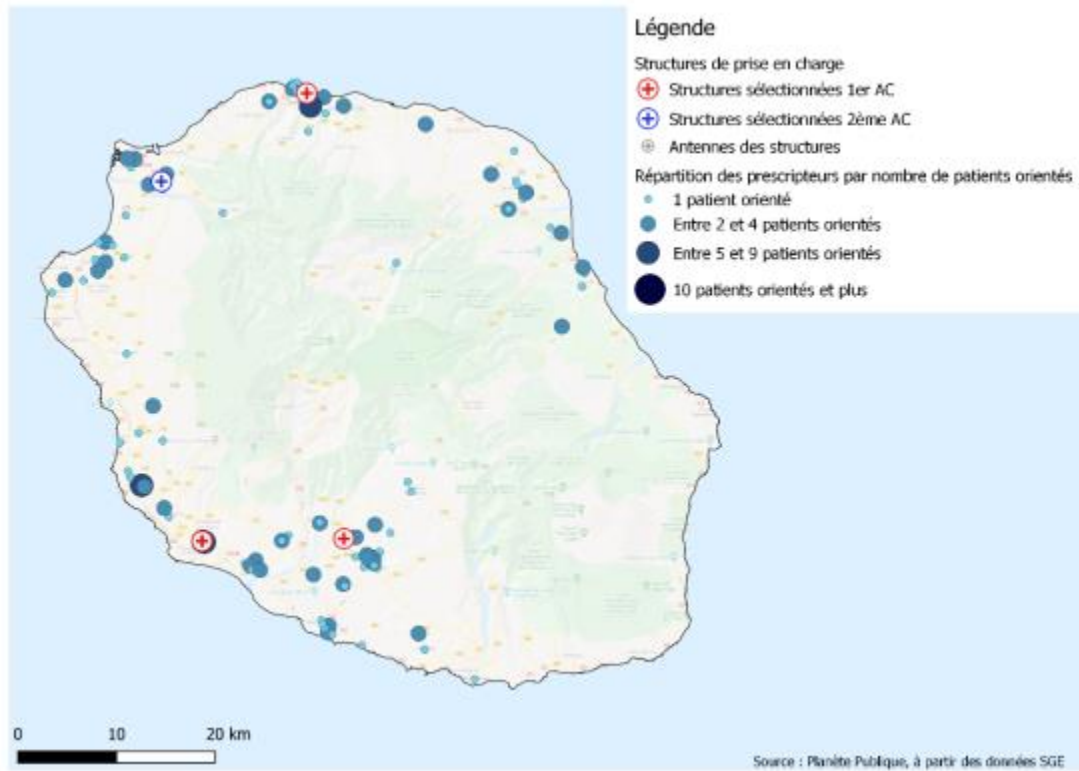
La carte de la localisation des prescripteurs souligne un manque de couverture des territoires de l'Est et du centre (à proximité de Hell-Bourg et Cilaos) par le dispositif. En effet, les prescripteurs y sont presque totalement absents. Les prescripteurs se concentrent davantage dans le Sud et l'Ouest de La Réunion. Si le Nord semble plutôt bien couvert au niveau de Saint-André, Saint-Denis et Le Port, ce n'est pas le cas pour les territoires entre ces zones, où les prescripteurs sont relativement absents.

Figure 76 – Répartition des prescripteurs ayant inclus à minima 1 patient en fonction de leur spécialité et mode d'exercice, à La Réunion



Comme dans les autres territoires, les plus gros prescripteurs apparaissent le plus souvent situés à proximité immédiate de la structure. Une exception peut toutefois être notée pour les prescripteurs situés légèrement au sud de Saint-Leu.

Figure 77 - Répartition des prescripteurs selon le nombre de patients orientés, La Réunion



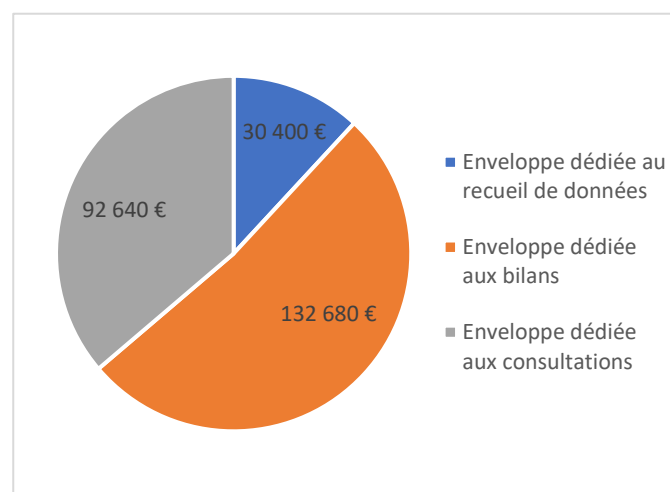
7. Coûts de la prise en charge

Vision d'ensemble des coûts de la prise en charge

L'analyse des prestations réalisées par enfant inclus permet la mesure du montant de la prise en charge selon le forfait établi (un bilan réalisé = 40€ ; une consultation de suivi réalisé = 20€).

L'ensemble des prestations réalisées entre le début de l'expérimentation et le 23 mars 2020 correspondent à un montant total de prise en charge de **225 320 €** (132 680 € pour la réalisation des bilans + 92 640 € pour la réalisation des consultations de suivi). A ce montant s'ajoute un total de **30 400€** correspondant au forfait pour le recueil des données évaluatives, versé aux structures d'un montant de 200€ tous les 10 enfants inclus. A noter que d'autres coûts ne sont pas identifiés dans le SGE et donc non inclus ici, comme les coûts liés au pilotage de la démarche, à la communication, à la création de supports...

Figure 78 – Structure des coûts de la prise en charge



Source : Planète Publique, à partir des données du SGE

Ainsi, au total et à date de l'extraction, la prise en charge des prestations réalisées auprès des 1701 enfants inclus et de la coordination de l'expérimentation correspond à un coût total de **255 720€** pour la Cnam, soit **en moyenne 150,30€ par enfant inclus**.

Variabilité des coûts selon le type de structure

Les montants de prise en charge versés aux structures varient par définition selon le nombre d'enfants inclus et du nombre de prestations réalisées par ces derniers. Ainsi, si les réseaux de santé, au nombre de 7 dans l'expérimentation, devront en moyenne toucher un financement de près de 16 000€, cela doit être mis en lien avec le fait qu'ils ont inclus beaucoup plus d'enfants que les autres types de structures. Ramené au bénéficiaire, le coût moyen est légèrement plus faible que la moyenne 141€.

Figure 79 – Financements et coûts selon le type de structure

	Nombre de structures	Nombre d'enfants inclus	Montant total du financement	Financement moyen reçu	Coût moyen par enfant
Association (autre que réseau)	3	154	28 460,00 €	9 486,67 €	184,81 €
Centre municipal de santé	12	326	45 080,00 €	4 098,18 €	138,28 €
Etablissement de santé	3	62	12 900,00 €	4 300,00 €	208,06 €
Maison de santé pluridisciplinaire ou pluriprofessionnelle	16	367	57 620,00 €	3 601,25 €	157,00 €
Réseau de santé	7	792	111 660,00 €	15 951,43 €	140,98 €
Total général	41	1701	255 720,00 €	6 393,00 €	150,34 €

Source : Planète Publique, à partir des données du SGE

Cette analyse par type de structure se retrouve logiquement dans les analyses réalisées à l'échelle des territoires, chacun d'entre eux présentant des caractéristiques fortes du point de vue du nombre de structure et de leur type. L'analyse qualitative devra permettre d'identifier si et en quoi des facteurs liés au type de la structure peuvent jouer dans la prise en charge réalisée ou si d'autres facteurs doivent être pris en compte.

Figure 80 – Financements et coûts moyens par territoire

	Nombre de structures	Nombre d'enfants inclus	Montant total du financement	Financement moyen reçu	Coût moyen par enfant
Territoire 1 - Nord et Pas de Calais	23	1 166	182 040 €	7 914,78 €	156,12 €
Territoire 2 - Seine-Saint-Denis	14	348	49 640 €	3 818,46 €	142,64 €
Territoire 3 - La Réunion	4	187	24 040 €	6 010,00 €	128,56 €
Total général	41	1701	255 720,00 €	6 393,00 €	150,34 €

Source : Planète Publique, à partir des données du SGE

Si l'on considère les structures dans leur ensemble, elles ne démontrent pas de grande dispersion dans les financements correspondant à la prise en charge. Ainsi trois-quarts des structures ont réalisé une prise en charge inférieure à 10 000€ à ce stade (en cumulant l'ensemble des enfants inclus). Deux structures présentent des situations très atypiques, dont une structure ayant réalisé des prises en charge pour un coût total de 40 000€ environ (elles ont également inclus un grand nombre d'enfants).

La différence de coût moyen ramené au bénéficiaire selon le type de structure est logiquement lié à des parcours différents selon le type de structure.

Ainsi, les enfants pris en charge dans les associations et les établissements de santé ont bénéficié en moyenne respectivement de 6 ou 7 prestations, tandis que ceux pris en charge dans les centres de santé et les réseaux de santé en ont bénéficié en moyenne de 4. Ceci explique la variation du coût moyen par enfant selon le type de structure : les enfants ayant en moyenne bénéficié d'un parcours plus important dans les associations et dans les établissements de santé représentent logiquement un coût moyen plus élevé que ceux pris en charge dans les centres municipaux de santé ou dans les réseaux de santé qui ont bénéficié d'un parcours moins complet.

Figure 81 – Parcours proposés selon le type de structure

	Nombre de structures	Nombre total de patients inclus	Nombre total des prestations réalisées	Nombre moyen de prestations réalisées par enfant inclus
Association (autre que réseau)	3	154	923	6
Centre municipal de santé	12	326	1377	4
Etablissement de santé	3	62	433	7
Maison de santé pluridisciplinaire ou pluriprofessionnelle	16	367	1859	5
Réseau de santé	7	792	3354	4
Total général	41	1701	7946	5

Source : Planète Publique, à partir des données du SGE

Le budget de prise en charge par structure couvre en majorité les prestations de bilan (60%). 30% du budget est en moyenne consacré aux consultations de suivi et 10% à l'évaluation. Logiquement, les associations et les établissements de santé qui proposent en moyenne des parcours plus importants consacrent une part supérieure du budget aux consultations de suivi.

Enfin, le financement de la saisie des données d'évaluation étant aligné sur le nombre d'enfants inclus (200€ par tranche de 10 enfants), la part de l'évaluation dans le coût total est logiquement plus élevée pour les structures ayant inclus plus d'enfants (réseaux de santé avec 113 enfants inclus par structure en moyenne).

Figure 82 – Parcours proposés selon le type de structure

	Part des bilans dans la PEC totale	Part des CS dans la PEC totale	Part de coordination dans la PEC totale
Association (autre que réseau)	51%	39%	11%
Centre municipal de santé	60%	31%	9%
Etablissement de santé	51%	44%	5%
Maison de santé pluridisciplinaire ou pluriprofessionnelle	62%	28%	11%
Réseau de santé	56%	30%	14%
Total général	59%	31%	10%

Source : Planète Publique, à partir des données du SGE

8. Evolutions à l'issue du parcours

8.1 Description de l'échantillon

Données prises en compte : statut des enfants

Les enfants considérés pour l'analyse avant / après sont ceux pour lesquels un questionnaire de fin de parcours est disponible, quel que soit le statut dans l'expérimentation. Ceci permet d'inclure des enfants pour lesquels le suivi est terminé, qu'il s'agisse d'un suivi initial ou d'un renouvellement (dans ce cas, c'est le dernier questionnaire qui est pris en compte), mais également des enfants pour lesquels le suivi est toujours en cours (des enfants en renouvellement pour lesquels le premier questionnaire de fin de suivi est pris en compte, mais la prise en charge se poursuit). On note par ailleurs qu'un questionnaire de fin de parcours est disponible pour des enfants :

- sortis de l'expérimentation : il peut s'agir d'enfants ayant été réorientés vers une autre prise en charge, cette sortie d'expérimentation se réalisant généralement assez tôt dans le parcours de l'enfant, le nombre d'enfants concernés est limité (9)⁵¹.
- perdus de vue : il peut s'agir d'enfants pour lesquels la prise en charge a été arrêtée d'un commun accord entre la structure et la famille, bien que les prestations prescrites n'aient pas toutes été réalisées. Cela représente 47 enfants pour lesquels des données de fin de prestation sont disponibles⁵².
- suivi en cours : il peut s'agir d'enfant pour lequel une première vague de prestations a donné lieu à un bilan de fin de prise en charge, puis d'un renouvellement, qui n'a pas été indiqué comme tel dans le système de gestion.

Cette considération large des enfants pour l'analyse avant / après permet de disposer d'un échantillon maximal portant à 325 enfants pour lesquels des données sont disponibles. Une analyse ne reposant que sur les questionnaires des enfants ayant terminé le parcours ne permettrait de considérer que 135 questionnaires (fin de suivi + sortis).

⁵¹ Pour ces 9 enfants, 3 font état d'un arrêt à la demande de la famille ou d'un commun accord avec la structure du fait d'une perte de poids et d'une sortie du surpoids, 5 indique que l'enfant ou la famille ne souhaite plus participer (dont 1 enfant pour lequel le parent estime pouvoir continuer sans accompagnement et 1 enfant pour lequel la structure n'a plus de nouvelle) et un enfant sorti pour cause de déménagement.

⁵² Pour ces enfants, le taux de concrétisation des prestations est de 70%, alors qu'il est de 30% en moyenne pour les enfants perdus de vue.

Figure 83 – Statut du parcours des enfants inclus dans l’analyse avant / après

	Nombre d'enfants total	Nombre d'enfants considérés pour l'analyse avant / après	Part des enfants considérés dans le total
Suivi en cours	688	44	13%
Suivi en cours - Renouvelé	133	99	31%
Fin de suivi	231	126	39%
Perdu de vue	447	47	14%
Sorti de l'expérimentation	202	9	3%
Total des enfants considérés dans l'analyse	1701	325	100%

Source : Planète Publique, à partir des données du SGE

A noter enfin, que l’absence de données pour des enfants pourtant considérés comme « en fin de suivi » (126 questionnaires de fin de suivi, pour 231 enfants concernés, soit un taux de disponibilité de 54,5%) peut s’expliquer par une proportion importante de parcours « courts », c’est-à-dire inférieurs à un mois (46 enfants parmi les 231). Si l’on écarte ces enfants, le taux de disponibilité de la donnée s’élève à 74% pour les enfants en fin de suivi.

Au total, les données d’analyse sont donc à considérer avec une grande prudence, considérant :

- le faible nombre d’enfants pour lesquels des données sont disponibles ;
- la part conséquente d’enfants pour lesquels, malgré l’existence d’un questionnaire de fin de suivi, le parcours n’est pas terminé ;
- le profil particulier des enfants considérés au regard du publics inclus dans l’expérimentation.

Description des profils des enfants pris en compte dans l’analyse

La description du profil des enfants pris en compte pour l’analyse n’a pas vocation à redresser l’échantillon, mais à constituer des points de vigilance dans l’analyse, au regard de profils spécifiques qui pourraient expliquer des parcours favorables ou défavorables. De la même manière que certains profils d’enfants sont plus ou moins fréquents parmi les perdus de vue, certains profils d’enfants sont plus ou moins fréquents parmi les enfants pour lesquels un questionnaire de fin de suivi est disponible. La généralisation des résultats de l’expérimentation doit donc être réalisée avec la plus grande prudence. Par ailleurs, les outils de collecte qualitatifs permettront de compléter ces analyses à travers des facteurs explicatifs sur les tendances observées et d’identifier de nouvelles hypothèses de traitements statistiques à opérer dans l’analyse des données.

Figure 84 – Vision d’ensemble des caractéristiques des enfants inclus dans l’analyse

Registre	Enfants inclus dans l’analyse	Ensemble des enfants
Profils démographiques	▪ Même répartition filles garçons	
	▪ Légèrement plus âgés	▪ Légèrement plus jeunes
Profils socio-économiques	▪ Mêmes situations familiales ▪ Mêmes CSP	
	▪ Même situation vis-à-vis de la couverture par une complémentaire santé	
Corpulence	▪ Moins souvent bénéficiaires de la CMUc-ACS : 23%*	▪ Plus souvent bénéficiaires de la CMUc-ACS : 30%*
	▪ Même corpulence à l’inclusion ▪ Même z-score moyen et médian	
Parcours	▪ Parcours plus long et plus complet	▪ Parcours moins long et moins complet

Source : Planète Publique, à partir des données du SGE

Les items marqués d’une * sont significatifs d’un point de vue statistique

Données démographiques des enfants considérés dans l’analyse

Les enfants considérés dans l’analyse avant / après présente un **profil similaire à l’ensemble des enfants** inclus dans l’expérimentation, du point de vue du sexe. En effet, les garçons représentent une part comparable à leur part dans l’expérimentation dans les données avant / après (38,4%, vs 40%).

Les enfants considérés sont en revanche **très légèrement plus âgés** que la moyenne des enfants inclus (6,8 ans versus 6,4 ans).

Par ailleurs, les **enfants inclus en Nord-Pas de Calais** sont nettement plus représentés parmi les enfants pour lesquels des données avant / après sont disponibles. Ainsi, les enfants inclus en Nord-Pas de Calais représentent 70% des enfants inclus dans l’expérimentation mais 80% des enfants pour lesquels une analyse avant / après est réalisable (N=261). Les enfants inclus en Seine-Saint-Denis et à La Réunion sont d’ailleurs assez peu nombreux dans l’échantillon pour lequel une analyse avant / après est réalisable, respectivement 49 et 15 enfants⁵³. Cela peut s’expliquer par le fait que la part des perdus de vue est nettement plus importante en Seine-Saint-Denis d’une part que la proportion de sortis d’expérimentation et de parcours courts en nettement plus forte à La Réunion (réorientation vers des prises en charge de 2^{ème} et 3^{ème} recours).

⁵³ Le taux de perdus de vue et de sorties d’expérimentation est également plus important respectivement en Seine-Saint-Denis et à La Réunion

Figure 85 – Statut du parcours des enfants inclus dans l’analyse avant / après

	Nombre d’enfants « fin de suivi » ou « suivi renouvelé »	Nb de questionnaires disponibles « après disponibles » parmi les enfants ayant terminé le parcours	Soit un taux de disponibilité des questionnaires
Nord-Pas de Calais	266	179	67 %
Seine-Saint-Denis	59	34	58%
La Réunion	39	12	31%

Source : Planète Publique, à partir des données du SGE

Du point de vue de la **situation familiale**, le profil des enfants inclus dans l’analyse avant / après est **comparable** à la situation de l’ensemble des enfants : la situation la plus courante est celle dans laquelle l’enfant vit avec les deux parents (72% de l’échantillon vs 69% pour l’ensemble des enfants), suivi de la situation dans laquelle l’enfant vit seul avec la mère (légèrement moins fréquente pour les enfants de l’échantillon : 13% vs 17% pour la population d’ensemble) et de l’alternance entre les deux parents (comparables dans les deux populations).

Enfin, pour ce qui concerne les données socio-économiques, la situation la plus courante pour les enfants du sous-échantillon est, comme pour la population d’ensemble, celle dans laquelle les deux parents sont en emploi (mais légèrement supérieur à la donnée pour la population générale, qui correspond également à une situation plus fréquente en Nord-Pas de Calais : 47% vs 41% pour l’ensemble des enfants). La situation dans laquelle un parent est en emploi et l’autre inactif est également la deuxième situation la plus courante (part comparable 13% et 15% en population d’ensemble), suivi de la situation dans laquelle un parent est en emploi et l’autre en recherche d’emploi (9 et 10%). Comme pour l’ensemble des enfants inclus, les données avant / après portent sur des enfants majoritairement issus de catégories modestes (CSP des parents : ouvrier ou employés dans 24% des cas, contre 20% en population générale).

Du point de vue de la couverture santé, les enfants pour lesquels des données avant / après sont disponibles sont moins souvent bénéficiaires d’une aide à la complémentaire santé (23% = bénéficiaires de l’ACS ou CMUc contre 30% pour l’ensemble des enfants). Pour mémoire, les enfants perdus de vue sont plus souvent que les autres concernés par une aide à la complémentaire santé : ils sont 37% à être bénéficiaires de l’ACS ou de la CMUc. Leur couverture par une complémentaire est en revanche comparable (15% des enfants inclus dans l’analyse n’ont pas de complémentaire, vs 17% pour l’ensemble des enfants).

Description du point de vue de la corpulence à l’entrée

Parmi les enfants inclus dans l’analyse avant / après et pour lesquels les données sont connues, 71% (N=225) étaient en situation d’obésité à l’inclusion (comme pour la population d’ensemble) et 26% en surpoids (24% pour la population d’ensemble). Les profils des enfants sont donc similaires sur ce point, même si on note que les enfants ne présentant pas ni surpoids ni obésité sont légèrement moins nombreux. Du point de vue du z-score de l’IMC, il se situe en moyenne à 3,9 pour les enfants inclus dans l’analyse avant / après, contre 4 pour l’ensemble des enfants, et la médiane à 3,8 contre 3,9 pour l’ensemble des enfants. Pour mémoire, les enfants « perdus de vue » sont dans des situations légèrement défavorables du point de vue de la corpulence.

Description du point de vue des parcours suivi

Enfin, du point de vue des parcours, les enfants inclus dans l’analyse avant / après présentent par définition une situation particulière. De manière tout à fait logique, les professionnels n’ont pas rempli

de questionnaire « fin de suivi » pour les enfants dont le suivi a été très court. Ceci conduit mathématiquement à accroître la durée moyenne des parcours qui s'élève à près d'un an (11,7 mois) pour les enfants pour lesquels des données avant / après sont disponibles (pour mémoire, la moyenne d'ensemble se situent à 5 mois pour l'ensemble des enfants, autour de 7 mois pour les enfants en « fin de suivi » et à 3,4 mois pour les perdus de vue). En moyenne, les enfants pris en compte pour l'analyse avant / après ont bénéficié de 10 prestations (bilan et consultations réalisés), contre 5 pour l'ensemble des enfants. Ils ont réalisé la majorité des prestations prescrites, avec un taux de « réalisation » de 86%.

Enfin, on notera que les enfants concernés par l'analyse avant / après ont majoritairement intégré l'expérimentation en 2018 (76%) et en particulier le tout démarrage de l'expérimentation (3 premiers trimestres de 2018).

8.2 Analyse de l'évolution de la corpulence des enfants

La moyenne du Z-score de l'IMC pour les 325 enfants concernés était de 3,98 ($\pm 1,31$ SD) à l'inclusion et de 3,75 ($\pm 1,30$ SD) à la fin de leur suivi. L'analyse des variations entre le début et la fin de la prise en charge met en évidence une diminution moyenne significative du Z-score de l'IMC absolu et relatif⁵⁴ :

- L'évolution moyenne du z-score de l'IMC absolu est de - 0,22 ($\pm 0,74$ kg/m²)⁵⁵
- L'évolution moyenne du z-score de l'IMC relatif est de - 4% ($\pm 24\%$)⁵⁶

Sur les 325 enfants concernés, le z-score de l'IMC a par ailleurs diminué pour 56% des enfants et a augmenté pour 31% d'entre eux. Pour 24 enfants (7%), l'évolution du z-score est nulle ce qui traduit une stabilisation de leur situation.

Figure 86 – Vision synthétique de l'évolution du z-score de l'IMC des enfants entre le début et la fin de la PEC

	Nombre d'enfants	En %
Aggravation	101	31%
Amélioration	182	56%
Stabilisation	24	7%
NR	18	6%
Total général	325	100%

Précision : amélioration si Δ Z-score absolu < 0, stabilisation si Δ Z-score relatif = 0 ; aggravation si Δ Z-score absolu > 0

Source : Planète Publique, à partir des données du SGE

Cette évolution globale à la baisse du z-score moyen conduit à modifier la répartition des enfants en fonction de leur corpulence : la part des enfants en situation d'obésité est moins importante à la fin de la prise en charge (passage de 69% à 62% du total), tandis que la part d'enfants en surpoids augmente (passage de 26% à 29% du total). La part représentée par les enfants qui ne sont ni en situation de surpoids ni en situation d'obésité augmente également (de 3% à 7% du total).

⁵⁴ Δ Z score IMC absolu = Z score IMC en fin de PEC – Z score IMC à l'inclusion

Δ Z score IMC relatif = Z score IMC absolu / Z score IMC à l'inclusion

⁵⁵ Résultats du test : t = -5.1908, dl = 306, p-value = 3.823e-07

⁵⁶ Résultats du test : t = -2.6927, dl = 306, p-value = 0.007479

Figure 87 – Evolution de la situation des enfants entre le début et la fin de la PEC

Situation	Nombre d'enfants concernés à l'inclusion	En %	Nombre d'enfants concernés en fin de PEC	En %
Ni surpoids, ni obésité	10	3%	22	7%
Surpoids	83	26%	95	29%
Obésité	225	69%	202	62%
NR	7	2%	6	2%
Total général	325	100%	325	100%

Source : Planète Publique, à partir des données du SGE

Evolution du z-score RELATIF de l'IMC : résultat de la régression linéaire multivariée⁵⁷

L'évolution favorable ou défavorable du z-score de l'IMC relatif apparaît corrélée à plusieurs variables : situation vis-à-vis du surpoids à l'inclusion, durée de son parcours, situation de ses parents vis-à-vis de l'emploi et territoire.

Sur la base de ces premières conclusions, l'analyse des coefficients du modèle de régression linéaire testé permet de décrire l'importance et le sens de la relation entre l'évolution du z-score relatif et ces variables explicatives. Il ressort de cette analyse les premiers enseignements suivants⁵⁸ :

- **[Situation vis-à-vis du surpoids à l'inclusion]** Toutes choses égales par ailleurs, les enfants en situation d'obésité ou de surpoids à l'inclusion ont une évolution qui s'améliore plus que les enfants qui étaient à l'inclusion ni en situation de surpoids ni d'obésité. Les enfants en situation d'obésité à l'inclusion ont également une évolution qui s'améliore plus que les enfants qui étaient en situation de surpoids à l'inclusion. Toutes choses égales par ailleurs, l'évolution moyenne du z-score relatif des enfants en situation d'obésité à l'inclusion est de -13% ($\pm 6\%$), celle des enfants en situation de surpoids à l'inclusion est de -3% ($\pm 7\%$) et celle de ceux qui n'étaient ni en situation de surpoids ni en situation d'obésité à l'inclusion est de +34% ($\pm 14\%$). Ces résultats sont cohérents avec le fait qu'il est plus aisé pour les enfants ayant un z-score élevé à l'inclusion d'avoir une évolution significative à la baisse contrairement à un enfant qui aurait une situation plus favorable à l'inclusion et qui ne pourrait pas connaître de telles évolutions.
- **[Situation de ses parents vis-à-vis de l'emploi]** : Toutes choses égales par ailleurs, les enfants dont les parents sont en recherche d'emploi ont une évolution qui se détériore davantage que les enfants dont les parents sont en emploi. Toutes choses égales par ailleurs, l'évolution moyenne du z-score relatif des enfants dont les parents ont un emploi est de + 6% ($\pm 6\%$) tandis que celle des enfants dont les parents sont en recherche d'emploi est de +19% ($\pm 9\%$).

⁵⁷ Voir la méthodologie détaillée en annexe

⁵⁸ Les données d'évolutions indiquées dans le paragraphe correspondent aux moyennes ajustées issues du modèle de régression multivarié. Il s'agit donc de données prédictives, établies à partir du modèle théorique, ce qui explique qu'elles peuvent s'éloigner assez fortement des évolutions constatées dans les données réelles de l'évolution de la situation des enfants

- **[Durée de son parcours]** : Toutes choses égales par ailleurs, l'allongement de la durée du parcours est associé à une dégradation du z-score relatif : plus le parcours est long, plus la situation de l'enfant se dégrade (évolution du z-score relatif de +0,5% par mois dans le parcours).
- **[Territoire]** Toute chose égale par ailleurs, la situation des enfants pris en charge à La Réunion s'améliore davantage que ceux pris en charge dans le Nord-Pas de Calais et en Seine-Saint-Denis. Toutes choses égales par ailleurs, l'évolution moyenne du z-score relatif des enfants pris en charge à La Réunion est de -7% ($\pm 13\%$) tandis que celles des enfants pris en charge en Nord-Pas de Calais et en Seine-Saint-Denis est respectivement de +11% ($\pm 6\%$) et de +14% ($\pm 8\%$).

Au-delà de ces données prédictives, issues du modèle de régressions multivariées, la statistique descriptive de l'évolution du z-score de l'IMC par territoire confirme cette évolution plus favorable pour les enfants pris en charge à La Réunion.

Figure 88 – Relation entre le type de territoire et l'évolution moyenne du Z-score relatif

Territoire	Δ moyenne du Z-score relatif
Nord Pas-de-Calais	- 3,5% du Z-score initial
Seine Saint Denis	-2% du Z-score initial
La Réunion	- 13,8% du Z-score initial

Source : Planète Publique, à partir des données du SGE

Evolution du z-score ABSOLU de l'IMC : résultat de la régression linéaire multivariée⁵⁹

L'évolution favorable ou défavorable du z-score de l'IMC absolu apparait corrélée à plusieurs variables : âge de l'enfant, situation vis-à-vis du surpoids à l'inclusion, territoire, durée de son parcours et nombre de consultations de suivi diététiques réalisées.

Sur la base de ces premières conclusions, l'analyse des coefficients du modèle de régression linéaire testé permet de décrire l'importance et le sens de la relation entre l'évolution du z-score absolu et ces variables explicatives. Il ressort de cette analyse les premiers enseignements suivants⁶⁰ :

- **[Age de l'enfant]** Toutes choses égales par ailleurs, plus l'enfant est âgé à l'inclusion, plus sa situation vis-à-vis du surpoids s'améliore (évolution du z-score absolu de - 0,10 kg/m² par année) ;
- **[Situation vis-à-vis du surpoids à l'inclusion]** Toutes choses égales par ailleurs, les enfants en situation d'obésité ou de surpoids à l'inclusion ont une évolution qui s'améliore plus que les enfants qui étaient à l'inclusion ni en situation de surpoids ou d'obésité. Les enfants en situation d'obésité à l'inclusion ont également une évolution qui s'améliore plus que les enfants qui étaient à l'inclusion en situation de surpoids. Toutes choses égales par ailleurs, l'évolution moyenne du z-score absolu des enfants en situation d'obésité à l'inclusion est de -1,05 kg/m² ($\pm 0,53$ kg/m²), celle des enfants en situation de surpoids à l'inclusion est de -0,56 kg/m² ($\pm 0,56$ kg/m²), et celle

⁵⁹ Voir la méthodologie détaillée en annexe

⁶⁰ Concernant les évolutions, voir note de bas de page précédente.

de ceux qui n'étaient ni en situation de surpoids ni en situation d'obésité à l'inclusion est de +0,03 kg/m² (\pm 0,70 kg/m²). Comme décrit ci-avant, ces résultats sont cohérents avec le fait qu'il est plus aisé pour les enfants ayant un z-score élevé à l'inclusion d'avoir une évolution significative à la baisse contrairement à un enfant qui aurait une situation plus favorable à l'inclusion et qui ne pourrait pas connaître de telles évolutions.

- **[Territoire]** Toute chose égale par ailleurs, la situation des enfants pris en charge à La Réunion s'améliore davantage que ceux pris en charge dans le Nord-Pas de Calais et en Seine-Saint-Denis. Toutes choses égales par ailleurs, l'évolution moyenne du z-score absolu des enfants pris en charge à La Réunion est de -1,18 kg/m² (\pm 0,9 kg/m²) tandis que celles des enfants pris en charge en Nord-Pas de Calais et en Seine-Saint-Denis est respectivement de - 0,3 kg/m² (\pm 0,49 kg/m²) et de - 0,09 kg/m² (\pm 0,55 kg/m²). Cette relation s'explique probablement par l'effet d'une autre variable que le modèle ne permet pas d'identifier avec les données disponibles. Une hypothèse à explorer pourrait être que les différents types de structures impliquées dans chaque territoire explique ces différences de résultat. L'analyse de ce modèle ne permet pas de l'établir à ce stade considérant la forte corrélation entre les types de territoire et les types de structure.
- **[Nombre de consultations de suivi diététique réalisées et durée du parcours]** Toute chose égale par ailleurs, plus le nombre de consultations de suivi diététique réalisées par les enfants est élevé plus leur situation vis-à-vis du surpoids s'améliore (évolution du z-score absolu de 0,07 kg/m² par CSD réalisée). En revanche, une durée de parcours plus longue est associée à une dégradation du z-score absolu : plus le parcours est long, plus la situation de l'enfant se dégrade (évolution du z-score absolu de 0,04 kg/m² par mois dans le parcours). L'analyse statistique des données tend à indiquer qu'à nombre de consultations égales, un parcours rapide serait associé en moyenne à de meilleurs résultats qu'un parcours plus long. Ceci constitue une hypothèse particulièrement importante à investiguer dans le cadre des analyses qualitatives pour identifier si ce résultat pourrait être mis en lien avec une certaine démotivation des enfants dans la durée, ou à une efficacité plus grande des consultations lorsque le suivi est rapproché dans le temps ou plus généralement si ceci est lié à des parcours spécifiques. Ces résultats pourraient également indiquer que les effets de la prise en charge sur la corpulence ne sont pas durables sur le long terme. Ces différentes hypothèses devront être investiguées dans le cadre des échanges avec les professionnels de santé pour mieux comprendre les données.

Figure 89 – Relation entre le type de territoire et l'évolution moyenne du Z-score absolu

Territoire	Δ moyenne du Z-score absolu
Nord Pas-de-Calais	- 0,22 kg/m ²
Seine Saint Denis	-0,16 kg/m ²
La Réunion	-0,38 kg/m ²

Source : Planète Publique, à partir des données du SGE

Figure 90 – Relation entre l'âge des enfants et l'évolution du Z-score absolu

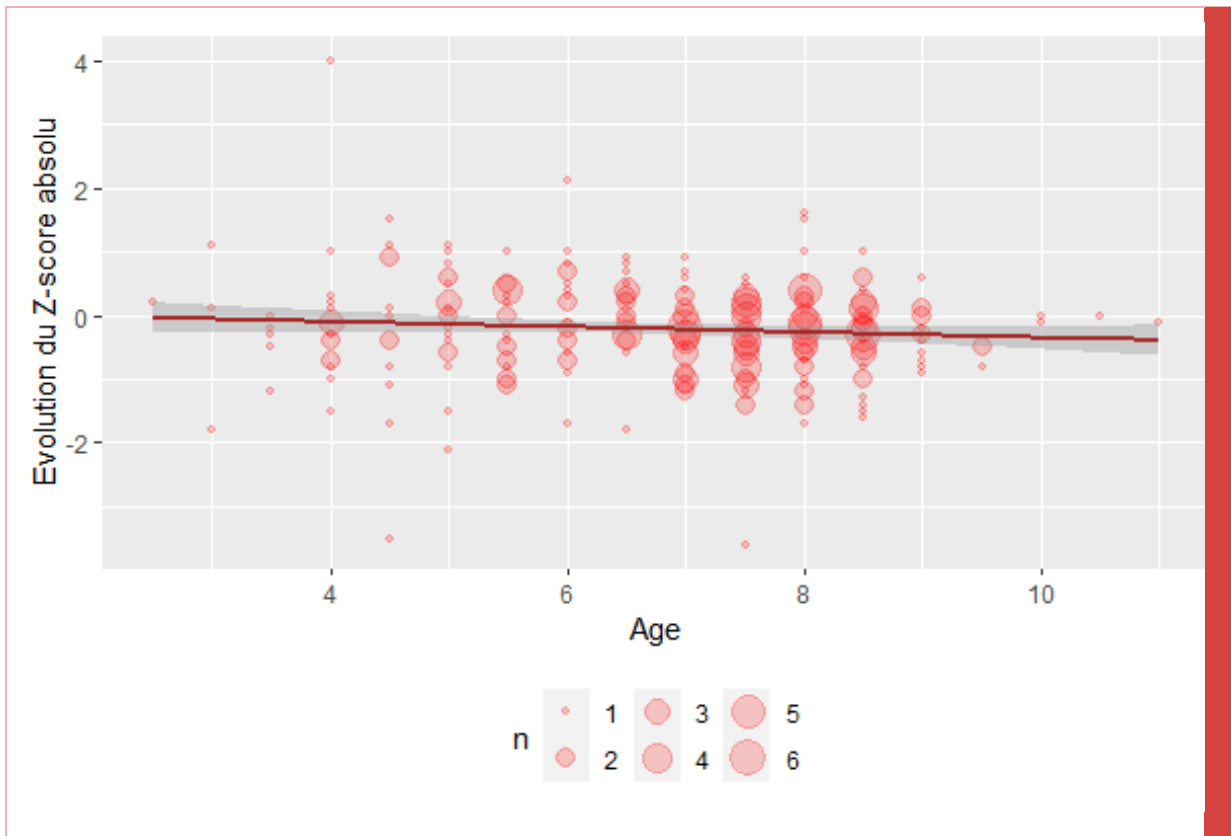
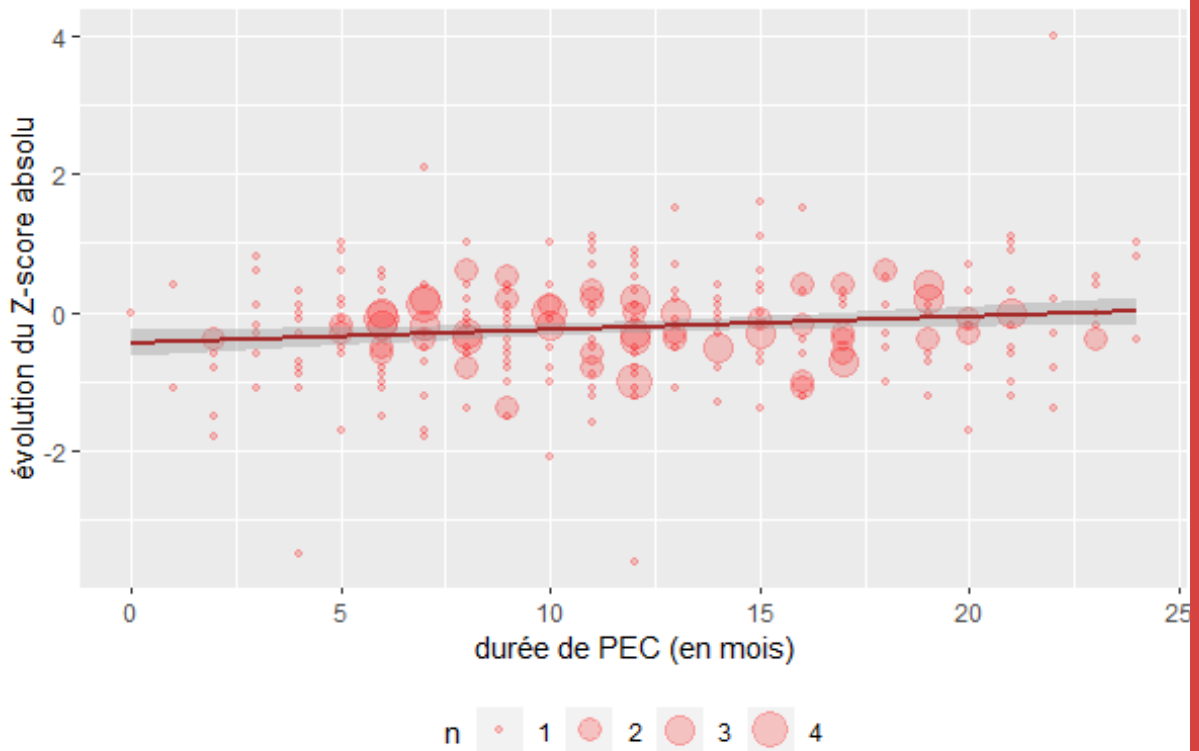


Figure 91 – Relation entre la durée du parcours et l'évolution du Z-score absolu



Source : Planète Publique, à partir des données du SGE

Figure 92 – Relation entre le nombre de CSD réalisées et l'évolution du Z-score absolu



Source : Planète Publique, à partir des données du SGE

8.3 Analyse de l'évolution des habitudes alimentaires des enfants

Pour apprécier les évolutions des habitudes alimentaires des enfants de manière globale, l'analyse se fonde sur une amélioration de leur comportement par rapport à leur situation initiale. A titre d'exemple, un enfant qui indiquait à l'inclusion avoir « souvent » l'habitude de manger entre les quatre principaux repas et qui indique en fin de PEC avoir « rarement » l'habitude de manger entre les quatre principaux repas est considéré comme un enfant ayant amélioré ses habitudes alimentaires entre le début et la fin de la PEC.

Selon cette approche, entre le début et la fin de leur PEC :

- 17 % des enfants prennent *plus souvent* un petit déjeuner avant d'aller à l'école
- 53 % des enfants mangent *moins* entre les quatre principaux repas
- 45 % des enfants prennent *moins souvent* des boissons sucrées pendant les 2 repas principaux
- 45 % des enfants mangent *plus souvent* des fruits et des légumes quotidiennement

Au total, 83% des enfants ayant terminé leur suivi ont amélioré à minima une des 4 habitudes alimentaires suivies (prise régulière de petit déjeuner, moins de prise de nourriture en dehors des principaux repas, moins de boissons sucrées pendant les repas, plus de fruits et légumes).

Les différentes analyses statistiques mettent en évidence une corrélation entre l'amélioration des habitudes alimentaires et : les habitudes initiales liées à la prise de nourriture en dehors des repas et à la consommation de fruits et légumes, le nombre de consultations de suivi diététique suivies et le fait d'avoir ou non à minima un parent en situation de surpoids ou d'obésité.

Sur la base de ces premières conclusions, l'analyse des odds-ratio du modèle de régression logistique testé permet de décrire les probabilités de l'événement (amélioration des habitudes alimentaires par rapport aux habitudes initiales) considérant les variables explicatives. Il ressort de cette analyse les premiers enseignements suivants :

- **[Habitudes alimentaires initiales]** Assez logiquement, plus les habitudes alimentaires initiales étaient défavorables plus l'enfant multiplie ses chances d'améliorer ses habitudes alimentaires. Les enfants qui consommaient des fruits et légumes moins de 2 fois par jour multiplient ainsi davantage leurs chances d'améliorer leurs habitudes alimentaires comparativement à ceux qui en consommaient 3 fois ou plus (c'est-à-dire quasiment à tous les repas). Selon la même logique, les enfants qui mangeaient plus fréquemment que les autres entre les principaux repas en début de PEC multiplient davantage leurs chances d'améliorer leurs habitudes alimentaires comparativement aux autres. On notera que le modèle ne permet pas d'identifier de corrélation entre l'amélioration générale des habitudes alimentaires et la consommation de boissons sucrées pendant les repas, alors même qu'il s'agit d'une des évolutions des habitudes alimentaires qui a concerné le plus d'enfants.
- **[Nombre de consultation de suivi diététiques réalisées]** Plus le nombre de consultations de suivi diététique réalisées par l'enfant est élevé, plus celui-ci multiplie ses chances d'améliorer ses habitudes alimentaires. Chaque consultation augmente de 25% (x1,27) les chances d'améliorer ses habitudes alimentaires.
- **[Situation des parents face vis-à-vis du surpoids]** Avoir un parent au moins en situation de surpoids ou d'obésité double (x2,2) les chances de l'enfant d'améliorer son comportement alimentaire.

Figure 93 – Part des enfants ayant amélioré leurs habitudes alimentaires en fonction de leur habitude initiale de manger en dehors des principaux repas

Fréquence initiale (prise de nourriture en dehors des repas)	Nombre d'enfants concernés à l'inclusion	Nombre d'enfants qui ont amélioré leurs habitudes alimentaires	% des enfants qui ont amélioré au moins 1 habitude alimentaire
Jamais	55	36	65%
Parfois	61	59	97%
Rarement	65	53	82%
Souvent	76	63	83%
Tous les jours	68	60	88%

Figure 94 – Part des enfants ayant amélioré leurs habitudes alimentaires en fonction de leur consommation initiale de fruits et de légumes

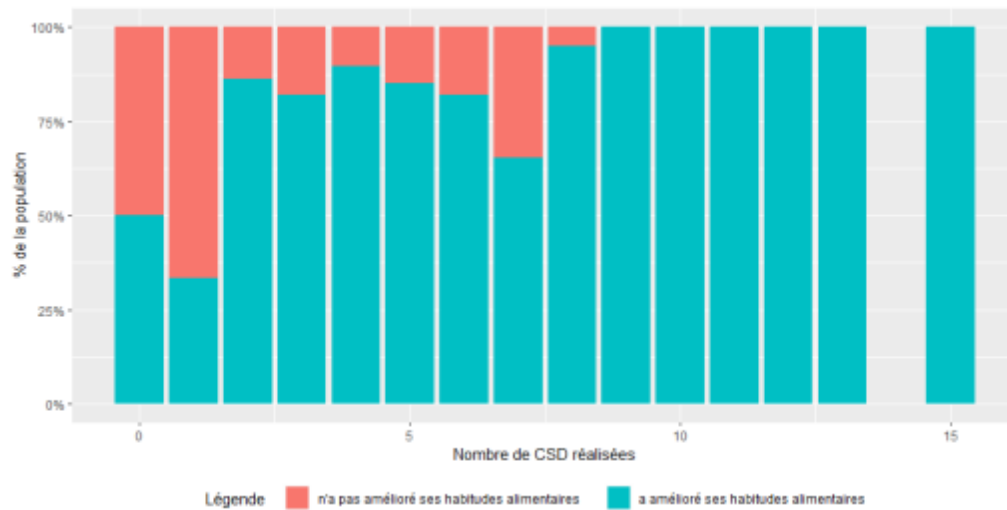
Fréquence journalière initial de consommation de fruits et légumes	Nombre d'enfants concernés à l'inclusion	Nombre d'enfants qui ont amélioré leurs habitudes alimentaires	% des enfants qui ont amélioré au moins 1 habitude alimentaire
<1 fois	61	55	90%
1 à 2 fois	178	154	87%
3 à 4 fois	71	52	73%
plus de 4 fois	15	10	67%

Figure 95 – Relation entre la situation des parents vis-à-vis du surpoids et l'amélioration des habitudes alimentaires

Situation des parents vis-à-vis du surpoids	Nombre d'enfants concernés à l'inclusion	Nombre d'enfants qui ont amélioré leurs habitudes alimentaires	% des enfants qui ont amélioré au moins 1 habitude alimentaire
N'a pas de parent en situation de surpoids ou d'obésité	83	61	73%
A 1 ou 2 parent(s) en situation de surpoids ou d'obésité	242	210	87%

Source : Planète Publique, à partir des données du SGE

Figure 96 – Relation entre le nombre de CSD réalisées et l'amélioration d'au moins une habitude alimentaire



Source : Planète Publique, à partir des données du SGE

8.4 Analyse de l'évolution du temps hebdomadaire consacré à de l'activité physique par les enfants

L'évolution de la pratique d'activité physique apparaît également favorable au regard de la différence entre le questionnaire initial et le questionnaire final. Ainsi, en moyenne, à l'inclusion, les enfants concernés pratiquaient 5,3h ($\pm 3,4$ h) d'activité physique par semaine. A la fin du suivi, la moyenne s'élève à 5,6h ($\pm 3,1$ h)⁶¹. L'évolution moyenne du temps de sport est de +18 minutes ($\pm 3,7$ h). 52% des enfants inclus ont augmenté le temps qu'ils consacraient chaque semaine à de l'activité physique entre le début et la fin du suivi⁶².

Figure 97 – Relation entre le sexe de l'enfant et l'évolution moyenne du temps de sport relatif

Sexe des enfants	Δ moyenne du temps de sport relatif
Fille	Temps initial x 1,3
Garçon	Temps initial x 2,3

⁶¹ Evolution significative. Résultats du test : $t = 3.1235$, $df = 316$, $p\text{-value} = 0.001953$

⁶² Comme pour les évolutions indiquées dans le paragraphe relatif au z-score, nous distinguons ici les évolutions réelles constatées pour les enfants inclus dans l'analyse et les moyennes ajustées permettant de prédire des évolutions potentiels dans le modèle théorique issu de la régression linéaire multivariée.

L'évolution du temps d'activité physique hebdomadaire relatif⁶³ met en évidence une corrélation avec les variables suivantes : le sexe de l'enfant et le temps de sport initial.

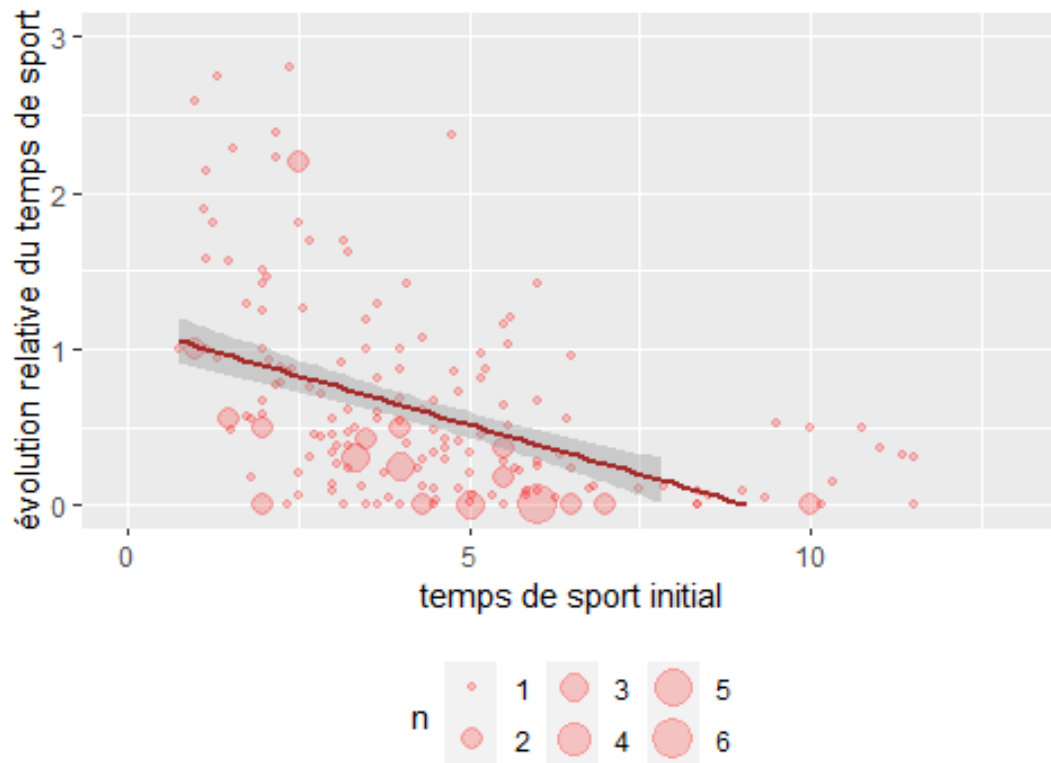
L'analyse des coefficients du modèle de régression linéaire testé permet de décrire l'importance et le sens de la relation entre l'évolution du temps d'activité physique relatif et ces variables explicatives. Il ressort de cette analyse les premiers enseignements suivants :

- **[sexe de l'enfant]** Toutes choses égales par ailleurs, les garçons ont significativement plus augmenté leur temps de sport relatif que les filles. On gardera en tête qu'ils pratiquaient également plus d'activité physique à l'inclusion dans l'expérimentation.
- **[le temps de sport initial]** De manière relativement logique et toutes choses égales par ailleurs, plus le temps de sport initial était important, moins l'évolution relative de ce temps est importante (- 20% par heure initiale).

⁶³ Calculé comme suit :

Δ temps de sport absolu = temps de sport en fin de PEC – temps de sport à l'inclusion
 Δ temps de sport relatif = Δ temps de sport absolu / temps de sport à l'inclusion

Figure 98 – Relation entre le temps de sport initial de l'enfant et l'évolution moyenne du temps de sport relatif



Source : Planète Publique, à partir des données du SGE

8.5 Analyse de l'évolution des habitudes en matière d'exposition aux écrans et de temps de sommeil

En moyenne, les enfants concernés avaient un temps de sommeil moyen de 10h à l'inclusion qui apparaît stable à la fin de leur suivi (l'évolution moyenne est de moins d'une minute). Cette stabilité moyenne masque toutefois une disparité entre les enfants, puisqu'ils se répartissent en trois tiers :

- 36% environ (N=111) n'ont pas modifié le temps de sommeil ;
- 33% (N=103) environ ont augmenté le temps de sommeil (parmi ces enfants, l'augmentation du temps de sommeil est inférieure ou égale à une demi-heure pour 57% des enfants (N=59), comprise entre + 30 minutes et + 1h pour 30% des enfants (N=31) et supérieure à 1h pour 13% des enfants (N=13)) ;
- Le dernier tiers (31%, N= 97) a un temps de sommeil plus court qu'à l'inclusion. Parmi ces derniers, la réduction du temps de sommeil est de 30 minutes ou moins pour deux tiers des enfants (et donc supérieure à 30 minutes pour un tiers des enfants environ).

En moyenne, les enfants concernés passaient 1,6h par jour devant un écran à l'inclusion et 1,4h à la fin de leur suivi. L'évolution moyenne du temps d'exposition aux écrans est d'un peu plus de 10 minutes. 42% (N=133) des enfants inclus ont réduit le temps d'exposition aux écrans entre le début et la fin du suivi (jusqu'à une heure de moins) et 41% des enfants (N=131) n'ont pas modifié le temps d'exposition aux écrans. 17% des enfants ont augmenté leur temps d'exposition aux écrans (N=53), parmi eux 11 enfants, n'étaient pas exposés aux écrans les jours de classe au démarrage de l'expérimentation.

Pour ces deux évolutions, l'analyse des corrélations avec les variables du modèle met en évidence deux résultats pour lesquels la contribution de l'expérimentation n'apparaît pas évidente à ce stade.

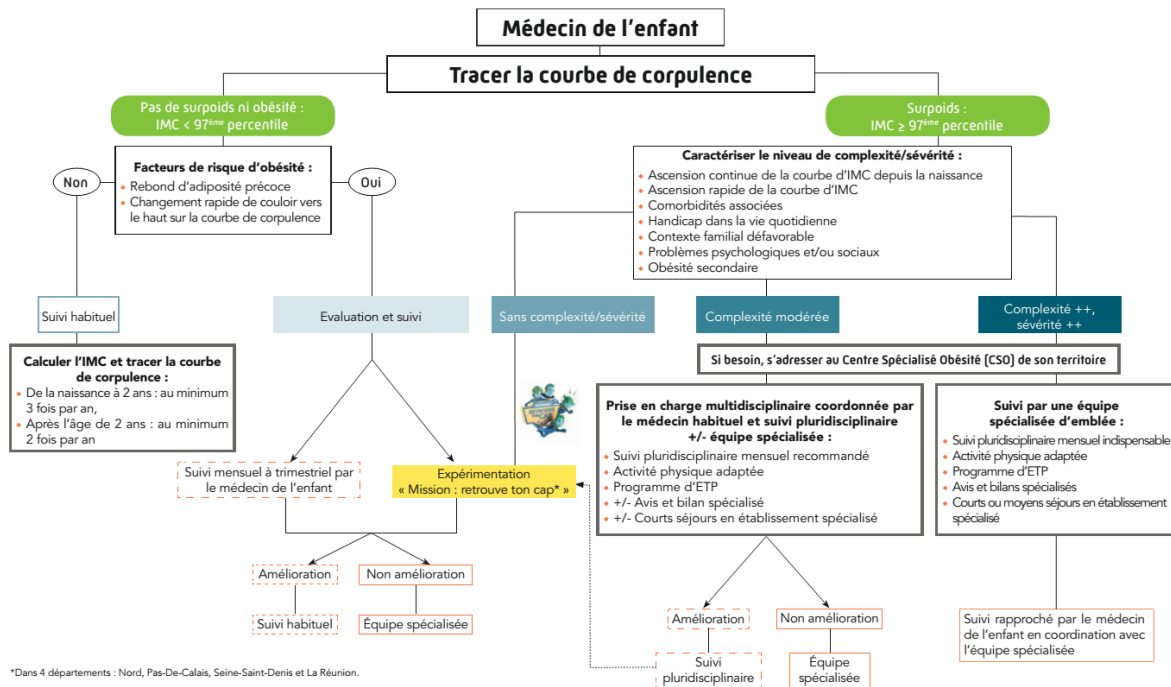
En premier lieu, l'évolution du temps de sommeil est significativement corrélée avec l'âge des enfants. Le modèle met en évidence que le temps de sommeil décroît avec l'avancée en âge des enfants. En second lieu, l'évolution du temps d'écran apparaît significativement liée au sexe de l'enfant. Les garçons tendent plus que les filles à accroître le temps passé devant les écrans les jours de classe.

Dans les deux cas, la contribution de l'expérimentation à la production de ces effets apparaît très incertaine au regard d'hypothèses plus « sociologiques » sur les habitudes de vie des enfants.

9. Annexes

9.1 Logigramme de prise en charge du surpoids et de l'obésité de l'enfant

LOGIGRAMME DE PRISE EN CHARGE DU SURPOIDS ET DE L'OBÉSITÉ DE L'ENFANT



*Dans 4 départements : Nord, Pas-De-Calais, Seine-Saint-Denis et La Réunion.



9.2 Résultats du modèle de régression linéaire testé sur l'évolution absolue du Z-score

Liste des variables prédictives testées dans le modèle multivarié : sexe de l'enfant, âge de l'enfant, situation de l'enfant à l'inclusion, CSP du parent 1, situation du parent 1 face à l'emploi, structuration de la famille, type de couverture sociale, difficultés scolaires, difficultés relationnelles, perception de la situation des parents vis-à-vis du surpoids, territoire, type de prescripteur, statut de l'enfant dans l'expérimentation, nombre de prestations réalisées, durée du parcours, nombre de consultations de suivi réalisées

Tableau des variables explicatives

effet	Sum Sq	Df	F value	Pr(>F)
(Intercept)	2,08458652	1	4,564479854	0,034355891
l(age - 6)	3,591165968	1	7,863336234	0,005751503
situation	11,91591592	2	13,04574256	6,2911E-06
couverture	1,936858261	2	2,120504577	0,123754501
territoire	3,149027922	2	3,447608044	0,034509574
duree	3,728888475	1	8,164898008	0,004913474
Nb_CSD_realisees	1,758410848	1	3,850274775	0,051692998
Residuals	64,85104442	142		

Tableau des coefficients

effet	var	value	estimate	std.error	statistic	p.value
1	(Intercept)		0,590957	0,276605	2,136464	0,034355891
2	couverture	Autre complémentaire santé				
3	couverture	Bénéficiaire de l'ACS	-1,288	0,683634	-1,88405	0,061602667
4	couverture	CMUc	0,096289	0,133444	0,721568	0,471746335
5	duree		0,041859	0,014649	2,857429	0,004913474
6	l(age - 6)		-0,10834	0,038634	-2,80416	0,005751503
7	Nb_CSD_realisees		-0,06908	0,035204	-1,96221	0,051692998
8	situation	Ni surpoids, ni obésité				
9	situation	Obésité	-1,08874	0,262507	-4,14747	5,75901E-05
10	situation	Surpoids	-0,60468	0,276591	-2,18619	0,030439702
11	territoire	Territoire 1 - Nord et Pas de Calais				
12	territoire	Territoire 2 - Seine-Saint-Denis	0,214601	0,151333	1,418077	0,158359087
13	territoire	Territoire 3 - La Réunion	-0,88123	0,412212	-2,1378	0,034245121

9.3 Résultats du modèle de régression linéaire testé sur l'évolution relative du Z-score

Liste des variables prédictives testées dans le modèle multivarié : sexe de l'enfant, âge de l'enfant, situation de l'enfant à l'inclusion, CSP du parent 1, situation du parent 1 face à l'emploi, structuration de la famille, type de couverture sociale, difficultés scolaires, difficultés relationnelles, perception de la situation des parents vis-à-vis du surpoids, type de prescripteur, statut de l'enfant dans l'expérimentation, nombre de prestations réalisées, durée du parcours, nombre de consultations de suivi diététiques réalisées, territoire

Tableau des variables explicatives

effet	Sum Sq	Df	F value	Pr(>F)
(Intercept)	0,958248	1	20,60352	8,23E-06
situation	2,631163	2	28,28664	5,73E-12
emploi1	0,722316	5	3,106138	0,009489
duree	0,316609	1	6,807486	0,009539
territoire	0,407588	2	4,381826	0,013324
Residuals	13,76665	296		

Tableau des coefficients

effet	var	value	estimate	std.error	statistic	p.value
1	(Intercept)		0,341078	0,075142	4,53911	8,23E-06
2	duree		0,005845	0,00224	2,609116	0,009539
3	emploi1	1,En emploi				
4	emploi1	2,En recherche d'emploi	0,135971	0,042644	3,188537	0,001583
5	emploi1	3,En congé	-0,04828	0,056161	-0,85964	0,390683
6	emploi1	4,Inactif	0,003402	0,039069	0,087068	0,930676
7	emploi1	5,Autre	0,045361	0,109145	0,4156	0,678004
8	emploi1	6,NR	-0,13035	0,074251	-1,75548	0,080212
9	situation	Ni surpoids, ni obésité				
10	situation	Obésité	-0,49382	0,070207	-7,03379	1,4E-11
11	situation	Surpoids	-0,39163	0,072765	-5,38207	1,5E-07
12	territoire	Territoire 1 - Nord et Pas de Calais				
13	territoire	Territoire 2 - Seine-Saint-Denis	0,033053	0,037098	0,890976	0,373665
14	territoire	Territoire 3 - La Réunion	-0,17233	0,062684	-2,74922	0,006341

9.4 Résultats du modèle de régression linéaire testé sur l'évolution relative du temps de sport hebdomadaire

Liste des variables prédictives testées dans le modèle multivarié : sexe de l'enfant, âge de l'enfant, situation à l'inclusion, CSP du parent 1, situation du parent 1 face à l'emploi, structuration de la famille, type de couverture sociale, difficultés scolaires, difficultés relationnelles, perception de la situation des parents vis-à-vis du surpoids, temps de sport hebdomadaire initial, territoire, type de prescripteur, statut de l'enfant dans l'expérimentation, nombre de prestations réalisées, durée du parcours, nombre de consultation de suivi diététiques réalisées

Tableau des variables explicatives

effet	Sum Sq	Df	F value	Pr(>F)
(Intercept)	399,7225	1	29,46655	1,17E-07
sexe	71,43199	1	5,265789	0,022432
csp1	841,8648	7	8,86574	6,21E-10
sport_initial	169,0653	1	12,46307	0,00048
prescripteur	269,4872	4	4,966482	0,000685
Residuals	4110,285	303		

Tableau des coefficients

effet	var	value	estimate	std.error	statistic	p.value
1	(Intercept)		18,36192	3,382621	5,42831	1,17E-07
2	csp1	1,Agriculteurs exploitants				
3	csp1	2,Artisans, commerçants et chefs d'entreprise	-16,8079	2,380502	-7,06065	1,14E-11
4	csp1	3,Cadre et professions intellectuelles supérieures	-16,7154	2,259025	-7,39937	1,36E-12
5	csp1	4,Professions intermédiaires	-16,7143	2,231682	-7,48954	7,61E-13
6	csp1	5,Employés	-16,6623	2,180839	-7,64032	2,87E-13
7	csp1	6,Ouvriers	-16,9253	2,208344	-7,66425	2,45E-13
8	csp1	7,Retraités et personnes sans activité professionnelle	-17,1846	2,2265	-7,71823	1,72E-13
9	csp1	NR	-16,1941	2,197065	-7,37079	1,63E-12
10	prescripteur	Autre				
11	prescripteur	Médecin de centre de santé	-0,48383	2,745144	-0,17625	0,860217
12	prescripteur	Médecin de PMI	6,361922	3,032463	2,097939	0,036739
13	prescripteur	Médecin généraliste libéral	-0,46933	2,633355	-0,17823	0,858665
14	prescripteur	Médecin pédiatre libéral	-0,38841	2,742164	-0,14164	0,887456
15	sexe	Fille				
16	sexe	Garçon	0,985231	0,429345	2,294731	0,022432
17	sport_initial		-0,21648	0,061319	-3,53031	0,00048

9.5 Résultats du modèle de régression logistique testé sur l'amélioration des habitudes alimentaires

Liste des variables prédictives testées dans le modèle multivarié : sexe de l'enfant, âge de l'enfant, situation à l'inclusion, CSP du parent 1, situation du parent 1 face à l'emploi, structuration de la famille, type de couverture sociale, difficultés scolaires, difficultés relationnelles, perception de la situation des parents vis-à-vis du surpoids, habitudes initiales liées au petit déjeuner, habitudes initiales liées au « grignotage » entre les repas, habitudes initiales liées à la consommation de boissons sucrées, habitudes initiales liées à la consommation de fruits et légumes, temps de sport hebdomadaire initial, territoire, type de prescripteur, statut de l'enfant dans l'expérimentation, nombre de prestation réalisées, durée du parcours, nombre de consultations de suivi diététique réalisées, nombre de consultation de suivi diététiques restantes

Tableau des variables explicatives :

Effet	LR	Chisq	Df	Pr(>Chisq)
parents_surpoidsobesite		4,79051972	1	0,028617
grignoter_initial		19,45503633	4	0,00064
fruitsleg_initial		9,447384383	3	0,023898
Duree		1,999661439	1	0,157334
Nb_CSD_realisees		4,922667272	1	0,026507

Tableau des coefficients :

effet	var	value	estimate	std.error	statistic	p.value
1	(Intercept)		1,217582	0,681193	0,289004	0,772578

2	duree		0,942226	0,041611	-1,43017	0,152668
3	fruitsleg_initial	<1 fois				
4	fruitsleg_initial	1 à 2 fois	0,8584	0,503843	-0,30304	0,761859
5	fruitsleg_initial	3 à 4 fois	0,361875	0,530533	-1,91592	0,055376
6	fruitsleg_initial	plus de 4 fois	0,197251	0,778959	-2,08391	0,037168
7	grignoter_initial	Jamais				
		Parfois				
8	grignoter_initial	(2 à 3 jour/sem)	14,14157	0,79031	3,351999	0,000802
9	grignoter_initial	Rarement (1jour/sem ou moins)	1,96561	0,450179	1,501185	0,133308
		Souvent				
10	grignoter_initial	(4 à 6 jour/sem)	2,007915	0,442771	1,574395	0,115396
11	grignoter_initial	Tous les jours	3,571314	0,503603	2,527653	0,011483
12	Nb_CSD_realisees		1,273814	0,111711	2,166431	0,030278
13	parents_surpoidsouobesesTRUE		2,166975	0,349078	2,215353	0,026736



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

www.planetepublique.fr