

Synthèse des enseignements

Seine-Saint-Denis

Mission : retrouve ton cap

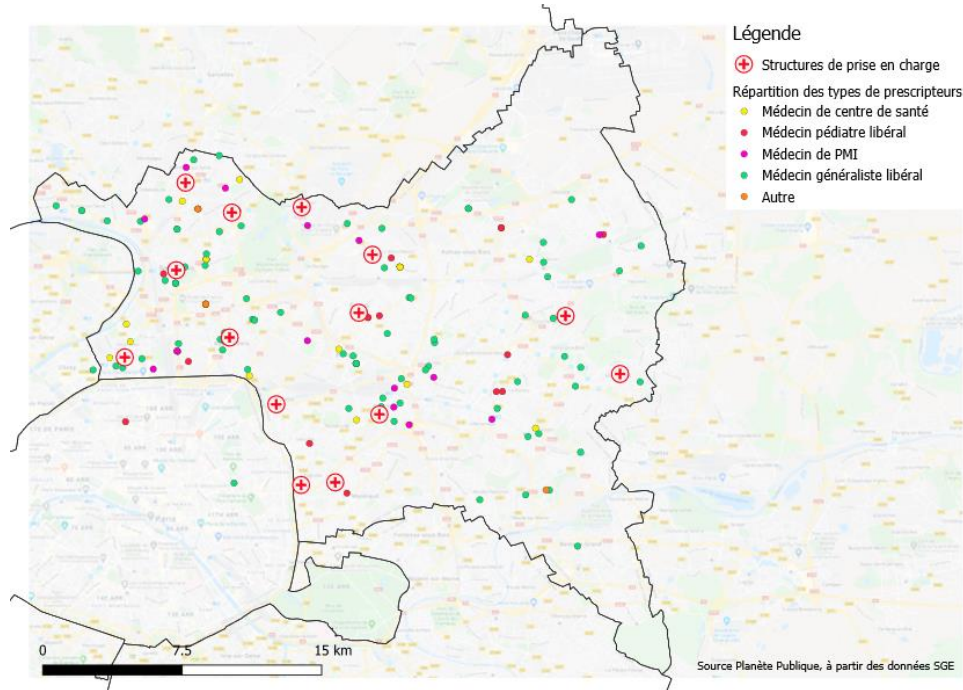


Sommaire

1	ELEMENTS DE CONTEXTE ET SPECIFICITES DU TERRITOIRE	3
2	ELEMENTS DE CONTEXTE DE L'ETUDE DE CAS.....	5
3	ENSEIGNEMENTS RELATIFS A LA PREMIERE QUESTION EVALUATIVE	6
4	ENSEIGNEMENTS RELATIFS A LA DEUXIEME QUESTION EVALUATIVE	12
5	ENSEIGNEMENTS LIES A LA TROISIEME QUESTION EVALUATIVE.....	15
6	ENSEIGNEMENTS LIES A LA QUATRIEME QUESTION EVALUATIVE	18
7	ENSEIGNEMENTS LIES A LA CINQUIEME QUESTION EVALUATIVE	20
	ANNEXE 1.....	21
	ANNEXE 2.....	22

1 Éléments de contexte et spécificités du territoire

Figure 1 – Répartition des structures de prise en charge et des prescripteurs en Seine-Saint-Denis



Source : Planète Publique, à partir des données du SGE

<p>Situation géographique</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Population en 2017 : 1 623 111 habitants¹ • Principales communes : Saint-Denis (111 135 habitants), Montreuil (109 897 habitants) et Aubervilliers (86 375 habitants)²
<p>Situation socio-économique</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La Seine-Saint-Denis est le département le plus défavorisé de la région Ile-de-France avec un revenu moyen inférieur de 30 % au revenu moyen régional³ • 10 % de la population est bénéficiaire de la Couverture Maladie universelle Complémentaire et le département compte environ 100 000 bénéficiaires de l'Aide Médicale d'État⁴ • Le taux de chômage général est au-dessus de la moyenne française

¹ INSEE, RP2017

² Idem note 1

³ Projet régional de santé, ARS Ile-de-France

⁴ Projet régional de santé, ARS Ile-de-France

	<p>(11,7% contre 9,4% (hors Mayotte) en 2017)⁵</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le territoire est marqué par une population jeune (43,3 % de la population est âgée de moins de 30 ans en 2017)⁶ • La part des bénéficiaires de la CMUc est de 14% contre 7,6% au niveau national⁷
<p>Situation sanitaire en lien avec le sujet</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Les indicateurs de santé sont très défavorables à tous les âges de la vie⁸ • L'AP-HP relève ainsi un taux d'obésité de 20% chez les adultes soit le taux d'obésité le plus élevé de France • La PMI indique un taux similaire de 20% chez les enfants de moyenne section de maternelle contre 9% en France • L'offre de soins libérale (médecins généralistes) est la plus faible de la région avec 6,7 praticiens pour 10 000 habitants⁹
<p>Expérimentation « Mission Retrouve Ton Cap »</p>	<ul style="list-style-type: none"> • En Seine-Saint-Denis, 14 structures ont pris en charge 348 patients, soit une moyenne de 25 patients par structure. • L'offre de santé fait état d'une forte présence de centres municipaux de santé (CMS). 12 structures volontaires sont des CMS, les deux autres sont une association et un établissement de santé.

⁵ Idem note 1

⁶ INSEE, RP2017

⁷ 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 et 37% à La Réunion. Des données partielles disponibles pour 2016 indiquent des tendances similaires, bien que légèrement supérieures

⁸ ORS IDF.2018

⁹ ARS Ile de France, 2018

2 Éléments de contexte de l'étude de cas

Cette étude de cas a été réalisée dans le cadre de l'évaluation de l'expérimentation "Mission: retrouve ton cap!". Elle a pour objectif d'alimenter les enseignements de l'évaluation à partir d'observations recueillies en Seine-Saint-Denis, un des trois territoires de l'expérimentation.

Pour réaliser cette étude de cas, **4 structures** assurant la prise en charge de famille dans le cadre de MRTC ont fait l'objet de visite : le centre médico-sportif à Blanc-Mesnil, l'association la Ronde Des Formes à Montfermeil, le centre de santé municipal Fernand Goulène à Noisy-le-Sec et le centre municipal de santé à Saint-Denis.

Elle s'appuie sur les éléments recueillis auprès d'un total de 22 personnes, représentant les différentes parties prenantes de l'expérimentation : .

- 14 professionnels des structures (diététiciens, psychologues, coordonnateurs, partenaires...);
- **6 médecins prescripteurs** (3 médecins généralistes, 2 médecins pédiatres et 1 médecin du sport) exerçant au sein des structures visitées ou en libéral;
- les représentants de la **CPAM et de l'ARS du territoire.**

Le détail des personnes rencontrées est renseigné dans l'annexe 1 du présent document.

3 Enseignements relatifs à la première question évaluative

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

Mobilisation des prescripteurs autour du dispositif

Niveau de notoriété du dispositif auprès des médecins prescripteurs potentiels

- **Entre le début de l'expérimentation en 2018 et janvier 2021, 212 médecins prescripteurs ont orienté au total 424 enfants dans le dispositif MRTC.** Ces médecins représentent 14 % du total des médecins prescripteurs potentiels du territoire recensés (N=1 484).
- Le taux de « pénétration » de l'expérimentation parmi les prescripteurs potentiels se situe à 14%.

Seine-Saint-Denis		
	Nb de prescripteurs potentiels	% des prescripteurs potentiels ayant inclus un enfant
Médecin généraliste libéral	968	10%
Médecin pédiatre libéral	59	41%
Médecin de PMI	105	19%
Médecin de centre de santé	352	16%
Autre	NR	-
TOTAL	1 484	14%

- 47% des médecins prescripteurs sont des médecins généralistes (N=100), 11% (N= 24) sont des médecins pédiatres libéraux et 9% (N=20) exercent en PMI. La mobilisation des médecins de centres de santé est également importante (27% des professionnels ont permis d'inclure un enfant). 5 médecins ont une autre spécialité ou mode d'exercice.
- Les prescripteurs en Seine-Saint-Denis tendent à être de **plus grands prescripteurs que dans les autres territoires** avec une moyenne de 2,1 enfants inclus par prescripteur.
- Les centres de santé municipaux ont pu mobiliser des médecins au-delà de leur propre structure. 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**.
- Cinq prescripteurs rencontrés sur six ont été **informés par les délégués de la CPAM du dispositif MRTC**. Souvent, une rencontre physique leur a été proposée pour leur présenter le cadre du dispositif, la cible, les outils à utiliser (courbe de corpulence, ordonnancier...) et les structures affiliées. Un médecin généraliste cependant, dit ne pas avoir eu

Mobilisation des prescripteurs autour du dispositif

	<p>d'information : « <i>j'étais médecin en libéral avant de venir au CMS et je n'ai ni eu d'information sur ce programme , ni vu de représentants de la CPAM...je ne suis pas le seul, je pense</i> ».</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Globalement, les médecins prescripteurs sont satisfaits du niveau d'information donné : « <i>les explications étaient claires, j'ai bien compris ce qu'on attendait de moi</i> ». Pour autant, un médecin dit quelques fois oublier l'existence du dispositif et indique qu'un rappel par la CPAM par mail, serait bénéfique pour favoriser une nouvelle vigilance des prescripteurs et faciliter l'orientation vers MRTC : « <i>il m'est arrivé d'oublier le dispositif. Quand je reçois un compte-rendu de la structure pour un enfant pris en charge, je me dis ah oui, c'est vrai on a ce dispositif...il faut savoir qu'on est sollicité pour plein de choses, et plusieurs sujets...une piqûre de rappel ne ferait pas de mal de temps en temps...</i> » ▪ Par ailleurs, quelques acteurs de structures regrettent une mise en route du dispositif un peu longue, attribuant cela à une présentation potentiellement tardive aux prescripteurs (impactant de fait les délais d'orientation). A noter que le « taux de couverture » (nombre de prescripteurs réels au regard du nombre de prescripteurs potentiels) est ici de 12% soit très proche des autres territoires expérimentaux (cf. au-dessus).
<p>Niveau d'adhésion des médecins prescripteurs au dispositif</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tous les médecins interrogés adhèrent au principe d'une prise en charge multidisciplinaire adressée à de très jeunes patients. Ils s'accordent sur l'intérêt du dispositif car il répond à des besoins très prégnants sur le territoire. Régulièrement, ils sont confrontés à ces problématiques, sans pouvoir orienter vers des professionnels adaptés, en raison du coût financier que cela peut représenter pour les familles vulnérables financièrement. ▪ Sur le circuit de la prise en charge, ils adhèrent au rôle qui leur a été assigné, pour repérer et orienter les enfants. La prise de relais par d'autres professionnels compétents sur le sujet, est jugée utile et nécessaire. En effet, ils sont conscients de l'intérêt d'une prise en charge spécifique et sur la durée, et jugent que ce n'est pas de leur ressort. De plus, ils disent ne pas avoir suffisamment le temps en consultation pour approfondir avec les familles le sujet de l'alimentation : « <i>Habituellement, j'alerte, je conseille sur les aliments à manger et/ou éviter mais je ne peux pas leur demander comme une diététicienne, comment ils mangent au petit déjeuner, déjeuner ou dîner sur plusieurs jours, ce serait trop long et pas mon rôle</i> ». ▪ En revanche, tous estiment que la cible n'est pas suffisamment adaptée pour répondre aux besoins su territoire. Sur l'âge, les professionnels rencontrent des besoins jusqu'à la préadolescence et ont tendance à penser que le dispositif devrait comprendre <i>a minima</i> toute la période de l'école primaire : « <i>3 ans c'est tôt et utopique, décaler entre 5 et 10 ans, ce serait une bonne cible</i> » ; « <i>pour moi, il faudrait aller jusqu'à 11 ans, au-delà on a moins d'emprise sur les adolescents, ils ont moins tendance à écouter les conseils sur leur alimentation et c'est presque trop tard, il faut agir en amont</i> » . ▪ Les prescripteurs indiquent par ailleurs que le dispositif gagnerait à

Mobilisation des prescripteurs autour du dispositif

	<p>s'ouvrir davantage aux enfants plus âgés et en situation de surpoids, ou d'obésité, car c'est la majorité de leur patientèle et qu'il y a de réels besoins. Les professionnels semblent avoir compris la logique de prévention prônée par le programme. Toutefois, ils ne peuvent se résoudre à ne pas proposer cette offre aux enfants dépassant l'âge et en surpoids : <i>« je vois toutes les semaines des enfants en surpoids, je les envoie où, si ce n'est pas dans ce programme ? »</i>. Certains ont même été alertés par la structure quand l'âge était dépassé ou que l'obésité était déjà importante (une proposition de suivi et de prise en charge est tout de même recherchée pour ces enfants, notamment quand la structure peut proposer des consultations diététiques gratuites).</p> <ul style="list-style-type: none"> Par ailleurs, ils estiment que l'outil proposé pour la courbe de corpulence n'est pas suffisamment adaptée et préfèrent recourir à celle du carnet de santé : <i>« la courbe MRTC est très jolie, mais cela ne peut pas servir à un professionnel, il n'y a pas de ligne, on ne sait pas où mettre les croix de manière précise et montrer l'évolution des enfants...je prends la courbe habituelle »</i>.
<p>Niveau d'appropriation du dispositif par les professionnels : capacité à organiser la prise en charge</p>	<ul style="list-style-type: none"> Le ressenti général des prescripteurs est positif. Ils apprécient le cadre et le déroulement proposés. La communication sur le dispositif a permis de présenter les structures adhérentes. De fait, il n'est pas difficile d'orienter les familles vers les professionnels d'autant plus pour les prescripteurs directement attachés aux structures (CMS de Noisy le Sec, CMS de Blanc-Mesnil). Pour les libéraux, la prise de relais par les CMS est jugée pertinente car ce sont des structures bien ancrées sur le territoire et bien connues par les publics (sentiment de confiance). Les médecins ont pour la plupart compris la logique d'action du programme avec la nécessité d'une prescription pour une orientation vers la structure. Pour autant, quelques-uns ont été rappelés par les structures car ils ne remplissaient pas toujours convenablement l'ordonnance (cases non cochées notamment...). Les médecins n'avaient pas tous compris le contenu du forfait et ce que l'on pouvait prescrire.
<p>Niveau d'appropriation du dispositif par les professionnels : capacité à mobiliser et accompagner les familles</p>	<ul style="list-style-type: none"> Pour les prescripteurs, le repérage et l'orientation des enfants ne posent pas de difficulté majeure, bien qu'ils orientent davantage les enfants en situation d'obésité plutôt que les enfants présentant des facteurs de risques. A noter qu'un médecin estime que le rebond d'adiposité est parfois difficile à détecter surtout chez les tous petits. D'après eux, les prescripteurs n'éprouvent pas de difficultés à présenter et argumenter sur le dispositif auprès des familles. Ils présentent souvent les conséquences sur la santé, à moyen et long terme, pour faire réagir les familles. De plus, ils essaient de rassurer les familles sur l'équipe de prise en charge : <i>« je leur dis souvent tu vas voir, la diététicienne est super, elle va te montrer comment bien manger, trouver de nouvelles recettes, comprendre ce qui ne va pas. »</i>. Globalement, les familles et les enfants adhèrent au dispositif. Ils sont conscients d'une modification de la corpulence, des risques encourus (sanitaires et psychiques) et du besoin immédiat de la prise en charge. La

Mobilisation des prescripteurs autour du dispositif

solution proposée est jugée nécessaire pour les accompagner vers des changements profonds et pérennes.

- En revanche, **pour une partie** des familles et enfants, **la prise de conscience sur le sujet est moins évidente**. Un travail de persuasion et de déconstruction est à faire, sur les représentations liées au poids, la prise en charge en tant que telle, et sur les intervenants (diététicien/psychologue). **Le prescripteur est une première étape et le bilan diététique est souvent l'occasion de renforcer ces éléments**. Pour certaines familles, le **maintien de la dynamique est nécessaire** tout au long du parcours pour éviter un désengagement : *« pour certains, rentrer dans un cadre pendant plusieurs mois, c'est long, ils s'essouffent et disparaissent »*
- Quand la courbe de corpulence ne suffit pas à convaincre les familles de la prise de poids, un médecin du sport (prescripteur) dit **cibler son argumentation sur les effets déjà perceptibles tels que l'essoufflement à la course à pied et autres difficultés** que les enfants peuvent ressentir pendant les activités physiques (et notamment scolaires) et qu'ils n'attribuaient pas au poids : *« pour aborder la question de l'activité physique, je demande ce qu'ils aiment faire dans une cour d'école, est-ce qu'ils se sentent essoufflés quand ils courent par exemple et là ça fait réagir »*.
- Outre la prise en charge, plusieurs difficultés sont relevées :
 - les **parents peuvent être inquiets ou moins enclins à changer leurs habitudes de vie**. C'est notamment le cas dans les familles nombreuses, où il est difficile de faire accepter le rééquilibrage alimentaire ou la diminution des écrans, pour tous, au-delà de l'enfant en surpoids (souvent le plus jeune) : *« certains parents ne veulent pas modifier les habitudes car ils redoutent d'enlever les chips aux plus grands, c'est incroyable ! »* ; *« j'ai des parents qui renvoient la faute aux enfants, alors là je repositionne les choses en disant bien que c'est un effort collectif que l'on demande à toute la famille »* ;
 - pour d'autres situations, le **rapport à l'alimentation est plus complexe**, et peut pallier la vulnérabilité financière. En effet, les aliments énergétiquement plus riches (sucrés et gras) peuvent être un moyen plus accessible de *« faire plaisir »* à son enfant, que d'autres éléments (loisirs, achats, vacances...) ;
 - pour les **parents ayant déjà suivi des régimes alimentaires**, ils **peuvent craindre (à tort) une prise en charge restrictive**, qu'ils ne souhaitent pas pour leurs enfants. D'où l'intérêt de bien les informer et les rassurer sur la démarche comme le font les prescripteurs interrogés : *« je leur dit souvent, ne vous inquiétez pas, votre enfant pourra manger de tout, mais d'une meilleure manière et pour son bien. On ne va pas lui donner que de la salade »*.

Malgré tout, certaines de ces **familles ne se présentent pas à la structure** et constituent des « perdus de vue » non comptabilisés par le dispositif.

Mobilisation des prescripteurs autour du dispositif

Coopération territoriale

- Conformément aux directives du dispositif, les **structures n'ont pas communiqué** en première intention auprès des prescripteurs du territoire : *« Nous n'avons pas l'autorisation de communiquer sur le programme, donc nous ne sommes pas allés voir les médecins »*. En revanche, certaines ont **considéré le programme comme une offre complémentaire et ont souhaité le relier à l'existant**. A Saint Denis, les professionnels se sont appuyés sur le **comité technique de l'ASV pour informer les partenaires sur le programme**. L'équipe de Blanc-Mesnil **s'est adjointe d'une école primaire et de ces actions sociales** (Teach-Mesnil) pour favoriser le repérage et l'orientation des enfants.
- Une fois le programme lancé, toutes les structures ont répondu à toutes les sollicitations (et notamment des prescripteurs), pour expliquer le programme, présenter leurs équipes et renseigner sur leurs modalités de prise en charge.
- Les informations semblent surtout avoir été **d'ordre opérationnel**, permettant la prise en main rapide du programme par le prescripteur. A titre d'illustration, plusieurs questions autour de l'ordonnancier et de ses modalités de remplissage ont été posées. Les réflexions sur la cible, l'utilisation de la courbe de corpulence pour repérer les enfants à risque ont surtout été menées en interne, avec les médecins présents dans les structures et moins avec les autres prescripteurs du territoire.
- Dans la pratique, **les prescriptions varient d'un médecin à un autre**, avec soit l'inscription dès le départ du type de bilan et du nombre de consultations nécessaires, soit juste une indication pour un bilan (diététique/psychologique/activité physique) avec le choix du nombre de consultations laissé aux structures. Les prescripteurs formalisent également le renouvellement de l'ordonnance mais pour eux cela complexifie le déroulement la prise en charge, en rajoutant des étapes supplémentaires: *« les familles doivent revenir pour un coup de tampon, ce n'est pas logique et on risque d'en perdre certains »*.
- **L'entrée dans le dispositif** est également différente selon les situations. Pour la plupart, l'évocation du dispositif **se fait au détour d'un autre motif de consultation**. Le médecin alerte sur le poids de l'enfant alors qu'il venait pour une autre problématique de santé. D'autres préfèrent consacrer une séance à part entière, en proposant un rendez-vous destiné à leur présenter les enjeux de santé liés au poids et la démarche MRTC.
- La **maturité des familles sur le sujet et leurs antécédents** (notamment sur l'existence de surpoids dans la famille ou la tentative antérieure d'une prise en charge diététique pour l'enfant en question) sont également des critères pris en compte pour estimer la motivation des personnes, et identifier la manière la plus adaptée pour faciliter leur compréhension et leur adhésion au dispositif.
- Tout au long de la prise en charge, le médecin prescripteur est **informé de l'évolution du parcours des enfants et des différents actes réalisés** : bilans, nombre de séances... A la marge, il peut être sollicité pour lever des réticences liées au programme ou encore remotiver les familles, quand les professionnels des structures se retrouvent en difficulté.
- **Le lien entre les prescripteurs et les autres professionnels varie**

Mobilisation des prescripteurs autour du dispositif

	<p>selon l'antériorité de leurs relations ou encore de leur présence ou non dans la même structure/équipe. Plus le lien est important, plus le prescripteur est facilement sollicité dans la prise en charge de l'enfant (notamment par téléphone). Dans les autres cas, le prescripteur est destinataire des comptes-rendus des structures, et uniquement sollicité en cas de besoin.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Les prescripteurs apprécient le retour des professionnels, aux moments clés de la prise en charge : bilan de départ, à mi-parcours et à la sortie du dispositif. Pour la plupart, une sur-mobilisation serait contre-productive, tant ils considèrent être « surchargés » dans leur pratique. ▪ Du côté des professionnels de la prise en charge, certains auraient souhaité avoir davantage de retour des prescripteurs sur leurs envois, pour améliorer ou ajuster la prise en charge : <i>« je fais régulièrement un compte-rendu au médecin traitant pour l'informer de l'évolution de l'enfant et du travail effectué avec les familles sur le plan psychologique, ça me prend du temps...et je n'ai pas de retour. Je ne sais pas si ça l'intéresse, si ce que je propose est adapté selon lui à ce qu'il voit en consultation...».</i>
<p>Impact sur les pratiques de prise en charge</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ En termes de repérage précoce du surpoids, le dispositif ne change pas véritablement les pratiques. Les médecins interrogés recourraient déjà au suivi du poids et alertaient au besoin sur les situations à risque : <i>« j'ai toujours utilisé la courbe de poids, et j'ai toujours alerté si besoin. Ce qui change, c'est que j'ai une solution à leur proposer ».</i> ▪ En revanche, le dispositif agit sur l'orientation et l'identification des solutions à proposer. Les prescripteurs identifient davantage l'intérêt du volet psychologique, et de l'accompagnement des familles, pour réussir la prise en charge. Certains disent être plus vigilants aux modifications ou « cassures » de la courbe de corpulence pouvant être liées à des événements de vie plus profonds, et nécessitant un travail psychologique. ▪ Pour les structures, le dispositif a permis de s'ouvrir vers les médecins du territoire. Notamment les centres de santé, travaillant davantage avec leurs propres ressources. En revanche, la coordination établie entre eux n'a pas vraiment modifié les pratiques professionnelles.

4 Enseignements relatifs à la deuxième question évaluative

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

Inclusion de la population cible et notamment des enfants ayant le plus besoin du dispositif	
Niveau d'inclusion	<ul style="list-style-type: none"> ▪ L'association la Ronde des formes prévoyait l'inclusion de 55 enfants/an et a pris en charge 21 enfants en tout depuis 2018, selon les derniers chiffres de novembre 2020 ; à Noisy le sec il était prévu l'inclusion de 30 enfants/an (chiffres accordés par le copil national) et il y en a eu 63 d'inclus à la même période (depuis 2018 et jusqu'à novembre 2020), et à Saint Denis, il était prévu 150 enfants/an et il y en a eu 105 au total depuis 2018 (chiffres novembre 2020). Les données prévisionnelles de la structure de Blanc-Mesnil indiquaient 160 enfants pour les trois années, soit 40 enfants en année 1 et 60 enfants /année, pour les deux autres années. En novembre 2020, le nombre d'inclusions total depuis 2018 était de : 53 enfants. ▪ Globalement, le nombre d'enfants inclus est inférieur aux prévisions de départ. Certains professionnels se disent un peu déçu de ces chiffres. Pour la plupart, ils considèrent qu'il est difficile d'avoir une atteinte complète des objectifs de départ. La manque d'information sur le dispositif ou « l'oubli » de l'existence du dispositif par les prescripteurs, sont des raisons avancées. Pour autant le nombre de prescripteurs sur le territoire est en moyenne de 2,1 enfants inclus/prescripteur, soit supérieur aux autres territoires expérimentaux de MRTC. ▪ Pour d'autres, le choix reste aux familles et le prescripteur ne peut que suggérer l'existence de l'offre ; et certaines familles ne sont pas toujours « prêtes à entamer » la prise en charge.
Capacité d'inclusion des enfants qui en ont le plus besoin	<ul style="list-style-type: none"> ▪ A l'unanimité, les prescripteurs constatent que les enfants pris en charge sont déjà en situation de surpoids, voire d'obésité avérée. Certains dépassent également les 8 ans. Ces situations reflètent particulièrement leur patientèle habituelle et expliquent en partie, la faible proportion de prise en charge précoce du surpoids. Ils mentionnent cependant, quelques difficultés parfois, à faire prendre conscience de la situation, quand le surpoids n'est pas encore suffisamment visible. ▪ Les structures confirment ces constats. A Saint Denis, le centre municipal estime que : « 85% ont un rebond d'adiposité précoce dont la moyenne est vers 2 ans ». Toutefois les structures questionnent la capacité des médecins à détecter les premiers signaux d'alerte d'une situation à risque : « les médecins n'identifient pas toujours le rebond d'adiposité ». ▪ Par ailleurs, les professionnels estiment que la prise en charge bénéficie aux familles vulnérables financièrement et/ou socialement. ▪ Dans les échanges, il a été proposé que d'autres acteurs puissent être davantage impliqués dans ce dispositif comme les puériculteurs des PMI ou la médecine scolaire qui sont au contact de la cible et peuvent identifier des évolutions de corpulence. En effet, bien que la médecine scolaire puisse orienter les enfants vers le dispositif, il a été suggéré de l'impliquer également dans la prescription. Quant à la PMI, les médecins sont identifiés comme des

Inclusion de la population cible et notamment des enfants ayant le plus besoin du dispositif

	<p>professionnels pertinents pour réaliser des prescriptions mais les acteurs identifient un intérêt à ce que cela soit étendu au service de la puériculture afin de gagner en rapidité dans les processus d'orientation et de prise en charge.</p>
<p>Perceptions sur les motifs d'abandon</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ L'analyse des données du SGE fin mars 2020, mettait en évidence un taux de perdus de vue significativement plus important en Seine-Saint-Denis (41% contre 20% à La Réunion, et 23% en Nord-Pas de Calais). Bien que les professionnels n'aient pas toujours connaissance des motifs d'abandon, ils identifient potentiellement : <ul style="list-style-type: none"> ○ des difficultés familiales et/ou sociales importantes que les parents priorisent au détriment du dispositif : <i>« on a des familles dans une précarité importante qui n'arrivent pas à joindre les deux bouts, et pour lesquelles la prise en charge peut parfois passer à la trappe ou être reportée un temps »</i> ; ○ une gestion du quotidien qui interfère sur le suivi au long cours avec des reports de rendez-vous : <i>« on a des mères de familles avec plusieurs enfants, parfois célibataires, qui doivent jongler avec leur travail, la garde des enfants, les courses et qui peuvent parfois se sentir fatiguées, démunies et décident de sortir ou reporter la prise en charge »</i> ; ○ une incapacité à s'inscrire dans des changements profonds d'habitudes de vie : <i>« pas évident de se dire je change les habitudes de familles, surtout quand cela touche à l'alimentation...il y a des réflexes d'achat à enlever, des plats à réduire, des quantités à revoir... »</i>. ▪ Ces situations peuvent davantage être exacerbées pour les parents isolés, les gardes alternées : <i>« on a des enfants qui vivent entre le domicile des parents et celui des grands-parents, ce n'est pas toujours facile de tenir avec eux un rythme régulier de consultations...parfois certains on ne les revoit plus »</i>. ▪ Sans aller jusqu'à l'abandon, des parents ont eu des difficultés à suivre pleinement les préconisations et à engager toute la cellule familiale dans la démarche. Les réticences pouvaient venir de la fratrie ou même d'un parent, souvent les pères, qui n'étaient pas prêts à modifier leurs habitudes : <i>« les pères ne jouent pas toujours le jeu, ils ont du mal à changer leurs habitudes surtout alimentaires, alors ça l'enfant il ne comprend pas »</i>. ▪ La période de confinement a pu renforcer ces difficultés, au même titre qu'elle a pu être bénéfique pour d'autres et favoriser de meilleurs comportements alimentaires et de vie (plus de temps pour cuisiner, meilleure gestion des repas et des quantités ingérés...) : <i>« le confinement a fait beaucoup de mal pour certaines familles alors que pour d'autres cela a permis de mieux se nourrir, de faire attention à soi, et certains enfants ont même perdu du poids »</i>.

Inclusion de la population cible et notamment des enfants ayant le plus besoin du dispositif

Leviers pour favoriser la participation

- Généralement, **les structures adaptent le plus possible la prise en charge au contexte familial et aux difficultés rencontrées.**
- Pour structurer au mieux le parcours et éviter les ruptures, **les professionnels organisent régulièrement des rendez-vous, ils font en sorte de coupler et de faire suivre, les séances diététique et psychologique et ils sont mobilisables en tant que de besoin** par téléphone pour répondre aux questions.
- Les professionnels usent de différents moyens pour favoriser la participation des familles et garder leur motivation tout au long du parcours :
 - **Dans l'approche et la relation avec les parents** : les professionnels sont unanimes sur la nécessité de l'approche non-jugeante pour obtenir l'adhésion des familles et établir « un climat de confiance » ;
 - **Dans la relation et la coordination des consultations** : la possibilité de pouvoir travailler au fil de l'eau sur les dossiers, entre les opérateurs diététiciens et psychologues permet d'ajuster la prise en charge aux besoins qui émergent, aux difficultés identifiées, aux évolutions de parcours. De plus, les professionnels insistent sur la nécessité de relancer les familles entre les rendez-vous pour s'assurer qu'elles continuent la prise en charge et qu'elles ne rencontrent pas de difficultés. Enfin, ils proposent majoritairement le mercredi en priorité en adéquation avec la demande de la plupart des familles ;
 - **Dans leur rapport à la pédagogie et au ludique** : certains professionnels (diététiciens et psychologues) évoquent l'utilisation d'outils simples, colorés et facilement adaptés pour les enfants et familles, pour faciliter leur compréhension des messages et faire en sorte qu'ils adhèrent à la prise en charge proposée.
- Pendant le confinement, ils ont proposé des séances en visioconférence ou points téléphoniques, pour favoriser la continuité de la prise en charge. Ce maintien du contact s'est fait par ailleurs, par l'envoi de recettes, ou encore la mise en place d'un groupe téléphonique WhatsApp (Blanc-Mesnil) permettant également de mettre en lien les familles. Pour certaines structures, cela n'a pas fonctionné : *« la téléconsultation n'a pas toujours marché pendant le confinement, les familles reviennent et j'ai l'impression de reprendre à zéro ».*
- Dans tous les cas, les professionnels visent une prise en charge « dans un climat de confiance ». Les prescripteurs sont sollicités en cas de besoin, sur les situations les plus complexes (mail ou téléphone). Tout ce temps supplémentaire n'est pas comptabilisé par le dispositif au grand regret des structures.

5 Enseignements liés à la troisième question évaluative

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

Utilisation du forfait – adéquation de la prise en charge

<p>Utilisation du forfait</p>	<p><u>Modalités de prescriptions</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ La majeure partie des médecins prescrit le bilan psychologique en plus du bilan diététique afin d'avoir une expertise complémentaire sur chacune des situations. Selon les cas, et notamment la patientèle réticente au dispositif, le volet psychologique peut-être proposé en deuxième intention, après le bilan diététique. ▪ S'agissant du bilan d'activité physique, les prescripteurs rencontrés laissent le choix aux structures de le réaliser ou non (ils ne cochent pas toujours la case dédiée sur l'ordonnance). Au sein des structures, les pratiques sont variables mais tendent majoritairement de réaliser ce bilan. ▪ Généralement, ils prescrivent pour une année, et renouvellent l'ordonnance si besoin, après demande de la structure ou directement en lien avec les familles (au cours d'une consultation). <p><u>Fonction et profils des professionnels</u></p> <p>Globalement, les structures ont respecté le principe d'une prise en charge plurielle, intégrant le volet diététique, psychologique et d'activité physique. Elles ont soit proposé des profils complémentaires, soit choisi des profils de professionnels polyvalents. A. A titre d'exemple, les pratiques sont variables pour la réalisation du bilan d'activité physique. Il est soit réalisé par le médecin du sport (CMS de Blanc-Mesnil, CMS de Noisy-le-Sec) soit par les diététiciennes pour les autres structures. A noter qu'à Saint Denis, le bilan d'activité physique est réalisé par la diététicienne et non par le médecin du sport (comme initialement prévu dans le dossier de candidature). Il est sollicité dans le dispositif comme prescripteur.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>A priori</i>, ces configurations ne semblent pas être impactantes dans le fonctionnement ou les résultats de la prise en charge. Pour autant, des intervenants se questionnent sur la limite de leur expertise et leurs capacités : <i>« le questionnaire proposé pour le bilan d'activité physique est complet...et me permet de cerner le niveau de l'enfant et de proposer des solutions...mais je n'ai certainement pas le même regard qu'un spécialiste du sport »</i>. <i>« J'ai besoin qu'on ait une expertise pour chaque domaine, car on n'a pas la même approche, ni les mêmes capacités ! »</i>. ▪ L'ensemble des professionnels avait déjà une connaissance sur le surpoids voire une pratique avancée auprès des enfants, mais aucun n'a évoqué de formation réalisée dans le cadre du programme. Les professionnels n'émettent pas de besoins particuliers en ce sens. <p><u>Moyens mis en œuvre pour faciliter et inciter le respect de la prescription par la famille</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Par ailleurs, les professionnels apprécient la souplesse du programme qui leur permet d'utiliser leurs propres outils (idées recettes, jeux des équivalences alimentaires et autres supports). De manière générale, les professionnels
-------------------------------	--

Utilisation du forfait – adéquation de la prise en charge

	<p>évoquent une prise en charge au cas par cas, pour faciliter l'adhésion des familles et les faire avancer selon leur niveau d'appropriation de la thématique et de leur situation. Pour certains, la mise en place de petits objectifs à tenir entre deux consultations est utile, pour faire progresser les enfants et les familles, et tenir le lien. Par ailleurs, tous s'accordent sur l'intérêt d'adopter un propos non jugeant et de saluer chaque pas réalisé, pour favoriser une motivation au long cours, d'autant plus pour les enfants : <i>« de mon côté, je félicite tout le monde à chaque séance enfant et parents, pour les remotiver, leur donner envie de poursuivre leurs efforts, car ce n'est pas simple ce qu'on leur demande »</i>. L'approche bienveillante et non-jugeante est partagée par tous les professionnels rencontrés.</p> <p><u>Implication de la famille</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ L'intégration de la famille tout au long de la prise en charge est jugée nécessaire pour concrétiser les changements et soutenir l'enfant dans son parcours : <i>« on le voit très vite dans les consultations...on prend en charge un enfant, mais au final on agit sur toute la famille »</i>. ▪ Certains peuvent ouvrir leurs consultations aux différents membres de la famille, quand il y a des réticences au changement : <i>« quand je vois qu'un enfant a dû mal à changer ses habitudes, je propose aux parents, d'emmener à la prochaine consultation le frère ou la sœur pour que l'information circule dans la famille...on doit faire preuve de pédagogie »</i>. La plupart des familles comprend la démarche et y adhère, selon les professionnels rencontrés.
<p>Niveau de coordination</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Les structures organisent toutes des temps de coordination entre les professionnels en interne. D'une part, on distingue des réunions hebdomadaires ou mensuelles permettant de faire le point sur l'avancement du programme et d'autre part, des points informels permettant la revue des prises en charge et leur ajustement en tant que de besoin (cela est surtout le cas pour les opérateurs diététiciens/psychologues et médecins en interne si besoin). ▪ Ce sont surtout à la suite des bilans, que les professionnels ont tendance à se réunir et partager leurs ressentis sur une situation, pour adapter les prises en charge. Cela a notamment lieu, entre les diététiciens et les psychologues pour la répartition des séances de consultations et l'ajustement des contenus de consultations, en fonction de la progression des enfants et de leurs familles. ▪ Dans les centres de santé, un logiciel commun permet de suivre les patients, et d'alerter les prescripteurs sur l'évolution de la prise en charge et les éventuelles difficultés rencontrées par les professionnels. ▪ Le binôme diététicien – psychologue s'est souvent renforcé dans le cadre du dispositif. Ces professionnels étaient déjà convaincus de la complémentarité de leurs pratiques, mais n'avaient pas toujours l'occasion de mener des prises en charge aussi concertées. Leurs pratiques respectives se sont enrichies avec pour les psychologues, une meilleure connaissance des enjeux sanitaires liés au surpoids, de l'équilibre alimentaire, des signes d'alerte ; et pour les diététiciens une meilleure vigilance aux événements de vie (pouvant impacter le poids), une meilleure approche de la cellule

Utilisation du forfait – adéquation de la prise en charge

	<p>familiale, en étant plus alertes sur les leviers comportementaux.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Au-delà des temps d'échanges, les professionnels utilisent des dossiers partagés permettant de consigner l'ensemble des consultations réalisées, les points d'avancement, les réussites mais également les difficultés ressenties par les familles et/ou professionnels. ▪ Pour la plupart des acteurs interrogés (prescripteurs et structures), ce fonctionnement est adapté et évite une sur-mobilisation des prescripteurs. Pour autant, certains professionnels souhaiteraient avoir plus de retours des prescripteurs, tant pour être alertés en retour sur les enfants pris en charge, que pour être également forcés de proposition sur la prise en charge réalisée par les structures.
<p>Satisfaction des professionnels</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tous les professionnels (structures + prescripteurs) interrogés sont unanimes sur l'intérêt du programme et son caractère pluridisciplinaire. En effet, il permet de répondre à des besoins accrus sur le territoire et offre la possibilité d'une prise en charge complète et gratuite pour les familles. ▪ Le cadre d'ensemble est apprécié pour structurer la prise en charge. Le niveau d'information proposé et la relation avec la CPAM sont très appréciés. ▪ En interne, la coordination mise en place favorise un regard croisé sur les situations et enrichit la prise en charge. En cela, les professionnels sont globalement satisfaits de l'offre proposée et ce qu'elle permet de réaliser (cf. partie effets sur les familles). La prise de recul sur le programme leur permet d'affirmer qu'ils sont satisfaits de la progression de la plupart des enfants et familles. Le programme a globalement bénéficié aux familles qui en ont le plus besoin (notamment au regard de leur situation économique). <p>En revanche, les professionnels s'étaient fixés des objectifs plutôt ambitieux au départ, sur les inclusions et n'ont pas toujours réussi à les tenir. Les structures disent ne pas avoir suffisamment anticipé le risque de perdus de vue. Elles supposent par ailleurs, que des familles n'ont pas fait la démarche de suivre les recommandations des prescripteurs et qu'elles ne se sont jamais présentées aux structures.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Si les professionnels adhèrent aux principes du programme, ils identifient en revanche des points d'amélioration sur le déploiement. Ils estiment par exemple, que la prise en charge n'est pas suffisamment resserrée en première année pour enclencher un travail important, et favoriser une régularité des consultations. La plupart propose ainsi d'inverser les consultations entre la première et la deuxième année (avec un passage de 12 consultations en année 1 et 6 consultations en année 2). ▪ Enfin, il a été proposé d'informer plus largement les acteurs de territoire, étant en contact avec des familles pour favoriser le repérage. Un coach sportif, un enseignant, un travailleur social, sont autant de professionnels qui pourraient être impliqués dans le parcours des enfants. Si ce n'est en amont alors cela pourrait être pendant ou après la prise en charge. Pour les enfants, ces personnes peuvent constituer des référents ou des modèles, dont la parole est parfois « plus écoutée » qu'un soignant.

6 Enseignements liés à la quatrième question évaluative

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

Effets / résultats de la prise en charge

<p>Effets / résultats identifiés pour les familles</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tel qu'il est proposé, le programme permet des résultats relativement satisfaisants pour les professionnels et les familles. La majeure partie s'est bien appropriée le programme et semble adopter des comportements favorables à la santé. Avec du recul, les professionnels identifient des réussites, avec des enfants qui ont perdu/stabilisé leur poids, ou qui ont intégré des modifications de leurs habitudes de vie. D'autres gagnent en bien-être. ▪ L'accompagnement diététique permet généralement d'appréhender les sensations alimentaires, de travailler sur l'alimentation en dehors des repas, de diversifier les repas, de réduire les quantités d'aliments ingérés, etc. Certains ont appris à rééquilibrer leur repas (sur une journée, une semaine et plus). Pour ces situations, le programme a été diffusé au sein de la cellule familiale, ce qui présage des modifications pérennes. ▪ L'accompagnement psychologique varie encore plus d'une situation à l'autre. Parmi les sujets cités, on note le travail sur la gestion des émotions, la relation parents/enfants, l'estime/confiance en soi...mais aussi les violences interfamiliales pouvant entraver ou être à l'origine des déséquilibres de poids. Une psychologue se souvient de l'évolution d'une petite fille, et des résultats identifiés : <i>« je me souviens d'une petite fille qui m'avait fait plein de dessins avec des gribouillis pendant les premières consultations, et puis quand les choses ont commencé à rentrer dans l'ordre, que je voyais qu'elle se sentait mieux dans son corps, elle ne dessinait que des princesses...c'était sa manière de montrer qu'elle allait mieux »</i>. ▪ Par ailleurs, les professionnels rapportent un engouement pour l'activité physique, dans certaines familles avec une motivation retrouvée pour les balades ou les sorties à vélo. Pour autant, cela ne concerne qu'une partie des prises en charge, et tel qu'il est proposé, le programme ne permet pas d'explorer suffisamment cet axe (au-delà d'une présentation des enjeux de l'activité physique et de son suivi). Sur ce volet, les structures ont essayé de faire le lien avec l'existant. A Saint Denis, des places étaient réservées dans les sorties/activités menées par la Ville pour les jeunes du programme. A Blanc-Mesnil, les familles étaient invitées aux balades régulièrement organisées par la Ville et ouvertes à tous. ▪ Sur la thématique des écrans, et du sommeil souvent liées, les retours sont mitigés. Les professionnels identifient certes, une compréhension des messages et une prise de conscience générale sur les enjeux pour la santé, mais ils sont réservés quant à la mise en application des conseils à court et long terme. A Saint Denis, une enquête interne met en évidence qu'à l'inclusion, 54% des enfants déclaraient regarder plus de 2h d'écrans par jour et au bout d'un an, ils déclaraient regarder moins de 2h.
---	---

Effets / résultats de la prise en charge

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Plus généralement et quel que soit le sujet, le programme apporte des connaissances, lutte contre des mauvaises représentations, fait prendre conscience des enjeux pour la santé ou aide à une meilleure estime de soi. Parfois, il semble être une aide pour les parents démunis, et peut leur donner des clés, sur la manière de comprendre et d'aborder le sujet avec leurs enfants (notamment dans le cadre des consultations de psychologie). ▪ En parallèle, les professionnels identifient aussi des cas où le programme ne suffit ni à l'appropriation de nouvelles connaissances, ni à enclencher des comportements bénéfiques à la santé. Les familles sont parfois démotivées ou peu enclines à procéder aux changements : <i>«les résultats sont différents entre les enfants, s'ils sont en surpoids, on a rapidement des résultats, ils retrouvent leur cap s'ils suivent les conseils et reprennent des bonnes habitudes...par contre s'ils sont obèses, on a au mieux une stabilisation, et ça les familles ne comprennent pas toutes...certaines sont déçues à la fin »</i>. ▪ Il s'agit notamment des situations difficiles où les problématiques familiales et sociales sont profondes. Souvent, ces familles ne vont pas au bout de la prise en charge, bien que quelques fois les enfants souhaitent continuer.
<p>Facteurs favorables à la réussite de la prise en charge</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ En premier lieu, les bilans permettent de mieux cerner la situation, les problématiques et les besoins sur le plan alimentaire, psychologique et sur le mode de vie (activité physique, écrans, sommeil). Ce retour est important pour prioriser les travaux à mener, le nombre et le type de consultations. La coordination entre les diététiciens et les psychologues est importante pour adapter au mieux la prise en charge et s'assurer de son suivi par les familles. ▪ La régularité des consultations et un suivi rapproché, favorisent une appropriation des conseils et permettent d'enclencher de nouvelles habitudes de vie. Pour autant un délai d'un mois environ, est jugé nécessaire pour permettre ces changements et avoir du recul sur les points forts et les réussites à chaque consultation de suivi.

7 Enseignements liés à la cinquième question évaluative

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

Coût du dispositif

Coût du dispositif	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Les professionnels notamment psychologues libéraux regrettent un forfait en deçà de leurs honoraires habituels et un manque de prise en compte dans le dispositif, du temps que requièrent la prise de rendez-vous, la relance des familles, la coordination entre les professionnels, ou encore les comptes-rendus aux prescripteurs pour le suivi des patients (cela vaut pour tous les professionnels) : <i>« ce n'est pas chiffrable, le temps que je passe auprès des familles à rappeler, auprès des professionnels à relancer pour les prescriptions...MRTC ne prend pas en compte tout ce travail qui est indispensable pour faire avancer les prises en charge »</i> ▪ Certaines structures se sont appuyées sur leur ressources internes, facilitant le parcours des enfants, mais également un report des charges inhérentes au programme, sur leurs propres missions. En effet, en Seine-Saint-Denis, la plupart des professionnels sont des salariés et ont pu supporter les temps de coordination et les dépassements de consultation, grâce à leur statut de CMS. ▪ En revanche, pour les vacataires comme les psychologues, aucune marge de manœuvre n'était possible, accentuant les difficultés. ▪ La structure de Saint-Denis a volontairement choisi de salarier la psychologue, le temps du dispositif à raison d'une journée par semaine, pour faciliter sa venue et pallier les éventuels rendez-vous non honorés, comme cela peut-être le cas avec des désistements de dernière minute par les familles. ▪ Tous ces ajustements et efforts sont jugés temporaires par les professionnels mais ils pointent que ce système ne peut pas être viable à terme.
--------------------	---

Annexe 1

Éléments généraux sur l'étude de cas	
Structures visitées	<p>1) Centre médico-sportif à Blanc Mesnil 2) Association la Ronde Des Formes à Montfermeil 3) Centre de santé municipal Fernand Goulène à Noisy-le-Sec 4) Centre municipal à Saint Denis</p>
Liste et fonctions des personnes interrogées au sein des structures	<p>CMS de Blanc-Mesnil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - nutritionniste - assistante médicale/coordinatrice - médecin du sport <p>Autres :</p> <ul style="list-style-type: none"> - direction du service des sports de la Ville (3) <p>Association la Ronde Des Formes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - responsable du projet - présidente - diététicienne <p>CMS de Noisy le Sec :</p> <ul style="list-style-type: none"> - diététicienne - médecin du sport <p>CMS de Saint Denis :</p> <ul style="list-style-type: none"> - diététicienne - psychologue (libérale mais salariée pour le programme) - coordinatrice - responsable financière <p>Autre :</p> <ul style="list-style-type: none"> - responsable PMI
Liste et fonctions des prescripteurs interrogés	<ul style="list-style-type: none"> - médecin généraliste (CMS de Blanc-Mesnil) - médecin pédiatre (CMS de Noisy le Sec) - médecin généraliste (CMS de Saint Denis) - médecin du sport (CMS de Sant Denis) - médecin généraliste - médecin pédiatre

Annexe 2

Présentation des structures	
Centre médico-sportif à Blanc Mesnil	<p>Positionnement de la structure vis-à-vis de la thématique :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prévention obésité dans projet de santé : Oui • Obésité dans missions de service public : Non • Consultation diététique enfant préalable : Oui • Consultation psychologique préalable : Oui • Existence répertoire d'adresse APS : Non Renseigné <p>Organisation de la structure :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Statut de la structure : CMS • Mono/multisite(s): Monosite • Nombre de professionnels : NR • Types de professionnels <ul style="list-style-type: none"> - médecin du sport - assistante médicale - éducateurs sportifs (terrestres et aquatiques) dont certains sont des éducateurs spécialisés
Association la Ronde Des Formes à Montfermeil	<p>Positionnement de la structure vis-à-vis de la thématique :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prévention obésité dans projet de santé : Oui • Obésité dans missions de service public : Non • Consultation diététique enfant préalable : Non • Consultation psychologique préalable : Non • Existence répertoire d'adresse APS : Oui <p>Organisation de la structure :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Statut de la structure : Association • Mono/multisite(s) : Monosite • Nombre de professionnels : 5 au CA et 7 intervenants - Types de professionnels : <i>(seuls ceux surlignés participent au programme)</i> <ul style="list-style-type: none"> - Médecin nutritionniste - Diététicienne - Psychologue - Psychothérapeute - Responsable projets - Art thérapeute - Sophrologue
Centre de santé municipal Fernand Goulène à Noisy-le-Sec	<p>Positionnement de la structure vis-à-vis de la thématique :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prévention obésité dans projet de santé : Non • Obésité dans missions de service public : Non • Consultation diététique enfant préalable : Oui • Consultation psychologique préalable : Non • Existence répertoire d'adresse APS : Oui

	<p>Organisation de la structure :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Statut de la structure : CMS • Mono/multisite(s) : Monosite • Nombre de professionnels : 27 <p>- Types de professionnels : <i>(seuls ceux surlignés participent au programme) parmi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - chef de centre - responsable administrative et financière - responsable du pôle secrétariat - cadre infirmière - responsable de l'unité de prévention et de santé publique - animatrice de prévention - secrétaires (7) - médecins généralistes (4) - infirmières (2) - pédiatre - diététicienne - radiologue - gynécologue - ophtalmologue - phlébologue - cardiologue - conseillère de planification
Centre municipal à Saint Denis	<p>Positionnement de la structure vis-à-vis de la thématique :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prévention obésité dans projet de santé : Oui • Obésité dans missions de service public : Non • Consultation diététique enfant préalable : Oui • Consultation psychologique préalable : Non • Existence répertoire d'adresse APS : Oui <p>Organisation de la structure :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Statut de la structure : CMS • Mono/multisite(s) : Multisite • Nombre de professionnels : 139 agents sur tous les CMS - CMS Barbusse : 33 agents - CMS Cygne : 58 agents - CMS Moulins : 23 agents - CMS Plaine : 25 agents <p>Dont médecins, diététicienne et coordinatrice pour le programme</p>
<p>Source : Planète Publique, à partir des données des dossiers de candidatures des structures</p>	