

# Synthèse des enseignements

## La Réunion

Mission : retrouve ton cap



# Sommaire

<b>1</b>	<b>ELEMENTS DE CONTEXTE ET SPECIFICITES DU TERRITOIRE.....</b>	<b>3</b>
<b>2</b>	<b>ENSEIGNEMENTS RELATIFS A LA PREMIERE QUESTION EVALUATIVE .....</b>	<b>5</b>
<b>3</b>	<b>ENSEIGNEMENTS RELATIFS A LA DEUXIEME QUESTION EVALUATIVE .....</b>	<b>15</b>
<b>4</b>	<b>ENSEIGNEMENTS LIES A LA TROISIEME QUESTION EVALUATIVE .....</b>	<b>19</b>
<b>5</b>	<b>ENSEIGNEMENTS LIES A LA QUATRIEME QUESTION EVALUATIVE .....</b>	<b>26</b>
<b>6</b>	<b>ENSEIGNEMENTS LIES A LA CINQUIEME QUESTION EVALUATIVE.....</b>	<b>29</b>
	<b>ANNEXE 1 .....</b>	<b>32</b>
	<b>ANNEXE 2 .....</b>	<b>33</b>

## 1 Éléments de contexte et spécificités du territoire

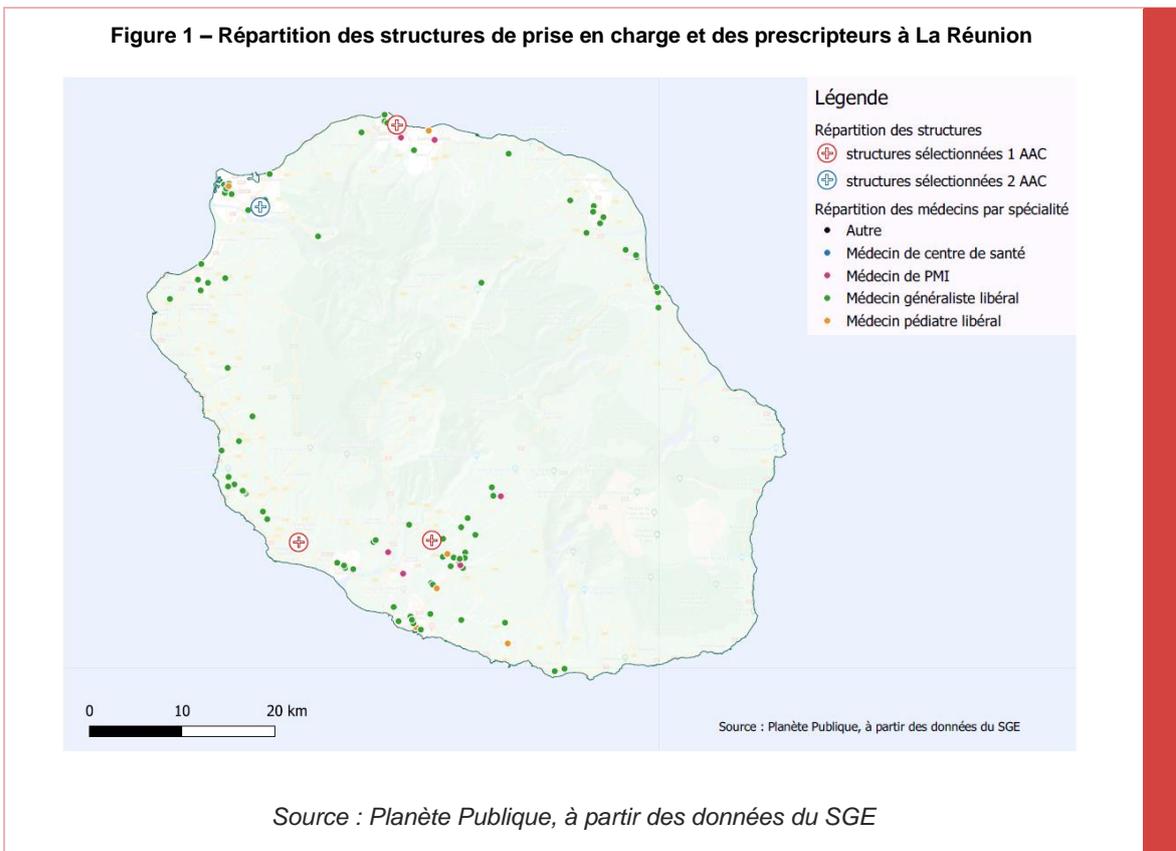
Cette étude de cas a été réalisée dans le cadre de l'évaluation de l'expérimentation "Mission: retrouve ton cap!". Elle a pour objectif d'alimenter les enseignements de l'évaluation à partir d'observations recueillies à La Réunion, un des trois territoires de l'expérimentation.

Pour réaliser cette étude de cas, 2 structures assurant la prise en charge de famille dans le cadre de MRTC ont fait l'objet de visites : le réseau pédiatrique 974 et la maison de santé pluriprofessionnelle Sakisoigne. Deux professionnels exerçant au sein de la maison de santé pluriprofessionnelle Tamarinier ont également été rencontrés<sup>1</sup>.

Elle s'appuie sur les éléments recueillis auprès d'un total de 15 personnes, représentant les différentes parties prenantes de l'expérimentation.

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

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



<sup>1</sup> Un entretien avait par ailleurs été réalisé avec l'Association REUNIR en phase de cadrage de l'évaluation

<b>Situation géographique</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Population en 2017 : 853 659 habitants<sup>2</sup></li> <li>• Principales communes : Saint-Denis (146 104 habitants), Saint-Paul (106 104 habitants) et Saint-Pierre (82 552 habitants)<sup>3</sup></li> <li>• Taux de ruralité : 8,3%<sup>4</sup></li> </ul>
<b>Situation socio-économique</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le territoire est fortement touché par le chômage comparativement à la moyenne française (33,9% contre 13,9% en 2017)<sup>5</sup></li> <li>• En 2017, près de 4 habitants sur 10 vivaient sous le seuil de pauvreté. C'est trois fois plus élevé que la moyenne nationale. (Taux de pauvreté : 38,3 % contre 14,1 %) <sup>6</sup></li> <li>• 36,8% de la population est bénéficiaire de la CMUc à La Réunion (vs. 7,6% à l'échelle nationale)<sup>7</sup></li> <li>• Le territoire est marqué par une population jeune (43,1 % de la population est âgée de moins de 29 ans en 2017)<sup>8</sup></li> </ul>
<b>Situation sanitaire en lien avec le sujet</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'obésité et le surpoids concernent 40% de la population réunionnaise. Les jeunes enfants sont particulièrement touchés (20% des enfants de grande section de maternelle). 12 à 27% des jeunes entre 5 et 15 ans sont en surcharge pondérale<sup>9</sup>.</li> <li>• En 2016, le taux de prévalence du diabète est 2 fois plus élevé à La Réunion que le taux national<sup>10</sup></li> <li>• Le nombre de médecins disponibles sur le territoire est plus faible que la moyenne nationale (3,5 médecins pour 1 000 habitants en 2017 contre 4,4 en France)<sup>11</sup></li> </ul>
<b>Expérimentation « Mission Retrouve Ton Cap »</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sur le territoire de La Réunion, 4 structures ont rejoint l'expérimentation dont 1 au titre du second appel à candidature (MSP Sakisoigne). Deux structures sont des MSP, une structure est une association et une structure est un REPOP (RP974). Depuis son lancement, 207 enfants<sup>12</sup> ont pu être inclus dans le dispositif et bénéficier de cette prise en charge.</li> </ul>

<sup>2</sup> INSEE, RP2017 exploitations principales en géographie au 01/01/2020

<sup>3</sup> Ibidem

<sup>4</sup> DGCL 2018. Taux de ruralité = nombre de communes « rurales » au sens de l'INSEE (communes n'appartenant pas à une unité urbaine) / nombre de communes totales

<sup>5</sup> Idem note 1

<sup>6</sup> INSEE, Insee-DGFIP-Cnaf-Cnav-Cmsa, Fichier localisé social et fiscal en géographie au 01/01/2020.

<sup>7</sup> Selon les données du fonds CMU (disponible sur [www.ecosante.fr](http://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

<sup>8</sup> Idem note 1

<sup>9</sup> Source : Projet de Santé Réunion-Mayotte 2018-2028, Volet 2 « La Réunion »

<sup>10</sup> Source : Planète Publique, à partir des données SNDS-DCIR ; exploitation par Santé Publique France

<sup>11</sup> Source : Planète publique, à partir de l'Atlas de la démographie médicale en France 2017 par le Conseil National de l'Ordre des Médecins

## 2 Enseignements relatifs à la première question évaluative

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

<p><b>Niveau de notoriété du dispositif auprès des médecins prescripteurs potentiels</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Entre le début de l'expérimentation en 2018 et janvier 2021, à La Réunion, 127 médecins ont orienté au total 207 enfants dans le dispositif MRTC. Ces médecins représentent <b>14% du total des médecins prescripteurs potentiels du territoire</b> recensés (N=899). Près de 90% d'entre eux sont des médecins généralistes (N=112), 7 sont des médecins pédiatres libéraux et 7 sont des médecins de PMI. Par rapport aux autres territoires, la mobilisation des médecins de PMI est particulièrement importante (près d'un tiers des 23 professionnels du territoire ont permis d'inclure un enfant).</li> </ul>																								
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">La Réunion</th> </tr> <tr> <th></th> <th></th> </tr> <tr> <th></th> <th>Nb de prescripteurs potentiels</th> <th>% des prescripteurs potentiels ayant inclus un enfant</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Médecin généraliste libéral</td> <td style="text-align: center;">842</td> <td style="text-align: center;">13%</td> </tr> <tr> <td>Médecin pédiatre libéral</td> <td style="text-align: center;">34</td> <td style="text-align: center;">21%</td> </tr> <tr> <td>Médecin de PMI</td> <td style="text-align: center;">23</td> <td style="text-align: center;">30%</td> </tr> <tr> <td>Médecin de centre de santé</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">-</td> </tr> <tr> <td>Autre</td> <td style="text-align: center;">NR</td> <td style="text-align: center;">-</td> </tr> <tr> <td><b>TOTAL</b></td> <td style="text-align: center;"><b>899</b></td> <td style="text-align: center;"><b>14%</b></td> </tr> </tbody> </table>	La Réunion					Nb de prescripteurs potentiels	% des prescripteurs potentiels ayant inclus un enfant	Médecin généraliste libéral	842	13%	Médecin pédiatre libéral	34	21%	Médecin de PMI	23	30%	Médecin de centre de santé	0	-	Autre	NR	-	<b>TOTAL</b>	<b>899</b>
La Réunion																									
	Nb de prescripteurs potentiels	% des prescripteurs potentiels ayant inclus un enfant																							
Médecin généraliste libéral	842	13%																							
Médecin pédiatre libéral	34	21%																							
Médecin de PMI	23	30%																							
Médecin de centre de santé	0	-																							
Autre	NR	-																							
<b>TOTAL</b>	<b>899</b>	<b>14%</b>																							
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les prescripteurs réunionnais sont <b>localisés dans les zones denses et notamment la côte ouest de l'île, le nord-est et le sud</b> (à proximité de la structure du Tampon). Ils se situent majoritairement à proximité des structures. Les territoires les moins couverts sont ceux de l'Est et du centre de l'île. Ces inégalités territoriales reflètent les inégalités de démographie médicale de l'île et ne sont pas spécifiques au dispositif MRTC. <ul style="list-style-type: none"> <li>« Sur les territoires à l'Est et au centre, il y a une concentration de médecins « vieillissants » qui exercent seuls. On organise des formations pour les sensibiliser mais a du mal à les avoir » (verbatim d'une structure)</li> </ul> </li> <li>Les médecins du territoire ont été informés de l'existence et du fonctionnement du dispositif par différents moyens : <ul style="list-style-type: none"> <li>les <b>DAM</b> ont présenté le dispositif à l'ensemble des prescripteurs lors de deux visites (février/mars 2018 et fin d'année 2018). Ils</li> </ul> </li> </ul>																								

ont bénéficié d'une courte formation du RP974 avant la deuxième visite aux médecins pour améliorer leur appropriation des spécificités du programme et renforcer leurs capacités à en parler aux médecins ;

- le dispositif a été présenté lors d'autres réunions rassemblant des médecins du territoire (par exemple lors de **réunions du RP974**, de réunions rassemblant les médecins de **PMI, d'afterworks** par secteur réunissant des médecins ou de **commissions paritaires**) ;
- des informations ont également été envoyées par email aux médecins par la CGSS

L'ensemble des médecins interrogés dans le cadre de l'évaluation, en dehors des médecins des structures assurant la prise en charge, ont appris l'existence du dispositif et reçu leur ordonnancier via les visites des DAM ou lors de la réunion rassemblant les médecins de PMI le cas échéant.

- **Les informations recueillies suggèrent que le dispositif est bien connu des médecins de PMI** comme en attestent les données collectées : près d'1 médecin de PMI sur 3 a effectivement inclus un ou plusieurs enfants dans le dispositif. **Les informations transmises par les DAM n'ont néanmoins pas été suffisantes pour assurer la notoriété du dispositif parmi les médecins prescripteurs dans la durée**, notamment auprès des médecins libéraux. Les structures ont observé des « vagues » d'orientation après le passage des DAM mais qui n'ont pas été confirmées dans la durée. Lors de leur deuxième visite, de nombreux prescripteurs leur ont en effet indiqué « *ne plus avoir pensé au dispositif* » quelques temps après la première visite. Pour certains professionnels de santé rencontrés, l'animation territoriale autour du dispositif n'est à ce stade pas suffisante pour *maintenir* les médecins prescripteurs informés et favoriser leur appropriation durable du dispositif. Selon les structures, le fait que le dispositif ait été déployé dans un cadre expérimental n'est à cet égard pas facilitant car la communication autour d'un dispositif dont la pérennité n'est pas assurée est plus compliquée.
- Les médecins prescripteurs rencontrés indiquent bien comprendre les objectifs et le fonctionnement du programme. Tous en revanche, notamment ceux qui n'exercent pas dans les structures de prise en charge, n'identifient pas clairement le fait qu'un des objectifs clefs de l'expérimentation est de prendre en charge les enfants qui ne sont pas en surpoids ou en situation d'obésité mais qui présentent des facteurs de risque. Considérant les profils des enfants orientés vers les structures et la faible part représentée par ces enfants présentant seulement des facteurs de risque sans surpoids, les structures considèrent également que cette spécificité du programme n'a pas été clairement identifiée par l'ensemble des prescripteurs.

*« Tous les enfants en situation de surpoids, je les oriente » (verbatim d'un pédiatre)*

- Le fait qu'il y ait plusieurs dispositifs de prise en charge à La Réunion, comprenant des prises en charge de second recours au RP974 et avec l'association REUNIR, a pu prêter à confusion pour certains praticiens. Les structures identifient néanmoins à cet égard un effet indirect positif du dispositif : les campagnes de communication des DAM ont également

	<p>permis de sensibiliser indirectement les médecins à l'existence de ces dispositifs qui préexistaient à MRTC. Les acteurs du terrain ont exprimé un besoin d'améliorer la visibilité sur l'ensemble des offres accessibles sur le territoire avec leurs critères d'inclusion respectifs. La CGSS et l'ARS indiquent avoir demandé au RP974 de produire un document en ce sens. L'approche expérimentale de MRTC est également un frein à la production de ces outils de communication mêlant des dispositifs établis dans la durée et des dispositifs expérimentaux.</p>
<p>Niveau d'adhésion des médecins prescripteurs au dispositif</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ En moyenne, sur la durée de l'expérimentation, les médecins réunionnais impliqués dans le dispositif ont inclus 1,7 enfants. Une estimation du nombre d'enfants <i>orientés mais n'ayant pas donné suite</i> traduirait toutefois mieux le niveau d'adhésion des professionnels. Les échanges avec les professionnels semblent indiquer qu'il existe un différentiel important entre les données (cf. infra).</li> <li>▪ Les professionnels rencontrés - ayant inclus à minima un enfant dans le dispositif – adhèrent globalement à ses principes et à son fonctionnement. Les caractéristiques suivantes favorisent l'adhésion des prescripteurs :             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>La pertinence du dispositif par rapport aux besoins identifiés</b> par les prescripteurs (manque de temps pour prendre en charge ces situations de surpoids et d'obésité ; absence de solution connue de prise en charge) ;</li> <li>○ <b>La prise en charge financière</b> particulièrement déterminante pour mobiliser les familles en situation de précarité ;</li> <li>○ <b>L'approche « clé en main » et « cadrée »</b> (la prescription initiale, la mise en place de CR) ;</li> <li>○ <b>La proximité physique de la prise en charge</b> par rapport au lieu d'habitation des familles ;</li> <li>○ <b>Une perception positive des prescripteurs relative à la qualité de la prise en charge</b> (le fait que les opérateurs diététiciens et psychologues soient des professionnels). La visibilité relative à la qualité de cette offre et au professionnalisme des opérateurs pourrait néanmoins être encore renforcée pour certains prescripteurs.                 <p><i>« Les effecteurs sont des professionnels du secteur, c'est un plus. Il faut que les prescripteurs puissent orienter en confiance, qu'ils puissent les identifier. Les médecins aiment savoir vers qui ils adressent ! » (verbatim d'un médecin)</i></p> </li> <li>○ <b>Un avis à priori positif des prescripteurs sur les résultats de ce type de prise en charge pluridisciplinaire</b> pour les familles suivies.</li> </ul> <p>A contrario, certains freins à l'adhésion des médecins ont également été identifiés par les structures et les professionnels de santé :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>Les 'erreurs d'inclusion' ont pu « décourager » certains médecins</b> qui se voyaient rappelés par les structures car l'enfant orienté par leurs soins ne correspondait pas aux critères d'inclusion (âge ou corpulence). Si les structures proposaient de réorienter ces enfants, ces aller-retours ont pu décourager certains médecins vis-à-vis de MRTC dont les critères étaient</li> </ul> </li> </ul>

	<p>considérés comme trop restrictifs.</p> <p><i>« Les médecins intéressés ont commencé à prescrire mais on leur disait 'non car hors cibles' à cause de l'âge ou de l'obésité. On les réorientait mais les médecins nous faisaient comprendre que cette articulation des offres n'était pas suffisamment fluide pour eux » (verbatim d'une structure)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>Le manque de lisibilité du parcours de prise en charge proposé</b> : certains médecins ont fait remonter aux structures des difficultés de compréhension de la logique de parcours de soin MRTC. Le manque de lisibilité concernait à la fois le parcours en lui-même (le nombre de consultations, les forfaits) et les périmètres géographiques couvertes par les 4 structures de l'île. Le périmètre couvert par le RP974 en particulier a pu être source de questionnement pour des médecins qui ne savaient pas toujours clairement vers quelle structure orienter la famille. <p><i>« un médecin nous a reproché un programme administratif et un parcours de prise en charge trop compliqué » (verbatim d'une structure de prise en charge)</i></p> <p><i>« Le document de présentation des structures partagé aux familles était source de confusion avec les différentes adresses, les cartes, les différents numéros » (verbatim d'un médecin prescripteur)</i></p> <p><i>« la force du dispositif devait pourtant être sa simplicité » (verbatim d'une structure)</i></p> <p>Cette difficulté est désormais levée depuis que le RP974 constitue une porte d'entrée unique pour l'ensemble des familles (numéro unique sur la fiche de présentation partagée aux médecins et familles). Ces dernières sont réorientées dans un second temps vers la structure de prise en charge la plus proche de leur domicile.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>Une crainte de perte de la patientèle</b> : selon les structures, cette crainte a pu être renforcée par le fait que 2 des 4 structures de prise en charge étaient des Maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) dont l'installation et l'ouverture était récente. Pour lever ces inquiétudes, les acteurs soulignent l'importance d'identifier le dispositif de prise en charge comme une prestation de service claire (avec des créneaux de prise en charge dédiés par exemple) et de rassurer les médecins sur le fait que les patients leur sont bien réadressés. Les médecins rencontrés dans le cadre de l'évaluation indiquent ne pas avoir eu cette crainte mais comprennent qu'elle puisse être perçue par certains. <p><i>« Un médecin nous a dit 'encore un dispositif de l'assurance maladie pour nous piquer nos patients !' (verbatim d'une structure de prise en charge)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Plus marginalement, une défiance de quelques médecins vis-à-vis des expérimentations de la sécurité sociale : un médecin indiquait par exemple que le fait que l'expérimentation MRTC soit porté par l'AM pouvait ne pas favoriser d'emblée l'adhésion des</li> </ul> </li></ul> </li></ul>
--	---

	<p>médecins.</p> <p><i>« Il peut aussi y avoir une méfiance vis-à-vis des expérimentations de la sécurité sociale pour certains médecins. Par exemple, pour une expérimentation sur le suivi des personnes atteintes du diabète, un suivi devait être opéré par téléphone par 'un espèce de coach' et cela n'était pas du tout coordonné avec le médecin. Ça a fait l'effet d'un 'bad buzz' pour les autres projets » (verbatim d'un médecin)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Enfin, certains médecins ont fait part aux structures du fait qu'ils ne croyaient pas en l'efficacité d'un tel dispositif de prise en charge pluridisciplinaire des familles pour changer les comportements des familles et diminuer les facteurs de risque « on le sait, ça ne marche pas ».</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Le fait que, pour garder le médecin traitant au cœur du dispositif, les médecins scolaires ne puissent pas faire directement de prescription de MRTC n'est majoritairement pas compris et est remis en cause</b> par les acteurs institutionnels et les professionnels de santé du territoire. Ce choix est particulièrement interrogé dans la mesure où les médecins scolaires sont historiquement associés aux actions de prévention de l'obésité infantile à La Réunion.</li> </ul>
<p><b>Niveau d'appropriation du dispositif par les professionnels : capacité à organiser la prise en charge</b></p>	<p><i>Suivi et modalités de coopération avec les professionnels de la structure</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Les modalités de suivi des patients pris en charge par les prescripteurs sont conformes à ce qui avait été prévu par le dispositif : un compte-rendu est transmis au médecin après les bilans initiaux et après la dernière consultation de suivi. La nature et la fréquence de ces comptes-rendus sont considérées comme adaptées par les prescripteurs. Les prescripteurs apprécient notamment ces retours pour savoir quels enfants se sont effectivement inscrits dans le programme après leur prescription. La situation est un peu différente pour les médecins de PMI qui ne sont pas systématiquement amenés à revoir les enfants qu'ils ont orientés vers le dispositif lorsqu'ils n'en assurent pas le suivi. Ces CR leur sont donc moins directement utiles.</li> </ul> <p>En plus de ces retours formels, plusieurs médecins indiquent demander à leurs patients des nouvelles de la prise en charge lorsqu'ils sont amenés à les revoir.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Les modalités de coopération entre le prescripteur et les professionnels assurant la prise en charge varient en fonction (i) de l'organisation de la structure et (ii) de la présence ou non du médecin traitant et prescripteur dans la structure de prise en charge.</li> </ul> <p>Les médecins prescripteurs orientant les familles bénéficiaires vers le RP974 et les opérateurs psychologues et diététiciens de ce réseau n'exercent pas dans un lieu unique. Sauf de rares exceptions où des échanges se font par téléphone sur la situation de certains patients, les médecins prescripteurs et les opérateurs n'échangent donc pas sur la situation des patients et leur prise en charge.</p> <p>Le prescripteur est davantage mobilisé dans l'autre réseau de prise en charge du RP974 (second recours) où une réunion de coordination est parfois organisée entre les professionnels assurant la prise en charge et le médecin prescripteur après le premier RDV. Comparativement à cette organisation, une psychologue indique regretter cette moindre coopération</p>

	<p>autour de la situation des patients dans MRTC.</p> <p>Les médecins et opérateurs de la MSP Sakisoigne ont des réunions de coordination pluridisciplinaire où peuvent être discutées les situations des patients pris en charge dans le cadre de MRTC lorsque le médecin prescripteur est un des médecins de la structure. Lorsque le médecin prescripteur n'exerce pas dans la structure, les opérateurs ne sont pas amenés à échanger avec lui sur la situation du patient et sa prise en charge.</p> <p>Les médecins rencontrés ne sont pas en attente de modalités de coopération formelles renforcées car ils craignent l'engagement que cela leur demanderait. Ils soulignent l'importance de préserver des modalités d'échanges souples (mise à disposition des coordonnées par exemple) pour organiser des échanges si la situation de l'enfant le requiert.</p> <p><i>« Je n'ai pas beaucoup de retour, je les adresse mais je ne leur demande pas plus d'information. Le CR de temps en temps c'est suffisant, on a les coordonnées si besoin » (verbatim d'un pédiatre)</i></p>
<p><b>Niveau d'appropriation du dispositif par les professionnels : capacité à mobiliser et accompagner les familles</b></p>	<p><b>Capacité à identifier les familles</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Les médecins sont davantage sensibilisés aux facteurs de risque prédictifs d'obésité qu'auparavant mais ce <b>niveau de sensibilisation est néanmoins encore variable selon les médecins</b> (selon leur ancienneté, selon leur sensibilisation aux enjeux de l'obésité). Ces niveaux hétérogènes de sensibilisation suggèrent que les besoins de sensibilisation et de formation des médecins et futurs médecins sont encore d'actualité. Les médecins plus âgés seraient surreprésentés parmi les médecins moins sensibilisés.</li> </ul> <p><i>« De plus en plus de médecins sont formés à cette pathologie, notamment avec les formations du RP974, et renseignent les courbes. » (verbatim d'un médecin généraliste)</i></p> <p><i>« Beaucoup n'ont encore pas compris que le rebond d'adiposité était prédictif d'obésité » (verbatim d'une structure)</i></p> <p><i>« il faut davantage communiquer sur la consultation de suivi de l'obésité. C'est une consultation pour les enfants de 3 à 12 ans en risque avéré d'obésité (Cotation CSO = 46€) qui n'est pas assez mobilisée » (verbatim d'un médecin généraliste)</i></p> <p>Les médecins sensibilisés à cette pathologie considèrent que le frein principal est celui de l'acceptation des familles.</p> <p><i>« Les médecins se plaignent que les familles ne voient pas le problème, ne font rien ». (verbatim d'un médecin généraliste)</i></p> <p>Pour favoriser cette acceptation et cette mobilisation des familles, médecins et professionnels assurant la prise en charge considèrent qu'il faut renforcer et <b>démultiplier les vecteurs d'information et d'orientation</b> vers le dispositif afin d'assurer une <b>pluralité de messages cohérents</b>.</p> <p><i>« Il y a quelque chose à jouer avec l'éducation nationale, les médecins de PMI et les médecins scolaires » ; « il faut une pluralité de messages de la pharmacie à l'école » (verbatim d'une diététicienne)</i></p> <p>Certains professionnels, médecins et opérateurs, considèrent également que des campagnes de communication pourraient aussi cibler directement</p>

les familles pour les inciter à prendre contact avec les structures de prise en charge. Le fait que seul un médecin assurant le suivi de l'enfant puisse être prescripteur est considéré comme limitant à cet égard.

*« Les médecins sont la seule porte d'entrée au dispositif. Mais pour que ça fonctionne, il faut que la famille aille le voir, que le médecin connaisse le dispositif et qu'il en parle à la famille. On perd des familles avec ça. Les paramédicaux devraient aussi pouvoir inclure dans le dispositif. » (verbatim d'une diététicienne).*

- Les **contraintes de temps** sont également identifiées par les médecins prescripteurs comme des freins au dépistage des facteurs de risque. Cette contrainte de temps est d'autant plus limitante que l'annonce à la famille d'un besoin de prise en charge pour prévenir le surpoids ou l'obésité peut prendre un certain temps.

*« On n'y pense pas forcément. Il y a énormément de monde dans la salle d'attente. Ils viennent pour autre chose... ». (verbatim d'un médecin)*

- Les **critères d'âge sont également considérés limitants** par les prescripteurs. Plusieurs d'entre eux ont rencontré des situations pour lesquelles ils auraient aimé pouvoir orienter des enfants ayant plus que 8 ans.

#### **Capacité à mobiliser les familles et à les inscrire effectivement dans le dispositif**

- Les prescripteurs considèrent que la mobilisation des familles dans le dispositif est facile lorsque les familles ont **déjà conscience de l'existence de risques** (parents en situation d'obésité, comportement alimentaire qui pose question etc.). Dans ces situations, les familles adhèrent facilement à la proposition d'orientation du prescripteur. En revanche, cette mobilisation est considérée compliquée quand les familles n'ont pas conscience des risques ou ne considèrent pas le surpoids comme problématique, a fortiori si l'enfant n'est pas en surpoids.

*« C'est très compliqué de mobiliser les familles. Entre 3 et 8 ans, le surpoids ne se voit pas et le risque de surpoids encore moins. Faire prendre conscience alors qu'il n'y a pas de demande et pas de souffrance c'est compliqué. » ; « quand il n'y a « que » des facteurs de risque, les familles voient moins la nécessité et se disent que ce n'est pas grave » (verbatim d'une diététicienne)*

Les médecins ont des avis variables sur la facilité de mobilisation des familles. Certains considèrent que l'adhésion est rapide et facile alors que d'autres considèrent qu'il peut être difficile de susciter la motivation des familles pour lesquelles la prise en charge de ces risques n'est pas un besoin prioritaire. Les médecins rencontrés considèrent obtenir un accord des familles dans une majorité des cas (entre 50% et 80% des situations selon les professionnels rencontrés) mais ne savent pas toujours quelle est la part des enfants qu'ils ont orientés vers MRTC qui se sont effectivement inscrits dans le dispositif. Ils ont l'information quand ils reçoivent les CR après le bilan initial ou lorsqu'ils sont amenés à revoir la famille en consultation. Selon les structures, ces estimations sont surestimées au regard du nombre de familles s'étant effectivement inscrites dans le dispositif. Elles constatent en effet un différentiel important avec le nombre d'orientations déclarées par les médecins avec lesquels elles sont en contact. Cet écart suggère qu'un accord de la

famille suite à la proposition d'un médecin ne garantit pas l'inclusion effective dans le dispositif. Les structures ont le sentiment qu'un nombre important de familles orientées ne font pas le pas de solliciter la structure ou que cette inscription peut prendre du temps (plusieurs mois parfois).

*« La pédiatre nous a dit 'tu as vu je t'en envoie plein' mais on attend encore ces familles orientées » (verbatim d'une structure de prise en charge)*

- Pour faciliter la prise de conscience des familles, plusieurs médecins utilisent **la courbe** et montrent les éventuels décalages. Le recours à cette courbe visuelle est considéré comme facilitant pour **déclencher une prise de conscience** pour les enfants à risque mais également pour les enfants en surpoids ou en obésité. Certains utilisent pour ce faire leurs propres outils, d'autres mobilisent les outils partagés dans le cadre de MRTC. La **prise en charge financière** et la **proximité géographique** de la prise en charge MRTC sont également considérées comme deux éléments clés qui facilitent l'adhésion et la mobilisation des familles.

*« je leur montre la courbe, c'est un outil très important pour en parler et faire prendre conscience. Sans cet outil les parents pourraient rester sourds. Il permet aux parents d'adhérer au projet et de suivre réellement. Même pour celles qui étaient dans le déni de la situation de l'enfant, c'est un outil important. » (verbatim d'un médecin de PMI)*

Les opérateurs et prescripteurs insistent sur l'importance de ne pas sous-estimer les contraintes liées aux transports. Certaines consultations ont été conduites par téléphone ou visio-conférence depuis la crise sanitaire. Les professionnels tirent un bilan satisfaisant de ces consultations. Ils estiment que ces modalités peuvent être facilitantes dans la durée sans être une solution pour toutes les familles (accès internet pas toujours facile).

- **Les structures ont également un rôle dans le travail de mobilisation des familles.** C'est particulièrement le cas lorsque les familles sont orientées par des médecins qui n'exercent pas dans la structure assurant la prise en charge. Le RP974 explique à cet égard être souvent contacté par des familles orientées qui n'ont pas compris les motifs de la prescription, ni les principes de fonctionnement de MRTC. Dans ces situations rencontrées relativement fréquemment, le RP974 explique et présente le dispositif aux familles pour encourager leur inscription effective dans le dispositif.
- **La transformation d'une prescription à une inclusion est facilitée lorsque le médecin prescripteur et les opérateurs exercent dans la même structure.** Cette facilitation est permise à la fois par le fait que les médecins prescripteurs sont plus susceptibles de connaître le dispositif et donc de le présenter aux familles et par la praticité de l'unité de lieu.  
*« Vous pouvez prendre rendez-vous avec la diététicienne, c'est la porte à côté ».*

#### **Capacité d'accompagnement des familles**

- Une fois les enfants inclus, les médecins prescripteurs sont peu mobilisés dans l'accompagnement des familles pendant la prise en charge. Ils indiquent à cet égard que la fréquence de leurs consultations avec les enfants de cet âge (environ 1 fois par an) n'est pas adaptée pour réaliser cet accompagnement. Les structures et les opérateurs sont davantage en

	<p>charge de ce volet. Les prescripteurs sont satisfaits de cette organisation notamment parce qu'elle ne nécessite pas de leur part d'y dédier un temps spécifique.</p>
<p><b>Impact sur les pratiques de prise en charge</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• En offrant une solution de prise en charge aux enfants présentant des facteurs de risques d'obésité ou en situation de surpoids, la mise en place de MRTC a permis aux prescripteurs <b>d'évoquer plus simplement le sujet et les risques associés</b> en consultation avec les familles. <ul style="list-style-type: none"> <li>« <i>Maintenant quand ils viennent pour un bébé s'ils ont un grand frère ou une grande sœur qui pourrait être dans la cible je leur en parle. Je fais plus de prévention. Avant je n'en parlais pas car je ne savais pas quoi leur proposer.</i> » (verbatim d'un pédiatre)</li> </ul> </li> <li>• En lien avec le fait que le sujet soit plus simplement abordé et avec le fait qu'une solution légère et non stigmatisante puisse être proposée, certains prescripteurs indiquent également pouvoir avec MRTC <b>prendre en charge des familles de manière plus précoce</b>.</li> <li>• Certains prescripteurs ont fait <b>évoluer leurs pratiques d'orientation</b> avec la mise en place de MRTC. Ils considèrent en effet que ce dispositif est plus adapté par rapport aux autres dispositifs avec lesquels ils avaient pour habitude de travailler (hôpital pour enfants notamment). Certains médecins ont également découvert l'existence des autres dispositifs de prise en charge qui préexistaient à MRTC.</li> <li>• Les échanges avec les prescripteurs ne permettent en revanche pas d'identifier d'effet significatif du dispositif sur le changement de leurs pratiques (renforcement du suivi régulier des courbes, changement de la manière d'aborder le sujet en consultation etc.).</li> </ul>
<p><b>Coopération territoriale</b></p>	<p><b>Organisation des structures pour renforcer l'ancrage et la visibilité du dispositif de prise en charge</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les 4 structures de prise en charge à La Réunion ont demandé à la CGSS de <b>modifier le document de présentation du dispositif pour en faciliter la lisibilité</b> pour les familles et les prescripteurs. Les adresses des structures et les zones géographiques couvertes par les structures pouvaient en effet être sources de confusion. Il a finalement été collectivement décidé de n'indiquer qu'un <b>seul numéro unique</b>, celui du RP974, qui est en charge d'orienter la famille vers la structure la plus proche de son domicile dans un deuxième temps. Cette solution est considérée comme adaptée et facilite la lisibilité du dispositif sur le territoire.</li> <li>• Les opérateurs et structures de prise en charge ont également souhaité pouvoir intervenir lors de la réunion <b>d'information et de formation des DAM</b> au dispositif. Cette intervention du réseau a pu être organisée lors de la formation pour la deuxième campagne des DAM sur une quinzaine de minutes. Les opérateurs ont regretté que le temps dédié n'ait pas pu être plus important.</li> <li>• Les structures ont également communiqué sur la mise en place du dispositif auprès de leurs réseaux respectifs. Le positionnement du RP974 et le fait qu'il dispense des formations sur la prise en charge du surpoids et de l'obésité auprès des médecins du territoire étaient facilitants à cet égard. <b>Les formations étaient ainsi l'occasion de présenter les différents dispositifs de prise en charge sur le territoire</b> auprès des</li> </ul>

médecins. La MSP Sakisoigne n'a pas mené d'action spécifique pour renforcer la visibilité de MRTC mais les professionnels de la MSP ont eu différentes occasions pour présenter le dispositif auprès des professionnels de santé de leur secteur.

- Les opérateurs estiment que **les modalités d'animation territoriale autour du dispositif sont insuffisamment pensées dans la durée** à l'image des deux visites ponctuelles des DAM. Le partage des responsabilités des différentes parties prenantes sur ce volet manque de visibilité pour certains acteurs (qu'est-ce qui relève de la CGSS et de l'ARS ? qu'est-ce qui relève du RP974 en sa qualité de réseau territorial de santé ?).

#### ***Ancrage et articulation du dispositif avec l'existant***

- Dans les zones couvertes par un dispositif de prise en charge de second recours avant le déploiement de MRTC, leur co-existence n'a pas facilité la visibilité d'ensemble des réseaux de prise en charge sur le territoire mais a facilité la réorientation d'enfants en situation d'obésité dans les dispositifs préexistants. De nombreux enfants orientés dans MRTC ont ainsi été réorientés vers le dispositif de prise en charge de second recours existant après avoir fait le bilan diététique initial. Ce sont généralement les équipes du RP974 qui organisaient cette réorientation, en lien avec les médecins prescripteurs. Cette possibilité de réorientation explique la part importante que représentent les enfants « sortis de l'expérimentation » par rapport aux deux autres territoires d'expérimentation (64 enfants sur 187, soit 34%, vs. 6% et 10% en Seine-Saint-Denis et dans le Nord-Pas de Calais).
- **Dans ces secteurs, la plus-value de MRTC par rapport au dispositif existant n'est pas identifiée par les opérateurs.** Les critères d'inclusion dans MRTC sont en effet plus restrictifs que ceux du dispositif du réseau pédiatrique (en termes d'âge et de corpulence) et les conditions de rémunération des paramédicaux moins avantageuses. Des enfants qui présenteraient des facteurs de risque (changement rapide de couloir de la courbe de corpulence, rebond précoce d'adiposité) auraient en effet pu être également inclus dans le dispositif existant selon le RP974.
- Ce chevauchement entre dispositifs de prise en charge et le fait que l'appel à candidature initial leur semblait viser en premier lieu des structures d'exercice coordonné expliquent que les équipes du RP974 ne se sont initialement pas senties concernées par l'expérimentation MRTC.
- **L'approche expérimentale, dont la pérennité n'est pas garantie, n'était pas facilitante selon les acteurs,** pour formaliser et fluidifier les articulations entre dispositifs. Elle n'était pas facilitante non plus pour organiser des partenariats territoriaux autour de la prise en charge MRTC.

*« La démarche expérimentale était un peu limitante. Est-ce qu'il fallait prendre le pari que ça allait marcher ? Ce n'était pas aidant par exemple pour structurer des partenariats. Sur le volet activité physique on aurait pu travailler avec les communes qui ont des réseaux sport santé »*

### 3 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

<p><b>Niveau d'inclusion</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le comité de pilotage national de l'expérimentation avait donné son accord pour une prise en charge de 250 enfants pour les 3 années d'expérimentation pour le RP974 (50 la 1ère année, 100 la 2ème et 100 la 3ème). Début novembre 2020, 63 enfants avaient été effectivement inclus dans ce réseau.</li> <li>Le comité de pilotage avait donné son accord pour une prise en charge de 150 enfants (50 enfants en 2019 et 100 enfants en 2020) pour les 2 années d'expérimentation. Début novembre 2020, 7 enfants avaient été effectivement inclus.</li> <li>Pour ces deux structures – ainsi que la MSP TAMARINIER (72 enfants inclus sur les 250 autorisés) –, <b>le nombre d'enfants inclus est bien inférieur à ce qu'elles avaient anticipé</b>. Elles constatent que la massification des orientations est freinée à la fois par une notoriété encore trop limitée du dispositif et des enjeux de la prévention du surpoids et de l'obésité auprès des prescripteurs et par une difficulté de mobilisation de certaines familles auxquelles les médecins ont pourtant proposé le dispositif. Ces difficultés sont renforcées pour les enfants présentant des facteurs de risque qui ne sont ni en situation de surpoids ni en situation d'obésité.</li> <li>Un nombre important d'enfants inclus ont par ailleurs été réorientés vers le réseau pédiatrique pour une prise en charge de second recours ce qui explique la part importante représentée par les enfants qui n'ont pas réalisé de consultation de suivi diététique ou psychologique à La Réunion (il avait été convenu avec la CGSS qu'ils seraient réorientés après la réalisation du bilan diététique). S'agissant du RP974, plus de la moitié des enfants inclus n'ont pas réalisé de consultation de suivi diététique (55 sur 83 soit 66%). S'agissant de la MSP Sakisoigne, 2 des 7 enfants inclus n'ont pas réalisé de consultation de suivi diététique.</li> </ul>
<p><b>Capacité d'inclusion des enfants qui en ont le plus besoin</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les opérateurs et structures considèrent que le dispositif parvient à mobiliser des familles en situation de précarité. La prise en charge financière est à cet égard considérée comme déterminante : son effet levier est reconnu. La proximité géographique des structures de prise en charge est également clef pour mobiliser ces familles qui ne sont pas toujours véhiculées.</li> <li>Le positionnement des médecins de PMI est considéré comme facilitant pour identifier et orienter ces familles qui en ont le plus besoin. Les familles qui présentent des facteurs de fragilité (économique, sociale, de santé etc.) sont en effet reçues en priorité par les médecins de PMI contrairement aux autres familles davantage suivies par les infirmiers de PMI.</li> </ul> <p><i>« La majorité des personnes que j'ai vues sont des familles d'un milieu social plutôt défavorisé avec un ou plusieurs parents sans emploi » (verbatim d'une psychologue)</i></p>

	<p>« On a eu accès à des profils de familles précaires qui n'auraient pas eu accès à cette offre autrement » (verbatim d'une diététicienne)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les médecins reconnaissent néanmoins que les familles les plus précarisées constituent une cible qui demeure difficile à mobiliser. Pour ces familles, les freins peuvent être à différents niveaux et suggèrent un besoin d'accompagnement renforcé pour inclure et maintenir ces familles dans le dispositif de prise en charge. Selon certains professionnels, les enjeux et risques liés au surpoids et à l'obésité sont moins identifiés par les familles issues de milieux plus défavorisés. <p>« Ça a marché notamment pour les familles plus insérées socialement. C'est plus difficile avec les familles plus précaires qui ne comprennent pas pourquoi le surpoids est un problème. » (verbatim d'un médecin pédiatre)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Certaines familles ne considèrent pas le dispositif comme pertinent dans la mesure où elles ne considèrent pas avoir de besoin d'accompagnement (le surpoids n'est pas un problème) ou que ce n'est pas une problématique prioritaire par rapport à d'autres sujets.</li> </ul> <p>« Certaines familles ont peu de revenus. Elles mangent essentiellement du riz. Les parents sont dans une logique de survie et ne sont pas en situation d'entendre un message de prévention » (verbatim d'une diététicienne)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Pour d'autres, les freins peuvent être d'ordre organisationnel. Un pédiatre réunionnais indiquait à cet égard qu'une prise de RDV pouvait être elle-même compliquée pour certaines familles en précarité sociale.</li> </ul> <p>« Rien que de prendre un RDV c'est parfois difficile pour les familles en plus grande précarité sociale » (verbatim d'un médecin pédiatre)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Enfin, pour certains des barrières linguistiques peuvent compliquer la compréhension de l'orientation du médecin prescripteur.</li> </ul> <p>« Des familles qui ne parlent pas très bien français, qui ne sont pas très à l'aise avec les institutions et pour lesquelles le surpoids n'est pas forcément un problème ou une priorité » ; « il y a quand même beaucoup d'illettrisme ». (verbatim d'un médecin pédiatre)</p> </li></ul>
<p><b>Perceptions sur les motifs d'abandon</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sur les 187 enfants inclus fin mars à La Réunion, 38 (soit 20%) étaient considérés comme perdus de vue.</li> </ul> <p>Les professionnels rencontrés estiment avoir peu de visibilité sur les motifs d'abandon des familles qui généralement n'expliquent ni ne préviennent des raisons de leur arrêt de la prise en charge le cas échéant. Lorsqu'un motif est évoqué, ils peuvent être de différents ordres : un sentiment d'inefficacité de la prise en charge, un refus de participer de l'enfant, un changement impactant l'organisation familiale et la disponibilité du parent et de l'enfant (évolution professionnelle, maladie etc.). Les motifs évoqués ciblent rarement directement une inadaptation de l'approche proposée aux attentes de la famille. En revanche, certaines ruptures de parcours peuvent être liées au fonctionnement du dispositif :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(i) les réorientations des enfants d'un dispositif à un autre ont pu engendrer des ruptures de parcours pour certains programmes malgré les efforts des opérateurs de les fluidifier autant que possible</li> <li>(ii) le fait de limiter le nombre de consultations de suivi en année 1 avant</li> </ul>

	<p>un renouvellement en année 2 a pu également générer des ruptures de parcours alors que des besoins de suivi étaient encore identifiés.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les professionnels perçoivent un risque plus élevé d'abandon pour les familles qui n'ont pas conscience de la problématique ou des risques identifiés par le médecin et qui s'investissent moins dans la prise en charge. Ces familles sont plus susceptibles d'être perdues de vue assez rapidement dans le dispositif, après 1 ou 2 consultations de suivi.</li> <li>• Les structures ont des ressources différentes pour assurer le suivi des familles et le travail de relance. Les équipes du RP974 ont des ressources dédiées pour rappeler et relancer les familles et ainsi tenter de les remobiliser dans le dispositif. Ce travail est assuré par la secrétaire du RP974 et s'ajoute à son travail de coordination du réseau pédiatrique. Ce travail de relance est directement assuré par les professionnels paramédicaux en charge du suivi dans la MSP Sakisoigne. Ces temps de relance sont considérés comme importants par le RP974 considérant le nombre d'enfants inclus. Il n'était à ce stade pas très élevé pour la MSP Sakisoigne dans la mesure où peu d'enfants ont été orientés vers la structure.</li> </ul> <p>A l'initiative des services de PMI, certaines IDE sont également mobilisées pour assurer le suivi des enfants orientés dans MRTC pendant 1 an. Elles sont amenées à relancer les familles pour savoir où en est la prise en charge.</p>
<p><b>Leviers pour favoriser la participation</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pour favoriser le maintien des familles dans le dispositif, les opérateurs soulignent deux conditions de réussite. <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>L'approche bienveillante et non culpabilisante</b> des diététiciens et psychologues mobilisés dans MRTC. Toutes les familles rencontrées s'accordent sur l'importance de cette approche qui joue un rôle dans l'assiduité du suivi. A titre de comparaison, un médecin de PMI indiquait que l'accueil dans l'hôpital pour enfant était considéré comme plus stigmatisant et constituait un frein à la prise en charge des familles. Les retours des familles sur la qualité de la prise en charge sont bien meilleurs avec MRTC qu'avec la prise en charge hospitalière.</li> <li>○ <b>L'importance de prendre le temps de créer une alliance</b> entre la famille et les professionnels de santé pour s'accorder collectivement sur les principes et les objectifs de la prise en charge. Les opérateurs indiquent à cet égard que beaucoup de familles sont centrées sur la perte de poids. Ils essaient de les décentrer de cet objectif pour leur faire prendre conscience de l'importance des comportements et habitudes de vie favorables à la santé.</li> </ul> <p><b>La pesée systématique lors des consultations de suivi peut être problématique</b> à cet égard car elle donne une importance à l'évolution du poids de l'enfant, ce qui peut entrer en contradiction avec le discours de l'opérateur. Cela peut engendrer des déceptions du côté de la famille lorsque des résultats ne sont pas visibles à court terme. A contrario, les familles estiment cela motivant de voir les effets de leurs efforts sur la courbe de poids de leur enfant.</p> <li>○ <b>La définition d'objectifs réalistes avec la famille</b> d'une séance à l'autre et le partage des critères de réussite de la prise en charge, pour éviter que la « réussite » du programme pour les familles ne soit déterminée par l'évolution de la corpulence seule qui pourrait être un facteur de démotivation en cas de perception d'un « échec ».</li> </li></ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>Le rythme du suivi</b> tout en soulignant qu'il peut être différent en fonction des besoins des familles et du niveau d'avancement de la prise en charge. <i>« Plus on fait de consultations rapprochées au début plus on a de chances de garder la famille » (verbatim d'une diététicienne)</i></li> </ul> <p><b>Des prescriptions de suivi psychologique plus difficilement acceptées</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les prescriptions de suivi psychologique sont plus difficilement acceptées par les familles. Le nom de « suivi psychologique » suscite des inquiétudes « <i>c'est un mot qui fait peur</i> ». Les acteurs indiquent que dans le territoire, le suivi psychologique est rapidement associé à la prise en charge de personnes atteintes de troubles mentaux. Selon certains psychologues, certaines familles peuvent être réticentes de peur que les professionnels « signalent » des situations préoccupantes (violence au sein de la famille etc.). Les structures et opérateurs regrettent que leur proposition de changer l'intitulé de la prise en charge n'ait pas été prise en compte lors de la conception de l'expérimentation pour un terme moins 'marqué' (« guidance parentale », « accompagnement », « coaching »..) ; .</li> </ul> <p>Les éléments recueillis suggèrent qu'il peut y avoir un délai d'acceptation entre la prescription et la prise de RDV avec le psychologue. Une psychologue constate en effet que certaines familles « <i>n'appellent pas tout de suite</i> » après que le médecin ait proposé le suivi psychologique. Une famille avait par exemple attendu 6 mois entre la prescription et la prise de contact avec elle.</p> <p>Enfin, certains médecins indiquent ne pas prescrire de suivi psychologique car ils anticipent un blocage des familles.</p> <p><i>« si je mets bilan psy je pense que ça risque de freiner » (verbatim d'un médecin).</i></p>
--	--

## 4 Enseignements liés à la troisième question évaluative

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

### Utilisation du forfait

<p>Utilisation du forfait</p>	<p><b>Prescription</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Les médecins interrogés s'accordent sur le fait que les modalités prévues pour prescrire un suivi dans le cadre de MRTC est facile. Ils apprécient notamment la praticité de l'ordonnancier. Certains apprécient le fait qu'il soit au format papier, d'autres à l'inverse auraient aimé un format dématérialisé. Aucun n'a mentionné la possibilité d'accéder à l'ordonnance en format dématérialisé sur AMELI ce qui suggère que cette modalité est relativement peu connue et utilisée des médecins.</li> <li>Plusieurs médecins apprécient également la possibilité de faire varier la prescription en fonction des besoins identifiés. Certains indiquent à cet égard ne pas systématiquement prescrire un bilan et des consultations de suivi psychologique lorsqu'ils estiment que la famille n'en a pas le besoin. Cette souplesse de prescription pose néanmoins difficulté à un certain nombre de médecins (i) qui <b>ne maîtrisent pas les différents forfaits possibles</b> (nombre de bilans et de consultations) ou (ii) qui <b>considèrent ne pas être les mieux placés pour juger des types de bilans ou du nombre de bilans nécessaires</b>. Dans ce cas, ils sont plusieurs à laisser la prescription incomplète pour laisser les opérateurs juger des besoins à couvrir ou à proposer le forfait maximum pour offrir la prise en charge maximale aux familles. Ces prescriptions incomplètes engendrent une coordination supplémentaire pour les structures qui doivent prévenir le médecin de la prescription finale et la valider. Cela a pu également être source de difficultés pour les opérateurs (diététiciens et psychologues), notamment au démarrage de l'expérimentation, pour lesquels la répartition des rôles relative au renseignement des prescriptions initiales n'était pas claire.</li> </ul> <p><i>« Au départ, j'étais perdue dans le fonctionnement, je ne savais pas qui devait prescrire et quels étaient les forfaits possibles. Même pour les familles ce n'était pas clair » (verbatim d'une psychologue)</i></p> <p><b>Pratiques des prescripteurs vis-à-vis de l'orientation des enfants</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Les prescripteurs et structures identifient le fait que les enfants sans surpoids avec uniquement des facteurs de risque sont faiblement représentés dans le dispositif MRTC. Ils n'identifient en revanche pas d'autres profils d'enfants ou de familles qui présenteraient d'autres caractéristiques et qui seraient sous-représentés.</li> <li>Les types d'orientation peuvent différer d'un prescripteur à un autre pour un même profil d'enfant notamment s'agissant de la prescription d'un suivi psychologique. Certains prescrivent systématiquement un suivi diététique et un suivi psychologique quel que soit le profil de l'enfant. D'autres en revanche indiquent réserver la prescription d'un suivi psychologique aux familles qui présentent des fragilités particulières. Selon les structures, certains médecins ne prescrivent pas de suivi psychologique lorsque la famille y est réticente.</li> </ul>
-------------------------------	---

### **Consommation**

- Les structures constatent que les forfaits prescrits sont généralement acceptés par les familles qui s'inscrivent effectivement dans le dispositif. Des réticences de certaines familles sont néanmoins identifiées concernant le suivi psychologique. Selon les structures et opérateurs assurant la prise en charge, les réticences des familles sont majoritairement levées après le premier bilan psychologique. Pour quelques familles, ces réticences sont bloquantes et expliquent le fait qu'elles ne consomment pas ces prescriptions.

### **Durée du parcours de prise en charge et renouvellement du forfait**

- L'ensemble des professionnels (prescripteurs, structures et opérateurs) s'accordent sur le fait que la **répartition du nombre de consultations sur les deux années de prise en charge n'est pas adaptée.**

Les prescripteurs et opérateurs ont généralement en tête que chaque patient peut bénéficier de 6 consultations de suivi en année 1 et de 12 en année 2. Ils sont majoritaires à ne pas associer ces limites de forfait à la logique budgétaire du dispositif (240€ par année, renouvelable 1an). Ce décalage entre 6 consultations en année 1 et 12 en année 2 est source d'incompréhension. D'un point de vue thérapeutique, il serait selon eux plus logique d'inverser cet équilibre afin que les patients puissent bénéficier de plus de consultations en première année de prise en charge.

**Le calendrier de renouvellement de la prescription est également source de questionnement et d'incompréhension** pour certaines structures (« faut-il attendre la date anniversaire du bilan diététique initial ? »). Pour certains patients qui ont réalisé l'ensemble de leurs prescriptions et consommé l'ensemble de leur forfait de l'année 1, les délais d'attente pour obtenir un renouvellement de la prescription peuvent être relativement longs. Dans certaines situations, ces délais ont entraîné des ruptures de parcours (des familles pour lesquelles la prise en charge aurait pu être renouvelée et qui ne l'a finalement pas été). Pour éviter ces ruptures de parcours, certaines structures ont fait le choix d'enchaîner les prescriptions sans attendre la date anniversaire du bilan diététique initial.

### **Fonctions et profils des professionnels assurant la prise en charge**

- Des diététiciens et des psychologues assurent la prise en charge des familles au RP974, à la MSP Sakisoigne et à la MSP Tamarinier. Tous exercent en libéral. L'organisation est un peu différente en ce qui concerne le réseau REUNIR (non rencontré dans le cadre de l'étude de cas) dans lequel les professionnels assurant la prise en charge sont salariés de l'association. Le bilan d'activité physique est réalisé par des diététiciens dans l'ensemble des structures de prise en charge à l'exception de la MSP Sakisoigne au sein de laquelle le bilan d'activité physique est assuré par un masseur kinésithérapeute. Comme le SGE ne prévoit pas de questionnaire pour le bilan d'activité physique, l'équipe du RP 974 a diffusé à ces diététiciennes une trame type pour orienter les diététiciens et homogénéiser leurs pratiques.
- Les diététiciens et psychologues mobilisés dans le dispositif à La Réunion et rencontrés ont majoritairement été sensibilisés et formés à la prise en charge du surpoids. Le RP974 propose régulièrement des formations aux professionnels de santé de l'île. Tous n'ont en revanche pas été spécifiquement formés à la prévention et à la prise en charge du surpoids chez les jeunes enfants. Aucun n'estime néanmoins manquer spécifiquement de connaissances ou de

	<p>compétences pour prendre en charge les situations des patients qu'ils ont été amenés à rencontrer. Ils n'ont pas rencontré de difficulté particulière dans la prise en charge des familles orientées.</p> <p><b>Adéquation de l'approche éducative par rapport aux ambitions du dispositif</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• L'analyse des éléments recueillis suggère que le RP974 et la MSP Sakisoigne proposent effectivement une approche éducative bienveillante en adéquation avec les ambitions initiales du dispositif. La prise en charge des diététiciens demeure centrée sur l'alimentation mais ils indiquent veiller à intégrer les habitudes de la famille dans leur globalité (sommeil, activités physiques, gestion du stress, temps d'exposition aux écrans etc.).</li> <li>• Les enjeux autour d'une approche éducative bienveillante que défend MRTC, sont partagés par les professionnels de santé du RP974 et de la MSP Sakisoigne. Cette approche s'inscrit dans la continuité des prises en charge qui préexistaient à MRTC. Les professionnels étaient en effet déjà sensibilisés aux enjeux du surpoids / obésité chez les enfants et sur l'importance d'une approche éducative bienveillante, non centrée sur l'alimentation et la perte de poids (discours et approches déjà construites).</li> <li>• Les éléments recueillis auprès de toutes les familles rencontrées confirment l'approche bienveillante et non culpabilisante des professionnels des structures. C'est une caractéristique du dispositif très appréciée et une des conditions à l'assiduité des familles suivies (cf. ci-avant).</li> </ul>
<p><b>Niveau de coordination</b></p>	<p><b>Organisation de la prise en charge par les structures</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• L'organisation de la prise en charge est relativement similaire au RP974 et au sein de la MSP Sakisoigne. Dans les deux cas, les opérateurs sont fortement autonomes dans la prise en charge des familles suivies tant sur le fond (le choix des sujets prioritaires à traiter, etc.) que sur le calendrier (rythme des consultations, calendrier etc.).</li> <li>• Quand elles existent, les modalités de coordination entre diététiciens et psychologues sont légères. Le RP974 a mis en place une fiche de liaison pour faire le lien entre les professionnels assurant la prise en charge qui n'exercent pas dans un même lieu. L'unité de lieu à la MSP Sakisoigne facilite les échanges informels autour de la situation des patients sans que des temps de coordination formels n'aient été déterminés pour les enfants suivis dans MRTC. Les professionnels de la MSP Sakisoigne soulignent par ailleurs le fait que la situation des enfants orientés par un prescripteur extérieur à la structure n'est pas discutée avec les médecins généralistes de la structure (sauf en cas d'urgence) qui ne sont pas en charge du suivi de ces patients. Les réunions de coordination pluriprofessionnelle à la MSP Tamarinier facilitent également les échanges entre professionnels sur le suivi des dossiers en cours.</li> </ul> <p>L'ensemble des professionnels rencontrés reconnaissent que la prise en charge des familles est relativement cloisonnée. Tous s'accordent sur le fait qu'une coordination renforcée serait bénéfique mais soulignent néanmoins que le niveau de coordination actuel est suffisant pour assurer la qualité de la prise en charge. Ce niveau de coordination n'est par ailleurs pas remis en cause par les familles suivies : aucune n'a considéré qu'il était insuffisant ou que les professionnels partageraient des messages contradictoires.</p> <p><i>« Il manque peut-être un carnet de suivi pour faire le lien entre les professionnels » (verbatim d'une diététicienne)</i></p>

**Place du prescripteur dans le suivi de la prise en charge**

- **Seule porte d'entrée au dispositif, les médecins prescripteurs ont un rôle central dans MRTC.** En plus de cette exclusivité de la prescription, les médecins étaient également les seuls acteurs (en plus des structures de prise en charge) ciblés par les campagnes d'information autour dispositif. Cette spécialisation de l'information sur la profession médicale a renforcé le rôle déterminant des médecins pour identifier les familles et les orienter. Les autres professionnels de santé n'avaient pas la possibilité d'orienter les familles dans MRTC (à moins de les rediriger vers leur médecin) et étaient également peu susceptibles de connaître l'existence de ce dispositif et d'en parler à leurs patients. Certains acteurs du territoire remettent en cause l'exclusivité de la prescription par le médecin qui n'est, selon eux, pas suffisante pour massifier le dépistage et l'orientation des enfants et de leurs familles dans la cible. Certains acteurs recommandent également de développer les campagnes d'information autour de MRTC pour que l'apport d'information ne repose pas uniquement sur le prescripteur (en ciblant les familles directement par exemple via la radio Freedom, en mobilisant davantage les établissements scolaires etc.).
- **Les prescripteurs et les professionnels en charge de la prise en charge n'échangent pas directement, ou rarement, sur la situation des patients pris en charge.** Les prescripteurs apprécient fortement de recevoir les comptes rendus des bilans initiaux et de fin de prise en charge et n'identifient pas de besoin d'information supplémentaire. Les professionnels en charge du suivi partagent ce point de vue bien que certains aimeraient que le prescripteur s'investisse davantage dans le suivi. Comparativement aux modalités de coopération prévues dans le réseau pédiatrique, les modalités de coopération entre prescripteurs et effecteurs dans MRTC sont plus légères. L'ensemble des prescripteurs soulignent l'importance de préserver une légèreté dans les modalités de coopération inter-pluridisciplinaire pour éviter un engagement en temps qu'ils ne pourraient assurer dans la durée.

**Les retours d'expérience des professionnels du RP974 mettent en évidence des niveaux d'investissement très variables selon les médecins.** Certains apprécient le fait de pouvoir prescrire et « déléguer » un suivi, d'autres apprécient être plus impliqués dans la prise en charge.

*« C'est un manque oui. Il y a des filous qui ne nous disent pas les mêmes choses. J'aime bien avoir des points de vue différents pour prendre en charge l'enfant et la famille de manière globale. » (verbatim d'un psychologue)*

*« Le compte-rendu de temps en temps c'est suffisant. Et on avait les coordonnées si nécessaire. » (verbatim d'une pédiatre)*

Certains médecins sont surpris de ne pas recevoir plus de compte rendu et interrogent le systématisme de leur envoi par les effecteurs. Les éléments recueillis suggèrent que ces envois sont effectivement systématiques. Les comptes rendus « non envoyés » correspondraient davantage à des enfants orientés par les médecins mais qui n'auraient pas (encore) commencé la prise en charge.

- **Les familles sont satisfaites des modalités de coopération entre les effecteurs et leur médecin traitant.** Elles apprécient ce partage d'information entre professionnels.

**Partenariats**

- **Les modalités de coordination avec des partenaires extérieurs autour de la prise en charge des patients sont relativement rares.** Le fait que MRTC

	<p>ait été déployé dans un cadre expérimental dont la pérennité n'était, selon les acteurs rencontrés, pas facilitant pour le développement de partenariats. Les partenariats identifiés n'ont pas été déployés pour MRTC mais lui préexistaient. Ils ont en revanche été proposés aux familles suivies pour qu'elles puissent en profiter en fonction de leurs intérêts.</p> <p>Le RP974 proposaient par exemple aux familles suivies avant le déploiement de MRTC des <b>ateliers d'activité physique</b> avec des enseignants APA (à partir de 6 ans) et des <b>ateliers nutrition</b> animés par des diététiciennes formées en éducation thérapeutique à destination des parents. Les familles intégrées dans MRTC ont été invitées à participer à ces ateliers également et répondaient assez favorablement à ces invitations selon le RP974.</p> <p>A l'exception cet exemple, l'étude de terrain n'a pas permis d'identifier d'autres offres complémentaires à MRTC que les structures auraient proposées. Sur le volet activité physique, les professionnels indiquent néanmoins donner aux familles autant que possible des coordonnées vers des structures ou associations locales pour accompagner les familles dans la recherche d'opportunités pour augmenter le temps d'activité physique de l'enfant.</p>
<p><b>Satisfaction des professionnels</b></p>	<p><b>Satisfaction des opérateurs sur la mise en œuvre de la prise en charge</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Les structures et professionnels en charge du suivi tirent un bilan satisfaisant de l'expérimentation malgré un nombre d'enfants inclus inférieur à celui qui était anticipé.</b> Ils s'accordent sur la pertinence du programme pluridisciplinaire qui déploie une approche bienveillante, non culpabilisante et qui prend en compte les habitudes et besoins des familles dans leur globalité.</li> <li>• <b>L'expérimentation MRTC a suscité des attentes de la part des diététiciens et psychologues mobilisés</b> s'agissant de la prise en charge de leurs consultations par l'Assurance Maladie. L'intégration de ces professionnels à un dispositif de l'Assurance Maladie permet par ailleurs de valoriser la profession et les compétences de ces professionnels ce qui est une attente forte de leur part.</li> <li>• Les opérateurs identifient certains points de déception : <b>le nombre d'enfants effectivement inclus ; les montants de rémunération</b> des professionnels paramédicaux (cf. ci-après), <b>la faible couverture de l'activité physique</b> en ne lui réservant qu'un seul bilan spécifique. Selon les professionnels, l'importance de l'activité physique est sous-estimée dans MRTC.</li> </ul> <p><i>« c'est pas si simple avec un petit enfant de savoir ce qu'on peut faire »</i></p> <p><i>« l'accompagnement autour de l'activité physique permet de lutter contre les écrans : un accompagnement renforcé pourrait être mis en place sur ce volet »</i></p> <p><i>« l'activité physique = le grand oublié de MRTC ! »</i></p> <p>Si les diététiciens indiquent tous intégrer des conseils sur l'activité physique à leurs patients, une majorité des professionnels s'accordent sur le fait que ces conseils pourraient être complétés par d'autres professionnels pour trouver des solutions adaptées à ces familles et à ces enfants, parfois très jeunes.</p> <p>Les structures expriment également certaines réserves quant au pilotage institutionnel de l'expérimentation. Elles regrettent notamment que leurs propositions initiales (par exemple : la faiblesse des rémunérations, le décalage entre le nombre de consultations entre année 1 et année 2, le manque de clarté sur le calendrier de renouvellement, la nature de certaines questions des bilans, la nécessité d'avoir un numéro unique pour simplifier l'orientation des familles</p>

vers les structures les plus proches) n'aient pas été entendues (ou tardivement). Plus généralement, les représentants des structures indiquent qu'ils auraient souhaité être plus étroitement associés à la conduite de l'expérimentation avec les acteurs nationaux et les structures des autres territoires.

- Les opérateurs identifient enfin des pistes d'ajustement qui permettraient d'assouplir et de fluidifier le dispositif MRTC :
  - **La lisibilité du parcours de prise en charge** devrait être améliorée : la composition du parcours entre les bilans et les consultations de suivi est souvent source d'incompréhension pour les prescripteurs, les opérateurs et les familles.
  - **L'ajustement de la prescription initiale** devrait être facilitée : le fait de devoir obtenir une validation auprès du médecin traitant génère des délais et n'est pas considéré comme pertinent (ni par le médecin ni par les professionnels de santé).

*« Il ne faudrait pas verrouiller au démarrage. Il faudrait que tous les enfants aient la possibilité d'avoir le forfait maximum et on ajuste au fur et à mesure » (verbatim d'une diététicienne)*

*« Parfois, on peut identifier des besoins plus tard, notamment pour le suivi psychologique » (verbatim d'une diététicienne)*

- **Les délais de renouvellement devraient être raccourcis** : l'ensemble des acteurs ne comprend pas la logique expliquant le fait qu'il y ait moins de consultations en première année de prise en charge qu'en deuxième année.
- **La place des parents et la logique d'accompagnement de la parentalité pourraient être renforcées.** Certains opérateurs ont pris la liberté de ne recevoir parfois que les parents lorsque la présence de l'enfant n'était pas considérée comme nécessaire. Les professionnels soulignent que la pertinence de la présence de l'enfant dépend de sa maturité, de son âge, de son rapport à sa corpulence (« est-il en souffrance ou en demande ? »). L'intégration inadaptée ou trop précoce d'un enfant pourrait avoir des effets indirects négatifs même si le discours des professionnels demeure bienveillant. Les professionnels considèrent que les parents sont en difficulté par rapport à leur rôle de parents et que l'enfant a peu de levier sur sa situation (son alimentation etc.). Ils appellent à une vigilance pour éviter que le suivi ne responsabilise trop les enfants.

*« en dessous de 8 ans les enfants sont dans le canapé, il faut faire attention au développement de troubles alimentaires s'il n'y a pas de souffrance préexistante » (verbatim d'une diététicienne)*

#### **Satisfaction des prescripteurs**

- Les prescripteurs rencontrés tirent un bilan très satisfaisant du dispositif MRTC :
  - **Un dispositif pertinent**, en particulier pour les prescripteurs extérieurs aux structures qui n'avaient pas l'habitude de travailler avec le réseau pédiatrique. Le dispositif MRTC répond à des besoins de prise en charge pour des familles face auxquelles ils se trouvaient auparavant démunis.
  - **Un dispositif opérationnel** et « clé en main » même si le fonctionnement de la prescription initiale pourrait être plus lisible et

	<p>souple.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>Un dispositif cadré</b> avec des effecteurs professionnels et des modalités de suivi appropriées.</li> <li>• <b>Les prescripteurs identifient certains points de déception :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>Le caractère trop restrictif des critères d'inclusion est regretté par les prescripteurs.</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ S'agissant de l'âge, les médecins identifient des situations pour lesquelles le dispositif serait pertinent avec des familles suivies beaucoup plus tôt (dès la diversification alimentaire) ou pour des enfants plus âgés. <p style="margin-left: 20px;"><i>« On peut agir beaucoup plus tôt sur l'exposition aux écrans et quand les enfants sont très jeunes on observe des fois des consommations de lait énormes. On peut avoir des résultats en quelques séances ! » (verbatim d'un médecin généraliste)</i></p> </li> </ul> </li> </ul> </li> <li>• S'agissant de la corpulence, les médecins rencontrés s'accordent sur la pertinence d'agir le plus tôt possible sur les facteurs prédictifs de l'obésité mais insistent sur l'importance de prévoir une solution de prise en charge pour les enfants en situation d'obésité plus avancée en soutenant les réseaux de prise en charge de second recours qui existent à La Réunion. Une meilleure articulation entre les différents dispositifs est néanmoins souhaitée (logique de 'guichet unique' souhaitée pour l'ensemble des niveaux de recours quelle que soit la structure de prise en charge).</li> </ul>
--	---

## 5 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 PEC

<p><b>Effets / résultats identifiés pour les familles</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li> <p><b>Les prescripteurs rencontrés expriment un avis majoritairement positif sur l'efficacité du programme.</b> Ils soulignent néanmoins ne pas voir fréquemment les enfants suivis et leur famille en consultation (une fois par an en moyenne) ce qui ne facilite pas l'identification de changement.</p> <p>Les critères de réussite du programme auxquels se réfèrent les prescripteurs sont majoritairement l'évolution du poids / de l'IMC de l'enfant, son positionnement sur la courbe et le niveau de satisfaction des familles.</p> <p>S'agissant de l'évolution de la corpulence, une pédiatre indique avoir observé des évolutions positives pour tous les enfants qu'elle avait orientés et qui s'étaient effectivement inscrits dans le programme.</p> <p><i>« Pour tous ceux qui ont participé, j'ai vu des évolutions sur la courbe de poids. » (verbatim d'une pédiatre)</i></p> <p><b>Certaines structures soulignent que des médecins suivent uniquement la baisse de poids et souhaitent « faire maigrir » les enfants.</b> Selon ces structures, c'est un signe que certains médecins n'ont pas suffisamment identifié les objectifs et les critères de réussite de la prise en charge.</p> <p>S'agissant du niveau de satisfaction, les prescripteurs indiquent que les familles s'étant inscrites dans le programme expriment un avis majoritairement positif sur celui-ci.</p> </li> <li> <p><b>Les opérateurs tirent également un bilan satisfaisant du dispositif pour les familles suivies, en particulier pour celles qui « jouent le jeu »</b> (cf. ci-après sur l'importance de la motivation dans la réussite du programme).</p> <p>L'évolution de la corpulence constitue également le critère de réussite du programme le plus simplement objectivable et le plus suivi par les diététiciens. <b>Ces derniers indiquent observer, pour la majorité des familles suivies, une stabilisation ou une diminution du poids de l'enfant.</b> L'IMC semble constituer le principal indicateur suivi.</p> <p>Les opérateurs identifient également des changements au niveau des habitudes de vie de l'enfant et de la famille mais reconnaissent qu'ils sont plus difficiles à objectiver. Les changements les plus fréquemment observés concernent les habitudes alimentaires de la famille (diversification alimentaire, réduction des quantités, réduction de la prise de nourriture en dehors des repas, réduction des plats cuisinés au profit de plats faits maison etc.). D'autres changements sont également cités : prise de confiance des parents dans leur rôle de parents, renforcement des capacités de gestion du stress et des émotions de l'enfant, réduction du temps d'exposition aux écrans, augmentation du temps d'activité physique etc. Ces changements bénéficient généralement à l'ensemble de la famille et ne concernent pas spécifiquement l'enfant pris en charge.</p> <p><i>« Ça permet de sensibiliser les familles autour d'une hygiène de vie ; De</i></p> </li> </ul>
---	--

	<p><i>comprendre que les événements de la vie comme un divorce, un décès jouent sur la santé. »</i></p> <p><i>« Si je vois des enfants angoissés, je propose des techniques de respiration pour les aider à repérer et gérer les signes du stress ».</i></p> <p><i>« Des résultats à la hauteur des efforts : temps d'écran réduit, temps d'activité physique qui augmente, moins de grignotage... »</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Des opérateurs indiquent avoir observé des effets négatifs de la prise en charge pour une minorité d'enfants.</b> Certains enfants ont en effet développé des troubles du comportement alimentaire suite à leur prise en charge dans MRTC malgré les accents mis sur la bienveillance et la non-culpabilisation pour éviter ce type d'effets négatifs. Ce type de dérives interroge pour les opérateurs la pertinence d'intégrer les enfants trop jeunes aux consultations, en particulier lorsqu'ils n'ont pas conscience d'un risque ou d'un problème vis-à-vis de leur poids.</li> </ul> <p><i>« Paradoxalement, tirer la sonnette d'alarme trop tôt avec les enfants ça peut être délétère »</i></p>
<p><b>Facteurs favorables à la réussite de la prise en charge</b></p>	<p><b>Facteurs favorables à la réussite de la prise en charge</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Le principal facteur de réussite de la prise en charge identifié par l'ensemble des opérateurs est le niveau de motivation et d'implication des parents.</b> Comme décrit précédemment (cf. facteurs favorisant le maintien dans le dispositif), cette motivation est favorisée par différents facteurs (prise de conscience du risque, partage d'objectifs réalistes, bon relationnel avec l'opérateur, rythme du suivi notamment).</li> </ul> <p><i>« Si les parents sont motivés, ça se voit d'autant plus. Quand les parents rentrent dans le jeu je vois des effets ».</i></p> <p><i>« Pour ceux qui s'accrochent, ça marche bien.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>L'âge de l'enfant et sa situation vis-à-vis de la corpulence</b> peuvent également être des facteurs favorisant plus ou moins la réussite de la prise en charge. Comparativement aux enfants (plus âgés et en situation d'obésité) pris en charge dans le réseau pédiatrique, une diététicienne indiquait à cet égard que le programme pouvait générer des effets très positifs pour les parents d'enfants jeunes et qui n'étaient pas encore en situation de surpoids ou d'obésité.</li> </ul> <p><i>« Pour ceux qui étaient à risque, des tous petits, j'ai trouvé ça hyper intéressant. J'ai vu des changements au niveau de la famille, au niveau des règles éducatives et de l'hygiène de vie. Les familles sont très à l'écoute et attentives. Ils sont plus en alerte et ne sont pas dans une logique de responsabiliser l'enfant. »</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Privilégier une <b>approche ludique</b> peut également être générateur d'effets positifs sur les familles, en particulier pour les jeunes enfants suivis dans MRTC. L'activité physique étant particulièrement adaptée pour une approche ludique, certains professionnels considèrent qu'il est dommage que ce sujet n'ait pas été davantage investi par le dispositif.</li> </ul> <p><b>Freins à la réussite de la prise en charge :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les opérateurs identifient également certains freins à la réussite de la prise en charge.</li> </ul> <p>En premier lieu, le parent en charge d'assurer la mise en œuvre des recommandations (la mère dans l'immense majorité des situations) peut rencontrer des difficultés dans <b>les cas où le deuxième parent ne partage pas l'intérêt et les objectifs de la prise en charge.</b> Ces situations peuvent</p>

être rencontrées quand des parents sont séparés mais aussi dans des familles où les parents vivent ensemble mais ne partagent pas le même avis sur la prise en charge. Ces situations peuvent également concerner des situations où l'enfant suivi est fréquemment chez ses grands-parents. Dans ces situations, le parent qui assure le suivi indique qu'il est difficile d'assurer la continuité des efforts, en particulier s'agissant de l'alimentation, dans la mesure où les autres adultes en charge de l'enfant et de ses repas s'investissent moins.

En second lieu, les familles qui ont **moins conscience des risques** et des besoins de prise en charge et qui sont donc **moins motivées** sont moins susceptibles de s'engager et d'obtenir des résultats.

***Capacité à inscrire les nouvelles habitudes dans la durée***

- Les opérateurs indiquent ne pas avoir de recul suffisant pour apprécier la capacité du programme à générer des changements d'habitude durables. Ils soulignent l'importance d'assurer un suivi dans le temps pour accompagner les familles dans la durée. Comparativement à la durée du suivi du réseau pédiatrique (sur 3 ans), certains opérateurs considèrent que la durée du suivi dans MRTC est insuffisamment longue - en particulier si l'on considère la durée effective de suivi des enfants (peu de renouvellement de prescription et d'enfants qui ont été suivis sur les deux ans).

## 6 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 ?*

<b>Coût du dispositif</b>	
<b>Coût du dispositif</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les montants de rémunération prévus pour les diététiciens et la psychologue étaient dès le lancement de l'expérimentation considérés comme insuffisants par les structures et les professionnels qui exercent en libéral.</li> </ul> <p><i>« Le principal frein est la rémunération des paramédicaux. Cela ne valorise pas du tout les professionnels ».</i></p> <p><b>La durée de consultation sur laquelle est calculée le montant de rémunération (30 minutes par consultation) est particulièrement considérée comme inadaptée.</b> Les professionnels indiquent majoritairement proposer des consultations plus longues. La complexité des sujets abordés nécessite selon eux de prendre le temps avec les familles. Les temps de consultation effectifs sont en moyenne de 45-50 minutes.</p> <p><i>« Les consultations sont longues. C'est souvent associé à des problématiques sociales, du harcèlement scolaire, ça nécessite un travail d'équipe et de coordination avec le médecin, le psychologue et éventuellement des professionnels de l'éducation ».</i></p> <p>La faiblesse des montants de rémunération ne favorise pas le déplacement des professionnels au domicile des patients.</p> <p><b>Les montants prévus dans le cadre de MRTC sont par ailleurs inférieurs aux montants prévus dans le cadre du réseau pédiatrique.</b> Ces différences ne sont pas comprises par les professionnels dans la mesure où ils indiquent que les consultations ne sont pas différentes d'un dispositif à un autre. Ces différences de rémunération expliquent le fait que les prescripteurs et les structures privilégient l'intégration des enfants au réseau pédiatrique plutôt que dans MRTC afin que les intervenants soient mieux rémunérés.</p> <p>La faiblesse des montants de rémunération a compliqué la mobilisation des professionnels au démarrage de l'expérimentation. Certains professionnels, comme une psychologue de la MSP Tamarinier, ont par ailleurs souhaité arrêter de participer au programme MRTC en évoquant la faiblesse des rémunérations comme motif. Certains professionnels indiquent par ailleurs avoir indiqué dès le démarrage qu'ils ne pourraient pas prendre en charge un nombre trop important d'enfants dans ces conditions. Considérant le nombre limité d'enfants inclus, cette situation ne s'est pas présentée sur la période.</p> <p><i>« J'avais peur qu'il y ait trop d'enfants à suivre mais vu le nombre d'orientations je n'ai jamais eu à me limiter »</i></p> <p><i>« Si le nombre de patients augmente, je dirai non. Ce sont des consultations complexes, ça demande de la guidance parentale, ce sont des questions longues »</i></p>

*« Des conditions insuffisantes pour certains professionnels qui ont arrêté en cours d'expérimentation »*

**Une grande majorité des opérateurs indiquent que ce modèle économique n'est, selon eux, pas viable sur le long terme.** Plusieurs d'entre eux indiquent avoir accepté de « jouer le jeu » pour l'expérimentation, en espérant que celle-ci soit la première étape au remboursement des consultations diététiques et psychologiques par l'Assurance Maladie. En l'absence d'évolution des conditions de rémunération, ils identifient différents risques possibles : certains professionnels pourraient augmenter les tarifs avec une part complémentaire qui pourrait être pris en charge par des mutuelles le cas échéant ; certains professionnels pourraient devoir limiter leur durée de consultation et proposer un accompagnement « au rabais » qui ne permettrait pas une prise en charge de qualité équivalente.

*« On a essayé de le faire car on est passionnés et qu'on a des attentes derrière »*

*« Ils vont prendre 20 euros et ils vont demander une part complémentaire. Ce sera un frein pour les familles les plus précaires. »*

- L'enveloppe prévue pour le renseignement du SGE (200€ tous les 10 enfants inclus) est considérée comme étant l'enveloppe prévue par le dispositif pour couvrir l'ensemble de la coordination sur les dossiers des patients. Au regard du temps effectivement passé (temps de secrétariat notamment pour les relances), cette enveloppe est considérée comme insuffisante. Le RP974 indique que ce temps de coordination a pu être consacré au suivi des patients MRTC dans la mesure où le réseau est rémunéré par l'ARS au travers d'un CPOM en sa qualité de réseau territorial de santé. La MSP Sakisoigne indique que le temps de coordination était assuré par les professionnels directement (« notre secrétariat n'est pas rémunéré pour cela »). Ils ont pu l'assurer car le temps était réduit du fait du nombre limité d'enfants inclus.
- Les structures ont demandé à la CGSS une enveloppe supplémentaire pour le travail de coordination. Pour répondre à ce besoin, le système de coordination régional a été revu avec la mise en place d'un « guichet unique » via le RP974 qui centralise les demandes d'orientation et réoriente les familles. Ce système permet d'alléger le temps de secrétariat à l'inclusion des patients mais n'allège pas le temps de suivi (relances etc.) qui reste à la charge des structures.
- Selon les structures, l'expérimentation ne prévoit donc pas suffisamment les coûts liés au remplissage du SGE, à la coordination et a fortiori le rôle d'animateurs territoriaux autour du dispositif MRTC.

*« C'est inférieur au temps que ça prend effectivement de renseigner le SGE. Il faut aussi compter la coordination. Toutes les semaines ça prend plus d'une demi-heure par patient et je ne compte pas le temps de synthèse et d'envoi des comptes rendus. »*

*« Le travail de coordination assuré par le RP974 a été intégré dans le CPOM (réunion, réalisation de nouveaux outils, récupération relances après des patients) : ce temps varie de 1 à 2h par semaine, il est variable selon les périodes »*

*« Si on veut une vraie animation territoriale, on organise une table ronde tous les semestres avec les professionnels ; on envoie une Newsletter avec*

	<i>des informations régulières. Si vous mettez 200 euros il ne se passe rien. »</i>
--	---

## Annexe 1

<b>Entretiens réalisés</b>	
<b>Structure 1</b>	<b>RP974</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dr Marine Frasquet, Médecin pédiatre et responsable du réseau</li> <li>- Maéva Dupuy, coordinatrice</li> <li>- Hina Gerard, psychologue libérale</li> <li>- Claudine Robert, diététicienne libérale</li> </ul>
<b>Structure 2</b>	<b>MSP Sakisoigne</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dr Vanessa Palma, Médecin généraliste</li> <li>- Dr Simon Hector, Médecin généraliste</li> <li>- Manuela Le Bon, psychologue libérale</li> <li>- Laetitia Barbier, Diététicienne libérale</li> <li>- Julien Lanave, Masseur kinésithérapeute libéral</li> </ul>
<b>Prescripteurs externes aux structures interrogés</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dr Chloé Narbais Depoix, Médecin pédiatre libéral</li> <li>- Dr Reynold Tang Hon Yue, Médecin de PMI</li> </ul>
<b>Familles interrogées</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 7 familles interrogées</li> </ul>
<b>Entretiens complémentaires</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dr Anne Nguyen (ARS)</li> <li>- Nelly Latchoumy (CGSS)</li> <li>- Dr François Ronco (MSP Tamarinier), Médecin généraliste</li> <li>- Apolline Mourrain (MSP Tamarinier), Diététicienne libérale</li> </ul>

## Annexe 2

Présentation des structures	
RP 974 (Réseau Pédiatrique 974)	<p>Positionnement de la structure vis-à-vis de la thématique :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prévention obésité dans projet de santé : <b>Oui</b></li> <li>• Obésité dans missions de service public : <b>Non</b></li> <li>• Consultation diététique enfant préalable : <b>Non</b></li> <li>• Consultation psychologique préalable : <b>Non</b></li> <li>• Existence répertoire d'adresse APS : <b>Oui</b></li> </ul>
	<p>Organisation de la structure :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Statut de la structure : <b>Association</b></li> <li>• Mono/multisite(s) : <b>Multi-sites</b></li> <li>• Nombre de professionnels : 5 au siège + réseaux de PS libéraux</li> <li>• Types de professionnels : Médecin coordonnateur, secrétaire chargé du suivi des patients, coordonnateur pour les maladies chroniques, assistante de direction, directeur.</li> </ul>
MSP La Possession (MSP Sakisoigne)	<p>Positionnement de la structure vis-à-vis de la thématique :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prévention obésité dans projet de santé : <b>Oui</b></li> <li>• Obésité dans missions de service public : <b>Non renseigné</b></li> <li>• Consultation diététique enfant préalable : <b>Oui</b></li> <li>• Consultation psychologique préalable : <b>Non</b></li> <li>• Existence répertoire d'adresse APS : <b>Oui</b></li> </ul>
	<p>Organisation de la structure :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Statut de la structure : <b>MSP</b></li> <li>• Mono/multisite(s) : <b>Mono-site</b></li> <li>• Nombre de professionnels : 9</li> <li>• Types de professionnels : Médecins généralistes, kinésithérapeutes, infirmiers libéraux, diététicienne, coach APA, psychologue.</li> </ul>
<p><b>Source : Planète Publique, à partir des données des dossiers de candidatures des structures</b></p>	