

**Avis du Comité technique de l'innovation en santé sur le projet d'expérimentation
« Accompagnement familial à domicile et de PROXimité de l'Obésité infanto-juvénile
(PROXOB) »**

Novembre 2020

Le comité technique de l'innovation a été saisi pour avis le 2 septembre 2020 sur le cahier des charges relatif à l'expérimentation proposée par l'association Proxob. Le comité technique a examiné le projet lors de ses séances du 23 juillet 2019, 12 mai 2020, et 2 juin 2020. Il a rendu son avis le 20 novembre 2020.

La prévalence du surpoids et de l'obésité chez l'enfant et l'adolescent augmente toujours depuis les années 1980 et les dernières données en France, estiment à 17 % les enfants en surpoids dont 3,9 % en situation d'obésité (BEH 2017). D'autres données indiquent que 18,2 % des adolescents français en classe de troisième sont en surcharge pondérale, dont plus d'un quart (5,2 %) sont obèses, contre 15,8 % (et 3,5 %) en 2001 (Drees 2019). Elles traduisent aussi de fortes inégalités sociales et une plus forte prévalence de l'obésité dans les familles modestes et/ou en situation de précarité (7 % chez les enfants en CM2 d'ouvriers contre 1 % chez les enfants de cadres- DREES 2013). En l'absence de traitement médicamenteux, les approches thérapeutiques les plus efficaces reposent sur une prise en charge précoce, pluridisciplinaire et de proximité. De plus, les déterminants du surpoids de l'enfant étant multiples, intriqués et relevant plus particulièrement des habitudes de vie au sein de la cellule familiale, une intervention centrée sur la famille et sur la parentalité sont particulièrement nécessaires pour les cas de dysfonctionnement familial et/ou en rupture de soins par précarité et/ou par l'éloignement géographique. L'excès de poids à l'enfance et à l'adolescence étant le meilleur prédicteur de l'obésité chez les adultes, l'intervention précoce dans cette population est un enjeu majeur de santé publique auquel propose de répondre PROXOB dans la région Auvergne-Rhône-Alpes.

Objet de l'expérimentation

L'expérimentation a pour objet une prise en charge de la cellule familiale (dont au moins un enfant de 0 à 18 ans et un adulte vivant sous le même toit sont en excès de poids) à domicile par une équipe mobile pluridisciplinaire. L'objectif poursuivi est de mettre en place des modifications thérapeutiques du mode de vie personnalisées, progressives et durables pour l'ensemble de la famille, visant à améliorer pour chacun de ses membres la qualité de vie et à améliorer la corpulence.

Le financement des soins dérogatoires renforce l'accès aux soins pour ces patients et leur entourage. L'accompagnement proposé visant la modification durable des comportements devrait permettre une évolution favorable de l'obésité et améliorer la qualité de vie des personnes prises en charge. Par ailleurs, le parcours proposé s'intègre en complément et en coordination avec d'autres dispositifs existants pour la prise en charge de l'obésité de l'enfant et de l'adolescent.

Recevabilité du projet au titre de l'article 51

Finalité organisationnelle

Le projet soumis est recevable en ce qu'il propose une prise en charge de proximité de l'enfant et de sa famille (parents et fratrie) en surpoids, précaires et éloignés ou en rupture de soins, améliorant ainsi l'accès aux soins.

Dérogation

Le projet soumis est recevable en ce qu'il déroge aux règles du paiement à l'acte par l'instauration d'un forfait global pour la prise en charge des professionnels médicaux et non médicaux (dérogation aux articles L162-1-7, L162-5 et L162-12-2 du CSS). Le forfait inclut des prestations non remboursées telles que les prestations des diététiciens, psychologues,

professionnels de la parentalité et éducateurs d'activité physique adaptée (dérogation au 1°, 2° et 6° de l'article L160-8 du CSS).

Détermination de la portée de l'expérimentation proposée

Le champ d'application de l'expérimentation proposée est de portée locale et concerne la région Auvergne-Rhône-Alpes.

Modalités de financement du projet

Le modèle de financement est partiellement substitutif et complémentaire. Il est prévu de prendre en charge de 300 familles (1 050 personnes dont 750 en surpoids incluant 360 enfants en surpoids qui sont la porte d'entrée dans le parcours).

Le parcours proposé est organisé en deux phases : la première d'interventions à domicile (12 mois) et la deuxième d'accompagnement en autonomie à distance (12 mois). La première phase est constituée d'un bilan global initial et de 3 bilans éducatifs partagés réalisés à domicile, financés par le « forfait inclusion » de 1 545 €. Ensuite, les 15 ateliers d'accompagnement intensif à domicile sont financés par le « forfait ateliers » de 1 530 €. La deuxième phase est constituée du bilan global intermédiaire, de 9 coachings téléphoniques, du bilan global final et la mise à disposition d'une application avec un programme motivationnel, financés par le « forfait autonomie » de 894 €.

Ces forfaits comprennent des prestations des médecins, infirmiers, diététiciens, professionnels de la parentalité et des éducateurs d'activité physique adaptée, ainsi que des prestations de coordination et d'organisation des interventions des différents professionnels. Au total, le coût moyen total par famille s'élève à 3 969 € sur 2 ans. Sachant que la prévalence moyenne du surpoids par famille est estimée à 2,5 personnes, le coût moyen total par personne est de 1 588 € sur 2 ans, soit 794 € par personne par an.

Le besoin de financement au titre de la prise en charge par le Fonds pour l'innovation du système de santé s'élève à 1 210 700 € pour la durée de l'expérimentation. Des coûts d'amorçage et d'ingénierie sont évalués à 672 265 € (dont 144 300 € d'amorçage), à financer par le Fonds d'intervention régional. Ces coûts sont surtout liés à la mise en place (y compris formation et coordination) et à la promotion de ce type de prise en charge dans les territoires d'expérimentation (5 départements). La répartition annuelle prévisionnelle est prévue comme suit :

	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Année 5	TOTAL
FISS	173 670 €	371 850 €	467 540 €	142 705 €	54 935 €	1 210 700 €
FIR	198 080 €	175 300 €	87 975 €	87 975 €	122 935 €	672 265 €
TOTAL	371 750 €	547 150 €	555 515 €	230 680 €	177 870 €	1 882 965 €

Durée de l'expérimentation

L'expérimentation est prévue pour une durée de 5 ans, à compter de l'inclusion du premier patient. La période d'inclusion est de 3 ans. La durée de suivi minimale par patient est de 2 ans.

Modalités d'évaluation

L'évaluation est réalisée sous la responsabilité de la DREES et de la CNAM.

La durée d'expérimentation, prévue sur 5 ans, est suffisante pour permettre d'observer les effets attendus.

L'expérimentation reposant sur un dispositif en place depuis 2015, une partie de la faisabilité du projet est déjà éprouvée et les résultats en termes d'efficacité et d'efficience encourageants. L'évaluation devra donc s'attacher à confirmer ces résultats et creuser davantage les enjeux du passage à l'échelle.

L'évaluation cherchera notamment à étudier les points suivants :

I/ sur le plan de la faisabilité/opérationnalité, on s'attachera à regarder l'appropriation par les acteurs impliqués de ce qui constitue la nouveauté du dispositif :

- L'adhésion à l'outil numérique par les familles
- La capacité de recrutement à plus grande échelle
- La formalisation des partenariats et de la communication et de l'information à l'égard des adresseurs
- L'appropriation du modèle de rémunération par les professionnels

II/ sur le plan de l'efficacité/efficience :

- La réduction des inégalités sociales et territoriales
- L'accès plus précoce à un diagnostic et une prise en charge adaptés
- L'amélioration de la continuité de l'accompagnement
- L'amélioration de la qualité de vie de l'enfant ainsi que de sa famille
- L'ancrage des nouvelles pratiques alimentaires et sportives
- L'efficacité de la prévention à l'échelle familiale par le biais de l'enfant
- L'adéquation du forfait par rapport aux coûts réels

III/ sur le plan de la reproductibilité :

- Les spécificités du territoire, notamment en termes de lien avec les autres dispositifs de prise en charge de l'obésité
- La pertinence du ciblage et de l'inclusion des patients, notamment par rapport aux autres dispositifs au sein de l'Article 51 (MRTC, RéPPOP, Obepedia...)
- L'impact budgétaire d'un passage à l'échelle

Avis sur le projet d'expérimentation :

- *faisabilité opérationnelle* : étant donné le portage du projet par l'équipe de la cellule de coordination territoriale Caloris du CSO de Clermont-Ferrand et du CSO, déjà en place et disposant d'une expérience en matière de prise en charge à domicile (expérimentation pilote en 2015), des partenariats avec des acteurs expérimentés dans la prise en charge des enfants et adolescents en excès de poids et dans l'organisation de cette prise en charge, notamment le CSO de Clermont-Ferrand, l'expérimentation proposée apparaît opérationnelle dans les délais proposés.
- *caractère efficient* : en 2016, le coût social de l'obésité est globalement estimé à 12,8 milliards d'euros liés à l'obésité et 7,7 milliards d'euros liés au surpoids. La probabilité qu'un enfant obèse le reste à l'âge adulte varie selon les études de 20 à 50 % avant la puberté, et de 50 à 70 % après la puberté. Sur la base de ce constat et des conséquences connues sur la santé globale, la qualité de vie et l'espérance de vie, l'expérimentation produirait un impact économique favorable compte tenu des coûts évités et notamment ceux liés aux comorbidités associées à l'obésité, aux troubles psychiques associés, à l'exclusion sociale. Toutefois, les coûts évités sont difficiles à chiffrer car différés dans le temps (les comorbidités dues à l'obésité vont se présenter dans un temps plus long que celui de l'enfance).
- *caractère innovant* : l'expérimentation permet de tester un modèle proposant des ateliers pluridisciplinaires exclusivement à domicile, intégrant une forte dimension d'accompagnement à la parentalité, à destination de toute la famille et associée à un programme motivationnel en ligne et à un coaching téléphonique. L'unité de prise en charge est la famille et l'enfant en excès de poids en est la porte d'entrée. L'action est double, thérapeutique pour les membres de la famille en excès de poids et en même temps de prévention primaire pour les autres. Ce modèle est de nature à induire un changement de comportement durable et favorable à la santé de toute la cellule familiale en les amenant vers l'autonomie.
- *reproductibilité* : le parcours et l'organisation proposés sont bien définis et protocolisés avec une description claire des ressources nécessaires, du temps et du rôle des

intervenants. L'organisation proposée par le projet peut être reproduite dans d'autres régions où la même démarche de recrutement, formation et constitution des équipes de proximité, ainsi que les autres conditions décrites peuvent être mises en œuvre.

Compte tenu de ces différents éléments, le comité technique émet un avis favorable à l'autorisation, par le directeur général de l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes, de l'expérimentation dans les conditions précisées par le cahier des charges.

Pour le comité technique

Natacha Lemaire
Rapporteuse Générale