

Arrêté N° 2021-16-0055

Portant sur l'expérimentation d'innovation en santé d'Accompagnement familial à domicile et de PROXimité de l'OBésité infanto-juvénile - PROXOB

Le Directeur général de l'Agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes

Chevalier de la Légion d'honneur,
Chevalier de l'Ordre national du mérite

Vu la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018 et plus particulièrement son article 51 ;

Vu le décret n°2018-125 du 21 février 2018 relatif au cadre d'expérimentations pour l'innovation dans le système de santé prévu à l'article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale ;

Vu la circulaire N° SG/2018/106 du 13 avril 2018 relative au cadre d'expérimentation pour les innovations organisationnelles prévu par l'article 51 de la LFSS pour 2018 ;

Vu l'Avis favorable du comité technique de l'innovation en santé du 20 Novembre 2020 concernant le projet d'expérimentation d'« Accompagnement familial à domicile et de PROXimité de l'Obésité infanto-juvénile (PROXOB) »

Vu les statuts de l'association « Proximité et Obésité » déclarée en Préfecture du Puy de Dôme le 6 mai 2021

Vu le cahier des charges annexé.

ARRÊTE

Article 1

L'expérimentation innovante en santé est autorisée pour une durée de 5 ans maximum sous réserve de l'article 3 du présent arrêté.

Article 2

L'inclusion du premier patient, - c'est-à-dire la réalisation de la première séquence « inclusion » et la transmission des données relatives au forfait afférent à l'Assurance Maladie, - détermine la date d'effet du début de l'expérimentation.

Article 3

La répartition des financements de l'expérimentation fera l'objet d'une convention spécifique conclue avec chaque financeur (Agence Régionale de Santé et Assurance Maladie)

Article 4

Le Directeur général adjoint de l'agence régionale de santé Auvergne Rhône-Alpes est chargé de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié ainsi que ses annexes au recueil des actes administratifs de la préfecture de région Auvergne Rhône-Alpes

Article 5

Le présent arrêté peut faire l'objet d'un recours devant le Tribunal administratif de LYON dans le délai de deux mois à compter de sa publication au recueil des actes administratifs. Le tribunal administratif peut être saisi d'un recours déposé via l'application Télérecours citoyens accessible par le site internet www.telerecours.fr

Fait à Lyon le 31 mai 2021

Le directeur général de l'Agence régionale
de santé Auvergne-Rhône-Alpes

SIGNE

Docteur Jean-Yves GRALL

PROJET D'EXPERIMENTATION D'INNOVATION EN SANTE

CAHIER DES CHARGES

[**PROXOB**] Accompagnement **familial à domicile** et de PROXimité
de l'OBésité infanto-juvénile

Mai 2021

NOM DU PORTEUR : association loi 1901 « **PROXIMITE ET OBESITE** »

Siège social : 7 Eme Etage Chu Gabriel Montpied, 58, rue Montalembert, 63000 Clermont-Ferrand.
Date de la déclaration : 6 mai 2021.

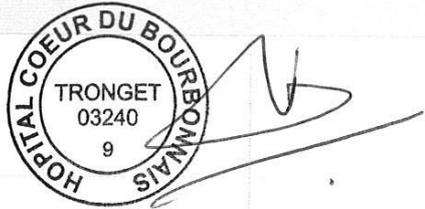
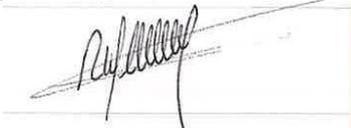
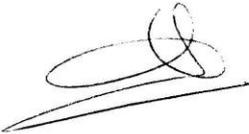
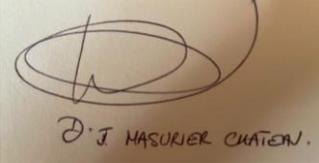
PERSONNES CONTACTS

Dr Magalie Miolanne, mdebouit@chu-clermontferrand.fr, 06 81 93 54 60

Pr Yves Boirie, yboirie@chu-clermontferrand.fr, 06 07 24 02 00

Centre Spécialisé de l'Obésité CSO CALORIS, caloris@chu-clermontferrand.fr, 04 73 75 44 87

COORDONNEES DU PORTEUR ET DES PARTENAIRES

Entité juridique et/ou statut Adresse	Coordonnées des contacts Nom et prénom, mail, téléphone	Signatures numérisées
Porteur		
association loi 1901 « Proximité et Obésité »	Dr Magalie Miolanne-Debout mdebouit@chu-clermontferrand.fr , 06 81 93 54 60	
membres fondateurs : CSO CALORIS CHU de Clermont- Ferrand (Puy-de-Dôme)	Pr Yves Boirie yboirie@chu-clermontferrand.fr , 06 07 24 02 00	
Partenaire principal		
CHU de Clermont- Ferrand (Puy-de-Dôme)	Mme Christine Rougier, directrice générale adjointe crougier@chu-clermontferrand.fr 04 73 75 10 33	ACCORD en attente de signature électronique
Partenaires sur le champ de l'obésité		
SSR Saint-Pourçain-Sur- Sioule (Allier)	Mr Marcel Grand direction@hopcobour.net 04 70 47 63 51	
SSR Ugecam Clermont-Fd et La Bourboule (Puy-de- Dôme)	Mr Mickael Dufernez MICKAEL.DUFERNEZ@ugecam.assurance-maladie.fr 04 73 81 31 31	
CH Aurillac (Cantal)	Mr Pascal Tarrisson direction@ch-aurillac.fr 04 71 46 56 80	
CH du Puy-en-Velay (Haute-Loire)	Mr Jean-Marie Bolliet directeur@ch-lepuy.fr ou direction@ch-lepuy.fr 04 71 04 35 00	
RéPPOP Drôme-Ardèche	Dr Claire Damatte-Fauchery contact@preoreppop.fr 09 62 26 75 68	
RéPPOP Auvergne	Dr Julie Masurier dr.masurierchateau@orange.fr 04 73 75 44 87	

Partenaire scientifique		
CIO Lyon	Pr Martine Laville martine.laville@chu-lyon.fr 04 78 86 57 86	

RESUME DU PROJET PROXOB

Dans un contexte de **prévalence nationale importante du surpoids et de l'obésité** chez les enfants, et de **grandes disparités** subsistant en fonction du lieu de vie et du statut socio-économique, PROXOB propose une **prise en charge (initiation, renforcement, reprise du parcours de soin après une période de rupture) des enfants et adolescents de 0 à 18 ans en excès de poids**, assure la **prévention primaire de la fratrie de corpulence normale et la prise en charge des parents eux-mêmes en excès de poids : prise en charge familiale.**

Le protocole s'appuie plus précisément sur la mise en place de **Modifications Thérapeutiques du Mode de Vie (MTMV) 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 projet PROXOB, initié en 2015 par l'équipe du Centre Spécialisé de l'Obésité CSO CALORIS (Centre Auvergnat de l'Obésité et de ses Risques en Santé), a été pensé face à deux constats :

- **Une difficulté d'accès aux soins des enfants et adolescents obèses** liée en particulier à une quasi absence totale d'offre en obésité pédiatrique ambulatoire sur le territoire Auvergnat (hors SSR ; pas de RÉPPOP notamment ; difficultés sociales et territoriales ; désertification médicale et paramédicale)
- **L'histoire pondérale des patients obèses adultes est fortement corrélée à leur histoire personnelle, interactions et habitudes familiales**, ce qui souligne la nécessité d'intervenir dès l'enfance sur le cadre familial.

Le dispositif s'inscrit dans le cadre de la recherche interventionnelle en santé et de la lutte contre les **inégalités sociales et territoriales en santé.**

Afin de répondre aux difficultés d'accès aux soins de proximité des enfants et adolescents obèses (précarité, ruralité, stigmatisation, honte) et au regard de l'importance d'agir tôt et d'impliquer les parents et la fratrie sans discrimination dans la prise en charge, le protocole PROXOB met en place un **dispositif d'interventions à domicile qui implique l'ensemble de la cellule familiale.** Il se décline pour tous les membres de la famille (parents, fratrie) en :

- une **phase d'interventions pluridisciplinaire à domicile** sur 12 mois, l'objectif étant de bénéficier de l'effet synergique du groupe et de lutter contre la discrimination et la stigmatisation intrafamiliales, sources d'échec de la prise en charge,
- une **phase d'accompagnement en autonomie** de 12 mois incluant un suivi numérique à distance via une application motivationnelle et du coaching téléphonique afin de maintenir la famille dans une dynamique durable de modification des modes de vie.

Le **dispositif de professionnels** intervenant tout au long de la prise en charge se compose d'un médecin, d'une IDE, d'un coordinateur, et d'un trinôme de professionnels (diététicien, professeur d'APA, professionnel de la parentalité), tous formés à l'ETP et à la prise en charge de l'obésité (formation validante 40h ETP).

Caractère innovant du projet d'expérimentation (correspondant aux fonctions clefs)

- C'est un **dispositif axé sur la famille, force du projet : l'unité de prise en charge est la famille et l'enfant en excès de poids en est la porte d'entrée.**
- Un programme d'ateliers pluridisciplinaires exclusivement à domicile, intégrant une forte dimension d'accompagnement à la parentalité
- Des ateliers qui sont à destination de toute la famille (parents, fratrie) assurant une fonction de « prévention » primaire de l'excès de poids et de l'obésité
- Un programme motivationnel en ligne d'accompagnement vers l'autonomie doublé de coaching téléphonique
- Un dispositif de coordination départementale des interventions appuyé sur un SI partagé, qui favorise d'un côté l'articulation, la cohérence et le suivi des interventions et permet d'autre part de réorienter les patients au sein du système de prise en charge, au-delà de PROXOB, vers des professionnels libéraux RePPOP ou de structure de soin CSO, CH, SSR.
- Un recrutement très ouvert des patients pour l'essentiel en milieu ordinaire de vie et non à travers le filtre hospitalier, ce qui nécessite une articulation étroite de PROXOB avec les acteurs chargés de la sensibilisation du grand public et des professionnels des milieux de vie, et la formation de ces derniers, en faveur de l'efficacité du repérage, et du recours au soin. Ce dispositif permet ainsi de repérer et accompagner des populations qui n'ont pas nécessairement initié de prise en charge (primo-recours), et qui notamment ne sont pas passées par l'hôpital.

L'expérimentation vise à :

- tester la reproductibilité et la transférabilité du protocole PROXOB à l'échelle régionale ;
- évaluer l'impact avec de plus grands effectifs et à moyen terme : autour de 1050 personnes dont 750 en surpoids, au sein de 300 familles, seront accompagnées dans le cadre du projet ;
- affiner les critères d'inclusion et la description de la population cible afin de déterminer sa place parmi les dispositifs de soin existants de l'obésité infantile en particulier le dispositif RéPPOP mais aussi CSO, SSR.
- affiner un modèle de forfait de financement de ce parcours de soin.

CHAMP TERRITORIAL :

	Cocher la case
Local	
Régional	x
National	

CATEGORIE DE L'EXPERIMENTATION :

	Cocher la case
Organisation innovante	x
<i>Financement innovant</i>	x
Pertinence des produits de santé	

Table des matières

RESUME DU PROJET PROXOB	3
1. Description du porteur et des partenaires	6
2. Contexte et Constats	9
3. Objectifs de l'expérimentation.....	13
4. Description du projet	14
a. Modalités d'intervention et d'organisation proposée	14
b. Articulation avec les autres projets d'innovation en santé sur l'obésité	16
c. Population cible.....	17
d. Terrain d'expérimentation	18
e. Effectifs concernés par l'expérimentation	19
f. Organisation territoriale du projet et professionnels concernés.....	20
g. Durée de l'expérimentation et planning prévisionnel des phases de mise en œuvre.....	22
h. Gouvernance et suivi de la mise en œuvre	23
5. Financement de l'expérimentation	25
a. Modèle de financement	25
b. Modalité de financement de la prise en charge proposée	25
c. Besoin de financement.....	30
d. Modèle médico-économique	34
6. Evaluation.....	36
a. Impacts attendus.....	36
b. Modalités d'évaluation de l'expérimentation proposées	36
c. Informations recueillies sur les patients inclus dans l'expérimentation.....	41
d. Obligations règlementaires et recommandations de bonnes pratiques en matière de système d'information et de traitement de données de santé à caractère personnel	42
e. Liens d'intérêts	42
f. Éléments bibliographiques et expériences étrangères	42

1. Description du porteur et des partenaires

Association loi 1901 « PROXIMITE ET OBESITE »

Cette association sera constituée de la **cellule de coordination territoriale CALORIS** (Centre Auvergnat de l'Obésité et de ses Risques en Santé) **du Centre Spécialisé de l'Obésité (CSO) de Clermont-Ferrand, labellisé au CHU** sous la responsabilité du Professeur Boirie en février 2012 par l'ARS, parmi les 37 Centres Spécialisés de l'Obésité du Plan Obésité.

Les CSO ont deux missions : d'une part la prise en charge interdisciplinaire de l'obésité sévère et d'autre part, l'animation et la coordination territoriale, sous l'égide de l'ARS, afin de mettre en œuvre l'organisation territoriale d'une chaîne de soins lisible, accessible à tous, cohérente, coordonnée entre acteurs médicaux et non médicaux.

Ceci implique à la fois des actions de sensibilisation, d'information, de formation, la diffusion de compétences, l'écriture de protocoles organisationnels et l'animation d'une filière de prise en charge qui implique les acteurs libéraux, hospitaliers, les établissements autorisés en soins de suite et de réadaptation (SSR), médico-sociaux, réseaux, associations... **Suite à cette labellisation et afin d'assurer cette 2^{ème} mission du CSO, l'association CALORIS a été créée en janvier 2013**, sous la présidence du Professeur Boirie avec comme objet d'améliorer l'information et l'accès aux soins pour les personnes souffrant d'obésité, de former, fédérer et coordonner les professionnels pour une prise en charge adaptée de l'obésité sur le territoire Auvergnat.

La coordination médicale de CALORIS depuis sa création en 2013 est assurée par le Dr Magalie Miolanne, titulaire du DES d'endocrinologie, diabétologie, maladies métaboliques et du DESC de nutrition. Elle est Praticien Hospitalier dans le Service de Nutrition Clinique depuis sa création en 2007 pour la prise en charge des adultes en situation d'obésité de grade III (IMC>40kg/m²). Elle est impliquée dans des protocoles de recherche hospitaliers (PHRC) depuis 2008.

Le lancement du protocole PROXOB par CALORIS en 2015

PROXOB a été pensé compte-tenu des deux constats suivants :

- 1. L'absence totale d'offre de soin obésité pédiatrique ambulatoire** (pas de RéPPOP notamment) sur le territoire Auvergnat (à l'exception de 2 SSR proposant des séjours prolongés aux adolescents en obésité sévère),
- 2. Les problématiques rencontrées chez les patients obèses adultes dont l'histoire pondérale est fortement corrélée à l'histoire personnelle** (événements de vie) et aux interactions et habitudes familiales nécessitant un accompagnement précoce impliquant toute la cellule familiale.

L'équipe CALORIS s'est ainsi enrichie de **coordinatrices administratives** issues du Master 2 éducation et santé publique spécialité éducation à la santé des enfants, adolescents et jeunes adultes avec **Mme Amélie Rigal**, chargée du projet PROXOB de 2015 à 2017 puis chargée plus globalement de la filière pédiatrique puis avec Mlle Chloé Desblés, chargée du projet PROXOB de 2017 à 2019 puis avec **Mme Elodie Védrine** depuis 2020. De même, **Mme Bernadette Da Siva** (diplôme d'état d'éducatrice jeunes enfants et Master 1 du Diplôme des Hautes Etudes en Pratiques Sociales) a renforcé l'équipe de coordination PROXOB en 2020 pour développer l'accompagnement sur un nouveau département (Allier). Celles-ci ont capitalisé une expérience pour le développement de PROXOB et le management de projets et de professionnels.

Depuis 2019, le **Dr Charlotte Cardenoux** a renforcé CALORIS en tant que pédiatre pour la coordination de la filière pédiatrique et pour les bilans des obésités complexes de l'enfant au CHU.

Une association bien ancrée sur son territoire

Dans le cadre de ses missions, CALORIS a mis en place plus de **40 conventions de partenariats en Auvergne (CH, SSR, libéraux, associations...)** incluant une charte de bonne pratique, des actions de formation (formation CALORIS depuis 2014 avec plus de 300 professionnels formés, **formation Education Thérapeutique du Patient mention obésité validante 40h depuis 2016**, formation manutention et stigmatisation de la personne en situation d'obésité depuis 2018, formation maltraitance et obésité depuis 2020, des **Journées Territoriales de l'Obésité** annuelles depuis 2010 rassemblant plus de 300 professionnels... La lisibilité est assurée par la création de 2 sites internet : **caloris.fr** destiné aux professionnels et au grand public et **bariaclic.chu-clermontferrand.fr** destiné aux professionnels.

CALORIS s'appuie sur le **soutien du CHU de Clermont-Ferrand et du Service de Nutrition Clinique** sous la responsabilité du Professeur Boirie qui bénéficie d'une reconnaissance nationale et internationale avec de nombreuses publications scientifiques.

En région Auvergne-Rhône-Alpes, l'équipe CALORIS participe à des groupes de travail sur les filières de soins pilotées par l'ARS, notamment sur la filière de **l'obésité de l'enfant qui est un des points forts du Plan Régional de Santé (PRS) Auvergne-Rhône-Alpes**, en collaboration avec le CIO et le CSO de Lyon, le CSO de Grenoble, et les 3 RÉPPOP du territoire Rhône-Alpes.

Au niveau national, l'équipe CALORIS est reconnue et impliquée dans plusieurs travaux du GCC des CSO, notamment sur la communication (newsletter des CSO), l'OnCSO (Observatoire national des CSO mis en place par la DGOS). Elle a participé à l'écriture du référentiel ETP obésité publié en 2015 et à la relecture du consensus suivi de grossesse après chirurgie bariatrique (2018). **L'équipe CALORIS a également pu présenter ses travaux sur PROXOB aux congrès nationaux (SOFFCO, AFERO) et internationaux (European Congress on Obesity).**

Présentation des partenaires impliqués dans la mise en œuvre de l'expérimentation

L'association « PROXIMITE ET OBESITE » est la structure porteuse du projet PROXOB dans le cadre de l'expérimentation. Elle assurera donc les fonctions clés de pilotage du dispositif PROXOB, de gestion des moyens mutualisés sur tout le territoire de l'expérimentation, y compris en dehors de son ressort territorial, la réception et la distribution de tous les financements du projet (FIR et FISS), et la gestion des divers contrats et conventions.

Les **partenaires forts** du projet sont les suivants :

Entité juridique et/ou statut	Nature du partenariat ou de la participation au projet d'expérimentation (moyen humain, logistique, financier, autres à préciser, ...) et précision des coopérations existantes
ARS Auvergne-Rhône-Alpes	Membre du Comité Technique décisionnel
CHU de Clermont-Ferrand	Mise à disposition de la cellule de pilotage de PROXOB dans son format actuel (P. Boirie, Dr Miolanne) Mise à disposition de ressources intervenant pour PROXOB Mise à disposition de locaux et appui logistique Conseil juridique Appel d'offre et financement de l'application numérique motivationnelle Membre du Comité de pilotage élargi
Partenaires sur le champ de l'obésité	

<i>SSR Saint-Pourçain-Sur-Sioule (Allier)</i>	Mise à disposition de ressources intervenant pour PROXOB Mise à disposition de locaux Mutualisation des actions d'animation territoriale (RéPPOP) Membres du Comité de pilotage élargi
<i>SSR UGECAM Puy de Dôme</i>	
<i>CH Aurillac (Cantal)</i>	
<i>CH du Puy-en-Velay (Haute-Loire)</i>	
<i>RéPPOP Drôme-Ardèche</i>	
<i>Futur RéPPOP Auvergne</i>	
<i>CIO Lyon</i>	Membres du Comité de pilotage élargi
Fournisseur de la solution informatique	
<i>GCS SARA</i>	Contractualisation et maintenance pour le SI partagé

Les coordonnées du porteur et des principaux partenaires, ainsi que leurs signatures numérisées sont renseignées en page 2.

Les autres acteurs impliqués dans le projet d'expérimentation à des fins de diffusion de l'information **Les partenaires de santé et de soins** : le SSR UGECAM de Clermont-Ferrand, le CMI de Romagnat, les CH de Thiers, Vichy, Moulins, Montluçon.

- **Les partenaires territoriaux** : les Contrats Locaux de Santé de Thiers-Ambert, d'Issoire, de Clermont-Ferrand, des Combrailles, de l'Allier, de Haute-Loire et du Cantal, les Ateliers Santé-Ville de Clermont-Ferrand, la Mutualité Française, le Conseil Départemental : Aide Sociale à l'Enfance, les services de PMI, de médecine scolaire, Médecins du Monde, le réseau Cantal diabète, les futurs DAC,
- **Les autres dispositifs et réseaux d'accompagnement** : DAHLIR (Dispositif d'Accompagnement de l'Humain vers les Loisirs Intégrés et Réguliers)¹, X-Ailes (service d'accompagnement des personnes en situation d'obésité et de surpoids), EPE63 (Ensemble Parents et Educateurs), le COREG et CODEP EPGV (Education Physique et de Gymnastique Volontaire).

¹ Le DAHLIR est la structure qui porte les missions du dispositif d'accompagnement vers la pratique de l'activité physique sur les 4 départements d'Auvergne financée par l'ARS et qui a été labellisé récemment Maison Sport Santé par la DGS et le ministère des Sports.

2. Contexte et Constats

Le défi que l'obésité des enfants constitue pour la santé publique

« L'obésité des enfants constitue l'un des plus grands défis pour la santé publique au 21^{ème} siècle ». L'Organisation Mondiale de la Santé met ainsi au premier plan des actions de lutte contre l'obésité à mener, celles concernant les enfants. Cette **mobilisation** ne devrait pas commencer au stade de l'obésité mais **dès le surpoids**, voire dès la prise de poids excessive, souvent très précoce, alors objectivée par un rebond d'adiposité précoce sur la courbe de corpulence. En effet, plus ce rebond est précoce, plus le risque d'obésité ultérieur est élevé.

Plus tard, **la probabilité de persistance à l'âge adulte d'une obésité constituée dans l'enfance varie entre 20 et 70% en fonction de l'âge**. Un adolescent obèse a ainsi un risque important de le rester à l'âge adulte avec les conséquences connues sur la santé globale, la qualité de vie et l'espérance de vie. Ces conséquences peuvent survenir dès l'âge pédiatrique. La première d'entre elles est psycho-sociale : moqueries pouvant aller jusqu'au harcèlement, stigmatisation, exclusion...

Les enfants obèses ont aussi plus de risque de **développer des complications métaboliques** telles que le diabète, stéatose hépatique, dyslipidémie... à un âge plus précoce. **La prévention, le dépistage et la prise en charge du surpoids de l'enfant sont donc primordiaux**.

La France fait partie des pays relativement préservés au niveau mondial mais la situation reste préoccupante, en particulier dans les populations les plus fragiles et précaires, même si la prévalence semble s'être stabilisée au cours des dernières années après une forte augmentation entre les années 1970 et 2000. On estime à l'heure actuelle **qu'en France, 17% des enfants sont en surpoids dont 3,9% en situation d'obésité** (BEH, 2017).

Cependant, même si la prévalence semble s'être stabilisée, de grandes disparités subsistent notamment en fonction du lieu de vie et du statut socio-économique des parents (**inégalités sociales et territoriales de santé**). L'étude de la DREES en milieu scolaire en 2013, montre que **l'origine sociale** des élèves est un déterminant important. Une prévalence de l'obésité de 1% est rapportée chez les élèves de CM2 enfants de cadres alors que chez les enfants d'ouvriers, elle est de près de 7%. Il existe une forte disparité de la prévalence de l'obésité sur les territoires.

La nécessité d'une prise en charge pluridisciplinaire globale

Les déterminants du surpoids de l'enfant sont multiples et intriqués. Au-delà de l'alimentation, de nombreux facteurs peuvent en expliquer le développement : un terrain génétique et épigénétique de forte susceptibilité, l'histoire familiale et psychologique, l'environnement au sens large.

Parmi les facteurs les plus prégnants chez les enfants, **le manque d'activité physique et la sédentarité** sont des facteurs particulièrement inquiétants du fait de leur augmentation récente au cours des dernières années en particulier du fait du **temps passé devant tout type d'écrans**. L'étude INCA 3 rapporte qu'1/3 des enfants et adultes présentent un comportement associant inactivité physique et sédentarité, avec un temps de sédentarité des enfants ayant augmenté de 20 mn par jour en 7 ans. Une réflexion sur les comportements sédentaires et la pratique d'une activité physique régulière constitue un levier fondamental dans la prise en charge et la prévention du surpoids pédiatrique.

Le **manque de sommeil** est également associé à une augmentation de la corpulence et des maladies métaboliques et cardiovasculaires. Enfin, l'obésité peut être le signe d'une **souffrance psychologique** majeure : **la prise de poids fait suite à des troubles du comportement alimentaire, eux-mêmes secondaires à un psychotraumatisme (deuil, maltraitance physique, sexuelle ou morale) ou à un événement de vie douloureux (séparation, dépression, alcoolisme parental...)**.

Les approches thérapeutiques montrant leur efficacité pour la prise en charge du surpoids de l'enfant reposent sur une **prise en charge précoce centrée sur la famille, pluridisciplinaire et de proximité**,

coordonnée par le médecin généraliste ou le pédiatre de l'enfant (ou plus rarement des endocrinologues nutritionnistes) qui assurent un **suivi régulier** avec d'autres professionnels de santé (psychologue, enseignant en activité physique adaptée, diététicien, masseurs-kinésithérapeute, infirmier...) **pendant au moins 2 ans**.

Cette **approche multifactorielle (alimentation, activité physique, sédentarité, équilibre des rythmes de vie, sommeil, aspects psychologiques et socio-économiques)** doit **impliquer les parents** et/ou les responsables légaux. Il est nécessaire de l'amorcer chez l'enfant en excès de poids **le plus tôt possible** mais il faut obtenir **l'adhésion de l'enfant ou de l'adolescent et de sa famille** et veiller à **ne pas les culpabiliser ou stigmatiser** afin de ne pas empirer la qualité de vie qui est souvent affectée chez l'enfant en surpoids ou obèse (physique, émotionnelle, sociale, scolaire, familiale, estime de soi). Cette prise en charge doit s'appuyer sur une **démarche d'éducation thérapeutique intégrée aux soins**. (HAS, 2011).

Or, le **non recours aux soins et l'abandon des soins sont fréquents**, que ce soit pour des raisons familiales, économiques, psycho-sociales, ou en raison d'une offre de soin limitée ou inaccessible, géographiquement ou financièrement : **aussi le recours à une intervention à domicile prend tout son sens**.

Même si intervenir à domicile n'est pas un concept nouveau, - de nombreuses publications relatent des programmes à domicile pour la prévention du tabagisme ou des violences -, cet **accompagnement à domicile permet de porter l'attention sur la famille sans stigmatisation ni discrimination, en considérant chaque individu dans son intégralité, au sein de son système familial et de ses conditions habituelles de vie**.

Un des leviers importants relève du travail sur les **sensations alimentaires** pour adapter les quantités à ses besoins propres mais le levier le plus puissant relève des **ateliers parentalité** qui explorent les modalités de fonctionnement de **l'autorité parentale**, qui ne doit être ni laxiste ni rigide, de **la communication interpersonnelle**, bienveillante, mais aussi de **la reconnaissance et de la verbalisation des émotions**, afin de limiter l'alimentation émotionnelle excessive et les troubles du comportement alimentaire. Si intervenir **à domicile** permet de travailler sur des leviers du changement inaccessibles en consultation classique, cette modalité permet aussi de **relever des situations familiales préoccupantes** inconnues ou pressenties (services médicaux, de PMI, scolaires, sociaux...) aboutissant à des prises de conscience familiales, des signalements ou informations préoccupantes auprès de l'ASE si besoin, et ainsi des prises en charge spécifiques. Dans ces situations fréquentes où l'obésité de l'enfant est le signe d'une souffrance, le symptôme d'un dysfonctionnement familial, **l'amélioration de l'obésité passe par la prise en soin parentale**.

Face aux insuffisances de la réponse à l'obésité, PROXOB propose une réponse innovante fondée sur la coordination, le domicile et la parentalité

Pour répondre aux enjeux de la prévention et la prise en charge de l'obésité infantile, le projet PROXOB veut répondre aux limites actuelles du système de santé :

- **Une offre de soins insuffisamment coordonnée et accessible financièrement et géographiquement** : en dehors des réseaux spécialisés (RéPPOP), non généralisés et actuellement financés par le FIR, et de l'ETP, l'intervention de professionnels paramédicaux et sociaux (diététiciens, psychologues, spécialistes de la famille et la parentalité, professionnels de l'activité physique adaptée) n'est pas prise en charge financièrement par l'assurance maladie ; la coordination de ces différentes interventions n'est pas non plus financée et repose sur la famille. Ces différents facteurs conduisent au non-recours ou à l'abandon de soins fréquents, en particulier pour les familles les plus fragiles socialement.
- **L'inexistence d'une prise en charge de toute la famille** : seul l'enfant déjà en surpoids peut bénéficier d'une prise en charge, ce qui aboutit à la difficulté de faire évoluer les comportements de vie de manière durable, et peut par ailleurs favoriser une stigmatisation de l'enfant, renforçant les

difficultés auxquelles il est confronté ; enfin, cela ne favorise pas la prévention des membres de la famille pas (encore) concernés par le surpoids.

Face à ces limites, PROXOB constitue une démarche innovante d'accompagnement familial à domicile pour l'initiation ou le renforcement de la prise en charge de l'obésité infanto-juvénile, voire pour la reprise du parcours de soin après une période de rupture, aussi bien en zone rurale, semi-rurale qu'urbaine.

Le caractère innovant du projet réside dans :

- **Le financement par l'assurance maladie des interventions** des psychologues et professionnels de la parentalité, professeurs d'APA et diététiciens, de manière dérogatoire par rapport aux règles actuelles, permettant à ces prises en charge de rester **gratuites** pour la personne accompagnée, favorisant la réduction des inégalités sociales de santé ;
- **L'intervention à domicile de l'équipe pluriprofessionnelle** formée à l'obésité et à l'éducation thérapeutique (diététicien, professionnel de la parentalité / psychologue, professeur d'APA). Seuls les bilans d'inclusion, de suivi et de sortie se font en structure de soins partenaires de proximité, avec l'appui d'un médecin également formé et d'une infirmière. Pour être réellement effectif, ce dispositif implique une prise en compte de la problématique des déplacements des professionnels et notamment la prise en charge des frais que cela induit, avec une attention particulière portée aux familles éloignées géographiquement de l'offre de soins, en particulier dans des départements à faible densité de population et touchée par la désertification médicale.
- **Un accompagnement de toute la famille** : destiné à favoriser la modification durable des comportements thérapeutiques des modes de vie, au bénéfice de l'enfant en surpoids, mais également au bénéfice des autres personnes de la famille en surpoids et de la fratrie de corpulence normale mais à risque de développer un excès de poids (quand un parent est obèse, l'enfant a 40% de risque de le devenir, quand les deux parents le sont, l'enfant a 80% de risque de le devenir) ; cela favorise le déploiement d'une action de prévention pour les autres, sans surcoût.
- **L'organisation et le financement dérogatoire de la coordination à un double niveau** : la coordination des interventions des professionnels autour d'une famille, mais aussi l'articulation de la prise en charge PROXOB avec les actions d'information, de prévention, et de formation, à destination des professionnels de santé comme du grand public, en articulation avec la mission d'animation territoriale inhérente au CSO et qui a conduit à la création de la cellule CALORIS ;
- Enfin, l'introduction du recours à des **outils numériques innovants** pour accompagner la famille dans la consolidation dans le temps des Modifications Thérapeutiques du Mode de Vie (MTMV).

Le projet PROXOB a déjà fait les preuves de son caractère opérationnel, faisable et efficient

Le projet PROXOB a été mis en place à partir de 2015 dans le Puy-de-Dôme. Il a fait l'objet d'une extension progressive sur 4 années. (cf. encadré ci-dessous relatif à l'historique de Proxob et ses premiers résultats).

Cette première expérience atteste d'ores et déjà du caractère opérationnel et faisable du protocole PROXOB. Seule l'introduction des outils numériques à destination des familles n'a pas encore été testée. Son acceptabilité par les familles est un élément fort de ce projet d'expérimentation article 51.

En termes d'efficacité ou d'efficience, **les premiers résultats de PROXOB sont encourageants sur les plans qualitatif et quantitatif** (cf focus ci-dessous).

Le prolongement et l'extension de PROXOB dans le cadre de l'article 51 permettra tout d'abord d'affiner et consolider les résultats grâce à des moyens permettant d'inclure de plus grands effectifs, et **de les évaluer sur le plus long terme.**

L'expérimentation dans un ou des territoires où un REPPPOP est présent, permettra également et **d'affiner les indications et la population cible de PROXOB entre les deux dispositifs et d'analyser les conditions de la transférabilité.** Le travail d'évaluation médico-économique et la détermination de forfaits de prise en charge permettront de conforter la position de PROXOB au sein du parcours de prévention et de soin de l'obésité pédiatrique, pris en charge par l'assurance maladie.

Concernant la reproductibilité et la transférabilité, **l'expérience acquise est en mesure d'être capitalisée et exploitée dans une perspective de routinisation, de pérennisation et de généralisation dans tous les territoires, au niveau régional d'abord, puis national.**

Focus sur l'historique de déploiement du dispositif PROXOB et ses premiers résultats

Le protocole Proxob a été initié en 2015 dans un **bassin de santé du Puy de Dôme** puis amélioré et étendu à **cinq bassins de santé**, couvrant actuellement les deux-tiers du département du Puy-de-Dôme (63).

- Le **nombre de professionnels intervenants** est passé de 4 (PROXOB I) à 18 (PROXOB IV, en cours) ;
- Le **nombre total de familles** ayant bénéficié de l'ensemble des 18 interventions à domicile est de 78 (PROXOB I, II, III) tandis que le **nombre de familles ayant arrêté en cours d'accompagnement** est de 7 (8% de perdues de vue sur les 85 familles ayant démarré le programme) ;
- Un peu plus de 50% des familles sont **précaires** au score EPICES et 43% des familles sont **monoparentales**.

Dans le cadre de la recherche interventionnelle en santé, après avoir démontré la faisabilité et l'acceptabilité du projet pilote PROXOB I, une démarche d'amélioration continue du protocole en vie réelle a permis à PROXOB II, puis III puis IV de mettre en œuvre des leviers d'applicabilité et de transférabilité.

Premiers résultats qualitatifs : les résultats qualitatifs des enquêtes de satisfaction des familles et des professionnels sont **très positifs et unanimes sur l'intérêt de cette modalité d'accompagnement**. Les familles sont par ailleurs demandeuses d'outils pour assurer la continuité après l'intervention, ce qui a conduit à la construction d'une solution d'application motivationnelle à destination des familles

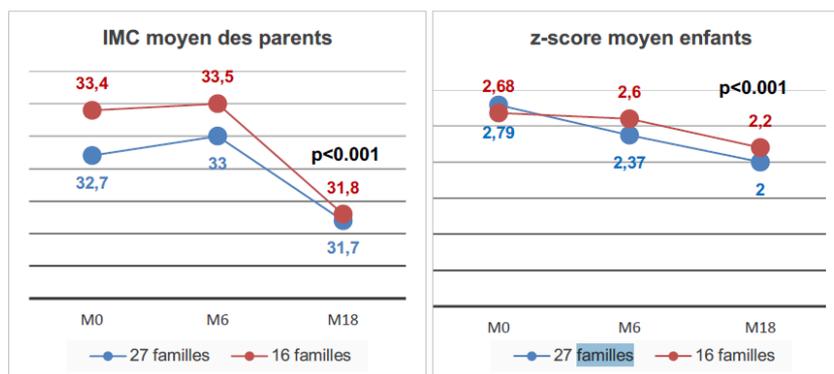
Premiers résultats quantitatifs : sur le plan quantitatif, on note dans ces familles (exemple de PROXOB III) que 60% des parents sont en obésité et 30% en surpoids (IMC moyen des adultes : $32,7 \pm 8,5$ kg/m²) tandis que 44% des enfants sont en obésité (Z-score moyen = +4,4) et 30% en surpoids (Z-score moyen = +2,3). Ainsi, seuls 10% des parents et 26% de la fratrie sont de corpulence normale.

A la fin de l'accompagnement, il existe une **amélioration significative de la qualité de vie** des parents (SF36, EQ5D-3L) et des enfants (EQ5D-Y). L'analyse des autres paramètres montre une tendance à **l'amélioration de l'activité physique, du comportement alimentaire et de la durée du sommeil** mais plusieurs questionnaires et données n'ont pu être analysés par manque de moyens humains et de puissance statistique (notamment par manque d'effectif par tranche d'âge pour les questionnaires de qualité de vie des enfants ou par manque d'exhaustivité du recueil des données).

Concernant la corpulence, on note une **stabilisation ou une amélioration de la corpulence** de 75 % des mineurs et des adultes en excès de poids. Il existe également une **diminution significative du z-score des enfants en excès de poids** à la fin de l'accompagnement à domicile (-0.3 ; p=0.04 PROXOB III).

L'ensemble de ces résultats demandent à être confirmés à plus grande échelle et à plus long terme, comme le soulignent les résultats obtenus récemment par le Dr Laurine Martin dans le cadre de sa thèse de médecine générale (soutenue le 16 juillet 2020), avec une évaluation 1 an après la fin de l'accompagnement confirmant la poursuite de la baisse de corpulence et du maintien des MTMV.

Figure 2 : Évolution de la corpulence M0-M6-M18 des enfants et des parents, comparaison 27 familles versus 16 familles



Dans cette figure, les 16 familles représentent un sous-groupe avec un recueil exhaustif des données au début, à la fin et à distance de l'accompagnement (1 an après la fin des ateliers).

3. Objectifs de l'expérimentation

Le projet s'articule autour de **3 objectifs stratégiques** visant à assurer une prise en charge de qualité, pertinente et efficiente ; un parcours des usagers facilité par l'information, la formation et la coordination des acteurs ; et un recours aux soins renforcé grâce au repérage et la prévention.

OBJECTIF STRATEGIQUE 1 : Proposer un modèle efficient à destination des enfants et adultes en excès de poids (surpoids/obésité) et de leur famille

Objectif opérationnel 1

Maximiser le nombre de personnes prises en charge en ciblant une porte d'entrée (l'enfant en excès de poids) pour toucher une famille entière

Objectif opérationnel 2

Favoriser des Modifications Thérapeutiques du Mode de Vie (MTMV) durables à l'échelle de la cellule familiale

OBJECTIF STRATEGIQUE 2 : Améliorer le parcours de soin des enfants et adultes en excès de poids, en informant, formant et coordonnant les acteurs de ce parcours, du dépistage au 2^{ème} recours, en milieu de vie

Objectif opérationnel 3

Améliorer les connaissances et les pratiques des professionnels, du dépistage au 2^{ème} recours

Objectif opérationnel 4

Développer la coordination pluridisciplinaire autour des enfants et des familles afin de réduire les ruptures de soins

OBJECTIF STRATEGIQUE 3 : Favoriser l'accès à la prévention ciblée et à la prise en charge sanitaire précoce de l'obésité, au-delà des inégalités sociales et territoriales en santé

Objectif opérationnel 5

Améliorer le repérage des enfants et des familles à risque afin de favoriser le recours aux soins et réduire la non mise en soins

Objectif opérationnel 6

Renforcer les actions de prévention de l'obésité auprès des familles à risque

4. Description du projet

a. Modalités d'intervention et d'organisation proposée

Le protocole PROXOB est déclenché à partir de la situation d'un enfant en surpoids, qui est l'objet de la démarche initiale de demande de prise en charge de la part de ses parents. L'orientation du médecin traitant est possible mais n'est pas un préalable pour intégrer le dispositif, ce qui permet de toucher des familles en rupture de soins.

Le protocole PROXOB est organisé autour de deux phases, qui vont concerner l'ensemble de la famille :

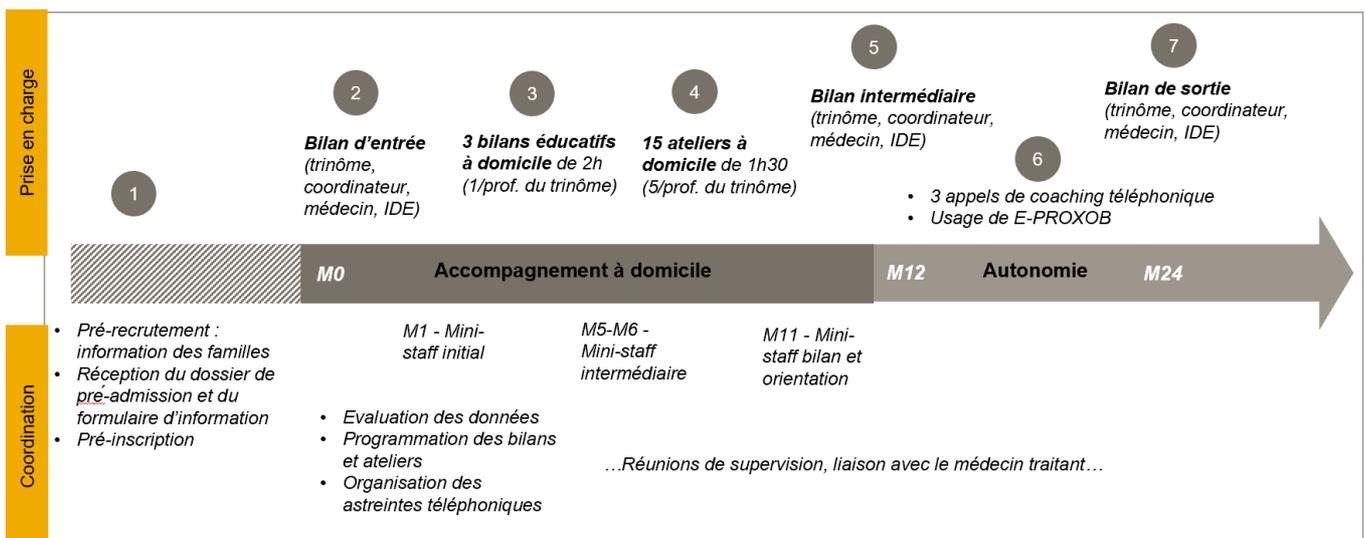
- une **phase d'interventions à domicile (12 mois)** d'un trinôme de professionnels (diététicien, professeur d'APA, professionnel de la parentalité), dans le cadre de 15 ateliers familiaux (5 par professionnels) précédés d'un bilan éducatif par discipline, également à domicile ;
- une **phase d'accompagnement en autonomie (12 mois)** destiné à appuyer à distance l'appropriation par la famille dans la durée de nouveaux comportements, dans une logique de modification thérapeutique des modes des vie (MTMV), à travers l'organisation de 3 coachings téléphoniques (1 par professionnel du trinôme) et la mise à disposition d'une application numérique permettant l'interaction de tous les membres de la famille de manière individuelle et collective.

Ce protocole est ponctué de 3 bilans : un bilan d'entrée (M0), un bilan intermédiaire entre les deux phases (M12) et un bilan de sortie à la fin du protocole (M24), qui associe, au trinôme de professionnels et au coordinateur départemental, un médecin et une IDE.

Tous les professionnels qui interviennent tout au long de la prise en charge, médecin, coordinateur, et trinôme (diététicien, professeur d'APA, professionnel de la parentalité), bénéficient d'une **formation 40h validante Education Thérapeutique mention obésité**.

L'ensemble de ces interventions sont coordonnées par un **coordinateur** départemental qui est le garant du dispositif auprès de la famille et qui est un membre à part entière de l'équipe intervention.

Schéma de prise en charge PROXOB : un accompagnement en 2 phases sur 24 mois



Les spécificités du protocole PROXOB sont les suivantes :

Un accompagnement à destination de toute la famille dans une logique d'efficacité des soins et de prévention

Outre les enfants en excès de poids (pas juste les plus sévères), le protocole prévoit la prise en charge à part entière de **toute leur famille (parent/fratrie), pour un triple bénéfice** :

- pour l'enfant en situation de surpoids, la mobilisation de toute la famille est porteuse d'une démarche non stigmatisante ou discriminante à son endroit ; la famille constitue également un levier d'efficacité fort pour induire et maintenir des véritables modifications de comportement durables ;
- pour les membres de la famille en situation de morbidité qui n'auraient pas forcément consulté par un autre biais : l'enfant constitue la porte d'entrée pour « toucher la famille » et ainsi maximiser le nombre de personnes prises en charge
- pour les parents et la fratrie qui ne sont pas en situation de surpoids, cette démarche a une fonction de prévention forte : « prévention primaire » ciblée sur un public à risque.

Le protocole Proxob donne une place importante à la dimension parentale dans la prise en charge de l'obésité, ce que traduit la mise en place des « ateliers parentalité ».

A noter : Conformément à l'Art. L 226-2-2 du CASF, les professionnels peuvent partager des informations à caractère secret afin de permettre l'évaluation- par les services compétents- d'une situation individuelle, en cas de suspicion d'enfants en danger ou risquant de l'être.

Des interventions personnalisées et pluridisciplinaires à domicile pour renforcer l'accès aux soins

Le programme d'ateliers pluridisciplinaires, incluant l'ensemble de la cellule familiale, est **personnalisé**. Il est défini à partir des bilans éducatifs partagés (BEP) réalisés à domicile pour faire émerger les besoins et demandes des familles. Les comptes-rendus d'ateliers et les mini-staffs organisés tout au long des 10/12 mois de la première partie du programme par le coordinateur permettent d'ajuster au mieux et en permanence le programme des ateliers aux besoins de chaque famille.

Le **dispositif favorise en outre l'accès aux soins** grâce à :

- Des ateliers réalisés exclusivement au domicile quelle que soit la localisation géographique : l'intervention à domicile permet d'une part d'éviter les ruptures de soins liées aux difficultés pratiques / psychologiques de se rendre chez le médecin, et d'autre part de faire émerger des problématiques d'ordre plus personnel puisque se révélant dans un environnement de confiance, ce qui n'est pas forcément le cas dans un cabinet de consultation. L'intervention au domicile favorise donc la réduction des inégalités territoriales de santé, et le risque de non recours aux soins ;
- Une prise en charge financière complète des interventions des professionnels de proximité (gratuité des prestations pour les familles), qui permet de répondre aux inégalités sociales, et prenant en compte la dimension d'éloignement géographique (forfait éloignement) pour répondre aux inégalités territoriales.

Une coordination renforcée des ressources dans les territoires, qui sont informées et formées

Le projet favorise la **coordination entre les professionnels intervenant tout au long de la prise en charge de la famille** grâce à deux aspects importants du dispositif :

- **le coordinateur** (cf. ci-dessus)
- **un système d'information partagé (plateforme SARA)**, permettant à chaque professionnel intervenant de déposer et partager ses comptes-rendus d'intervention avec les autres membres de l'équipe.

PROXOB est également pensé pour être coordonné avec les autres professionnels de santé et dispositifs de prise en charge du surpoids et de l'obésité disponibles sur le territoire. Le médecin traitant est partie prenante du dispositif : il est informé du suivi de la démarche à travers les comptes

rendus de bilans (informations de santé standardisées contenues dans le bilan initial, le bilan intermédiaire, le bilan final de sortie) qui lui sont adressés spécifiquement par le médecin PROXOB, par courrier ou outil numérique / mail.

Cependant, suite à un retour d'expérience des quatre premières années, les bilans sont conduits par le médecin PROXOB et non pas par le médecin traitant, à la fois en raison du format des bilans qui font également intervenir le coordinateur et les trinômes, et également pour lever le frein que la nécessité d'impliquer le médecin traitant pourrait constituer (pas de médecin traitant ou pas de disponibilité de sa part, patient ne souhaitant pas que le médecin traitant prenne part à la démarche...).

C'est aussi à des fins de coordination, que le coordinateur PROXOB renseignera le système d'information partagé piloté par l'ARS Auvergne Rhône Alpes (la plateforme SARA), qui facilite la transmission d'information et l'orientation des usagers au sein du système.

Les actions d'animation territoriale indispensables au projet (actions de sensibilisation du grand public et des professionnels à l'excès de poids et l'obésité, information sur les dispositifs de prise en charge existants, formation des professionnels) ont par ailleurs **vocation à être mutualisées avec les actions propres aux RéPPOP**. Ces actions de communication permettraient également d'orienter vers PROXOB des personnes de manière plus précoce.

Les autres acteurs de l'information et de la prévention santé, de l'accompagnement social ou de la prise en charge médicale seront quant à eux également associés au déploiement du projet, à travers une participation au comité de pilotage (voir Gouvernance).

La dispensation d'une formation de 40h validante Education thérapeutique mention obésité à tous les intervenants professionnels à PROXOB favorisera enfin la montée en compétence et l'expertise des professionnels du territoire sur ces sujets. En effet, les professionnels PROXOB interviennent par ailleurs, dans le cadre de leur exercice professionnel (en libéral ou en structure), auprès d'autres patients du territoire, en interaction avec d'autres professionnels, ce qui favorise la diffusion d'une sensibilisation, voire d'une véritable acculturation sur l'enjeu de l'obésité.

Un dispositif innovant construit pour renforcer la durabilité des Modifications Thérapeutiques des Modes de Vie (MTMV)

Le protocole propose un suivi à distance pendant un an à la suite de la phase d'accompagnement. Outre les coachings téléphoniques, il s'appuie sur un **programme motivationnel en ligne**, qui permet l'accompagnement de la famille vers l'autonomie.

Le programme motivationnel prendra la forme d'une **interface famille numérique ludique et motivationnelle** applicable à l'ensemble de la famille. L'application donnera accès à des fiches pédagogiques, mini-jeux et feedbacks permettant de renforcer la dynamique motivationnelle sur la base des conclusions des ateliers à domicile. Elle vise aussi à favoriser les interactions avec les membres de la famille (jeux familiaux, etc.).

Le projet est par ailleurs construit sur le **modèle d'un projet d'éducation thérapeutique** (bilan éducatif initial, ateliers, objectifs personnalisés choisis par les membres de la famille, etc.), dans la logique d'un maintien dans la durée des MTMV (patient acteur).

Un appel d'offre sera lancé conformément à la réglementation (financement hors article 51).

b. Articulation avec les autres projets d'innovation en santé sur l'obésité

Les différents types d'intervention (Proxob, Obépédia, RéPPOP) reposent sur **différentes logiques d'intervention**. La prise en charge de l'enfant ou adolescent obèse sévère oriente davantage vers un recours à Obépédia. Le parcours de soin RéPPOP s'inscrit dans une logique de prise en charge individuelle centrée sur l'enfant et d'accompagnement en cabinet libéral.

PROXOB est quant à lui privilégié lorsque la prise en charge requiert : l'inclusion de la cellule familiale et l'axe de travail centré sur la dimension « parentalité », la prise en charge ou la prévention de l'obésité chez les parents et dans la fratrie à risque, et/ou lorsqu'un accompagnement à domicile semble favorable comme levier du changement durable.

Si le projet PROXOB est mis en place sur des territoires ne faisant pas partie des autres expérimentations relatives à l'accompagnement de l'obésité, sa mise en place est toutefois également guidée par l'objectif de bien valider la pertinence de son modèle, au regard des problématiques auxquelles il tâche de répondre, et **d'identifier de manière précise les critères de recours à chacun des trois modèles d'offre, qui pourraient coexister à terme de manière articulée sur les territoires** : quand privilégier PROXOB ou OBÉPÉDIA pour les enfants fortement obèses ? quand privilégier un parcours RéPPOP ou PROXOB : au regard de l'offre territoriale et de la difficulté d'accès aux soins ? de l'historique de prise en charge ? de la configuration familiale ? Il s'agirait en effet, de proposer l'indication/l'orientation la plus pertinente vers l'un des trois dispositifs.

c. Population cible

Critères d'inclusion

- **Familles composées** au minimum d'un adulte et d'un enfant mineur vivant sous le même toit et présentant un **excès de poids (0-18 ans) : IMC > IOFT25 + au moins un critère parmi** :
 - **Familles précaires** (score EPICES)
 - **Zone géographique avec difficulté d'accès aux soins**
 - **Famille en rupture de soins**
 - **Echec de prise en charge antérieure**
- Maîtrise de la **langue française** (*a minima* à l'oral)
- Familles en **demande d'aide** pour la prise en charge de l'excès de poids de l'enfant ou des enfants concernés
- Membres de la famille **disponibles** pour être tous ensemble présents aux bilans et lors des ateliers à domicile
- Familles résidant dans les **territoires concernés** par l'expérimentation

Critères d'exclusion

- **Famille dont le parent a un IMC > 45 kg/m² sans suivi** individuel et avec **refus** d'initier ce dernier (l'objectif étant plutôt d'inciter les parents concernés à initier une démarche de prise en charge)
- Obésité syndromique de l'enfant **sans prise en charge parallèle individuelle**
- **Pathologie psychiatrique** non stabilisée
- Absence de maîtrise orale de la **langue française**
- **Prise en charge en cours par un RéPPOP** (hors bilans de prise en charge médicale)

Orientation/ciblage

Les familles seront orientées vers l'accompagnement PROXOB par différentes voies possible :

- par les **équipes de soin de pédiatrie et du service adulte** du **CSO CALORIS** (63)
- par les **équipes de soin obésité adulte des établissements partenaires et conventionnés avec le CSO CALORIS** : CH de Vichy et de Moulins et SSR de St Pourçain sur Sioule (03), CH d'Aurillac (15), CH du Puy-en-Velay et SSR de l'Hort des Meylleries (43) et SSR d'Issoire et clinique de La Plaine (63),
- par les **équipes de soin obésité enfant des établissements partenaires et conventionnés avec le CSO CALORIS** : CH de Vichy, Montluçon et Moulin (03), CH d'Aurillac (15), CH du Puy en Velay

(43), CH de Thiers, SSR Ugecam de La Bourboule et SSR ugecam de Clermont-Fd, CMI de Romagnat (63),

- par les **équipes de coordination et les professionnels membres des RéPPOP** : RéPPOP Drôme-Ardèche, RéPPOP Auvergne pour les départements 03 et 63 à partir de fin 2020 et les départements 15 et 43 à partir de fin 2021.
- par les **pédiatres et médecins traitants**, par les **médecins et infirmières scolaires et de PMI** (déjà informés régulièrement des dispositifs d'accompagnement de l'obésité infantile et dont la formation au dépistage et à l'annonce du diagnostic, déjà réalisée par le CSO et le RéPPOP Drôme-Ardèche, sera renforcée)
- par tout professionnel du secteur médicosocial...

L'évaluation de la demande et de la situation de la famille, des prises en charge antérieures infructueuses, de la nécessité de lever des leviers dans le fonctionnement familial permettra de confirmer l'indication de l'accompagnement PROXOB. Cette évaluation pourra être amorcée par tout professionnel cité ci-dessus. L'indication sera ensuite confirmée par la cellule de coordination PROXOB. Le choix de la famille sera également considéré. Les professionnels ci-dessus sont déjà ou seront informés des différents dispositifs d'accompagnement existants, de leurs modalités et des indications. Les professionnels des établissements partenaires et des RéPPOP sont tous formés à la prise en charge de l'obésité par le CSO CALORIS et/ou par le RéPPOP et régulièrement informés de cet accompagnement par les équipes PROXOB. L'adressage et les réadressages vers PROXOB et inversement vers un suivi relais si nécessaire seront facilités par la communication régulière entre les professionnels, déjà structurée par le CSO dans le cadre de son animation territoriale et renforcée dans le cadre du projet.

De plus, l'utilisation du dossier informatique commun « obésité infantile », développé par le SI SARA et mis à disposition à l'automne 2020 pour la région ARA, sera obligatoire pour les enfants accompagnés dans les dispositifs PROXOB et RéPPOP et incitatif pour les partenaires. Cela facilitera la coordination du parcours de soin inter dispositifs, les évaluations et orientations sur la durée de ces enfants atteints d'une maladie chronique.

A titre d'illustration du ciblage, le RéPPOP Drôme-Ardèche inclut environ 170 nouveaux enfants par an, soit 510 enfants sur 3 ans. Sur ce territoire, et selon les critères d'inclusions définis ci-dessus, 60 enfants en 3 ans seront inclus dans PROXOB soit environ 12% des enfants inclus dans le parcours RéPPOP.

d. Terrain d'expérimentation

L'expérimentation concerne la **région Auvergne-Rhône-Alpes** et sera proposée sur les 5 territoires suivants :

Territoires sans REPPOP à ce jour (un RePPOP va se mettre progressivement en place sur l'Auvergne à partir de 2020)

- Puy-de-Dôme (63), (site de rattachement pour la gestion administrative : CHU Clermont-Ferrand)
- Cantal (15), (CH Aurillac)
- Allier (03), (SSR St Pourçain-sur-Sioule)
- Haute-Loire (43) (CH Le-Puy-en-Velay)

Territoire avec REPPOP ancien :

- Nord de Drôme-Ardèche (07-26) (Préo RéPPOP)

Ces territoires présentent des caractéristiques diverses au regard des critères suivants :

1. La densité de population (urbain à rural)
2. La prévalence de l'obésité de l'enfant

3. Les conditions géographiques d'accès aux soins (vallées à montagnes)
4. Les conditions de précarité de la population (jusqu'à la grande précarité des zones minières)
5. La couverture en offre de soins (avec et sans RéPPOP, avec ou sans professionnels libéraux notamment de type diététiciens et psychologues...)

e. Effectifs concernés par l'expérimentation

L'expérimentation prévoit une **prise en charge de 300 familles**, correspondant à une montée en charge de 10 à 30 familles par an par département, selon une logique de hausse de la demande puis de stabilisation. Cette projection de montée en charge par département dépend de la densité de population et de la prévalence de l'obésité sur les territoires, de la préexistence du déploiement de PROXOB (Puy-de-Dôme, Allier), de la présence d'un RéPPOP ancien (Nord de Drôme-Ardèche) ou récent (Cantal, Haute-Loire, Allier, Puy-de-Dôme).

Les familles accompagnées comportent en moyenne 3,5 personnes, 1 personne à corpulence normale et **2,5 personnes en excès de poids par famille accompagnée, dont 1,2 enfant en excès de poids** (statistiques issues de PROXOB III), l'expérimentation permettrait de prendre en charge, à horizon 5 ans, un total d'un peu plus de **750 personnes en excès de poids, dont 360 enfants**. 1 personne par famille en moyenne, soit 300 personnes, bénéficient, par ailleurs, de l'accompagnement dans une logique de prévention.

La montée en charge progressive des inclusions prévoit l'inclusion de 60 familles la première année (près de 150 personnes en excès de poids, dont 72 enfants), 115 familles la deuxième année (287 personnes en excès de poids, dont 138 enfants), et 125 familles la 3^{ème} année (312 personnes en excès de poids, dont 150 enfants), pour un arrêt des inclusions dans le dispositif en fin d'année 3.

Les patients sont accompagnés deux ans : l'année d'inclusion, les patients sont en phase Accompagnement (à domicile) ; en 2^e année ils sont en phase Autonomie (accompagnement à distance).

Certaines inclusions pouvant être réalisées jusqu'à la fin de l'année 3, un certain nombre de personnes seront encore accompagnées en phase d'autonomie tout au long de l'année 5.

Montée en puissance des effectifs inclus et accompagnés :

Lieu de recrutement		Année 1 à 2			Année 2 à 3			Année 3 à 4			Année 4 à 5			TOTAL INCLUS	Nombre total estimé de personnes en surpoids incluses
Département	Situation	Accompagnement	Autonomie	TOTAL											
Puy-de-Dôme (63)	Proxob déjà implanté/ Futur RéPPOP 2020-2021	30	0	30	30	30	60	30	30	60	0	30	30	90	225
Allier (03)	Proxob déjà implanté/ Futur RéPPOP 2020-2021	20	0	20	30	20	50	30	30	60	0	30	30	80	200

Cantal (15)	<i>Pas de PROXOB/ Futur RéPPOP 2021-2022</i>	0	0	0	20	0	20	20	20	40	0	20	20	40	100
Haute-Loire (43)	<i>Pas de PROXOB/ Futur RéPPOP 2021-2022</i>	0	0	0	15	0	15	15	15	30	0	15	15	30	75
Nord de Drôme-Ardèche (07)	<i>RéPPOP ancien</i>	10	0	10	20	10	30	30	20	50	0	30	30	60	150
TOTAUX		60	0	60	115	60	175	125	115	240	0	125	125	300	750

f. Organisation territoriale du projet et professionnels concernés

Le dispositif du projet d'expérimentation PROXOB est organisé sur **2 niveaux** :

- **Au niveau régional : le niveau de pilotage du projet :**

La cellule en charge du pilotage du projet à l'échelon régional sera portée par l'association PROXOB, en étroite collaboration avec la coordination territoriale du CSO CALORIS pour l'Auvergne. Elle assurera la coordination du déploiement de PROXOB sur les départements, l'organisation des formations, la gestion des relations partenariales (CHU/CH, SSR, ARS, CD, PMI, URPS, RéPPOP, CSO, etc.), l'apport d'expertise médicale, l'animation des équipes, et portera toutes les actions de pilotage et d'évaluation requises par le dispositif de l'article 51.

La cellule interviendra sur l'ensemble du périmètre du projet, y compris vis-à-vis des territoires relevant d'autres CSO (en l'occurrence, le territoire d'Annonay, qui relève du CIO de Lyon).

Les professionnels concernés :

- Le **coordinateur médical, pilote du projet** : médecin, praticien hospitalier au CHU de Clermont-Ferrand et également coordinateur médical du CSO CALORIS, il sera mis à disposition du projet sur une partie de son temps.
- Un **chef de projet** qui assurera sous l'égide du coordinateur médical le déploiement et le suivi global du projet.
- Un **assistant administratif** qui portera en particulier, sous la responsabilité du chef de projet, les opérations liées à la gestion des flux financiers (en particulier paiement des différents intervenants médicaux et para médicaux).

Pour ces fonctions financières et comptables, la cellule s'appuiera sur l'expertise d'un cabinet comptable, ainsi que d'un expert juridique.

- **Au niveau départemental : le niveau de l'organisation et de la mise en œuvre des prestations à destination des familles**

Seront assurés à ce niveau : la mise en place des ressources (recrutement des professionnels), le suivi de la mise en œuvre des prestations, la gestion du parcours de soins du pré-recrutement jusqu'à la sortie définitive de l'utilisateur (planification et/ou participation aux différentes prestations), et la liaison avec les

partenaires locaux et médecins traitants.

Les professionnels intégrés au dispositif PROXOB dans chacun des 5 départements de l'expérimentation :

- Un **coordinateur administratif** : il est chargé de la coordination du parcours de chaque famille et des actions de recrutement, gestion et animation des professionnels PROXOB du département. Il est le relais de la cellule régionale pour le pilotage du projet, durant le temps de l'expérimentation.
- Un **médecin PROXOB** : médecin libéral ou salarié d'une structure, il interviendra pour réaliser tous les bilans des familles tout au long de leur parcours. Il assurera également des fonctions médicales mutualisées au niveau du département : soutien médical en appui des équipes de professionnels intervenant à domicile (et participation au système d'astreinte organisé au niveau du projet à ce titre), liaison avec les médecins traitants et autres professionnels de santé ou du secteur social ou médico-social, ASE,... dans le cadre de la coordination du parcours des familles
- Une **infirmière** interviendra pour la relève des mesures anthropométriques (poids, taille, etc.) lors des bilans en structure.
- Des **trinômes de professionnels paramédicaux**, entre 4 et 6 par département selon la file active, en charge de la programmation et réalisation des prises en charge, à domicile ou téléphoniques et participeront aux temps de coordination nécessaires au suivi du parcours des familles. Les professionnels paramédicaux recrutés pour intervenir parmi les trinômes à domicile sont :
 - o des **diététiciens**
 - o des **professeurs d'Activité Physique Adaptée (APA)**
 - o des **professionnels de la parentalité** : psychologues cliniciens, éducateurs spécialisés, éducateurs jeunes enfants, conseillers conjugaux et familiaux.

Les professionnels paramédicaux du trinôme auront suivi une **formation validante de 40 h Education thérapeutique mention obésité, comme le médecin PROXOB et le coordinateur.**

Les professionnels des trinômes, de par **leur connaissance du territoire (proximité)**, favorisent l'orientation des familles vers des dispositifs locaux de la vie quotidienne pouvant les aider dans la mise en place d'une meilleure hygiène de vie (associations sportives, marchés de produits frais, etc.).

Les modalités d'intervention des professionnels Proxob :

Les membres du trinôme, l'infirmière et les médecins départementaux interviendront dans le cadre de contrats de prestation/convention de partenariat, selon leur statut professionnel, donnant lieu à la facturation de prestations.

Pour ce qui est des coordinateurs administratifs départementaux ainsi que des membres de la cellule régionale, il conviendra de privilégier les mises à disposition de personnels d'autres structures vers CALORIS (CHU pour la cellule régionale, RePPOP ou CH ou SSR pour les coordinateurs départementaux notamment).

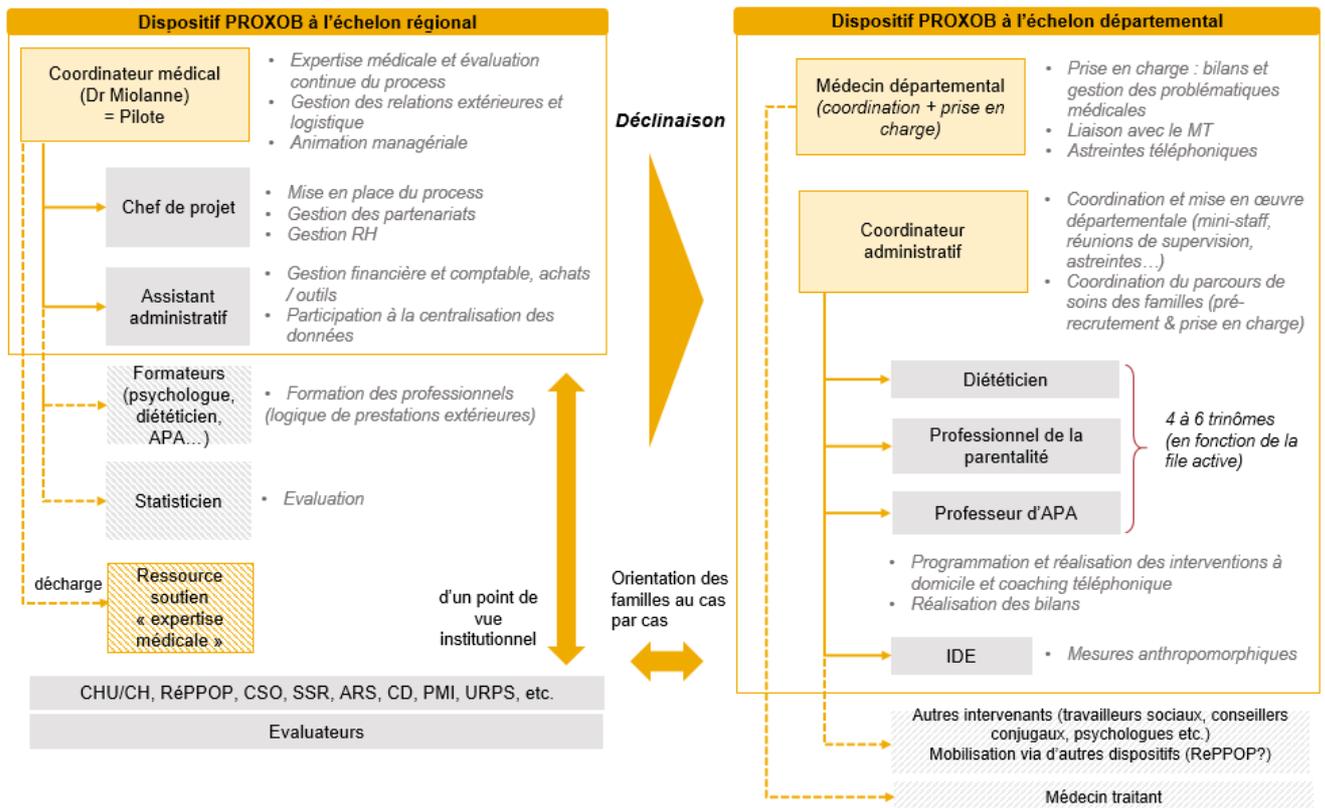
Les autres professionnels concernés :

Professionnels des RePPOP et CSO : chargés des actions d'animation territoriale de la cellule (information, sensibilisation, etc.), ils participeront à l'information du dispositif PROXOB sur leurs territoires dans le cadre de leurs actions habituelles, permettant ainsi une mutualisation des actions d'information et d'animation, et une bonne coordination des différentes prises en charge.

Médecins généralistes et pédiatres : ces professionnels pourront adresser les patients et seront informés de l'inclusion, des ateliers, des résultats des bilans ou de toute situation devant être transmise ; ils

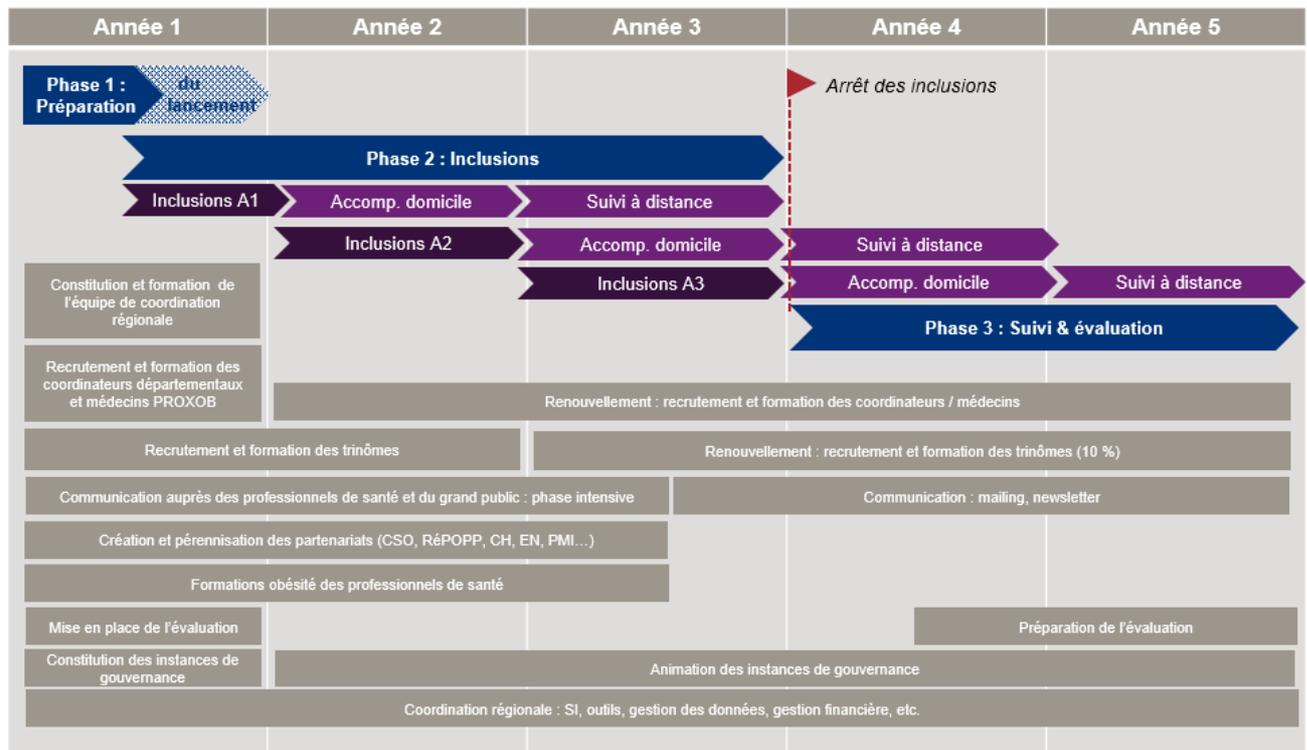
poursuivront le suivi des personnes en excès de poids relevant du 1er recours ;

Médecins et infirmiers de PMI et scolaires ou tout professionnel de santé ou du secteur social et médico-social, tout membre d'un réseau RéPPOP : ces professionnels pourront adresser les patients et seront informés de toute situation devant être transmise en vertu des articles art. R 1110-1 du CSP et art L 226-2-2 CASF.



g. Durée de l'expérimentation et planning prévisionnel des phases de mise en œuvre
La durée prévue pour cette expérimentation est de 5 ans : 3 ans d'inclusion et au minimum 2 ans de suivi par famille (dont 12 mois d'accompagnement intensif et personnalisé à domicile et 12 mois d'accompagnement numérique en autonomie).

Phasage du projet d'expérimentation sur 5 ans



h. Gouvernance et suivi de la mise en œuvre

Le pilotage du projet d'expérimentation sera assuré par **une équipe projet représentée par la cellule régionale PROXOB**. Un **comité projet**, correspondant à la cellule de pilotage régionale élargie aux 5 coordinateurs départementaux, sera en charge de l'animation interne des équipes.

La gouvernance décisionnelle du projet d'expérimentation sera quant à elle portée par **un comité technique (COTECH)** rassemblant le CSO Caloris, l'ARS et l'Assurance Maladie. Un **COFIL élargi** aux partenaires obésité, professionnels de santé et acteurs de la prévention en santé visera à assurer le suivi des grandes orientations prises par le projet.

Détail des instances de gouvernance du projet d'expérimentation

		COMPOSITION	PÉRIODICITÉ	RÔLE
PILOTE	EQUIPE PROJET	<ul style="list-style-type: none"> • Dr Miolanne • Chef de projet • Assistant administratif • Soutien médical 	-	Pilotage du projet à l'échelon régional (<i>voir schéma de dispositif projet</i>) + <i>organisation formation, SI</i>
INSTANCES DE GOUVERNANCE AVEC LES PARTENAIRES	COPIL élargi	<ul style="list-style-type: none"> • CSO CALORIS : Dr Boirie, Dr Miolanne, un membre de la Direction du CHU • ARS ARA : L. Peiser, D. Argaud • Assurance maladie - DCGDR ARA • Partenaires institutionnels : <ul style="list-style-type: none"> ○ <i>Partenaires obésité</i> : médecins du RéPPOP, des CH 43 et 15, du SSR 03, du futur RéPPOP Auvergne, CSO des autres territoires impliqués ○ <i>Professionnels de santé</i> : URPS médecins, référents Asalée ○ <i>Acteurs de la prévention en santé</i> : Conseil Départemental (PMI), médecine scolaire, CLS 	1 fois par an	Comité ouvert avec des partenaires (comité « de valorisation »), en charge de suivi des grandes orientations du projet et sa coordination à l'échelon régional
	COTECH	<ul style="list-style-type: none"> • CSO CALORIS • ARS ARA • Assurance maladie - DCGDR ARA 	Autant que nécessaire (1 fois par mois minimum au début)	Comité décisionnel (gestion de projet, décisions stratégiques, suivi du budget et des travaux, changement des orientations)
ANIMATION INTERNE DES ÉQUIPES	COMITÉ PROJET	<ul style="list-style-type: none"> • Equipe projet • 5 coordinateurs départementaux 	1 fois par mois la 1 ^{ère} année (puis tous les 2 mois)	Comité en charge de la gestion harmonisée du projet et des équipes pour atteindre les objectifs
		Une journée d'échange de pratiques avec les trinômes et médecins PROXOB	1 fois par an	Partage de bonnes pratiques/retours d'expérience

5. Financement de l'expérimentation

a. Modèle de financement

Le modèle de financement proposé est un modèle de financement aux forfaits, porté par le FISS, auquel s'ajoute, pour les besoins de l'expérimentation, un financement de l'ingénierie et des coûts d'amorçage par le FIR.

b. Modalité de financement de la prise en charge proposée

Le budget de PROXOB est construit autour de 3 postes : le forfait famille comprenant les prestations et la coordination autour de la famille, les coûts d'amorçage, et les coûts d'ingénierie projet.

b1 - Le forfait famille – prestations et coordination autour de la famille

Sont prévus des forfaits correspondant à chaque phase de l'accompagnement de la famille dans le programme PROXOB. Leur montant est essentiellement déterminé par les prestations des professionnels de santé et le coût précis de la coordination pour chacune des phases.

Nature des dépenses intégrées aux forfaits :

- Honoraires des professionnels : trinôme, médecin, infirmière
- Temps de coordinateur

Les 4 forfaits sont :

- Un forfait correspondant à une phase d'inclusion (premiers mois de la 1^e Année)
 - Un forfait correspondant à une phase d'ateliers et d'accompagnement intensif (En année 1)
 - Un forfait correspondant à une phase d'autonomie (année 2)
 - Un forfait correspondant à un bilan à distance (M36 et M48), pour 50 familles incluses la première année de l'expérimentation du fait de la durée de l'expérimentation (M60).
- **Forfait inclusion** : il comprend le coût de l'inclusion d'une famille ainsi que le coût de coordination et de mise en œuvre du programme :
 - ⇒ Prestations
 - Bilan M0 d'inclusion
 - 3 Bilans éducatifs partagés à domicile
 - 1 mini-staff suite au Bilan et 3 BEP
 - ⇒ Coordination du parcours des familles
 - ⇒ Coordination des professionnels (astreinte médicale, gestion des plannings, recrutement/gestion RH,...)

Le coût global de ce forfait inclusion est de 1 545€

Les modalités de paiement feront l'objet d'une convention avec l'Assurance Maladie.

- **Forfait ateliers (M2 à M12)** : il comprend la phase intensive de l'accompagnement, lors de laquelle ont lieu les ateliers à domicile des patients. S'ajoutent également à ces prestations des coûts de coordination et d'organisation.
 - ⇒ Prestations : 15 ateliers à domicile (5 par membre du trinôme)
 - ⇒ Organisation (participation aux mini-staffs)
 - ⇒ Coordination

Le coût global de ce forfait ateliers est de 1 530€

Les modalités de paiement feront l'objet d'une convention avec l'Assurance Maladie.

- **Forfait autonomie (M12 à M24)** : il comprend la phase de suivi de l'autonomisation de la famille intensive de l'accompagnement. S'ajoutent également à ces prestations des coûts de coordination et d'organisation :
 - ⇒ Prestations
 - Bilan M12
 - Coaching téléphonique (3)
 - Bilan M24
 - ⇒ Organisation (point d'étape si nécessaire, suivi des usages de l'application motivationnelle)
 - ⇒ Coordination

Le coût global de ce forfait autonomie est de 894 €.

Les modalités de paiement feront l'objet d'une convention avec l'Assurance Maladie.

- **Forfait bilan à distance (M36 et M48)** : il ne sera proposé que pour 50 familles incluses en année 1. Il permettra le recueil de données (corpulence, qualité de vie, MTMV, recours aux soins, besoin d'accompagnement distanciel, utilisation de la solution numérique...) à distance de l'accompagnement (c'est-à-dire 3 ans et 4 ans après l'inclusion / soit 1 an et 2 ans après la fin de l'accompagnement). Ce bilan distanciel permettra en outre de répondre aux objectifs stratégiques 1 et 3 et aux objectifs opérationnels 2, 5 et 6 (page 13) :
 - ⇒ Prestations
 - Bilan M36 pour 50 familles
 - Bilan M48 pour 50 familles
 - ⇒ Coordination

Le coût global de ce bilan à distance est de 200 € (appliqué à 2 reprises seulement à 50 familles).

En synthèse le forfait famille se décompose donc en 3 postes pour les 2 ans de prise en charge et un 4^{ème} poste à M36 et M48 pour 50 d'entre elles.

	Coût par famille	Coût par personne en surpoids*
Coût de la prise en charge sur 2 ans (300 familles)	3969 €	1 588 €
Forfait Inclusion	1 545 €	618 €
Forfait Ateliers	1 530 €	612 €
Forfait Autonomie	894 €	358 €
<i>+ Forfait Bilan à distance (pour 50 familles avec bilan M36 et bilan M48)</i>	<i>200 €</i>	<i>80 €</i>

Pour 250 familles, le coût total s'élève à 3969 € par famille, soit environ 1 588€ par personne en surpoids*, soit 794 € par personne en surpoids* par an sur 2 ans de prise en charge.

Pour 50 familles, le coût total s'élève à 4369 € par famille, soit 1748 € par personne en surpoids soit 437 € par personne en surpoids par an sur 4 ans d'inclusion.

** 2,5 personnes en surpoids par famille*

Au total les forfaits famille représentent un montant global de 1,21M€.

Forfaits famille	TOTAL	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Année 5
Montant total des forfaits familles	1 210 700 €	173 670 €	371 850 €	467 540 €	142 705 €*	54 935 €*
Nombre de familles incluses	300	60	115	125	0	0
<i>Nombre de forfaits Inclusion</i>	300	60	115	125	0	0
<i>Nombre de forfaits Ateliers</i>		50	105	124	21	0
<i>Nombre de demi-forfaits Autonomie Entrée</i>		10	65	120	105	0
<i>Nombre de demi-forfaits Autonomie Sortie</i>		0	10	65	120	105
<i>Nombre de forfaits Bilan à distance</i>	100	0	0	10	50	40
Nombre de familles en cours	-	60	175	300	275	145

b2 - Les dépenses d'amorçage

Il s'agit des dépenses pérennes devant être initiées dès le lancement du programme pour les besoins de la mise en place.

Ces coûts fixes correspondent à plusieurs types de dépenses :

- La formation et l'équipement des professionnels de santé et coordinateurs (temps de formations et cout matériel)
- L'information sur PROXOB nécessaire à l'inclusion des familles et la mise en place de partenariats avec les structures locales (temps de coordinateurs)

- **L'outil informatique :**

Un outil adapté aux besoins du programme proposant une application motivationnelle à travers une interface pour les familles sera développé par un prestataire (suite à un appel d'offre conforme à la réglementation, financement hors article 51).

- **La formation et l'équipement des professionnels et coordinateurs :**

Chaque professionnel paramédical et médical ainsi que chaque coordinateur intervenant dans la gestion et les prestations autour des familles aura reçu une formation spéciale : formation ETP obésité validante 40h + particularité de l'accompagnement familial et à domicile.

L'ensemble des professionnels du trinôme, les médecins Proxob et les coordinateurs départementaux seront formés. On estime que 80% du personnel aura besoin de l'ensemble de la formation, tandis que 20% des professionnels auront déjà reçu la formation ETP obésité n'auront besoin que du module de formation complémentaire.

Nombre de professionnels impliqués dans PROXOB :

On compte un médecin PROXOB et un coordinateur par département, soit 10 personnes à former.

Les trinômes sont composés d'1 diététicien, 1 spécialiste de la parentalité, 1 APA, on en compte :

- 6 trinômes dans le Puy de Dôme
- 4 dans le Cantal
- 4 dans la Haute Loire
- 4 dans l'Allier
- 4 dans les environs d'Annonay

⇒ Soit un total de 22 trinômes, et 66 PS paramédicaux à former et équiper d'une mallette.

⇒ Un total de 76 personnes à former dont autour de 61 personnes ayant besoin d'une formation complète et 15 personnes de la seule formation complémentaire hors ETP. Cependant, compte-tenu du fait que PROXOB est déjà une expérimentation en place sur les $\frac{3}{4}$ du Puy-de-Dôme et $\frac{1}{4}$ de l'Allier, on estime que 18 professionnels auront déjà bénéficié de la formation (environ 4 trinômes dans le Puy-de-Dôme et 2 trinômes dans l'Allier, déjà en place). Ainsi, le nombre de session et le coût en sera réduit.

⇒

Seront organisées des sessions de formation ETP (4,5 jours – 4 sessions), des sessions obésité et famille/domicile (2,5 jours – 6 sessions) ainsi que des sessions dédiées à l'utilisation des outils par catégorie de professionnels (0,5 jour – 6 sessions), soit environ **36 jours de formation**.

La journée de formation, à destination d'une dizaine de personnes, coûte **1 300 euros**.

L'organisation des sessions de formation sera répartie entre la 1^{ère} et la 2^e année pour tenir compte de l'étalement des recrutements des professionnels des trinômes impliqué par la montée en puissance progressive de l'expérimentation.

⇒ **Coût total de la formation des professionnels et coordinateurs : 46 800€ (58 personnes)**
(Soit un coût pondéré de la formation par professionnel de 806 €).

Chaque membre d'un trinôme est également équipé d'une mallette correspondant à son activité dans PROXOB :

Coût de la mallette : 500 €

⇒ **Coût total des mallettes : 33 000€ (soit une mallette de 500€ pour 66 membres de trinôme)**

NB les trinômes déjà en place devront être équipés des nouvelles mallettes (mise à jour des outils et ateliers, impression sur des supports durable par une société spécialisée et non pas artisanale et périssable tel qu'actuellement).

- **L'information sur PROXOB pour inclure des familles et la mise en place de partenariats avec les structures locales**

Afin de faire connaître le programme PROXOB aux structures locales de la filière obésité, chaque médecin départemental ainsi que chaque coordinateur départemental devra y consacrer du temps dès le lancement de l'expérimentation.

Evaluation du temps d'information sur PROXOB par département pour amorcer le dispositif (année 1 et 2)

Ce temps dédié à l'information sur PROXOB et la mise en place des partenariats diffère en fonction de l'animation déjà existante de la filière obésité dans chaque département.

Dans les départements où PROXOB est déjà implanté/s'implantera facilement dans la filière (via l'historique PROXOB ou via un REPPPOP existant), on estime la charge à :

- 1 jour par semaine pour le coordinateur départemental
- 1 jour par mois pour le médecin départemental

C'est pourquoi, le projet pourra démarrer en année 1 dans le Puy-de-Dôme, l'Allier et Drôme-Ardèche et en année 2 dans le Cantal et la Haute-Loire.

Au total, il s'agit d'un coût global de promotion dans la filière obésité :

- Puy de Dôme, Allier, Nord de Drôme-Ardèche → 12 900€ par département en année 1
- Cantal et Haute-Loire → 12 900€ par département en année 2

⇒ **Soit un coût total du temps d'information/partenariats pour la mise en place de 64 500 €**

Les dépenses d'amorçage représentent un montant de 144 300 €

Total Amorçage	144 300 €
Mallettes	33 000 €
Formation	46 800 €
Mise en place PROXOB	64 500 €

b3 - Les coûts d'ingénierie projet

Il s'agit de toutes les dépenses nécessaires pour la mise en place, le pilotage, la gouvernance de l'expérimentation.

- Temps des membres de la cellule régionale et quote-part du temps des coordinateurs départementaux
- Frais de gestion : charges administratives et financières, déplacements, logistique, ...

Cellule régionale : les coûts des ETP pour les membres de la cellule régionale sont estimés à :

- Coordinateur médical (PH) - salaire annuel : ETP estimé à 120k € brut chargé
- Chef de projet régional - salaire annuel : ETP estimé à 45k € brut chargé
- Assistante administrative - salaire annuel : ETP estimé à 30k € brut chargé

Les besoins ont été calculés par année d'expérimentation suite à une estimation précise des temps pour chacune des missions de la cellule. Il est plus important en année 1 et 2, ce qui correspond à un plus fort **besoin en pilotage de l'expérimentation et mise en place de la gouvernance projet** pour le coordinateur médical et le chef de projet régional.

Moyens humains cellule régionale	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Année 5	TOTAL sur 5 ans
Coordinateur médical	0.3	0.3	0.2	0.2	0.2	144 000 €
	36 000 €	36 000 €	24 000 €	24 000 €	24 000 €	
Chef de projet régional	0.8	0,8	0.5	0.5	0.5	139 500 €
	36 000 €	36 000 €	22 500 €	22 500 €	22 500 €	
Assistante administrative	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	90 000 €
	18 000 €	18 000 €	18 000 €	18 000 €	18 000 €	
TOTAL cellule régionale	1.7	1.7	1.3	1.3	1.3	373 500 €
	90 000 €	90 000 €	64 500 €	64 500 €	64 500 €	

Participation des équipes départementale à la gouvernance du projet : les médecins départementaux et les coordinateurs administratifs consacreront également des temps à la réalisation de tâches liées à la gouvernance du projet.

Cela représente un coût annuel par département de 2390 € en moyenne sur les 4 premières années. Il est renforcé en année 5 (8477€) à la fois pour les besoins de l'appui au recueil des données (le renseignement des données individuelles dans le SI étant de leur responsabilité), mais également afin d'assurer un minimum de temps de présence des coordinateurs durant cette dernière année alors que les crédits liés aux forfaits ne seront plus disponibles (105 familles seront en phase d'autonomie, avec nécessité d'appels téléphoniques, de suivi de l'application motivationnelle, de gestion des situations complexes éventuelles, de programmation de leur bilan à M24,...). De plus, 50 familles incluses en année 1 auront une évaluation à M48, à organiser la 5^{ème} année.

Frais de gestion : ils sont estimés à 15% du budget d'ingénierie.

Coût total	TOTAL	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Année 5
Ingénierie projet	527 965 €	111 780 €	117 300 €	87 975 €	87 975 €	122 935 €
Régional	373 500 €	90 000 €	90 000 €	64 500 €	64 500 €	64 500 €
Départemental	85 600 €	7 200 €	12 000 €	12 000 €	12 000 €	42 400 €
Frais de gestion	68 865 €	14 580 €	15 300 €	11 475 €	11 475 €	16 035 €

c. Besoin de financement

i. Synthèse du besoin de financement

Au titre du financement par le FISS :

Forfait famille	TOTAL	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Année 5
Nb inclusions	300	60	115	125	0	0
Nb familles en cours	-	60	175	300	275	145
Financement FISS TOTAL	1 210 700 €	173 670 €	371 850 €	467 540 €	142 705 €	54 935 €

Au titre du financement par le FIR :

	TOTAL	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Année 5
Amorçage	144 300 €	86 300 €	58 000 €			
<i>Mallettes</i>	33 000€	21 000€	12 000€			
<i>Formation</i>	46 800 €	26 600 €	20 200 €			
<i>Mise en place PROXOB</i>	64 500 €	38 700 €	25 800 €			
Ingénierie projet	527 965 €	111 780 €	117 300 €	87 975 €	87 975 €	122 935 €
<i>Régional</i>	373 500 €	90 000 €	90 000 €	64 500 €	64 500 €	64 500 €
<i>Participation départementale</i>	85 600 €	7 200 €	12 000 €	12 000€	12 000 €	42 400 €
<i>Frais de gestion</i>	68 865 €	14 520 €	15 300 €	11 475 €	11 475 €	16 035 €
Financement FIR TOTAL	672 265 €	198 080 €	175 300 €	87 975 €	87 975 €	122 935 €

	TOTAL	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Année 5
TOTAL FIR +FISS	1 882 965 €	371 750 €	547 150 €	555 515 €	230 680 €	177 870 €

Evaluation- Financement optionnel – FIR :

Le cas échéant, en complément de l'évaluation prévue par la DREES et la CNAM (ref. L.162-31-1.V_§2), un temps dédié à l'établissement et à la réalisation du recueil de données médicales peut-être envisagé pour un maximum de 0,1 ETP /An soit (7500 € /an) par un professionnel ARC. Cet ETP d'ARC serait mobilisé dans le cas où les moyens de collecte d'information prévus initialement à des fins de pilotage du projet ne suffiraient pas. Ce point fera l'objet d'un échange avec l'équipe d'évaluation externe au regard des nécessités de mise à disposition de ces données. Il sera soumis à l'accord de l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes

Contribution optionnelle au recueil des données d'évaluation	Recueil des indicateurs et évaluation (Selon participation demandée par la CNAM et la DREES)	Selon participation demandée : - Recueil et production des données des indicateurs de suivi de l'expérimentation.	Maximum 7500 € / an pendant 5 ans. MAX : 37 500 € Justification des ressources à engager
---	---	--	---

La mise en œuvre de ce financement optionnel est soumise à l'accord des pilotes de l'évaluation (CNAM et DREES) et de l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes.

ii. Dérogations nécessaires pour la mise en œuvre de l'expérimentation

I - Règles de financements de droit commun auxquelles il est souhaité déroger ?	
Limites du financement actuel	L'assurance maladie ne prend pas en charge dans le cadre du droit commun le remboursement des consultations des métiers supports (APA, diététicienne, psychologue/parentalité...) ni des coûts de coordination. Les financements de l'assurance maladie sont rattachés à un assuré social et à non un groupe d'assurés sociaux dans le cadre d'une prestation collective pour toute une famille.
Dérogations de financement envisagées (article L162-31-1-II-1° et 3°) <i>Facturation,</i> • <i>Tarifification,</i> • <i>Remboursement,</i> • <i>Paiement direct des honoraires par le malade</i> <i>Participation de l'assuré</i>	Dérogations aux frais couverts par l'assurance maladie : - Prise en charge des bilans et ateliers à domicile d'activité physique adaptée, psychologique, infirmier, diététique, dans le parcours de suivi des enfants en surpoids et de leur famille coordonné par un médecin et un coordinateur - Financement d'une consultation de bilan obésité pour une famille (seule une consultation de suivi de l'obésité pour un enfant de moins de 12 ans existe aujourd'hui).

II - Règles d'organisation de l'offre de soins auxquelles il est souhaité déroger ?	
Limites des règles d'organisation actuelles	Besoin d'une équipe experte pluri-professionnelle pour assurer la coordination de la prise en charge
Dérogations organisationnelles envisagées (article L162-31-1-II-2°) <i>Partage d'honoraires entre professionnels de santé</i> <i>Prestations d'hébergement non médicalisé</i> <i>Autorisation d'activité de soins et d'équipements matériels lourds à des groupements</i> <i>Dispensation à domicile des dialysats</i>	Financement d'une équipe pluridisciplinaire pour la coordination et les soins mobiles ou délocalisés.

iii. Catégorie d'expérimentation

Modalités de financement innovant (Art. R. 162-50-1 –I-1°)	Cocher	Si oui, préciser
a) Financement forfaitaire total ou partiel pour des activités financées à l'acte ou à l'activité		
b) Financement par épisodes, séquences ou parcours de soins	X	Les prestations auprès des familles sont regroupées en forfaits, venant financer divers professions libéraux/indépendants. Le parcours de soins fait l'objet de 3 forfaits : un forfait inclusion (bilans et accès à une application informatique), un forfait ateliers (financement de 15 ateliers de 3 professionnels différents ainsi que de la coordination) et un forfait autonomie (bilans et coaching à distance)
c) Financement modulé par la qualité, la sécurité ou l'efficacité des soins, mesurées à l'échelle individuelle ou populationnelle par des indicateurs issus des bases de données médico-administratives, de données cliniques ou de données rapportées par les patients ou les participants aux projets d'expérimentation d'expérimentations		
d) Financement collectif et rémunération de l'exercice coordonné		

Modalités d'organisation innovante (Art. R. 162-50-1 – I-2°)	Cocher	Si oui, préciser
a) Structuration pluri professionnelle des soins ambulatoires ou à domicile et promotion des coopérations interprofessionnelles et de partages de compétences	X	Equipe d'intervention pluri-professionnelle : diététicien, professionnel de la parentalité, professeur d'APA, médecin, IDE
b) Organisation favorisant l'articulation ou l'intégration des soins ambulatoires, des soins hospitaliers et des prises en charge dans le secteur médico-social	X	Dispositif articulant prise en charge à domicile, consultation en structure spécialisée de proximité, et orientation vers les partenaires de soins
c) Utilisation d'outils ou de services numériques favorisant ces organisations	X	Utilisation d'une application numérique motivationnelle à destination des familles

Modalités d'amélioration de l'efficience ou de la qualité de la Cocher prise en charge des produits de santé (Art. R. 162-50-1 – II)²	Cocher	Si oui, préciser
1o Des prises en charge par l'assurance maladie des médicaments et des produits et prestations de services et d'adaptation associées au sein des établissements de santé, notamment par la mise en place de mesures incitatives et d'un recueil de données en vie réelle		
2o De la prescription des médicaments et des produits et prestations de services et d'adaptation associées, notamment par le développement de nouvelles modalités de rémunération et d'incitations financière		
3o Du recours au dispositif de l'article L. 165-1-1 pour les dispositifs médicaux innovants avec des conditions dérogatoires de financement de ces dispositifs médicaux.		

d. Modèle médico-économique

Le modèle médico-économique du projet PROXOB repose tout d'abord, comme les autres projets de prévention et prise en charge de l'obésité, sur l'impact positif du programme sur la santé des bénéficiaires et par conséquent sur les conséquences financières positives à en attendre pour le système de santé dans l'avenir.

Le projet PROXOB constitue par ailleurs un modèle de prise en charge particulièrement efficient au regard des autres projets obésité.

L'impact à attendre du programme PROXOB sur la santé : le levier essentiel de la prise en charge familiale

Les bénéfices à attendre du projet PROXOB en matière de santé sont comme pour les autres projets obésité :

♦ médicaux :

- Ralentissement de la progression de la prévalence du surpoids pédiatrique
- Diminution du nombre d'adultes obèses
- Réduction des comorbidités associées à l'obésité (diabète 2, etc.) et des dépenses de soins liées à la surconsommation des prestations de santé des personnes en surpoids

♦ psycho-sociaux :

- Inclusion sociale de l'enfant/ado et de sa famille
- Réduction des troubles psychiques associés notamment à la dépression

En la matière, PROXOB se distingue d'autres projets pour 2 raisons.

Tout d'abord, l'accompagnement PROXOB **a déjà commencé à être expérimenté** dans le Puy de Dôme et a prouvé qu'il était capable d'avoir un impact sur la courbe de poids de l'enfant pris en charge, en stabilisant ou en diminuant la prise de poids.

² Ne concernent les projets d'expérimentation déposés auprès des ARS que dans le cas où ces modalités s'intègrent dans un projet ayant un périmètre plus large relatif aux organisations innovantes (définies au 1° du I de l'article L. 162-31-1)

De plus, en se focalisant sur l'**approche familiale**, PROXOB capitalise sur les facteurs de succès déjà démontrés dans des expériences internationales qui ont fait la preuve de leur pertinence.

Ainsi, à Leeds, le programme HENRY a permis pour la première fois d'inverser la courbe de l'obésité infantile au Royaume-Uni. Cette expérimentation cible elle aussi les comportements de l'ensemble des membres de la famille, qu'ils soient alimentaires ou quotidiens. En fournissant un accompagnement à domicile, il fournit des outils supplémentaires aux parents, et notamment éducatifs, qui visent à renforcer et inscrire dans le temps les changements espérés. Ce programme a été élargi à d'autres villes anglaises.

Des études, telle que *Cost effectiveness of Family-Based Obesity Treatment* menée en 2017 à Buffalo dans l'Etat de New York aux Etats-Unis, a également souligné l'efficacité d'une prise en charge de la famille par rapport à une prise en charge centrée uniquement sur l'enfant. Plus efficace en termes de pertes de poids (sur l'enfant et sur les parents), le surcoût d'un traitement sur la famille est compensé par les bénéfices physiques, psychologiques, sociaux sur la famille, ainsi que sur la prévention de l'obésité (au sein de la cellule familiale).

Les coûts évités pour le système de santé : l'obésité au cœur des défis de santé publique

Les coûts de l'obésité en France, selon une étude du Trésor publiée en 2016, sont extrêmement importants. On estime à 20Mds d'€ en 2012 le coût social global annuel de ce phénomène. Si l'on décompose ce coût global, nous obtenons :

- 12,8 Mds d'€ sont liés à l'obésité
- 7,7Mds d'€ sont liés au surpoids (dont 6 Mds d'€ de surcout pour l'Assurance Maladie).

Les coûts évités d'un programme parvenant à maintenir et infléchir la courbe de l'obésité sont :

- Les coûts des comorbidités associées à l'obésité (diabète de type 2, hypertension artérielle, maladies respiratoires, maladies articulaire, certains cancers mais aussi troubles psychiques, notamment dépressions) et actes de soins en ville ou en milieu hospitalier (chirurgies bariatriques en hausse, en particulier) ;
- Les dépenses sociales : indemnités journalières et pensions d'invalidité
- Les conséquences économiques et impact en matière de réduction de la richesse consécutive.

Un modèle efficient de prise en charge : une forte mutualisation des moyens

Tout d'abord, le programme PROXOB agit auprès de l'ensemble de la cellule familiale. Cette prise en charge collective n'entraîne un léger surcoût par rapport à une prise en charge du seul enfant qu'à travers le format des bilans (consultation dérogatoire). Les ateliers quant à eux s'adressent pour un même déplacement et une même durée à tous les membres de la famille qui peuvent ainsi bénéficier des modifications thérapeutiques des modes de vie, ce qui a un effet positif sur les courbes de poids de tous.

Par conséquent, au lieu de se cantonner au seul enfant en surpoids à l'origine de la prise en charge, PROXOB démultiplie ses effets et, d'un point de vue financier, améliore le retour sur investissement des financements mobilisés. Les statistiques issues des premières phases d'expérimentation PROXOB montrent que la taille moyenne des familles incluses est de 3,5 personnes. Parmi elles, 2,5 sont en surpoids (1,2 enfant et 1,3 adulte en surpoids par famille accompagnée). Sur l'ensemble des personnes incluses, on compte environ 82% en excès de poids (74% des enfants et 90% des adultes). Par famille, une personne en moyenne sera prise en charge au titre de la prévention. Cette prévention sera, comme le préconisent les autorités de santé, ciblée sur les personnes à risque (ici : personnes soumises de par leur son environnement familial à un mode de vie souvent porteurs d'importants facteurs de risque).

Enfin, PROXOB s'inscrit dans l'organisation territoriale de la prise en charge de l'obésité. Le projet n'ajoute aucune redondance avec les structures en place. Ce sont les RePPOP qui porteront, selon leur vocation, l'information sur le projet dans la durée. Les professionnels mobilisés interviennent en ville et déploieront leur compétence acquise sur PROXOB sur le reste de leur patientèle et de leur réseau professionnel.

6. Evaluation

a. Impacts attendus

Impacts en termes de service rendu aux patients

- **L'amélioration de l'accès aux soins** sur l'ensemble du territoire d'intervention, matérialisée par une augmentation du nombre d'enfants suivis, une diminution du nombre d'enfants perdus de vue, et une augmentation du nombre d'enfants réorientés si besoin
- **La réduction de la rupture de soins**, en particulier dans les familles fragiles socialement et la **réduction des inégalités sociales et territoriales de santé** (gratuité de la prise en charge et intervention au domicile)
- **Des MTMV durables pour toute la famille** dans toutes les dimensions (approche pluridisciplinaire et autonomisation), contribuant à **l'amélioration de la santé dans ses trois dimensions** (physique : corpulence, psychologique et sociale : qualité de vie), et de l'hygiène de vie des enfants pris en charge et de leur famille
- **La prévention de l'obésité et du surpoids** au sein des familles concernées, en incluant les parents et les fratries à risque

Impacts organisationnels et sur les pratiques professionnelles pour les professionnels et les établissements et/ou services

- **Le renforcement de l'offre de soins dédiée à l'obésité**, en particulier dans les zones sous dotées en professionnels libéraux. **La possibilité de disposer pour les acteurs de la prise en charge de l'obésité, d'un dispositif-relais en proximité (PROXOB)**. L'augmentation du **nombre de professionnels libéraux formés** (formation 40h ETP mention obésité) : ces derniers peuvent essayer à leur tour, au plus proche du lieu de vie des usagers et en collaboration étroite avec les partenaires locaux.
- **Le renforcement des opportunités d'exercice en coordination** entre professionnels libéraux et **d'articulation** avec les autres dimensions possibles de la prise en charge (**orientations inter-dispositifs**)
- **Le désengorgement des établissements de 2ème et 3ème recours**, tout en restant en collaboration avec eux dans le cadre de la prise en charge
- La possibilité pour les établissements de 3ème recours à se dédier plus facilement à leur mission de **prise en charge des cas complexes**

Impact en termes d'efficience pour les dépenses de santé

- **La diminution des coûts de santé liés aux complications de l'obésité** (métaboliques, cardiovasculaires, psychologiques, néoplasiques, fonctionnelles, sociales, professionnelles...) grâce aux actions de prévention à destination de toute la famille et de diminution de l'excès de poids
- **La diminution des coûts associés aux ruptures de prise en charge**

b. Modalités d'évaluation de l'expérimentation proposées

INDICATEURS D'EVALUATION DU PROCESSUS	MODALITES DE COLLECTE
<i>Suivi des modifications du protocole (amélioration continue)</i>	Cellule régionale et cellules départementales (suivi courant / suivi continu du processus)
<i>Nombre de familles incluses, patients suivis et file active (par an, par</i>	Cellule régionale et cellules départementales

territoire)

Nombre de territoires couverts

Comptabilité analytique

Respect du budget prévisionnel

Coût de l'offre de soins, de son organisation et de sa coordination

Nombre de réunions de pilotage (COFIL, COTECH, Comité projet, réunions de supervision, ...)

(suivi courant via le SI partagé)

Cellule régionale (pilotage)

INDICATEURS DE CONTEXTE

MODALITES DE COLLECTE

Taux de pauvreté sur les départements

Répartition des moins de 18 ans par département

Densités de professionnels (professionnels paramédicaux diététiciens, APA, médecins généralistes)

Localisation des autres acteurs de prise en charge (RéPPOP, CSO...) et distance

Cellule régionale (indicateurs INSEE)

Cellule régionale (indicateurs INSEE)

Cellule régionale (indicateurs INSEE)

Cellule régionale

OBJECTIF STRATEGIQUE N°1

Proposer un modèle efficient à destination des enfants et adultes en excès de poids (surpoids/obésité) et leur famille

MODALITES DE COLLECTE

Evolution de la corpulence des adultes et des enfants, pente de l'évolution de la corpulence chez les enfants (trajectoire) en excès de poids et de ceux de corpulence normale mais avec un décrochage de la courbe vers le haut

Cellules départementales (Mesures anthropométriques stockées dans le SI partagé)

Evolution du niveau de qualité de vie

Cellules départementales (Questionnaires qualité de vie SF36/ PedsQL via le SI partagé)

Evolution du niveau de qualité de vie pour une étude médico-économique

Cellules départementales (Questionnaires qualité de vie EQ5D-3L/EQ5D-Y via le SI partagé)

Evolution des comportements alimentaires

Cellules départementales (Questionnaires TFEQ21 via le SI partagé)

Evolution des habitudes alimentaires

Cellules départementales (Questionnaire thématique via le SI partagé)

Evolution de niveau d'activité Physique

Cellules départementales (Questionnaire thématique via le SI partagé)

Evolution du niveau de sédentarité

Cellules départementales (Questionnaire thématique via le SI partagé)

Evolution du niveau de sommeil : durée du sommeil en semaine et week-end par rapport aux recommandations par tranche d'âge

Cellules départementales (Questionnaire thématique via le SI partagé)

Nombre de familles perdues de vue (M12, M24) par an, par territoire, et motifs

Cellule régionale et cellules départementales (via le SI partagé)

Niveau de satisfaction des familles

Cellule départementale (questionnaires de satisfaction via le SI partagé)

Niveau de satisfaction des professionnels

Cellule départementale (questionnaires de satisfaction)

OBJECTIF OPERATIONNEL N°1

Maximiser le nombre de personnes prises en charge en ciblant une porte d'entrée (l'enfant en excès de poids) pour toucher une famille entière

MODALITES DE COLLECTE

Nombre de personnes prises en charge pour un enfant inclus dans le programme (identification de la corpulence : obèse, surpoids, normal)

Cellule régionale et cellules départementales (via le SI partagé)

OBJECTIF OPERATIONNEL N°2

Favoriser des Modifications Thérapeutiques du Mode de Vie (MTMV) durables à l'échelle de la cellule familiale

MODALITES DE COLLECTE

Score / atteinte des objectifs de MTMV

Suivi à M12 et M24 (nombre de MTMV maintenues)

Cellule régionale et cellules départementales (réponses aux questionnaires de suivi des MTMV de l'application numérique)

OBJECTIF OPERATIONNEL N°3

Améliorer les connaissances et les pratiques des professionnels du dépistage au 2^{ème} recours

MODALITES DE COLLECTE

Nombre de réunions d'information présentielle et nombre et type de professionnels présents

Nombre d'articles de presse grand public (écrite, radio, TV)

Nombre de newsletters aux professionnels

Formation de type soirée FMC des médecins généralistes (format présentiel 2h) : nombre de formations de type FMC / nombre de médecins généralistes formés / nombre d'ide libérales formées / autres professionnels formés

Niveau de satisfaction des professionnels formés quant à la qualité des formations

Cellule régionale et cellules départementales (pilotage)

Cellule régionale et cellules départementales (pilotage)

Cellule régionale (questionnaires de satisfaction)

OBJECTIF OPERATIONNEL N°4

Développer la coordination pluridisciplinaire autour des enfants et des familles afin de réduire les ruptures de soins

MODALITES DE COLLECTE

Nombre de familles / patients réorientés (+lieu de la réorientation)

Cellule régionale et cellules départementales (via le SI partagé)

Nombre de partenaires impliqués

Cellule régionale et cellules départementales (pilotage)

Niveau de satisfaction des partenaires

Cellule régionale et cellules départementales (questionnaires de satisfaction)

Part de bilans, ateliers, et appels téléphoniques réalisés par rapport aux rendez-vous prévus (respect du rythme)

Cellule régionale et cellules départementales (via le SI partagé)

Nombre de connexions à l'application famille par mois (taux d'utilisation)

Cellules départementales (via l'application motivationnelle)

OBJECTIF OPERATIONNEL N°5

Améliorer le repérage des enfants et des familles à risque afin de favoriser le recours aux soins et réduire la non mise en soins

MODALITES DE COLLECTE

Nombre de personnes accompagnées n'ayant jamais eu de prise en charge

Cellules départementales (questionnaires thématiques)

Nombre de personnes accompagnées en échec de prise en charge

Cellules départementales (questionnaires thématiques)

Proportion de patients adressés et par quel type de professionnels VS proportion de patients ayant contacté PROXOB en autonomie

Cellules départementales (questionnaires thématiques, suivi / pilotage)

Nombre de signalements (informations préoccupantes) réalisés

Cellules départementales (via le SI partagé)

Type de bassin de vie des personnes accompagnées (urbain, rural, montagneux)

Cellules départementales (questionnaires thématiques via le SI partagé)

Niveau de précarité / Part des personnes ayant un score EPICES bas

Cellules départementales (questionnaires EPICES via le SI partagé)

Ces données sont stockées sur le **système d'information partagé**.

Ces données ont vocation à être partagées avec la cellule régionale, la cellule départementale concernée, et les trinômes directement concernés par la prise en charge des bénéficiaires, **dans la limite des conditions d'accès aux données (données à caractère médical uniquement accessibles par des professionnels habilités)**.

Ces données seront anonymisées dans le cadre de l'évaluation à 5 ans.

Le consentement des familles et usagers (collecte, stockage, partage et traitement des données) est demandé dès l'inclusion dans le dispositif PROXOB.

d. Obligations règlementaires et recommandations de bonnes pratiques en matière de système d'information et de traitement de données de santé à caractère personnel

Si le projet fait appel à des outils numériques, applications, plateformes, algorithmes, intelligence artificielle et comporte un volet « système d'information », il est nécessaire de respecter les obligations règlementaires (voir pages internet article 51 sur le site du Ministère de la Santé).

Protection des données : elle concerne deux outils :

- La plateforme SARA : conforme aux obligations règlementaires
- Application numérique : sera conforme aux obligations règlementaires

e. Liens d'intérêts

Non concerné a priori : la prise en charge PROXOB repose sur des actions d'éducation thérapeutique au domicile, en structure spécialisée, ou à distance (application numérique, coaching téléphonique). Le protocole ne prévoit pas de recours à des médicaments ou des dispositifs médicaux.

f. Eléments bibliographiques et expériences étrangères

1. Caby D. Obésité : quelles conséquences pour l'économie et comment les limiter ? Trésor-Eco. 2016; 179, 1-12
2. Quattrin T, Cao Y, Paluch RA, et al. Cost-effectiveness of Family-Based Obesity Treatment. Pediatrics. 2017;140(3):e20162755
3. Rudolf M, Perera R, Swanston D, Burberry J, Roberts K, Jebb S. Observational analysis of disparities in obesity in children in the UK: Has Leeds bucked the trend? Pediatric Obesity. 2019;e12529. <https://doi.org/10.1111/ijpo.1252>
4. Cour des Comptes. La prévention et la prise en charge de l'obésité, Communication à la Commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, novembre 2019

5. Focus sur le programme HENRY – ville de Leeds

LA RÉUSSITE DU PROGRAMME DE RÉDUCTION DE L'OBÉSITÉ INFANTILE DE LA VILLE DE LEEDS : UN MODÈLE D'INSPIRATION?

« HENRY » (*Health, Exercise, Nutrition for the Really Young*)

Le contexte

- ❖ La ville de Leeds est devenue la première ville britannique à enregistrer un **déclin de l'obésité infantile aussi important** entre 2009 et 2017 :

- ✓ *Enfants entre 4 et 5 ans* : diminution de la prévalence de l'obésité de 9,4 % à 8,8 % (contre 9,5 % à 9,4 % en Angleterre), de façon plus marquée pour les milieux les plus précaires (11,5 % à 10,5 %) que pour les milieux les plus aisés (6,8 % à 6,0 %)
- ✓ *Enfants entre 10 et 11 ans* : une diminution également effective mais moins marquée (19,7 % à 19,6 %)

Le programme

- ❖ En 2009, la ville de Leeds a adopté une **stratégie de réduction de l'obésité** ciblant en premier lieu les enfants avant leur entrée à l'école.
- ❖ **HENRY, dans un objectif de prévention de l'obésité préscolaire**, forme les professionnels de la santé et de la petite enfance travaillant avec les jeunes familles à son approche, et propose une série de programmes pour les parents et les jeunes enfants.
 - ✓ À Leeds, HENRY a été principalement mis en œuvre dans les centres pour enfants des quartiers les plus défavorisés.



Principaux programmes HENRY dédié à la prévention de l'obésité infantile

Healthy Families in the Making : programme anténatal de 6 semaines qui vise les femmes enceintes en surpoids.

Healthy Families: Right from the Start : programme de 8 semaines qui appuie des aspects plus généraux du développement de l'enfant.

Cooking for a healthy family : programme de 6 semaines pour accompagner les parents dans l'élaboration de repas sains.

Healthy Families: Growing up : programme de 10 semaines ciblé de gestion du poids pour les enfants en surpoids/obèses et leurs parents (approche selon laquelle les parents demeurent les principaux facteurs d'influence et agents de changement).

De nombreux ateliers en prévention du surpoids : Healthy Families, Starting Solids, Fussy Eating, Eating Well for Less, Let's Get Active, Healthy Food Swaps, Healthy Drinks, and Portions & Sizes...