

**Avis du comité technique et du conseil stratégique de l'innovation en santé sur
l'opportunité de généraliser d'expérimentation « Amélioration de la santé d'un
patient souffrant d'obésité (ENMO) »**

Décembre 2023

Le comité technique (CTIS) et le conseil stratégique (CSIS) de l'innovation ont été saisi pour avis sur l'opportunité de généraliser l'expérimentation « Amélioration de la santé d'un patient souffrant d'obésité (ENMO) » arrivant à échéance le 14 janvier 2024.

L'expérimentation a été autorisée par arrêté du 15 janvier 2019 pour une durée de 5 ans et a fait l'objet d'un arrêté modificatif publié le 11 septembre 2020.

Après examen du rapport d'évaluation et des différents documents à sa disposition, le comité technique et le conseil stratégique ont rendu leur avis respectivement le 24 novembre 2023 et le 18 décembre 2023.

Contexte

La région Bourgogne Franche-Comté (BFC) présente une prévalence de l'obésité supérieure (16,4%) à la moyenne nationale (14%) (données de 2012 – baromètre santé 2016). Le recours à la chirurgie bariatrique y est également supérieur à la moyenne nationale (rapport de 1,21). En outre, l'observatoire régional de santé de BFC souligne d'importantes difficultés pour la prise en charge de l'obésité dans la région : difficultés d'accès à une prise en charge pluridisciplinaire, coordonnée et à long terme des patients obèses.

Objet de l'expérimentation

Organiser la prise en charge de l'obésité avec ou sans chirurgie bariatrique en permettant l'accès à une équipe pluridisciplinaire pour tous et avec un programme spécifique pour les personnes présentant un trouble du comportement alimentaire. Ce parcours médicoéducatif est renforcé par une plateforme pédagogique rendant l'utilisateur actif au cœur de son parcours.

Dérogations mobilisées

L'expérimentation a nécessité de mobiliser les dérogations au paiement à l'acte par l'instauration d'un forfait global annuel pour la prise en charge des patients par les professionnels médicaux et non médicaux (médecin et IDE en dérogeant à l'article 162-1-7 et à l'article L162-12-2 du CSS ; diététicienne et psychologue en dérogeant au 1°, 2° et 6° de l'article L160-8 du CSS), incluant également l'offre d'un nouveau service (plateforme pédagogique en ligne).

Champ d'application territorial de l'expérimentation

Le champ d'application de l'expérimentation est de portée régionale et concerne le département de la Côte d'Or et les départements limitrophes.

Durée (prévue et effective) de l'expérimentation

L'expérimentation a duré 5 ans. Elle a débuté le 15 janvier 2019 et se termine le 14 janvier 2024.

Population cible

L'expérimentation ciblait les patients en situation de surpoids ou d'obésité, ne présentant pas les critères de non-inclusion suivants :

- Patient mineur (âge < 18 ans)
- Troubles cognitifs importants
- Troubles mentaux sévères
- Grossesse (ou projet de grossesse)
- Pathologie aiguë ou complexe dont la prise en charge supplante celle de l'obésité (ex : cancer)
- Impossibilité d'accès à internet
- Consultation ponctuelle sans suivi

Les patients inclus dans l'expérimentation sont adressés par leur médecin traitant et ne peuvent avoir leurs consultations qu'avec le binôme qui leur est associé. La psychologue et la diététicienne suivent, dans le cadre de l'Article 51, les patients des deux médecins.

Cinq profils de patients ont été définis selon le degré d'autonomie, de motivation et de sévérité de l'obésité. Les profils 1 à 3 correspondent à des profils définis par des niveaux d'autonomie et de motivation décroissants, et de sévérité d'obésité croissante. Le 4ème profil correspond aux patients s'engageant dans une prise en charge chirurgicale bariatrique, et le 5ème à ceux présentant un trouble du comportement alimentaire (TCA). Pour chaque profil, un protocole de prise en charge a été défini, sachant que le profil TCA est celui qui nécessite la prise en charge la plus intense. Un profil 3bis a été créé durant l'été 2021 pour les patients traités par Semaglutide 2,4 mg.

Il était prévu d'inclure 750 patients sur les 5 années d'expérimentation. Au total, 658 patients ont été inclus en 4 années, soit 88% de l'objectif.

Modèle testé

Le modèle testé comprend un premier diagnostic éducatif initial réalisé par l'équipe de soins et qui permet d'appréhender les particularités du patient et permettre de construire une démarche éducative individualisée et adaptée.

La prise en charge est réalisée par les médecins (nutritionniste, endocrinologue), les infirmiers (éducation thérapeutique), le diététicien et le psychologue de l'EMNO. Le recours à des professionnels de l'activité physique adaptée externes à l'EMNO est envisagé si besoin. L'EMNO était initialement organisé autour de deux binômes médecin/infirmière (chaque médecin disposant de sa patientèle dans et hors de l'expérimentation Article 51). La principale déviation au cahier des charges dans la composition de l'équipe a été le remplacement de l'IDE du deuxième binôme de médecin par un professionnel apparenté paramédical. Le recrutement d'un assistant administratif (secrétaire médicale) supplémentaire et dédié à l'expérimentation a par ailleurs été nécessaire.

Le dispositif est complété par la mise à disposition du patient et de ses aidants de la plateforme pédagogique dématérialisée Nuvee, qui accompagne le patient tout au long de son parcours et qui constitue un élément à part entière de sa prise en charge. Nuvee contient des modules, des ateliers, des rubriques « en savoir plus » et des quiz portant sur l'obésité que le patient valide régulièrement et progressivement. Nuvee contient également un forum d'échanges entre patients. Son développement et son évolution sont portés par le binôme médecin/IDE fondateur de l'EMNO dans le cadre de leur activité au sein de l'entreprise ESPD Nuvee externe à l'EMNO.

En fonction des profils des patients, un plan personnalisé de soins est proposé, comprenant des rendez-vous et consultations en présentiel, de l'éducation thérapeutique et l'accès à des ressources pédagogiques dématérialisées. Le patient évolue au sein de son parcours en alternant les consultations à l'EMNO et l'usage de la plateforme pédagogique.

La prise en charge est d'une durée totale de 5 années, et se découpe en 5 phases d'un an. Pour chacun des profils patients, l'intensité de la prise en charge évolue d'une année à l'autre, appliquant un panier de soin correspondant à l'un des trois forfaits établis.

Modalités de financement testé

Le modèle de financement est basé sur 3 forfaits annuels par patient, respectivement de 150, 270 et 480 €, correspondant à 3 niveaux d'intensité de la prise en charge et couvrant le coût global des soins, à la fois en présentiel, et « hors les murs ». Chaque patient peut bénéficier d'un forfait différent d'une année à l'autre et en fonction de son profil. Ce forfait est versé à l'EMNO, qui assure sa redistribution entre les professionnels de santé.

Les forfaits sont structurés comme suit :

Forfait 1 de 150 € : Comprenant l'accès à la plateforme et aux modules éducatifs, 1 consultation avec le médecin, 2 consultations avec l'infirmière, si besoin, accès aux autres métiers supports.

Forfait 2 de 270 € : Comprendant l'accès à la plateforme et aux modules éducatifs, 6 consultations (dont au moins : ≥ 1 avec le médecin, ≥ 2 avec l'infirmière, 1 avec la diététicienne, 1 avec la psychologue) et le suivi du patient (dématérialisé, présentiel, communauté pédagogique, plateforme, coordination).

Forfait 3 de 480 € : Comprendant l'accès à la plateforme et aux modules éducatifs, 11 consultations (dont au moins : > 2 avec le médecin, ≥ 4 avec l'infirmière, ≥ 2 avec la diététicienne, > 1 avec la psychologue) et le suivi du patient (dématérialisé, présentiel, communauté pédagogique, plateforme, coordination).

Chaque forfait a été calculé sur les coûts réels des prises en charge selon les protocoles de soins définis par le cahier des charges. Pour chaque protocole le coût total a été calculé, par patient et par année de prise en charge. Celui-ci inclut le coût direct de la prise en charge qui correspond à la rémunération des professionnels pour les temps de consultations, l'accès à la plate-forme et les coûts de structure indirects.

Durant la phase de construction et après inclusion des premiers patients en octobre 2019, l'équipe expérimentatrice article 51 EMNO a pu mettre en évidence un certain nombre de points qui n'ont pas été valorisés dans la précédente version du cahier des charges. C'est pourquoi une actualisation du cahier des charges a été réalisée en 2020. Ces modifications ont notamment impacté les montants initiaux des forfaits pour inclure la valorisation d'une double modération des forums de l'outil pédagogique.

Budget

Coût de l'expérimentation

	Budget prévisionnel maximal autorisé	Budget consommé au 15 novembre 2023
Prestations dérogatoires (FISS)	727 200 €	477 600 €*
Crédits d'amorçage et d'ingénierie (FIR)	458 383 €	458 383 €
Total (FISS+FIR)	1 185 583 €	935 983 €

*Le niveau de consommation du budget résulte en partie d'un retard de facturation, de la période d'expérimentation restant à couvrir (oct. 23 – mars 24), ainsi que des sorties de parcours.

Principaux résultats d'évaluation

Rappel des questions évaluatives :

Faisabilité

La prise en charge coordonnée et globale des patients en situation d'obésité au sein de l'EMNO est-elle un processus faisable et opérationnel ?

Quels sont les facteurs favorisant ou freinant cette faisabilité ?

Efficacité

Cette prise en charge est-elle efficace ? Et plus particulièrement :

Quelle amélioration clinique est observée au niveau des patients ?
Quelle qualité de vie est observée chez les patients qui en bénéficient ?
Quelle qualité de vie au travail est observée chez les professionnels engagés dans cette démarche de coordination ?
En termes de qualité des soins, quelles coordination, transition et continuité des soins sont observées ?
En termes de qualité et de pertinence des soins, les parcours « chirurgie bariatrique » sont-ils conformes aux recommandations ?
En termes de qualité des soins, quelle est la satisfaction et l'expérience des patients en situation d'obésité et des professionnels de santé vis-à-vis de cette organisation innovante ?
Quel est l'impact organisationnel pour l'EMNO de ce processus de soins ?

Efficiences

D'un point de vue économique, quel est le coût pour l'Assurance maladie ?
Le forfait prévu est-il en adéquation avec les prestations réalisées par l'EMNO ?

Reproductibilité

Le modèle d'organisation des soins mis en place dans l'expérimentation est-il reproductible sur d'autres territoires géographiques et pérenne dans le temps ?
Quels sont les facteurs favorisant ou freinant cette reproductibilité ?
Le modèle financier innovant est-il adapté et incitatif ?

Conclusions du rapport d'évaluation :

Faisabilité :

L'EMNO a mis en place une organisation pleinement opérationnelle. L'unité de lieu et une équipe de taille restreinte facilitent les interactions en routine et ont permis d'inclure 658 patients, représentant 88% de l'objectif cible. Ce taux d'inclusion constitue un niveau très satisfaisant compte tenu du démarrage de l'expérimentation peu de temps avant la pandémie.

Si globalement l'expérimentation est un succès sur le plan des inclusions, des disparités ont été observées entre les profils de patients sans que l'on sache en expliquer clairement les raisons : les profils 1 et 2 (les moins complexes) sont moins représentés que prévu, de même que le profil 4 (chirurgie bariatrique) avec 63% des inclusions prévues réalisées (dans un contexte général de baisse de recours à la chirurgie bariatrique sur le territoire sur les années d'expérimentation, baisse liée principalement à la fermeture des blocs opératoires durant l'épidémie covid). A l'inverse, les objectifs ont été dépassés pour les profils 3 complexes avec 131% des objectifs, et 5 (patients souffrant de TCA) avec 111% des objectifs prévus. Ce phénomène d'attraction des cas les plus lourds avait aussi été constaté pour les enfants dans l'expérimentation « MRTC » portée par la Cnam et qui est en phase de généralisation.

On compte un peu plus de 20 % d'abandon de suivi qui survient après environ 14 mois de participation en moyenne. Ces abandons, comme les refus d'inclusion dans le

programme, relèvent généralement d'éléments non directement liés à la prise en charge, mais plutôt aux situations personnelles des patients.

Malgré ces abandons, EMNO a acquis une notoriété évidente localement et le flux important de patients a eu un impact sur les délais d'accès à une première consultation médicale. A cet égard, il faut rappeler qu'un dispositif de prise en charge des personnes obèses par le porteur préexistait depuis deux ans avant l'entrée d'EMNO dans l'article 51 et avait déjà permis l'élaboration d'un réseau en amont (adressage des patients) et en aval (suivi extensif des patients à long terme, activités sportives, etc.) de son intervention.

Le déploiement de l'expérimentation s'est donc globalement déroulé conformément au cahier des charges, à deux exceptions notables près :

- le remplacement de l'IDE du deuxième binôme de médecin par un professionnel apparenté paramédical,
- afin de répondre à l'évolution des pratiques de traitement des patients en situation d'obésité, un profil 3bis a été créé durant l'été 2021 pour les patients traités par Semaglutide 2,4 mg. Faute d'un volume de patients suffisants et d'une durée d'observation suffisamment longue, l'évaluation n'a pu inclure ce dernier profil dans ses analyses.

La coordination des soins constitue un enjeu majeur des parcours proposés aux patients sur une durée de 5 ans, faisant intervenir plusieurs professionnels. La coordination se compose d'échanges formels et informels.

La coordination formalisée est basée sur eTICSS (dossier informatisé partagé du patient développé par le GRADeS) tandis que la communication informelle s'appuyait sur des échanges oraux et sur la messagerie sécurisée partagée entre les professionnels de l'équipe. Globalement, la coordination a été fortement facilitée et ancrée par la petite taille de l'équipe et l'unité de lieu d'exercice des professionnels de l'EMNO. Les professionnels reconnaissent tous l'utilité d'un logiciel métier déployé pour tous les professionnels d'un territoire comme eTICSS, voire sa nécessité pour la bonne conduite d'un parcours de soins coordonnés comme l'EMNO, mais il existe toutefois des freins à son utilisation (l'habitude d'utiliser l'ancien SI avec lequel l'expérimentation s'est lancée notamment).

En plus de ce suivi formalisé, les professionnels de l'EMNO rapportaient recourir massivement à une communication interpersonnelle entre les consultations. Bien que plus difficile à appréhender, celle-ci est aussi consommatrice de temps et essentielle au bon déroulement du parcours.

La plateforme pédagogique dématérialisée développée par les porteurs connaît une utilisation variable, au niveau médical, entre les deux binômes. Les patients ont également exprimé des retours divers et un niveau d'utilisation de la plateforme assez modéré : 57% ont fait au moins un atelier, 51% au moins deux et seulement 10% a

réalisé 75% des ateliers. Enfin, 6% des patients seulement ont participé à la communauté proposée par la plateforme.

Au cours de l'expérimentation, un seul usager a finalement été formé au rôle de patient expert : cette activité bénévole de modération du forum s'est révélée chronophage, en sus de son activité professionnelle et de son activité associative. Cela a fortement limité son implication au long cours. La rémunération du partenariat patient – expert reste un enjeu dans leur implication en routine, et cela n'est pas propre à cette expérimentation. D'autres freins à l'implication des patients experts ont pu être identifiés (difficulté de trouver le bon profil, délais d'accès à des formations, disponibilité...), alors que peu de leviers pour renforcer l'attractivité de l'emploi sont identifiés (création d'une communauté de patients, implication renforcée dans la gestion des parcours, rémunération de ces activités...).

Quant aux professionnels, ils ont fait part de leur satisfaction vis-à-vis du contenu de la plateforme pédagogique. S'agissant du parcours de chirurgie bariatrique, l'intérêt de la plateforme fait consensus chez les professionnels et les patients interrogés. Pour les autres profils de patients, les avis divergent.

Efficacité :

La population atteinte par l'EMNO est majoritairement féminine : un sex ratio femmes/hommes de 3,6 tous profils confondus. Sur le plan socioéconomique, près de la moitié des patients étaient de professions intermédiaires (catégories INSEE) et 20% environ sans activité professionnelle. Le poids moyen des patients à l'inclusion était de 109,8 kg et l'IMC moyen était de 36,9 kg/m². Plus de 25% des patients avaient un IMC supérieur à 40 kg/m² à l'inclusion.

Quatre indicateurs principaux ont été observés : l'évolution des paramètres anthropométriques (principalement le poids (mais aussi IMC, tour de taille...), l'évolution de la qualité de vie, l'expérience patient et sa satisfaction ; idem pour les professionnels.

A - l'évolution des paramètres anthropométriques ; une perte de poids suffisante pour espérer une répercussion sur l'évolution de l'état de santé (cf. littérature scientifique) ; mais des disparités selon le profil.

La perte de poids moyenne à deux ans de prise en charge post-inclusion était de 11 kg (écart-type de 17 kg), soit 9% (écart-type de 14%) du poids en début de prise en charge. La perte de poids était supérieure à 5% pour les profils 2 et 3 tandis qu'elle était non significative pour les obésités de type 1 et le profil TCA (inférieure à 2%). La perte de poids était plus importante pour les profils 4, patients bénéficiant d'une chirurgie bariatrique. A cet égard, il faut souligner que ces pertes de poids se sont faites malgré le contexte Covid (des études ont démontré l'impact du confinement sur la prise de poids).

B - L'évolution de la qualité de vie, les patients ayant répondu à l'enquête en ligne rapportaient pour une majorité (75 % des répondants à l'enquête) une amélioration de leur qualité de vie au décours de leur prise en charge. Cette observation est convergente avec les propos déclarés en entretien.

C - La mesure de l'expérience et la satisfaction des patients, les patients ont exprimé une satisfaction globale vis-à-vis de la prise en charge élevée (satisfaction $\geq 8/10$ pour 70% des répondants). Pour la majorité des patients interrogés, c'est l'absence de reste à charge qui a levé la principale barrière d'accès aux soins, la barrière financière.

D - Sur le plan de l'expérience et satisfaction des professionnels de l'EMNO, les professionnels sont satisfaits du mode d'exercice proposé par ces parcours et du niveau de coordination atteint. L'enchaînement des consultations avec des professionnels différents lors d'une même venue permettent de faire gagner du temps. Les consultations avec les infirmiers, qui sont centrales et les plus nombreuses dans le parcours des patients, allègent les consultations des autres professionnels.

Les professionnels sont ambivalents dans leur rapport à l'absence de reste à charge. Cependant les professionnels s'accordent sur le fait que les patients pris en charge dans le cadre de l'Article 51 ont un absentéisme nettement plus marqué que la patientèle hors A51. Plusieurs raisons ont été invoquées : l'absence de reste à charge, le désinvestissement des patients dans le temps et la possibilité de reprogrammer plus rapidement le rendez-vous dans l'expérimentation. Nous pouvons également évoquer l'hypothèse de l'accès à la prise en charge d'une population plus précaire que la population hors Article 51, qui est potentiellement soumise à des contraintes externes plus importantes.

Efficiences :

Globalement, le modèle économique a été correctement calibré (à l'exception principale du profil 5), mais il apparaît trop complexe et s'appliquant à une durée de suivi trop longue.

Le caractère dégressif de l'intensivité de la prise en charge qui était prévu pour tous les profils sur les 5 années de suivi a été mis en œuvre. En effet, l'EMNO avait vocation à accompagner de façon plus intensive les patients en première année de suivi, puis à diminuer le rythme et le nombre des consultations au fur et à mesure de l'autonomisation des patients.

Concernant les prestations réalisées versus les paniers de soins prévus pour les 5 profils, peu d'écarts significatifs ont été observés à l'exception :

- du profil 2, au niveau de l'infirmier en année 3 plus sollicité que prévu et au niveau du diététicien en année 1 moins sollicité que prévu.
- du profil 5, une sous-sollicitation significative de l'infirmier et du psychologue en année 1 et 2.

Le profil 5 est celui pour lequel les écarts au panier de soins moyens prévu sont les plus importants. L'intensité du parcours prévu au niveau de tous les professionnels peut expliquer ces sous-sollicitations et le rythme est probablement trop soutenu d'emblée pour les patients, ce qui plaide en faveur d'une révision du contenu des paniers de soins prévus sur le profil 5 en priorité.

En revanche, la logique de panier de soins moyen (montant moyen pour un parcours pluriannuel) n'a pas été mise en œuvre. La raison la plus probable est liée à la complexité du modèle prévu (déployant 5 parcours sur 5 ans, et 3 forfaits pouvant être mobilisés pour les 5 parcours).

Le taux d'annulation des consultations est de 11%. Ce taux d'annulation oscille entre 6% pour les profils 1 et 3bis, 9% pour le profil 4 et 12% pour les profils 3 et 5 (soit les profils les plus lourds). Par ailleurs, le taux d'annulation augmente de façon importante au cours des années de suivi : de 5% lors de la première année, à 18% lors de la deuxième année, 33% lors de la troisième année et 49 % lors de la 4ème année. Ces annulations sont source d'inefficience car entraînent : une diminution du nombre de consultations réalisées chaque jour ; des difficultés organisationnelles pour reprogrammer les rendez-vous et un travail administratif supplémentaire.

L'ensemble de ces éléments plaide en faveur d'une simplification globale du contenu des paniers de soins prévus par les forfaits et d'un raccourcissement des parcours dans le temps pour l'ensemble des profils.

Reproductibilité :

Le niveau de transférabilité et de passage à l'échelle a été analysé selon les axes Population / Environnement / Intervention dans la perspective d'une généralisation au territoire national, le déploiement du dispositif demandera un accompagnement rapproché des pouvoirs publics et de répondre préalablement à plusieurs questions centrales.

Ainsi, en cas de généralisation :

- Il est probable que la population atteinte dépende principalement de la structure support de l'activité : MSP, centres créés de novo ou de soins secondaires tel que l'EMNO initialement, CSO, équipes hospitalières non CSO.
- La composition d'une équipe ad-hoc complète de professionnels avec un niveau de compétences adéquat constitue l'enjeu majeur de la réussite du transfert.
 - o *La place centrale de l'infirmier dans le parcours de soins*, comme premier interlocuteur des patients, et comme relai entre les professionnels de santé a été mise en avant par l'ensemble des professionnels et par les patients interrogés. La question d'une ouverture possible de ce rôle pivot à d'autres professions paramédicales ou apparentées peut être discutée. Si limiter l'accès à ce rôle aux IDE semble pertinent, l'ouverture à d'autres professions pourrait être un levier à la mise en place des équipes, plus particulièrement dans un contexte de pénurie de compétence infirmière.
 - o Le recrutement médical sera le plus compliqué à réaliser probablement : ressource rare et prise en charge de l'obésité peu attractive.
 - o La constitution d'équipes de novo pourra poser plusieurs difficultés pouvant remettre en cause la soutenabilité financière et pérennité de l'activité à court et moyen terme : recrutement de l'équipe, formation de cette équipe, recrutement des patients en l'absence de réseau préexistant ancré sur le territoire comme celui de l'EMNO, adressage des patients vers des dispositifs d'aval, adaptation aux spécificités de la structure support. Un accompagnement soutenu de ces équipes nouvellement constituées pourrait alors être proposé par les autorités de santé.

- Le protocole d'intervention devrait être révisé, probablement dans une logique de simplification à 3 profils, à des durées de parcours plus courtes et en même temps, à une intensification de la prise en charge la première année, l'intensité serait décroissante les années suivantes.
- Le choix de s'appuyer sur un outil régional devrait être laissé aux professionnels en cas de transfert en raison de la diversité des structures supports potentiels, des logiciels métiers existants et de la volonté de partager largement les informations relatives aux patients.
- La place de la plateforme Nuvee dans le parcours reste à définir en cas de transfert de l'expérimentation : coût modéré et apport d'information mais disparités d'utilisation par les patients (surtout en début de parcours) et les professionnels. A noter que Nuvee a été intégré officiellement au PRS de l'ARS BFC 2023-2028 dans son volet innovation, avec un projet d'extension à d'autres pathologies chroniques. Nuvee a également été déployé dans IPEP pour le diabète avec un contenu adapté, et mis à disposition de MSP et CPTS sur le territoire de l'EMNO.
- Les forfaits seront à ajuster en cas de généralisation, en cas d'évolution des parcours.

Au terme de l'expérimentation, l'EMNO a atteint un très bon niveau de maturité de son organisation en termes de projet de santé partagé, de coordination et de système d'information. La pérennité de cette organisation semble assurée si le financement des parcours coordonnés de l'obésité est maintenu. Toutefois, l'expérimentation EMNO et son modèle organisationnel et de financement a conservé sa singularité au fil des années par son positionnement ambulatoire comme structure spécialisée de second recours dans le suivi de l'obésité.

Avis et recommandations du CTIS sur la suite à donner à l'expérimentation

Les résultats de l'évaluation finale indiquent que la mise en œuvre de l'expérimentation a répondu aux besoins du territoire et aux objectifs initialement prévus. L'EMNO a rapidement été identifié localement sans besoin de réaliser une campagne de communication dédiée, c'est pourquoi en dépit de l'impact de la situation sanitaire liée au COVID, la structure a été en mesure d'atteindre ses objectifs d'inclusion dès 2021.

La prise en charge proposée par l'EMNO, qui inclut une approche pédagogique visant à l'autonomisation des patients et un suivi au plus proche de leurs besoins, se singularise de l'offre existante sur le territoire et vient compléter les dispositifs existants. Elle répond à des besoins d'accès aux soins des patients en situation d'obésité, avec une prise en charge globale, pluridisciplinaire, coordonnée, et qui intervient en deuxième niveau de soins, en l'absence d'alternative bien identifiée au-delà d'initiatives locales. L'évaluation finale indique d'ailleurs que les profils les moins complexes, relevant d'une offre de premier recours, ont été moins nombreux que prévus, de même que les profils de patients relevant plus généralement des CSO, tels les patients en situation de précarité.

Les professionnels se disent satisfaits du mode d'exercice proposé et du niveau de coordination atteint. L'interaction en routine a été facilitée par une unité de lieu et des équipes de taille restreinte. Cette organisation a permis des gains de temps et l'allègement de la charge de travail des professionnels impliqués. La place centrale de l'infirmier dans le parcours de soins comme premier interlocuteur des patients et relai entre les professionnels de santé a notamment été mise en avant par l'ensemble des professionnels et patients interrogés. Au regard de ces éléments, la composition d'une équipe de professionnels dédiée et incluant l'ensemble des compétences nécessaires, semble constituer un enjeu majeur de la réussite du parcours.

La grande majorité des patients témoigne d'un niveau élevé de satisfaction de la prise en charge et rapporte une amélioration de leur qualité de vie au décours de leur prise en charge. Le dispositif fait également état d'un bon niveau d'engagement, les motifs de non-inclusion ayant majoritairement concerné des éléments non directement liés à la prise en charge mais plutôt aux situations personnelles.

L'efficacité de la prise en charge est quant à elle mesurable, avec l'évolution significative des paramètres anthropométriques, notamment la perte de poids moyenne à deux ans de prise en charge post-inclusion pour la majorité des profils. Seules les obésités de type 1 et le profil TCA affichent une perte moyenne non significative (inférieure à 2%).

Concernant l'efficacité du modèle, l'évaluation constate globalement peu d'écart entre les prestations réalisées au regard des paniers de soins initialement prévus pour les 5 profils, à l'exception du profil TCA qui s'illustre par une sous-sollicitation des professionnels impliqués.

Au regard de l'ensemble de ces éléments, l'expérimentation EMNO constitue une réussite en termes de déploiement des parcours, d'efficacité clinique, et d'efficacité organisationnelle.

Compte tenu de la valeur ajoutée de cette innovation, le comité technique de l'innovation en santé est favorable à la transposition de ce modèle dans le droit commun. Le passage dans le droit commun relève de la mise en œuvre de la mesure parcours coordonné renforcé du PLFSS 2024.

En raison de ce qui précède, les points suivants demandent à être approfondis :

- L'identification des structures en mesure de proposer ces parcours, le modèle EMNO reposant sur une équipe spécialisée dédiée de second recours, complémentaire à la prise en charge de premier recours et des CSO, et mobilisant un ensemble de compétences nécessaires,
- La simplification du modèle, pour permettre une plus grande faculté de personnalisation des parcours et l'adaptation des forfaits en conséquence,
- La place d'une plateforme pédagogique dans les parcours proposés,
- L'accompagnement par les ARS et CPAM afin de susciter l'offre dans les territoires et l'outillage en soutien des professionnels concernés.

Recommandation du conseil stratégique de l'innovation en santé pour la suite à donner à l'expérimentation

Le conseil stratégique souligne la pertinence du modèle pour répondre aux difficultés d'accès à une prise en charge pluridisciplinaire, coordonnée et à long terme des patients en situation de surpoids ou d'obésité, notamment grâce à la mise en place d'une rémunération forfaitaire qui permet d'associer les professionnels médicaux et non médicaux.

Concernant le modèle de prise en charge, il confirme les recommandations de simplification, tant au niveau du modèle économique que des profils patients. Cela concerne également l'adaptation de la durée et de l'intensité du parcours, tout en conservant un caractère renouvelable et adaptable en fonction de l'évolution de l'état de santé du patient. Plusieurs membres du conseil stratégique interrogent par ailleurs la possibilité et la pertinence d'inclure la prise en charge de l'activité physique adaptée dans le parcours.

En ce qui concerne les modalités de déploiement du modèle, le conseil stratégique souligne la nécessité de garantir son articulation et sa complémentarité avec les centres spécialisés de l'obésité, et recommande d'accorder une attention particulière à l'identification des acteurs et structures éligibles, en considération des niveaux de recours et de la disponibilité des ressources médicales et paramédicales dans les territoires.

Un avis a été exprimé contre la possibilité d'ouvrir le rôle normalement dévolu à l'infirmier au sein du parcours à d'autres catégories de professionnels.

Au total, 5 avis favorables ont émis sur les 6 avis exprimés (voir annexe). Les conclusions du comité technique sont par ailleurs suivies par tous les autres membres du conseil stratégique de l'innovation en santé. Celui-ci émet en conséquence un avis favorable à la généralisation de l'expérimentation « Amélioration de la santé d'un patient souffrant d'obésité (ENMO) » avec les recommandations précisées ci-dessus.

Pour le comité technique/conseil stratégique

Natacha Lemaire
Rapporteuse Générale

ANNEXES : Détail des positions exprimés par les membres

Position de l'ARS NA :

Le collège des DG ARS est majoritairement favorable à l'entrée dans le droit commun du dispositif en ce qu'il permet une prise en charge de second recours, coordonnée et pluridisciplinaire, et permet aux patients d'accéder à une ressource diététique et un soutien psychologique adapté.

Points d'attention et réserves soulevées :

- Une attention particulière doit être accordée au choix des structures éligibles au dispositif. En raison des ressources médicales limitées rendant difficile la constitution ex nihilo d'équipes dédiées sur certains territoires, il est recommandé de s'appuyer sur des structures et des équipes existantes telles que les CPTS ou MSP. A l'inverse, il convient d'être particulièrement vigilant à ne pas déstabiliser l'offre existante quand celle-ci existe.
- Il sera nécessaire d'assurer un déploiement en coordination avec les Centres Spécialisés de l'obésité et les acteurs existants du territoire afin d'articuler les différents parcours et les niveaux de recours.
-

Avis favorable

Position du CNOM

Avis favorable, merci d'y ajouter une dimension pluriprofessionnelle, la coordination du médecin traitant évitant un certain effet « chasse gardée » et d'y ajouter aussi l'APA pour ces patients.

Avis favorable

Position de France Asso Santé

Remarques :

- L'efficacité serait-elle favorable si on retire la chirurgie bariatrique ? C'est le vrai enjeu à revoir avec les traitements médicaux GLP1 et TIRZEPATIDE
- Une valeur ajoutée très médiocre de l'application et de la plateforme qui semble avoir plus séduit les professionnels que les patients
- Pas beaucoup d'accompagnement diététique humain alors que cela paraît primordial dans cette prise en charge
- Quid de l'activité physique : recours externe si besoin
- Expériences patient très médiocre : 9 entretiens et seulement 17% de réponses au questionnaire
- Quid des pathologies associées notamment diabète et cardiovasculaire

L'avis de France Assos Santé est partagé. Certes favorable mais avec une demande d'évaluation dans les 2 ans sur l'ensemble des remarques faites

Avis favorable

Position de la HAS :

Pas d'observations et de remarques sur l'opportunité de généraliser l'expérimentation

Position de l'UNCNAM

Selon une étude coordonnée par des chercheurs de l'Inserm et du CHU de Montpellier, près d'un Français sur deux est en surpoids et l'obésité progresse notamment chez les jeunes. Ce parcours médicoéducatif se singularise de l'offre existante sur le territoire et vient compléter les dispositifs existants. Les résultats de l'évaluation finale indiquent que la mise en œuvre de l'expérimentation a répondu aux besoins du territoire et aux objectifs initialement prévus. Les principaux critères d'efficacité, de faisabilité, d'efficience et reproductibilité sont remplis.

Par ailleurs, l'instauration d'un forfait global annuel pour la prise en charge des patients par les professionnels médicaux et non médicaux constitue un moyen adéquat pour traiter l'obésité qui fait intervenir de multiples professionnels de santé allant du médecin traitant au diététicien. Le principal enseignement de cette expérimentation réside dans le fait que la mise en place d'une rémunération forfaitaire et collective à l'ensemble de l'équipe de soin coordonné permet d'éviter les conflits et les tensions concurrentielles entre professionnels de santé.

Autre point positif, la mise à disposition du patient et de ses aidants de la plateforme pédagogique dématérialisée Nuvee. Plusieurs études ont montré que travailler avec des « les aidants » a un impact sur les rechutes et l'observance thérapeutique.

Il demeure une interrogation à savoir s'il existe une articulation entre ENMO et le dispositif « Mission : retrouve ton cap » ?

Cette expérimentation doit être aussi l'occasion d'assurer un meilleur usage des nouveaux médicaments permettant de perdre du poids et d'éviter le recours à la chirurgie bariatrique. Elle s'inscrit pleinement dans la politique de gestion du risque de l'Assurance maladie.

Avis favorable

Position d'UNICANCER :

Avis favorable avec réserve sur la généralisation des parcours 1 et TC

Avis favorable

Position de l'UNPS

Commentaires : Le projet d'avis souligne que la « principale déviation au cahier des charges dans la composition de l'équipe a été le remplacement de l'IDE du deuxième binôme de médecin par un professionnel apparenté paramédical ». Pour l'UNPS, l'attribution à des professionnels « apparentés » de compétences en principe dévolues aux professionnels de santé peut s'avérer source de déstructuration du système de santé et de confusion pour les patients.

Nous notons également que le projet d'avis précise que : « la question d'une ouverture possible de ce rôle pivot à d'autres professions paramédicales ou apparentées peut être discutée. Si limiter l'accès à ce rôle aux IDE semble pertinent, l'ouverture à

d'autres professions pourrait être un levier à la mise en place des équipes ». Encore une fois, l'UNPS ne soutient pas ce modèle qui pourrait amener à confier des compétences d'infirmiers à des professions « apparentées ».

L'UNPS émet donc un avis défavorable à la généralisation de l'expérimentation EMNO.

Avis défavorable