

Avis du Comité technique de l'innovation en santé sur le projet d'expérimentation Gestion du Parcours de Santé dans l'Obésité (GPSO)

Février 2021

Le comité technique de l'innovation a été saisi pour avis le 2 décembre 2020 sur le projet de cahier des charges relatif à l'expérimentation proposé par l'Association Gresmo. Le projet a bénéficié d'une séance d'accélérateur le 2 juillet 2019. Le comité technique a examiné le projet lors de ses séances du 17/05/2019, 07/04/2020 et 19/01/2021 et a rendu son avis le 15 février 2021.

En France métropolitaine, la prévalence de l'obésité chez l'adulte est de 17% (BHE 2016), ce qui représente plus de 8 millions de personnes. Sans intervention, cette prévalence est estimée à 25 % de la population en 2025. L'obésité est une maladie chronique plurifactorielle, aux nombreuses comorbidités, associée à des inégalités sociales (elle touche 4 fois plus les populations défavorisées, notamment les femmes¹) et dont le coût socio-économique est très élevé. Elle est également un facteur de risque de plusieurs maladies dont la Covid19. La prise en charge médicale de l'obésité est insuffisante avec un déficit de l'intervention du secteur ambulatoire de premier recours et un manque de coordination des parcours et entre secteurs. Ce constat est d'autant plus marqué dans les zones sous-denses.

Objet de l'expérimentation

L'expérimentation a pour objet de structurer la prise en charge précoce et l'accompagnement sur le long terme des personnes adultes en situation d'obésité par les professionnels de premier recours et d'organiser le maillage territorial d'une offre de soins cohérente reposant sur des équipes pluriprofessionnelles de proximité travaillant en coordination avec tous les acteurs de tous les secteurs sanitaire et social. L'objectif poursuivi est d'améliorer l'accès aux soins et l'état de santé et la qualité de vie de ces patients.

Recevabilité du projet au titre de l'article 51

Finalité organisationnelle

Le projet soumis est recevable en ce qu'il propose d'améliorer la qualité et l'accès aux soins pour les patients obèses et d'organiser un maillage territorial pour structurer la prise en charge par des professionnels de premiers recours en articulation avec les CSO, les structures de coordination (PTA, DAC, CPTS) et les structures associatives. Le financement des soins dérogatoires renforce l'accès aux soins pour ces patients.

Dérogation

Le projet soumis est recevable en ce qu'il déroge au paiement à l'acte par l'instauration d'un forfait global pour la prise en charge des professionnels médicaux et non médicaux (dérogation aux articles L.162-1-7, L.162-5, L.162-12-2 et L. 162-12-9 du CSS). Le forfait inclut des prestations non remboursées telles que les prestations des diététiciens, psychologues et éducateurs d'activité physique adaptée (dérogation au 1°, 2° et 6° de l'article L160-8 du CSS).

Détermination de la portée de l'expérimentation proposée

Le champ d'application de l'expérimentation proposée est de portée nationale et concerne les régions Hauts de France (Nord et Pas de Calais), Ile de France (Essonne et Seine-et-Marne) et Centre-Val de Loire (Loiret, Indre, Loir-et-Cher, Indre-et-Loire).

¹ Matta J, Zins M, Feral-Pierssens A L, et al . Prévalence du surpoids de l'obésité et des facteurs de risque cardio-métaboliques dans la cohorte Constances.BEH 2016, 35-36, 640_645

Modalités de financement du projet

Le modèle de financement est partiellement substitutif et complémentaire. Les parcours de diagnostic et d'accompagnement médico-éducatifs du patient sont financés par 3 forfaits. Le forfait bilan médico-éducatif de 325 € comprend des consultations du MG (bilan médical initial et final ; et 2 consultations annuelles). Le forfait éducation de groupe (diététique, psychologique et d'activité physique) de 272 € comprend 8 séances collectives. Le forfait éducation individuelle (diététique, psychologique et d'activité physique) de 373 € comprend 8 séances individuelles si besoin. Au total 31 équipes de proximité prendront en charge 3 050 patients.

Le besoin total de financement au titre de la prise en charge par le fonds pour l'innovation du système de santé (FISS) est de 2 475 725 € pour la durée de l'expérimentation. Les prestations dérogatoires directement liés aux soins s'élèvent à 1 996 225 € et les coûts d'amorçage et d'ingénierie sont évalués à 479 500 € (frais de personnel, chef de projet et coordinateurs régionaux pour organiser le maillage territorial sur les différents départements des 3 régions). La répartition annuelle prévisionnelle est prévue comme suit :

	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Année 5	TOTAL
Financement dérogatoire (FISS)	277 740 €	664 845 €	995 825 €	57 815 €	- €	1 996 225 €
Frais d'amorçage et d'ingénierie (FISS)	115 500 €	114 500 €	99 500 €	75 000 €	75 000 €	479 500 €
TOTAL FISS	393 240 €	779 345 €	1 095 325 €	132 815 €	75 000 €	2 475 725 €

Durée de l'expérimentation

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

Modalités d'évaluation

L'évaluation est réalisée sous la responsabilité de la DREES et de la CNAM. L'objectif de l'expérimentation est défini explicitement en ce qu'il consiste à favoriser la prise en charge précoce et l'accompagnement sur le long terme des personnes adultes obèses et en surpoids afin de prévenir l'obésité sévère et les complications de l'obésité grâce à la mise en place au sein des territoires concernés d'un parcours de santé gradué et cohérent, reposant sur une équipe pluridisciplinaire de santé, coordonnée autour du patient. Le projet est expérimenté dans 3 régions (Hauts de France, Centre Val de Loire et Ile de France) avec au total 8 territoires d'expérimentation : Nord (Hauts de France), Seine et Marne et Essonne (Ile de France), Loiret et Indre (Centre Val de Loire), Pas de Calais (Hauts de France), Indre et Loire et Loir et Cher (Centre Val de Loire).

La durée d'expérimentation, prévue sur 5 ans, est suffisante pour permettre d'observer certains des effets attendus. Les effets sur l'amélioration de l'état de santé qui peuvent s'inscrire sur le moyen / long terme sera plus difficile à mettre en évidence.

L'évaluation cherchera à observer comment le dispositif se met en place, sa capacité à atteindre les objectifs définis dans le cahier des charges et les possibilités de son déploiement à une plus grande échelle.

Sur le plan de la faisabilité, l'évaluation étudiera les éléments suivants :

- La capacité du dispositif à recruter sa population cible et à la maintenir dans une prise en charge et un accompagnement de moyen terme ;
- L'adhésion des professionnels au modèle proposé et la manière dont ce dernier est adapté aux spécificités de l'organisation de l'offre dans chaque territoire ;

- La description et la mise en œuvre effective des actions et des modalités de coordination entre les professionnels, la structuration du travail pluri-professionnel et l'évolution des pratiques et des compétences ;
- L'organisation du système d'information, son adaptation aux plateformes existantes, son adoption par les professionnels et les patients ;

Sur le plan de l'efficacité :

- L'amélioration de l'accessibilité à une prise en charge précoce et pluri-professionnelle, notamment l'accessibilité pour les populations défavorisées ;
- L'évolution des comportements alimentaires et d'activité physique et l'inscription de ces changements dans la durée ;
- La continuité du suivi sur le moyen terme et la minimisation des ruptures du parcours de santé ;
- L'amélioration de la qualité de vie et les effets de leur accompagnement sur leur socialisation
- L'expérience et la satisfaction des patients à l'égard du dispositif
- La satisfaction des professionnels au regard de leur exercice

Sur le plan de l'efficience :

- La soutenabilité du modèle économique et son adaptation aux différents modèles d'organisations territoriales ;
- Une estimation de l'impact budgétaire de sa mise en œuvre à l'échelle nationale
- Dans la mesure du possible, la comparaison des parcours de soins et des dépenses associées de prise en charge des patients dans le dispositif à des données de références issues de la littérature grise ou scientifique.

Sur le plan de la reproductibilité, il sera utile d'analyser comment les dispositifs s'insèrent dans l'offre territoriale existante (sanitaire et sociale) et comment elle modifie éventuellement les organisations.

Avis sur le projet d'expérimentation :

- faisabilité opérationnelle : étant donné le portage du projet par des acteurs déjà actifs dans l'accompagnement des personnes en situation d'obésité et qui travaillent déjà en coordination et en collaboration avec des structures du secteur sanitaire (CSOs CPTS, PTA) et avec des structures associatives (plusieurs réseaux et associations de patients), ainsi que l'engagement de plus de la moitié des 31 équipes pluridisciplinaires prévues, l'expérimentation proposée apparaît opérationnelle dans les délais impartis.
- *caractère efficient* : le coût social de la surcharge pondérale en France a été estimé à 21,9 milliards d'euros en 2012 (direction générale du trésor 2016), avec un coût annuel par individu en surpoids, en obésité ou en obésité sévère à 550 €, 1730 € ou 2335 € respectivement. Les effets d'une intervention sur l'obésité ne peuvent se vérifier que tardivement, les comorbidités et autres impacts de l'obésité se présentant sur un temps long. L'expérimentation produirait un impact économique favorable compte tenu des coûts évités et notamment ceux liés aux comorbidités associées à l'obésité, aux troubles psychiques associés, à l'exclusion sociale. Toutefois, les coûts évités sont difficiles à chiffrer car différés dans le temps. Une étude citée par le porteur montre qu'une perte de poids de 8,6% serait associée à une économie des coûts globaux de la santé de 15.8% chez les patients adultes obèses ayant suivi un programme d'éducation thérapeutique de 5 jours, indiquant le potentiel d'efficience de l'éducation thérapeutique, le cœur de l'intervention proposée dans cette expérimentation.
- *caractère innovant* : l'expérimentation permet de tester un modèle de prise en charge de proximité permettant un accès facilité à un accompagnement sur du long terme et de nature à induire un changement de comportement durable et favorable à la santé.
- *reproductibilité* : le parcours et l'organisation proposés sont bien définis et protocolisés avec une description claire des ressources nécessaires, du temps et du rôle des intervenants. L'organisation proposée par le projet peut être reproduite dans d'autres

territoires où la même démarche de recrutement, formation et constitution des équipes de proximité, ainsi que les autres conditions décrites peuvent être mises en œuvre.

Compte tenu de ces différents éléments, le comité technique émet un avis favorable à l'autorisation, par les ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé, de l'expérimentation dans les conditions précisées par le cahier des charges.

Pour le comité technique

Natacha Lemaire
Rapporteuse Générale