

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE LA PRÉVENTION

Arrêté du 14 novembre 2022 fixant le cahier des charges destiné aux maisons de santé et aux centres de santé souhaitant mettre en place le parcours pluridisciplinaire de prévention de l'obésité infantile

NOR : SPRS2216251A

La ministre de la santé et de la prévention,

Vu le code de la santé publique, notamment ses articles L. 6323-1-1 et L. 6323-3 ;

Vu le décret n° 2022-1394 du 31 octobre 2022 relatif aux conditions de mise en œuvre du parcours de prévention de l'obésité infantile par les centres et maisons de santé ;

Vu la saisine du conseil la Caisse nationale d'assurance maladie en date du 31 mai 2022 ;

Vu l'avis du Conseil central d'administration de la Mutualité sociale agricole en date du 24 mai 2022,

Arrête :

Art. 1^{er}. – Le cahier des charges destiné aux maisons de santé et aux centres de santé souhaitant mettre en place un parcours pluridisciplinaire visant à accompagner les enfants de 3 à 12 ans en surpoids ou en obésité commune non compliquée ou à risque d'obésité prévu par l'article D. 6323-1-2 du code de la sécurité sociale figure en annexe du présent arrêté.

Art. 2. – Le directeur de la sécurité sociale est chargé de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait le 14 novembre 2022.

Pour le ministre et par délégation :
Le directeur de la sécurité sociale,
F. VON LENNEP

ANNEXE

CAHIER DES CHARGES DESTINÉ AUX MAISONS DE SANTÉ PLURI PROFESSIONNELLES ET AUX CENTRES DE SANTÉ CONVENTIONNES SOUHAITANT METTRE EN PLACE UN PARCOURS PLURIDISCIPLINAIRE VISANT À ACCOMPAGNER LES ENFANTS DE 3 À 12 ANS EN SURPOIDS OU EN OBESITÉ COMMUNE NON COMPLIQUÉE OU À RISQUE D'OBESITÉ

Objet du cahier des charges

Le présent cahier des charges a pour objet de présenter aux maisons de santé pluri professionnelles (MSP) et aux centres de santé conventionnés (CDS) :

- le dispositif « Mission retrouve ton cap » ;
- les critères d'éligibilité au dispositif ;
- la procédure permettant aux structures de se référencer pour dispenser le parcours pluridisciplinaire.

Introduction

Le surpoids et l'obésité constituent des facteurs de risque avérés pour un certain nombre de maladies non transmissibles, dont les maladies cardiovasculaires, le cancer et le diabète.

Dans la région européenne, selon l'OMS, les deux tiers des adultes et un enfant d'âge scolaire sur trois sont en surpoids (obésité incluse). Les premières données bientôt disponibles indiquent que la pandémie de COVID-19 aurait aggravé le problème de l'obésité (1).

Une étude réalisée dans le Val-de-Marne démontre que le surpoids et l'obésité des enfants de 4 ans ont augmenté significativement en 2020-2021 par rapport aux deux années scolaires précédentes, à la suite des mesures de confinement. Cette augmentation est particulièrement marquée chez les filles et chez les enfants scolarisés dans une école de réseau d'éducation prioritaire (REP) ou prioritaire renforcée (REP+) (2).

En France, la prévalence de l'obésité a progressé en moyenne de 6 % par an entre 1997 et 2006, avant de se stabiliser. A l'âge adulte, près d'1 Français sur 2 est en surpoids en 2015 : 54 % des hommes et 44 % des femmes, et la prévalence de l'obésité s'élève à 17,2 % sans différence entre les sexes. Chez l'enfant et l'adolescent, la prévalence du surpoids augmente depuis les années 1980 et les dernières données estiment à 17 % les enfants de 6 à 17 ans en surpoids dont 3,9 % en situation d'obésité (3). Parmi les enfants en surcharge pondérale ou obèses à l'âge de 6 ans, près d'un enfant sur deux le reste en classe de troisième (4).

L'obésité infantile est un facteur prédictif de l'obésité à l'âge adulte : la probabilité qu'un enfant obèse le reste à l'âge adulte varie selon les études de 20 % à 50 % avant la puberté, de 50 % à 70 % après la puberté (5).

Par ailleurs, l'obésité a des conséquences physiques et psychologiques dès l'enfance, et peut notamment contribuer à des difficultés émotionnelles et psychologiques avec une mauvaise estime de soi, des problèmes de stigmatisation, et de mauvais résultats scolaires (6).

Les disparités sociales sont particulièrement nettes : dès la grande section de maternelle, les enfants d'ouvriers sont ainsi 4 fois plus touchés par l'obésité que les enfants de cadres. Si l'on constate une stabilisation des prévalences depuis 2006, cela masque une augmentation de ce gradient social qui tend à s'accroître au fil des années essentiellement du fait d'une amélioration dans les classes plus favorisées et non dans les groupes moins favorisés (7).

L'étiologie du surpoids et de l'obésité commune est complexe et multifactorielle. De nombreux déterminants ont été identifiés : facteurs génétiques et biologiques, psychologiques, socioculturels et environnementaux... De ce fait, les interventions préventives englobent des mesures législatives, environnementales et éducatives qui concernent de multiples acteurs en dehors des milieux de soins, dans de nombreuses politiques : éducation nationale, politique de la ville, agriculture, jeunesse et sports, etc.

Les actions de repérage, dépistage et prise en charge du surpoids de l'enfant s'inscrivent dans cette continuité d'actions multisectorielles et répondent aux recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS)⁴ qui préconise de « dépister tôt et de proposer une prise en charge précoce des enfants qui présentent un surpoids afin d'éviter la constitution d'une obésité persistante à l'âge adulte et la survenue de complications métaboliques ».

I. – « Mission retrouve ton cap » : un dispositif pour prévenir l'obésité infantile

Le dispositif « Mission retrouve ton cap » a été expérimenté de janvier 2018 à fin décembre 2020 dans les territoires du Nord-Pas-de-Calais, de la Seine-Saint-Denis et de La Réunion, auprès des enfants de 3 à 8 ans en surpoids ou à risque d'obésité. Les conclusions du rapport d'évaluation (8) de juillet 2021 permettent de conforter son intérêt dans la prévention du surpoids et de l'obésité de l'enfant, et ont conduit à recommander non seulement sa poursuite, mais également sa généralisation à l'ensemble du territoire et son extension aux enfants de 3 à 12 ans.

Après examen du rapport d'évaluation et des conclusions de l'expérimentation, le conseil stratégique et le comité technique de l'innovation en santé ont émis un avis favorable à la généralisation du dispositif « Mission retrouve ton cap » (9).

1. Cadre juridique de la généralisation

La généralisation de « Mission retrouve ton cap » est portée par l'article 77 de la loi de financement de la sécurité sociale 2022. L'article prévoit la possibilité pour les centres de santé et les maisons de santé de mettre en œuvre un parcours pluridisciplinaire soumis à prescription médicale visant à accompagner les enfants de 3 à 12 ans inclus qui, selon les recommandations de la HAS, présentent des facteurs de risque d'obésité ou sont en situation de surpoids ou d'obésité commune non compliquée. Ce parcours comprend un bilan d'activité physique ainsi qu'un bilan et une ou plusieurs séquences de séances de suivi diététique et/ou psychologique.

2. Objectif du dispositif

Le dispositif vise à améliorer le suivi et la prise en charge des enfants de 3 à 12 ans révolus, pour lesquels le médecin qui les suit a décelé un risque d'obésité ou un surpoids ou une obésité commune non compliquée. Le dispositif prévoit conformément aux recommandations de la HAS, une prise en charge pluridisciplinaire (un accompagnement nutritionnel : diététique et activité physique ; et un accompagnement psychologique), précoce et adaptée aux besoins de l'enfant et de sa famille, sur prescription du médecin de l'enfant. Ce dispositif est pris en charge à 100 % par l'Assurance Maladie sans avance de frais pour la famille et financé via une rémunération forfaitaire aux structures qui le mettent en œuvre.

3. Public cible

Les enfants de 3 à 12 ans révolus présentant des signes d'alerte sur le risque d'obésité ou en situation de surpoids ou d'obésité commune non compliquée tels que définis par les recommandations de la HAS, ainsi que leur entourage constituent le public cible de ce dispositif.

Les enfants pouvant bénéficier de la prise en charge sont repérés et orientés dans le dispositif par leur médecin, selon les critères suivants :

- en surpoids ou présentant une obésité commune non compliquée (IMC supérieur ou égal au 97^e percentile des courbes de corpulence française) ;

- et/ou présentant des signes d’alerte sur la courbe de corpulence :
 - rebond d’adiposité précoce ;
 - ascension continue de la courbe de corpulence (IMC) depuis la naissance ;
 - changement rapide de couloir vers le haut sur la courbe de corpulence.

Les enfants relevant d’une prise en charge de 2^e et 3^e recours doivent bénéficier d’un accompagnement adapté (centres spécialisés d’obésité [CSO], Reppop, structures spécialisées, etc. selon les ressources disponibles sur le territoire) conformément aux recommandations de la HAS (10).

4. La prise en charge

La prise en charge proposée est pluridisciplinaire conformément aux recommandations de la HAS. Elle est prescrite par le médecin qui suit l’enfant selon les besoins de l’enfant et de sa famille, et mise en œuvre par des professionnels de santé et psychologues de CDS et MSP conventionnés et référencés.

Elle consiste en un accompagnement nutritionnel (diététique et activité physique) et/ou psychologique dans une approche personnalisée et multidimensionnelle.

Ainsi, 2 types de prestations sont dispensés : des bilans sur la base d’entretiens approfondis et des séances de suivi d’accompagnement nutritionnel et/ou psychologique.

L’accompagnement nutritionnel est composé :

- d’un bilan diététique initial systématique : il vise à apprécier les habitudes alimentaires de la famille ou du lieu de vie de l’enfant, les conditions de vie, les représentations de l’enfant et de son entourage sur le surpoids et sa prise en charge, et de définir avec l’entourage de l’enfant des objectifs de prise en charge adaptés ;
- d’un bilan d’activité physique : il permet d’explorer le rapport qu’entretiennent l’enfant et son entourage avec les activités physiques et sportives afin de définir si l’enfant est plutôt sédentaire ou actif, d’appréhender les leviers d’action pour nourrir la motivation au changement et faire émerger chez l’enfant et son entourage leurs propres solutions pour diminuer le temps passé à des comportements sédentaires et les remplacer par des activités physiques (activité physique quotidienne et de loisir, activités physiques et sportives structurées scolaires et périscolaires...) ;
- et des séances de suivi nutritionnel, selon les besoins de l’enfant et de sa famille afin d’accompagner l’enfant et son entourage dans un changement durable de leurs habitudes alimentaires, d’augmenter l’activité physique pratiquée et de réduire la sédentarité notamment le temps devant les écrans.

L’accompagnement psychologique est constitué :

- d’un bilan psychologique et de séances de suivi si besoin. Son objectif est d’accompagner l’enfant et son entourage dans les changements proposés. L’accompagnement psychologique prend en compte les connaissances, les représentations, les croyances et les ressentis de l’enfant et de sa famille et permet le renforcement de la motivation, le soutien et la déculpabilisation de l’enfant et de sa famille.

Durée indicative des bilans et des séances de suivi :

- bilans : 1 h ;
- séances de suivi d’accompagnement psychologique : 45 minutes ;
- séances de suivi d’accompagnement nutritionnel : 30 minutes.

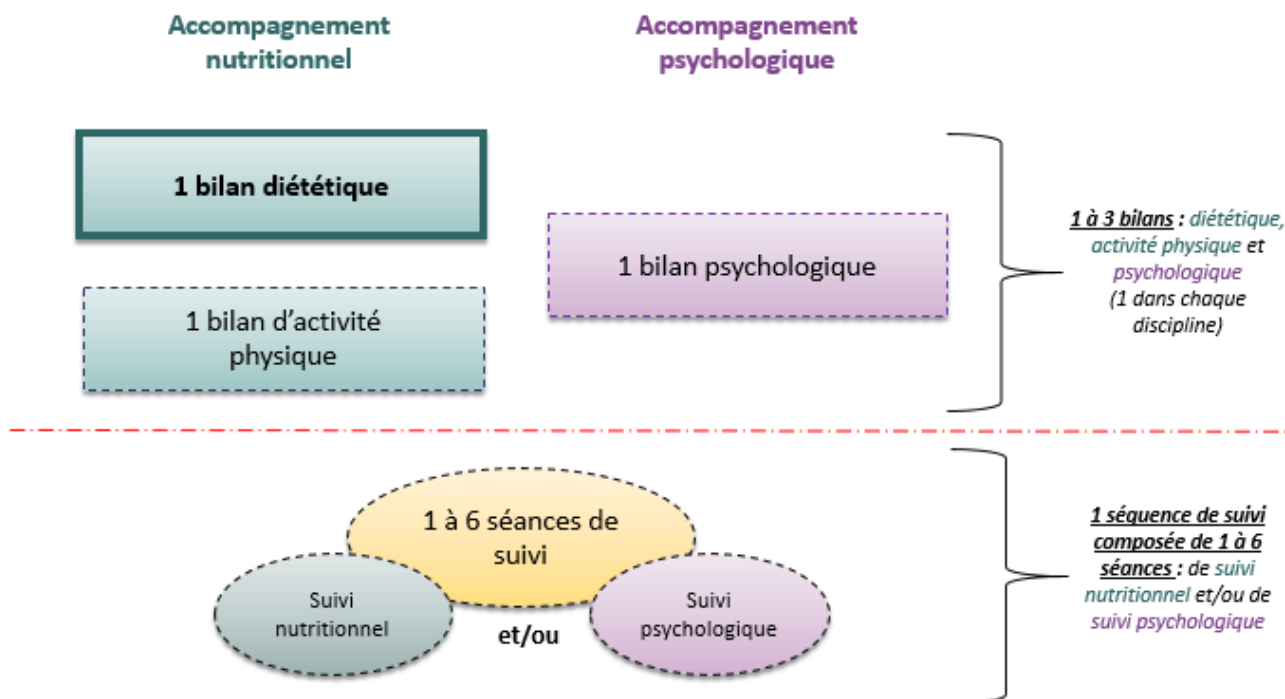
De 3 à 12 ans, un enfant peut bénéficier, selon ses besoins et sur prescription médicale, des prestations suivantes :

- 1 à 3 bilans (un dans chaque discipline) : diététique, activité physique et psychologique. Le bilan diététique est systématique. Sur une période de 2 ans, chaque bilan ne peut être réalisé qu’une fois pour chaque enfant ;
- 1 séquence de suivi composée de 1 à 6 séances (en nutrition et/ou psychologique), renouvelable 2 fois seulement (cf. conditions de renouvellement partie II.6) sur une période de 2 ans.

5. Les professionnels concernés et leur rôle

Le médecin qui suit l’enfant - qui peut être un médecin généraliste, un pédiatre, un médecin de protection maternelle et infantile ou un médecin scolaire - est le point d’entrée dans le dispositif :

- il repère les enfants pouvant bénéficier du dispositif ;
- il prescrit la prise en charge en fonction des besoins de l’enfant et de sa famille ;
- il oriente vers une des structures référencées pour la mise en œuvre de la prise en charge ;
- il coordonne la prise en charge et la renouvelle si besoin, grâce aux comptes rendus réguliers qu’il reçoit de la structure.



Les professionnels de santé (code de la santé publique) et psychologues exerçant au sein des CDS et MSP effecteurs de la prise en charge :

- mettent en œuvre la prise en charge prescrite aux enfants ;
- s’engagent à suivre les principes de la prise en charge du surpoids de l’enfant conformément aux recommandations de la HAS ;
- rédigent pour chaque enfant des comptes rendus à destination du médecin prescripteur :
 - un compte-rendu pour chaque bilan réalisé ;
 - un compte-rendu de fin de suivi, une fois la séquence de séances de suivi terminée ;
- échangent avec le médecin qui suit l’enfant si besoin.

6. Détail de la prescription et des renouvellements de la prise en charge

Le médecin qui suit l’enfant prescrit en fonction des besoins de l’enfant et de sa famille, le type de bilans et de séances de suivi. Il peut prescrire le nombre de séances de suivi (entre 1 et 6), ou prescrire une séquence et laisser la structure affiner la définition du besoin lors de la réalisation des bilans initiaux.

Pour rappel, le bilan diététique est le seul qui doit être prescrit systématiquement.

Les bilans et séquences de séances de suivi pourront être complétés ou renouvelés selon les conditions suivantes :

Pour les bilans :

- si le médecin a prescrit seulement 1 ou 2 bilans, la structure a la possibilité de proposer en complément à l’enfant, après dialogue avec le médecin prescripteur, le ou les 2 autres bilans sans nécessité d’une prescription supplémentaire. Ces adaptations sont comprises dans le cadre de la rémunération forfaitaire des bilans (cf. partie III. 2.a) et n’engendrent pas la facturation d’un nouveau forfait.

Pour les séquences de séances de suivi :

- quel que soit le nombre de séances de suivi prescrites par le médecin pour une séquence, la structure a la possibilité de compléter la prescription, après dialogue avec le médecin prescripteur, pour aller jusqu’à 6 séances de suivi. Ces adaptations sont comprises dans le cadre de la rémunération forfaitaire des séances de suivi (cf. partie III.2.b) et n’engendrent pas la facturation d’un nouveau forfait.
- le renouvellement d’une séquence de séances de suivi peut avoir lieu :
 - via une nouvelle prescription ;
 - et, sur une durée de 2 ans, au maximum 2 fois.

En cas de non amélioration à l’issue d’une séquence de séances de suivi, une concertation entre le médecin qui suit l’enfant et les professionnels de santé effecteurs de la prise en charge est nécessaire pour discuter de la suite de l’accompagnement et éventuellement d’une orientation de l’enfant vers une prise en charge plus spécialisée.

II. – Les structures effectrices de la prise en charge

1. Structures éligibles pour le dispositif

Les structures éligibles pour mettre en œuvre ce dispositif sont les MSP (art. L. 6323-3 du code de la santé publique) et les CDS (art. L. 6323-1 du code de la santé publique).

Les structures (maison de santé (MSP) et centres de santé (CDS)) coordonnent la mise en œuvre du dispositif, notamment les liens entre les médecins qui ont orienté les enfants et les professionnels de santé intervenant dans le parcours, ainsi que la remontée des données d'activité.

Les structures éligibles au dispositif doivent être en mesure de :

- proposer des rendez-vous à des horaires compatibles avec la disponibilité de l'enfant et son entourage, par exemple : le mercredi matin et/ou après-midi et/ou le samedi matin, et/ou en soirée, pendant les vacances scolaires ;
- assurer la coordination entre les professionnels de la structure prenant en charge l'enfant ;
- prendre en charge les enfants par une équipe pluridisciplinaire de professionnels diplômés et ayant idéalement une expérience dans le domaine de la prise en charge du surpoids et de l'obésité de l'enfant ;
- proposer à l'entourage une liste d'adresses ou d'associations permettant à l'enfant la réalisation d'une activité physique notamment de loisir ;
- recueillir les données d'activité nécessaires au suivi du détail des forfaits réalisés (cf. partie III.3).

Les CDS et les MSP peuvent choisir de salarier les professionnels intervenants dans le parcours ou de les rémunérer sous forme de vacances.

Les professionnels intervenant dans le parcours (professionnels de santé et psychologues) sont liés contractuellement avec la structure par un contrat de travail (pour les salariés) ou par un contrat de vacation (cas des professionnels libéraux). Ainsi, la structure doit disposer de l'ensemble des contrats de travail ou de vacances correspondants pour pouvoir démarrer la prise en charge des enfants.

Remarque : concernant les MSP, seules celles constituées en SISA peuvent salarier des professionnels pour des activités de soins depuis la publication de l'ordonnance du 12 mai 2021 réformant le statut des sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires (SISA).

2. Rémunération de l'équipe de soins impliquée dans la mise en œuvre du parcours de prévention de l'obésité infantile

Le dispositif est financé par l'Assurance maladie sur la base d'une rémunération globale et forfaitaire pour l'équipe de soins à savoir un « forfait bilans » puis un « forfait séquence de séances de suivi » par patient.

Le paiement au forfait est un mode de financement innovant prenant en compte les besoins du patient. Les forfaits sont versés à la structure pour la mise en œuvre du parcours et la rémunération de l'équipe pluri professionnelle. Les forfaits ont été calibrés sur la base du coût et du nombre moyen de bilans et de séances de suivi réalisés par enfant, constatés dans l'expérimentation et analysés dans le rapport d'évaluation.

Une majoration de ces forfaits est prévue pour les départements et régions d'outre-Mer.

Ces rémunérations à hauteur de 80 € (88 € dans les DROM) pour le forfait bilans et 110 € (121 € dans les DROM) pour le forfait séquence de séances de suivi sont fixes, quel que soit le nombre de bilans et séances de suivi réalisés par enfant.

La rémunération au forfait doit permettre :

- d'améliorer la qualité du parcours de soins par le suivi coordonné ;
- d'optimiser la prise en charge en favorisant l'exercice pluri professionnel en équipe et la coordination ;

a) Forfait bilans :

Le forfait bilans s'élève à 80 € par enfant pour la réalisation de 1 à 3 bilans (diététique, activité physique et/ou psychologique). Il est de 88 € dans les DROM.

b) Forfait séquence de séances de suivi :

Le forfait séquence de séances de suivi s'élève à 110 € par enfant pour la réalisation de 1 à 6 séances de suivi (nutritionnel et/ou psychologique). Il est de 121 € dans les DROM.

c) Facturation à l'Assurance maladie par la structure via deux codes prestations :

Chaque structure est chargée de facturer à l'Assurance maladie le ou les forfaits réalisés pour chaque patient pris en charge via deux codes prestations (1 code pour le forfait bilan et 1 code pour le forfait séquence de séances de suivi). Ces deux codes prestations permettent une facturation directe par les structures à l'Assurance maladie.

	Tarif	Tarif majoré DROM	Code prestation
Forfait bilans	80 €	88 €	BTC
Forfait séquence de séances de suivi	110 €	121 €	STC

Facturation des forfaits par la structure à l'Assurance maladie :

- le forfait bilan est facturé à la suite de la réalisation du 1^{er} bilan de l'enfant ;
- le forfait séquence de séances de suivi est facturé à la suite de la réalisation de la 1^{re} séance.

Modalités de facturation

Pour les centres de santé :

La facturation du ou des forfaits est réalisée via SESAM Vitale pour chaque patient à l'instar de ce qui est fait habituellement.

Pour les maisons de santé pluri professionnelles :

- cas d'une MSP avec des professionnels de santé et psychologues salariés : la facturation du ou des forfaits pour chaque patient est réalisée par un des professionnels salariés de la structure, au nom de la MSP en SESAM Vitale ;
- cas d'une MSP constituée uniquement de professionnels de santé libéraux : la facturation des forfaits ne peut pas à ce stade se faire au nom de la MSP via SESAM Vitale.

Pour permettre la facturation et le paiement des forfaits réalisés, une solution transitoire est mise en place. Les MSP utiliseront le tableau précisant le nombre de forfaits bilans et de forfaits séances de suivi réalisés par enfant, pouvant être édité depuis la plateforme de suivi des prestations (cf. II.3). Chaque structure transmettra mensuellement ce bordereau à sa caisse d'Assurance maladie de rattachement.

Quel que soit le mode de facturation, la rémunération versée par l'Assurance maladie sera partagée entre les différents acteurs de la prise en charge du patient selon les principes définis par la structure et respectant ce cahier des charges.

d) *Prise en compte de la coordination et du rôle de gestion :*

Les MSP et CDS intégrés dans le parcours « Mission retrouve ton cap » pourront bénéficier d'une valorisation dans le cadre conventionnel dès lors que les avenants à l'accord conventionnel interprofessionnel (ACI) MSP et l'accord national CDS prévoyant cette valorisation seront entrés en vigueur.

e) *La rémunération des professionnels par la structure :*

Dans tous les cas, la rémunération des professionnels est assurée par la structure d'exercice coordonné dans le cadre d'un contrat de travail ou d'un contrat de vacation.

Cas d'une structure ayant des professionnels salariés :

Qu'ils soient à temps plein ou à temps partiel, la structure doit avoir établi un contrat de travail avec le professionnel.

Cas d'une structure fonctionnant avec un professionnel libéral pour la réalisation des prestations du parcours :

La structure facture à l'Assurance maladie le ou les forfaits pour chaque patient pris en charge puis rémunère le professionnel à la vacation suivant le montant calibré comme indiqué ci-dessous :

- le taux horaire est de 37 € brut pour la rémunération des professionnels ;
- la structure établit alors un contrat de vacation.

3. Suivi et détail de la consommation forfaitaire des prestations réalisées

Une plateforme sous la forme d'un site internet sera mise à disposition des structures pour le recueil de données relatives au détail des bilans et des séances de suivi prévu et réalisé pour chaque enfant. Ce recueil est nécessaire pour des fins de pilotage, d'audit et de contrôle éventuel.

Par ailleurs, cette plateforme permettra d'éditer un tableau précisant le nombre de forfaits bilans et de forfaits séances de suivi réalisés par enfant. Les MSP ne pouvant pas facturer en SESAM Vitale transmettront mensuellement ce tableau à leur caisse d'Assurance maladie.

Les structures renseigneront sur cette plateforme en ligne, des données relatives à l'identité des enfants, au contenu des prescriptions médicales, et à la traçabilité des rendez-vous prévus et réalisés.

III. – Modalité de référencement des structures éligibles

Référencement

Les structures souhaitant mettre en œuvre le dispositif « Mission Retrouve Ton Cap » doivent se conformer au cahier des charges et se référencer auprès de leur caisse d'Assurance maladie de rattachement.

Déréférencement

En cas de constat de non-conformité au cahier des charges de la structure, la caisse d'Assurance maladie et la structure se concerteront en vue de parvenir à une solution à l'amiable. En l'absence de solution, la caisse d'Assurance maladie pourra déréférencer une structure qui ne serait plus en conformité.

En cas de désaccord persistant, les procédures prévues en application de l'article L.142-1 (1^o) du code de la sécurité sociale seront appliquées.

Ainsi, les voies de recours ouvertes en cas de contestation des décisions prises par la Caisse dans le cadre de l'interprétation ou de l'exécution du présent cahier des charges, seront la Commission de recours amiable de la Caisse en précontentieux puis le pôle social du tribunal judiciaire territorialement compétent.

(1) OMS. European obesity report 2022. <https://www.euro.who.int/fr/media-centre/events/events/2022/03/launch-of-the-who-european-obesity-report-2022>.

(2) Impact de la crise sanitaire due au SARS-CoV-2 sur le statut staturopondéral des enfants de quatre ans : comparaison des données des bilans de santé en école maternelle du Val-de-Marne, de 2018 à 2021. BEH n° 8 d'avril 2022.

(3) Corpulence des enfants et des adultes en France métropolitaine en 2015. Résultats de l'étude Esteban et évolution depuis 2006. BEH n° 13 de juin 2017.

(4) De Peretti et Castetbon, 2004. Surpoids et obésité chez les adolescents scolarisés en classe de troisième. DREES.

(5) Surpoids et obésité de l'enfant et de l'adolescent – HAS, 2011. Recommandations de bonnes pratiques.

(6) Pizzi MA, Vroman K. Childhood obesity : effects on children's participation, mental health, and psychosocial development. *ccup Ther Health Care*. 2013 ; 27 : 99–112.

(7) DREES – juin 2015 – Numéro 0920 : la santé des élèves de grande section de maternelle en 2013 : des inégalités sociales dès le plus jeune âge.

(8) https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapportfinal_evaluation_mrhc.pdf

(9) https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/mrhc_avic_ctis_et_csis_fin_experimentation_310122.pdf

(10) Surpoids et obésité de l'enfant et de l'adolescent – HAS, 2011. Recommandations de bonnes pratiques. p. 23-27.