

INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITÉ

Établissement public institué par la loi du 9 août 1963
Avenue Galilée 5/1 - 1210 Bruxelles

Service des soins de santé

CONVENTION OBÉSITÉ CHEZ LES ENFANTS

Vu la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, notamment l'article 22, 6° et 6°bis ;

Vu l'avis du Collège des médecins-directeurs, et sur proposition de la Commission Nationale Médico-Mutualiste, instituée auprès du Service des soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité ;

Il est convenu ce qui suit, entre :

D'une part,

Le Comité de l'assurance soins de santé de l'INAMI (Le Comité de l'assurance), institué auprès du Service des soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, ci-après dénommé le premier contractant ou l'INAMI.

Et, d'autre part,

Le responsable au nom du pouvoir organisateur de l'établissement de soins, [nom de l'établissement de soins], ci-après dénommé le deuxième contractant.

Et

Le chef du service de pédiatrie de [nom de l'établissement de soins], au nom des prestataires de soins liés au service désigné dans la présente convention par le terme « Centre pédiatrique multidisciplinaire de prise en charge de l'obésité (CPMO) », ci-après dénommé le troisième contractant.

Chapitre I^{er} : Objet de la convention

Article 1^{er}.

L'obésité est une maladie chronique, complexe et multifactorielle, corrélée à différents problèmes d'ordre métabolique, mécanique, mental et environnemental/liés à l'entourage qui a dès lors des répercussions importantes sur la qualité de vie. Les problèmes alimentaires et de poids se caractérisent par une interaction complexe de facteurs somatiques, sociaux et mentaux. Cela nécessite une vision biopsychosociale traduite par une approche multidisciplinaire, une continuité des soins et une approche « stepped care » (soins par paliers).

La présente convention définit les relations entre les Centres pédiatriques multidisciplinaires de prise en charge de l'obésité (CPMO) et les bénéficiaires de l'assurance obligatoire soins de santé définis à l'article 4, ainsi que les relations entre les Centres pédiatriques multidisciplinaires de prise en charge de l'obésité, l'INAMI et les organismes assureurs. Plus précisément, elle définit le contenu du trajet de soins multidisciplinaire pour la prise en charge et le traitement de l'obésité infantile, les prestations remboursables, leurs prix et honoraires ainsi que le mode de paiement.

Chapitre II : Définitions et termes utilisés

Article 2.

Pour l'application de la présente convention, il convient d'entendre par :

- a) « nomenclature » : la nomenclature des prestations de santé telle que visée à l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités ;
- b) « bénéficiaire » : bénéficiaire pouvant prétendre aux prestations établies dans la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 ;
- c) « Centres Pédiatriques Multidisciplinaires de prise en charge de l'Obésité », ci-après dénommés « CPMO » : un établissement de soins relié à un hôpital, implanté dans un service de pédiatrie, qui dispose de l'infrastructure et de l'équipement nécessaires pour atteindre, tant dans l'établissement que dans le cadre de vie du bénéficiaire, l'objectif visé par la présente convention et cela au moyen d'un trajet de soins multidisciplinaire sur mesure, tel que décrit à l'article 3 ;
- d) « premier niveau » : comprend les soins ambulatoires dispensés par le médecin généraliste, le pédiatre, le pédopsychiatre, le diététicien, le kinésithérapeute ou le psychologue. Ces soins peuvent être dispensés dans une pratique ou dans un établissement de soins ou à distance ;
- e) « deuxième niveau » : comprend les soins ambulatoires et multidisciplinaires dispensés dans les CPMO ;
- f) « troisième niveau » : comprend les soins résidentiels et multidisciplinaires dispensés dans les centres de rééducation pédiatrique (Zeepreventorium ou Clairs Vallons).

Chapitre III : Objet de la convention

Article 3.

La présente convention vise à mettre en place une offre de soins bien organisée sous la forme d'un trajet de soins multidisciplinaire. Une bonne répartition géographique est importante à cet égard, ainsi qu'une concentration de l'expertise en soins spécialisés dans les CPMO et une bonne collaboration entre les trois niveaux de soins. En effet, pour la prise en charge de l'obésité un modèle de soins multidisciplinaire par paliers orienté vers les résultats, avec un suivi régulier, est la méthode la plus efficace pour détecter au plus tôt l'obésité, pour poser un diagnostic correct à temps, pour proposer le traitement multidisciplinaire adéquat et pour prévenir les rechutes. La présente convention vise à l'adoption par les bénéficiaires pris en charge d'un mode de vie plus sain grâce au soutien apporté à ceux-ci et à leur entourage proche.

La conception du trajet de soins multidisciplinaire vise à proposer un traitement complet et intégré de l'obésité, adapté aux besoins du bénéficiaire individuel et à la manière dont son obésité se manifeste. Le modèle de soins doit être flexible pour pouvoir être personnalisé en fonction de l'âge de l'enfant, de la gravité de l'obésité et de la résilience de son entourage. L'enfant et sa famille occupent une position centrale à cet égard.

Pour ce faire, le trajet de soins multidisciplinaire doit obligatoirement toujours comporter les cinq volets suivants, qui sont réalisés par l'équipe du CPMO :

- 1) L'évaluation détaillée du bénéficiaire, ainsi que des comorbidités, du contexte psychosocial et du stress émotionnel ;
- 2) La rédaction d'un plan de traitement individuel pour le bénéficiaire et/ou sa famille ;
- 3) L'accompagnement social et émotionnel du bénéficiaire et de son entourage proche ;
- 4) Des conseils intensifs axés sur la famille et organisation de l'intervention sur le mode de vie/comportement visant à promouvoir un mode de vie sain (régime alimentaire, activité physique, satisfaction corporelle, perception de soi, régulation des émotions et sommeil) ;
- 5) L'organisation de rendez-vous de suivi réguliers pour stimuler et suivre l'adhésion au traitement médical.

Chapitre IV : Bénéficiaires de la convention

Article 4.

§ 1. Le trajet de soins multidisciplinaire visé dans la présente convention est réservé aux bénéficiaires de l'assurance maladie souffrant d'obésité, à partir du 2^{ème} anniversaire jusqu'au 18^{ème} anniversaire. Un bénéficiaire peut être inclus si son IMC est supérieur ou égal au percentile qui constitue le seuil d'obésité pour la population de référence du bénéficiaire.

§ 2. Les bénéficiaires sont classés en plusieurs catégories à l'aide de l'Edmonton Obesity Staging System for Pediatrics (EOSS-P) (cf. annexe 1). Il s'agit d'un outil convivial permettant d'effectuer un premier dépistage des facteurs de risque et d'estimer la gravité de l'obésité. Les enfants sont classés en différents stades de gravité de l'obésité, en fonction non seulement de l'IMC, mais aussi des informations sur la santé dans 4 domaines (les 4 M) et des obstacles à un pronostic favorable. Le plan de traitement est adapté au domaine pour lequel le risque estimé est le plus élevé (ainsi s'il n'y a pas de problème sur le plan mécanique (stade 0) mais s'il y a des

complications métaboliques ou des troubles psychiques (stade 2), le plan de traitement doit alors mieux correspondre au stade 2).

§ 3. Les enfants atteints de troubles du comportement alimentaire qui souffrent d'obésité peuvent être inclus dans la convention, étant entendu qu'aucun cumul n'est possible avec une convention dans le cadre des troubles du comportement alimentaire. Il appartient au prestataire de soins d'orienter le bénéficiaire vers le parcours de soins le plus adapté afin d'offrir le meilleur encadrement possible.

Chapitre V : Contenu du trajet de soins

Article 5.

§ 1. Le bénéficiaire est renvoyé par le médecin généraliste, le pédiatre du premier niveau ou par un médecin du CLB, de l'ONE, de Kind en Gezin, etc.

§ 2. Le bénéficiaire de stade EOSS-P 2 ou 3 continue à être suivi dans le CPMO avec un trajet de soins multidisciplinaire. Si nécessaire, le bénéficiaire de stade EOSS-P 2 ou 3 peut être renvoyé vers le troisième niveau de soins.

§ 3. Le bénéficiaire de stade EOSS-P 0 ou 1 est suivi dans le premier niveau, mais le médecin traitant peut demander un avis au CPMO (cf. article 12). Après un premier intake, le bénéficiaire évalué EOSS-P 2 ou plus continue à être traité dans le CPMO, mais il est renvoyé vers le premier niveau si l'EOSS-P 0 ou 1 est confirmé. Pendant cette période, le deuxième niveau doit soutenir et conseiller le premier niveau si nécessaire.

§ 4. Si le bénéficiaire est suivi au deuxième niveau, les conditions suivantes s'appliquent pour réaliser le trajet de soins multidisciplinaire :

- Un contact multidisciplinaire avec toutes les disciplines de l'équipe CPMO est prévu au début de la convention et puis annuellement. Ce contact multidisciplinaire a une durée minimale de 20 minutes par bénéficiaire.
- Les autres moments de contact dans le CPMO peuvent être organisés avec un ou plusieurs membres de l'équipe. Les moments de contact peuvent être planifiés de manière flexible et varient d'une fois par mois à au moins tous les 3 mois et sont réalisés avec les membres de l'équipe dont le bénéficiaire a le plus besoin.
- Un maximum de douze contacts sont remboursés par an. Ce maximum s'applique à l'ensemble du CPMO et ne représente pas un maximum pour chaque dispensateur de soins individuellement.

§ 5. Lorsque le bénéficiaire change de niveau de soins, une concertation multidisciplinaire doit avoir lieu. Le médecin généraliste ou le pédiatre du bénéficiaire du premier ou du troisième niveau doit être présent lors de celle-ci, de même que le coordinateur du CPMO (cfr. article 7 § 9) ou le pédiatre responsable du deuxième niveau. Les besoins de chaque bénéficiaire/famille sont uniques et doivent être identifiés et pris en charge. Cette concertation peut être organisée physiquement, digitale ou de manière hybride.

Chapitre VI : Contrat de trajet de soins

Article 6.

§ 1. Un trajet de soins ne peut commencer qu'après la signature d'un contrat de trajet de soins. Il s'agit d'un document qui doit être signé à la fois par le bénéficiaire et par le médecin généraliste ou le médecin spécialiste en pédiatrie (premier niveau) et le médecin spécialiste en pédiatrie affilié au CPMO (deuxième niveau). Le contrat de trajet de soins à signer se trouve en annexe 2. La signature du contrat de trajet de soins rend les dispositions de la présente convention applicables.

Les bénéficiaires de stade EOSS-P 0 ou 1 ne doivent pas signer le contrat de trajet de soins.

§ 2. Après la signature du contrat de trajet de soins, les démarches suivantes sont réalisées :

1. Le médecin spécialiste en pédiatrie affilié au CPMO envoie une copie du contrat signé à l'organisme assureur du bénéficiaire.
2. Le médecin-conseil de la mutualité approuve ou refuse le contrat et informe le bénéficiaire, le médecin généraliste ou le médecin spécialiste en pédiatrie (premier niveau) et le médecin spécialiste en pédiatrie (deuxième niveau) de la date de début du contrat, à savoir le jour où le coordinateur CPMO signe le contrat.

§ 3. Un trajet de soins peut être arrêté pour l'une des raisons suivantes :

1. Le bénéficiaire doit respecter toutes les conditions du contrat de trajet de soins, définies à l'article 5, § 4. S'il ne le fait pas, le contrat de trajet de soins est résilié obligatoirement, de sorte que le bénéficiaire perd les avantages qui y sont associés. L'organisme assureur informe par écrit le patient de l'arrêt du contrat. L'organisme assureur vérifie ces conditions chaque année. S'il le souhaite, le patient peut cependant conclure un nouveau contrat par la suite.
2. Le bénéficiaire peut changer de médecin généraliste ou de spécialiste au cours d'un trajet de soins. Dans ce cas, le bénéficiaire et les médecins concernés doivent signer un nouveau contrat. Si le médecin (médecin généraliste ou médecin spécialiste en pédiatrie premier ou deuxième niveau) cesse son exercice médical ou n'est plus en mesure de poursuivre ses obligations inhérentes au contrat trajet de soins, un autre médecin doit reprendre les soins via un nouveau contrat. Cela n'entraîne pas un redémarrage du trajet, mais implique la poursuite du contrat avec le nouveau médecin généraliste ou médecin spécialiste en pédiatrie.

Chapitre VII : Centres pédiatriques multidisciplinaires de prise en charge de l'obésité (CPMO)

Article 7.

§ 1. Nombre de CPMO

Le nombre de CPMO est limité, en fonction du budget disponible, à un maximum de 25 CPMO. Tout centre peut se porter candidat.

La procédure et les modalités de candidature sont publiées via le site web de l'INAMI. Si le nombre de candidatures recevables excède le nombre de places disponibles, le premier contractant effectuera une sélection sur la base des critères suivants:

- La distribution géographique des provinces où se situent les CPMO, pondérée selon le nombre d'habitants, à partir du 2^{ème} anniversaire jusqu'au 18^{ème} anniversaire, par province.
- Nombre de bénéficiaires en suivi permanent avec le CPMO au moment de la soumission de la demande.

Un centre qui a présenté une candidature et qui est éligible pour adhérer à la convention sur la base du critère susmentionné relatif à la distribution géographique et au nombre de bénéficiaires, mais qui ne dispose pas de l'expertise nécessaire telle que définie à l'article 7, § 4, bénéficie d'un report jusqu'au 31 mai 2024 inclus pour se conformer aux conditions de la convention concernant l'expertise nécessaire requise. A cette fin, un dossier complémentaire ou modifié peut être soumis avant le 31 mai 2024.

§ 2. Nombre de bénéficiaires

Dès le départ, le CPMO doit avoir au moins 100 bénéficiaires (à partir du 2^{ème} anniversaire jusqu'au 18^{ème} anniversaire) souffrant d'obésité en permanence en traitement régulier.

Si ce chiffre ne peut être atteint au démarrage, il peut être accepté comme mesure transitoire que le chiffre de 100 bénéficiaires en traitement ne soit atteint qu'à partir de la 2^{ème} année.

Après une phase de démarrage d'un an, l'objectif est de parvenir à une croissance sur une période de trois ans, à compter de la date de l'entrée en vigueur de la convention, pour atteindre un nombre total de 200 bénéficiaires en permanence en traitement régulier par CPMO.

Le CPMO peut soumettre le nombre minimal de bénéficiaires par an au Service d'évaluation et de contrôle médicaux (SECM) de l'INAMI.

Si pendant deux années civiles consécutives, un CPMO ne répond plus à ce critère, ceci constituera un motif de résiliation de la présente convention - après une évaluation dont il ressort que le pronostic n'est pas bon -, moyennant un préavis de six mois afin de permettre au CPMO de prendre les mesures nécessaires pour assurer la continuité des soins. Pendant cette période, le CPMO ne peut pas inclure de nouveaux bénéficiaires dans la convention.

§ 3. Fonction

La fonction première du CPMO est d'assurer le suivi multidisciplinaire et ambulatoire des bénéficiaires de stade EOSS-P 2 ou 3.

La deuxième fonction est une fonction de conseil et d'expertise pour soutenir les soins prodigués au premier niveau aux bénéficiaires de stade EOSS-P 0 ou 1 (cf. article 12). Plus précisément, le deuxième niveau peut aider le premier niveau à établir un plan de traitement et à orienter les patients vers les dispensateurs de soins appropriés.

Lorsque le médecin du premier niveau estime qu'un accueil multidisciplinaire et/ou un plan de traitement est souhaitable au deuxième ou au troisième niveau, le bénéficiaire est renvoyé vers

un CPMO. Le plan de traitement peut ensuite être établi au premier ou au deuxième niveau, en fonction de l'évaluation EOSS-P et en concertation avec le patient et sa famille.

Dans le cadre d'un intake multidisciplinaire, les dispensateurs de soins concernés se concertent physiquement. Le deuxième niveau ne doit donc pas toujours réaliser les soins lui-même, mais proposer le plan et aider à orienter vers les bons dispensateurs de soins. Ainsi, on peut s'efforcer d'offrir des soins à proximité du domicile du bénéficiaire ou dans son milieu de vie.

Les Centres de Rééducation Pédiatrique du troisième niveau, Zeepreventorium et Clairs Vallons, accompagnent le CPMO (à distance ou non) avec le renvoi du bénéficiaire vers le deuxième (ou le cas échéant, le premier) niveau après un accompagnement intensif au troisième niveau. Ils aident à établir un plan de traitement approprié, soutiennent et conseillent le deuxième (ou, le cas échéant, le premier) niveau après la rééducation intensive au troisième niveau.

§ 4. Cadre du personnel

Le CPMO visé dans la présente convention dispose d'une équipe multidisciplinaire possédant une expertise en obésité infantile et des connaissances en prévention des troubles alimentaires.

L'équipe multidisciplinaire est composée de :

- Un pédiatre, éventuellement spécialisé en endocrinologie ou ayant au moins un intérêt particulier pour l'obésité pédiatrique ;
- Un diététicien spécialisé ayant soit au moins 5 ans d'expérience dans l'accompagnement d'enfants en surpoids, soit un certificat de formation en « nutrition de l'enfant et de l'adolescent » ou un certificat « obésité chez les enfants/jeunes » (formation Eetexpert, CEPIA ou organisme équivalent). Ce dispensateur de soins travaille avec l'équipe de soins pour s'assurer que l'enfant bénéficie d'un apport nutritionnel et de compétences alimentaires appropriés et prend en compte les nombreux diagnostics médicaux complexes qui affectent la croissance de l'enfant ainsi que les trajets alimentaires en tenant compte des préférences de la famille (cf. annexe 3, critères diététiciens) ;
- Psychologue ayant soit au moins 5 ans d'expérience dans le conseil aux jeunes enfants et adolescents, soit spécialisé pour des enfants ; et ayant soit au moins 5 ans d'expérience dans l'encadrement d'enfants en surpoids, soit une attestation de formation « obésité chez les enfants/jeunes » (formation Eetexpert, CEPIA ou organisme équivalent). Le psychologue a également une connaissance des crises de boulimie
- Kinésithérapeute porteur d'une qualification en kinésithérapie pédiatrique ;
 - Chez les enfants de moins de 12 ans :
 - un kinésithérapeute ayant une qualification particulière en kinésithérapie pédiatrique ou un kinésithérapeute ayant une expérience suffisante (5 ans) et/ou une formation en kinésithérapie pédiatrique, qui a également reçu une formation sur le surpoids et l'obésité chez l'enfant ;
 - Chez les enfants entre 12 et 18 ans :
 - un kinésithérapeute ayant une qualification particulière en kinésithérapie pédiatrique ou un kinésithérapeute ayant une expérience suffisante (5 ans) et/ou une formation en kinésithérapie pédiatrique ;
 - Soit un kinésithérapeute du sport qui a également suivi une formation sur le surpoids et l'obésité chez l'enfant ;

- avec une expertise dans l'obésité (chez l'enfant)
- Un travailleur social ou un infirmier social ;
- Un assistant administratif.

Le CPMO s'engage à prendre sans délai toutes les dispositions afin de compléter le cadre du personnel pour toute fonction qui serait vacante, en tout ou en partie, temporairement (pour cause de maladie, interruption de carrière, congé sans solde, ...) ou définitivement (pour cause de licenciement, démission). Le CPMO n'est toutefois pas tenu de compléter le cadre du personnel pour une fonction laissée vacante, soit par un membre du personnel licencié, au cours de la période de préavis légal rémunéré, soit par un membre du personnel absent pour maladie, au cours de la période légale de salaire garanti, tant qu'il rémunère effectivement ce membre du personnel.

Le CPMO tient à jour une liste complète des membres de l'équipe qu'il emploie réellement. Cette liste doit indiquer qui travaille dans le cadre de la convention à n'importe quelle date, avec quelle fonction, quel temps de travail et quel horaire de service par semaine.

Le CPMO s'engage à toujours mettre en place une équipe multidisciplinaire autour du bénéficiaire qui réponde aux besoins de l'enfant.

Le CPMO garantit la qualité des soins selon le plus haut degré de preuve (« level of evidence ») de la médecine factuelle (« evidence-based medicine »).

Le CPMO dispose d'une liste des formations en matière d'obésité suivies par les dispensateurs de soins actifs dans le centre. Lors de la phase de démarrage, chaque centre doit participer à une formation de base de 4 jours organisée par la Belgian Association for the Study of Obesity (BASO), le Centre d'Expertise Poids Image du Corps et Alimentation (CEPIA) ou Eetexpert. Les années suivantes, chaque membre de l'équipe multidisciplinaire (médecin, diététicien, psychologue, kinésithérapeute), à l'exception du travailleur social ou de l'infirmier social et de l'assistant administratif, doit suivre au minimum 8 heures de formation continue en matière d'obésité chez les enfants. Ces activités de formation continue doivent être des activités CP ou CME approuvées. Une liste des formations continues sur l'obésité existantes est jointe pour information en annexe 5.

§ 5. Nombre d'Equivalents Temps Plein (ETP)

Le nombre d'ETP est fixé sur la base :

- du nombre de bénéficiaires suivis au cours d'une année civile pour lesquels le forfait prévu dans la présente convention est dû ;
- du type de prestations (telles que visées à l'article 10 de la présente convention) réalisées pour ces bénéficiaires. Pour ce point, il y a lieu de tenir compte du nombre d'heures par discipline comprises dans le montant des prestations, comme indiqué à l'annexe 6 de cette convention.

Pour un CPMO, il est attendu qu'il dispose d'un encadrement d'au moins 1,8 ETP pour 100 bénéficiaires suivis dans le cadre de l'obésité. Cet encadrement doit être adapté de manière proportionnelle en fonction du nombre réel de bénéficiaires suivis et de la nature des prestations réalisées conformément aux dispositions du § 4 de cet article.

§ 6. Expertise requise

- Expertise en matière d'obésité, y compris les formes génétiques, les affections endocriniennes ;
- Expertise dans le diagnostic et la prise en charge des comorbidités ;
- Expertise en troubles de l'alimentation, ainsi que des connaissances sur la prévention des troubles de l'alimentation et le traitement de l'hyperphagie boulimique;
- Expertise dans le rétablissement d'une bonne perception du corps, d'une bonne perception de soi et d'une bonne régulation des émotions ;
- Connaissance des outils à utiliser pour évaluer le bien-être psychosocial et le stress émotionnel ;
- Techniques comportementales et systémiques (c'est-à-dire travailler avec des familles) ;
- Techniques d'éducation actualisées : aptitudes en matière de communication et de motivation ;
- Soins multidisciplinaires (même temps, même espace, interaction entre les spécialités) ;
- Pharmacothérapie dans le cadre de l'obésité ;
- Physiothérapie spécifique (incontinence, constipation, douleurs et troubles musculosquelettiques) ;
- Expertise pour les patients souffrant d'obésité et d'autisme/retard de développement ;
- Expertise sur la transition/l'orientation des patients plus âgés/adolescents vers les soins pour adultes pour l'obésité (orientation correcte à un âge plus avancé) ;
- Connaissance des traitements chirurgicaux et interventionnels.

Les hôpitaux qui ne peuvent démontrer qu'ils possèdent cette expertise ne sont pas éligibles à adhérer à cet accord.

Par le biais de « l'EASO Obesity Clinic Self Assessment », le centre s'auto-évaluera afin de déterminer son niveau d'expertise et d'identifier les améliorations à apporter si nécessaire. Les résultats de cette évaluation et les adaptations prévues en fonction des résultats peuvent être présentés.

§ 7. Unicité de fonctionnement

L'équipe multidisciplinaire doit se réunir au moins une fois par trimestre.

Chaque réunion fait l'objet d'un rapport qui comporte la liste des participants, le nom des bénéficiaires dont le cas a été discuté et les sujets généraux qui ont été traités. Un retour d'informations est fourni au médecin généraliste ou au médecin spécialiste en pédiatrie du premier niveau, ainsi qu'au bénéficiaire et aux parents ou au tuteur du bénéficiaire.

Il est pris note de chaque moment de contact pour chaque bénéficiaire pris en charge dans le cadre de la présente convention.

Le CPMO transmet, d'une part, au Service des soins de santé de l'INAMI, toutes les informations qui lui sont demandées en vue du contrôle du respect de la convention sur le plan thérapeutique ou financier ou qui lui sont demandées dans le cadre de la gestion générale des conventions. D'autre part, le CPMO transmet au médecin-conseil de l'organisme assureur du bénéficiaire

toutes les informations demandées par celui-ci en vue de l'évaluation des demandes individuelles d'intervention (en respectant le secret médical).

§ 8. Infrastructure et équipement

Le CPMO dispose des espaces de consultation et d'entretien individuels nécessaires, d'un espace dans lequel il est possible de dispenser des séances de groupe, d'une salle de réunion et d'un secrétariat où les dossiers individuels sont conservés et mis à la disposition de l'équipe multidisciplinaire (d'une manière électronique ou non). Tous ces locaux sont centralisés dans le même bâtiment, dans le but d'un ensemble fonctionnel maximal.

§ 9. Coordinateur CPMO

Le coordinateur CPMO est un membre de l'équipe du deuxième niveau qui a pour mission de participer à l'élaboration, au suivi, à l'évaluation et, si nécessaire, à l'adaptation du plan de soins. Le coordinateur CPMO se charge de la communication au sein de l'équipe et entre les autres niveaux de soins.

Tâches du coordinateur CPMO :

- Organiser la concertation multidisciplinaire au deuxième niveau et entre les niveaux de soins ;
- Suivre les résultats et le plan de soins ;
- Prendre contact avec le bénéficiaire et avec les parents ;
- Transmettre les informations médicales et psychosociales entre les différents niveaux de soins (soins transmuraux), par exemple lorsque le bénéficiaire change de niveau de soins ;
- La mise en place de soins actifs à différents niveaux de soins ;
- Dans des cas exceptionnels, un travail de proximité au sein du milieu de vie des familles socialement vulnérables afin d'élaborer de manière optimale le trajet de soins.

Chapitre VIII : Demande de la part du bénéficiaire d'une intervention dans le coût du trajet de soins multidisciplinaire

Article 8.

§ 1. En vertu des dispositions de l'article 138, 2°, b) de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, le trajet de soins multidisciplinaire d'un bénéficiaire peut uniquement entrer en considération pour le remboursement par l'assurance soins de santé lorsque le médecin-conseil a rendu un avis favorable sur la prise en charge du trajet de soins multidisciplinaire du bénéficiaire. La demande d'une intervention dans le coût du trajet de soins multidisciplinaire figure à l'annexe 4.

§ 2. La demande d'intervention dans le coût du trajet de soins multidisciplinaire par l'assurance obligatoire des soins de santé doit être remplie en partie par un parent ou tuteur du bénéficiaire et en partie par le médecin spécialiste en pédiatrie responsable au CPMO.

§ 3. La période de prise en charge accordée par le médecin-conseil sur la base d'une même demande individuelle de prise en charge ne peut excéder 5 ans. À la fin de cette période

autorisée, la prise en charge peut toutefois être prolongée, éventuellement pour une nouvelle période de 5 ans, à condition que le bénéficiaire réponde toujours aux conditions de l'article 4 de la présente convention. Si le bénéficiaire atteint l'âge de 18 ans au cours d'une période autorisée de plus d'un an et de maximum 5 ans, la période est raccourcie jusqu'au jour précédant la date de son 18^e anniversaire. La dernière prestation doit être dispensée avant le 18^e anniversaire.

§ 4. Pendant la période du trajet de soins multidisciplinaire accordée par le médecin-conseil, le montant, mentionnés à l'article 10 et le pseudocode correspondant peuvent être portés en compte.

Article 9.

§ 1. Une demande de prise en charge du trajet de soins multidisciplinaire par l'assurance obligatoire soins de santé doit être introduite auprès de l'organisme assureur par le coordinateur CPMO.

§ 2. Le CPMO s'engage à conserver les demandes d'intervention et toute la correspondance sortante et entrante à ce sujet (ou une copie de celles-ci) avec les organismes assureurs pendant 7 ans.

Chapitre IX : Les prestations remboursables – définition, prix et honoraires

Article 10.

§ 1. La prestation qui peut être prise en charge par l'assurance obligatoire soins de santé comprend un forfait trimestriel par bénéficiaire de stade EOSS-P 2 ou 3 dont le suivi multidisciplinaire a lieu dans un CPMO. Ce forfait trimestriel couvre l'ensemble du traitement pendant trois mois, y compris la concertation multidisciplinaire au sein de l'équipe, les consultations multidisciplinaires avec le (les parents du) bénéficiaire, les consultations longues avec le pédiatre, le travail du diététicien et du psychologue spécialisés, le bilan initial du kinésithérapeute et la communication avec les autres niveaux de soins impliqués dans la prise en charge du bénéficiaire. La période de trois mois prend cours à la date de signature du contrat de trajet de soins par le coordinateur CPMO. Le forfait trimestriel peut être accordé au maximum quatre fois par an par bénéficiaire.

§ 2. L'emploi du temps par prestataire de soins sur lequel est basé le forfait trimestriel figure en annexe 6. Il s'agit d'un emploi du temps moyen par prestataire de soins et par bénéficiaire, mais pouvant être modulé au cas par cas en fonction des besoins du bénéficiaire.

§ 3. Le montant de l'intervention de l'assurance est établi sur base de l'annexe 7 à la présente convention. L'intervention de l'assurance à partir du 1^{er} décembre 2023 s'élève à :

Forfait trimestriel	Total	Indexable	Non indexable
400632 - 400643	€ 426,77	€ 413,84	€ 12,93

Ce montant peut être facturé à l'issue d'une période de trois mois, pour autant que pendant cette période au moins une intervention directe et individuelle ait eu lieu auprès du bénéficiaire et de l'une des personnes de son entourage direct par au moins deux membres du personnel, d'une

discipline différente, liés au CPMO, dans le cadre de la prise en charge de son obésité. Ceci selon les conditions telles que décrites à l'article 5, § 4.

§ 4. Les consultations et autres prestations prévues dans la nomenclature des prestations de santé des médecins faisant partie de l'équipe multidisciplinaire ne relèvent pas de la prestation visée à l'art. 10, § 1^{er} et peuvent donc être attestées en dehors du cadre de la présente convention. La part personnelle de ces consultations reste à la charge du bénéficiaire. Il n'est pas possible de cumuler avec les prestations de rééducation, telles que définies dans le chapitre I, Abis de l'annexe a l'arrête royal du 10 janvier 1991 établissant la nomenclature des prestations de rééducation visée à l'article 23, § 2, alinéa 2, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, portant fixation des honoraires et prix de ces prestations et portant fixation du montant de l'intervention de l'assurance dans ces honoraires et prix.

§ 5. Pour chaque trimestre au cours duquel un bénéficiaire suit le trajet de soins multidisciplinaire et répond aux conditions mentionnées à l'article 5, § 4, le CPMO peut facturer le forfait fixé à l'organisme assureur du bénéficiaire. La partie indexable des prix et honoraires fixés dans le présent article est liée à l'indice-pivot 123,14 (décembre 2022, base 2013) des prix à la consommation. Cette partie indexable est adaptée sur la base des dispositions de la loi du 1^{er} mars 1977 organisant un régime de liaison à l'indice des prix à la consommation du Royaume de certaines dépenses dans le secteur public.

§ 6. Le CPMO s'engage à ne réclamer aux bénéficiaires aucun supplément aux montants fixés. Le CPMO s'engage à facturer le forfait trimestriel (cf. article 10) et les prestations de l'article 12 aux organismes assureurs sur la base du fichier de facturation électronique de l'établissement de soins dont l'établissement fait partie (facturation électronique obligatoire via MyCarenet).

§ 7. Pour les bénéficiaires, aucune quote-part personnelle n'est due sur les prix et honoraires attestés tels que définis aux articles 10 § 1, 11 et 12, à l'exception de la prestation 104090.

§ 8. Un programme réalisé dans le cadre de la présente convention n'est pas cumulable avec une convention réalisée par un service hospitalier qui accompagne les bénéficiaires dans le cadre de la convention relative aux « Pathologies pédiatriques : maladies chroniques, obésité morbide, séquelles de maltraitance » (convention avec Clairs Vallons et le Zeepreventorium), ni avec une convention en matière de troubles alimentaires.

Article 11.

Outre le montant forfaitaire par trimestre décrit à l'article 10, le médecin généraliste ou le pédiatre traitant n'appartenant pas à l'équipe du CPMO peut facturer le forfait 400654 sous réserve que le patient ait été admis en tant que bénéficiaire visé par la présente convention et que le contrat de trajet de soins ait été conclu avec ce médecin.

Pseudocode	Libellé	Honoraires
400654	Honoraires forfaitaires pour le médecin généraliste ou le médecin spécialiste en pédiatrie par année civile au cours de laquelle le bénéficiaire souffrant d'obésité	€ 100,00

	est inclus dans la convention « Obésité chez les enfants ».	
--	---	--

La prestation 400654 peut uniquement être attestée par un seul dispensateur de soins du premier niveau par bénéficiaire (le médecin généraliste traitant ou le médecin traitant spécialiste en pédiatrie).

Le dispensateur de soins qui atteste l'honoraire forfaitaire doit assister au moins deux fois par an à une concertation multidisciplinaire du bénéficiaire dans un CPMO.

Le forfait couvre les éléments suivants :

- 1° Développement et actualisation du partenariat avec le médecin généraliste et les autres prestataires de soins ;
- 2° La concertation et la communication entre les prestataires de soins et les niveaux de soins, notamment lors de l'élaboration du plan de traitement ;
- 3° Suivi du plan de traitement ;
- 4° Participation à la concertation multidisciplinaire. Cette concertation peut être organisée physiquement, digitale ou de manière hybride.

Ce forfait est indexé conformément à l'arrêté royal du 8 décembre 1997 déterminant les modalités d'application de l'indexation des prestations de santé dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé.

[Chapitre X : Fonction de conseil du deuxième niveau](#)

Article 12.

§ 1. En ce qui concerne le soutien et les conseils prodigués par le deuxième niveau au premier niveau comme le prévoit l'article 5, § 3, une prestation peut être attestée pour l'évaluation et la mise en place d'un plan de traitement dans le CPMO dans le cas d'un bénéficiaire EOSS-P 0 ou 1, à distance ou non, et du suivi y afférent après 6 mois. En effet, ces bénéficiaires n'étant pas suivis dans le CPMO, ils n'ont pas droit au forfait trimestriel.

§ 2. Le médecin pédiatre d'un CPMO peut facturer le pseudocode 400676 - 400680 pour donner des conseils au premier niveau chez un bénéficiaire de classification EOSS-P 0 ou 1.

§ 3. Si le médecin spécialiste en pédiatrie estime nécessaire qu'un avis complémentaire soit demandé à des autres prestataires de soins, sous forme de bilan multidisciplinaire, des prestataires de soins affilié au CPMO peut être saisi. Les prestataires de soins possibles sont un diététicien, un psychologue et un kinésithérapeute.

Tarif à partir du 1^{er} décembre 2023 :

Pseudocode	Libellé	Honoraires
400676 - 400680	Conseil et soutien au premier niveau de soins par le médecin spécialiste en pédiatrie, affilié à un CPMO, pour un bénéficiaire classé EOSS-P 0 ou 1.	€ 23,06
104090	Prise en charge par le médecin spécialiste en pédiatrie, affilié à un CPMO, d'un bénéficiaire de classement EOSS-P 0 ou 1.	€ 46,69
400691	Indemnité forfaitaire pour les conseils multidisciplinaires complémentaires d'un kinésithérapeute, d'un psychologue et d'un diététicien, demandés par le médecin spécialiste en pédiatrie rattaché à un CPMO.	€ 161,62

Les codes 400676 - 400680 et 104090 ne peuvent être attestés que sur demande écrite spécifique du médecin généraliste ou du médecin spécialiste en pédiatrie (premier niveau). Ceci dans le but d'accompagner et de conseiller dans l'élaboration du plan de traitement et l'orientation vers le(s) prestataire(s) de soins adéquat(s). Cette demande est conservée dans le dossier médical du bénéficiaire. Aucun contact avec le bénéficiaire n'est requis pour attester le code 400676 - 400680.

Le code 400676 - 400680 peut être attesté au maximum une fois par bénéficiaire et par année civile. Le code 400676 - 400680 peut être attesté un maximum de quatre fois par bénéficiaire, à la demande explicite du médecin généraliste ou du pédiatre traitant du premier niveau.

Le code 104090 peut être attesté au maximum une fois par bénéficiaire et par année civile, et nécessite un contact physique entre le médecin spécialiste en pédiatrie et le bénéficiaire. Le code 104090 peut être attesté un maximum de quatre fois par bénéficiaire.

Le code 400691 peut être attesté au maximum une fois par bénéficiaire et par année civile, et nécessite un contact physique entre le dispensateurs de soins et le bénéficiaire. Le code 400691 peut être attesté un maximum de quatre fois par bénéficiaire. Le code 400691 ne peut être attesté que si le code 104090 a été préalablement attesté.

Les codes 400676 - 400680 et 104090 ne sont pas cumulables avec une consultation le même jour par le même médecin spécialiste en pédiatrie.

La partie indexable des prix et honoraires de la prestation 400691 fixés dans cet article est liée à l'indice-pivot 123,14 (décembre 2022, base 2013) des prix à la consommation. Cette partie indexable est adaptée sur la base des dispositions de la loi du 1^{er} mars 1977 organisant un régime de liaison à l'indice des prix à la consommation du Royaume de certaines dépenses dans le secteur public.

Les prestations 400676-400680 et 104090 des prix et honoraires déterminés au présent article sont indexées conformément à l'arrêté royal du 8 décembre 1997 déterminant les modalités d'application de l'indexation des prestations de santé dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé.

Chapitre XI : Indicateurs de qualité et de processus pour l'évaluation du trajet de soins

Article 13.

En vue de monitorer les CPMO et d'évaluer la qualité des soins, des indicateurs de résultats ont été développés par le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) et un groupe d'experts (composé de représentants de la BASO, d'Eetexpert, du Zeepreventorium et de Clairs Vallons), cf. le rapport du KCE « Developing a set of quality indicators to monitor and assess the quality of care delivered by paediatric multidisciplinary obesity centres (CPMO) ».

§ 1. Indicateurs de structure et de processus

Les indicateurs spécifiques de structure et de processus suivants, au minimum, font l'objet d'un suivi pendant la durée de la présente convention afin de déterminer et de suivre la qualité des soins dispensés par le CPMO :

1. Indicateurs de structure

- Volume d'activités (cf. article 7, § 2)
- Composition de l'équipe (cf. article 7, § 4)
- Équipements (cf. article 7, § 8)

2. Indicateurs de processus

- Trajet de soins multidisciplinaire (cf. article 3)
- Contacts (cf. article 5, § 4)
- Processus de renvoi (cf. article 5)

§ 2. Indicateurs de résultat

La collecte prospective de données pour chaque bénéficiaire de la convention implique une quantité considérable d'informations à gérer par les CPMO. C'est la raison pour laquelle il est judicieux de ne pas surcharger les CPMO en établissant une distinction entre :

- *Les indicateurs « must-have »* : il s'agit des indicateurs (et des mesures nécessaires pour calculer ceux-ci) qui sont essentiels pour le suivi des CPMO et l'évaluation de la qualité de la prestation de soins. Pour chacun de ces indicateurs, une fiche de données technique a été développée qui décrit la collecte de données, les définitions techniques et les méthodes de calcul de l'indicateur. Les données sont enregistrées dans le dossier du bénéficiaire.
 - Paramètres anthropométriques : âge, sexe, poids, taille, indice de masse corporelle (IMC) avec le percentile IMC et/ou le score Z IMC dérivé ;
 - Profil lipidique : triglycérides, cholestérol total, lipoprotéines de basse densité (LDL-C) et lipoprotéines de haute densité (HDL-C) ;
 - Tension artérielle ;
 - Activité physique : test de marche 6 minutes (6-MWT) ;

- Qualité de vie : questionnaire EQ-5D-Y ;
- *Les indicateurs « nice to have »* : il s'agit d'indicateurs non obligatoires qui peuvent être récoltés à des fins de recherche. Les données sont enregistrées dans le dossier du bénéficiaire.
 - Sur le plan métabolique/médical : évaluation de comorbidités telles que le diabète de type 2, la résistance à l'insuline, une problématique hépatique par la mesure de HbA1c, des tests hépatiques, etc. ;
 - Sur le plan mécanique : identification d'un syndrome d'apnées obstructives du sommeil (SAOS) ou d'une problématique orthopédique ;
 - Sur le plan mental : questionnaires complémentaires visant à constater une dépression, une anxiété, des troubles de l'image corporelle, des fringales ou un retard de développement ;
 - Sur le plan environnemental : examen des performances scolaires, d'une problématique de harcèlement, des aptitudes éducatives, tâches ménagères, etc.

§ 3. Enregistrement des données

Sur la base de l'article 9.2(a) du Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, et abrogeant la directive 95/46/CE (règlement général sur la protection des données, RGPD) chaque CPMO enregistre les données énoncées dans cet article concernant tous les bénéficiaires atteints d'obésité dans une base de données standardisée (situé à l'UZ Bruxelles), registre établi par BASO et la Société belge d'endocrinologie et de diabète pédiatriques (BELSPEED).

L'INAMI, en tant que responsable du traitement de ces données, est responsable de leur collecte, de leur traitement et de leur analyse, conformément à l'article 4, 7) du règlement général sur la protection des données.

Les différents CPMO et BELSPEED sont des sous-traitants qui traitent ces données personnelles pour le compte de l'INAMI conformément à l'article 4, 8) du règlement général sur la protection des données.

Le coordinateur CPMO désigné dans chaque centre est responsable de la soumission en temps utile, correcte et complète de ces données à BELSPEED par le biais d'un formulaire.

Chaque centre désigne une personne de contact auprès de qui les personnes concernées pourront exercer leurs droits tels que prévus par le RGPD.

Les données doivent être conservées pendant au moins 6 ans par l'UZ Bruxelles sous forme de données pseudonymisées.

Les personnes et entités suivantes ont accès à ces données :

- l'INAMI
- BELSPEED

Afin de suivre et d'évaluer les activités, il est prévu d'enregistrer les données suivantes concernant les indicateurs de processus et de qualité, comme stipulé dans le rapport du KCE, Developing a

set of Quality indicators to monitor and assess the quality of care delivered by paediatric multidisciplinary obesity centres (CPMO) :

- Données administratives
 - Nom – Prénom
 - Genre
 - Date de naissance
 - Code NISS
 - Adresse
 - Téléphone
 - Email
- Paramètres anthropométriques :
 - Poids
 - Taille
 - BMI
 - BMI z-score
- Santé cardiométabolique : valeurs des lipides sanguins:
 - triglycérides (TG),
 - cholestérol total (TC),
 - cholestérol des lipoprotéines de basse densité (LDL-C)
 - et de haute densité (HDL-C)
 - Non-HDL-C
 - Lorsque c'est cliniquement indiqué : détermination de l'HbA(1c), de l'insuline plasmatique (à jeun) et du glucose plasmatique (à jeun)
- Tension artérielle :
 - Tension artérielle systolique
 - Tension artérielle diastolique
- Activité physique (chez les 6 ans et plus):
 - Résultats obtenus durant le Six-Minute Walking Test (6-MWT) c'est-à-dire le nombre de mètres parcourus pendant 6 minutes
- Qualité de vie : Toutes les données recueillies en utilisant questionnaire ED-5D-Y

[Chapitre XII : Comité d'accompagnement](#)

Article 14.

§ 1. Un Comité d'accompagnement est créé afin d'assurer le suivi de la convention « Obésité chez les enfants ».

Ce Comité d'accompagnement est composé de 17 membres :

- 2 membres actifs et 2 membres suppléants désignés par les organisations professionnelles représentatives des médecins ;
- 2 membres actifs et 2 membres suppléants désignés par les organisations professionnelles représentatives des fédérations hospitalières ;
- 2 membres actifs et 2 membres suppléants désignés par les organismes d'assurance ;

- 2 membres du troisième niveau, avec un maximum de 1 de chaque rôle linguistique (Zeepreventorium et Clairs Vallons) ;
- 6 membres experts médicaux, dont 3 pour chaque rôle linguistique, nommés par BASO ;
- 2 membres actifs et 2 membres suppléants représentant les patients désignés par le forum des patients visé à l'art. 13/2 de la loi sur l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 ;
- 1 membre actif et 1 membre suppléant du KCE.

Lors de la première réunion, le Comité d'accompagnement doit approuver le règlement de fonctionnement précisant la composition, le nombre de représentants par organisation et le nombre de réunions.

Le Comité d'accompagnement est présidé par un représentant de l'INAMI. L'organisation, l'accompagnement et le secrétariat sont assurés par l'INAMI.

Le Comité d'accompagnement se réunit chaque année. Le Comité d'accompagnement peut être convoqué à tout moment par l'une des parties concernées.

Le Comité d'accompagnement se réunit en bonne et due forme si au moins huit membres sont présents. Les décisions sont prises à la majorité simple des membres participant au vote ; les abstentions ne sont pas prises en compte.

§ 2. Missions

Le Comité d'accompagnement est chargé des missions suivantes :

1. Suivi des indicateurs de structure, de processus et de résultat ;
2. Suivi du budget ;
3. Propositions d'ajustement si nécessaire ;
4. Conseil pour le développement du premier niveau.

[Chapitre XIII : Délai de validité de la convention](#)

Article 15.

§ 1. La présente convention prend effet le 1^{er} décembre 2023.

§ 2. La présente convention est valable jusqu'au le 30 novembre 2028 (5 ans). Toutefois, elle peut toujours être dénoncée par une des deux parties, quel que soit le motif (donc également pour des motifs qui ne sont pas mentionnés explicitement dans le texte de la convention), par une lettre recommandée à la poste qui est adressée à l'autre partie, moyennant le respect d'un préavis de 6 mois prenant cours le premier jour du mois qui suit la date d'envoi de la lettre recommandée.

§ 3. Les annexes à la présente convention en font partie intégrante.

Il s'agit des annexes suivantes :

- Edmonton Obesity Staging System for Pediatrics (EOSS-P)
- Formulaire pour l'introduction des demandes individuelles de prise en charge d'un bénéficiaire âgé de moins de 18 ans
- Contrat de trajet de soins
- Description détaillée des critères pour les diététiciens
- Formations continues existantes relatives à l'obésité
- Affectation du temps au sein du CPMO
- Calcul du montant de l'intervention et de la prestation

Fait à Bruxelles et signé électroniquement par

Pour le pouvoir organisateur de l'établissement,

Pour le Comité de l'assurance soins de santé,

Bruxelles,

Le Fonctionnaire dirigeant,

Chef du service de pédiatrie de l'établissement,

Mickaël DAUBIE

Directeur-général des soins de santé

ANNEXE 1: Edmonton Obesity Staging System for Pediatrics (EOSS-P)

	Estimation des risques pour la santé
Stade 0	<ul style="list-style-type: none"> ● Métabolique/médical : pas d'anomalie métabolique ● Mécanique : pas de limitations fonctionnelles ● Mental : pas de psychopathologie ● Milieu : pas d'inquiétude dans le contexte parental, familial ou social
Stade 1	<ul style="list-style-type: none"> ● Métabolique : anomalies cardiométaboliques légères (par ex. moins de tolérance au glucose, préhypertension, anomalies lipidiques légères (par rapport aux valeurs limites), infiltration graisseuse légère du foie/augmentation des transaminases (ALT : 1,5-2x valeur normale)) ● Mécanique : complications biomécaniques légères (par ex. apnée obstructive du sommeil sans traitement par pression positive /<i>Positive Airway Pressure</i>, douleur musculo-squelettique légère ou essoufflement lors d'une activité physique qui n'interfèrent pas avec les activités quotidiennes) ● Mental : psychopathologie légère, TDAH, trouble de l'apprentissage, préoccupation légère par rapport à l'image corporelle, alimentation émotionnelle occasionnelle ou crises de boulimie occasionnelles, harcèlement, léger retard de développement ● Milieu : problèmes relationnels légers, légères limitations dans la capacité des figures d'attachement à répondre aux besoins de l'enfant
Stade 2	<ul style="list-style-type: none"> ● Métabolique : complications cardiométaboliques modérées qui requièrent un traitement (médicamenteux) (par ex. diabète de type 2 sans complications, hypertension, trouble lipidique modéré, syndrome des ovaires polykystiques, infiltration graisseuse modérée à grave du foie (ALT : 2-3x valeur normale)) ● Mécanique : complications biomécaniques modérées (par ex. apnée obstructive du sommeil qui requiert une assistance respiratoire/PAP, reflux gastro-œsophagien, douleur musculo-squelettique/complication ou essoufflement entravant le niveau d'activité, limitations modérées dans les activités quotidiennes) ● Mental : problèmes mentaux modérés (par ex. dépression majeure, trouble de l'anxiété, crises de boulimie fréquentes, altération significative de l'image corporelle, retard modéré du développement) ● Milieu : problèmes relationnels modérés, harcèlement frappant à la maison ou à l'école, limitations claires de la capacité des figures d'attachement à répondre aux besoins de l'enfant
Stade 3	<ol style="list-style-type: none"> 1. Métabolique : complications cardiométaboliques non contrôlées par ex. diabète de type 2 avec complications ou impossibilité d'atteindre les valeurs cibles pour la glycémie, taux de lipides élevé nécessitant une médication, fonction hépatique gravement altérée (ALT : >3x valeur normale), cardiomégalie 2. Mécanique : apnée obstructive du sommeil qui requiert une PAP ou de l'oxygène supplémentaire, hypertension pulmonaire, mobilité limitée, maladie de Blount, glissement de la tête fémorale, ostéoarthrite, essoufflement en position assise/pendant le sommeil, œdème périphérique 3. Mental : psychopathologie non contrôlée, absentéisme scolaire, crises de boulimie quotidiennes, altération grave de l'image corporelle 4. Milieu : problèmes relationnels graves, les figures d'attachement ne sont pas en mesure de répondre aux besoins de l'enfant (peut inclure une exposition à de la violence familiale), environnement dangereux (maison, voisinage ou école)

Note : La persistance au stade 1, 2 ou 3 après une période significative de soins (par exemple 12 mois) devrait entraîner une intensification des stratégies de traitement après exclusion des facteurs de risque immuables.

ANNEXE 2 : Contrat de trajet de soins

CONTRAT TRAJET DE SOINS OBESITE

ENGAGEMENTS DU PATIENT ET DES PARENTS OU DU TUTEUR DU PATIENT

NOM DU PATIENT :

- Mon médecin généraliste ou mon médecin spécialiste en pédiatrie m'a expliqué aujourd'hui les conditions du trajet de soins « Obésité chez les enfants ».
- J'ai été informé(e) par mon médecin généraliste ou mon médecin spécialiste en pédiatrie que les bénéfices et la réussite du trajet de soins dépendent de ma participation active au plan de suivi.
- J'autorise la collecte et le(s) traitement(s) nécessaire(s) pour la finalité des réaliser l'évaluation du traitement, des données à caractère personnel de mon enfant [Nom et prénom de l'enfant].
- Les données suivantes sont collectées:
 - Données administratives
 - Nom – Prénom du représentant legal
 - Nom – Prénom de l'enfant
 - Genre
 - Date de naissance
 - N° NISSS
 - Adresse
 - Téléphone
 - Email
 - Paramètres anthropométriques :
 - Poids
 - Taille
 - BMI et BMI z-score
 - Santé cardiométabolique : valeurs des lipides sanguins:
 - triglycérides (TG),
 - cholestérol total (TC),
 - cholestérol des lipoprotéines de basse densité (LDL-C)
 - et de haute densité (HDL-C)
 - Non-HDL-C
 - Lorsque c'est cliniquement indiqué : détermination de l'HbA(1c), de l'insuline plasmatique (à jeun) et du glucose plasmatique (à jeun)
 - Tension artérielle :
 - Tension artérielle systolique
 - Tension artérielle diastolique
 - Activité physique (chez les 6 ans et plus):
 - Résultats obtenus durant le Six-Minute Walking Test (6-MWT) c'est-à-dire le nombre de mètres parcourus pendant 6 minutes
 - Qualité de vie : Toutes les données recueillies en utilisant questionnaire ED-5D-Y
- La base légale du traitement est l'article 9.2 a) du Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel (RGPD)
- Le responsable du traitement est l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI).
- Les données sont collectées et traitées par les Centres pédiatriques multidisciplinaires de l'obésité (CMPO). Elles sont ensuite conservées dans le cadre d'un registre géré par la Belgian Association for the Study of Obesity (BASO) et la Société Belge d'Endocrinologie Pédiatrique et Diabète (BELSPEED).
- Les données sont conservées pendant le délai de 6 ans depuis leur collecte sous forme pseudonymisée.
- Les entités suivantes peuvent accéder aux données : INAMI et BELSPEED.

J'ai reçu toutes les informations nécessaires au sujet de(s) traitement(s) précités des données à caractère personnels de mon enfant et de l'exercice des droits, conformément au RGPD. Pour exercer ces droits ou pour toute question sur le traitement des données à caractère personnel, il convient de contacter (le cas échéant, le délégué à la protection des données ou le service chargé de l'exercice de ces droits) : [adresse électronique, postale, coordonnées téléphoniques, etc.]

Date et signature

ENGAGEMENTS DU MÉDECIN SPÉCIALISTE EN PÉDIATRIE, LIÉ À UN CPMO (Centre pédiatrique multidisciplinaire de l'obésité)

J'accepte de participer au trajet de soins de ce patient, qui appartient au groupe à risque, et plus précisément :

- en accord avec l'équipe du CPMO, d'élaborer, de surveiller, d'évaluer et d'adapter un plan de suivi individuel. Ce plan de soins comprend des objectifs, un suivi planifié, des consultations médicales et des interventions paramédicales pour le bénéficiaire atteint d'obésité.
- d'encadrer le médecin généraliste ou le médecin spécialiste en pédiatrie (premier niveau) lors de l'élaboration, de l'exécution et du suivi, de l'évaluation et de l'adaptation d'un plan de suivi individuel pour le bénéficiaire atteint d'obésité.
- de transmettre les rapports de mes consultations et examens techniques au médecin généraliste ou au médecin spécialiste en pédiatrie (premier niveau).
- d'entretenir, avec le médecin généraliste ou le médecin spécialiste en pédiatrie (premier niveau), une communication efficace, soit à la demande du médecin généraliste ou du médecin spécialiste en pédiatrie (premier niveau), soit en réponse au transfert d'informations.
- de transmettre copie du présent contrat dûment complété au médecin-conseil.

Nom + Cachet

Date et signature

ENGAGEMENTS DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE OU DU MÉDECIN SPÉCIALISTE EN PÉDIATRIE (PREMIER NIVEAU)

J'accepte de participer au trajet de soins du patient, qui appartient au groupe à risque, et plus précisément :

- d'aider le bénéficiaire à suivre le plan de soins individuel de commun accord avec le médecin spécialiste en pédiatrie (deuxième niveau).
- de transmettre au médecin spécialiste mes observations et les résultats d'examens utiles au suivi du patient.

Je déclare ne pas appartenir à l'équipe d'un CPMO.

Nom + Cachet

Date et signature

MÉDECIN-CONSEIL DE LA MUTUALITE

Je confirme réception du présent contrat conformément à la réglementation portant sur le trajet de soins « obésité chez les enfants », applicable à partir du (date de réception conformément à la demande).....jusqu'au.....

Nom + Cachet

Date et signature

ANNEXE 3 : description détaillée critères diététiciens

Les diététiciens jouent un rôle crucial dans le traitement des enfants et des adolescents souffrant de surcharge pondérale ou d'obésité. Le traitement de l'obésité est complexe. Pour dispenser de bons soins diététiques à cette population spécifique, il est nécessaire d'acquérir les connaissances de base nécessaires, ainsi que de maîtriser certaines compétences de base. Quelques recommandations supplémentaires sont formulées pour le diététicien qui travaille dans un cadre ambulatoire spécialisé (compétences avancées).

Connaissances et compétences de base recommandées

- Connaissance des besoins nutritionnels spécifiques à l'âge de l'adolescent ;
- Comprendre la croissance "normale", l'alimentation du nourrisson (allaitement maternel, biberon), les principales allergies alimentaires, les habitudes alimentaires, les conseils nutritionnels et les étapes du développement, etc.
https://eetexpert.be/wp-content/uploads/2019/08/groeiwijzer-pdf_samengevoegd.pdf
- Connaissance des stades biopsychosociaux propres à l'âge de l'adolescent ;
- Connaissance et maîtrise des techniques de mesure du poids et de la taille chez l'enfant et l'adolescent ;
- Tracer et interpréter les courbes de croissance flamandes et courbes IMC ;
- Connaissance du développement normal du comportement alimentaire : <http://www.draaiboeken.eetexpert.be/basic-turnbulletin/normal-development-of-eating-behaviour>;
- Connaissance des différents problèmes d'alimentation, des troubles de l'alimentation et des problèmes de poids chez les enfants et les adolescents, y compris les critères DSM-5 : <http://www.draaiboeken.eetexpert.be/basisdraaiboek/kenmerken-van-eet-en-gewichtsproblemen>;
- Connaissance du profil de risque et de la psychodynamique des problèmes d'alimentation et de poids : <http://www.draaiboeken.eetexpert.be/risicoprofiel/inleiding>;
- Connaissance des interventions dans le cadre d'un mode de vie sain, y compris l'amélioration de la satisfaction corporelle, la régulation des émotions, l'estime de soi et le sommeil.
http://www.draaiboeken.eetexpert.be/eerstelijnsdraaiboek/eerstelijnsbegeleiding#gezonde_leefstijl
- Connaissance des stratégies de traitement nutritionnel chez les enfants et les adolescents souffrant de surcharge pondérale ou d'obésité ;
- Connaissances et compétences en matière de prévention des rechutes ;
- Connaissance des différents cadres de motivation et des techniques y afférentes ;
<http://www.draaiboeken.eetexpert.be/basisdraaiboek/motivatiekadersou> <http://eetexpert.be/motiveren/>
- Compétences liées à la coopération interdisciplinaire, ainsi qu'à la coopération avec les personnes apportant du soutien (telles que les membres de la famille, les parents, le partenaire, etc.) ;
- Compétences en matière de communication avec les enfants et les adolescents et leurs parents, y compris l'écoute active, la communication adaptée à l'âge de l'adolescent, etc. ;
- Compétences en matière d'information de groupe ;
- Connaissance des modalités relatives à l'échange d'informations, au RGPD et à la confidentialité ;
- Connaissance de la carte sociale (réseau d'assistance local) concernant le traitement du surpoids et de l'obésité chez les enfants et les adolescents.

Compétences avancées

- Connaissances et compétences avancées en matière de changement de comportement, de cadres de motivation et de techniques y afférentes ;
- Traitement d'une casuistique complexe (sur le plan médical et social) ;
- Compétences en matière d'« éducation positive » ;
- Compétences liées à la communication avec des enfants et des adolescents ayant des difficultés d'apprentissage ou avec des enfants et des adolescents issus de familles vulnérables ;
- Connaissance de l'alimentation dans d'autres cultures ;
- Avoir des compétences et des connaissances suffisantes pour être une source d'information et d'éducation pour les autres sur l'obésité chez l'enfant.

ANNEXE 4 : Demande d'intervention dans le coût

DEMANDE D'INTERVENTION AU MÉDECIN-CONSEIL DE L'ORGANISME ASSUREUR DANS LE COÛT DU TRAJET DE SOINS MULTIDISCIPLINAIRE POUR LES ENFANTS SOUFFRANT D'OBÉSITÉ ET ÂGÉS DE PLUS DE 2 ANS ET DE MOINS DE 18 ANS

À REMPLIR PAR LE PARENT OU LE TUTEUR D'UN PATIENT QUI EST SUIVI PAR UN CENTRE PÉDIATRIQUE MULTIDISCIPLINAIRE DE PRISE EN CHARGE DE L'OBÉSITÉ POUR DES ENFANTS SOUFFRANT D'OBÉSITÉ

Apposer une vignette du bénéficiaire SVP

Le/La soussigné/e

.....(nom et prénom)

Cochez ce qui convient :

- demande une intervention dans les coûts du trajet de soins multidisciplinaire qui a été prescrit à son enfant et s'engage à le laisser suivre ce trajet de soins.
- donne son accord pour que le coordinateur du CPMO transmette le présent formulaire au médecin-conseil de l'organisme assureur.

Date de la demande : .../.../.....

Signature du parent ou du tuteur :

À REMPLIR PAR LE MÉDECIN SPÉCIALISTE EN PÉDIATRIE RESPONSABLE DU CENTRE PÉDIATRIQUE MULTIDISCIPLINAIRE DE PRISE EN CHARGE DE L'OBÉSITÉ POUR DES ENFANTS SOUFFRANT D'OBÉSITÉ

Identification du service hospitalier spécialisé conventionné :

Numéro :

Nom et adresse :

.....

Nom et numéro de téléphone de la personne de contact :

.....

.....

Pour le bénéficiaire susmentionné, un trajet de soins multidisciplinaire est prescrit du/...../..... au/...../..... inclus.

DONNÉES CLINIQUES ET D'ANAMNÈSE

Le bénéficiaire susmentionné

souffre d'obésité de stade EOSS-P 0 1 2 3 (encercler ce qui est fixé)

présente des comorbidités :

.....

Année durant laquelle l'affection susmentionnée est apparue

Nom, signature du pédiatre du Centre pédiatrique multidisciplinaire de prise en charge de l'obésité et date :

.....

.....

.....

Noms des **autres médecins** impliqués activement dans le traitement de l'obésité du bénéficiaire :

• Médecins spécialistes :

.....

• Médecin généraliste :

.....

DÉCISION DU MÉDECIN-CONSEIL

Date de réception de la présente demande :/...../.....

Décision du médecin-conseil :

Favorable au suivi d'un trajet

Défavorable au suivi d'un trajet pour les raisons suivantes :

.....

.....

.....

Autre :

.....

.....

.....

Identification et signature du médecin-conseil et date de la décision :

.....

.....

ANNEXE 5 : Formations continues existantes relatives à l'obésité

Pour information : Formations continues existantes relatives à l'obésité :

National/Régional :

- Eetexpert : formations spécifiques par sous-discipline déjà disponibles
- BASO :
 - Free Communications Meeting annuel (destiné principalement aux médecins et aux chercheurs) déjà existant
 - La BASO souhaite certainement mettre en place une plateforme d'éducation, mais elle dépend actuellement du sponsoring de l'industrie. En conséquence, d'une part, la continuité de la plateforme ne peut être garantie et, d'autre part, son indépendance est compromise.
- BAOP (Belgian Academy of Pediatrics)
- VVKVM (Vlaamse Vereniging voor Klinische Voeding en Metabolisme)
- SBP (Société belge de pédiatrie)
- VVK (Vlaamse Vereniging Kindergeneeskunde)
- BELSPEED (Belgian Society for Pediatric Endocrinology and Diabetes)
- Association francophone de diététiciens pédiatriques
- VVGT (Vlaamse Vereniging Gedragstherapie)
- Certificat Interuniversitaire UCLouvain – ULB – ULIEGE : Nutrition clinique

International :

- ECOG : European Childhood Obesity Group
- EASO - ECO meeting
- World Obesity meeting
- ESPE (y compris la DOM (diabetes, obesity and metabolism) school)
- ISPAD
- NVK (Nederlandse Vereniging Kindergeneeskunde)
- DIU Obésité pédiatrique, approches de santé publique
- SCOPE E-Learning (<https://www.scope-elearning.org/>)

ANNEXE 6: Engagement de temps au sein du CPMO

Médecin spécialiste en pédiatrie	
Bilan annuel ou première consultation	0,42
Consultation de suivi	0,17 * 4 = 0,68
Concertation multidisciplinaire	0,33 * 4 = 1,32
Rapport de bilan/établir un plan de traitement	0,3
Totale	2,72 uur/patient =0,17 ETP/100 patients

Diététicien	
Bilan annuel ou première consultation	1
Consultation de suivi	3
Concertation multidisciplinaire	0,33*4=1,32
Rapport de bilan/établir un plan de traitement	0,16
Totale	5,48 uur/patient =0,34 ETP/100 patients

Psychologue	
Bilan annuel ou première consultation	1
Consultation de suivi	4
Concertation multidisciplinaire	0,33*4=1,32
Rapport de bilan/établir un plan de traitement	0,16
Totale	6,48 uur/patient =0,4 ETP/100 patients

Travailleur social	
Bilan annuel ou première consultation	0,5
Consultation de suivi	0,5
Concertation multidisciplinaire	0,33*4=1,32
Rapport de bilan/établir un plan de traitement	0,16
Totale	2,48 uur/patient =0,15 ETP/100 patienten

Kinésithérapeute	
Bilan annuel ou première consultation	1
Consultation de suivi	1
Concertation multidisciplinaire	0,33
Rapport de bilan/établir un plan de traitement	0,33
Totale	2,66 uur/patient =0,16 ETP/100 patients

Assistant administratif	
Application et suivi de la convention	
Fixer et suivre des rendez-vous	
Rapports de consultation/bilan	
Totale	2,72 uur/patient =0,17 ETP/100 patients

Coordinateur CPMO	
Bilan annuel ou première consultation	0,5
Concertation multidisciplinaire	0,33*4=1,32
Suivi des patients/consultations	2
Soins transmuraux	2
Coordination des rapports	1
Totale	6,82 uur/patient =0,42 ETP/100 patients

ANNEXE 7 : Calcul du montant de l'intervention et de la prestation

Tableau 1 : Le tableau ci-dessous indique le cadre du personnel financé dans le cadre de la convention (indice pivot 123,14 ; décembre 2022 - base 2013).

Fonctions	Heures/ patient/ an	ETP pour 100 pt	Barème	Coût salarial annuel (1 ETP)	Coût annuel prévu pour 100 pt.
Médecin spécialiste en pédiatrie	2,72	0,17	Médecin-conseil	180.775,84 €	30.092,43 €
Travailleur social/infirmière sociale/travailleur social	2,48	0,15	CP 330 1/55-1/61-1/77	73.514,59 €	11.157,66 €
Diététicien	5,48	0,34	CP 330 1/55-1/61-1/77	73.514,59 €	24.654,83 €
Psychologue	6,48	0,40	CP 330 1/80	93.043,13 €	36.898,38 €
Kinésithérapeute	2,66	0,16	CP 330 1/55-1/61-1/77	73.514,59 €	11.967,49 €
Assistant administratif	2,72	0,17	CP 330 1/50	58.482,97 €	9.735,23 €
Coordinateur CPMO	6,82	0,42	CP 330 1/55-1/61-1/77	73.514,59 €	30.683,57 €
TOTAAL		1,80			155.189,59 €

Les trois premières colonnes du tableau présentent le cadre du personnel ventilé par fonction (ou diplôme). La quatrième colonne renseigne sur l'échelle de traitement applicable à chacune de ces fonctions : pour le pédiatre, il s'agit du barème des médecins-conseils ; pour tous les autres membres du personnel, il s'agit des barèmes fixés par la commission paritaire 330 des établissements et des services de santé.

La cinquième colonne renseigne sur le coût salarial annuel par équivalent temps plein (ETP) pour 100 patients, l'ancienneté étant fixée à 15 ans pour chaque échelle de traitement.

Enfin, la sixième colonne donne le coût salarial par (groupe de) fonction(s), et ce pour le nombre d'ETP prévu par la convention.

Le coût salarial total pour 100 patients s'élève à 155.189,59 euros.

Les frais généraux sont fixés forfaitairement à 10% du montant total des frais de personnel, soit 15.518,96 euros.

Ainsi, le coût total annuel résultant de l'application de cette convention, pour 100 bénéficiaires, s'élève à : 155.189,59 EUR + 15.518,96 EUR = 170.708,55 EUR.

Il s'agit d'un montant par bénéficiaire et par an de : 1.707,09 euros ou 426,77 euros par trimestre.

Les frais de personnel sont entièrement indexables. On considère que 2/3 du total des autres frais le sont également. La partie indexable du prix du forfait trimestriel est de 413,84 euros et la partie non indexable est de 12,93 euros.