

**PLATEFORME OBÉSITÉ
BELGIQUE**

RECOMMANDATIONS POLITIQUES POUR UNE APPROCHE HOLISTIQUE DE L'OBÉSITÉ EN TANT QUE MALADIE CHRONIQUE

Livre BLANC

**PAR L'ASSOCIATION BELGE
POUR L'ÉTUDE DE L'OBÉSITÉ**

La principale organisation contre l'obésité en Belgique et membre à part entière de la Fédération mondiale de l'obésité. BASO promeut la coopération interdisciplinaire dans le traitement de l'obésité.

SUPPORTÉ PAR:

LES RECOMMANDATIONS POLITIQUES CONCRÈTES DE LA PLATEFORME OBÉSITÉ BELGIQUE

LA PRÉVENTION

Politiques environnementales

Concentrez-vous sur la création d'une société qui encourage un mode de vie sain.

Données de santé

Améliorez la disponibilité des données pour une détection précoce, une stratification et une gestion. Communication et éducation Fournir au grand public des informations correctes pour réduire la stigmatisation.

ENFANTS

Intervention précoce et détection

Encourager des modes de vie sains pour tous.

Traitement avancé

Accès à des médicaments ou à une chirurgie bariatrique dans un environnement de soins intégrés en cas de besoin.

Assistance spécialisée

Assurer un accompagnement spécialisé pour les cas d'obésité monogénique, hypothalamique, endocrinienne rare ou syndromique avec remboursement de médicaments spécifiques.

Soins intégrés en soins primaires (EOSS-P 0-1)

Programme de soins primaires personnalisé avec remboursement de thérapies adaptées.

ADULTES

Soins intégrés pour l'obésité avec des complications minimes (EOSS 0-2)

Programme de soins primaires personnalisé avec remboursement de thérapies adaptées, y compris les médicaments de première intention.

Soins intégrés pour l'obésité avec complications avancées (EOSS 3-4)

Programme personnalisé dans un centre multidisciplinaire d'obésité pour adultes avec remboursement des thérapies incluant l'équipe multidisciplinaire, les médicaments et la chirurgie bariatrique. Parcours de soins chirurgicaux bariatriques

Mettre en œuvre des soins bariatriques complets.

Résumé exécutif

La prévalence du surpoids et de l'obésité constitue **un défi pour la société**. Les dernières données révèlent que près de la moitié (49,3 %) de la population adulte vit avec un surpoids, tandis que 15,9 % vit avec l'obésité. Les prévisions pour 2030 sont alarmantes, avec une prévalence de l'obésité prévue de 17,2 % chez les femmes et de 27,6 % chez les hommes¹. Chez les enfants et les adolescents, 19 % souffrent de surpoids ; tandis qu'un sous-groupe de 5,8% souffre d'obésité². Ceci est particulièrement alarmant dans la mesure où l'obésité chez l'enfant et l'adolescence a des implications majeures car elle persiste généralement à l'âge adulte et est associée à de nombreuses comorbidités somatiques et psychologiques, pouvant entraîner une mort prématurée³. **Il faut agir.**

Des perspectives changeantes

Cependant, tout n'est pas sombre. Il existe une compréhension croissante de la physiopathologie de cette maladie multifactorielle complexe, ce qui a conduit à un changement de paradigme dans la manière dont nous abordons la prévention et le traitement de cette maladie chronique⁴. L'obésité ne peut plus être observée principalement en raison d'une faible volonté de changer ses habitudes de vie, et il est fondamental que cela soit compris pour améliorer les attitudes des thérapeutes et leur communication avec les personnes et les familles concernées⁵.

Alignement des politiques

En attendant, les politiques doivent s'aligner sur ces connaissances en évolution et proposer des solutions sur mesure aux personnes souffrant de surpoids et d'obésité. Dans ce résumé, notre objectif est de fournir un aperçu des politiques réussies mises en œuvre en Belgique, tout en soulignant les lacunes politiques qui nécessitent une attention urgente compte tenu de la nature urgente du problème.

Des réussites en matière de politique contre l'obésité infantile

En décembre 2023, un modèle intégré de soins par étapes a été mis en œuvre en Belgique pour **lutter contre l'obésité infantile**⁶. C'est grâce aux forces conjointes du groupe de travail pédiatrique de l'Association belge pour l'étude de l'obésité (BASO), d'Eetexpert et du Zeepreventorium De Haan qu'un cadre complet visant à fournir des soins sur mesure en matière d'obésité aux enfants et adolescents âgés de 2 à 17 ans .

L'accent est mis sur l'élaboration pour chaque enfant du niveau ou de l'intensité de soins appropriés, en reconnaissant le fait que seul un sous-groupe (ayant un impact élevé sur la santé/les comorbidités) a besoin d'un traitement spécialisé. Essentiellement, le traitement de l'obésité suit les principes de soins progressifs et de continuité des soins. Afin d'évaluer l'impact du surpoids et de l'obésité, le Edmonton Obesity Staging System – Pediatrics (EOSS-P) est utilisé⁷. Le modèle de soins par étapes permet d'adapter le traitement non seulement à l'intensité mais également aux besoins de chaque enfant et de sa famille (Figure 1). Même si des lacunes subsistent dans le traitement du surpoids et de l'obésité chez l'enfant, cela constitue un grand pas en avant.

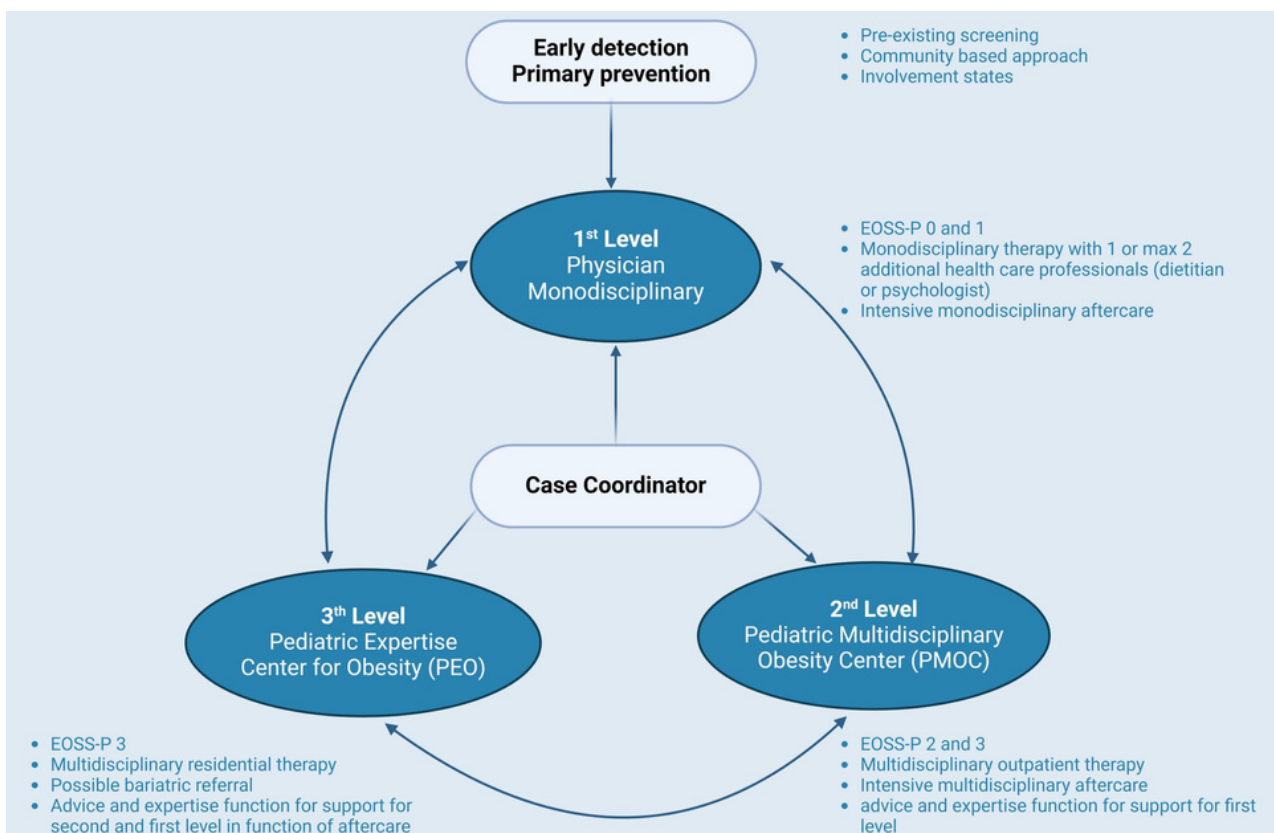


Figure 1. Modèle de soins intégrés par étapes pour l'obésité infantile.

Répondre aux besoins non satisfaits en matière de politique de soins contre l'obésité infantile

Malgré les progrès réalisés en Belgique dans la mise en œuvre d'un modèle de soins par étapes pour lutter contre l'obésité infantile, des efforts supplémentaires sont essentiels. Il reste nécessaire de lancer des initiatives promouvant un mode de vie sain dès la grossesse et pendant les 1 000 premiers jours de la vie, car des interventions précoces sont cruciales. De plus, dans les cas où les soins multidisciplinaires sont insuffisants, des options telles que les médicaments, la chirurgie bariatrique et un soutien spécialisé pour l'obésité monogénique ou syndromique doivent être intégrées et financièrement accessibles.

INTERVENTION PRÉCOCE ET DÉTECTION. Des initiatives doivent être mises en place pour encourager un mode de vie sain pendant la grossesse et les 1 000 premiers jours de la vie. Un élément essentiel de la compréhension de l'obésité au début de la vie est le modèle de cascade de développement de l'obésité infantile résumé dans la figure 2⁹. Nous avons donc besoin de toute urgence d'interventions plus précoces et promouvons la détection précoce de l'obésité infantile.

TRAITEMENT AVANCÉ. En cas d'échec du traitement ou d'effet insuffisant pour arrêter la progression de la maladie grâce à des soins multidisciplinaires, des médicaments ou une chirurgie bariatrique dans un cadre de soins intégrés sont justifiés^{9 10}. Les coûts de ces interventions devraient être entièrement remboursés.

SOUTIEN SPÉCIALISÉ. En cas d'obésité monogénique, hypothalamique, endocrinienne rare ou syndromique, l'accompagnement de l'enfant et des parents doit être assuré par les professionnels de santé les plus appropriés (endocrinologue/pédiatre, diététicien, psychologue, travailleur social, kinésithérapeute, généticien et éventuellement un spécialiste abdominal). chirurgien). Si un médicament spécifique est disponible (par exemple le Setmelanotide), son coût doit être remboursé¹¹.

SOINS INTÉGRÉS AUX SOINS PRIMAIRES. Pour les patients évalués dans les catégories EOSS-P 0 et 1, des conseils doivent être fournis dans le cadre d'un programme personnalisé via les soins primaires. Il doit y avoir un système de remboursement amélioré pour les frais de traitements par un psychologue, un diététicien, un physiothérapeute, ainsi qu'une possibilité de remboursement du bilan multidisciplinaire et de la coordination des cas en première ligne.

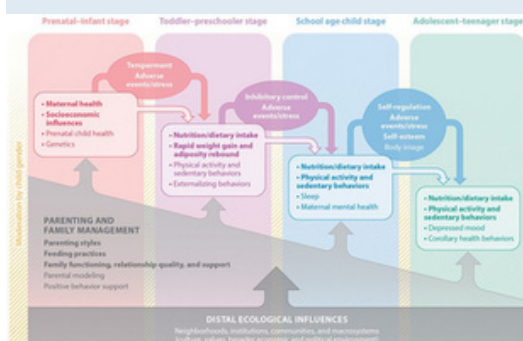
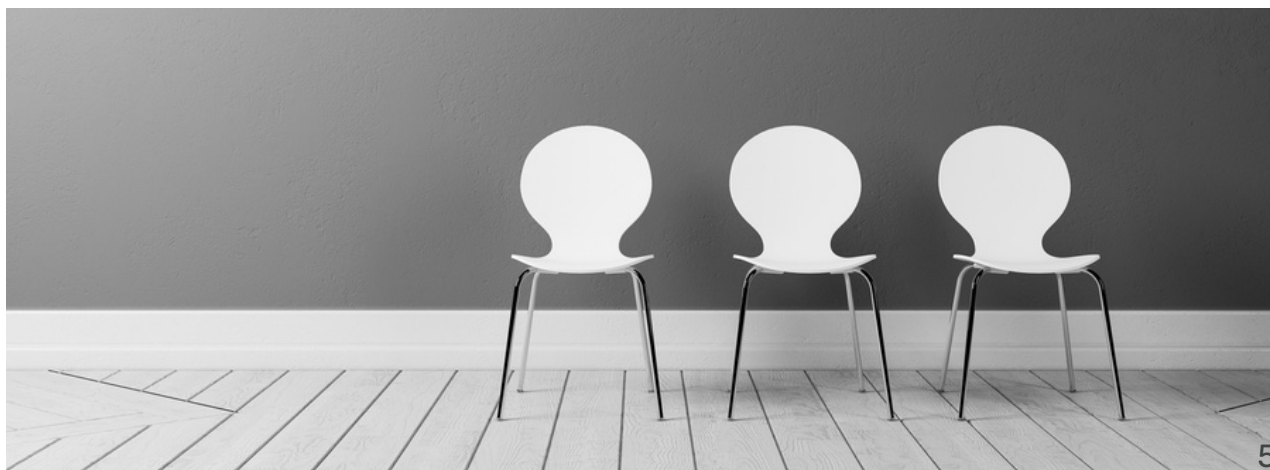


Figure 2. Le modèle de développement en cascade de l'obésité pédiatrique de Smith et ses collègues met en évidence les facteurs de risque et de protection critiques, en mettant l'accent sur les rôles parentaux et sur la manière dont les risques s'amplifient à travers les étapes, affectés par le stress et l'autorégulation. Il intègre des influences écologiques plus larges et met en évidence les différences spécifiques au genre.

Des réussites en matière de politique contre l'obésité à l'âge adulte

Malheureusement, et même si l'obésité est une maladie chronique, les adultes confrontés à la maladie sont en grande partie livrés à eux-mêmes, jusqu'à ce qu'ils développent des comorbidités telles que l'apnée du sommeil ou le diabète. Bien qu'il existe divers traitements efficaces et éprouvés contre l'obésité, allant de la thérapie cognitivo-comportementale à la chirurgie et, plus récemment, à des médicaments efficaces, il manque une politique structurée contre l'obésité, intégrée dans le système de santé actuel¹². De plus, ces stratégies thérapeutiques doivent toutes être appuyées par des conseils en matière de nutrition et d'exercice physique, afin d'optimiser leur efficacité, leur sécurité et leur tolérabilité.

En 2020, un parcours de soins bariatriques a été proposé par le Centre belge de connaissances en matière de soins de santé (KCE), mais il n'a jusqu'à présent pas été mis en œuvre¹³. Cependant, le manque d'offre de soins claire rend difficile l'accès à ce type d'approche personnalisée pour de nombreuses personnes aux prises avec cette maladie, malgré des exemples solides de soins chroniques efficaces en Belgique, notamment l'approche du diabète, une maladie qui est en fait souvent une conséquence directe du surpoids ou de l'obésité.



Répondre aux besoins non satisfaits en matière de politique de soins pour l'obésité à l'âge adulte

En cas de surpoids ou d'obésité, la gravité de la maladie doit être évaluée sur la base de l'indice de masse corporelle (IMC), et l'impact de la maladie sur le bien-être somatique, psychologique et social de chaque patient doit être évalué avec le avec l'aide du Edmonton Obesity Staging System (EOSS) (Figure 3)¹⁴. Sur la base du stade identifié à l'aide de l'EOSS, le traitement approprié peut être initié (Figure 4).

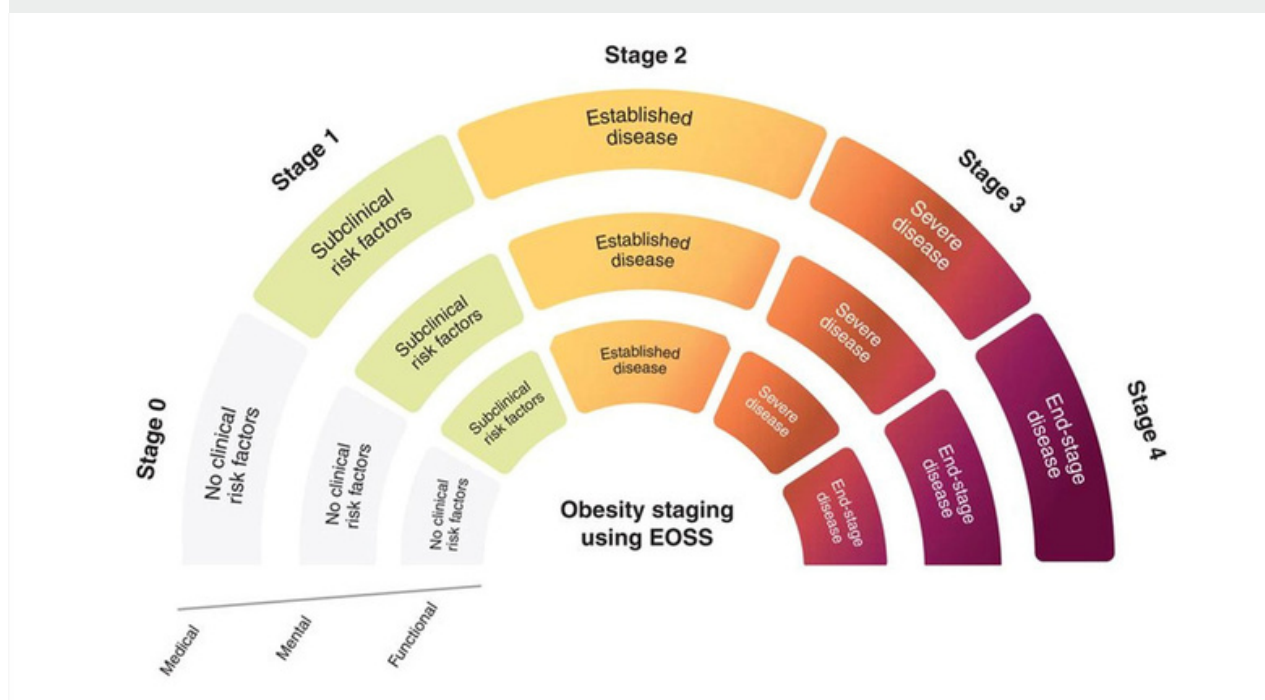


Figure 3. Évaluation de l'obésité selon le système de classification de l'obésité d'Edmonton (EOSS).

SOINS INTÉGRÉS EOSS 0-2 EN SOINS PRIMAIRES. Pour les patients évalués comme

catégorie EOSS 0-2, des conseils doivent être fournis dans le cadre d'un programme personnalisé via les soins primaires. Il doit y avoir un système amélioré de remboursement des frais de traitement par un psychologue, un diététicien et un physiothérapeute, ainsi qu'une possibilité de remboursement des médicaments dans le cadre de ce traitement. En cas d'effet insuffisant ou d'aggravation, le traitement doit être intensifié et les patients doivent être orientés vers une équipe multidisciplinaire composée d'un endocrinologue, d'un diététicien, d'un travailleur social, d'un psychologue, d'un kinésithérapeute et d'un chirurgien abdominal. Il est important d'assurer une approche coordonnée, dans laquelle le patient est accompagné par un coordinateur faisant partie de l'équipe.

SOINS INTÉGRÉS EOSS 3-4. Pour les personnes évaluées dans la catégorie EOSS 3-4,

le remboursement doit être prévu pour le traitement par l'équipe multidisciplinaire comme décrit ci-dessus. Les médicaments ou la chirurgie bariatrique doivent être immédiatement remboursés si l'équipe décide qu'il s'agit du traitement le plus approprié. Tous les prestataires de soins travaillent en équipe autour du patient, qui doit être central et soutenu par un coordinateur qui fait office de point de contact.

pour le patient. Tous les traitements doivent être dispensés dans le cadre d'un parcours de soins intégré.

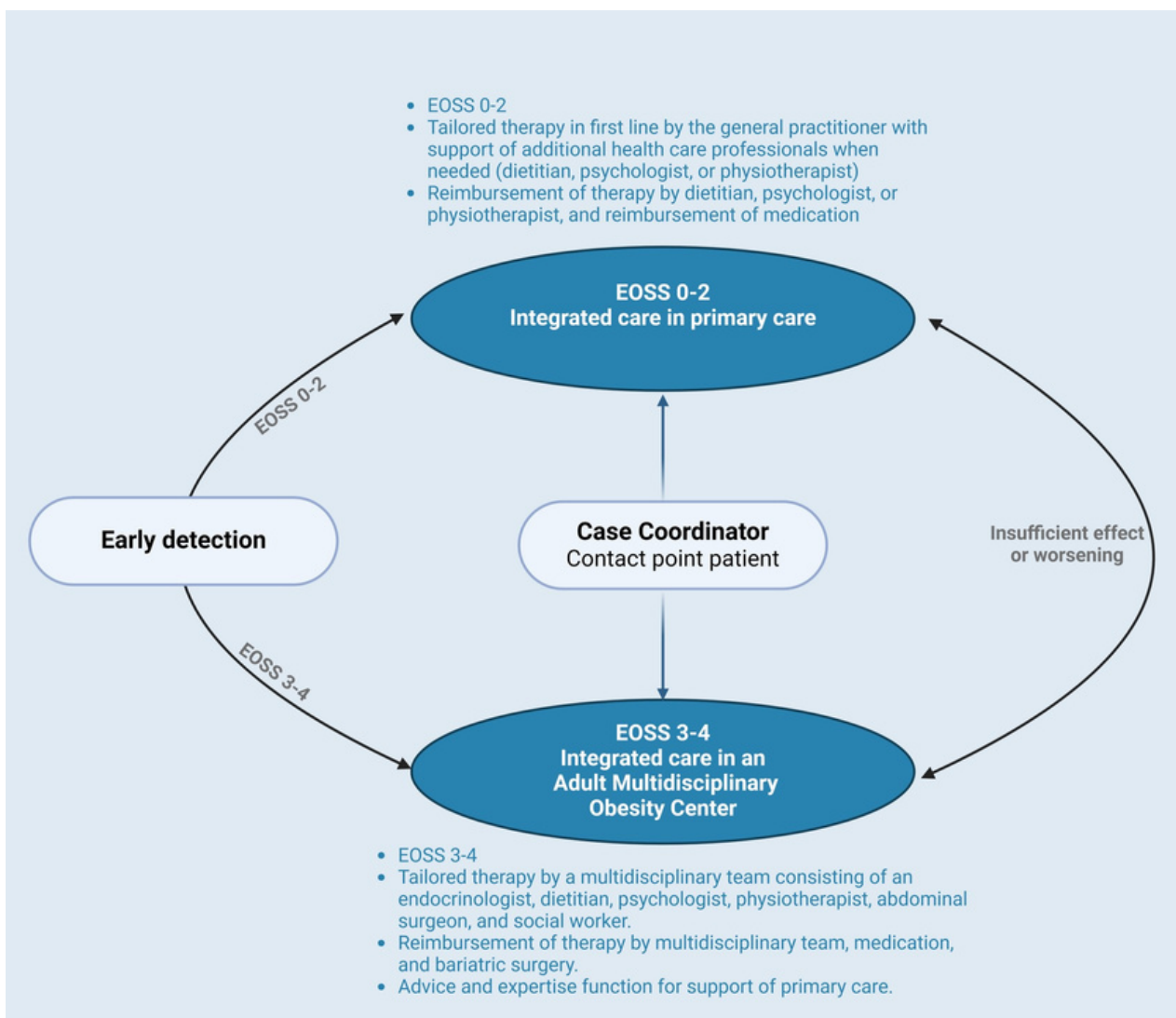


Figure 4. Modèle de soins par étapes proposé nécessaire pour l'obésité chez l'adulte.

PARCOURS DE SOINS CHIRURGICAUX BARIATRIQUES.

Le parcours de soins bariatriques, tel que proposé par la KCE de 2020

Ce rapport devrait être pleinement mis en œuvre. Les « conventions » devraient être utilisées comme mécanisme de financement des parcours de soins de chirurgie bariatrique, tant en pré qu'en postopératoire. Cela devrait permettre de financer l'équipe multidisciplinaire nécessaire pour accompagner le patient dans son parcours de soins. Ici aussi, un coordinateur est nécessaire comme personne de contact pour le patient et pour coordonner l'approche multidisciplinaire. La durée du suivi coordonné par le centre bariatrique en étroite collaboration avec les soins primaires doit être de 5 ans. Par la suite, un transfert vers des soins primaires devrait suivre à moins qu'un suivi plus intensif et/ou spécifique ne reste nécessaire. Les centres doivent répondre à des exigences de qualité, notamment une expérience chirurgicale suffisante et une équipe multidisciplinaire complète.

Le remboursement du soutien nutritionnel, y compris les multivitamines et autres soutiens nutritionnels, est nécessaire.

Besoins généraux non satisfaits en matière de politique de prévention

Cette introduction souligne le besoin crucial de stratégies préventives intégrées – englobant l'éducation, la réforme politique et la gestion des données – pour soutenir et combattre efficacement l'obésité grâce aux approches de soins de santé holistiques expliquées ci-dessus.

POLITIQUES ENVIRONNEMENTALES. Les mesures préventives contre l'obésité dépassent la responsabilité du ministère de la Santé. L'accent doit être mis sur la création d'une société encourageant un mode de vie sain dans les décisions portant sur des sujets tels que l'aménagement du territoire, le droit du travail, les incitations fiscales pour les déplacements domicile-travail, les aliments sains et abordables, la réglementation du marketing et la réduction de la disponibilité des aliments ultra-transformés.

DONNÉES DE SANTÉ. Des efforts importants sont déployés pour accroître la disponibilité des données sur la santé afin d'orienter les décisions concernant la gestion de la santé de la population. Nous préconisons fortement l'intégration de données concernant le poids, la croissance et son impact sur la santé médicale, mentale et fonctionnelle dans cette trajectoire.

COMMUNICATION ET ÉDUCATION. Nous préconisons d'intensifier les efforts actuels pour fournir au grand public des informations correctes sur les nouvelles connaissances sur le surpoids et l'obésité. Premièrement, cela contribuera à réduire la stigmatisation entourant la maladie. Deuxièmement, cela réduira le délai nécessaire aux personnes souffrant de surpoids ou d'obésité pour obtenir un traitement approprié. Dans la mesure où une détection et un traitement précoces peuvent prévenir les complications, le retour sur cet investissement sera présent tant au niveau individuel que sociétal.

LES RÉFÉRENCES

1. De Pauw R, Claessens M, Gorasso V, Drieskens S, Faes C, Devleeschauwer B. Tendances passées, présentes et futures de surpoids et obésité en Belgique à l'aide de modèles bayésiens âge-période-cohorte. *Santé publique BMC* 2022 ; 22(1) : 1309.
2. Sciensano <https://www.sciensano.be/nl/gezondheidsonderwerpen/obesitas#wat-is-obesitas>.
3. Reinehr T. Effets à long terme de l'obésité chez les adolescents : il est temps d'agir. *Nat Rev Endocrinol* 2018 ; 14(3) : 183-8.
4. Rubino F, Puhl RM, Cummings DE et al. Déclaration commune de consensus international pour mettre fin à la stigmatisation de l'obésité. *Nat Med* 2020 ; 26(4) : 485-97.
5. Reinehr T, Dieris B. Nouvelle ligne directrice de pratique clinique pour l'évaluation et le traitement des enfants et adolescents obèses : changements de paradigme. *Lancet Diabète Endocrinol* 2023 ; 11(4) : 222-3.
6. RIZIV. <https://www.riziv.fgov.be/nl/professionals/verzorgingsbedrijven/revalidatiecentra/Paginas/zorgtraject-obesite-enfants-soins-multidisciplinaires-jeunes-patients.aspx#:~:text=for%20further%20treatment.-,What%20is%20a%20care%20process%20%E2%80%9CObesitas%20with%20Children%E2%80%9D%3F,bon%20possible%20à%20peut%20traiter.>
7. Hadjiyannakis S, Buchholz A, Chanoine JP et al. Le système de classification de l'obésité d'Edmonton pour la pédiatrie : un système de classification clinique proposé pour l'obésité pédiatrique. *Santé infantile pédiatrique* 2016 ; 21(1) : 21-6.
8. Smith JD, Fu E, Kobayashi MA. Prévention et gestion de l'obésité infantile et de ses comorbidités psychologiques et sanitaires. *Annuel Rev Clin Psychol* 2020 ; 16 : 351-78.
9. Weghuber D, Barrett T, Barrientos-Perez M et al. Sémaglutide une fois par semaine chez les adolescents obèses. *N Anglais J Med* 2022 ; 387(24) : 2245-57.
10. Herouvi D, Soldatou A, Paschou SA, Kalpia C, Karanasios S, Karavanaki K. Chirurgie bariatrique dans la prise en charge de l'obésité de l'enfant et de l'adolescence. *Endocrinien* 2023 ; 79(3) : 411-9.
11. Clément K, van den Akker E, Argente J, et al. Efficacité et sécurité du setmélanotide, un agoniste du MC4R, chez les personnes souffrant d'obésité sévère due à un déficit en LEPR ou en POMC : essais de phase 3 à un seul bras, ouverts, multicentriques. *Lancette Diabète Endocrinol* 2020 ; 8(12) : 960-70.
12. Wharton S, Lau DCW, Vallis M et al. L'obésité chez l'adulte : un guide de pratique clinique. *JAMC* 2020 ; 192(31) : E875-E91.
13. KCE. [1] https://kce.fgov.be/sites/default/files/2021-11/KCE_329A_Organization_and_financing_obsity_Surgery_Synthese_0.pdf
14. Swaleh R, McGuckin T, Myroniuk TW et al. Utilisation du système de classification de l'obésité d'Edmonton dans le monde réel : une étude de faisabilité basée sur des données transversales. *JAMC Ouvert* 2021 ; 9(4) : E1141-E8.