



UNIL | Université de Lausanne

Institut des sciences du sport
de l'Université de Lausanne

Programmes multi-
professionnels/multidisciplinaires de la
prise en charge de l'obésité en Suisse :
synthèse des interviews d'experts de
l'obésité et de professionnels de la santé
intéressés par l'obésité en Suisse

Davide Malatesta

(Institut des Sciences du Sport de Université de Lausanne - ISSUL – UNIL)

Ce projet a été mandaté et financé par l'Office fédéral de la santé publique.

Ancien N° de dossier / référence : 18.012705 / 204.0001-1773/1

Nouvelle référence de contrat : 142003181 / 321-445/27

Mai 2021

Table de matières

1. Introduction	10
1.1. <i>Reconnaissance de l'obésité en tant que maladie chronique.....</i>	11
1.2. <i>La prévention de l'obésité.....</i>	13
1.3. <i>Le traitement de l'obésité : les programmes multidisciplinaires</i>	16
2. Méthodes : personnes interviewées, structure et modalité des entretiens	19
3. Synthèse des interviews (Résultats)	22
3.1. <i>Les programmes multidisciplinaires de prise en charge de la personne en situation d'obésité</i>	23
3.2. <i>Programmes multidisciplinaires de prise en charge de la personne en situation d'obésité : quelques exemples</i>	30
3.2.1 <i>Programmes multidisciplinaires déjà présents en Suisse</i>	30
3.2.2 <i>Programmes multidisciplinaires : quelques propositions des personnes interviewées</i>	35
3.3. <i>Les points critiques qui ont émergés suite à l'analyse des interviews</i>	38
3.4. <i>Points de synthèse de la discussion entre les participants de la séance organisée par l'OFSP à Berne le 15 septembre 2020 après la présentation des résultats des interviews</i>	39
3.5. <i>Position de l'Association Suisse pour l'Etude du Métabolisme et de l'Obésité (ASEMO) (Dresse D. Durrer) 41</i>	41
4. Recommandations pour la mise en place d'un programme de prise en charge multidisciplinaire de la personne en situation d'obésité	43
5. Conclusion	46
6. Références.....	48
7. Annexe	51
7.1. <i>Annexe 1 : questions de l'interview.</i>	52
7.2. <i>Annexe 2 : Schémas et « organigrammes » qui permettent de résumer les interactions, les hiérarchies entre les différents professionnels qui devraient intervenir dans les programmes multidisciplinaires de prise en charge de la personne en situation d'obésité.</i>	55
7.3. <i>Annexe 3 : procès-verbal de la séance de présentation et de discussion des résultats des interviews organisée par l'OFSP le 15 septembre 2020.</i>	59
7.4. <i>Annexe 4 : Reconnaissance et certification des traitements multiprofessionnels structurés d'enfant et adolescents en surpoids ou avec obésité.</i>	66

Remerciements

Je tiens à remercier :

- **Dominique Durrer** et **Nadine Stoffel-Kurt** pour leur collaboration et leur disponibilité tout au long du projet, et de manière plus spécifique pour leur feedbacks constructifs concernant les questions et la structure des interviews ainsi que pour la relecture du premier *draft* de ce manuscrit.
- **Yves Schutz** pour l'écriture de la revue de la littérature « *“Obesity is declared as a disease”: A short review for non-specialists on the advantages and shortcomings of this statement* ».
- **Rosalie Triguera** pour la retranscription claire et précise des interviews.
- **Monica Minera** pour la relecture attentive et pour les feedbacks toujours pertinents sur le tout premier *draft* du manuscrit.
- **Toutes les personnes interviewées** pour leur disponibilité, pour leur accueil, pour leur avis constructif et surtout pour leur travail sur le « terrain » avec les personnes en situation d'obésité.

Résumé

Selon l'organisation mondiale de la santé (OMS) (2), l'obésité est définie comme étant « une maladie chronique, complexe, évolutive et récidivante, fort répandue, qui se caractérise par une accumulation anormale ou excessive de graisses corporelles (adiposité) nuisible à la santé » (29, 36). L'augmentation de la prévalence de l'obésité au niveau mondial dans ces 4 dernières décennies met en discussion l'efficacité des programmes de prévention et de traitement de l'obésité mis en place jusqu'à présent au sein des différents pays (8, 36).

Un changement de paradigme semble donc nécessaire pour résoudre un problème complexe et multifactoriel comme l'obésité adulte. Ce changement devrait inclure 1) une reconnaissance de l'obésité en tant que maladie ; 2) des politiques publiques de prévention au niveau de la population avec peu de ressources qui sont déployées par la population elle-même ; et 3) la mise en place de programmes de traitement de l'obésité multidisciplinaires remboursés par l'assurance maladie (LAMAL).

Le but de ce document est de résumer le mandat attribué par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) à Davide Malatesta (maître d'enseignement et de recherche à l'Institut des sciences du sport de l'Université de Lausanne ; ISSUL – UNIL). L'objectif de ce mandat était de collecter les avis et les expériences de terrain de experts suisses, sélectionnés par l'OFSP, dans les différents domaines touchant l'obésité quant à l'intérêt et la pertinence d'une prise en charge multidisciplinaire au niveau national.

A partir des informations collectées, des recommandations et une proposition concrète pour la mise en place d'un programme multidisciplinaire de prise en charge de la personne en situation d'obésité ont été formulées. Nous détaillons ici les principales recommandations. Les professionnels impliqués dans ces programmes sont : un médecin spécialiste en obésité, un(e) diététicien(ne), un(e) psychiatre ou un(e) psychologue, un(e) spécialiste en activités physiques adaptées et un(e) physiothérapeute. Tous doivent être reconnus comme prestataires et agir de manière coordonnée et complémentaire dans la prise en charge de la personne en situation d'obésité, qui doit être activement impliquée et au centre de cette prise en charge. La durée de ces programmes doit idéalement être de 2 ans, avec une partie intensive et une partie de suivi avec une prise en charge médicale et paramédicale adaptée et individualisée. A plus long terme, le programme doit viser l'autonomie de la personne en situation d'obésité dans sa vie de tous les jours.

Ces recommandations représentent un point initial sur lequel se baser pour lancer un plan d'action national de lutte contre l'obésité en connaissant déjà les avis des acteurs impliqués dans le traitement de l'obésité. Ce plan d'action doit comprendre une vision intégrée et multifactorielle, liant la prévention et le traitement de l'obésité, et impliquer les instances politiques, les assurances maladie, les professionnels de la santé et les personnes en situation d'obésité.

Zusammenfassung

Gemäss der Weltgesundheitsorganisation (WHO) (2) ist Adipositas (Fettleibigkeit) definiert als "eine chronische, komplexe, fortschreitende, rezidivierende und weit verbreitete Erkrankung, die durch eine abnorme oder übermäßige Ansammlung von Körperfett gekennzeichnet ist und die Gesundheit beeinträchtigt" (29,36). Der in den letzten vier Jahrzehnten weltweit zu beobachtende Anstieg von Adipositas stellt die Wirksamkeit der bisher in den verschiedenen Ländern durchgeführten Programme zur Prävention und Behandlung von Adipositas in Frage (8,36).

Um ein komplexes und multifaktorielles Problem wie die Adipositas bei Erwachsenen zu lösen, erscheint daher ein Paradigmenwechsel, der folgenden Elemente berücksichtigt, notwendig: 1) Anerkennung von Adipositas als Krankheit; 2) Präventionsmassnahmen auf der Ebene der Bevölkerung mit wenig Ressourcen, die von der Bevölkerung selbst eingesetzt werden; und 3) die Einrichtung multidisziplinärer Programme zur Behandlung von Fettleibigkeit, die von der Krankenversicherung (KVG) erstattet werden.

Ziel des vorliegenden Dokuments ist es, das vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) an Davide Malatesta (Lehr- und Forschungsprofessor am Institut für Sportwissenschaften der Universität Lausanne; ISSUL - UNIL) vergebene Mandat zusammenzufassen. Die Aufgabe dieses Mandats war es, die Meinungen und Erfahrungen, der vom BAG ausgewählten Schweizer Experten bezüglich der Bedeutung und Relevanz der multidisziplinären Versorgung auf dem Gebiet der Fettleibigkeit, zu sammeln.

Auf der Grundlage der gesammelten Informationen wurden Empfehlungen und ein konkreter Vorschlag für die Einrichtung eines multidisziplinären Betreuungsprogramms für Menschen mit Adipositas formuliert. Hier beschreiben wir die wichtigsten Empfehlungen. Die an diesem Programm beteiligten Fachkräfte sind: ein auf Adipositas spezialisierter Arzt, ein Ernährungsberater, ein Psychiater oder ein Psychologe, ein Bewegungstherapeut und ein Physiotherapeut. Alle beteiligten Fachkräfte müssen anerkannt sein und koordiniert in der Pflege der von Adipositas betroffenen Person handeln, welche selber aktiv mit einbezogen werden muss. Die Dauer dieser Programme sollte idealerweise 2 Jahre betragen, mit einem intensiven Teil oder einem Folgeteil mit angepasster und individueller medizinischer und paramedizinischer Versorgung. Langfristig sollte das Programm darauf abzielen, die Person mit Adipositas in ihrem täglichen Leben zu stärken.

Diese Empfehlungen stellen einen ersten Schritt dar, auf den sich die Einführung eines nationalen Aktionsplans zur Bekämpfung von Adipositas stützen kann und bereits die Meinungen der an der Behandlung von Adipositas beteiligten Akteure berücksichtigt. Dieser Aktionsplan muss eine integrierte und multifaktorielle Vision enthalten, die die Prävention und Behandlung von Adipositas miteinander verbindet und politische Einrichtungen, Krankenkassen, Angehörige der Gesundheitsberufe und Menschen mit Adipositas einbezieht.

Riassunto

Secondo l'organizzazione mondiale della sanità (OMS) (2), l'obesità è definita come “una malattia cronica, complessa, evolutiva e recidivante, in espansione, che si caratterizza per un'accumulazione anormale o eccessiva del grasso corporeo (adiposità) che nuoce alla salute” (29, 36). L'aumento della prevalenza dell'obesità su scala mondiale in questi ultimi 4 decenni mette in discussione l'efficacia dei programmi di prevenzione e di trattamento dell'obesità utilizzati fino ad ora nei diversi paesi (8, 36).

Un cambiamento di paradigma sembra quindi necessario per risolvere un problema complesso e multifattoriale come l'obesità adulta. Questo cambiamento dovrebbe includere 1) il riconoscimento dell'obesità come malattia; 2) delle politiche pubbliche di prevenzione a livello della popolazione globale senza che questa debba mobilitare delle risorse personali importanti; e 3) l'attuazione di programmi multidisciplinari di trattamento dell'obesità rimborsati dalla cassa malati (assicurazione di base: LAMAL).

Lo scopo di questo documento è quello di riassumere il mandato conferito dall'Ufficio Federale della Salute Pubblica (UFSP) a Davide Malatesta (docente e ricercatore - *maître d'enseignement et de recherche* – presso l'Istituto di Scienze dello Sport dell'Università di Losanna; ISSUL – UNIL). L'obiettivo di questo mandato era quello di raccogliere le opinioni e le esperienze pratiche sul campo di alcuni esperti svizzeri, selezionati dall'UFSP, nei diversi ambiti inerenti all'obesità chiedendo loro l'interesse e la pertinenza della gestione multidisciplinare a livello nazionale.

Sulla base delle informazioni raccolte, sono state formulate delle raccomandazioni e una proposta concreta per la realizzazione di un programma multidisciplinare per la gestione della persona affetta da obesità. Qui di seguito riportiamo le principali raccomandazioni. I professionisti coinvolti in questi programmi sono: un medico specializzato in obesità, un dietologo, uno psichiatra, uno psicologo, uno specialista in attività fisica adattata e uno fisioterapista. Tutti devono essere riconosciuti come figure professionali ed agire in modo coordinato e complementare nella gestione della persona affetta da obesità. Quest'ultima dovrà essere attivamente inclusa e implicata nel programma la cui durata dovrà essere idealmente di 2 anni. Questo periodo sarà suddiviso in due fasi, una prima fase detta “intensiva” e una seconda di *follow-up* con cure mediche e paramediche adattate e

individualizzate alla persona affetta da obesità. A lungo termine, lo scopo di questo programma sarà l'autonomia della persona affetta da obesità nella vita quotidiana.

Queste raccomandazioni rappresentano un punto di partenza su cui basare un piano d'azione nazionale per combattere l'obesità essendo già a conoscenza degli operatori potenzialmente coinvolti nel trattamento dell'obesità. Questo piano d'azione dovrà includere una visione integrata e multifattoriale, associando prevenzione e trattamento dell'obesità, e coinvolgere le istituzioni politiche, le casse malati, i professionisti della salute e le persone affette da obesità.

1. Introduction

Selon l'organisation mondiale de la santé (OMS) (2) et les nouvelles lignes directrices de pratique clinique pour l'obésité adulte récemment publiées par « Obésité Canada » (36), l'obésité est définie comme étant « une maladie chronique, complexe, évolutive et récidivante, fort répandue, qui se caractérise par une accumulation anormale ou excessive de graisses corporelles (adiposité) nuisible à la santé » (29). L'étiologie de l'obésité est un phénomène complexe et multifactoriel. Elle est la conséquence de l'interaction entre une grande variété de variables et de déterminants liés à la génétique, la biologie, la physiologie individuelle et à l'aspect psychologique, mais aussi aux comportements alimentaires et à l'activité physique de l'individu, dans un contexte social, culturel et environnemental (31). Ces comportements semblent représenter la cause la plus probable de l'augmentation de la prévalence de l'obésité (17, 23) dans ces 4 dernières décennies (11). Selon des études récentes (11), le pourcentage de la population mondiale considérée comme obèse [indice de masse corporelle (IMC) > 30 kg/m²] est passé de 3,2% en 1975 à 10,8% en 2014 chez l'homme, et de 6,4% à 14,9% chez la femme. Si cette progression continue dans les mêmes proportions, en 2025, la prévalence de l'obésité sera de 18% chez l'homme et de 21% chez la femme (11). En Suisse, cette évolution est confirmée avec une prévalence qui est passée de 6,1% en 1992 à 12,3% en 2017 chez l'homme et de 4,7% à 10,2% sur la même période chez la femme (26). Ces données sont alarmantes car l'obésité a un impact important sur la vie ainsi que sur la santé physique et psychique, entraînant un risque accru de morbidité, de mortalité et de stigmatisation dont les conséquences sont particulièrement délétères pour les personnes qui la subissent. De plus, cette augmentation de la prévalence de l'obésité engendre des coûts économiques importants au niveau des systèmes de santé des pays touchés par ce "fléau". Pour toutes ces conséquences qui touchent non seulement – et en premier lieu – l'individu en situation d'obésité, mais aussi nos sociétés, il est important de mettre en place des stratégies de prévention et de traitement visant la diminution de la prévalence de l'obésité et une amélioration de l'état de santé, de bien-être et de qualité de vie de la personne en situation d'obésité (Figure 1). L'augmentation de cette prévalence dans ces 4 dernières décennies au niveau mondial met en discussion l'efficacité des programmes de prévention et de traitement de cette problématique mises en place jusqu'à présent au sein de différents pays (8, 36).

Un changement de paradigme semble donc nécessaire pour résoudre le problème complexe et multifactoriel que constitue l'obésité adulte. Ce changement devrait inclure 1) une reconnaissance de l'obésité comme maladie ; 2) des politiques publiques de prévention au niveau de la population (*population interventions*) avec peu de ressources qui sont déployées par la population elle-même (voir paragraphe 1.2 pour plus de détails) ; et 3) la mise en place de programmes de traitement de l'obésité multidisciplinaires remboursés par la LAMAL.

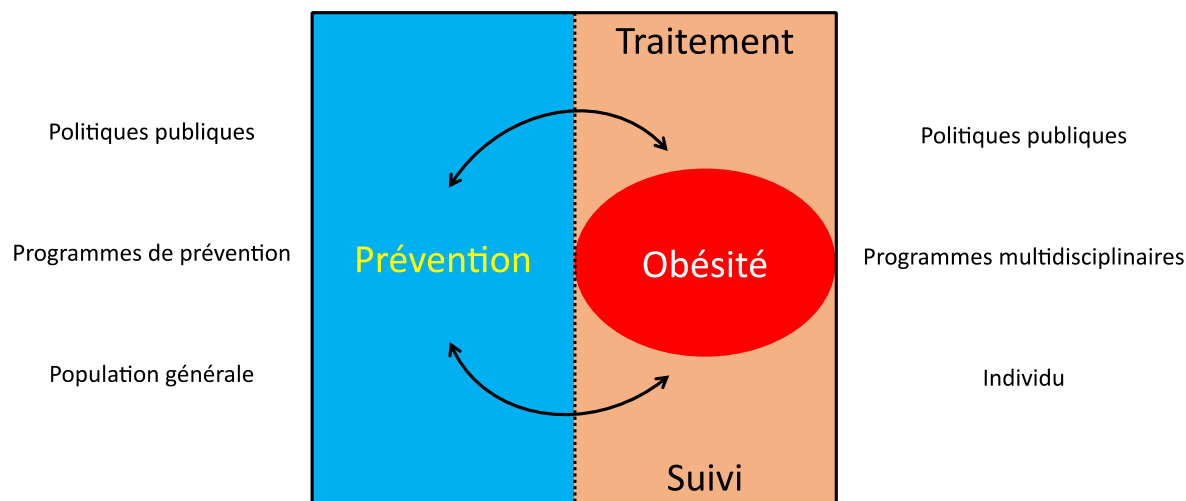


Figure 1. Représentation schématique de l'interaction entre les programmes de prévention et les programmes de traitement de l'obésité. La prévention se base sur les décisions de politique publique qui touchent la population générale sans distinction par rapport à une condition ou non d'obésité. Les programmes de traitement et leur suivi sont toujours dépendants des décisions de politique publique, mais qui touchent essentiellement la personne en situation d'obésité. Les programmes multidisciplinaires de la personne obèse sont les programmes de traitement à mettre en place en priorité pour la prise en charge de la personne en situation d'obésité et représentent le thème central de ce document.

1.1. Reconnaissance de l'obésité en tant que maladie chronique

Malgré que, depuis 20 ans, l'OMS reconnaisse l'obésité comme maladie (2), cette reconnaissance n'a pas encore été officiellement retenue par tous les gouvernements de pays avec une prévalence de l'obésité élevée et en progression. Parmi ces pays figure aussi la Suisse. Selon la plupart des sociétés et associations médicales, cette reconnaissance représente le point de départ fondamental pour améliorer l'efficacité des programmes de traitement de l'obésité ainsi que pour lutter contre la stigmatisation, qui peut avoir des conséquences sévères comme, par exemple, l'aggravation du degré d'obésité et de ses complications. Les nouvelles lignes directrices de pratique clinique pour l'obésité adulte

d'« Obésité Canada » l'énoncent de la manière suivante (36) : « l'absence de reconnaissance de l'obésité en tant que maladie chronique par les régimes privés et publics, les systèmes de santé, le public et les médias se répercute sur l'accès au traitement (32). L'obésité continue d'être traitée comme une maladie "auto-infligée", ce qui influe sur les types d'interventions et d'approches offerts par les gouvernements ou remboursés par les régimes d'assurance maladie (31) ».

Le lecteur est renvoyé à la revue de la littérature « *“Obesity is declared as a disease”: A short review for non-specialists on the advantages and shortcomings of this statement* », écrite par Y. Schutz et associée au présent document, pour avoir une analyse plus approfondie de la question.

Le nécessité de cette reconnaissance officielle de l'obésité en tant que maladie chronique doit passer par une analyse claire des arguments et contre-arguments afin d'avoir une vision équilibrée des avantages et inconvénients d'une telle reconnaissance. Parmi les contre-arguments, on pourrait citer que la classification de l'obésité comme maladie pourrait aussi (37) :

1. Induire une médicalisation trop importante de l'obésité et une diminution de la responsabilité de l'individu en situation d'obésité dans les programmes de traitement de l'obésité ;
2. Donner trop d'importance à la phase de traitement au détriment de celle de prévention, qui reste fondamentale et complémentaire au traitement ;
3. Ne pas forcément diminuer la stigmatisation des personnes en situation d'obésité, qui pourrait alors continuer pour elles, même après reconnaissance de l'obésité comme maladie chronique.

Parmi quelques arguments en faveur de la classification de l'obésité comme maladie, rappelons les suivants :

1. Les patients souffrant d'obésité, mais métaboliquement sains, ont davantage de risques de complications cardio-vasculaires (infarctus, accident vasculaire cérébral) que les personnes d'IMC normal.
2. Les personnes en situation d'obésité font souvent l'objet de stigmatisation pouvant entraîner dépression, idées suicidaires, troubles du comportement alimentaire et

inactivité physique, aggravant le degré d'obésité. Toutefois, les critères d'inclusion dans les programmes multidisciplinaires doivent être précis et détaillés.

3. De nombreuses études (15, 19, 30, 33) ont démontré qu'un des facteurs de succès pour diminuer la stigmatisation est la reconnaissance de l'obésité comme une maladie, particulièrement dans le milieu médical et paramédical.

De plus, l'approche « utilitariste » (« *utilitarian* »), définie par Alison en 2008 (4), est toujours la meilleure approche pour établir la nécessité de reconnaître l'obésité comme une maladie, par rapport à la définition générale de maladie et en comparaison avec les autres approches scientifiques et l'approche légale.

1.2. La prévention de l'obésité

La prévention de l'obésité représente une approche fondamentale et complémentaire au traitement de l'obésité afin de réduire la prévalence de l'obésité au niveau mondial. Même si les interventions visant la prévention de l'obésité ne constituent pas un aspect central de ce document, il nous semble important de décrire, de manière synthétique, certains points essentiels à considérer pour rendre plus efficaces ce type d'interventions.

Selon Adams et al. (3), les interventions de santé publiques peuvent se situer sur deux continuums. Le premier concerne la population visée : toute la population ou une partie de celle-ci avec un risque de santé accru (comme par exemple, dans notre cas, l'ensemble des personnes en situation d'obésité). Le deuxième concerne les ressources individuelles que la personne doit mobiliser pour profiter de l'intervention mise en place par les instances politiques. Ces ressources sont surtout liées au choix de suivre ou non un certain type de recommandations de santé publique.

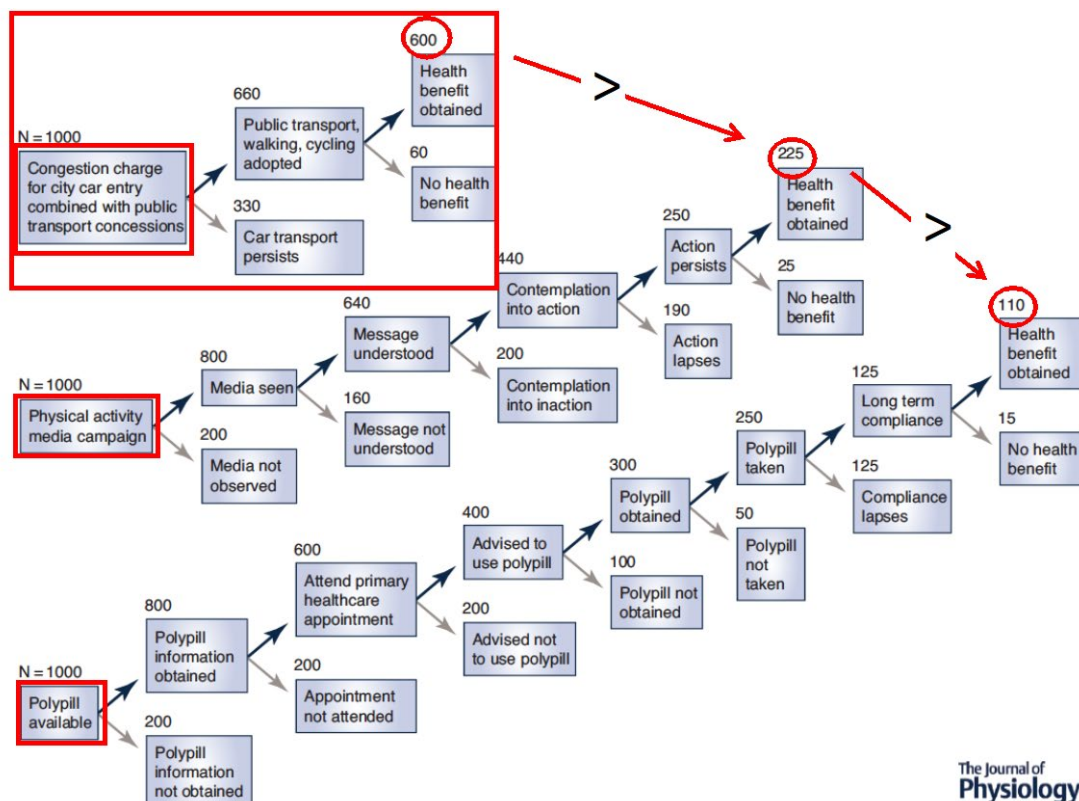
Les interventions de santé publique les plus efficaces et les plus équitables sont celles proposées à toute population (« *population intervention* ») et qui demandent à chaque personne de mobiliser peu de ressources individuelles, comme l'illustrent l'exemple développé plus bas ainsi que la Figure 2¹. Ces interventions demandant davantage d'effort pour leur développement, pour leur évaluation et pour leur mise en place, les instances

¹ Toutefois, comme le souligne le rapport Foresight, il faut rappeler qu'une partie de la population est génétiquement particulièrement sensible à la prise de poids et nécessite une action préventive spécifique (9).

politiques préfèrent souvent mettre en place des interventions ciblées sur des groupes à risque en demandant aux membres de ces groupes un niveau élevé de mobilisation de leurs ressources. Malheureusement, ce type d'intervention tend à augmenter les inégalités socioéconomiques car les ressources mobilisées dépendent de la capacité de compréhension et d'adhésion de chaque personne aux messages de ces programmes préventifs. A long terme, l'adhérence à ces interventions détermine aussi leur efficacité. En effet, le choix personnel est important, mais seulement si l'environnement autour de la personne est construit pour favoriser les "bons choix/comportements pour sa santé". La personne en situation d'obésité connaît généralement bien les recommandations concernant l'équilibre entre une alimentation saine et équilibrée et l'importance de l'activité physique pour augmenter la dépense énergétique journalière, maintenant ainsi l'équilibre de sa balance énergétique. Par contre, dans un environnement qui favorise une mauvaise alimentation et la sédentarité, cette personne arrivera difficilement, ou n'arrivera pas, à changer ses comportements en mettant en place ces recommandations, même si elles sont connues.

Il existe un très bon exemple pour démontrer une plus grande efficacité d'interventions de santé publique à l'échelle de toute une population, chaque personne devant mobiliser peu de ressources : c'est celui proposé par Hawley et al. (18) (Figure 2). Ces auteurs montrent comment, dans une métropole, une mesure politique comme celle des péages urbains peut augmenter plus efficacement le niveau d'activité physique de la population par rapport à l'augmentation du niveau d'activité physique potentiellement obtenue par la mise en place d'une campagne de sensibilisation de la population sur l'importance de l'activité physique pour la santé. Les péages urbains induiraient cette augmentation surtout grâce à l'augmentation de l'activité physique associée aux déplacements quotidiens. En partant de l'estimation théorique, qui se base sur les données de Londres de 2003 (deux tiers des déplacements se font à travers les transports publics, à vélo ou à pied après l'introduction des péages urbains), 600 personnes sur 1000 pourraient théoriquement obtenir des bénéfices pour leur santé grâce à ce changement de comportement quotidien. Ce résultat est nettement plus élevé que celui théoriquement obtenu par la campagne de sensibilisation à travers les médias, qui visent seulement une partie de la population dite à risque et concernée par le message, et qui permettrait d'obtenir des bénéfices pour la santé uniquement pour 225 personnes sur 1000. Cette efficacité moindre est due d'une part au fait que la personne à risque doit connaître la campagne, et d'autre part au fait qu'elle doit s'engager et être

motivée dans ce changement de style de vie, sans aide extérieure. Encore moins efficace serait la mise en commerce d'une poly-pilule capable théoriquement de simuler les effets bénéfiques de l'activité physique au niveau des systèmes physiologiques de l'organisme. Les choix individuels de la prise d'une telle pilule deviendraient encore plus importants et limiteraient encore davantage l'efficacité de cette troisième voie pour l'amélioration de la santé de la population. Seulement 110 personnes sur 1000 obtiendraient cette amélioration (Figure 2).



The Journal of
Physiology

Figure 2. Schéma théorique comparant l'efficacité de trois politiques publiques visant l'amélioration de la santé de la population d'une métropole en augmentant l'activité physique de celle-ci [modifié d'après (18)]. L'introduction d'un péage urbain, politique publique qui touche toute la population, avec peu de ressources individuelles à mobiliser (en haut de la figure), est plus efficace que le financement par les instances politiques d'une campagne médiatique de sensibilisation sur l'importance de l'activité physique pour la santé (au milieu de la figure) ou de l'introduction d'une poly-pilule simulant l'effet bénéfique de l'activité physique sur l'organisme (en bas de la figure). Ces deux dernières politiques de santé visent seulement une partie de la population dites à risque et concernée pour ces décisions politiques qui, en plus, demandent un déploiement important de ressources par l'individu dans la mise en place de ces mesures.

Dans le cadre de la prévention de l'obésité, certains types de politiques de santé publique seront à privilégier : celles visant la population entière avec peu de ressources individuelles à mobiliser, des actions en rupture avec le passé et en lien avec des changements dans la

production de l'industrie alimentaire et avec l'aménagement du territoire, de manière à promouvoir la mobilité douce et ainsi augmenter le niveau d'activité physique quotidienne de la population. Cette approche préventive s'inscrit dans une (ré)vision plus générale du système de santé suisse, comme un article du *Temps* datant du 10 octobre 2020² le décrit bien : « "L'OFSP doit devenir plus visionnaire et moins gestionnaire", a résumé le rédacteur en chef de la *Revue médicale suisse*, Bertrand Kiefer : "il faut créer une culture de la prévention et sensibiliser davantage le monde politique à cet enjeu" »³. Ces interventions préventives seront donc complémentaires aux programmes de traitement de l'obésité pour diminuer sa prévalence au niveau mondial.

1.3. Le traitement de l'obésité : les programmes multidisciplinaires

Les programmes de traitement de l'obésité doivent être multidisciplinaires car l'obésité est une maladie chronique multifactorielle qui touche différents aspects de la santé physique et mentale de la personne : sa psyché, ses comportements alimentaires, son métabolisme et sa bio-physiologie, son appareil locomoteur, son sommeil, son niveau d'activité physique journalière et de sédentarité. Pour cette raison, la personne en situation d'obésité devrait être prise en charge par une équipe multidisciplinaire constituée par des médecins, des nutritionnistes, des psychologues, des spécialistes en activités physiques adaptées, des physiothérapeutes et des infirmières, entre autres, chacun spécialiste d'un des domaines touchés par l'obésité. Le plan du traitement devrait être réaliste, adapté et surtout partagé par l'équipe soignante et le patient avec un suivi sur le long terme (10, 36).

Selon les nouvelles lignes directrices de pratique clinique pour l'obésité adulte d'« Obésité Canada » (36), « la lutte contre les préjugés et la stigmatisation liés au poids, la compréhension des causes profondes de l'obésité, la promotion et le déploiement d'interventions comportementales centrées sur les patients et le traitement approprié administré par des professionnels de la santé, préférentiellement au sein d'équipes

² M. Guillaume, « Les grands chantiers D'Anne Lévy », *Le Temps*, 10 octobre 2020.

³ Il faut préciser que, au niveau national, l'OFSP partage la responsabilité et la gestion de la stratégie de prévention de l'obésité avec la fondation Promotion santé suisse ainsi qu'avec l'Office fédéral de la sécurité alimentaire et des affaires vétérinaires (OSAV).

interdisciplinaires, permettront d'améliorer la qualité des soins et le bien-être des personnes vivant avec l'obésité ». Ces lignes directrices (36) définissent 5 étapes qui guident les professionnels de la santé dans leur intervention au sein de ces programmes multidisciplinaires auprès de la personne en situation d'obésité (Figure 3) :

1. Reconnaissance de l'obésité en tant que maladie chronique par l'équipe soignante et par le patient.
2. Evaluation de la personne en situation d'obésité en identifiant les variables plus pertinentes, les causes sous-jacentes du problème et la présence de complications, ainsi que les difficultés potentielles pendant le traitement.
3. Discussion entre l'équipe soignante et le patient sur les principales options thérapeutiques.
4. Définition et partage par l'équipe soignante et par la personne en situation d'obésité des objectifs du programme de traitement, qui doit être centré principalement sur l'amélioration de la santé physique et psychique du patient. Il est important également d'aider le patient à faire face à la stigmatisation par des ateliers d'éducation thérapeutique au début du traitement afin d'en augmenter le succès.
5. Suivi continu, réévaluation et adaptation périodiques du patient pendant le programme de traitement.

Le but du présent document est de résumer le mandat attribué par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) à Davide Malatesta (maître d'enseignement et de recherche à l'Institut des sciences du sport de l'Université de Lausanne ; ISSUL – UNIL). L'objectif de ce mandat était de collecter les avis et les expériences de terrain d'experts suisses, sélectionnés par l'OFSP, dans les différents domaines touchant l'obésité quant à l'intérêt et la pertinence d'une prise en charge multidisciplinaire au niveau national. Le document présente d'abord les méthodes utilisées et les entretiens avec les experts, puis procède à une analyse des résultats de ces interviews. A partir des informations collectées, des recommandations et une proposition concrète pour la mise en place d'un programme multidisciplinaire de prise en charge de la personne en situation d'obésité sont ensuite formulées.



Figure 3. Les 5 étapes qui guident les professionnels de la santé dans leur intervention dans les programmes multidisciplinaires auprès de la personne en situation d'obésité selon les nouvelles lignes directrices de pratique clinique pour l'obésité adulte d'« Obésité Canada » (36).

2. Méthodes : personnes interviewées, structure et modalité des entretiens

Dans ce chapitre, les procédures et les différentes étapes mises en place pour arriver aux résultats de cette enquête qualitative sont présentées. L'Office fédéral de la santé publique (OFSP) a initié ce projet et nommé Davide Malatesta (maître d'enseignement et de recherche à l'Institut des sciences du sport de l'Université de Lausanne ; ISSUL – UNIL) responsable du projet « *Programmes multidisciplinaires/multiprofessionnels de la prise en charge de l'obésité en Suisse* ». La première étape a été une réunion de lancement (*kickoff* : « Prise en charge de l'obésité en Suisse : quel avenir ? ») organisée par l'OFSP à Berne le 16 mai 2019 avec D. Malatesta, Y. Schultz (responsable de l'écriture d'une revue de littérature sur le sujet), D. Durrer (présidente de l'Association suisse pour l'étude du métabolisme et de l'obésité ; ASEMO) et D. Fischer-Taeschler (secrétaire générale de la Société Suisse d'Endocrinologie et de Diabétologie ; SSED). Cette première rencontre avait pour buts principaux de définir précisément l'objectif du projet, sa structure, son planning, et d'identifier la liste des experts à interviewer dans les différents domaines de prise en charge de l'obésité en Suisse.

Ces experts issus de différentes disciplines et ayant déjà une expérience dans la prise en charge de la personne en situation d'obésité pourraient potentiellement faire ensuite partie des professionnels participant à ces programmes multidisciplinaires. C'est donc important de connaître leurs expériences concrètes sur le terrain et leurs avis sur l'intérêt et la pertinence d'une prise en charge multidisciplinaire au niveau national, de même que d'identifier leurs rôles dans ces programmes. L'idée de l'OFSP est de mieux connaître la réalité du terrain pour arriver à un consensus plus général et à une proposition concrète partagée par les différents intervenants potentiels de ces programmes multidisciplinaires (voir paragraphe 0).

Lors de la rencontre du 16 mai 2019, 11 experts ont été identifiés :

1. Doctoresse Bettina Isenschmid (Spital Zofingen AG, Zofingen);
2. Docteur Heinrich von Grünigen (Fondation Suisse de l'Obésité – FOSO) ;
3. Docteur Zoltan Pataky (Hôpitaux Universitaires de Genève ; HUG, Genève) ;
4. Mme Lisa Poretti (diététicienne de l'Association Suisse des Diététicien-ne-s – ASDD) ;
5. Mmes Lara Preux-Allet et Simone Gafner (physiothérapeutes de PhysioSwiss : Association Suisse de Physiothérapie) ;
6. Mme Magali Volery (psychologue de la Fédération Suisse des Psychologues) ;

7. M. Nicolas Junod (spécialiste en activités physiques adaptée, coordinateur et administrateur DIAfit Suisse romande) ;
8. Doctoresse Lucie Favre (Consultation de prévention et traitement de l'obésité du Centre Hospitalier Universitaire Vaudois ; CHUV, Lausanne) ;
9. Doctoresse Brigitte Zirbs Savigny (Association des médecins de famille et de l'enfance Suisse – MFE) ;
10. Doctoresse Dagmar L'Allemand (Association obésité de l'enfant et de l'adolescent – AKJ).

Durant l'été 2019, D. Malatesta a conçu la structure des entretiens avec les experts (Annexe 1). L'interview était articulée en 4 parties. La première partie est constituée d'une brève présentation de la personne interviewée suivie par des questions sur les raisons qui auraient pu expliquer l'inefficacité et les lacunes de la prise en charge de l'obésité au niveau international en se basant sur les données des enquêtes suisses et internationales montrant une augmentation de la prévalence de l'obésité dans ces 40 dernières années et des prévisions futures allant dans la même direction (36) (questions #2 et #3). La deuxième partie, qui représente la partie centrale de l'entretien, invite la personne interviewée à donner son avis sur les programmes multidisciplinaires de prise en charge de la personne en situation d'obésité en présentant son propre programme, cas échéant, et en identifiant 1) les professionnels à potentiellement inclure dans ces programmes, leurs interactions et rôles respectifs et 2) le type d'approche à utiliser (prise en charge individuelle ou de groupe) (questions #3-#7). Pour schématiser les interactions et la hiérarchie entre les différents professionnels, la personne interviewée devait utiliser des billets, sur lesquels les différentes figures professionnelles étaient écrites (voir les résultats dans la section 3). Dans la troisième partie (questions #10 et #11), chaque interviewé devait donner son avis 1) sur la reconnaissance de ces programmes par les instances politiques et les assurances, notamment sur leurs remboursement et 2) sur les programmes multidisciplinaires déjà en place en Suisse, comme DiaFit et le programme de prise en charge de l'enfant et l'adolescent souffrant d'obésité proposé par la Société suisse de pédiatrie et par l'Association professionnelle obésité de l'enfant et de l'adolescent (AKJ). L'entretien se terminait avec une dernière partie dans laquelle la personne interviewée devait présenter brièvement un programme

multidisciplinaire idéal pour la prise en charge de l'adulte en situation d'obésité, en détaillant les objectifs, les limites et les perspectives possibles (questions #12-#16).

Cette trame a été préalablement envoyée à D. Durrer (ASEMO) et N. Stoffel-Kurt (OFSP) pour relecture et correction, et elle a été validée dans sa version finale présentée dans l'Annexe 1, prévoyant 16 questions pour une durée d'interview évaluée à environ 1 heure et demie.

Entre novembre 2019 et février 2020, les 9 interviews (pour 2 d'entre eux, il y avait 2 experts répondant ensemble aux questions) ont été effectuées par D. Malatesta, qui s'est déplacé pour rencontrer les experts pour 8 entretiens sur leur lieu de travail, tandis qu'il a reçu les représentantes de PhysioSwiss à l'ISSUL (Université de Lausanne). Toutes les interviews ont été enregistrées avec l'accord des personnes interviewées.

Durant la période de mars à août 2020, les 9 interviews ont été retranscrites et qualitativement analysées par D. Malatesta qui a, ensuite, présentés les résultats de cette analyse lors d'une séance organisée par l'OFSP à Berne le 15 septembre 2020 avec les experts interviewés et d'autres experts, afin d'avoir une discussion commune et partagée sur ces résultats. Les experts présents à cette séance étaient : D. Durrer (ASEMO), K. Schlappi (Perceptiocibus), L. Favre (CHUV, Lausanne), J. Thélin (Inselspital, FSP), Z. Pataky (HUG, Genève), G. Fontana (AKJ), F. Lüthi (SMOB), M. Geelhaar (geelhaarconsulting GmbH), A. Marcacci (OFSP), N. Stoffel-Kurt (OFSP), H. von Grünigen (FOSO), E. Toman (KompetenzZentrum für Essstörungen FSP), D. Fischer (SGED), R. Peterli (SMOB), Y. Schutz (ASEMO) et S. Hadorn (OFSP). Lors de cette séance et à la suite de cette discussion, une réflexion a été entamée sur les recommandations pour la mise en place des programmes multidisciplinaires de prise en charge de l'adulte en situation d'obésité. Cette réflexion a ensuite été intégrée dans l'analyse des interviews et dans les recommandations finales présentées dans la section 0 du présent document.

3. Synthèse des interviews (Résultats)

Dans ce chapitre sont présentés une synthèse du contenu des interviews ainsi que des exemples de programmes multidisciplinaires déjà en place en Suisse (Genève, Lausanne et Zofingen) ou proposés par les personnes interviewées. Les points critiques et sensibles dans la mise en place de ce programmes (points présentés et discutés lors de la séance organisée par l'OFSP à Berne le 15 septembre 2020 avec les experts présents) y seront également établis.

Un point important, qui a été relevé par presque toutes les personnes interviewées, est la nécessité que **la Suisse reconnaisse l'obésité comme une maladie chronique**. Cela permettrait d'avoir une prise en charge plus claire, avec une plus grande sensibilisation de cette pathologie et de ses effets à long terme non seulement par la personne en situation d'obésité et son entourage, mais aussi par la population générale en limitant ainsi la stigmatisation de l'individu dans cette situation. De plus, cette reconnaissance pourrait rendre plus facile la prise en charge par les assurances des frais médicaux et ceux liés à des programmes multidisciplinaires comme c'est déjà le cas pour d'autres pathologies chroniques. Ce remboursement permettrait à la personne souffrant d'obésité, souvent dans des conditions socio-économiques défavorables (21), d'être incluse dans ces programmes sans être limitée par ses propres moyens économiques. Un accès meilleur et plus large à ces programmes aurait aussi une implication sur leur développement et leur efficacité dans cette prise en charge.

Je renvoie le lecteur à la revue de la littérature de Y. Schutz « *“Obesity is declared as a disease”: A short review for non-specialists on the advantages and shortcomings of this statement* », dans laquelle l'auteur développe les points en faveur de la reconnaissance de l'obésité comme une maladie, mais aussi les limites et les risques d'une telle reconnaissance, qu'il faut considérer dans ce changement de paradigme.

La plupart des personnes interviewées a rapporté la nécessité d'articuler les programmes multidisciplinaires avec les programmes de prévention mis en place au niveau politique pour réduire la prévalence de l'obésité en Suisse. Les ressources économiques et les décisions politiques pour la prévention et pour le traitement de l'obésité (i.e., les programmes

multidisciplinaires) doivent être développés simultanément et de manière équilibrée (voir paragraphe 1.2).

3.1. Les programmes multidisciplinaires de prise en charge de la personne en situation d'obésité

Où ?

Selon les participants aux entretiens, les programmes multidisciplinaires peuvent avoir lieu soit à l'hôpital ou soit en dehors de celui-ci. En Suisse, il existe plusieurs programmes, dont trois vont être analysés : certains sont développés dans des structures hospitalières comme c'est le cas à Genève (Unité d'éducation thérapeutique du patient des HUG), Lausanne (Consultation de prévention et traitement de l'obésité du CHUV) et Zofingen (Kompetenzzentrum für Essverhalten, Adipositas und Psyche). Un autre programme est mis en place en dehors de l'hôpital : « Consultation Nutrition et Psychothérapie de Genève (CNPG) » (voir ci-dessous pour plus de détails).

Les programmes qui ont lieu à l'hôpital ont l'avantage d'avoir sur place presque tous les professionnels censés participer à la prise en charge, ce qui rend son organisation généralement plus facile et efficace. Cette prise en charge doit être de type ambulatoire et non pas stationnaire, car son but est d'agir avec la personne en situation d'obésité en la laissant vivre toujours dans son environnement, en l'aidant à trouver des solutions pratiques et à mettre en place des changements dans ses comportements dans la vie de tous les jours. Le rôle du médecin dans ces programmes multidisciplinaires est central pour la plupart des intervenants. Il sera le responsable du programme et la personne qui coordonne les différents professionnels impliqués. Il n'y a par contre pas de consensus sur la spécialité médicale que doit avoir ce médecin pour prendre cette responsabilité. Selon Mme Isenschimid (Hôpital de Zofingen), un médecin spécialisé en médecine interne serait le plus indiqué, alors que la Doctoresse Favre (CHUV, Lausanne) préférerait qu'un endocrinologue prenne cette responsabilité. Les représentants de PhysioSwiss et des spécialistes en activités physiques adaptées ont suggéré des médecins spécialisés en médecine interne ou générale, en endocrinologie ou en médecine sportive. Les médecins interviewés s'accordent toutefois sur la nécessité que le médecin, qui prend la responsabilité de ces programmes multidisciplinaires, ait suivi une formation spécifique en « obésité » (voir solution proposée par l'ASEMO au point

#4 du paragraphe 3.4). Ce manque de formation spécifique est aussi à signaler pour la plupart des figures professionnelles potentiellement incluses dans ces programmes multidisciplinaires.

Selon la Doctoresse Favre et le Docteur Pataky, les programmes multidisciplinaires en place à l'hôpital souffrent de la « concurrence » des programmes de traitement chirurgical de l'obésité que l'on peut trouver dans les hôpitaux publics ou dans les cliniques privées. Ces dernières offrent uniquement un traitement chirurgical à leurs patients sans leur proposer de choix entre ce traitement et un traitement conservateur. Cette approche dans le privé met également sous pression les centres chirurgicaux des hôpitaux publics qui doivent donc augmenter le nombre d'opérations pour être reconnus comme centres de référence pour le traitement chirurgical par la SMOB (*Swiss Study Group for Morbid Obesity and Metabolic Disorder*). Selon la Doctoresse Favre, une vision plus intégrée et complémentaire des deux approches doit être envisagée, et la personne en situation d'obésité doit être accompagnée dans le choix du traitement. Selon elle, un traitement conservateur doit être envisagé en premier, ou au moins discuté avec le patient, et seulement ensuite le traitement chirurgical peut devenir une option. Par ailleurs, un suivi post-opératoire multidisciplinaire du patient opéré doit être proposé pour accompagner cette phase critique du traitement. Selon le Docteur Pataky par contre, le traitement chirurgical ne doit pas faire partie intégrante de ces programmes multidisciplinaires conservateurs. Selon lui, une division claire de deux approches est nécessaire pour le patient.

En ce qui concerne les programmes multidisciplinaires en milieu hospitalier déjà présents en Suisse, il faut signaler un manque de relations entre les centres et une méconnaissance générale les uns des autres notamment dus au fait que les responsables médicaux de ces programmes n'appartiennent pas à la même discipline médicale et ont donc peu de possibilité de se croiser dans les différents *meetings* des sociétés dont ils font partie. Une coordination fédérale pour les différents programmes en Suisse, plutôt que cantonale, est peut-être à envisager.

Le médecin de famille est aussi ressorti comme figure centrale dans l'identification du problème lié au surpoids et à l'obésité, qui pourrait faire le lien avec les programmes multidisciplinaires de prise en charge de la personne en situation d'obésité. De plus, il serait aussi une personne clé dans le suivi post-traitement, capable de mettre potentiellement en relation le patient avec les structures de suivi post-traitement sur le territoire (voir

paragraphe 0). Ces centres pourraient s'inspirer de la structure et de l'organisation du CNPG de Genève, le seul programme multidisciplinaire hors hôpital découvert au travers des interviews, et qui représente un très bon exemple de comment ce type de prise en charge peut aussi avoir lieu en dehors d'une structure strictement hospitalière. Cela suggère qu'une solution mixte pourrait être adoptée en Suisse avec des programmes multidisciplinaires à l'hôpital, qui seraient responsables de la première prise en charge, et des centres satellites disséminés sur le territoire, qui prendraient le relais pour rendre encore plus autonome la personne en situation d'obésité (voir recommandations au paragraphe 0). Il existe également des centres EASO COMs (*Collaborating Centres for Obesity management*) de l'Association Européenne de l'Obésité (EASO). Il en existe 3 en Suisse : deux sont des centres hospitaliers (le Centre d'obésité des HUG et le Centre d'obésité de l'Hôpital Universitaire de Zurich) et le troisième est non hospitalier, le Centre Eurobesitas à Vevey. Ceux-ci ont été reconnus comme centres d'excellence et collaboratifs par l'EASO. Ils sont réévalués tous les 3 ans.

En résumé, un certain nombre de points doivent être abordés et clarifiés :

- *Définir ou non une discipline médicale devant prendre la responsabilité de ces programmes.*
- *Nécessité d'une formation spécifique en « obésité ».*
- *Communication et coordination nationale entre les programmes multidisciplinaires.*
- *Approche intégrée et complémentaire entre les traitements conservateurs et chirurgicaux.*

Quels professionnels ?

Les professionnels qui devraient être intégrés dans les programmes multidisciplinaires de prise en charge de la personne en situation d'obésité ont été identifiés de manière assez homogène par les différentes personnes interviewées :

- Médecins : le médecin responsable de la coordination du programme doit avoir suivi une formation spécifique en « obésité » et spécialisé en médecine interne, en endocrinologie ou en psychiatrie. Le médecin de famille et les autres médecins (gastro-entérologue, pneumologue, cardiologue, néphrologue, etc.) responsables du traitement des pathologies secondaires associées de la personne en situation d'obésité doivent aussi être intégrés comme personnes ressources et de suivi.

- Psychologue et/ou psychothérapeute.
- Diététicien et/ou médecin nutritionniste.
- Spécialiste en activité physique adaptées.
- Physiothérapeute.
- Infirmier.
- Art thérapeute et/ou danse-thérapeute.
- Chirurgien (pas de consensus, voir paragraphe ci-dessus).
- Assistant social, qui suit certains patients et peut participer dans certaines phases du traitement (par exemple à certains colloques entre l'équipe et le patient).

Dans l'une des questions d'entretien, les intervenants devaient schématiser les interactions entre les différents professionnels impliqués dans ces programmes en utilisant des billets mis à disposition. Deux exemples sont rapportés dans la Figure 4 et la Figure 5 ci-dessous, et les autres schémas sont présentés dans l'Annexe 2.

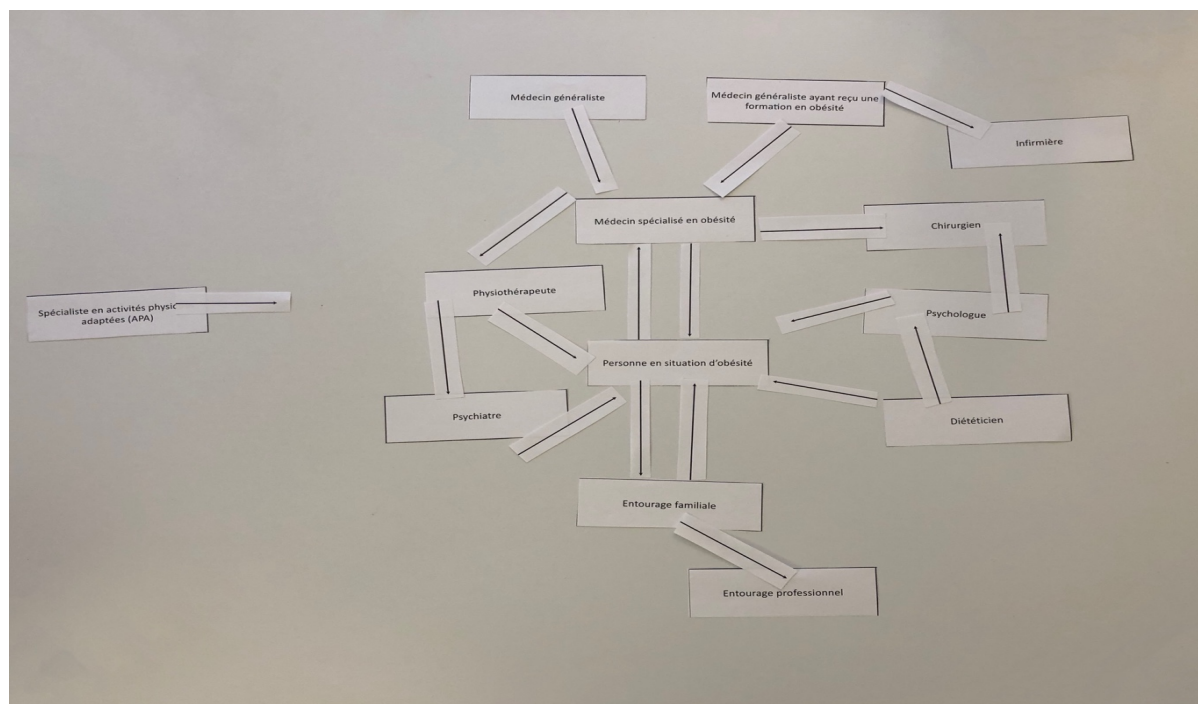


Figure 4. Exemple d'« organigramme » qui permet de résumer les interactions et les hiérarchies entre les différents professionnels qui devraient intervenir dans le programme multidisciplinaire effectué à l'hôpital d'après la Doctoresse Isenschmid (Spital Zofingen AG, Zofingen) & M. von Grünigen (Fondation Suisse de l'Obésité – FOSO).

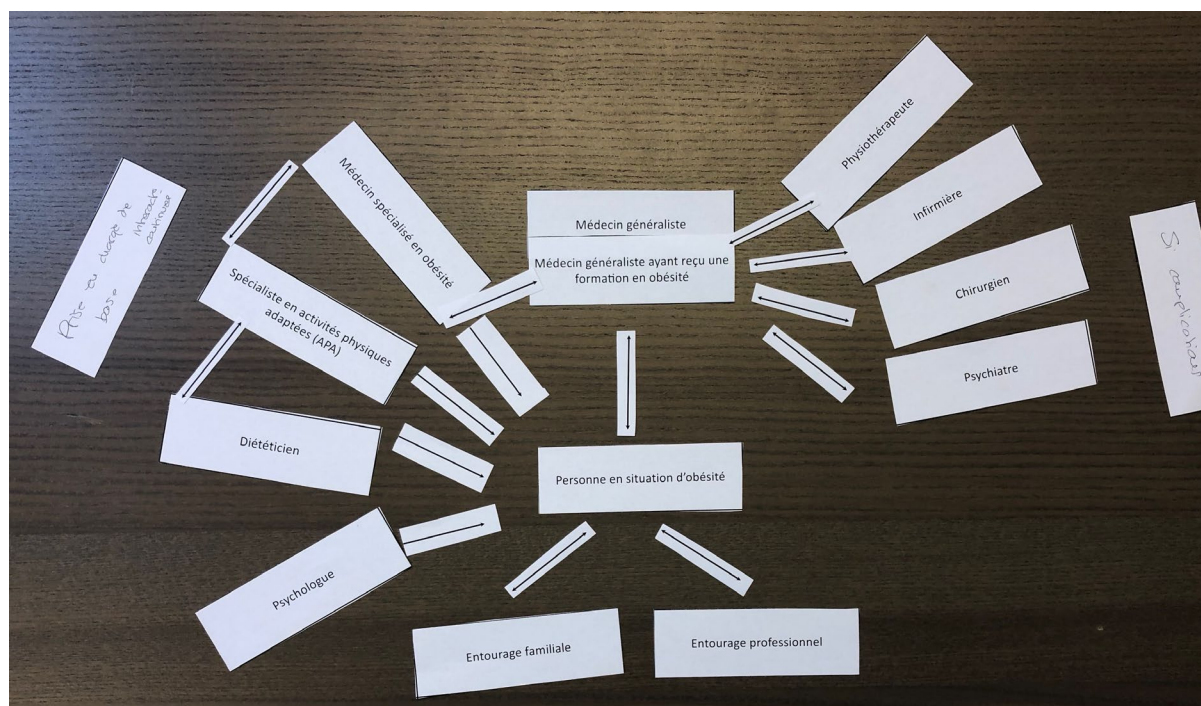


Figure 5. Exemple d'« organigramme » qui permet de résumer les interactions et les hiérarchies entre les différents professionnels qui devraient intervenir dans le programme multidisciplinaire effectué en dehors de l'hôpital d'après Mme Volery (Fédération Suisse des Psychologues).

Dans ces deux Figures, comme dans tous les schémas constitués par les interviewés, on peut constater que la personne en situation d'obésité est au centre de la prise en charge, entourée par les différents professionnels qui interagissent avec elle et entre eux pour optimiser le traitement. La composante médicale de cette prise en charge peut être plus au moins importante ; elle est centrale dans la Figure 4 et plus en appui dans le modèle illustré dans la Figure 5, dans lequel la responsabilité du traitement est plutôt gérée par les professionnels paramédicaux.

Dans tous les cas, toutes les figures professionnelles intervenant dans ces programmes doivent être reconnues et leurs prestations doivent toutes être remboursées en adéquation avec les objectifs de la prise en charge multidisciplinaires. Parmi ces professionnels, les spécialistes en activités physiques adaptées constituent un cas à part. En effet, toutes les personnes interviewées ont reconnu l'importance et la légitimité de cette figure professionnelle dans les programmes multidisciplinaires car un programme d'activité physique et de (ré)entraînement adapté permet d'optimiser l'amélioration de l'aptitude physique (fitness) et fonctionnelle de la personne en situation d'obésité (34), et contribue de manière importante à l'amélioration de la santé physique, psychique et sociale de cette

personne (22). Jusqu'à présent toutefois, ces professionnels ne sont pas inclus dans les programmes multidisciplinaires déjà en place en milieu hospitalier car leurs prestations ne peuvent pas être remboursées, eux-mêmes n'étant pas encore reconnus comme figure professionnelle par la Confédération et les cantons. Seul dans le programme multidisciplinaire du CNPG de Genève, un spécialiste en activités physiques adaptées intervient et peut être remboursé grâce à l'article 36a de la LAMAL (chapitre 0204) sur la « Thérapie non-médicale psychiatrique ». Le psychiatre du CNPG prescrit de l'activité physique adaptée aux participants à ce programme, qui peuvent donc en bénéficier et être remboursés. Même si cette solution a le mérite de contourner les limitations de la situation actuelle, il faudra absolument résoudre le problème de la reconnaissance de la profession du spécialiste en activités physiques adaptées comme figure complémentaire des physiothérapeutes et art-thérapeutes qui interviennent déjà dans ces programmes multidisciplinaires. Il est à noter que, dans certains Centres COMs, physiothérapeutes et spécialistes en activités adaptées travaillent ensemble, rendant le remboursement possible.

La problématique du remboursement de ces programmes multidisciplinaires par la LAMAL en Suisse est plus large. En effet, ces programmes sont remboursés uniquement si la personne en situation d'obésité a une pathologie secondaire associée à son obésité, qui demande donc une prise en charge médicale. Cela représente un point important pour la reconnaissance de l'obésité comme une maladie en elle-même, qui permettrait un accès et un remboursement de ces programmes à toute personne en situation d'obésité avec ou sans pathologies secondaires associées. De plus, les responsables des programmes de Genève, Lausanne et Zofingen signalent que, dans la situation actuelle, les prestations remboursées sont souvent trop limitées, par exemple un nombre trop restreint de séance de psychothérapie et de diététique prises en charge. Cet aspect est important à prendre en compte dans les recommandations que nous proposons en fin de ce chapitre.

En résumé, les figures professionnelles sont clairement identifiées, mais il faudrait encore mieux définir leurs interactions, leurs rôles et périmètres d'actions spécifiques. Une reconnaissance des spécialistes en activités physiques adaptées est nécessaire. Un remboursement des programmes par la LAMAL pour toute personne en situation d'obésité est également nécessaire.

Quelle structure ?

Les personnes interviewées ont soulevé différents points intéressants et pertinents sur la structure actuelle ou possible des programmes multidisciplinaires : 1) la durée et l'organisation en phases ; 2) les objectifs ; 3) la modalité (prise en charge individuelle ou de groupe) ; 4) le suivi post-programme ; et 5) la mesure de leur efficacité.

Les durées des programmes préconisées par les participants aux entretiens étaient de 6 mois à 2 ans. Souvent, cette période est divisée en plusieurs phases : une phase de préparation, la phase thérapeutique et une phase d'observation/suivi (Figure 6).

Les objectifs du programme, qui doivent être définis en commun entre l'équipe multidisciplinaire et la personne en situation d'obésité, sont nombreux :

- Une perte de masse corporelle de 5-10% par rapport à la masse corporelle initiale.
- Stabilisation de la masse corporelle.
- Amélioration de la composition corporelle.
- Amélioration de l'état de santé générale.
- Amélioration ou diminution des comorbidités.
- Amélioration des paramètres métaboliques.
- Amélioration des troubles alimentaires.
- Amélioration de l'estime de soi.
- Amélioration de la de la qualité de vie.
- Amélioration de la santé psychique.
- Amélioration de la condition physique.
- Augmentation de l'activité physique et diminution de l'inactivité physique journalières

Certains de ces objectifs restent difficiles à mesurer de manière objective et pratique sur le terrain.

Tous les intervenants aux entretiens s'accordent sur le fait que la modalité de prise en charge doit être mixte et être constituée d'une partie en groupe, avec un partage avec l'équipe soignante et avec les autres participants au programme, ainsi que d'une partie individuelle plus spécifique et adaptée aux besoins individuels de chacun.

Le suivi post-programme est un moment important d'observation et d'aide pour continuer le changement des comportements et de style de vie en donnant une plus grande autonomie à

la personne en situation d'obésité qui, en sortant du programme, devrait avoir plus de moyens à sa disposition pour affronter la vie de tous les jours.

La structure, les objectifs et surtout les résultats de ces traitements conservateurs devraient être mesurés pour attester leur réelle efficacité afin d'avoir des données quantitatives sur lesquelles s'appuyer pour justifier la mise en place, l'existence et le remboursement de ces programmes multidisciplinaires.

3.2. Programmes multidisciplinaires de prise en charge de la personne en situation d'obésité : quelques exemples

3.2.1 *Programmes multidisciplinaires déjà présents en Suisse*

- *Programme obésité (Unité d'éducation thérapeutique du patient - HUG Genève)*

Aux HUG, l'Unité d'éducation thérapeutique du patient dirigée par le Docteur Pataky propose un programme multidisciplinaire ambulatoire de suivi complet sur une année, avec une deuxième année de programme personnalisé comprenant des journées motivationnelles. Le programme est structuré selon le schéma rapporté à la Figure 6.

Le programme débute par 4 journées ambulatoires consécutives de bilan personnel diététique, médical et psychologique, avec des ateliers en groupes. Le but de ces 4 premières séances est de « motiver les participants à poursuivre ou maintenir la perte de poids ». Elles sont encadrées par des médecins spécialistes en obésité, des infirmières, des diététiciens, des psychologues et des art-thérapeutes. Cette première étape est suivie par 5 journées ambulatoires réparties sur 1 année (une journée tous les deux mois) sur des sujets spécifiques comme la diététique, le comportement alimentaire, l'activité physique ou l'image corporelle. De plus, pour toute la durée du programme, une fois par mois, tous les participants bénéficient d'une consultation ambulatoire individuelle encadrée par un soignant référent spécialisé en obésité. Le programme se termine avec une journée de « bilan » personnalisé. Les résultats de ce suivi d'une année ont fait l'objet d'une publication scientifique (28). Cette étude fait état d'un poids stable chez un tiers des participants, d'une perte moyenne de masse corporelle de 15% (4-9 kg), d'une amélioration des paramètres sanguins métaboliques et d'une amélioration de la qualité de vie et des aspects psychologiques. Ces deux derniers

aspects représentent, selon le Docteur Pataky, les critères de succès les plus importants du programme.

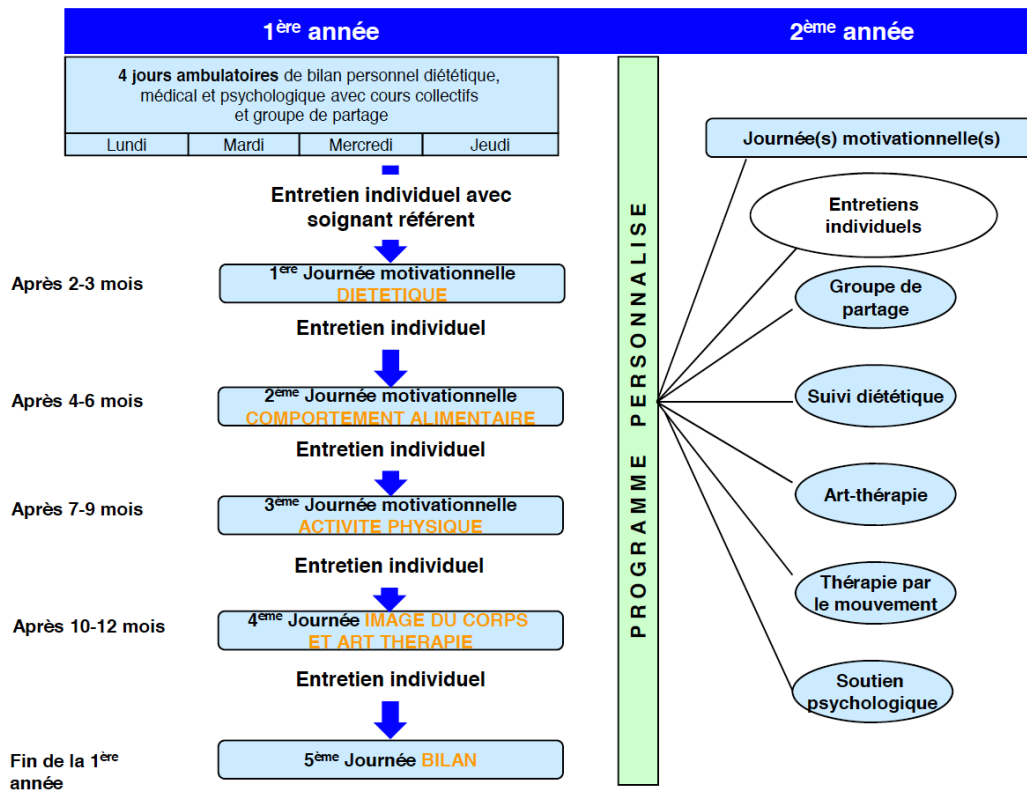


Figure 6. Structure du programme multidisciplinaire obésité de l'Unité d'éducation thérapeutique du patient (HUG Genève) d'après https://www.hug.ch/sites/interhug/files/structures/enseignement_therapeutique_pour_maladies_chroniques/jobs_2_ans.pdf.

- Programme de la Consultation de prévention et traitement de l'obésité du CHUV (Lausanne)

Le programme multidisciplinaire de la Consultation de prévention et traitement de l'obésité du CHUV est sous la direction de la Doctoresse Favre. Il prévoit une prise en charge ambulatoire de 2 ans encadrée par une équipe interdisciplinaire constituée par des médecins (endocrinologues et un psychiatre), des infirmières, des diététiciennes et des psychologues. La Doctoresse Favre exprime son fort regret de ne pas pouvoir inclure dans son équipe des spécialistes en activités physiques adaptées en raison du fait que leurs prestations ne sont

pas remboursées par les assurances. Ce manque rend, selon elle, la prise en charge incomplète.

Les patients, suivis par un médecin de la consultation, peuvent accéder au programme et suivre des cours collectifs (8-10 personnes), animés par les soignants de l'équipe interdisciplinaire, sur l'éducation alimentaires et les comportements alimentaires (4 séries de cours de 4 séances hebdomadaires de 2h). Ces cours permettent au patient « d'acquérir et développer diverses connaissances afin de tendre vers les objectifs thérapeutiques fixés en accord avec les soignants. Ces éléments amènent le patient à contribuer activement à sa prise en charge »⁴. Cette prise en charge de groupe est complétée par une prise en charge individuelle à travers des consultations médicales, diététiques et psychologiques. Les patients peuvent choisir d'envisager un traitement conservateur ou chirurgical, et les cours et consultations individuelles proposés sont adaptés au parcours choisi. Aucun critère de succès spécifique n'est clairement identifié, mais chaque patient définit ses objectifs avec l'équipe soignante. Le premier objectif est de stabiliser le poids et de traiter les troubles du comportement alimentaire afin de permettre aux patients d'avoir un rapport plus sain avec la nourriture. Par la suite, la question de la perte de poids est aussi discutée entre le patient et les soignants afin d'attendre une perte de 5-10% du poids initial. L'objectif principal du programme est d'autonomiser au maximum le patient dans sa démarche de changement de style de vie.

Comme décrit précédemment, la Doctoresse Favre aimerait que l'offre de traitement de type conservateur soit équilibrée par rapport à celle de chirurgie bariatrique, qui est souvent plus mise en avant, surtout dans les cliniques privées, avec des répercussions importantes aussi sur le système public. Cela induit un déséquilibre dangereux dans les deux types de traitement de l'obésité.

- *Centre de compétence pour le comportement alimentaire, l'obésité et la psyché (KEA, Hôpital de Zofingen)*

Le programme multidisciplinaire du centre de compétence pour le comportement alimentaire, l'obésité et la psyché (KEA) de l'Hôpital de Zofingen est dirigé par la Doctoresse

⁴ Page WEB du site du CHUV (« Cours pour patients » : <https://bit.ly/3u6Nceg>; consultée le 19/02/2021).

Isenschmied. Ce programme, d'une durée de 2 ans (120-150 patients inclus chaque année), est constitué d'une prise charge ambulatoire médicale, psychologique, motrice et nutritionnelle adaptée au besoin de l'individu, qui participe à des séances en groupe et individuelles. L'équipe soignante est composée de 30 personnes : des psychologues, des diététiciens spécialisés en trouble du comportement alimentaire et en obésité, des physiothérapeutes, des spécialistes en thérapie du mouvement et des médecins assistants. De plus, les patients peuvent facilement accéder à d'autres prises en charges médicales, le programme se déroulant à l'hôpital.

Comme la Doctoresse Favre et pour la même raison, la Doctoresse Isenschmid relève et déplore l'impossibilité d'inclure dans ce programme des spécialistes en activités physiques adaptées, qui sont remplacés par des spécialistes en thérapie du mouvement (sans un Master universitaire en activités physiques adaptées) ou par des physiothérapeutes.

Le critère de succès de ce programme est fixé principalement sur une perte de masse corporelle de 5-10% de la masse corporelle à l'entrée du programme (perte obtenue par 75% des personnes traitées).

Parmi les prestations offertes par le centre KEA, il y a aussi un suivi post-opératoire pour les patients ayant subi une opération chirurgicale bariatrique.

- *Consultation Nutrition et Psychothérapie de Genève (CNPG)*

Le programme multidisciplinaire de la Consultation nutrition et psychothérapie de Genève est dirigé par Mme Volery et représente le seul exemple de programme de prise en charge multidisciplinaire ambulatoire en dehors de l'hôpital rencontré lors des interviews. Ce programme est composé de 40 séances de psychothérapie effectuées par 3 psychologues à 100%, de 6-12 séances d'éducation nutritionnelle encadrées par 2 diététiciennes sur un poste à 100%, une spécialiste en activités physiques adaptées à 80% et un médecin psychiatre, responsable du diagnostic, à 40%.

La personne en situation d'obésité peut intégrer le programme après une ou deux séances d'évaluation effectuées par l'un des membres de l'équipe, qui décide quelle orientation et quelle planification donner à la prise en charge en mettant les priorités par rapport à ses différentes composantes. La prise en charge est plutôt individuelle, surtout pour des raisons liées à l'organisation et au remboursement des séances en groupe. En effet, ces séances sont

difficiles à organiser par rapport à l'important travail administratif à déployer, surtout pour constituer des groupes homogènes qui permettent aux participants de s'identifier au groupe et de bénéficier du soutien des pairs dans le partage des propres problèmes. Pour cette raison, le centre propose 1-2 séances en groupe de 6 personnes par année.

Le critère de réussite du programme est l'amélioration de la qualité de vie du patient, évaluée par chaque soignant dans sa branche spécifique d'intervention. Les psychologues utilisent des questionnaires psychométriques. Les diététiciennes évaluent les changements dans le comportement alimentaire par des entretiens semi-structurés et dans les troubles alimentaires par des échelles cliniques. Ces évaluations sont couplées à la mesure de la masse corporelle (prise régulièrement lors du programme) et de l'indice de masse corporelle (IMC). La spécialiste en activités physiques adaptées effectue des tests physiques lui permettant de suivre les améliorations au niveau des aptitudes physiques de la personne. Malheureusement, souvent par manque de temps, le patient n'a pas de bilan médical final par le psychiatre de l'équipe multidisciplinaire.

Mme Volery souligne que la grosse limite du programme est celle de devoir se limiter obligatoirement au nombre de séances remboursées par la LAMAL. Un point positif de ce programme, comme déjà évoqué plus haut, est le fait que c'est le seul programme multidisciplinaire dans lequel le spécialiste en activités physiques adaptées intervient et peut être remboursé grâce à l'article 36a de la LAMAL.

Pendant la durée du programme et surtout dans les dernières consultations de celui-ci, Mme Volery informe et sensibilise le patient qu'une prise de 5 kg de masse corporelle doit être un motif de consultation immédiat (dans le mois), car elle peut être le résultat d'une difficulté dans la prise alimentaire ou d'une diminution importante du niveau d'activité physique, et donc une augmentation de la sédentarité. Mme Volery suggère que ce suivi puisse être assuré par le médecin généraliste du patient. Si cette nouvelle prise de poids est le résultat d'un retour en arrière du patient, ce dernier devrait alors réintégrer le programme.

3.2.2 Programmes multidisciplinaires : quelques propositions des personnes interviewées

- *Maisons de santé (Doctoresse Zirbs Savigny ; Association des médecins de famille et de l'enfance)*

Lors de son interview, la doctoresse Savigny propose un modèle assez intéressant et différent des programmes multidisciplinaires déjà présents en Suisse à l'hôpital ou en dehors de celui-ci. Ce modèle est centré sur la prévention primaire générale, et pas uniquement spécifique à l'obésité. Selon la Doctoresse Savigny, il faut avoir une réflexion plus vaste et mettre en place un système qui s'occupe de manière efficace de la prévention primaire concernant notamment l'alimentation, l'activité physique et le tabac. Ce système se base sur une politique visant la réduction par exemple de la consommation de sucre, de sel et de tabac ainsi que sur une vision plus intégrée qui soit partagée par les politiques, les industries alimentaires et pharmaceutiques et les citoyens. Les « Maisons de santé » feraient donc partie de ce système. Elles seraient gérées par le médecin de famille, formé en prévention primaire, et capable de prendre en charge les patients d'un point de vue nutritionnel, des activités physiques, de la gestion du stress, des problèmes psychologiques, identifiant les problèmes pour ensuite orienter les patients vers des spécialistes des différentes prises en charge spécifiques dans les différents domaines de la prévention primaire (voir schéma proposé par la Doctoresse Savigny à l'Annexe 2). Les critères de réussite de cette prise en charge seraient définis avec le patient pour qu'ils puissent être des objectifs réalistes, partagés et réalisables. Un suivi post-prise en charge ne serait pas nécessaire, cette approche se basant sur la responsabilité individuelle et, plus en aval, sur l'éducation générale de la population (par exemple le rôle éducatif de l'école) et sur les décisions politiques qui concernent la prévention primaire.

La prise en charge spécifique et plus ciblée sur l'obésité serait uniquement à prévoir pour les obésités de classe III (IMC > 40 kg/m²), pour lesquelles une prise charge multidisciplinaire à l'hôpital serait nécessaire.

Même si cette proposition s'éloigne un peu du sujet central de ce rapport, il me semble important de présenter cette approche qui, encore une fois, met en avant l'importance de la prévention primaire et le rôle des décisions politiques, de l'éducation et des responsabilités individuelles associés à l'efficacité de cette prévention.

- «*Obesifit*» (M. Nicolas Junod, Coordinateur et administrateur DIAfit Suisse romande)

M. Junod, coordinateur et administrateur DIAfit pour la Suisse romande, voit un possible élargissement de ce programme aux personnes en situation d'obésité sans diabète, ou un modèle sur lequel se baser pour construire un programme spécifique à cette population « Obesifit ». Pour la première solution, même si les personnes en situation d'obésité et avec un diabète ont un profil assez similaire et qu'une partie de la prise en charge pourrait être partagée, ce n'est pas la meilleure solution à envisager car cette inclusion augmenterait l'hétérogénéité des groupes de patients. Ce problème, déjà présent au sein du programme DIAfit, nuirait à l'individualisation de la prise en charge et à son efficacité.

La création d'une nouvelle prise en charge adaptée et spécifique à l'obésité, appelée par exemple « Obesifit », pourrait être une meilleure solution, mais il faudrait bien réfléchir à la façon d'intégrer et/ou de diversifier cette offre par rapport au programme DIAfit. Selon M. Junod, le programme multidisciplinaire « Obesifit » serait composé de 2 phases distinctes. Une première phase « intensive » de 3 mois serait similaire à l'organisation de DiaFit, avec 3 séances par semaine et une prise en charge par groupe, remboursée par la LAMAL. Dans cette phase, un médecin effectuerait un diagnostic et encouragerait la personne en situation d'obésité à la participation de ce programme qui aurait lieu sur le terrain et serait animé par les différents spécialistes de la prise en charge multidisciplinaires déjà nommés plus haut. Une deuxième phase de 3 mois, dite « light », aurait pour but d'accompagner la personne dans la mise en place des changements des comportements et de styles de vie détaillés dans la phase #1 du programme.

Les objectifs du programme devraient être : 1) une diminution de 10% de la masse corporelle ; 2) une amélioration de la santé physique, psychique et sociale ; 3) une amélioration de l'aptitude physique (fitness) ; 4) une augmentation du niveau d'activité physique journalière avec une diminution des comportements sédentaires. Pour les 3 derniers objectifs, une réflexion devrait être menée par les professionnels en ce qui concerne les modalités d'évaluations et les indicateurs appropriés pour quantifier l'atteinte de ces objectifs. Le remboursement du programme représente un autre problème important. Si la partie #1 pourrait être remboursée par la LAMAL, surtout quand l'obésité sera reconnue comme

maladie en Suisse, la partie #2 serait plus difficilement remboursable et un « remboursement hybride » pourrait être une solution à proposer.

- Proposition d'un programme multidisciplinaire de prise en charge de la personne en situation d'obésité par la Doctoresse Dagmar L'Allemand (Association obésité de l'enfant et de l'adolescent)

Selon la Doctoresse Dagmar L'Allemand, un programme multidisciplinaire devrait durer 2 ans et être organisé en 3 phases distinctes. Le rôle de médecin serait celui du diagnostic, de la prise en charge des comorbidités de la personne en situation d'obésité et de la coordination du programme selon le modèle DIAfit. Le programme devrait donc être géré par les autres professionnels identifiés ci-dessus, le plus proche possible du terrain hors hôpital, avec une prise en charge mixte de type individuelle et de groupe.

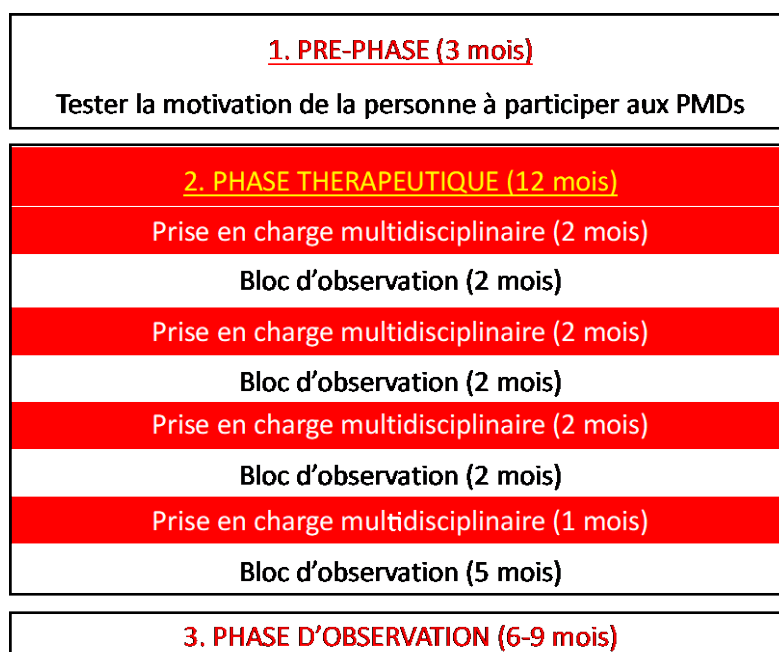


Figure 7. Structure du programme proposé par la Doctoresse Dagmar L'Allemand (Association obésité de l'enfant et de l'adolescent) lors de l'entretien.

La première phase (pré-phase) de 3 mois servirait à tester la motivation de la personne en situation d'obésité à vouloir intégrer un programme de ce type à travers des tâches de type administratif comme des renvois de questionnaires ou d'informations nécessaires à son

inclusion à la phase #2 du programme. Celle-ci, d'une durée de 12 mois, serait composée de 4 blocs, chacun constitué de 2 sous-phases : une première durant laquelle il y aurait une prise en charge multidisciplinaire de 2 mois, suivie par une deuxième phase de 2-5 mois (selon les blocs) d'observation et de suivi du patient (Figure 7). A la fin de cette phase #2, une troisième phase d'observation plus longue de 6-9 mois pourrait être mise en place.

Les objectifs de ce programme seraient : 1) une amélioration des comorbidités ; 2) une amélioration de l'aptitude physique ; et 3) une amélioration de la santé physique et psychique du patient. Un rôle fondamental serait celui du médecin de famille avant et après ce programme, pour respectivement identifier le problème et suivre la période post-intervention.

Une analyse plus précise serait nécessaire de façon à identifier les durées optimales des phases et des blocs (Figure 7) et tester l'efficacité de ce programme.

3.3. Les points critiques qui ont émergés suite à l'analyse des interviews

Un certain nombre de points critiques ont été identifiés suite à l'analyse des interviews, qui ont été présentés et discutés lors de la séance organisée par l'OFSP à Berne le 15 septembre 2020 (Figure 8) :

1. Quelle articulation entre les programmes multidisciplinaires de prise en charge de la personne en situation d'obésité et les programmes de prévention ?
2. Où : hôpital vs. hors hôpital ?
3. Quel rôle et quelle spécialité du médecin responsable du programme multidisciplinaire ?
4. Quelle reconnaissance des prestations des autres professionnels de la santé qui interviennent dans les programmes multidisciplinaires (e.g., spécialistes en activités physiques adaptées) ?
5. Quelle structure ? Combien de phases ? Quelle durée ?
6. Quelle prise en charge privilégier : groupe vs. individuelle ?
7. Quels objectifs/critères de succès ?
8. Comment tester l'efficacité des programmes multidisciplinaires ?

9. Comment assurer le suivi post-programme ? Selon quelle(s) structure(s) ?

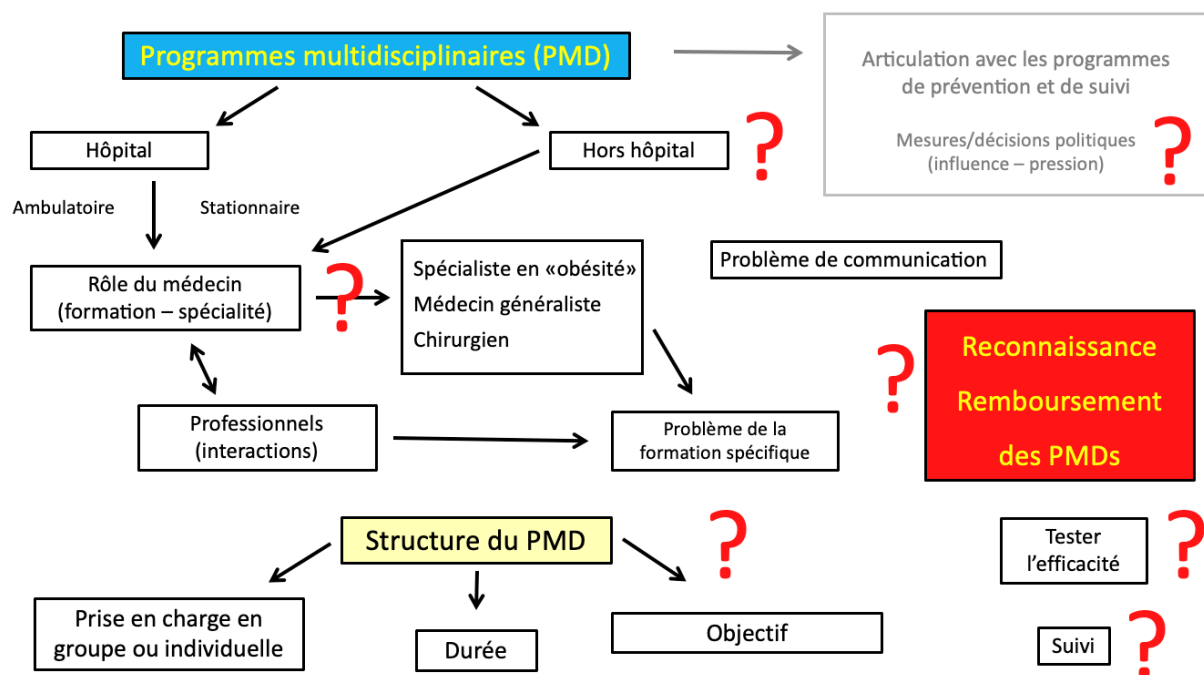


Figure 8. Représentation schématique de l'organisation potentielle des programmes multidisciplinaires (PMD) de prise en charge de la personne en situation d'obésité avec les points critiques qui ont émergés suite à l'analyse des interviews.

3.4. Points de synthèse de la discussion entre les participants de la séance organisée par l'OFSP à Berne le 15 septembre 2020 après la présentation des résultats des interviews

Les éléments principaux de la discussion qui a suivi la présentation des résultats lors de la séance organisée par l'OFSP (15 septembre 2020) sont brièvement synthétisés ci-dessous et peuvent être complétés par le procès-verbal de cette séance (Annexe 3).

1. La prévention est un élément central dans la lutte contre l'obésité et dans la diminution de sa prévalence, mais un appui politique est nécessaire. De plus, à l'heure actuelle, les programmes de prévention chez l'enfant/adolescent à l'école sont très difficiles à mettre en place. Pour cette raison, ces programmes préventifs devront toucher la population adulte mais aussi les plus jeunes (enfants et adolescents).
2. Problème de concurrence entre les traitements conservateurs et chirurgicaux, surtout dans le choix du traitement à suivre par le patient. Le problème semble être plus

présent en Suisse romande qu'en Suisse alémanique. Une présentation plus claire de deux prises en charge avec leur efficacité à long terme devrait être favorisée dans tous les programmes de prise en charge de la personne en situation d'obésité.

3. La prévention et le traitement de l'obésité devraient être associés et proposés dans des offres complémentaires et multidisciplinaires (« changement de paradigme dans une vision où la prévention et le traitement sont un continuum » selon A. Marcacci). Ces offres se baseraient sur des liens directs entre les centres médicaux, les centres spécialisés dans cette prise en charge sur le terrain et les clubs sportifs offrant de l'activité thérapeutique selon un modèle similaire au modèle français de prescription d'activité physique supervisée par le médecin traitant (loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de la modernisation du système de santé, article 144 ; <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000031912641/>) (16). Ce modèle pourra fonctionner uniquement avec la mise en place d'un financement hybride permettant d'avoir un financement flexible des différentes offres.
4. Problème de la formation spécifique dans le traitement de l'obésité des différents professionnels intervenant dans cette prise en charge. L'ASEMO est en train de développer un certificat post-gradué de spécialisation dans le traitement de l'obésité pour 2022. Il sera ouvert à tous les médecins – y compris médecins assistants – afin de leur fournir une formation spécifique pour la prise en charge des patients souffrant d'obésité, en vue de créer et de diriger une équipe multidisciplinaire.
5. Importance du médecin généraliste pour le screening et le suivi post-programme.
6. Lors de la discussion, les participants à la séance ont partagé l'avis que la reconnaissance, la certification et la mise en place de programmes multidisciplinaires de prise en charge de l'adulte en situation d'obésité devraient se référer aux programmes multi-professionnels de traitement structurés pour l'enfant et l'adolescent en surpoids ou avec obésité proposés en Suisse par la Société suisse de pédiatrie et par l'Association professionnelle obésité de l'enfant et l'adolescent (AKJ) (Annexe 4). Les 3 sections du document qui se trouve dans l'Annexe 4 (*A. Reconnaissance pour la Thérapie individuelle multi-professionnelle structurée (TIMS)* ; *B. Certification des programmes de traitements ambulatoires multi-professionnels de groupe (PMG)* ; et *C. Règlement pour la certification des centres de référence pédiatrique pour le traitement de l'obésité*) et la structure des programmes sont les éléments essentiels sur lesquels

pourraient se base, en les adaptant, les programmes multidisciplinaires pour l'adulte. Cette structure prévoit une phase intensive d'une durée de 6 mois avec 109 séances [82.5 heures : thérapie de groupe (79.5 heures) et individuelle (3 heures)] et une phase de suivi de 7 séances [5.5 heures : thérapie de groupe (4.5 heures) et individuelle (1 heure)]. Le programme est remboursé selon les indications rapportées dans l'OPAS (Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins) du 6 mars 2013.

7. La mise en place d'un registre national pour mesurer l'efficacité à long terme des programmes multidisciplinaires conservatoires est nécessaire à partir des modifications des paramètres médicaux, psychologiques, nutritionnels et d'aptitude physique les plus pertinents. Les résultats de ce registre national permettront de démontrer l'efficacité de ces programmes aux assurances et de garantir ainsi leur financement.

3.5. Position de l'Association Suisse pour l'Etude du Métabolisme et de l'Obésité (ASEMO) (Dresse D. Durrer)

La position de l'ASEMO est rapportée ci-dessous car cette association est particulièrement concernée par le contenu du présent document et de ce projet mandaté par l'OFSP. De plus, la Dresse D. Durrer est aussi impliquée dans la relecture de ce même document.

1. La durée du programme : il semble bien que la durée optimale pour un programme multidisciplinaire soit de 9 mois à 1 année (7, 13). De plus, l'AKJ a obtenu un remboursement total de la LAMAL pour les programmes d'une durée de 9 mois au minimum et de 140 heures d'éducation thérapeutique avec de l'activité physique de 2 à 3 fois par semaine. L'ASEMO pense donc qu'il serait opportun de proposer 9-12 mois et au minimum 140 heures de prise en charge. En se calquant sur le succès de l'AKJ, il y a aura d'autant plus de chance que les assurances acceptent la proposition, car les 2 programmes seront cohérents.
2. La structure et l'organisation du programme : un médecin spécialiste en obésité devrait être le responsable de l'équipe soignante qui serait composée d'un diététicien ou un médecin nutritionniste, un psychiatre ou un psychologue, un spécialiste en activités physiques adaptées ou un physiothérapeute, tous formés dans le domaine de l'obésité. Cette équipe devrait être en relation avec le médecin généraliste. Il pourrait y avoir des

dérogations pour des centres reconnus (comme celui de Magali Volery à Genève), dérogations qui pourraient être données par l'ASEMO.

3. Les objectifs : perte de poids de 5% du poids initial [déjà suffisant pour améliorer les comorbidités selon la littérature (1)], diminution du tour de taille, amélioration de la composition corporelle, diminution des troubles du comportement alimentaire, amélioration des capacités physiques (surtout celles sous-maximales), diminution de la dépression (si elle est présente), diminution des comorbidités (si elles sont présentes), amélioration de l'estime de soi et de la qualité de vie.
4. Modalité de traitement : individuelle ou en groupe.
5. Remboursement : idéalement par la LAMAL, comme pour AKJ ou Diafit.
6. Monitoring de l'efficacité du programme. Les variables à mesurer avant et après la fin du programme pour en déterminer son efficacité sont : perte de 5% du poids initial, diminution du tour de taille et amélioration de la composition corporelle évaluée par bio-impédancemétrie (BIA), diminution des troubles du comportement alimentaire (évaluation semi-structurée des comportements alimentaires ; ESSCA), amélioration des aptitudes physiques (ergométrie simple) diminution de la dépression (questionnaire PHQ-9), diminution des comorbidités (hypertension artérielle, dyslipidémie, diabète – dosage de l'hémoglobine glyquée), amélioration de l'estime de soi et de la qualité de vie (questionnaire "lifescala" de l'OMS).
7. Le suivi de patient après la fin du programme. Un suivi est assuré par un médecin généraliste tous les 3 à 6 mois. Ce dernier peut renvoyer le patient vers le spécialiste si la prise de masse corporelle est supérieure à 3-5 kg sur 1-2 ans. Lors de ce suivi post-programme, il devrait y avoir une possibilité de poursuivre l'activité physique en groupe, avec éventuellement participation des assurances complémentaires.

4. Recommandations pour la mise en place d'un programme de prise en charge multidisciplinaire de la personne en situation d'obésité

Dans ce chapitre sont formulées des recommandations pratiques pour la mise en place d'un programme multidisciplinaire de prise en charge de la personne en situation d'obésité au niveau national. Elles sont le résultat d'une analyse et d'une synthèse du contenu et des éléments les plus pertinents et importants provenant des interviews et des réunions effectuées avec les experts et les partenaires de ce projet.

Un premier élément clé est la **reconnaissance au niveau national de l'obésité en tant que maladie**.

La mise en place d'un **programme multidisciplinaire** est un deuxième point clé. Le programme serait structuré sur une durée de 2 ans et comprendra deux parties distinctes.

La première partie durera une année, selon la structure et les modalités du programme multi-professionnel de traitement structuré pour l'enfant et l'adolescents en surpoids ou avec obésité proposé par la Société suisse de pédiatrie et par l'AKJ. Cette partie dite « intensive », devrait prévoir 140 h d'éducation thérapeutique multidisciplinaire encadrée par des spécialistes formés dans le domaine de l'obésité dans leur formation initiale (Figure 9). Les professionnels intégrant l'équipe soignante devraient être : un médecin spécialiste en obésité, un(e) diététicien(ne), un(e) psychiatre ou un(e) psychologue, un(e) spécialiste en activités physiques adaptées et un(e) physiothérapeute. Cette équipe pourrait être basée à l'hôpital, où des structures et des services hospitaliers sont prêts à pouvoir mettre en place ce type de programmes comme, à l'heure actuelle, les centres de Genève, Lausanne et Zofingen ou dans les centres COMs (HUG, Zurich et Eurobesitas à Vevey). Cependant, ces centres devraient avoir des relations étroites avec des centres satellites délocalisés sur le territoire national, qui prendraient en charge une partie ou tout le programme de traitement. En effet, une prise en charge de proximité est nécessaire pour augmenter l'adhérence au programme par les participants et leur permettre un meilleur transfert des nouveaux comportements à adopter dans la vie de tous les jours. Cette première partie du programme devrait être remboursée selon les indications rapportées dans l'OPAS du 6 mars 2013 (en les adaptant à l'adulte). La prise en charge mixte devrait privilégier une approche par groupe tout en incluant une approche individuelle. Les objectifs de cette première partie, fixés par l'équipe soignante et la personne en situation d'obésité, ne devraient pas être uniquement

focalisés sur la perte de masse corporelle (-5-10%), mais sur toutes les composantes du traitement. Des évaluations et des feedbacks réguliers devraient être effectués pour que le patient soit informé et actif dans le processus de traitement, augmentant ainsi sa motivation et son adhérence au programme. Les tests utilisés par les différents professionnels pourraient être ceux proposés par l'ASEMO (paragraphe 3.5). Un point important à résoudre réside dans la reconnaissance de la profession du spécialiste en activités physiques adaptées, seule figure professionnelle de l'équipe soignante qui n'a pas encore été officiellement reconnue par la Confédération. Cette reconnaissance est fondamentale pour intégrer, dans ces programmes de traitement, la partie activité et aptitude physique, qui est centrale dans la prise en charge de l'obésité.

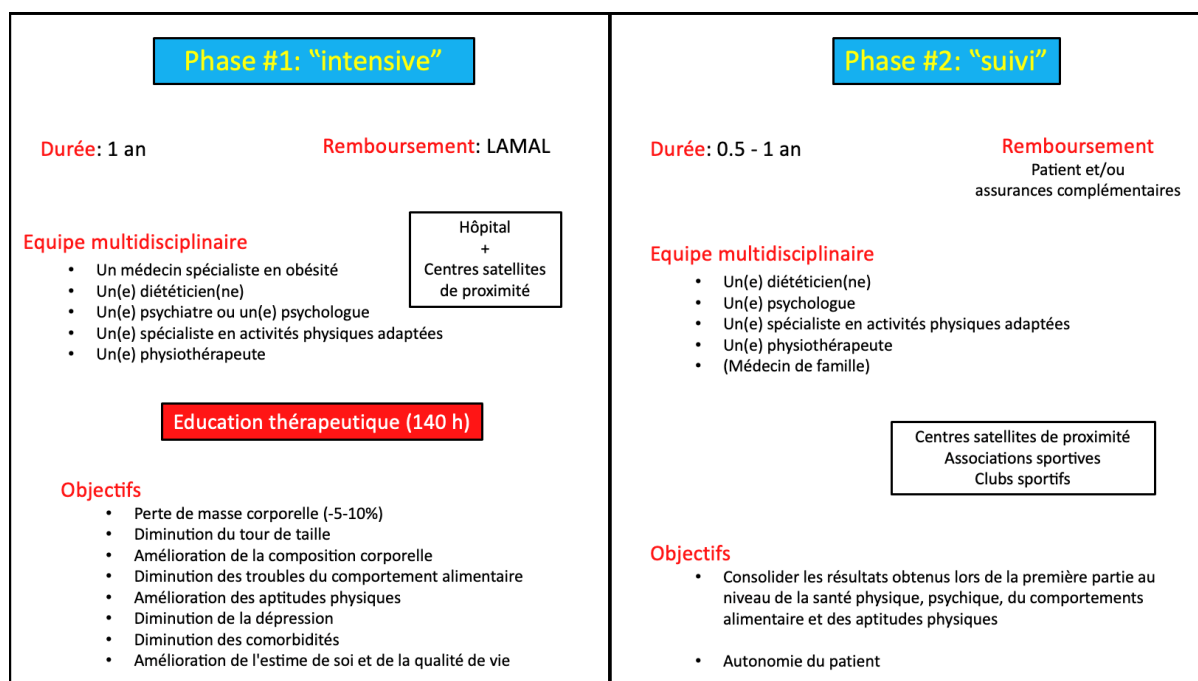


Figure 9. Représentation schématique de la proposition concrète de programme multidisciplinaires avec ses deux phases : phase #1, dite intensive, et phase #2 visant l'autonomie du patient.

La deuxième partie du programme devrait se faire sur une durée de 6 mois (voire une année) et viserait un suivi plus « léger », géré principalement par les mêmes centres satellites que la première phase du traitement. Ce suivi devrait être centré sur un suivi paramédical adapté aux besoins de l'individu, avec une prise en charge par groupe principalement (Figure 9). Le suivi médical (si nécessaire) devrait, par contre, être assuré par le médecin de famille du participant. Durant ou à la fin de cette deuxième partie, le participant pourrait aussi bénéficier

d'une mise en contact avec des associations sportives ou avec des clubs offrant des activités physiques adaptées pour ce genre de population selon le modèle développé en France (voir paragraphe 3.4). Le financement de cette deuxième partie du programme pourrait être à la charge des assurances complémentaires, ou éventuellement des participants. Les objectifs de cette deuxième partie du programme devraient être de continuer à consolider les progrès au niveau de la santé physique et psychique, du comportement alimentaire et des aptitudes physiques du patient obtenus dans la première phase, lui assurant ainsi une autonomie plus importante.

Même si plusieurs études ont déjà démontré l'efficacité des programmes multidisciplinaires dans la prise en charge de la personne avec obésité (5-7, 13, 20, 24, 25, 35), il serait important de constituer un registre national recueillant les données du suivi des différents centres impliqués dans cette prise en charge afin de mesurer sa réelle efficacité au niveau national.

5. Conclusion

Ce document a montré l'importance de la mise en place de programmes multidisciplinaires pour la prise en charge de la personne en situation d'obésité contribuant à diminuer la prévalence de l'obésité – qui ne cesse d'augmenter, depuis quelques décennies, au sein de la population suisse comme dans le monde entier – et à augmenter la qualité de vie de ces personnes.

Selon la volonté de l'OFSP, mandataire du projet, les résultats de ce projet sont issus de la rencontre de certains des plus importants experts suisses déjà sur le « terrain » et déjà confrontés aux problèmes liés à la prise en charge de l'obésité. Même si cette méthodologie d'enquête peut être critiquée pour son caractère partiel et limité, car strictement liée aux avis des personnes rencontrées, elle a le mérite de partir du « terrain » et d'avoir inclus le point de vue du patient grâce à la participation aux interviews de la Fondation Suisse de l'obésité (FOSO). Cela a donc permis de faire une analyse préliminaire de la situation nationale sur la base de l'avis des différents professionnels qui travaillent déjà dans le domaine du traitement de l'obésité et qui seront potentiellement impliqués dans les programmes multidisciplinaires à mettre en place.

Des recommandations et une proposition concrète de programme multidisciplinaire ont été développées dans ce document, dont les éléments clés sont les suivants :

- Reconnaissance au niveau national de l'obésité en tant que maladie.
- Implication et reconnaissance d'une équipe soignante multi-professionnelle/multidisciplinaire pour ces programmes.
- Reconnaissance de la profession du spécialiste en activités physiques adaptées comme prestataire.
- Programme d'une durée de 2 ans, avec une partie intensive ou partie de suivi avec une prise en charge médicale et paramédicale adaptée et individualisée associant aussi des activités en groupe.
- Prise en charge de proximité en étroite lien et collaboration avec les centres hospitaliers.
- Au centre du programme, un patient informé et actif dans le processus de traitement (feedbacks réguliers).

- Objectifs de programme non focalisés uniquement sur la perte de masse corporelle.
- Remboursement de la LAMAL pour la première partie du programme et financement avec remboursement par les assurances complémentaires ou à charge des participants pour la deuxième partie.
- Autonomie de la personne en situation d'obésité dans sa vie de tous les jours comme objectif à long terme du programme.
- Constitution d'un registre national pour mesurer l'efficace effective de cette prise en charge multidisciplinaire en Suisse.

Ces recommandations représentent un point initial sur lequel pourrait se baser un plan d'action national de lutte contre l'obésité comprenant déjà les avis des acteurs responsables du traitement de l'obésité. Ce plan d'action devrait comprendre une vision intégrée et multifactorielle, liant la prévention et le traitement de l'obésité, et impliquer les instances politiques, les assurances, les professionnels de la santé et les personnes en situation d'obésité. La fondation récente de l'association « Allianz Adipositas Schweiz », regroupant 5 acteurs nationaux oeuvrant dans le domaine de l'obésité, s'inscrit dans cette perspective de prise en charge globale et intégrée de l'obésité.

En effet, comme déjà montré par le modèle finlandais (12, 14, 27), seule une approche intégrée permettra de diminuer la prévalence de l'obésité au sein de la population suisse, en améliorant ainsi la qualité de vie et le bien-être des personnes en situations d'obésité, diminuant aussi leur stigmatisation, avec une offre mieux adaptée à leurs besoins spécifiques.

6. Références

1. Eight-year weight losses with an intensive lifestyle intervention: the look AHEAD study. *Obesity (Silver Spring)* 22: 5-13, 2014.
2. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation. *World Health Organ Tech Rep Ser* 894: i-xii, 1-253, 2000.
3. **Adams J, Mytton O, White M, and Monsivais P.** Why Are Some Population Interventions for Diet and Obesity More Equitable and Effective Than Others? The Role of Individual Agency. *PLoS Med* 13: e1001990, 2016.
4. **Allison DB, Downey M, Atkinson RL, Billington CJ, Bray GA, Eckel RH, Finkelstein EA, Jensen MD, and Tremblay A.** Obesity as a disease: a white paper on evidence and arguments commissioned by the Council of the Obesity Society. *Obesity (Silver Spring)* 16: 1161-1177, 2008.
5. **Bernstein KM, Manning DA, and Julian RM.** Multidisciplinary Teams and Obesity: Role of the Modern Patient-Centered Medical Home. *Prim Care* 43: 53-59, viii, 2016.
6. **Bischoff SC, Boirie Y, Cederholm T, Chourdakis M, Cuerda C, Delzenne NM, Deutz NE, Fouque D, Genton L, Gil C, Koletzko B, Leon-Sanz M, Shamir R, Singer J, Singer P, Stroebele-Benschop N, Thorell A, Weimann A, and Barazzoni R.** Towards a multidisciplinary approach to understand and manage obesity and related diseases. *Clin Nutr* 36: 917-938, 2017.
7. **Bischoff SC, Damms-Machado A, Betz C, Herpertz S, Legenbauer T, Low T, Wechsler JG, Bischoff G, Austel A, and Ellrott T.** Multicenter evaluation of an interdisciplinary 52-week weight loss program for obesity with regard to body weight, comorbidities and quality of life - a prospective study. *Int J Obes (Lond)* 36: 614-624, 2012.
8. **Block JP, DeSalvo KB, and Fisher WP.** Are physicians equipped to address the obesity epidemic? Knowledge and attitudes of internal medicine residents. *Prev Med* 36: 669-675, 2003.
9. **Butland B, Jebb S, Kopelman P, McPherson K, Thomas S, Mardell J, and Parry V.** Foresight - Tackling Obesities: Future Choices London 2007.
10. **Byrne NM, Meerkin JD, Laukkanen R, Ross R, Fogelholm M, and Hills AP.** Weight loss strategies for obese adults: personalized weight management program vs. standard care. *Obesity (Silver Spring)* 14: 1777-1788, 2006.
11. **Collaboration NCDRF.** Trends in adult body-mass index in 200 countries from 1975 to 2014: a pooled analysis of 1698 population-based measurement studies with 19.2 million participants. *Lancet* 387: 1377-1396, 2016.
12. **European Commission.** Health Equity Pilot Project (HEPP), The promotion of physical activity in Finland, Case Study.
13. **Fernández-Ruiz VE, Ramos-Morcillo AJ, Solé-Agustí M, Paniagua-Urbano JA, and Armero-Barranco D.** Effectiveness of an Interdisciplinary Program Performed on Obese People Regarding Nutritional Habits and Metabolic Comorbidity: A Randomized Controlled Clinical Trial. *Int J Environ Res Public Health* 17: 2020.
14. **Finnish institute for health and welfare.** The National Obesity Programme 2012–2018 <https://thl.fi/en/web/thlfi-en/research-and-expertwork/projects-and-programmes/the-national-obesity-programme-2012-2015>. 23/12/2020].
15. **Flint SW.** Obesity stigma: Prevalence and impact in healthcare. *British Journal of Obesity* 1: 14-18, 2015.
16. **Foucaut AM, Vergnault S, Landry F, Lhuissier F, and Chapelot D.** *Ordonnances Activité Physique*. 2020.

17. **Garvey WT, and Mechanick JI.** Proposal for a Scientifically Correct and Medically Actionable Disease Classification System (ICD) for Obesity. *Obesity (Silver Spring)* 28: 484-492, 2020.
18. **Hawley JA, Joyner MJ, and Green DJ.** Mimicking exercise: what matters most and where to next? *The Journal of Physiology* n/a.
19. **Hilbert A.** The burden of the burden: current advances in weight stigma research. *Obes Facts* 3: 5-6, 2010.
20. **Johns DJ, Hartmann-Boyce J, Jebb SA, and Aveyard P.** Diet or exercise interventions vs combined behavioral weight management programs: a systematic review and meta-analysis of direct comparisons. *J Acad Nutr Diet* 114: 1557-1568, 2014.
21. **Joost S, Duruz S, Marques-Vidal P, Bochud M, Stringhini S, Paccaud F, Gaspoz J-M, Theler J-M, Chételat J, Waeber G, Vollenweider P, and Guessous I.** Persistent spatial clusters of high body mass index in a Swiss urban population as revealed by the 5-year GeoCoLaus longitudinal study. *BMJ Open* 6: 2016.
22. **Kruger J, Bowles HR, Jones DA, Ainsworth BE, and Kohl HW, 3rd.** Health-related quality of life, BMI and physical activity among US adults (>=18 years): National Physical Activity and Weight Loss Survey, 2002. *Int J Obes (Lond)* 31: 321-327, 2007.
23. **Mechanick JI, Hurley DL, and Garvey WT.** Adiposity-Based Chronic Disease as a New Diagnostic Term: The American Association of Clinical Endocrinologists and American College of Endocrinology Position Statement. *Endocr Pract* 23: 372-378, 2017.
24. **MENDES AA, IEKER ASD, CASTRO Tfd, AVELAR A, and NARDO JÚNIOR N.** Multidisciplinary programs for obesity treatment in Brazil: A systematic review. *Revista de Nutrição* 29: 867-884, 2016.
25. **Montesi L, El Ghoch M, Brodosi L, Calugi S, Marchesini G, and Dalle Grave R.** Long-term weight loss maintenance for obesity: a multidisciplinary approach. *Diabetes Metab Syndr Obes* 9: 37-46, 2016.
26. **Office fédéral de la statistique.** Enquête suisse sur la santé 2017 - Vue d'ensemble 2017.
27. **Organisation mondiale de la santé.** La Finlande parvient à réduire l'obésité de l'enfant en intégrant la santé dans toutes les politiques <https://www.who.int/features/2015/finland-health-in-all-policies/fr/>.
28. **Pataky Z, Carrard I, Gay V, Thomas A, Carpentier A, Bobbioni-Harsch E, and Golay A.** Effects of a Weight Loss Program on Metabolic Syndrome, Eating Disorders and Psychological Outcomes: Mediation by Endocannabinoids? *Obes Facts* 11: 144-156, 2018.
29. **Prospective Studies Collaboration, Whitlock G, Lewington S, Sherliker P, Clarke R, Emberson J, Halsey J, Qizilbash N, Collins R, and Peto R.** Body-mass index and cause-specific mortality in 900 000 adults: collaborative analyses of 57 prospective studies. *Lancet* 373: 1083-1096, 2009.
30. **Puhl RM, Phelan SM, Nadglowski J, and Kyle TK.** Overcoming Weight Bias in the Management of Patients With Diabetes and Obesity. *Clin Diabetes* 34: 44-50, 2016.
31. **Salas XR, Forhan M, Caulfield T, Sharma AM, and Raine K.** A critical analysis of obesity prevention policies and strategies. *Can J Public Health* 108: e598-e608, 2017.
32. **Sharma AM, and Ramos Salas X.** Obesity Prevention and Management Strategies in Canada: Shifting Paradigms and Putting People First. *Curr Obes Rep* 7: 89-96, 2018.
33. **Swift JA, Tischler V, Markham S, Gunning I, Glazebrook C, Beer C, and Puhl R.** Are anti-stigma films a useful strategy for reducing weight bias among trainee healthcare professionals? Results of a pilot randomized control trial. *Obesity facts* 6: 91-102, 2013.

34. **Verboven K, and Hansen D.** Critical Reappraisal of the Role and Importance of Exercise Intervention in the Treatment of Obesity in Adults. *Sports Medicine* 2020.
35. **Welbourn R, Dixon J, Barth JH, Finer N, Hughes CA, le Roux CW, Wass J, and Guidance Development G.** NICE-Accredited Commissioning Guidance for Weight Assessment and Management Clinics: a Model for a Specialist Multidisciplinary Team Approach for People with Severe Obesity. *Obes Surg* 26: 649-659, 2016.
36. **Wharton S, Lau DCW, Vallis M, Sharma AM, Biertho L, Campbell-Scherer D, Adamo K, Alberga A, Bell R, Boule N, Boyling E, Brown J, Calam B, Clarke C, Crowshoe L, Divalentino D, Forhan M, Freedhoff Y, Gagner M, Glazer S, Grand C, Green M, Hahn M, Hawa R, Henderson R, Hong D, Hung P, Janssen I, Jacklin K, Johnson-Stoklossa C, Kemp A, Kirk S, Kuk J, Langlois MF, Lear S, McInnes A, Macklin D, Naji L, Manjoo P, Morin MP, Nerenberg K, Patton I, Pedersen S, Pereira L, Piccinini-Vallis H, Poddar M, Poirier P, Prud'homme D, Salas XR, Rueda-Clausen C, Russell-Mayhew S, Shiao J, Sherifali D, Sievenpiper J, Sockalingam S, Taylor V, Toth E, Twells L, Tytus R, Walji S, Walker L, and Wicklum S.** Obesity in adults: a clinical practice guideline. *CMAJ* 192: E875-E891, 2020.
37. **Wilding J.** You wouldn't tell someone with asthma to work harder with their breathing': why obesity should be recognised as a disease <https://bit.ly/3dMCxMZ>. [23/12/2020].

7. Annexe

7.1. **Annexe 1** : questions de l'interview.

1. Quel est le **poste** que vous occupez ? Quelles sont **vos fonctions** en général et plus spécifiquement **en relation** avec la **prise en charge de la personne obèse** ?

2. Pourquoi la **prise en charge de la personne obèse ne semble pas être efficace** (voir les statistique internationale et l'augmentation de la prévalence et les prévisions qui ne sont pas optimistes) ? Quelles sont les lacunes de l'offre de prise en charge actuelle ?

3. Quel est votre avis et l'avis de la Fondation Suisse de l'Obésité (FOSO/SAPS) sur **les programmes multidisciplinaires de prise en charge de l'obésité** ?

4. Quels sont les **professionnels de l'obésité** qu'il faudrait intégrer dans ces programmes (mettre en ordre d'importance, hiérarchie, responsabilités) ?

5. Comment gérer les **interactions entre les différents professionnels** impliqués dans ces programmes ? Utiliser les billets mis à disposition pour faire un 'organigramme' qui permet de résumer les interactions, les hiérarchies entre les différents professionnels qui devraient intervenir dans le programme multidisciplinaire.

6. Quel est le **rôle du médecin** dans l'équipe de prise en charge ? Pratiquez-vous l'**entretien motivationnel** ? Comment gérer et intégrer la prise en charge **médicamenteuse** dans ce programme (uniquement par le médecin) ?

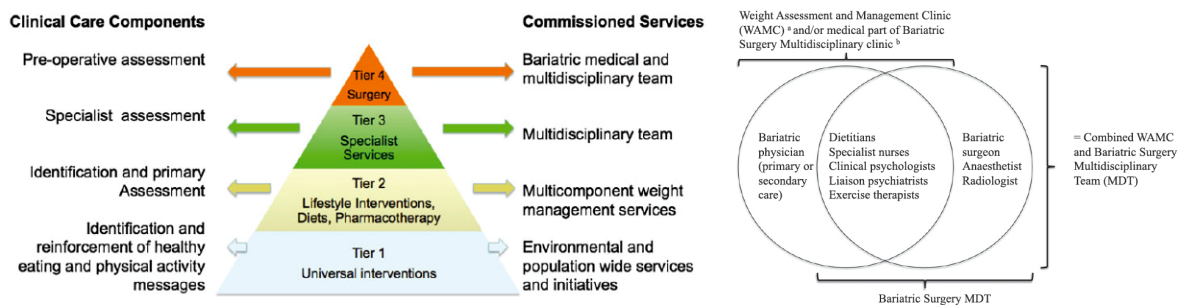
7. Privilégieriez-vous une **approche plutôt individuelle ou en groupe** dans cette prise en charge ?

8. Pensez-vous qu'un suivi à long terme est indispensable ? Si oui, quel type de suivi et avec quel(s) professionnel(s) (exemple centres APA+nutrition) ? Quelle **reconnaissance politique et des assurances** pourraient avoir ces centres ?

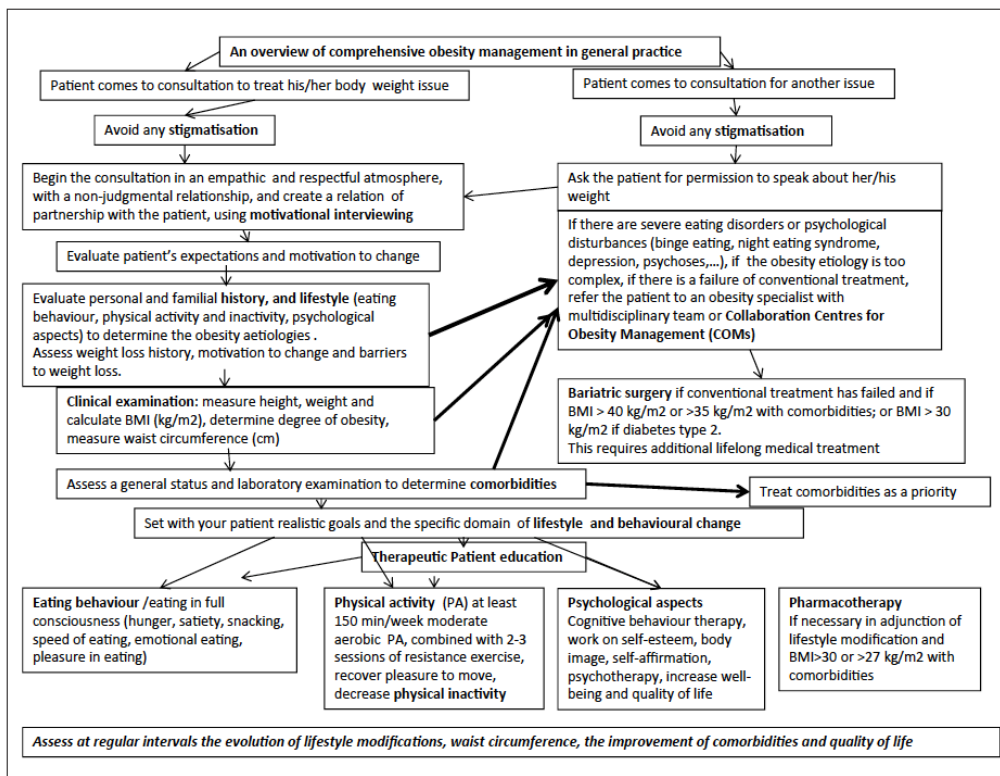
9. Quelles sont les principales **mesures politiques** qui devraient être mises en place pour optimiser l'efficacité de ces programmes multidisciplinaires ?

10. Connaissez-vous des **programmes multidisciplinaires** déjà en place à **l'échelle internationale ou en Suisse** ? Donner des exemples.

Présenter le modèle « **Weight Assessment and Management Clinic** » (WAMC) proposé au Royaume Unis (2016-2018). Est-ce que le **chirurgien et la prise en charge par la chirurgie bariatrique** doivent être intégrés dans cette approche multidisciplinaire comme proposé par WAMC ?



Présenter aussi le modèle Durrer Schutz D. et al, « European Practical and Patient-Centered Guidelines for Adult Obesity Management in Primary Care », *Obesity facts*, 2019;12(1):40-66.doi: 10.1159/000496183. Epub 2019 Jan 23.



11. Que pensez-vous du **programme Diafit** et du **programme multidisciplinaire de la prise en charge de l'adolescent obèse** (remboursé par l'assurance maladie) ?

12. A votre avis quel serait un **programme idéal multidisciplinaire** dans la prise en charge de la personne adulte en situation d'obésité (**sans** compter l'aspect financier, mais en déterminant le plus efficace) ? Quelle durée idéale devrait avoir ces programmes pour qu'ils engendrent des changements efficaces et durables ?

13. Quels seraient les objectifs à atteindre à la fin du programme pour un patient souffrant d'obésité ?

14. A votre avis, quelles sont les **limites potentielles** d'un programme multidisciplinaire ? Quelles solutions mettriez-vous en place pour résoudre ces limites ?

15. Quelles sont les **perspectives futures** dans une prise en charge **efficace** de l'adulte obèse en Suisse (vision à long terme, innovation) ?

16. Voulez-vous ajouter **quelques éléments supplémentaires** concernant les programmes multidisciplinaires de la personne en situation d'obésité et leur mise en place ?

- 7.2. **Annexe 2** : Schémas et « organigrammes » qui permettent de résumer les interactions, les hiérarchies entre les différents professionnels qui devraient intervenir dans les programmes multidisciplinaires de prise en charge de la personne en situation d'obésité.

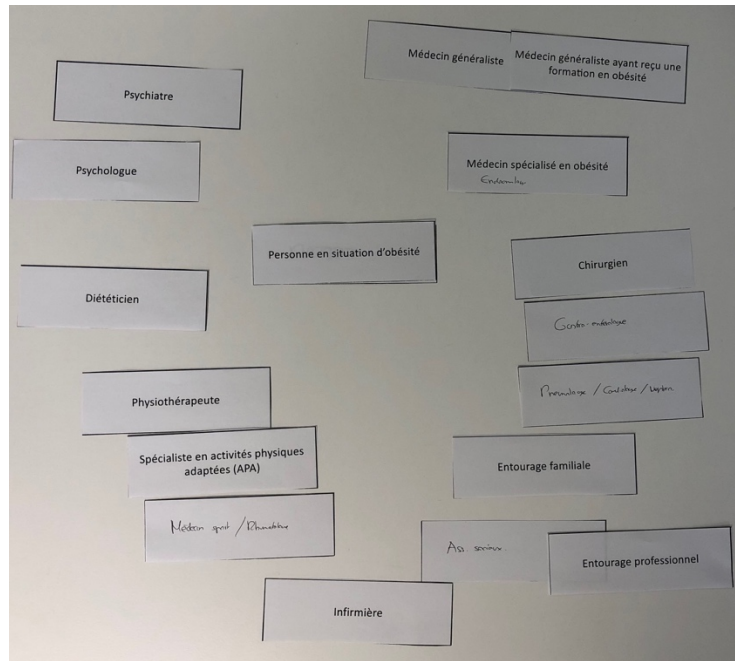


Figure 10. Exemple d'« organigramme » qui permet de résumer les interactions, les hiérarchies entre les différents professionnels d'après la Doctoresse Lucie Favre (Consultation de prévention et traitement de l'obésité du Centre hospitalier universitaire vaudois ; CHUV, Lausanne).

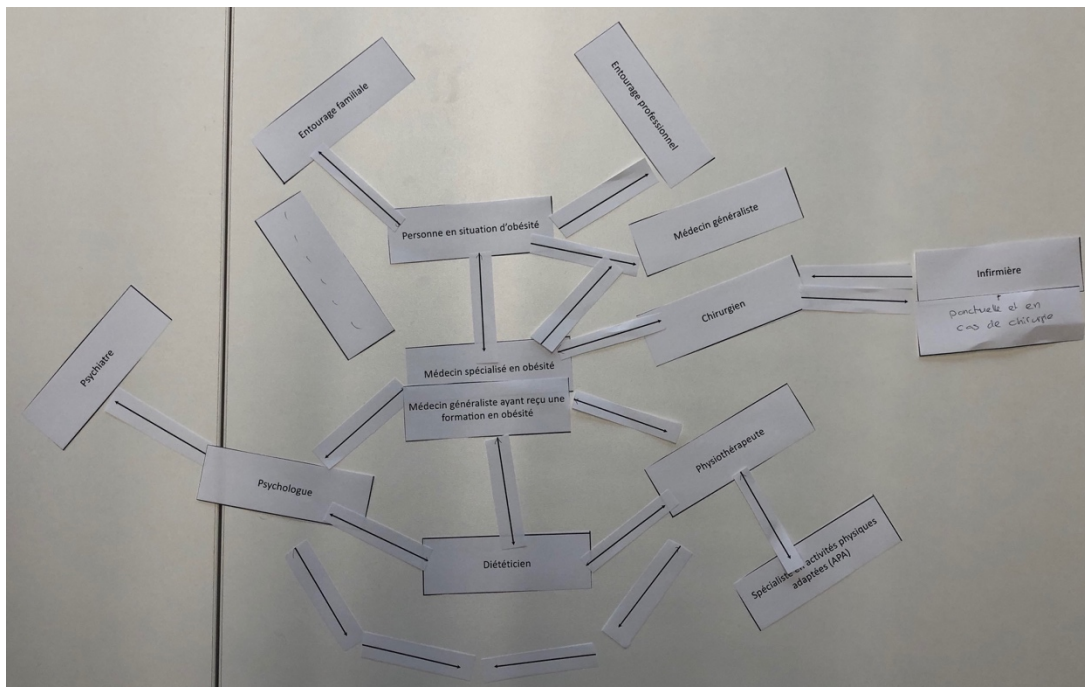


Figure 11. Exemple d'« organigramme » qui permet de résumer les interactions, les hiérarchies entre les différents professionnels d'après Mme Lara Preux-Allet et Mme Simone Gafner (PhysioSwiss : association Suisse de physiothérapie).

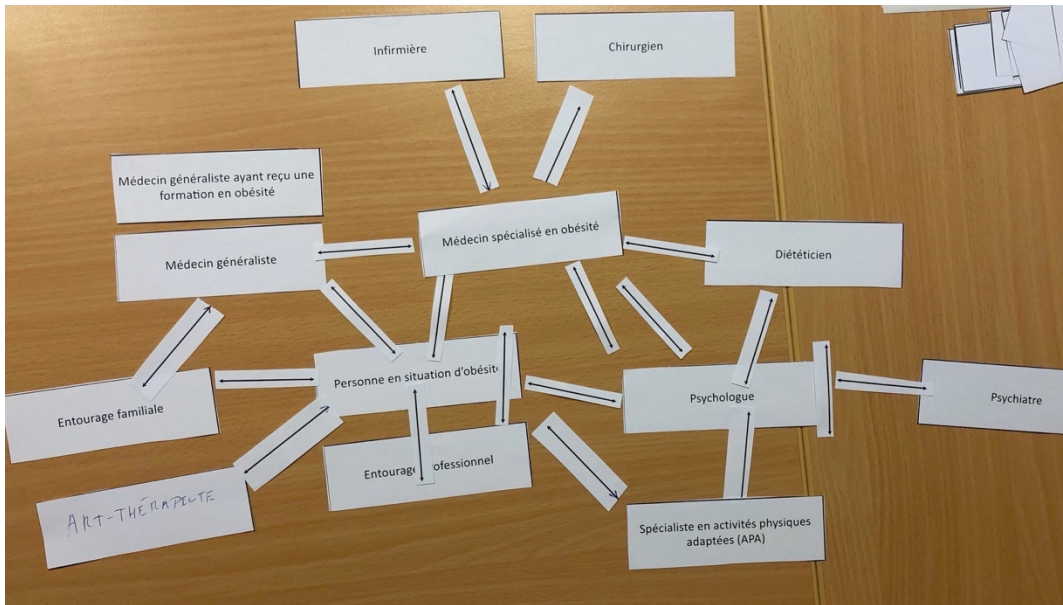


Figure 12. Exemple d'« organigramme » qui permet de résumer les interactions, les hiérarchies entre les différents professionnels d'après le Docteur Pataky (Hôpitaux universitaires de Genève ; HUG, Genève).

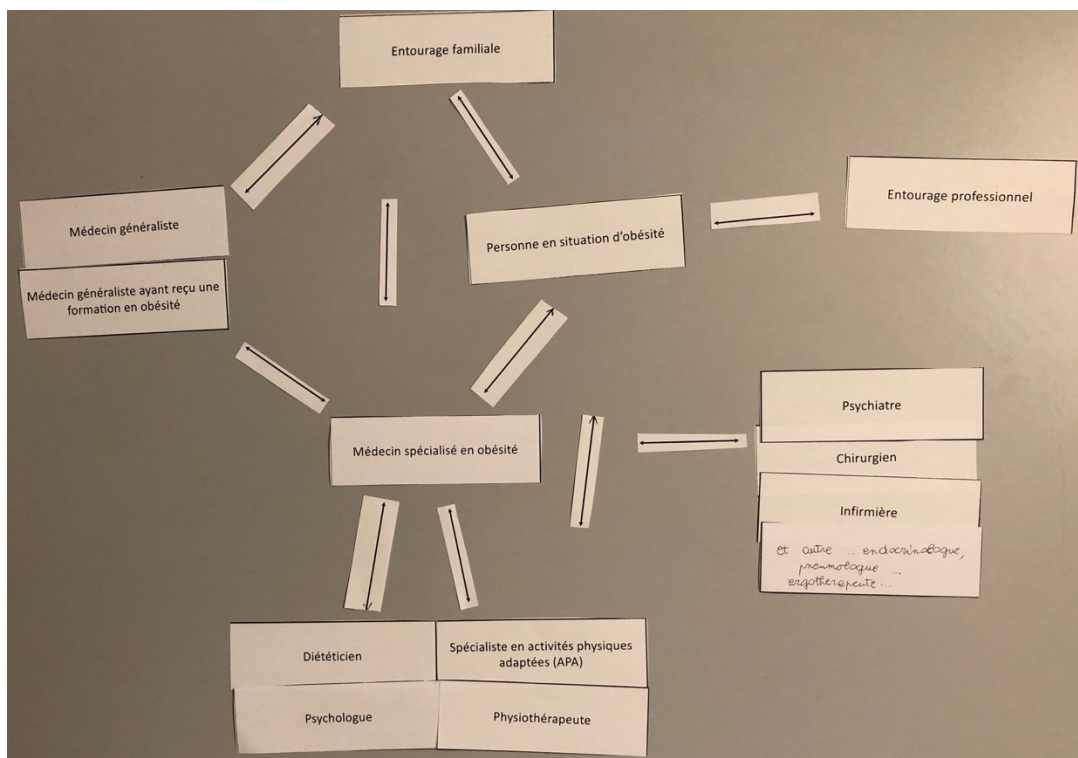


Figure 13. Exemple d'« organigramme » qui permet de résumer les interactions, les hiérarchies entre les différents professionnels d'après Mme Lisa Poretti (Association suisse des diététicien-ne-s - ASSD).

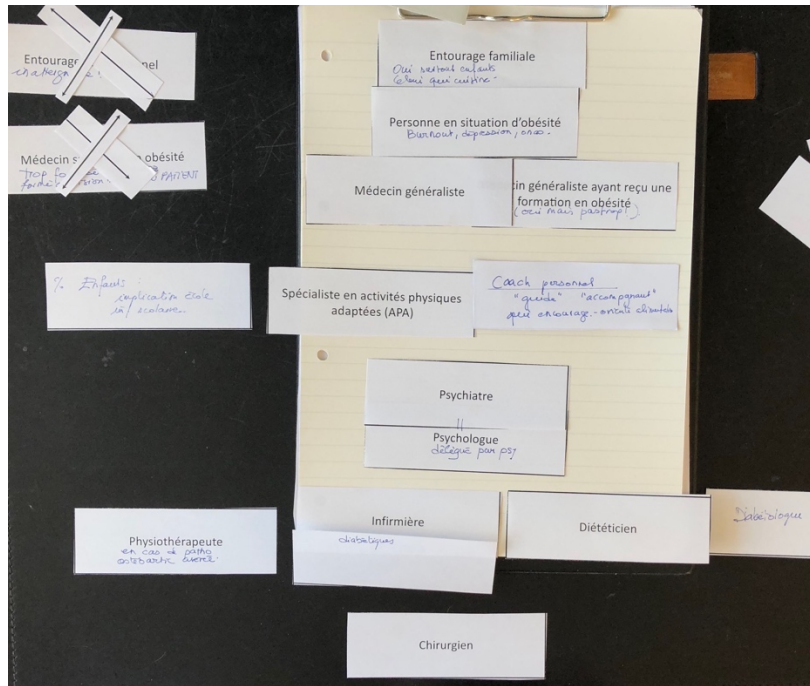


Figure 14. Exemple d'« organigramme » qui permet de résumer les interactions, les hiérarchies entre les différents professionnels d'après la Doctoresse Brigitte Zirbs Savigny (Association des médecins de famille et de l'enfance Suisse).

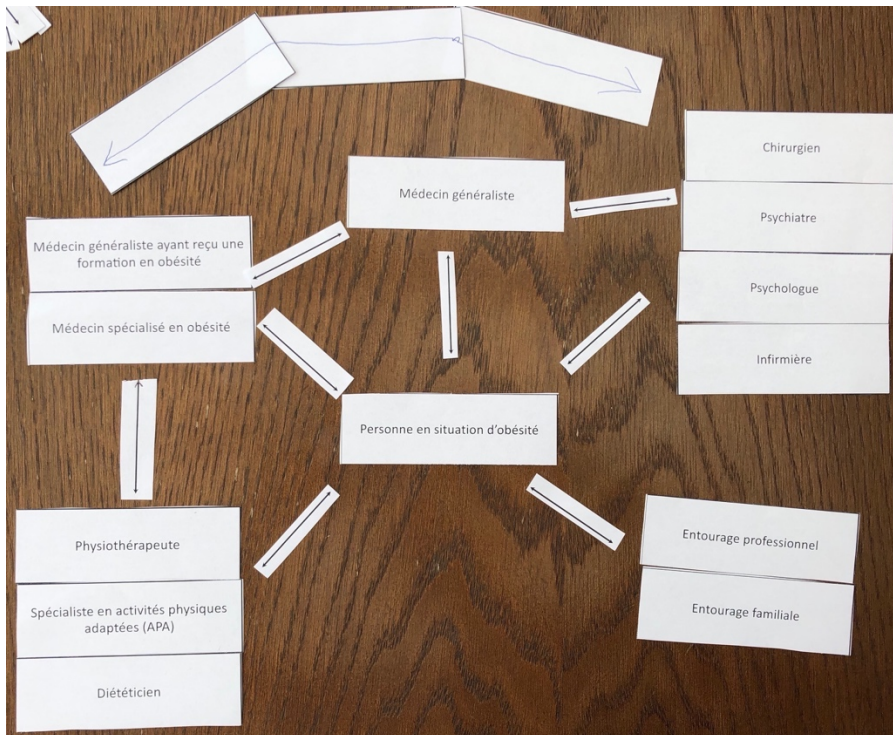


Figure 15. Exemple d'« organigramme » qui permet de résumer les interactions, les hiérarchies entre les différents professionnels d'après M. Nicolas Junod (Coordinateur et administrateur DIAfit Suisse romande).

7.3. **Annexe 3 : procès-verbal de la séance de présentation et de discussion des résultats des interviews organisée par l'OFSP le 15 septembre 2020.**

Procès verbal de l'atelier sur l'obésité du 15.09.2020

Text in Deutsch siehe unten (S.3+)

Nous tenons à remercier toutes les personnes présentes pour ces discussions passionnantes. Nous vous prions de bien vouloir nous excuser pour les difficultés rencontrées lors de la participation en ligne.

Liste des participants :

À l'OFSP: Dominique Durrer ; Katja Schlappi ; Lucie Favre ; Joëlle Thélin ; Zoltan Pataky ; Gabi Fontana ; Fabienne Lüthi ; Michel Geelhaar ; Davide Malatesta ; Alberto Marcacci ; Nadine Stoffel-Kurt

À distance: Heinrich von Grünigen ; Erika Toman ; Doris Fischer ; Ralph Peterli ; Yves Schutz ; Susanne Hadorn

Excuser : Bettina Isenschmid ; Dagmar L'Allemand ; Philipp Gerber

1. Présentation des résultats

Pour plus de détails sur les résultats, voir la série de diapositives de D. Malatesta.

Quelques messages clés de la présentation :

- La prévention et le traitement de l'obésité sont un continuum et doivent être considérés ensemble.
- Les consultations pluridisciplinaires en milieu hospitalier se font principalement en ambulatoire. Les responsables des différents services ont des parcours professionnels différents (spécialistes de l'obésité/chrétiens/praticiens généralistes). Un problème est qu'il n'existe actuellement aucune formation complémentaire spécifique ou reconnue pour les professionnels concernés.
- Le rôle des médecins varie selon les différents services de conseil (le degré d'implication).
- L'une des plus grandes difficultés est la reconnaissance de l'obésité comme une maladie. La question de la reconnaissance de l'obésité en tant que maladie est également d'une importance capitale car elle a une influence importante sur l'affectation des patients aux programmes de lutte contre l'obésité (exemple de Zofingen).
- Il existe un problème général concernant la rémunération des services fournis par les spécialistes de l'activité physique (par exemple le CHUV). Toutefois, il existe aussi un exemple où la rémunération de ces services fonctionne : Consultation Nutrition et Psychothérapie de GE (CNPGE). Dans ce cas, le psychiatre prescrit un traitement pour la promotion de l'activité physique, qui est payé par ce dernier.
- Dans certains cas, il n'y a pas d'objectifs concernant le changement de la condition physique dans les programmes. Et les objectifs concernant, par exemple, l'amélioration de la qualité de vie sont également difficiles à mesurer.

2. Discussion des participants à l'atelier sur les résultats présentés :

Prévention de l'obésité en milieu scolaire (Dominique Durrer) : Il est extrêmement difficile de mettre en place un programme de prévention de l'obésité dans les écoles. Pour que cela soit possible, il faudrait un programme national pour garantir que les professionnels aient accès au cadre. Il faudrait également mettre en place un programme d'exercice gratuit auquel les médecins de famille pourraient adresser leurs patients.

Il existe une tension entre les différentes approches de traitement :

- Lucie Favre : Il existe une certaine concurrence entre le traitement chirurgical, le traitement conservateur et le traitement médicamenteux - il faut faire un choix intelligent entre ces approches.
- Zoltan Pataky : Les patients ont de plus en plus le sentiment que le traitement chirurgical est la seule option de traitement efficace.
- R. Peterli : En ce qui concerne cette tension entre les approches de traitement, la situation est différente en Suisse romande par rapport à la Suisse alémanique : en Suisse romande, il y a une plus grande concurrence entre les chirurgiens et les internistes, alors qu'en Suisse alémanique, il y a une coopération. Toutefois, une question importante se pose : existe-t-il un contrôle de qualité à long terme des traitements multidisciplinaires ? Il est nécessaire d'améliorer l'évaluation à long terme de ces programmes, avec des critères de qualité définis conjointement (non seulement le poids, mais aussi la qualité de vie, etc.)

Changement de paradigme :

- A. Marcacci : Actuellement, il existe une segmentation relativement importante de la prévention et de la thérapie. En raison de la prise de conscience actuelle du problème de l'obésité dans le monde politique, le moment est venu d'essayer de nouvelles approches permettant de proposer des offres de prévention efficaces dans le cadre de la thérapie, grâce à une coopération interdisciplinaire.
- D. Malatesta : De telles offres devraient être directement intégrées aux offres multiprofessionnelles sur l'obésité.
- A. Marcacci : Il faut faire preuve de créativité dans les modèles de financement hybrides afin que les différentes offres puissent être financées de manière flexible.

Certification spécialisation traitement de l'obésité :

ASEMO : Un certificat de "spécialisation dans le traitement de l'obésité" est en cours de préparation par l'ASEMO afin de fournir une base pour les normes de qualité et pour la rémunération des services. Il ne s'agit pas d'un titre, mais d'un certificat.

Décentralisation des services :

J. Thélin, F. Lüthi : La décentralisation des services au niveau municipal serait importante, car la centralisation locale des services limite l'accessibilité. Il est difficile de s'y tenir après la durée du programme.

Efficacité des traitements multidisciplinaires :

- Dominique Durrer : Souvent, le traitement entraîne une amélioration de 20 à 25% entre avant et après le traitement. Il existe également des enquêtes sur la qualité de vie et le comportement alimentaire. Il y a cependant un problème avec la mesure de l'efficacité à long terme.
 - Zoltan Pataky : Il existe une étude portant sur une centaine de personnes de Genève : les participants n'ont pas perdu de poids, mais ces mêmes personnes ont connu une amélioration significative de leur qualité de vie (par exemple, meilleure conscience de leur corps, moins de dépression, etc.) D'autres paramètres peuvent donc s'améliorer, même si le poids n'a pas diminué. Il est également important de noter que dans certains cas, l'accent peut être mis sur la stabilisation du poids plutôt que sur sa réduction.
 - R. Peterli : Pour vérifier l'efficacité des programmes pluridisciplinaires, il faudrait procéder à de meilleures analyses à long terme. Par exemple, il pourrait y avoir un registre pour la Suisse dans lequel les patients et divers paramètres sont enregistrés (qualité de vie, comorbidités, poids, etc.). Cela pourrait également contribuer à garantir le financement de ces programmes.
- G. Fontana : tant dans le domaine de la formation des professionnels (coach obésité/Adipositas-Coach) que pour le Registre, les programmes de groupes

multiprofessionnels (PGM/MGP) de AKJ/SGP sont une bonne base avec une expérience importante.

3. Discussion des recommandations

(1) Processus de reconnaissance en tant que maladie :

- 1) La science doit fournir des preuves (mot-clé : efficacité à long terme).
- 2) Le travail politique est un point central, puisqu'il s'agit de changer le discours - il y avait déjà une interpellation de Pochert, dans laquelle il demandait que l'obésité soit reconnue comme une maladie.

(2) Critères de reconnaissance

Que signifie exactement le fait que l'obésité soit reconnue comme une maladie ? Que faut-il faire ?

- 1) Remboursement des frais des patients : Remboursement des services médicaux pour les patients sans co-morbidité possible, mais cela "suffit" si l'IMC est supérieur à 30.
- 2) La facturation des spécialistes. Les spécialistes sont rémunérés pour leurs services médicaux (rémunération) (par exemple, les experts en mouvements)
- 3) Formation : Les professionnels sont suffisamment formés pour la maladie de l'obésité

(3) Définition des critères d'évaluation à long terme

Les critères pour l'évaluation à long terme des traitements multiprofessionnels doivent être élaborés conjointement. Un registre central national serait également souhaitable.

(4) Développement d'un réseau d'experts

Un réseau d'experts devrait être mis en place pour faire avancer le processus de reconnaissance de "l'obésité en tant que maladie". Il est également important de tirer les leçons des différentes expériences faites dans les différents centres pour traiter les personnes souffrant d'obésité. Les programmes de groupes multiprofessionnels (MGP) de l'AKJ sont de bons exemples qui peuvent servir de guide au secteur des adultes.

(5) Repenser le modèle de financement

D'autres modèles de financement (hybrides) doivent être trouvés si l'on veut assurer un approvisionnement durable.

4. Les prochaines étapes

- 1) A la fin de l'année, le rapport de D. Malatesta est envoyé à l'OFSP, puis publié à la fin du mois de janvier.
- 2) Il y aura une présentation des résultats, à laquelle des experts seront invités. La présentation pourrait être organisée par la nouvelle Alliance suisse contre l'obésité (ALLOB). Ce sera l'occasion de réfléchir aux prochaines étapes.
- 3) Le rapport d'Yves Schutz "L'obésité comme maladie" : en complément de ce rapport, l'OFSP développera un petit produit de communication pour sensibiliser à ce thème.

Protokoll zum Workshop Adipositas vom 15.09.2020

Wir danken allen Anwesenden herzlich für die spannenden Diskussionen. Für Schwierigkeiten bei der online Teilnahme möchten wir uns entschuldigen.

Liste der Anwesenden:

Im OFSP: Dominique Durrer; Katja Schlappi ; Lucie Favre ; Joëlle Thélin ; Zoltan Pataky ; Gabi Fontana ; Fabienne Lüthi ; Michel Geelhaar ; Davide Malatesta ; Alberto Marcacci ; Nadine Stoffel-Kurt

Online: Heinrich von Grünigen ; Erika Toman ; Doris Fischer ; Ralph Peterli ; Yves Schutz, ; Susanne Hadorn

Entschuldigt: Bettina Isenschmid; Dagmar L'Allemand; Gerber Philipp

1. **Presentation der Resultate**

Für Details zu den Resultaten siehe Foliensatz von D. Malatesta.

Ausgewählte Kernbotschaften der Präsentation:

- Die Prävention und Behandlung von Adipositas sind ein Kontinuum und müssen zusammen betrachtet werden.
- Multidisziplinäre Beratungen im Spitalsetting sind primär im ambulanten Bereich angesiedelt. Die Zuständigen der unterschiedlichen Angebote haben unterschiedliche professionelle Hintergründe (AdipositaspezialistInnen/ ChirurInnen/ AllgemeinmedizinerInnen). Dabei besteht insgesamt ein Problem darin, dass aktuell eine spezifische / anerkannte Fortbildung der betroffenen Fachpersonen fehlt.
- Die Rolle der ÄrztInnen variiert in den verschiedenen Beratungsangeboten (der Grad der Involvierung).
- Eine der grössten Schwierigkeiten besteht darin, Adipositas als Krankheit anzuerkennen. Von zentraler Bedeutung ist die Frage der Anerkennung von Adipositas als Krankheit auch deshalb, weil sie einen wichtigen Einfluss auf die Zuweisung von PatientInnen zu den Adipositasprogrammen hat (Beispiel Zofingen).
- Es gibt generell ein Problem bezüglich der Vergütung von Leistungen von Bewegungsförderungsspezialistinnen (Beispiel CHUV). Es wird aber auch ein Beispiel genannt, bei welchem die Vergütung dieser Leistungen funktioniert: Consultation Nutrition et Psychotherapie de GE (CNPG). Dort verschreibt der/die PsychiaterIn eine Behandlung bzgl. Förderung körperlicher Aktivität, wodurch letztere vergütet wird.
- Es fehlen teilweise Ziele bezüglich der Veränderung der körperlichen Verfassung in den Programmen. Und die Ziele bzgl. bspw. Verbesserung der Lebensqualität sind zudem schwer messbar.

2. **Diskussion der Workshopteilnehmenden zu den präsentierten Resultaten:**

Adipositasprävention im Setting Schule (Dominique Durrer): In den Schulen ist es extrem schwierig, ein Adipositaspräventionsprogramm umzusetzen. Um das zu ermöglichen, müsste es ein nationales Programm geben, damit die Fachpersonen Zugang zum Setting erhalten. Es bräuchte zudem ein gratis Bewegungsangebot, zu dem HausärztInnen die PatientInnen verweisen könnten.

Es gibt eine Spannung zwischen den verschiedenen Behandlungsansätzen:

- Lucie Favre: Es besteht eine gewisse Konkurrenz zwischen der chirurgischen Behandlung, der konservativen Behandlung sowie der medikamentösen Behandlung → es braucht eine intelligente Wahl zwischen diesen Ansätzen.
- Zoltan Pataky: Die PatientInnen haben zunehmend das Gefühl, dass die chirurgische Behandlung die einzige wirksame Behandlungsart ist.
- R. Peterli: im Hinblick auf diese Spannung zwischen den Behandlungsansätzen gibt es in der Romandie im Vergleich zur Deutschschweiz unterschiedliche Situationen: in der Romandie besteht eine grössere Konkurrenz zwischen den Chirurgen und den Internisten, während in Deutschschweiz eine Zusammenarbeit besteht. Eine wichtige Frage stellt sich dabei aber: Gibt es eine Langzeit-Qualitätskontrolle der multidisziplinären Behandlungen? Es braucht eine bessere Langzeitevaluation von solchen Programmen, mit gemeinsam definierten Qualitätskriterien (nicht nur Gewicht, sondern auch Lebensqualität etc.).

Paradigmawechsel:

- A. Marcacci: aktuell gibt es eine relativ grosse Segmentierung von Prävention und Therapie. Aktuell versucht man, die Prävention stärker auch in die Therapie einzugliedern → aufgrund des aktuell grösseren Bewusstseins in der Politik für die Problematik „Adipositas“ wäre jetzt der passende Zeitpunkt, neue Ansätze auszuprobieren, in denen durch interdisziplinäre Zusammenarbeit effektive Präventionsangebote innerhalb der Therapie angeboten werden könnten.
- D. Malatesta: Solche Angebote müssten direkt in die multiprofessionellen Adipositasangeboten eingegliedert werden.
- A. Marcacci: es braucht kreative Überlegungen zu hybriden Finanzierungsmodellen, damit verschiedene Angebote flexibel finanziert werden können.

Zertifizierung Spezialisierung Adipositasbehandlung:

ASEMO: Aktuell wird ein Zertifikat für eine „Spezialisierung in Adipositasbehandlung“ erarbeitet von der ASEMO, um eine Basis für Qualitätsstandards und für die Vergütung der Leistungen zu legen. Es handelt sich dabei nicht um einen Titel, sondern um ein Zertifikat.

Dezentralisierung der Angebote:

J. Thélin, F. Lüthi: Eine Dezentralisierung der Angebote auf der kommunalen Ebene wäre wichtig, da durch die örtliche Zentralisierung der Angebote die Zugänglichkeit limitiert wird. Es ist schwer, nach der Zeit des Programms dran zu bleiben.

Wirksamkeit von multidisziplinären Behandlungen:

- Dominique Durrer: Oft bewirkt die Behandlung eine Verbesserung von 20-25% zwischen vor und nach der Behandlung. Zudem gibt es Befragungen zur Lebensqualität und zum Essverhalten. Es gibt aber ein Problem bei der Langzeitmessung der Wirksamkeit.
 - Zoltan Pataky: Es gibt eine Studie mit ca. 100 Personen aus Genf: Es gab Teilnehmende, die kein Gewicht verloren haben, wobei aber dieselben Personen eine signifikante Verbesserung der Lebensqualität erlebt haben (bspw. besseres Körpergefühl, weniger Depressionen etc.). Andere Parameter können sich also verbessern, auch wenn das Gewicht nicht abgenommen hat. → Wichtig ist auch, dass teilweise die Stabilisierung des Gewichts und nicht primär eine Gewichtsreduktion im Zentrum stehen kann.
 - R. Peterli: Zur Überprüfung der Wirksamkeit von multidisziplinären Programmen sollten bessere Langzeitanalysen gemacht werden. Es könnte bspw. ein Register für die Schweiz geben, in dem die PatientInnen und verschiedene Parameter erfasst werden (Lebensqualität, Komorbiditäten, Gewicht etc.). Das könnte auch helfen, die Finanzierung solcher Angebote zu sichern.
- G. Fontana: sowohl für den Bereich der Ausbildung von Fachpersonen (Adipositas-Coach), wie auf für das Register sind die multiprofessionellen Gruppenprogramme (MGP) von AKJ/SGP eine gute Grundlage mit wichtigen Erfahrungswerten.

3. Diskussion von Empfehlungen

(1) Prozess für die Anerkennung als Krankheit:

- 1) Wissenschaft muss Evidenz liefern (Stichwort langfristige Wirksamkeit).
- 2) Politische Arbeit ist ein zentraler Punkt, da es darum geht, dass man den Diskurs ändert → hier gab es bereits eine [Interpellation Pochert](#), in der gefordert wurde, dass Adipositas als Krankheit anerkannt wird.

(2) Kriterien für die Anerkennung

Was bedeutet es genau, dass Adipositas als Erkrankung anerkannt ist? Was braucht es dafür?

- 1) Kostenvergütung Patienten: Vergütung der medizinischen Leistungen für die Patienten ohne Komorbidität möglich, sondern es „reicht“, wenn der BMI über 30 ist.
- 2) Abrechnung Fachpersonen. Fachpersonen werden für ihre medizinischen Leistungen bezahlt (Vergütung) (Bsp. Bewegungsexperten)
- 3) Ausbildung: Fachpersonen werden für die Erkrankung Adipositas ausreichend ausgebildet

(3) Festlegung von Kriterien für Langzeitevaluation

Es müssen gemeinsam Kriterien für die Langzeitevaluation von multiprofessionellen Behandlungen entwickelt werden. Auch ein nationales, zentrales Register wäre wünschenswert.

(4) Aufbau eines Expertennetzwerks

Ein Expertennetzwerk sollte aufgebaut werden, um den Anerkennungsprozess hin zu „Adipositas als Krankheit“ voranzutreiben. Zudem ist es auch wichtig, von den verschiedenen gemachten Erfahrungen in den verschiedenen Zentren zu lernen bei der Behandlung von Menschen mit Adipositas. Die multiprofessionellen Gruppenprogramme (MGP) von AKJ sind gute Beispiele, welche Orientierung geben können für den Erwachsenenbereich.

(5) Finanzierungsmodell überdenken

Es müssen andere Finanzierungsmodelle (hybride) gefunden werden, wenn man ein nachhaltiges Angebot sicherstellen will.

4. Nächste Schritte

- 1) Ende Jahr wird der Bericht von D. Malatesta ans BAG geschickt und dann Ende Januar publiziert.
- 2) Es wird eine Präsentation der Ergebnisse geben, zu der ExpertInnen eingeladen werden. Die Präsentation könnte durch die neue Allianz Adipositas Schweiz (ALLOB) organisiert werden. Dabei sollen Überlegungen zu den darauffolgenden Schritten gemacht werden.
- 3) Bericht Yves Schutz „Obesity as a disease“: Zum Bericht wird zusätzlich noch in ein kleines, kommunikatives Produkt erarbeitet vom BAG, das für die Sensibilisierung für das Thema genutzt werden kann.

7.4. **Annexe 4 : Reconnaissance et certification des traitements multiprofessionnels structurés d'enfant et adolescents en surpoids ou avec obésité.**



Reconnaissance et certification des traitements multiprofessionnels structurés d'enfants et adolescents en surpoids ou avec obésité

- A. Reconnaissance pour la Thérapie individuelle multiprofessionnelle structurée (TIMS)
- B. Certification des programmes de traitements ambulatoires multiprofessionnels de groupe (PMG)
- C. Règlement pour la certification des centres de référence pédiatrique pour le traitement de l'obésité

Préambule

La Société suisse de pédiatrie SSP et l'Association professionnelle obésité de l'enfant et de l'adolescent akj sont responsables de la reconnaissance et de la certification du traitement multiprofessionnel structuré des enfants et adolescents en surpoids et obèses. À cette fin, ils ont mandaté la commission Obésité et lui ont confié comme tâche supplémentaire l'assurance qualité. La commission se compose d'un président¹, membre de la SSP, ainsi que d'au moins trois autres représentants de la SSP et d'au moins trois représentants de l'akj. Un de ces derniers est en charge des conseils en nutrition. Le comité de la SSP élit les membres sur recommandation de la commission Obésité. Pour sa part, la commission nomme une personne responsable de la reconnaissance de la thérapie individuelle multiprofessionnelle (TIMS) et une personne responsable de la certification des programmes multiprofessionnels de groupe (PMG). Les décisions prises en séance le sont à la majorité simple des membres présents et par correspondance à la majorité simple des membres de la commission. En cas d'égalité des voix, celle du Président est prépondérante. Les tâches administratives de la commission Obésité, y compris les procès-verbaux des séances, sont assurées par le secrétariat de la SSP. La SSP et l'akj indemnisent leurs représentants pour leur participation aux réunions ou pour l'évaluation des programmes par correspondance conformément à leur propre règlement.

A. Règlement pour la reconnaissance en tant que médecin responsable de programme multiprofessionnel, étape 2 et 3 de la thérapie individuelle multiprofessionnelle structurée pour les enfants et les adolescents en surpoids ou avec obésité (TIMS) :

- 1. **Les bases** de la thérapie de l'obésité infantile et ses indications sont décrites dans l'OPAS² du 06.12.2013 : «Thérapie individuelle multiprofessionnelle structurée ambulatoire pour les enfants et adolescents en surpoids ou atteints d'obésité, en 4 étapes»
 - 1.1. **Indication** : Définition de l'obésité, surpoids et maladies selon les recommandations de la Société Suisse de Pédiatrie (SSP) dans sa revue spécialisée «Paediatrica», Edition No. 6/2006 du 19 décembre 2006 et No. 1/2011 du 4 mars 2011.
 - 1.2. **Thérapie** :
Étape 1 : suivi multiprofessionnel par un médecin pendant 6 mois avec maximum 6 séances de consultation diététique et 2 séances de physiothérapie diagnostique

¹ Pour une meilleure lisibilité, seule la forme masculine est utilisée tout au long du document.

² Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins

Étape 2 : programmes multiprofessionnels dirigés par un médecin et reconnu par la commission formée de représentants de la SSP et de l'akj, si la durée de l'étape 1 dure plus de 6 mois ou en présence d'une comorbidité importante

Étape 3 : répétition de l'étape 2

Étape 4: suivi thérapeutique par un médecin.

2. Les étapes 2 et 3 de la **thérapie individuelle multiprofessionnelle structurée** pour les enfants en surpoids ou obèses³ (TIMS) doivent être dirigées par un médecin détenteur d'un diplôme reconnu sur le plan fédéral et qualifié pour l'obésité pédiatrique (voir pt 3 et 4). Les thérapeutes non-médecin dont la LAMal reconnaît le domaine d'activité (physiothérapie, diététique, psychologie) doivent détenir un diplôme officiel et reconnu de leur branche. Toutes les équipes certifiées pour des programmes en groupe multiprofessionnels (PMG, voir partie B) sont reconnues dans cette composition pour effectuer une TIMS.
3. **Médecin responsable** : sont considérés comme médecins qualifiés pour l'obésité pédiatrique
 - 3.1 Les spécialistes en pédiatrie, en médecine interne générale ou psychiatrie et psychothérapie de l'enfant et de l'adolescent, ayant suivi la formation spécifique sur le traitement de l'obésité des enfants et adolescents.
 - 3.2 Autres médecins sur demande explicite, pour autant que leur qualification pour le travail avec des enfants et adolescents en surpoids ressorte de leur curriculum vitae professionnel et éventuellement d'autres diplômes, et qui sont reconnus après examen par la commission Obésité.
4. **Team** : La collaboration du médecin responsable et d'une équipe multiprofessionnelle est requise. Outre le médecin responsable, l'équipe est composée d'au moins une personne qualifiée par domaine :
 - 4.1. Psychothérapie : Psychologue / Psychothérapeute correspondant à l'interprétation du chapitre KI-02.02-1 resp. KI-02.03-1 du TARMED ou
Spécialiste en psychiatrie et psychothérapie de l'enfant et de l'adolescent ou
Spécialiste en psychiatrie et psychothérapie d'adulte avec expérience en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent
Spécialiste en pédiatrie / en médecine générale / en médecine interne avec certificat de capacité délégué en psychothérapie resp. BF Médecine psychosomatique / psychosociale.
 - 4.2. Physiothérapie: Physiothérapeute diplômé et autres selon art. 47 OAMal
 - 4.3. Diététique : Diététicien diplômé ASDD conformément à l'art. 50a OAMal
5. Une **formation post-graduée spécifique sur l'obésité** infantile reconnue par la commission Obésité est la condition obligatoire pour la reconnaissance des médecins responsables des TIMS (étape 2 et 3). La formation est vivement conseillée pour le reste du personnel qualifié de l'équipe. Les responsables des PMG ou les médecins collaborant à la conduite d'un programme PMG n'ont pas besoin de suivre la formation post-graduée. La formation est proposée de préférence à des équipes étant donné qu'une collaboration en réseau est souhaitée. Voir aussi pt. 6.1 au sujet de la reconnaissance TIMS en plus de la certification PMG. La formation post-graduée pour les TIMS est supervisée par la SSP. Le contenu de la formation proposée par un prestataire est examiné conjointement par l'akj et par un pédiatre membre de la commission Obésité. Elle se compose d'un programme obligatoire d'une journée (minimum 6 crédits). L'attestation de participation à la formation fait foi pour l'accréditation des médecins, pour autant que les points 4 et 9 soient remplis.

³ Le terme „enfant“ comprend également les adolescents jusqu'à leur 18^{ème} anniversaire et le terme « obèse » se réfère aux indications de l'article 1 de la modification de l'OPAS du 6 décembre 2013

6. **Reconnaissance formelle**

- 6.1. Après réception de l'attestation de suivi de la formation post-graduée spécifique et de la liste des thérapeutes diplômés de l'équipe multiprofessionnelle, la commission Obésité reconnaît le médecin comme responsable de programme TIMS. Il n'est ici pas nécessaire de joindre les diplômes professionnels car la qualification est une condition préalable suffisante pour la facturation selon la LAMal et est en principe garantie par le médecin responsable. Pour qu'un responsable PMG (ou un médecin collaborant à la conduite d'un programme PMG), obtienne la reconnaissance TIMS en plus de la certification PMG, il doit, conformément au point 5, fournir uniquement un CV professionnel mis à jour, un justificatif de sa fonction dans le PMG ainsi qu'une liste des différents thérapeutes exerçant dans les professions citées au point 4 et avec qui il collaborera.
- 6.2. La participation à la formation, évoquée au point 5, est payante. Le prestataire de formation décide si l'émolument pour le responsable et son équipe multiprofessionnelle est forfaitaire ou fixé par participant.
- 6.3. Les frais administratifs pour la reconnaissance du médecin responsable de programme TIMS seront facturés une seule fois par la SSP (voir le barème des tarifs en annexe), qui délivre également le certificat, tient la liste des médecins accrédités et indemnise l'akj pour son travail d'évaluation qualitative des formations post-graduée spécifique.
7. **Liste des médecins reconnus** : Une liste des médecins responsables des programmes TIMS est publiée sur les sites internet de la SSP et de l'akj et est régulièrement mise à jour. Une liste des non-médecins ayant participé à une formation post-graduée sur l'obésité sera actualisée par la SSP et mise en ligne sur le site internet de l'akj.
8. **Affiliation akj** : Une affiliation du médecin responsable TIMS et des membres de son équipe (affiliation de groupe) auprès de l'akj est conseillée et mentionnée sur la liste des médecins responsables TIMS. Cette affiliation permet un échange professionnel multiprofessionnel par réseautage entre les spécialistes TIMS, l'accès aux informations spécifiques, un aperçu actualisé des formations continues ainsi que diverses réductions (p.ex.: frais d'inscription réduits pour les formations continues organisées par l'akj, conseils professionnels et, si nécessaire, organisation des contrôles de qualité)
9. **Contrôle de qualité** : Le prestataire s'engage à fournir les prestations au sens de l'art. 32 et art. 56 LAMal de manière économique, adéquate et efficace, tout en respectant les standards de qualité conforme à l'art. 58 LAMal et art. 77 de l'ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal).
10. **Révocation de la reconnaissance** : La reconnaissance sera retirée et le nom sera ôté de la liste des professionnels reconnus soit sur demande écrite faite à la SSP par le médecin responsable, soit suite à une violation grave des buts et des lignes directrices thérapeutiques, sur décision de la commission Obésité.
11. **Sponsoring** : La formation post-graduée doit être couverte à 80 % au moins par les frais de participation. Un mono-sponsoring n'est, conformément aux directives de l'ASSM, pas autorisé.

B. Certification pour les programmes de thérapie multiprofessionnelle en groupe (PMG)

1. **Informations générales et délais de certification** : La certification se fait selon les dispositions de l'OPAS du 06.12.2013 et des règlements des sociétés de discipline (1). Un remboursement par les assureurs maladie n'est garanti que si les conditions de la convention tarifaire en vigueur sont respectées. Les programmes sont (re-)certifiés chaque année au 1.7, respectivement 31.12. La demande d'un nouveau programme doit être soumise à la commission Obésité au moins quatre mois à l'avance. Les programmes déjà certifiés sont contactés annuellement par la commission Obésité et invité à la re-certification.
2. **Conditions préalables pour le candidat** : Offre ou planification d'un programme de thérapie multiprofessionnelle effectué majoritairement en groupe, selon les directives nationales (Sempach 2007 (2), l'Allemand 2006 & 2011 (3)). Un formulaire de demande dûment rempli doit être soumis à la commission Obésité afin que celle-ci évalue la qualité du programme. Ce formulaire doit être accompagné du curriculum vitae actualisé de chaque membre de l'équipe thérapeutique et d'une copie des diplômes attestant de leur qualification professionnelle. Afin de vérifier que les critères de qualité du programme sont remplis, une visite est effectuée par au moins un membre de la commission Obésité et un rapport écrit est établi. Les programmes déjà certifiés sont également tenus de satisfaire aux exigences et standards ci-dessous.
3. **Démarche et validité de la certification** : La commission Obésité étudie les demandes remises et prend les décisions suivantes :
 - Réponse positive (le programme est certifié)
 - Réponse sous condition (le programme peut être certifié pour autant que certaines conditions soient satisfaites dans le délai imparti)
 - Réponse négative motivée (y compris explications pour un réexamen ultérieur)

La décision de la commission est envoyée au programme avec la facture des frais de certification (voir le barème des tarifs en annexe). Le certificat valable pour un an (1.7. ou 31.12. de chaque année, selon la date de la demande) n'est délivré qu'après paiement des frais et atteste légalement la certification du programme pour une période de 12 mois. Les conditions préalables pour une (re-)certification sont le respect des standards de qualité et la participation au contrôle de qualité mis en place par la commission. Le non-respect de ces conditions entraîne automatiquement la suspension de la certification par la commission dans un délai de six semaines. Si les manquements sont rattrapés dans le délai imparti ou si la preuve est apportée que les standards de qualité sont à nouveau remplis, la certification reste en vigueur. Dans le cas contraire, elle est résiliée.

Le secrétariat de la SSP met à jour deux fois par an la liste des programmes certifiés et cette dernière est publiée sur les sites internet de la SSP et de l'akj. Cette liste sera en outre transmise – dans la mesure où le contrat tarifaire l'exige – directement par la SSP aux assureurs.

4. Obligations des programmes pour la certification PMG

- 4.1. Les programmes thérapeutiques se déroulent sous la direction et la responsabilité du médecin, afin de pouvoir garantir le recouvrement des frais thérapeutiques conformément à l'OPAS du 06.12.2013. Le médecin responsable satisfait aux directives thérapeutiques (2, 3, 4) ainsi qu'à l'obligation de formation conformément au programme de la formation continue de la Société Suisse de Pédiatrie (SSP). Le programme peut être dirigé et organisé par un thérapeute muni d'un diplôme d'une haute école pour l'une des disciplines mentionnées au point 4.4, pour autant qu'il dispose de l'expérience spécifique pour la thérapie d'enfants et adolescents en surpoids, et que les indications thérapeutiques et de supervision soient assurées par un médecin responsable conformément aux directives pédiatriques. Le responsable

doit avoir suivi la formation post-graduée spécifique pour spécialiste de l'obésité pédiatrique, comme pour les thérapies individuelles (voir partie A, pt. 5.).

- 4.2. Les prestataires des programmes doivent veiller à ce que seuls les enfants obèses ou en surpoids répondant aux critères d'admission recommandés, comprenant le contexte psychologique et social et la motivation, soient inclus dans le programme de traitement. De plus, il faudra veiller à ce que les groupes soient composés de manière appropriée en fonction de leur offre spécifique, des âges des patients, de leur développement et de leurs capacités.
- 4.3. Le programme thérapeutique comprend les domaines suivants : diététique, activité physique, médecine, psychologie/comportement, renforcement des compétences psychosociales en incluant les parents, qui bénéficient, en plus des domaines cités, de renforcement de leurs compétences éducatives.
- 4.4. Les membres des équipes multi-professionnelles sont des spécialistes dans les domaines suivants : médecine, diététique, activité physique et psychologie/psychiatrie/médecine psychosomatique. Ils disposent d'une expérience dans la prise en charge de l'obésité de l'enfant et de l'adolescent, ainsi que des jeunes atteints de maladies chroniques, c'est-à-dire qu'au moins un des spécialistes possède une formation approfondie en tant que « Thérapeute de l'obésité de l'enfant » ou une formation équivalente⁴. La qualification professionnelle de ces spécialistes incombe à chaque société de discipline qui définit les exigences des formations continues et post-graduées, ainsi que les directives thérapeutiques.
- 4.5. L'activité physique adaptée en PMG est dispensée par des maîtres d'éducation physique, des physiothérapeutes⁵ ou d'autres thérapeutes corporels disposant d'une qualification équivalente et d'une formation post-graduée, respectivement d'une expérience attestée dans le domaine de l'activité physique adaptée pour les enfants en surpoids ou atteints d'obésité.
- 4.6. Les conseils en diététique pour les enfants et leurs parents sont dispensés par des diététiciens reconnus selon l'OAMal art. 50a 1a. (Art. 50a, 1a: «Les diététiciens doivent être titulaires du diplôme d'une école de diététique reconnu ou reconnu équivalent par l'organisme désigné en commun par les cantons, ou d'un diplôme reconnu selon la loi fédérale du 13 décembre 2002 sur la formation professionnelle»).
- 4.7. La thérapie comportementale et le renforcement des compétences psychosociales et éducatives sont effectués par un psychologue muni d'un diplôme d'une haute école et/ou de médecins spécialistes disposant d'une qualification complémentaire. Les éléments de la thérapie comportementale peuvent également être dispensés par les 4 autres thérapeutes mentionnés, s'ils ont suivi une formation correspondante.
- 4.8. Taille du groupe: Dans les petits groupes, qui sont habituellement dirigés par un thérapeute pour enfants, resp. pour parents, la taille maximale du groupe est de 7 participants. Lors des séances d'activité physique, ce nombre peut être plus élevé. Si les groupes sont dirigés par deux thérapeutes pour enfants, resp. pour parents, un maximum de 16 participants par groupe peut être pris en charge.
- 4.9. Structure des programmes : La phase intensive des programmes thérapeutiques comporte en règle générale l'équivalent de 70 séances de 45 minutes en groupe pour les enfants et 30 séances de 45 minutes en groupe pour les parents, plus 6 séances de 45 minutes en groupe pour les parents et enfants réunis. Ces séances sont réparties sur plusieurs mois.

⁴ Cette preuve de qualification n'est exigée que pour les certifications à partir de juin 2018

⁵ Les physiothérapeutes ne sont en général pas suffisamment qualifiés pour prendre en charge un groupe d'enfants et donc moins aptes.

La commission Obésité conseille pour la phase intensive une durée totale d'au moins 6 mois. En respectant un total de 106 séances en groupe lors de la phase intensive, le nombre de séances communes pour parents et enfants/adolescents peut être adapté en fonction de l'âge. La commission Obésité conseille une proportion de séance plus importante pour les parents pour la thérapie des jeunes enfants et, pour les adolescents, une proportion plus importante de séances pour les jeunes. De plus, la phase intensive comporte 3 heures (60 minutes) de thérapie individuelle, de sorte que le nombre total de séances en phase intensive est de 109, respectivement de 82 heures et demie.

La phase de suivi comporte, en règle générale, 2 séances de 45 minutes en groupe pour les enfants, 2 séances de 45 minutes pour les parents et deux séances de 45 minutes en groupe pour les parents et enfants réunis, ainsi qu'une heure de thérapie individuelle (60 minutes), de sorte que le nombre de séances de suivi soit de 7, respectivement de 5 heures et demie.

- 4.10. Participation au contrôle de qualité. Conformément à l'art. 58 LAMal ainsi que l'art. 77 de l'ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal), les associations de prestataires sont tenues de développer les standards de qualité pour améliorer la qualité des soins et de définir un minimum d'indicateurs jugés pertinents. Les prestataires de programme s'engagent à participer à la récolte de données minimales cliniques et administratives avant et après la thérapie, de manière anonyme et protégée. Ces données sont à enregistrer dans la base de données électronique au plus tard avant la re-certification annuelle.
- 4.11. Les prestataires des programmes mettent à disposition de la commission Obésité tous les documents nécessaires conformément à la „Check-list des visites“, pour que le respect des standards de qualité puissent être vérifié.

5. **Check-list pour les visites**

Qualification	3 = réussie, 2 = réussie sous condition/partiellement, 1 = non réussie	3	2	1	Remarques
Equipement	Salle d'examen / Coopération avec le pédiatre / généraliste				
	Salle de formation et de réunion				
	Salle de gymnastique / de sport				
	Cuisine didactique ou similaire				
Conditions techniques	Chaises de consultation et table d'examen adaptées au surpoids				
	Pèse-personne / toise étalonnée				
	Tensiomètre et manchettes adaptées				
	Matériel pédagogique / équipement sportif adaptés à l'âge				
Manuel de thérapie et pédagogique	Aspects médicaux				
	Diététique				
	Activité physique				
	Aspects comportementaux / psychosociaux				
Qualification du personnel*	Médical				
	Diététique				
	Activité physique				
	Psychologie, -thérapie				
Qualité du processus	Les critères obligatoires d'inclusion sont indiqués				
	Les critères obligatoires d'exclusion sont indiqués				
	Les critères obligatoires d'interruption de traitement sont indiqués				
	La motivation des enfants/jeunes resp. parents est évaluée avant le début du programme.				
	La satisfaction des participants est discutée après la thérapie				

*Le curriculum vitae et une copie du diplôme attestant la qualification professionnelle est à joindre à la demande pour chaque membre de l'équipe.

6. **Recours et commission de recours** : Les programmes non-certifiés par la commission Obésité ont la possibilité de faire recours contre cette décision. Le délai de recours est de 30 jours après réception de la réponse négative. Le recours est à adresser par écrit au secrétariat de la SSP. L'autorité de recours incombe au président de la SSP.

C. Règlement pour la certification des centres de référence pédiatriques pour le traitement de l'obésité

- 1. Tâches des centres de référence de l'obésité pédiatrique :** Les centres de référence pédiatriques pour le traitement de l'obésité encadrent les enfants et les adolescents souffrant d'obésité pour lesquels une prise en charge complexe est nécessaire, par exemple une obésité extrême avec/chez :
- autre comorbidité somatique importante
 - comorbidité psychiatrique, p.ex. troubles alimentaires
 - enfants et adolescents pour lesquels, en raison de l'obésité et des problématiques psychosociales associées, des mesures de protection de l'enfant doivent être envisagées
 - adolescents pour lesquels une intervention bariatrique est planifiée ou a été effectuée

Les centres de référence pédiatriques pour le traitement de l'obésité travaillent dans le cadre de la planification d'interventions bariatriques selon les directives en matière d'obésité pédiatriques et observent les directives supplémentaires rédigées conjointement par la SMOB et la SSP/akj. Ces directives exigent l'implication de centres de référence pédiatriques pour le traitement de l'obésité indépendants (voir point 2) lors de la pose d'indication de dispositifs bariatriques pour les enfants et adolescents de moins de 18 ans. Ces centres collaborent avec des centres de référence bariatriques et sont intégrés dans le suivi médical post-opératoire au moins jusqu'à l'âge de 18 ans.

Un ensemble de données minimales concernant les résultats de tous les patients traités est collecté par les centres de référence pédiatriques pour le traitement de l'obésité avant et après une intervention bariatrique et cela aussi longtemps que le patient est suivi par le centre de référence de l'obésité pédiatrique. Cet ensemble de données est mis à disposition pour l'évaluation nationale et également pour les sociétés de disciplines concernées.

- 2. Conditions préalables à la certification :** La commission Obésité définit les critères suivants comme conditions préalables à la certification des centres de référence pédiatriques pour le traitement de l'obésité :
- 2.1. Les centres de référence pédiatriques pour le traitement de l'obésité sont indépendants des centres de référence bariatriques pour les plus de 18 ans. Ils sont sous la direction médicale de cliniques pédiatrique de catégorie 2 à 4
 - 2.2. Au moins un des professionnels est détenteur d'une formation approfondie «Thérapeute de l'obésité de l'enfant » ou d'une formation équivalente. Le médecin responsable doit être au bénéfice soit d'une formation d'un jour comme spécialiste-obésité soit d'une formation équivalente.
 - 2.3. Il est recommandé que le centre de référence de l'obésité pédiatrique soit reconnu comme Centre of Obesity Management (COM) par l'European Association for the Study of Obesity EASO.
 - 2.4. Un ensemble de données est enregistré à l'attention d'une documentation centrale (au minimum comme décrit au point 1).
- 3. Procédure de certification :** Les demandes de certification des centres de référence pédiatriques pour le traitement de l'obésité sont adressées au secrétariat de la SSP. Une fois que toutes les informations pertinentes sont disponibles, la certification est effectuée par la commission Obésité (voir aussi le barème des frais en annexe). Une liste des centres reconnus est publiée sur le site de la SSP et de l'akj et est continuellement mise à jour.

Tout changement de médecin responsable ou d'un professionnel au bénéfice d'une formation approfondie sur l'obésité doit être communiqué à la commission Obésité.

Si un centre de référence ne remplit plus les conditions préalables, la certification lui sera retirée.

Disposition finales

Le présent règlement de certification ainsi que les adaptations futures éventuelles doivent être approuvés formellement par les sociétés de discipline (SSP et akj).

Références

- 1) <http://www.swiss-paediatrics.org/fr/informations/news/therapie-contre-lobesite>
- 2) Sempach R, Farpour-Lambert N, l'Allemand D, Laimbacher J. Therapie des adipösen Kindes und Jugendlichen: Vorschläge für multiprofessionelle Therapieprogramme. Paediatrica 18[2], 33-39. 2007.
- 3) L'Allemand D, Farpour-Lambert N, Laimbacher J. Definition, diagnostisches Vorgehen und Therapie-Indikationen bei Übergewicht im Kindes- und Jugendalter. Paediatrica 2006; 17[6] p. 13-18, neue BMI-Kurven in Jenni OG, Braegger C, Konrad D, Molinari L. Neue Wachstumskurven für die Schweiz. Paediatrica 2011; 22(1): 9-11. http://www.swiss-paediatrics.org/sites/default/files/empfehlungen/wachstumskurven/pdf/perzentilen_2012_09_15_sgp_d.pdf
- 4) Wabitsch M, Kunze D. Leitlinie Adipositas im Kindes- und Jugendalter. In: von Schnakenburg E, ed. Leitlinien Kinder- und Jugendmedizin DGKJ. München: Urban&Fischer, 2006:1-36.

Le présent règlement entre en vigueur au 1^{er} janvier 2018 et remplace toutes les versions antérieures.

Ce texte et ses annexes sont la traduction française d'un document rédigé en allemand qui seul fait foi en matière d'interprétation contractuelle. C'est pourquoi seule la version allemande est signée.

Annexe

Barème des frais : la reconnaissance et la certification d'un traitement multiprofessionnel structuré pour les enfants et les adolescents obèses ou en surpoids sont payantes. Le secrétariat de la Société Suisse de Pédiatrie est chargé de percevoir les émoluments. La reconnaissance ou la certification officielle n'aura lieu qu'après le paiement de la facture.

- A. Reconnaissance pour la thérapie individuelle multiprofessionnelle structurée (**TIMS**) : un émolument unique de CHF 150.- est perçu pour le travail administratif lié à la reconnaissance en tant que responsable d'une équipe TIMS.
- B. Certification des programmes de traitements ambulatoires multiprofessionnels de groupe (**PMG**) : Les coûts de l'examen du formulaire de demande, du contrôle de qualité, de la visite de l'équipe de thérapeutes, du rapport de visite et de la certification seront facturés aux programmes. Le paiement d'une indemnité forfaitaire de CHF 1600.- est une condition préalable à la certification. La re-certification sera facturée annuellement avec une participation aux frais de CHF 300.-. L'émolument est dû quel que soit la décision de la commission.
- C. Certification des **centres de référence** pédiatrique pour le traitement de l'obésité : la certification sera facturée aux centres pour un montant unique de CHF. 500.-