

## Evaluation du traitement des enfants et adolescents en surpoids en Suisse: Analyse intermédiaire KIDSSTEP<sup>1)</sup> de la thérapie dans les programmes de groupe multiprofessionnels du 1<sup>er</sup> mai 2012

Dagmar l'Allemand<sup>1</sup>, Esther Kirchhoff<sup>2</sup>, Margarete Bolten<sup>3</sup>, Andrea Zumbrunn<sup>4</sup>, Robert Sempach<sup>2</sup>; Nathalie Farpour-Lambert<sup>5</sup>  
avec l'assistance de Xavier Martin<sup>5</sup>, Andrea Kern<sup>2</sup> et Elisabeth Ardelt-Gattinger<sup>6</sup>

### Préface à l'état actuel du traitement des enfants et adolescents en surpoids en Suisse

L'organisation **des programmes de traitement de l'obésité pédiatrique dans des groupes multiprofessionnels** est unique, parce qu'elle est proposée sous forme structurée et certifiée dans toute la Suisse (figure 1). Le soutien par la SSP, surtout pour la procédure de certification, est important et indispensable et nous l'en remercions. Pour garantir la pérennité de la prise en charge des coûts de la thérapie de groupe d'enfants et adolescents en surpoids en Suisse par l'assurance obligatoire des soins (AOS), une nouvelle demande est à soumettre jusqu'au 30.4.2013 par le groupe de travail «obésité» auprès de la Commission fédérale des prestations générales et des principes (CFPP). En même temps une version préliminaire du rapport final de l'évaluation KIDSSTEP de la thérapie de groupe est à présenter. Tous les programmes commençant avant le 31.12.2013 seront remboursés par les assurances maladie, à condition que soit fournie au moins pour une année – soit jusqu'au 31.12.2014 – une documentation comprenant l'âge, le sexe, la taille, l'IMC, le tour de taille, la pression artérielle et la présence dans le programme.

Afin de permettre la prise en charge des coûts d'une **thérapie multiprofessionnelle individuelle avec consultations de nutrition** aussi pour les enfants obèses avec un IMC inférieur à 30 kg/m<sup>2</sup>, une demande supplémentaire pour l'AOS doit être soumise à la CFPP jusqu'au 30.4.2013.

Afin d'obtenir la reconnaissance des prestations pour le **traitement multiprofessionnel en milieu hospitalier de l'obésité sévère** de l'enfant et de l'adolescent (Paediatrica 2011; 22 (4): 6–12), les responsables de l'OFSP vérifient la possibilité d'une procédure simplifiée.

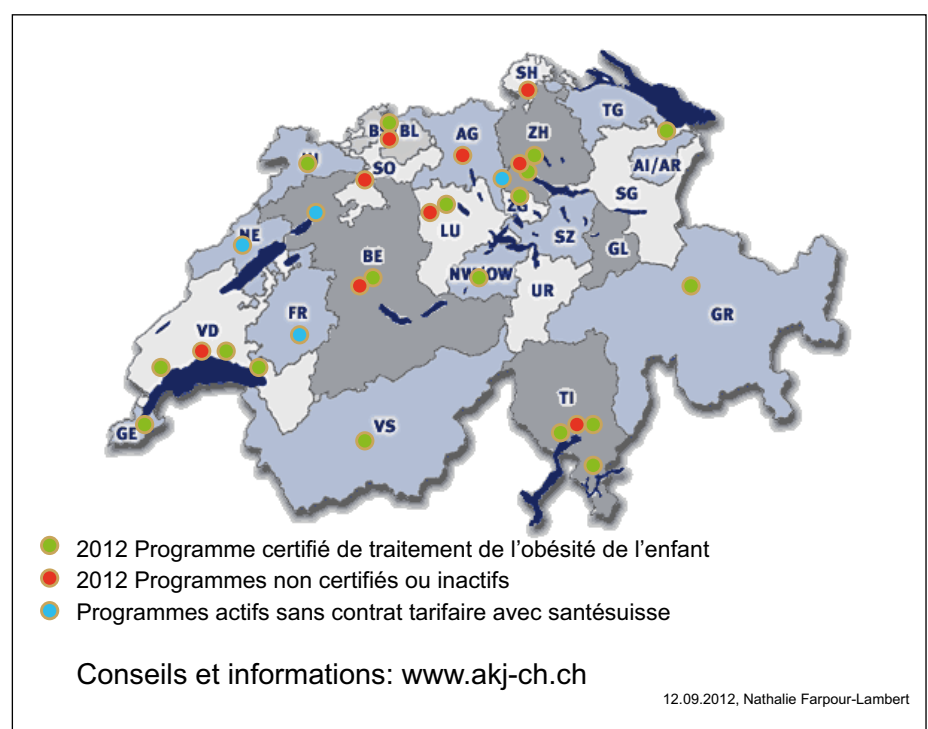
La **chirurgie bariatrique** est admise aussi pour les jeunes **au-dessous de 18 ans** (au moins 8 enfants ont été opérés jusqu'en

2012), mais les pédiatres n'avaient pas été consultés par la CFPP lors de cette procédure. En plus, notre projet de directives pédiatriques attend depuis septembre 2011 l'approbation par la société de spécialistes SMOB<sup>2)</sup> et ne peut donc être publié dans ce journal. Le groupe de travail est prêt à relever les défis mentionnés ci-dessus.

### Résumé de l'étude KIDSSTEP 2012

**Introduction:** en Suisse, la thérapie multiprofessionnelle d'enfants et adolescents en surpoids et obèses est proposée depuis 2009 par des programmes de groupe certifiés, dans le cadre d'un projet pilote en cours. Les coûts de la thérapie sont remboursés par les caisses maladies, si le programme inclut un nombre déterminé de séances (112\*45 min. en groupe et 4\*60 min. en individuel), si les parents sont impliqués et si la participation est supérieure à 95%. L'évaluation de l'étude KIDSSTEP est financée par l'OFSP jusqu'à la fin 2013 et la participation est obligatoire. Ce rapport représente la 7<sup>me</sup> analyse intermédiaire, selon les méthodes décrites précédemment.

**Résultats préliminaires:** des 32 centres certifiés initialement, 23 étaient actifs jusqu'en 2011, avec en moyenne un groupe de 12 enfants par année. En 2012, seuls 19 programmes sont re-certifiés. Ils sont prin-



1 Ostschweizer Kinderspital, Claudiusstrasse 6, 9006 St. Gallen

2 Fachverein Adipositas im Kindes- und Jugendalter, Aarau

3 Universität Basel, Kinder- und Jugendpsychiatrische Klinik

4 Hochschule für Soziale Arbeit, FHNW, Olten

5 Programme de soins Contrepoids, Service des spécialités pédiatriques, Département de l'enfant et de l'adolescent, Hôpitaux Universitaires de Genève

6 Universität Salzburg, Fachbereich Psychologie

\* FOPH Grant/OFSP ordonnance #09.004211/204.0001/-629

cipalement localisés dans le nord-ouest de la Suisse ainsi que dans les régions lémaniques et en Valais. Des 590 patients adressés en 2011, seuls 38% remplissaient les critères d'inclusion et ont suivi une thérapie de groupe et environ 22% n'étaient motivés pour aucune thérapie. Par conséquent, la moitié des patients souhaitant un traitement n'ont pas pu bénéficier d'une thérapie de groupe en raison de problèmes majeurs de santé physique ou mentale, d'incompatibilité avec les horaires de travail ou de distance par rapport au centre. Depuis le début de l'étude, 751 enfants ont été traités et 664 évalués (55% de filles, 42% de familles de migrants).

Le surpoids était présent depuis l'âge de 6.2 ans mais la thérapie de groupe ne débutait qu'à l'âge de 12.2 (6-18) ans. La phase de traitement intensive durait 8 mois (T1, n = 345), le programme se terminait à 11.5 mois (T2, n = 384) et le suivi avait lieu à 24 mois (T3, n = 69).

Avant la thérapie, 79% des enfants avaient une obésité extrême (IMC > P. 99.5), 16% supplémentaires étaient obèses (> P. 97) et 95.5% avaient un rapport tour de la taille/taille trop élevé (Wht > 50%). Pendant la thérapie, tant l'IMC-SDS que le Wht ont diminué significativement de -0.17 et -2.7% respectivement, indépendamment du niveau d'éducation des parents. La prévalence de l'obésité abdominale a aussi diminué. Le traitement a également conduit à des améliorations significatives de la pression artérielle, des capacités physiques et de l'endurance (*fitness*) cardiorespiratoire, ainsi que des taux de glucose et des transaminases hépatiques. Les problèmes de santé mentale (dépression, hyperactivité et problèmes avec les pairs) ont diminué de 54% à 34% après thérapie; ces facteurs étaient prédictifs pour une obésité extrême ainsi que pour une plus faible réduction de l'IMC après thérapie. La qualité de vie était également diminuée de manière significative au départ et les patients retrouvaient des valeurs pratiquement normales dans la plupart des échelles après la thérapie. L'amélioration de la qualité de vie était associée à une diminution de l'obésité abdominale. Le nombre de patients atteints d'un besoin compulsif et irrésistibles de manger («*craving*») ou de troubles alimentaires émotionnels était élevé au départ et normalisé par la suite. Les troubles du comporte-

ment alimentaire (vomissements, laxatifs) étaient rares et demeuraient inchangés pendant le traitement.

Un surpoids ou une obésité ont été trouvés chez 69% des mères et chez 77% des pères; le surpoids de ceux-ci augmentait encore jusqu'à T3. L'IMC des mères était corrélé significativement avec l'IMC de leur enfant à T2 & T3 et un IMC élevé des deux parents était associé à une prise de poids. L'environnement domestique et les habitudes alimentaires familiales s'amélioraient de manière significative pendant le traitement, cependant il demeurait peu clair si le taux d'activité physique des parents avait augmenté dans la vie quotidienne.

**Discussion:** en Suisse, les enfants et adolescents en surpoids souffrent de morbidités sévères aux niveaux physique et mental. L'étude KIDSSTEP démontre que la thérapie multiprofessionnelle basée sur la famille améliore de manière significative l'IMC, l'obésité abdominale, les facteurs de risque pour les maladies cardiovasculaires, le diabète et les troubles hépatiques, la condition physique et la forme ainsi que la santé mentale et la qualité de vie, éléments qui ont été identifiés comme facteurs prédictifs principaux pour une issue thérapeutique favorable. L'IMC des parents étant un facteur prédictif significatif pour le changement de l'IMC-SDS de leurs enfants pendant la thérapie, il est crucial d'inclure les parents dans le programme et de mesurer aussi le poids des parents. Après 2 ans, les changements étaient maintenus, indiquant que la combinaison avec un suivi individuel a des effets positifs sur la santé à long terme des enfants et adolescents obèses. Cependant, il faut reconnaître que la thérapie de groupe multiprofessionnelle requiert un nombre important de thérapeutes qualifiés, une bonne coordination à l'intérieur de l'équipe, ainsi que des fonds supplémentaires pour couvrir les coûts réels. Ceux-ci dépassent largement les ressources disponibles actuellement en Suisse.

De plus, la participation des enfants à ce genre de thérapie est faible, car elle dépend de la disponibilité et de la motivation des parents, ainsi que de l'accessibilité à des programmes thérapeutiques. Actuellement, l'offre régionale par les 19 centres certifiés demeure insuffisante et en Suisse

moins de 1% des enfants obèses ont accès à ce traitement. De ce fait, d'autres types de traitement devraient être ajoutés, comme les thérapies multiprofessionnelles individuelles ou en milieu hospitalier.

## Conclusions et liste de problèmes

La plupart des conclusions des résultats nommés ci-dessus ont soulevé 3 questions:

- I. Pourquoi les traitements de groupe pour enfants obèses ont-ils du succès?
- II. Pourquoi est-il si difficile de traiter les enfants obèses?
- III. Quels problèmes doivent être résolus en 2012?

### I. Pourquoi les traitements de groupe pour enfants obèses ont-ils du succès?

1. L'approche multiprofessionnelle comme proposée dans cette étude était efficace pour tous les aspects de la santé, car la thérapie globale interdisciplinaire est un prérequis pour atteindre des améliorations durables. En 2011 également, le traitement a conduit à des améliorations significatives de la pression artérielle systolique, des capacités physiques et de la santé cardiovasculaire, ainsi que des taux de glucose et des transaminases hépatiques.
2. La prévalence élevée de problèmes de santé mentale (dépression, troubles de l'anxiété et hyperactivité), diagnostiqués chez 54% de nos patients par anamnèse ainsi que par le Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ), était réduite après la thérapie.
3. La qualité de vie des patients évalués était clairement réduite et retournait à la norme pour la majorité des échelles. Les enfants qui montraient une meilleure perception corporelle et une qualité de vie plus élevée montraient une réduction plus importante de l'obésité abdominale après thérapie.
4. L'alimentation compulsive, irrésistible («*craving*») et les troubles alimentaires émotionnels étaient fréquents avant la thérapie et se sont normalisées par la suite. Avec l'amélioration significative de la mise en pratique flexible des recommandations alimentaires et d'activité physique, cela montre que les enfants ont appris comment mener un style de vie plus sain.

5. Les troubles du comportement alimentaire étaient rares et n'étaient pas un effet secondaire consécutif à la thérapie.
6. La prévalence de l'obésité abdominale a diminué à T3, après 2 ans.
7. L'environnement domestique et les habitudes alimentaires familiales s'amélioraient de manière significative pendant le traitement.
8. La proportion de familles de migrants et ayant un niveau d'éducation bas est au-dessus de la moyenne suisse. Cependant, ces sous-groupes ont autant profité de la thérapie de groupe que les autres.
9. Concernant le style d'éducation, l'IMC s'améliore de manière plus significative si les pères surveillent le comportement de leurs enfants. Ceci met en évidence l'importance d'inclure les pères dans la thérapie.
10. Les résultats du suivi montrent des effets durables avec stabilisation des facteurs de risque après 2 ans, prouvant qu'un suivi individuel à long terme est nécessaire.

### II. Pourquoi est-il si difficile de traiter les enfants obèses?

1. L'opinion publique concernant les résultats visés par la thérapie de l'obésité est fortement irréaliste, pas seulement de la part des patients, mais également des médecins et des politiciens de la santé. Même si de nombreuses études ont prouvé l'efficacité de programmes se basant sur des modifications durables du style de vie et sur l'amélioration de la santé mentale pour arriver à un poids sain à long terme, spécialement chez l'enfant en croissance, les experts sont toujours confrontés à la fausse opinion que seul le degré de perte de poids est un indicateur pour le succès de la thérapie.
2. Les problèmes de santé mentale doivent être diagnostiqués avec soin et traités par des spécialistes; mais souvent la thérapie additionnelle requise n'est pas disponible. Nous avons par exemple montré que, sans thérapie spécifique, les troubles du comportement alimentaires demeuraient inchangés.
3. Le délai d'environ 6 ans entre l'apparition du surpoids et le début du traitement est trop long. Après ce laps de temps, le handicap physique est souvent si prononcé que ces enfants ne peuvent plus être traités par une thérapie de groupe multiprofessionnelle.
4. Le groupe d'enfants avec des scores SDQ plus élevés ou problèmes de santé mentale avaient une réduction de l'IMC plus faible pendant la thérapie.
5. Les patients avec un score de besoins compulsif et irrésistibles de manger («craving») élevé ont des difficultés à faire des choix alimentaires favorables; par conséquent, la publicité alimentaire sans labellisation claire de la qualité nutritionnelle n'est pas honnête.
6. Comme le montrent les questionnaires (p. ex. FEAH<sup>3</sup>) après 2 ans, il est difficile pour les patients et leurs familles d'atteindre les niveaux recommandés d'activité physique.
7. Un style éducatif parental excessivement chaleureux prédit une augmentation de l'obésité pendant la thérapie. Les changements de style parental étaient mineurs mais ils s'avéraient bénéfiques pour l'issue de traitement lorsque les mères imposaient plus de règles.
8. La majorité des parents sont aussi obèses, mais la thérapie multiprofessionnelle n'est pas spécifiquement adressée aux problèmes d'adultes obèses. Les pères prennent même du poids pendant la thérapie de leurs enfants. L'IMC des mères avant la thérapie est étroitement lié à l'IMC de l'enfant et prédit une diminution moins significative de l'IMC-SDS pendant et 2 ans après thérapie.
9. Des problèmes de santé mentale sont rapportés chez 11.6% des mères mais ne peuvent pas être traités de manière adéquate dans le cadre thérapeutique visant l'enfant.
10. Les raisons principales qui limitent l'offre de thérapies de groupes incluent:
  1. Les efforts et le temps requis pour organiser et coordonner des programmes.
  2. Des coûts élevés en personnel (besoin de thérapeutes qualifiés et expérimentés).
  3. Les difficultés à recruter des patients et des familles pour cette forme intensive de traitement (112 x 45 minutes de thérapie de groupe par année). A l'exception des grands centres, beaucoup d'organismes de programmes multiprofessionnels sont trop petits pour répondre aux exigences d'un programme de groupe.

11. Le programme de groupe demande du temps et dépasse de loin les ressources et la disponibilité de la majorité des familles avec des enfants obèses. En 2011 également, la moitié des patients souhaitant et nécessitant une thérapie ne pouvaient être traités dans le cadre d'un programme de groupe.
12. Notre enquête montre que le suivi individuel à long terme est efficace mais ne peut être proposé que par de grands centres avec une équipe expérimentée dans le traitement de l'obésité. Comme nous l'avons signalé dans notre rapport Milestone 6, le suivi médical est insuffisant, les généralistes et pédiatres sans formation spécifique n'ayant pas appliqué la prise en charge recommandée pour les familles obèses.

### III. Quels problèmes doivent être résolus en?

1. Une nouvelle demande doit être faite auprès de l'OFSP pour la prise en charge des frais de programmes de thérapie de groupe débutant après le 31 décembre 2013.
2. La disponibilité locale des programmes demeure largement insuffisante et doit être améliorée. Ce sera difficile sans les changements suivants:
  1. des conditions moins strictes imposées par les assurances maladie
  2. une plus grande flexibilité dans l'organisation du traitement et des modules du programme
  3. une formation spécifique des médecins par les organisations professionnelles (akj, SSP ...)
  4. la réalisation d'options thérapeutiques individuelles et en milieu hospitalier.
3. Les coûts remboursés par les assurances maladie (4 200.- CHF par patient) ne couvrent pas les dépenses estimées à 8 400.- CHF par enfant et engendrées par le recrutement des patients, l'organisation de programmes de groupe, le suivi, la procédure de certification/re-certification et la facturation. Les programmes cantonaux et autres organisations devraient contribuer à financer les programmes de groupe.
4. Jusqu'en 2012, les assureurs étaient souvent mal informés au sujet des tarifs et des conditions des nouveaux programmes de groupe et refusaient de rembourser les coûts. Un soutien sup-

plémentaire de l'OFSP et de santé-suisse est nécessaire.

5. Bien que les programmes de groupe pour les enfants et leurs familles soient très efficaces, ils ne sont pas conçus pour résoudre tous les problèmes additionnels diagnostiqués chez les parents. Par conséquent, le rôle de ceux-ci doit être renforcé et des programmes de thérapie séparés pour traiter les problèmes des parents pourraient être bénéfiques.

### Références

S'adresser à l'auteur.

### Correspondance

Prof. Dr. med. Dagmar l'Allemand-Jander  
Leitende Ärztin Endokrinologie/Diabetologie  
Jugendmedizinische Klinik  
Ostschweizer Kinderspital  
[dagmar.lallemand@kispisg.ch](mailto:dagmar.lallemand@kispisg.ch)