

Soins de Santé

Circulaire OA no 2025/176 du 11-7-2025

Applicable à partir de 7/07/2025

3 /14

Décision du Comité de l'assurance concernant l'adaptation de la convention « obésité chez les enfants » entre le Comité de l'assurance de l'INAMI, les établissements hospitaliers et le chef du service de pédiatrie des établissements hospitaliers concernés**Avenant à la convention entre le Comité d'assurance de l'INAMI et les établissements de rééducation pour enfants ou adolescents atteints de maladies chroniques (Zeepreventorium et Clairs Vallons – secteur 7.76.6)**

Les modifications suivantes de la convention « obésité chez les enfants » ont été approuvées par le Comité de l'assurance le 7 juillet 2025 (note CSS_2025_196) :

DANS L'ARTICLE 4 , BÉNÉFICIAIRES DE LA CONVENTION

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

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

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

§ 4. Les bénéficiaires orientés du troisième niveau (le Zeepreventorium ou Clairs Vallons) vers le deuxième niveau peuvent, après avoir terminé un programme de soins dans le troisième niveau, être inclus comme bénéficiaires dans ce trajet de soins, quelle que soit la valeur de l'IMC.

§ 5. Les enfants atteints du syndrome de Prader-Willi, du syndrome de Bardet Biedl ou de formes monogénétiques d'obésité (c'est-à-dire : déficit biallélique en POMC, déficit en PCSK1, déficit en LEPR) peuvent être inclus comme bénéficiaires dans ce trajet de soins, quelle que soit la valeur de l'IMC.

DANS L'ARTICLE 5

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

- Un contact multidisciplinaire avec toutes les disciplines de l'équipe CPMO est prévu au début de la convention et puis annuellement. Ce contact multidisciplinaire a une durée minimale de 20 minutes par bénéficiaire.
- Les autres moments de contact dans le CPMO peuvent être organisés avec un ou plusieurs membres de l'équipe. Les moments de contact peuvent être planifiés de manière flexible et varient d'une fois par mois à au moins tous les 3 mois et sont réalisés avec les membres de l'équipe dont le bénéficiaire a le plus besoin.
- Un maximum de douze contacts sont remboursés par an. Ce maximum s'applique à l'ensemble du CPMO et ne représente pas un maximum pour chaque dispensateur de soins individuellement.
- Dans des cas exceptionnels, jusqu'à deux des douze moments de contact par an avec un ou plusieurs membres de l'équipe du CPMO peuvent avoir lieu à distance au moyen d'un outil de communication vidéo digital. Un moment de contact ne peut avoir lieu à distance que si le bénéficiaire le demande expressément et si un moment de contact physique au centre a déjà eu lieu pour ce bénéficiaire.

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

§ 6. Si le bénéficiaire passe du troisième au deuxième niveau, la convention avec le troisième niveau est automatiquement résiliée à la date à laquelle le médecin spécialiste en pédiatrie affilié au CPMO a signé le contrat de trajet de soins (voir annexe 2).

DANS L'ARTICLE 6

§ 1. Un trajet de soins ne peut commencer qu'après la signature d'un contrat de trajet de soins. Il s'agit d'un document qui doit être signé à la fois par le bénéficiaire et par le médecin généraliste ou le médecin spécialiste en pédiatrie (premier niveau) et le médecin spécialiste en pédiatrie affilié au CPMO (deuxième niveau). Le contrat de trajet de soins à signer se trouve en annexe 2. En cas d'absence temporaire du médecin spécialiste en pédiatrie attaché au CPMO, le contrat de trajet de soins ne nécessite pas de nouvelle signature. Le médecin spécialiste en pédiatrie qui effectue le remplacement au CPMO doit notifier ce changement à l'INAMI. Les dates exactes d'absence et de remplacement doivent être communiquées afin de garantir la continuité des soins. La signature du contrat de trajet de soins rend les dispositions de la présente convention applicables. Les bénéficiaires de stade EOSS-P 0 ou 1 ne doivent pas signer le contrat de trajet de soins.

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

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

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

1. Le bénéficiaire doit respecter toutes les conditions du contrat de trajet de soins, définies à l'article 5, § 4. Une exception à cette règle est l'occurrence unique d'un trimestre sans contact avec le CPMO. Le CPMO est tenu d'indiquer dans le dossier pourquoi cette obligation de contact n'a pas pu être remplie et quelles ont été les tentatives faites pour joindre le bénéficiaire.
2. S'il ne le fait pas, le contrat de trajet de soins est résilié obligatoirement, de sorte que le bénéficiaire perd les avantages qui y sont associés. Le coordinateur du CPMO informe l'organisme assureur lorsqu'un bénéficiaire indique qu'il abandonne le trajet de soins. L'organisme assureur informe par écrit le patient de l'arrêt du contrat. L'organisme assureur vérifie ces conditions chaque année. S'il le souhaite, le patient peut cependant conclure un nouveau contrat par la suite.
3. Le bénéficiaire peut changer de médecin généraliste ou de spécialiste au cours d'un trajet de soins. Dans ce cas, le bénéficiaire et les médecins concernés doivent signer un nouveau contrat. Si le médecin (médecin généraliste ou médecin spécialiste en pédiatrie premier ou deuxième niveau) cesse son exercice médical ou n'est plus en mesure de poursuivre ses obligations inhérentes au contrat trajet de soins, un autre médecin doit reprendre les soins via un nouveau contrat. Cela n'entraîne pas un redémarrage du trajet, mais implique la poursuite du contrat avec le nouveau médecin généraliste ou médecin spécialiste en pédiatrie. Si le bénéficiaire change de CPMO, le CPMO où le trajet de soins a été initié est chargé de fournir tous les documents pertinents au CPMO où le bénéficiaire continue d'être suivi, sous réserve du consentement du tuteur du bénéficiaire.

DANS L'ARTICLE 8

§ 1. En vertu des dispositions de l'article 138, 2°, b) de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, le trajet de soins multidisciplinaire d'un bénéficiaire peut uniquement entrer en considération pour le remboursement par l'assurance soins de santé lorsque le médecin-conseil a rendu un avis favorable sur la prise en charge du trajet de soins multidisciplinaire du bénéficiaire. La demande d'une intervention dans le coût du trajet de soins multidisciplinaire figure à l'annexe 4. Le médecin-conseil de l'organisme assureur détermine, pour chaque cas individuel, la date à partir de laquelle l'intervention est accordée. La date fait référence au jour où le médecin spécialiste en pédiatrie du CPMO a signé le contrat de trajet de soins. L'intervention est refusée pour les prestations fournies plus de 30 jours avant la date de réception de la demande par le médecin-conseil.

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

§ 3. La période de prise en charge accordée par le médecin-conseil sur la base d'une même demande individuelle de prise en charge ne peut excéder 5 ans. À la fin de cette période autorisée, la prise en charge peut toutefois être prolongée, éventuellement pour une nouvelle période de 5 ans, à condition que le bénéficiaire réponde toujours aux conditions de l'article 4 de la présente convention. Si le bénéficiaire atteint l'âge de 18 ans au cours d'une période autorisée de plus d'un an et de maximum 5 ans, la période est raccourcie jusqu'au jour précédant la date de son 18^e anniversaire. La dernière prestation doit être dispensée avant le 18^e anniversaire.

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

§ 5. Le médecin-conseil est censé donner son accord dans les deux semaines suivant la réception de l'annexe susmentionnée. En l'absence de réponse du médecin-conseil dans le délai de deux semaines, la demande soumise est approuvée.

DANS L'ARTICLE 10

§ 8. Le forfait trimestriel facturable au titre de la présente convention, pour toute la période couverte par ce forfait, n'est pas cumulable avec les prestations remboursables au titre de la convention de rééducation pédiatrique (convention avec Clairs Vallons et le Zeepreventorium), à l'exception de la prestation « module de pré-admission ». Le forfait trimestriel remboursé dans le cadre de cette convention n'est pas non plus cumulable avec une convention relative aux troubles de l'alimentation.

L'ajout suivant à la convention « rééducation pédiatrique avec les centres Zeepreventorium (7.76.602.77) et Clairs Vallons (7.76.601.78) » a été approuvé lors du Comité de l'assurance du 07/07/2025 (note CSS_2025_196) :

Les dispositions suivantes sont ajoutées à l'article 26 de la convention avec le Zeepreventorium et à l'article 32 de la convention avec Clairs Vallons :

« A l'exception du module de préadmission, les prestations remboursables dans le cadre de la présente convention ne sont pas cumulables avec le programme remboursable dans le cadre de la « convention obésité chez les enfants » conclue avec les centres pédiatriques multidisciplinaires de prise en charge de l'obésité (CPMO). Cela implique que, pendant la période couverte par le forfait trimestriel dans le cadre de la « convention obésité chez les enfants », aucune prestation n'est remboursable dans le cadre de la présente convention, à l'exception du module de préadmission. »

Ces changements prendront effet le 7 juillet 2025.

Mickael Daubie
Directeur général

Pièces jointes :