

BELGISCHE KAMER VAN
VOLKSVERTEGENWOORDIGERS

27 maart 2018

VOORSTEL VAN RESOLUTIE

**voor het uitwerken van een strategisch plan
voor de bestrijding en behandeling
van de obesitasproblematiek**

AMENDEMENT

Zie:

Doc 54 **0055/ (B.Z. 2014):**

- 001: Voorstel van resolutie van mevrouw Becq c.s.
002: Toevoeging indiener.

CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS
DE BELGIQUE

27 mars 2018

PROPOSITION DE RÉSOLUTION

**relative à l'élaboration d'un plan stratégique
en vue de combattre
et de traiter le problème de l'obésité**

AMENDEMENT

Voir:

Doc 54 **0055/ (S.E. 2014):**

- 001: Proposition de résolution de Mme Becq et consorts.
002: Ajout auteur.

Nr. 1 VAN MEVROUW **BECQ c.s.**

Consideransen en verzoeken

De consideransen A tot en met F en de verzoeken 1 tot en met 11 vervangen als volgt:

“De Kamer van volksvertegenwoordigers,

A. gelet op het gegeven dat de Wereldgezondheidsorganisatie al in 2002 de alarmbel luidde en obesitas beschouwt als één van de meest ernstige problemen voor de volksgezondheid en op het feit dat dit fenomeen zich ook in België voordoet;

B. gelet op bevoegdheidsverdeling in het kader van de zesde staatshervorming waarbij preventie behoort tot de bevoegdheden van de gemeenschappen en waarbij de rol van de federale overheid er hoogstens in kan bestaan een interfederaal plan op te stellen om de verschillende acties op elkaar af te stemmen;

C. gelet op de resultaten van de Nationale voedselconsumptiepeiling 2014-2015 waaruit blijkt dat 45 % van de bevolking overgewicht heeft en 16 % klinisch obees is (BMI van 30 of meer) en dat bij jongeren 11 tot 15 % kampt met overgewicht en 3 tot 5 % van hen obees is;

D. wijst op de hoofdoorzaak van obesitas namelijk het te veel opnemen aan voedsel, en dan vooral ongezonder en verwerkt voedsel, gecombineerd met een gebrek aan voldoende beweging en wil daarbij de aandacht vestigen op bijkomende factoren zoals psychisch onwelzijn, opleidingsniveau en armoede die de kans op obesitas kunnen vergroten;

E. waarschuwt dat de gevolgen van obesitas bij kinderen en jongeren dermate ernstig zijn dat ze de levensverwachting verkorten;

F. gelet op de negatieve impact van obesitas op de gezondheid en op het sociaal welbevinden;

G. gelet op de sociale gradiënt van de problematiek;

N° 1 DE MME **BECQ ET CONSORTS**

Considérants et demandes

Remplacer les considérants A à F et les points 1^{er} à 11 par ce qui suit:

“La Chambre des représentants,

A. considérant que l’Organisation mondiale de la Santé a tiré la sonnette d’alarme dès 2002, qu’elle considère l’obésité comme l’un des problèmes de santé publique les plus graves et que ce phénomène touche également la Belgique;

B. vu la répartition des compétences décidée dans le cadre de la sixième réforme de l’État, qui prévoit que la prévention relève de la compétence des Communautés et que l’autorité fédérale peut, à cet égard, tout au plus élaborer un plan interfédéral en vue d’harmoniser les différentes actions entreprises;

C. vu les résultats de l’enquête nationale de consommation alimentaire 2014-2015, d’où il ressort que 45 % de la population souffre de surcharge pondérale et 16 % est atteinte d’obésité clinique (IMC égal ou supérieur à 30) et que 11 à 15 % des jeunes sont en surpoids, 3 à 5 % d’entre eux étant obèses;

D. soulignant la principale cause de l’obésité, à savoir la surconsommation de nourriture, essentiellement de la nourriture malsaine et transformée, associée à un manque d’exercice, et souhaitant à cet égard attirer l’attention sur des facteurs additionnels susceptibles d’accroître le risque d’obésité, comme le mal-être psychique, le niveau de scolarisation et la pauvreté;

E. soulignant que les conséquences de l’obésité chez les enfants et les jeunes sont à ce point graves qu’elles réduisent l’espérance de ceux-ci;

F. vu les répercussions négatives de l’obésité sur la santé et le bien-être social;

G. vu le gradient social de cette problématique;

H. gelet op het belang van preventie en een zorgplan op maat;

I. gelet op het nut van het vroegtijdig opsporen van risicogroepen;

J. gelet op huidige stand van zaken in persuasieve communicatie, marketingcommunicatie en gedragswetenschappelijke inzichten;

K. gelet op de noodzaak om een effectief plan van aanpak om de bestaande discriminaties op basis van overgewicht en obesitas tegen te gaan;

L. gelet op het belang van de ontwikkeling van een strategie om de actoren actief in de gezondheidszorg bewust te maken van de reële problematiek obesitas;

verzoekt de federale regering

1. te onderzoeken of binnen de beschikbare budgettaire ruimte een multidisciplinair eerste- en tweedelijns zorgpad uitgetekend kan worden voor de obesitasbehandeling met aandacht voor de volgende punten:

— begeleiding op maat;

— een centrale en coördinerende rol voor de huisarts;

— aandacht voor nazorgtrajecten, zowel voor patiënten met een ambulante, residentiële als chirurgische behandeling;

— de samenwerking met diëtist of psycholoog en waar dit wenselijk en doeltreffend is, inzetten op groepssessies;

— het beoogde zorgpad resultaatsgericht opvolgen;

2. in samenwerking met de voedingsindustrie en de retail te bekijken hoe een duidelijke, zichtbaar, correct en interpretatief systeem van aanvullende voedsellabeling, dat in overeenstemming is met bestaande nationale en Europese voorschriften, de consument toegankelijke informatie kan geven over de samenstelling van de

H. vu l'importance de la prévention et de l'élaboration d'un plan de soins sur mesure;

I. vu l'utilité d'une identification précoce des groupes à risques;

J. vu l'état actuel des connaissances en matière de communication persuasive, de communication marketing et de sciences comportementales;

K. vu la nécessité d'un plan de lutte efficace contre les discriminations fondées sur le surpoids et l'obésité;

L. vu l'importance de développer une stratégie visant à sensibiliser les acteurs des soins de santé à la problématique réelle de l'obésité;

demande au gouvernement fédéral

1. d'examiner s'il est possible, dans la marge budgétaire disponible, d'élaborer, pour le traitement de l'obésité, un trajet de soins multidisciplinaire de première et de deuxième ligne, en prévoyant:

— un accompagnement sur mesure;

— un rôle central de coordination pour le médecin généraliste;

— un trajet de suivi des patients, qu'ils bénéficient de soins ambulatoires, résidentiels ou chirurgicaux;

— une collaboration avec des diététiciens et psychologues, et si cela est souhaitable et efficace, organisation de séances collectives;

— un suivi axé sur les résultats du trajet de soins;

2. d'examiner, en collaboration avec l'industrie alimentaire et le commerce de détail, comment un système d'étiquetage complémentaire clair, visible, correct et interprétatif des produits alimentaires, conforme aux prescriptions nationales et européennes existantes, peut fournir au consommateur des informations

producten, zoals voorgesteld in de door de meerderheid goedgekeurde resolutie DOC 54 1124/001;

3. onderhandelingen te voeren met de industrie teneinde voeding evenwichtiger te maken. Bij deze onderhandelingen verdere afspraken te maken de over de herformulering van voedingsproducten met het oog op een lager gehalte aan calorieën (suiker en vet) en zout en een hoger gehalte aan vezels steeds met het oog op een verbetering van de gezondheidstoestand van de bevolking;

4. de aanbevelingen op te volgen van het KCE (vol. 36A, 2006) "Farmacologische en chirurgische behandeling van obesitas. Residentiële zorg voor ernstig obese kinderen in België";

5. steun te verlenen aan wetenschappelijk onderzoek naar de medische gevolgen op lange termijn van zwaarlijvigheid en naar de effectiviteit van medicamenteuze en/of chirurgische behandelingen en de effectiviteit van andere interventies van specialisten zoals bijvoorbeeld een diëtist of een psycholoog;

6. erop toe te zien dat de informatieverbreiding betreffende medische behandelingen van obesitas steunt op wetenschappelijke evidentie;

7. de controle op de vrij in de handel verkrijgbare vermageringsproducten en op het misbruik hiervan te intensifiëren en streng toe te zien op de ongewenste neveneffecten van deze vrij in de handel verkrijgbare vermageringsproducten en rond deze producten de nodige informatie ter beschikking te stellen en maatregelen tegen deze producten in overweging te nemen;

8. voor de bevoegdheden die voornamelijk toekomen aan de deelstaten en met het oog op het voeren van een coherent beleid met betrekking tot:

8/1. met inspraak van en in samenwerking met alle betrokken overheden en actoren op (boven-)lokaal niveau mee te werken aan een interfederaal voedings- en gezondheidsplan, met een specifieke focus op jeugdobesitas en obesitas bij sociale kansengroepen.

accessibles sur la composition des produits, tel que proposé dans la résolution adoptée par la majorité DOC 54 1124/001;

3. de mener des négociations avec l'industrie en vue de rendre les produits alimentaires plus équilibrés, et de conclure, lors de ces négociations, des accords concernant la reformulation des produits alimentaires en vue de diminuer la teneur en calories (sucre et graisse) et en sel et d'augmenter la teneur en fibres, en vue d'améliorer l'état de santé de la population;

4. d'assurer le suivi des recommandations du KCE (vol. 36A, 2006) "Traitement pharmacologique et chirurgical de l'obésité. Prise en charge résidentielle des enfants sévèrement obèses en Belgique";

5. de soutenir la recherche scientifique concernant les effets médicaux à long terme de l'obésité et l'efficacité des traitements médicamenteux et/ou chirurgicaux ainsi que celle d'autres interventions de spécialistes, par exemple de diététiciens ou de psychologues;

6. de veiller à ce que les informations diffusées à propos du traitement médical de l'obésité s'appuient sur des preuves scientifiques;

7. de renforcer le contrôle exercé sur les produits amaigrissants en vente libre et sur leur consommation abusive, de contrôler strictement leurs effets secondaires non désirés, de mettre à disposition les informations nécessaires les concernant et d'envisager la prise de mesures en la matière;

8. Pour ce qui est des compétences qui relèvent essentiellement des entités fédérées, en vue de mener une politique cohérente:

8/1. de participer à l'élaboration d'un plan interfédéral sur la nutrition et la santé mettant spécifiquement l'accent sur l'obésité juvénile et sur l'obésité dans les classes sociales défavorisées, en concertation et en coopération avec toutes les autorités publiques

De federale overheid initieert en coördineert de werkzaamheden samen met de deelstaten, bespoedigt de vooruitgang en voorziet in een systeem van opvolging en evaluatie voor de aspecten van het plan die onder haar bevoegdheid vallen;

8/2. informatiecampagnes vanuit de gemeenschappen en de verschillende actoren, moeten éénduidig wijzen op de gezondheidsrisico's van overgewicht en obesitas;

8/3. patiëntenverenigingen, zelfhulpgroepen en ziekenfondsen die werken rond overgewicht en obesitas nauw te betrekken bij het uitwerken van wetenschappelijk onderbouwde maatregelen in de strijd tegen obesitas in het belang van de gezondheid van de patiënt;

8/4. het bepalen van een correcte en uniforme registratiemethode op basis van de BMI om de obesiteitscijfers bij kinderen en jongeren in België correct in kaart te brengen.”

VERANTWOORDING

1. Obesitas als wereldwijd gezondheidsfenomeen

Obesitas is een fenomeen dat in heel de westerse samenleving steeds vaker opduikt. Er wordt gezegd dat zwaarlijvigheid één van de grootste problemen voor de volksgezondheid in de moderne maatschappijen wordt. Hoewel men obesitas vaak beschouwt als een probleem in landen met hoge inkomens, zijn overgewicht en obesitas ook dramatisch aan het stijgen in landen met lage- en middeninkomens.

De Wereldgezondheidsorganisatie heeft obesitas in 2002 erkend als ziekte die deel uitmaakt van de verontrustende doodsoorzaken,¹ en tal van wetenschappelijke studies tonen aan dat obesitas de voornaamste doodsoorzaak aan het worden is. In 2016 had 18 % van de kinderen en jongeren tussen 5 en 19 jaar een vorm van overgewicht of obesitas. Bij volwassenen liep dit cijfer op tot 39 %.² De afgelopen

¹ WHO (2002). http://www.who.int/whr/2002/en/whr02_en.pdf?ua=1.

² WHO (2016). http://www.who.int/gho/ncd/risk_factors/overweight/en/

concernées et les acteurs du niveau local (et du niveau supralocal), étant entendu qu'il conviendra que le gouvernement fédéral initie et coordonne ce travail avec les entités fédérées, favorise les progrès et prévoit un système de suivi et d'évaluation pour les éléments de ce plan relevant de sa compétence;

8/2. de veiller à ce que les campagnes d'information des communautés et des différents acteurs soulignent sans équivoque les risques sanitaires de la surcharge pondérale et de l'obésité;

8/3. d'associer étroitement les associations de patients, les groupes d'entraide et les mutualités qui s'investissent dans la problématique de la surcharge pondérale et de l'obésité à l'élaboration de mesures de lutte contre l'obésité scientifiquement étayées dans l'intérêt de la santé du patient;

8/4. de mettre au point une méthode d'enregistrement correcte et uniforme basée sur l'indice IMC, en vue de l'enregistrement correct des chiffres relatifs à l'obésité chez les enfants et les jeunes en Belgique.”

JUSTIFICATION

1. L'obésité, un phénomène de santé universel

L'obésité est un phénomène de plus en plus répandu dans l'ensemble de la société occidentale. La surcharge pondérale est considérée comme l'un des problèmes majeurs en matière de santé publique dans les sociétés modernes. Bien qu'elle soit souvent associée aux pays à revenus élevés, on constate actuellement une augmentation dramatique du surpoids et de l'obésité dans les pays à faibles et moyens revenus.

En 2002, l'OMS a reconnu l'obésité comme une maladie faisant partie des causes de mortalité inquiétantes,¹ et de nombreuses études scientifiques démontrent qu'elle est sur le point de devenir la première cause de mortalité. En 2016, 18 % des enfants et des jeunes entre 5 et 19 ans souffraient d'une forme de surpoids ou d'obésité. Chez les adultes, ce taux atteignait 39 %.² Ces quarante dernières années, le

¹ OMS (2002). http://www.who.int/whr/2002/en/whr02_en.pdf?ua=1.

² OMS (2016). http://www.who.int/gho/ncd/risk_factors/overweight/en/

veertig jaar is het aantal kinderen met obesitas zelfs vertienvoudigd. Het aantal obese kinderen neemt voornamelijk toe in ontwikkelingslanden en de opkomende economieën zoals China en India.³

Overgewicht en obesitas worden gedefinieerd als een teveel aan vetweefsel waarbij een abnormale of overmatige vetopbouw een gezondheidsrisico vormt. Obesitas wordt door het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (hierna: WIV) omschreven als een multifactoriële aandoening. In de eerste plaats wordt het veroorzaakt doordat iemand te veel eet en te weinig beweegt. Er zijn echter ook andere factoren die obesitas in de hand werken. Soms spelen genetische factoren en erfelijkheid een rol, evenals bepaalde psychosociale omstandigheden. Bovendien is er volgens het WIV een duidelijke samenhang tussen overgewicht en zwaarlijvigheid met het opleidingsniveau, en dus *de facto* iemands socio-economische situatie.⁴ Ongezonde en bewerkte voeding (met veel verzadigde vetten, zout, snelle suikers en met weinig micronutriënten en trage suikers) is immers vaak toegankelijker, meer beschikbaar en betaalbaarder is dan gezondere en meer verse alternatieven.

Zoals reeds gezegd, is obesitas erkend als ziekte die deel uitmaakt van verontrustende doodsoorzaken. Volgens het WIV bestaat er immers een duidelijk verband tussen obesitas en verschillende chronische ziektes. Chronische aandoeningen die bovendien op lange termijn kunnen leiden tot invaliditeit en/of vroegtijdig overlijden. Het gaat hierbij onder andere over type 2-diabetes, hart- en vaatziekten. Ook obstructieve slaapapneu, onvruchtbaarheid, verschillende vormen van kanker,⁵ artrose en astma worden in verband gebracht met een te hoog lichaamsgewicht.

Om de graad van zwaarlijvigheid vast te stellen, maakt men gebruik van de "*BODY MASS INDEX*" (BMI). De BMI wordt berekend op basis van een eenvoudige formule: BMI = huidig gewicht (in kg) / lengte² (in meter). Volgende categorieën kunnen worden onderscheiden:

³ NCD Risk Factor Collaboration (2017). Worldwide trends in body-mass index, underweight, overweight, and obesity from 1975 to 2016: a pooled analysis of 2416 population-based measurement studies in 128.9 million children, adolescents, and adults. *The Lancet*, 390(10113), 2627-2642. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32129-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32129-3).

⁴ Drieskens S. Voedingsstatus. In: Gisle L, Demarest S (ed.). *Gezondheidsenquête 2013. Rapport 2: Gezondheidsgedrag en leefstijl*. WIV-ISP, Brussel, 2014.

⁵ Lauby-Secretan, B. et al. (2016). Body Fatness and Cancer – Viewpoint of the IARC Working Group. *The New England Journal of Medicine*, 794-798. doi: 10.1056/NEJMSr1606602.

nombre d'enfants souffrant d'obésité a même été multiplié par quatorze. Le nombre d'enfants obèses augmente principalement dans les pays en développement et dans les économies émergentes comme la Chine et l'Inde.³

Le surpoids et l'obésité sont définis comme un excédent de tissus adipeux, le patient présentant une structure grasseuse anormale ou surabondante qui constitue un risque pour la santé. L'Institut scientifique de Santé publique (ci-après ISP) décrit l'obésité comme une maladie multifactorielle. Si elle est due en premier lieu à l'abus de nourriture et au manque d'exercice physique, cette maladie est également influencée par d'autres facteurs. Des facteurs génétiques et l'hérédité jouent parfois un rôle, de même que certaines circonstances psychosociales. Selon l'ISP, il existe en outre un lien évident entre le surpoids et l'obésité et le niveau de formation, et donc *de facto* la situation socio économique d'un individu.⁴ Les produits industriels et mauvais pour la santé (riches en acides gras saturés, en sel et en sucres rapides et pauvres en micronutriments et en sucres lents) sont en effet souvent plus accessibles, plus faciles à trouver et moins chers que des alternatives saines et moins transformées.

Ainsi qu'il a déjà été indiqué, l'obésité a été reconnue comme une maladie faisant partie des causes de mortalité inquiétantes. Selon l'ISP, il existe un lien évident entre l'obésité et plusieurs maladies chroniques, des maladies chroniques pouvant, en outre, entraîner une invalidité et/ou un décès prématuré à long terme. Citons notamment à cet égard le diabète de type 2 et les maladies cardiovasculaires. On considère également que l'apnée obstructive du sommeil, la stérilité, certaines formes de cancer⁵, l'arthrose et l'asthme sont liés au surpoids corporel.

L'indice de masse corporelle (IMC) permet de déterminer le degré de surcharge pondérale. L'IMC se calcule sur la base d'une formule simple: IMC = poids actuel (en kg) / taille² (en mètre). On peut distinguer les catégories suivantes:

³ NCD Risk Factor Collaboration (2017). Worldwide trends in body-mass index, underweight, overweight, and obesity from 1975 to 2016: a pooled analysis of 2416 population-based measurement studies in 128.9 million children, adolescents, and adults. *The Lancet*, 390(10113), 2627-2642. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32129-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32129-3).

⁴ Drieskens, S. État nutritionnel. Dans: Gisle L, Demarest S (éd.). *Enquête de santé 2013. Rapport 2: Comportements de santé et style de vie*. WIV-ISP, Bruxelles, 2014.

⁵ Lauby-Secretan, B. et al. (2016). *Body Fatness and Cancer – Viewpoint of the IARC Working Group*. *The New England Journal of Medicine*, 794-798. doi: 10.1056/NEJMSr1606602.

1. BMI kleiner dan 18,5: ondergewicht
2. BMI tussen 20 en 25: ideaal gewicht
3. BMI tussen 25 en 30: overgewicht
4. BMI groter dan 30: klinische obesitas

2. Obesitas in België

Ook in ons land is obesitas aan een opmars bezig. Zo geeft de Nationale voedselconsumptiepeiling 2014-2015 van het WIV enkele verontrustende cijfers weer. 45 % van de bevolking (van 3 tot 64 jaar) heeft een te hoog BMI. 16 % is klinisch obees (BMI van 30 of meer). Verder is 3 tot 5 % van de jongeren (van 3 tot 17 jaar) obees en kampt 11 tot 15 % van hen met overgewicht.⁶ Uit de resultaten van de laatste Gezondheidsenquête van het WIV, blijkt dat overgewicht bij volwassenen sinds 1997 lineair gestegen is van 41 % tot een onthutsende 48 % in 2013.⁷

Zoals eerder vermeld zijn er belangrijke risicofactoren verbonden aan overgewicht. Zo daalt de levensverwachting bij obesitas en vermindert de levenskwaliteit van de betrokkene. Verder heeft obesitas een grote impact op de geestelijke gezondheid van een persoon. Voorbeelden hiervan zijn een verhoogde kans op depressies een verlies van zelfvertrouwen, wat vaak dan nog eens opnieuw aanzet tot meer eten. Obesitas kan bovendien ook leiden tot ongemakken, discriminatie, stigmatisering en afwijzende reacties waardoor de betrokkene fysieke- en sociale hinder en zelfs vereenzaming ondervindt.

Gezien obesitas en overgewicht aan een razendsnelle opmars bezig zijn, is de nood om actie te ondernemen groot. Deze resolutie wil de federale regering wijzen op het belang en ernst van deze problematiek en haar aansporen om in samenwerking met de deelstaten en andere betrokken actoren nieuwe maatregelen te treffen om obesitas tegen te gaan. Enerzijds preventief door een doeltreffend preventiebeleid op te stellen dat gezonde eetgewoonten en een actieve levensstijl promoot. Anderzijds curatief door patiënten die met deze aandoening kampen beter te behandelen.

⁶ De Ridder K, Bel S, Brocatus L, Lebacqz T, Ost C & Teppers E. Samenvatting van de resultaten. In: Tafforeau J. (ed.) *Voedselconsumptiepeiling 2014-2015*. WIV-ISP, Brussel, 2016.

⁷ Drieskens S. Voedingsstatus. In: Gisle L, Demarest S (ed.). *Gezondheidsenquête 2013. Rapport 2: Gezondheidsgedrag en leefstijl*. WIV-ISP, Brussel, 2014.

1. un IMC inférieur à 18,5: poids insuffisant;
2. un IMC entre 20 et 25: poids idéal;
3. un IMC entre 25 et 30: excès de poids;
4. un IMC supérieur à 30: obésité clinique

2. L'obésité en Belgique

L'obésité gagne également du terrain dans notre pays. Ainsi, l'Enquête nationale de consommation alimentaire réalisée par l'ISP en 2014-2015 dévoile des chiffres inquiétants: 45 % de la population (âgée de 3 à 64 ans) présentent un IMC trop élevé, 16 % sont cliniquement obèses (IMC supérieur ou égal à 30). Il apparaît en outre que parmi les jeunes (âgés de 3 à 17 ans), 3 à 5 % sont obèses et 11 à 15 % sont en surpoids.⁶ Les résultats de la dernière enquête de santé menée par l'ISP montrent que l'obésité de la population adulte a augmenté de manière linéaire, passant de 41 % en 1997 à un taux effarant de 48 % en 2013.⁷

Comme indiqué précédemment, il existe plusieurs facteurs de risque importants qui sont liés au surpoids. Tout d'abord, l'espérance de vie des personnes souffrant d'obésité diminue, tout comme leur qualité de vie. Ensuite, l'obésité a de lourdes répercussions sur la santé mentale des individus qui en souffrent, comme une perte de confiance en soi ou un risque accru de dépression, ce qui les pousse souvent à manger davantage. L'obésité peut également être source de mal-être, de discrimination, de stigmatisation et donner lieu à des réactions de rejet, les personnes concernées pouvant alors éprouver des contrariétés physiques et sociales, voire un isolement.

L'explosion du nombre de cas d'obésité et de surpoids nous oblige à agir. La présente résolution vise à attirer l'attention du gouvernement fédéral sur l'importance et la gravité de ce problème et à l'encourager, en collaboration avec les entités fédérées et d'autres acteurs concernés, à prendre de nouvelles mesures pour lutter contre l'obésité. D'une part, il faut prendre des mesures préventives en définissant une politique de prévention efficace qui promeut une alimentation saine et un mode de vie actif. D'autre part, il faut prendre des mesures curatives en améliorant la prise en charge des patients qui souffrent de cette maladie.

⁶ De Ridder K, Bel S, Brocatus L, Lebacqz T, Ost C & Teppers E. Résumé des résultats. In: Tafforeau J. (éd.) *Enquête de consommation alimentaire 2014-2015*. WIV-ISP, Bruxelles, 2016.

⁷ Drieskens S. Voedingsstatus. In: Gisle L, Demarest S (éd.). *Enquête de santé 2013. Rapport 2: Comportements de santé et style de vie*. WIV-ISP, Bruxelles, 2014.

3. Uitstippelen gepast beleid

Deze resolutie wil in een interfederaal voedings- en gezondheidsplan komen tot een afstemming van het beleid op federaal vlak en het beleid van de gemeenschappen.

3.1. Preventie

Op het vlak van preventie is er voor meerdere actoren een belangrijke rol weggelegd. Gelet op de bevoegdheidsverdeling na de Zesde Staatshervorming merken we op dat preventie een gemeenschapsbevoegdheid is. Bijgevolg neemt de federale overheid hoogstens een ondersteunende rol op inzake het preventieve luik. Binnen preventiecampagne is het belangrijk dat belangrijke actoren zoals scholen, zorgverstrekkers, media, lokale besturen, voedingsmiddelensector en gezinnen betrokken worden. Het moet gezegd dat er reeds vele goede initiatieven uitgevoerd zijn door de betrokken actoren.

In het kader van een effectieve preventiecampagne rond obesitas is de hantering van een *“health in all policies”* noodzakelijk. Hierbij wordt aandacht besteed aan de strijd tegen obesitas tijdens de schoolloopbaan, de arbeidsloopbaan en het vrijetijdsleven. Er moet een allesomvattende strategie worden uitgewerkt waarbij alle bestuursniveaus, actoren en ministers betrokken zijn. We denken aan voorlichtingscampagnes die gericht zijn op gezonde leefwijzen, meer bepaald op gezonde voeding, lichaamsbeweging en psychische gezondheid. Enkele mogelijkheden zijn het uitvoeren van een duidelijke voedsetikettering en het stimuleren van borstvoeding. Vanuit het voorzorgsprincipe is het belangrijk dat het beleid extra rekening houdt met de specifieke doelgroep van kinderen en jongeren. We denken hierbij onder andere aan preventiemaatregelen op school. Daarom moet er binnen het interfederaal plan een specifiek onderdeel worden gewijd aan de bestrijding van jeugdobesitas.

Ook social marketing is een instrument dat preventief kan worden ingezet in de strijd tegen obesitas. Social marketing is gedragssturing via niet-dwingende prikkels. Het is een techniek die de context waarin mensen keuzes maken probeert te wijzigen. Dit gebeurt zonder bepaalde opties te verbieden en zonder economische prikkels te voorzien. Een voorbeeld van sociale marketing is het op ooghoogte leggen van gezonde producten. Hierbij verandert de context van de consument maar wordt hij in geen geval verboden om andere, minder gezonde producten aan te kopen. Social marketing kan zich ook richten tot een specifieke doelgroep. Een voorbeeld hiervan

3. Élaboration d'une politique adaptée

La présente résolution vise à harmoniser, par l'élaboration d'un plan interfédéral nutrition santé, la politique menée au niveau fédéral et la politique des Communautés.

3.1. Prévention

Sur le plan de la prévention, chaque acteur a un rôle important à jouer. Notons que, compte tenu de la répartition des compétences à la suite de la sixième réforme de l'État, la prévention est une compétence communautaire. Par conséquent, c'est tout au plus un rôle de soutien que jouent les autorités fédérales en ce qui concerne le volet préventif. Dans le cadre des campagnes de prévention, il importe d'associer des acteurs importants comme les écoles, les prestataires de soins, les médias, les administrations locales, l'industrie agro-alimentaire et les familles. Il convient de souligner que de nombreuses bonnes initiatives ont déjà été prises par les acteurs concernés.

Dans le cadre d'une campagne de prévention efficace en matière d'obésité, il est nécessaire de mener une politique de *“health in all policies”*. On accordera donc une attention particulière à la lutte contre l'obésité tout au long de la scolarité, de la carrière professionnelle et pendant les temps libres. Il convient d'élaborer une stratégie globale associant tous les niveaux de pouvoir, acteurs et ministres. Nous songeons à des campagnes d'information axées sur les modes de vie sains, et portant notamment sur l'alimentation saine, l'exercice physique et la santé psychique. On peut par exemple veiller à un étiquetage clair des aliments et stimuler l'allaitement maternel. En vertu du principe de précaution, il importe que la politique tienne particulièrement compte du groupe-cible spécifique des enfants et des jeunes. Nous songeons notamment, à cet égard, à des mesures de prévention dans les écoles. C'est la raison pour laquelle un volet spécifique du plan interfédéral doit être consacré à la lutte contre l'obésité chez les jeunes.

Le marketing social est aussi un instrument qui peut être utilisé préventivement dans la lutte contre l'obésité. Le marketing social vise à influencer le comportement au moyen d'incitations non coercitives. C'est une technique qui tente de modifier le contexte dans lequel les consommateurs font leurs choix. Cela se fait sans interdire certains choix et sans incitants économiques. Un exemple de marketing social consiste à placer les produits sains au niveau des yeux. Cela permet de modifier le contexte d'achat des consommateurs mais ne leur interdit aucunement d'acheter d'autres produits moins bons pour la santé. Le marketing social peut également

is kidsmarketing. Hierbij worden gezonde producten zoals bijvoorbeeld fruit, aantrekkelijker gemaakt voor kinderen.

3.2 Curatief

Naast de mogelijkheden op preventief vlak zijn er ook een aantal opportuniteiten op curatieve niveau. Zo zijn het opstellen van een zorgplan op maat en de begeleiding van de patiënt door een multidisciplinair team twee pistes die het onderzoeken waard zijn. Een zorgplan op maat moet volgende elementen zeker bevatten: concrete doelstellingen, een follow-up en praktische afspraken. De huisarts neemt een centrale rol op in de eerstelijns hulp. Verder moeten o.a. de diëtist, de psycholoog, de kinesitherapeut en eventueel de specialist hun inspraak hebben. Zorgen voor een goede coördinatie tussen alle betrokken actoren is hierin noodzakelijk. Daarnaast moeten deze zorgverleners de nodige ondersteuning en vorming aangeboden krijgen. Ook een ondersteuning van de obese patiënt met oog op begeleiding kan drempelverlagend werken.

Gezien de patiënt vaak te kampen heeft met complicaties op psychologisch vlak zoals bijvoorbeeld het verlies van zelfvertrouwen, depressies, sociale discriminatie of stigmatisering, kan het belangrijk zijn dat er een gepaste psychologische begeleiding voorzien is. Een mogelijk voorbeeld van een initiatief dat werk maakt van een gepaste begeleiding is dat van Eetexpert.be. Deze organisatie heeft sinds 2008 twee werkgroepen opgericht voor het uitwerken van enkele gepaste aanbevelingen. Zowel voor psychologen als diëtisten hebben ze een werkboek opgesteld dat focust op de begeleiding van obesitas patiënten. Zulke initiatieven kunnen dienen als een leidraad bij de uitwerking van een zorgplan op maat van de patiënt. Het goede vorming van de zorgverlener met betrekking tot deze specifieke problematiek is belangrijk.

Ten slotte zijn er ook operatieve ingrepen (ook wel bariatrische chirurgie genoemd) mogelijk om obesitas en zwaarlijvigheid tegen te gaan. Er is weinig geweten over de doeltreffendheid van operaties bij obese mensen. Er wordt zelden gecommuniceerd dat bij zulke operaties regelmatig complicaties voorkomen en er vaak bijkomende operaties moeten worden uitgevoerd. Het Federaal kenniscentrum voor de gezondheidszorg (hierna KCE) raadt aan om deze operaties slechts terug te betalen onder strikte voorwaarden. Sinds het Koninklijk besluit van 3 augustus 2007 aangevuld met het KB van 24/2/2008 zijn er strikte voorwaarden verbonden aan de terugbetaling van bariatrische chirurgie. Zo moet de patiënt een BMI hebben van 40 of meer, ouder zijn dan 18 jaar, kunnen bewijzen dat men reeds langer dan 1 jaar verschillende

viser un groupe cible spécifique. Le marketing ciblant les enfants (*kids marketing*) en est un exemple. Il vise à rendre les produits sains comme les fruits, par exemple, plus attrayants pour les enfants.

3.2 Sur le plan curatif

Outre les possibilités existantes sur le plan préventif, il existe également des pistes sur le plan curatif. Par exemple, l'élaboration d'un plan de soins sur mesure et l'accompagnement du patient par une équipe multidisciplinaire sont deux pistes qui méritent d'être explorées. Tout plan de soins sur mesure doit certainement inclure les éléments suivants: objectifs concrets, suivi et modalités pratiques. Le médecin généraliste joue un rôle central dans les soins de première ligne. Il convient aussi d'y associer les diététiciens, les psychologues, les kinésithérapeutes et, éventuellement, les spécialistes. Une bonne coordination entre tous les acteurs concernés est nécessaire. En outre, ces prestataires de soins devraient recevoir le soutien et la formation nécessaires. Fournir un soutien au patient obèse en vue de son accompagnement pourrait également faciliter les choses.

Étant donné que le patient est souvent confronté à des complications d'ordre psychologique, comme une perte de confiance en soi, des dépressions, une discrimination sociale ou une stigmatisation, il importe de lui fournir un accompagnement psychologique adéquat. À cet égard, nous pourrions nous inspirer de l'initiative développée par Eetexpert.be. Depuis 2008, cette organisation a créé deux groupes de travail chargés d'élaborer plusieurs recommandations adaptées. Ceux-ci ont rédigé, à l'intention des psychologues comme des diététiciens, un guide axé sur l'accompagnement de patients obèses. Ce type d'initiative pourrait servir de fil conducteur lors de l'élaboration d'un plan de soins sur mesure destiné au patient. Il importe également que le praticien soit correctement formé concernant cette problématique spécifique.

Enfin, il est également possible de combattre l'obésité en recourant aux interventions chirurgicales (également connues sous le nom de chirurgie bariatrique). On sait peu de choses à propos de l'efficacité des opérations chez les sujets obèses. Il est rare que les médecins expliquent que des complications se posent régulièrement dans ce type d'opérations et qu'il faut souvent pratiquer des opérations supplémentaires. Le Centre fédéral d'Expertise des Soins de Santé (ci-après le KCE) conseille de ne rembourser ces opérations que sous de strictes conditions. Depuis l'arrêté royal du 3 août 2007, complété par l'arrêté royal du 24 février 2008, la chirurgie bariatrique est remboursée sous de strictes conditions. Ainsi, le patient doit avoir un BMI (IMC) égal ou supérieur à 40, avoir plus de dix-huit ans, être en mesure de prouver qu'il suit

dieetbehandelingen volgt en goedkeuring krijgen van de geneesheer-specialist chirurg, van een geneesheer-specialist internist en van een geneesheer-specialist psychiatrie of klinisch psycholoog. Ook geneesmiddelen om te vermageren hebben bij obesitaspatiënten hun nut nog niet bewezen.

Sonja BECQ (CD&V)
 Nathalie MUYLLE (CD&V)
 Yoleen VAN CAMP (N-VA)
 Roel DESEYN (CD&V)
 Veli YÜKSEL (CD&V)
 Franky DEMON (CD&V)
 Els VAN HOOFF (CD&V)
 Ine SOMERS (Open Vld)
 Dirk JANSSENS (Open Vld)
 Damien THIERRY (MR)

différents traitements par un régime depuis plus d'un an et avoir l'approbation du médecin spécialiste en chirurgie, d'un médecin spécialiste en médecine interne et d'un médecin spécialiste en psychiatrie ou d'un psychologue clinique. Chez les patients obèses, les médicaments d'amaigrissement n'ont, du reste, pas encore prouvé leur utilité.