

BELGISCHE SENAAAT

 ZITTING 2007-2008

 2 JULI 2008

Voorstel van resolutie ter bestrijding van anorexia

Voorstel van resolutie ter bestrijding van anorexia

Voorstel van resolutie ter bestrijding van anorexia

VERSLAG

NAMENS DE COMMISSIE VOOR
DE SOCIALE AANGELEGENHEDEN
UITGEBRACHT DOOR
MEVROUW VIENNE

SÉNAT DE BELGIQUE

 SESSION DE 2007-2008

 2 JUILLET 2008

Proposition de résolution visant à combattre l'anorexie

Proposition de résolution visant à combattre l'anorexie

Proposition de résolution visant à lutter contre l'anorexie

RAPPORT

FAIT AU NOM DE LA COMMISSION
DES AFFAIRES SOCIALES
PAR
MME VIENNE

Samenstelling van de commissie / Composition de la commission :

Voorzitter / Présidente : Nahima Lanjri.

Leden / Membres :

CD&V N-VA	Wouter Beke, Dirk Claes, Nahima Lanjri, Els Scheffhout.
MR	Jacques Brotchi, Richard Fournaux, Dominique Tilmans.
Open VLD	Jean-Jacques De Gucht, Patrik Vankrunkelsven.
Vlaams Belang	Jurgen Ceder, Nele Jansegers.
PS	Sfia Bouarfa, Christiane Vienne.
SP.A-Vl. Pro	Marleen Temmerman, Myriam Vanlerberghe.
CDH	Anne Delvaux.
Ecolo	Isabelle Durant.

Plaatsvervangers / Suppléants :

Sabine de Bethune, Louis Ide, Etienne Schouppe, Helga Stevens, Elke Tindemans.
Berni Collas, Christine Defraigne, Alain Destexhe, Philippe Monfils.
Margriet Hermans, Nele Lijnen, Paul Wille.
Yves Buysse, Hugo Coveliers, Karim Van Overmeire.
Joëlle Kapompolé, Philippe Mahoux, Olga Zrihen.
Bart Martens, Guy Swennen, Johan Vande Lanotte.
Marc Elsen, Jean-Paul Procureur.
Josy Dubié, Carine Russo.

Zie :
Stukken van de Senaat :**4-755 - 2007/2008 :**

Nr. 1 : Voorstel van resolutie van mevrouw Zrihen, de heer Collas en de dames Hermans, Kapompolé en Lanjri.
Nr. 2 : Amendementen.

*Zie ook :***Stukken van de Senaat :****4-37 - BZ 2007 :**

Nr. 1 : Voorstel van resolutie van de dames Zrihen en Kapompolé.

Stukken van de Senaat :**4-154 - BZ 2007 :**

Nr. 1 : Voorstel van resolutie van mevrouw Hermans en de heer Collas.

Voir :
Documents du Sénat :**4-755 - 2007/2008 :**

N° 1 : Proposition de résolution de Mme Zrihen, M. Collas et Mmes Hermans, Kapompolé et Lanjri.
N° 2 : Amendements.

*Voir aussi :***Documents du Sénat :****4-37 - SE 2007 :**

N° 1 : Proposition de résolution de Mmes Zrihen et Kapompolé.

Documents du Sénat :**4-154 - SE 2007 :**

N° 1 : Proposition de résolution de Mme Hermans et M. Collas.

I. INLEIDING

Het voorstel van resolutie ter bestrijding van anorexia van de dames Zrihen en Kapompolé (stuk Senaat, nr. 4-37/1) is ingediend op 12 juli 2007. Op 23 augustus 2007 is er een tweede voorstel van resolutie ter bestrijding van anorexia ingediend door mevrouw Hermans en de heer Collas (stuk Senaat, nr. 4-154/1). Beide voorstellen nemen de tekst over van voorstellen die reeds in de Senaat waren ingediend, respectievelijk op 6 maart 2007 en op 2 maart 2007.

De commissie voor de Sociale Aangelegenheden heeft deze twee voorstellen tegelijkertijd bestudeerd tijdens haar vergadering van 21 november 2007. Na deze vergadering is er beslist hoorzittingen te organiseren, die hebben plaatsgevonden op 12 december 2007. Het verslag hiervan gaat als bijlage bij dit verslag.

Aangezien de commissie het er niet over eens was welke tekst als basis voor de besprekingen moest dienen, zijn de indieners van beide voorstellen samengekomen om een nieuwe tekst uit te werken. Dit overleg heeft geleid tot voorstel van resolutie nr. 4-755/1, ingediend op 15 mei 2007 en ondertekend door leden van de PS, MR, Vld, CD&V en cdH.

De commissie heeft dit voorstel van resolutie besproken tijdens haar vergaderingen van 25 juni en 2 juli 2008.

II. INLEIDENDE UITEENZETTINGEN DOOR DE INDIENERS VAN DE VOORSTELLEN VAN RESOLUTIE

A. Voorstel van resolutie nr. 4-37/1

Mevrouw Zrihen legt uit dat het wetsvoorstel dat zij samen met mevrouw Kapompolé heeft ingediend, is ingegeven door een situatie die veel mensen kennen en die in het licht is gesteld door de affiches met een zeer magere, zelfs uitgemergelde vrouw.

De manier waarop menselijke relaties in deze maatschappij worden opgevat, zorgt ervoor dat sommigen menen dat een vrouwenlichaam op welke manier dan ook kan worden gebruikt. Een vrouwenlichaam dat gebruikt wordt voor de mode is een complete ontkenning van alles wat de identiteit van een vrouw kan inhouden. Doordat het lichaam aan een zeer specifiek model moet beantwoorden, is er geen respect voor de diversiteit en voor de manier waarop lichamen afgebeeld moeten worden.

Wat modellen en mode betreft, denkt mevrouw Zrihen dat de grens van het aanvaardbare nu wel bereikt is. Men stelt vast dat sommige vrouwen, om

I. INTRODUCTION

La proposition de résolution visant à combattre l'anorexie, de Mmes Zrihen et Kapompolé, (doc. Sénat, n° 4-37/1) a été déposée le 12 juillet 2007. Le 23 août 2007, une seconde proposition de résolution visant à lutter contre l'anorexie a été déposée par Mme Hermans et M. Collas (doc. Sénat, n° 4-154/1). L'une et l'autre propositions reprennent le texte de propositions déjà déposées au Sénat, respectivement le 6 mars 2007 et le 2 mars 2007.

La commission des Affaires sociales a examiné ces deux propositions conjointement lors de sa réunion du 21 novembre 2007. À l'issue de celle-ci, elle a décidé d'organiser des auditions, lesquelles ont eu lieu le 12 décembre 2007. Leur compte-rendu figure en annexe au présent rapport.

La commission étant partagée sur le choix du texte à prendre comme base de ses discussions, les auteurs des deux propositions à l'examen se sont réunis afin d'élaborer ensemble un nouveau texte. Cette concertation a abouti à la proposition de résolution n° 4-755/1, déposée le 15 mai 2007, et co-signée par des membres du PS, MR, Vld, CD&V et cdH.

La commission a examiné la proposition de résolution lors de ses réunions des 25 juin et 2 juillet 2008.

II. EXPOSÉS INTRODUCTIFS DES AUTEURS DES PROPOSITIONS DE RÉOLUTION

A. Proposition de résolution n° 4-37/1

Mme Zrihen explique que la proposition de loi qu'elle a déposée avec madame Kapompolé, s'appuie sur une situation que beaucoup de personnes ont pu constater et qui a été mise en exergue par la publicité d'une jeune femme extrêmement maigre, même décharnée.

Par la manière dont on conçoit dans le monde les relations humaines, il arrive que certains considèrent que le corps des femmes peut être utilisé comme on le veut. Le corps de la femme utilisé pour la mode est une négation totale de ce que peut être une identité de femme. Du fait que le corps doit s'inscrire dans un modèle très particulier, il n'y a aucun respect pour la diversité et la manière dont les corps doivent être représentés.

En ce qui concerne les mannequins et la mode, il semble à madame Zrihen que le maximum de ce qui est supportable a été atteint. On constate que, pour

aan de vereiste normen voor de modeshows te beantwoorden, in het kader van hun werk tot extreme toestanden komen, om toch mee te kunnen doen aan de slankheidscultus. Die cultus kan zelfs tot dodelijke situaties leiden.

In België is anorexia een probleem dat ongeveer 9 000 personen aanbelangt, voornamelijk vrouwen. Men kan deze problematiek niet langer laten aanslepen. Anderzijds is het duidelijk dat alle betrokken niveaus een positief gezondheidsbeleid trachten te voeren dat erop gericht is een langere levensduur te bewerkstelligen.

Bij anorexia zijn er heel veel elementen in het spel. De reclame speelt een erg grote rol, door slanke of zelfs magere vrouwen te blijven voorstellen als ideaalbeeld. Daarbij komt nog een pro-anorexiastroming. Sommige jonge meisjes stellen zichzelf aan enorme risico's bloot. Recepten om te vermageren en tips over braakmethoden en manieren om ouders en artsen om de tuin te leiden doen vrij de ronde op internet.

Men kan dus onmogelijk ongevoelig blijven voor dit probleem. Deze resolutie kan tegelijkertijd de modewereld, die dit fenomeen voedt, aan de kaak stellen en het bewustmakingsproces nog meer stimuleren, zodat jonge meisjes kunnen opgroeien tot evenwichtige volwassenen.

B. Voorstel van resolutie nr. 4-154/1

Mevrouw Hermans wijst erop dat men in ons land steeds meer met anorexia wordt geconfronteerd, zonder dat hierover exacte cijfers beschikbaar zijn. Dit is betreurenswaardig, maar vast staat dat de puberteit voor vele jonge mensen zeer belangrijk is. De mode is heel belangrijk voor het bepalen van het zelfbeeld. Aan de basis van anorexia liggen ook tal van psychologische problemen die, gecombineerd met sociale en en soms ook genetische oorzaken, de persoonlijkheid van de betrokken personen helemaal kunnen veranderen.

Om te bepalen wie al dan niet te mager is doet men vaak een beroep op de zogenaamde «body mass index» (BMI). Normaal ligt die index tussen 25 en 30, maar vanaf een BMI onder 18 lijdt men aan ondergewicht, beneden 14 is men in hoge mate ondervoed en onder 11 bestaat een reëel risico op overlijden.

Spreekster wijst erop dat het internet een belangrijke rol speelt in deze problematiek. Er bestaan bijvoorbeeld verschillende «pro-ana» sites, waar men met mekaar in competitie kan treden en men mekaar feliciteert over het zo laag mogelijke lichaamsgewicht.

pouvoir correspondre aux normes nécessaires pour pouvoir faire les défilés, certaines femmes vont arriver -dans le cadre de leur travail!- à des situations extrêmes pour pouvoir répondre au culte de la minceur. Ce culte peut même les conduire à des situations mortifères.

En Belgique, l'anorexie est un trouble qui concerne environ 9 000 personnes, principalement des femmes. Il est impossible de laisser cette problématique se poursuivre. D'autre part, il est clair que chaque niveau concerné essaye de mener une politique de santé qui soit positive et qui permette aux personnes d'avoir une vie plus longue.

Enormément d'éléments entrent en compte dans le cas de l'anorexie. La publicité joue un rôle majeur, en continuant de porter comme idéal une femme mince, voire maigre. De plus, il existe un courant pro-anorexique. Certaines jeunes filles se mettent dans des situations de risque énorme. Des recettes pour maigrir et des tuyaux sur la méthode pour vomir et les moyens pour bernier ses parents et son docteur circulent maintenant librement sur internet.

Il est donc impossible de rester insensible à la question. Cette résolution pourrait dénoncer à la fois l'univers de la mode qui encourage ce phénomène, et essayer de sensibiliser encore plus pour que les jeunes filles puissent devenir des adultes équilibrés.

B. Proposition de résolution n° 4-154/1

Mme Hermans souligne que notre pays est de plus en plus confronté à l'anorexie, sans que nous disposions de chiffres précis à ce sujet. Cette situation est regrettable, mais une chose est déjà sûre : pour de nombreux jeunes, la puberté est une période capitale. La mode joue un rôle de première importance pour la construction de l'image de soi. L'anorexie est également causée par toutes sortes de problèmes psychologiques qui, en combinaison avec des causes sociales et parfois aussi génétiques, peuvent modifier radicalement la personnalité des personnes concernées.

Pour déterminer si une personne est trop maigre, l'on se réfère souvent à l'indice de masse corporelle (IMC). L'indice normal se situe entre 25 et 30. Un IMC inférieur à 18 correspond à un état de maigreur; s'il est inférieur à 14, le patient est gravement sous-alimenté et en dessous de 11, le risque de décès est réel.

L'intervenante souligne que l'Internet joue un rôle important dans cette problématique. Il existe par exemple des sites «pro ana» où les anorexiques peuvent se lancer des défis et se féliciter mutuellement lorsqu'ils ont atteint le poids corporel le plus bas possible.

Ook de modewereld heeft heel wat impact. Men zou met de belangrijke spelers in de mode tot een covenant moeten kunnen komen om te magere modellen te bannen. Sommige landen, zoals Spanje en Italië, hebben reeds de strijd aangebonden tegen anorexia in de mode. Zo worden meisjes met een BMI onder de 24 geweigerd op de catwalk.

Concreet, wordt in het voorstel van resolutie nr. 4-154 het volgende voorgesteld :

— Een studie uit te voeren die duidelijker en vollediger gegevens over de Belgische situatie kan verschaffen;

— Ervoor te zorgen dat anorexia op de agenda van Europese Commissie wordt geplaatst;

— Ervoor te zorgen dat internetproviders een waarschuwingsboodschap op pro-ana-blogs en -websites plaatsen;

— Besprekingen aan te vatten met de Belgische modesector om na te gaan of een ethische code haalbaar en nuttig is.

Voor het overige verwijst spreekster naar de schriftelijke toelichting bij het voorstel van resolutie.

C. Voorstel van resolutie nr. 4-755/1

Mevrouw Zrihen legt uit dat voorstel nr. 4-755/1 het resultaat is van een samenwerking van de PS, MR, Vld, cdH en CD&V. Het is de bedoeling anorexia te doen erkennen als een ziekte op zich en alle aspecten ervan te bevatten. Anorexia is een waar maatschappelijk probleem geworden en het fenomeen ontwikkelt zich nog meer onder invloed van de nieuwe technologieën, de media die bepaalde rolmodellen naar voren schuiven en die het idee versterken dat er slechts één type van vrouwelijk ideaal bestaat. Anorexia treft niet slechts één persoon maar heeft gevolgen voor zijn hele omgeving, die het slachtoffer wordt van de sfeer en de gevolgen van de ziekte.

Het voorstel vraagt het modemilieu om dit soort houding niet te bevestigen. Naar het voorbeeld van wat in andere landen bestaat, stelt de tekst een deontologische code voor. Ook bevat het voorstel een gedeelte over preventie en spoort het de gemeenschappen aan om zich hiervoor in te zetten door bewustmakingscampagnes te organiseren, die gezond leven, zelfvertrouwen en de aanvaarding van verschillende vrouwelijke ideaalbeelden moeten aanmoedigen.

Het voorstel van resolutie eindigt met een oproep aan de Europese Commissie, om alle ministers van volksgezondheid in de verschillende lidstaten ertoe aan te zetten preventie te organiseren.

Le monde de la mode exerce également une influence très importante. Il faudrait arriver à faire signer aux principaux acteurs de la mode une charte bannissant les modèles trop maigres. Certains pays comme l'Espagne et l'Italie ont déjà déclaré la guerre à l'anorexie dans la mode. Ainsi, les mannequins dont l'IMC est inférieur à 18 ne peuvent plus participer à des défilés de mode.

Concrètement, la proposition de résolution n° 4-154 émet les recommandations suivantes :

— Réaliser une étude qui nous donnera des chiffres plus complets et plus précis sur la situation en Belgique;

— Faire en sorte que le problème de l'anorexie soit inscrit à l'ordre du jour de la Commission européenne;

— Obtenir des fournisseurs d'accès à Internet qu'ils placent un message d'avertissement sur les sites internet et blogs pro-ana;

— Entamer des discussions avec le secteur belge de la mode en vue de vérifier la faisabilité et l'utilité d'un code éthique.

Pour le reste, l'intervenante renvoie aux développements de la proposition de résolution.

C. Proposition de résolution n° 4-755/1

Mme Zrihen explique que la proposition n° 4-755/1 est le résultat d'un travail collectif associant le PS, le MR, le Vld, le cdH et le CD&V. L'objectif est d'arriver à ce que l'anorexie soit reconnue comme maladie en tant que telle et d'essayer d'en appréhender tous les aspects. L'anorexie est devenue un véritable problème de société et le phénomène ne fait que se développer sous l'influence des nouvelles technologies, des médias qui véhiculent certains modèles et renforcent l'idée qu'il n'existe qu'un seul type d'idéal féminin. L'anorexie ne touche pas seulement une personne mais elle a des conséquences sur tout son entourage, victime de l'ambiance et des séquelles de la maladie.

La proposition invite le milieu de la mode à ne pas renforcer ce type d'attitude. À l'instar de ce qui existe dans d'autres pays, le texte propose un code de déontologie. La proposition contient aussi un volet prévention et engage les communautés à y participer en organisant des campagnes de sensibilisation visant à promouvoir une vie saine, une bonne estime de soi et l'acceptation de différents modèles d'idéal féminin.

La proposition de résolution se termine par une sollicitation de la Commission européenne afin que tous les ministres de la Santé publique organisent la prévention dans les différents États membres.

Mevrouw Hermans vestigt de aandacht op een paar aanbevelingen die zij bijzonder belangrijk vindt. De eerste heeft te maken met schoonheidswedstrijden en reclame in het algemeen. Het is uiterst belangrijk dat de sector verbintenissen aangaat, want uit de hoorzittingen is gebleken dat de anorexiaslachtoffers vaak meisjes zijn — en in mindere mate jongens — die goedgelovig zijn en die zich door de media laten manipuleren.

Het vierde punt beveelt aan om waarschuwingen te plaatsen op de pro-anorexia-sites. In Nederland is aangetoond dat deze waarschuwingen 60% van de mensen die dit soort sites bezoeken, tegenhouden.

Punt 7 is ook belangrijk, omdat het de nadruk legt op het herkennen van de symptomen van de ziekte, in het bijzonder door artsen. Punt 8 ten slotte onderstreept dat de patiënten tijdig multidisciplinaire behandeling nodig hebben op lange termijn.

De heer Collas benadrukt dat de gemeenschappen moeten worden betrokken bij alle preventieve aspecten van het voorstel van resolutie. Het lid verwijst naar de getuigenis van een 18-jarig meisje dat hem geschreven heeft. Zij lijdt reeds 5 jaar aan anorexia en is blij dat de bestrijding van deze ziekte op de agenda van het parlement staat. Als jonge vrouw en als jonge burger denkt zij niet dat zij veel kan bijdragen tot het politiek debat, maar zij wil toch laten weten aan de parlementsleden dat hun werk door de samenleving naar waarde wordt geschat. Zij denkt dat een verbod op pro-anorexia-sites een stap in de goede richting is. Zij vraagt zich echter wel af of eetstoornissen niet op een andere manier moeten worden aangepakt en of er niet meer geïnvesteerd moet worden in de zorgverlening. Dit is zeker niet eenvoudig, maar er is in België een gebrek aan instellingen die gespecialiseerd zijn in de behandeling van eetstoornissen. Begin september is een meisje opgenomen in een Nederlandse kliniek, omdat de verzorging die zij nodig had in België niet verkregen kan worden. Het is bewezen dat er een groeiend aantal mensen is met eetstoornissen, terwijl hun leeftijd ook daalt. De wachtlijsten voor opname zijn zeer lang.

Een verbod op pro-anorexia-sites is dus een positieve maatregel, maar dit zal anorexia niet uit de wereld bannen. Anorexia is een ziekte, geen modefenomeen.

Een andere getuigenis, die uitgaat van iemand die in de zorgsector werkt, bevestigt dat het aantal jongeren met eetstoornissen stijgt, met een piek rond de leeftijd van dertien-veertien jaar. Er bestaan in België geen cijfers over de pro-anorexia-sites, noch over anorexia bij jongeren, en er is ook geen echt zorgprogramma

Mme Hermans attire l'attention sur quelques recommandations auxquelles elle attache particulièrement d'importance. La première concerne les concours de beauté et la publicité en général. Il est essentiel que des engagements soient pris dans ces secteurs car les auditions ont montré que les victimes de l'anorexie étaient souvent des filles — dans une moindre mesure des garçons— crédules et qui se laissaient manipuler par les médias.

Le quatrième point recommande l'insertion de messages d'avertissement sur les sites Internet pro-anorexiques. En effet, il a été prouvé aux Pays-Bas que ces messages arrêtent 60% des gens qui consultent ce genre de site.

Le point 7 est également important en ce qu'il met l'accent sur la reconnaissance des symptômes de la maladie, en particulier par les médecins. Enfin, le point 8 souligne que ces patients doivent recevoir un traitement multidisciplinaire, sur le long terme et en temps opportun.

M. Collas insiste sur la nécessité d'impliquer les Communautés pour tout l'aspect prévention de la proposition de résolution. Le membre cite ensuite le témoignage d'une jeune fille de 18 ans dont il a reçu le courrier. Celle-ci souffre d'anorexie depuis cinq ans et se réjouit que la lutte contre cette maladie ait été mise à l'ordre du jour du Parlement. En tant que jeune femme et jeune citoyenne, elle pense n'avoir évidemment pas grand-chose à apporter au débat politique mais elle y contribue néanmoins en montrant aux parlementaires que leur travail est apprécié par la société. Pour elle, l'interdiction des sites pro-anorexiques constitue un pas dans la bonne direction. Cependant, elle se pose la question de savoir si les désordres alimentaires ne devraient pas être appréhendés d'une autre manière, en investissant davantage dans les soins. Ce n'est certes pas simple, mais la Belgique souffre d'un manque d'instances spécialisées dans le traitement des désordres alimentaires. Depuis le début du mois de septembre, la jeune fille est hospitalisée dans une clinique aux Pays-Bas parce que l'aide dont elle avait besoin ne pouvait être fournie en Belgique. Il est prouvé que le nombre de personnes touchées par les désordres alimentaires augmente tandis que leur âge diminue. Les listes d'attente pour être hospitalisé sont énormes.

L'interdiction des sites internet pro-anorexie constitue donc une mesure positive mais elle ne va pas faire disparaître l'anorexie. L'anorexie est une maladie, pas un phénomène de mode.

Par ailleurs, un autre témoignage émanant d'une personne travaillant dans le secteur des soins confirme l'augmentation des désordres alimentaires chez les jeunes, avec un pic autour de treize-quatorze ans. En Belgique, il n'existe pas de données chiffrées relatives aux sites pro-anorexie et à l'anorexie chez les jeunes,

ontwikkeld. Gezien hun jonge leeftijd en de verwikkelingen die kunnen optreden in hun ontwikkeling, dienen deze patiënten multidisciplinair behandeld te worden en moeten er tegelijkertijd artsen, psychologen en diëtisten bij betrokken worden. Dit soort initiatieven bestaat haast niet binnen de ziekenhuizen. Ook de poliklinische zorg is niet goed georganiseerd. Op dit vlak zijn er zeker middelen nodig voor onderzoek en verdere ontwikkeling van de poliklinische zorg.

III. BESPREKING

A. Algemene bespreking

Mevrouw Vanlerberghe is verheugd met de belangstelling voor de problematiek van de strijd tegen anorexia die, samen met de strijd tegen obesitas, een belangrijk element moet vormen in een beleid inzake volksgezondheid. Het belang daarvan — en zeker de invloed van het internet bij anorexiapatiënten — kan moeilijk worden overschat. Zij pleit er dan ook voor om de verschillende voorstellen van resolutie samen te bundelen en te komen tot één tekst die ruim gedragen is door de commissie.

Mevrouw Jansegers staat helemaal achter de voorstellen van resolutie. Zij is het ermee eens dat de modewereld voor zijn verantwoordelijkheid wordt gesteld, maar meent dat dit ook in andere maatschappelijke sectoren dient te gebeuren. Zij verwijst naar de wereld van de topsport — men denke aan ballet of ijsschaatsen — waarin vooral meisjes door hun coach bijna worden gedwongen om hun gewicht te laten zakken onder een kritisch niveau om bepaalde handelingen te kunnen uitvoeren. Dit heeft vaak nog weinig met sport te maken en brengt integendeel het lichaam van de betrokkenen ernstige schade toe.

Parallel met de problematiek van obesitas, waar wordt verwezen naar het belang van het medisch schooltoezicht, lijkt het ook in het geval van anorexiapatiënten wenselijk dat tijdig bepaalde knipperlichten gaan branden. Het medisch schooltoezicht zou de ouders van het betrokken kind onmiddellijk moeten informeren; het mag immers niet vrijblijvend zijn.

Mevrouw Van Ermen is het hiermee eens en wijst erop dat niet enkel meisjes worden gedwongen om hun lichaamsgewicht tot in het extreme te laten zakken. Ook bij jongens is dit geval, bijvoorbeeld in de paardensport.

De heer Elsen feliciteert de indieners van de voorstellen van resolutie met hun initiatief. Het betreft een heel belangrijk probleem, dat aangepakt moet worden via de actoren uit zowel de modewereld als de media, enz. Dankzij personen uit de gezondheidszorg weten wij echter dat het ook een maatschappelijk en

pas plus que de soins réellement développés. Vu leur jeune âge et les complications qui peuvent survenir dans leur développement, ce groupe de patients requiert une approche multidisciplinaire, comprenant à la fois des médecins, des psychologues et des diététiciens. Ce type d'initiative existe peu au sein des hôpitaux. Les soins ambulatoires sont aussi peu organisés. Sur ce plan, des moyens sont certainement nécessaires pour la recherche et le développement des soins ambulatoires.

III. DISCUSSION

A. Discussion générale

Mme Vanlerberghe se réjouit de l'intérêt que suscite la problématique de la lutte contre l'anorexie qui doit constituer, conjointement avec la lutte contre l'obésité, un élément majeur de la politique en matière de santé publique. L'importance du problème — et surtout l'influence de l'Internet sur les personnes anorexiques — ne saurait être surestimée. L'intervenante plaide dès lors pour que l'on regroupe les différentes propositions de résolution afin de parvenir à un texte unique auquel la commission pourrait apporter un large soutien.

Mme Jansegers déclare qu'elle soutient pleinement les propositions de résolution et qu'elle est d'accord sur le fait qu'il faut placer les milieux de la mode devant leurs responsabilités, mais qu'il faut le faire aussi pour d'autres secteurs de la société. Elle pense au monde du sport de haut niveau — citons la danse classique ou le patinage sur glace — où les filles, principalement, sont quasiment contraintes par leur entraîneur de maigrir jusqu'en-deçà d'un seuil critique de manière à pouvoir réaliser certaines figures. C'est une pratique qui n'a plus grand-chose à voir avec le sport et qui nuit gravement à l'organisme des intéressées.

Parallèlement à la problématique de l'obésité, pour laquelle on souligne l'importance de la surveillance médicale scolaire, il semble également souhaitable, dans le cas des personnes anorexiques, de mettre en place certains clignotants qui pourraient fonctionner en temps opportun. La surveillance médicale scolaire devrait informer directement les parents de l'enfant concerné et être ainsi réellement suivie d'effets.

Mme Van Ermen abonde dans le même sens et souligne qu'il n'y a pas que les filles que l'on force à maigrir jusqu'à l'extrême. Les garçons aussi subissent des pressions dans ce sens, en particulier dans le sport équestre.

M. Elsen félicite les auteurs des propositions de résolution pour leur initiative. Il s'agit d'une problématique très importante et il faut se baser sur les acteurs, soit de la mode, soit de la communication, etc. Mais, à travers les personnes s'occupant des soins de santé, on sait qu'il y a également un problème de

psychologisch probleem betreft dat een multidisciplinaire aanpak vereist. Zowel de psychologische aspecten als de gezinsomgeving en andere aanverwante aspecten moeten worden geanalyseerd. Wij moeten het dus niet alleen over anorexia hebben, maar over alle jongeren die lijden aan stoornissen die te maken hebben met anorexia. Een resolutie moet ambitieus zijn en rekening houden met al deze psychologische factoren, die niet alleen te vinden zijn bij meisjes die model willen worden, maar ook bij andere jongeren.

Spreekster meent dat er aandacht moet zijn voor preventie in de resolutie, en dat het onderzoek op dit vlak verbeterd moet worden. Vele gezinnen die te maken krijgen met anorexia weten niet wie zij kunnen aanspreken. Hij vindt dat de psychotherapeutische begeleiding onvoldoende ontwikkeld is. Vele therapeuten geven toe dat zij machteloos staan tegenover dit probleem en dat zij niet weten hoe ze het moeten aanpakken. Het onderzoek moet dus worden ontwikkeld voor een probleem dat nog zal uitbreiden, als men de statistieken mag geloven.

Bovendien vindt de heer Elsen dat men in voorstellen van resoluties moet verwijzen naar reeds bestaande maatregelen inzake gezondheidsplanning, zoals het nationaal plan voor voeding en gezondheid voor de periode 2005-2010.

Ook moet men rekening houden met de charters betreffende anorexia die de Vlaamse en de Franse Gemeenschap goedgekeurd hebben, en die ondertekend zijn door modeagentschappen en vertegenwoordigers van de pers.

Mevrouw Vanlerberghe is van oordeel dat preventie in deze aangelegenheid essentieel is. Dit is evenwel een bevoegdheid van de gemeenschappen en zij moeten dan ook worden betrokken in een eventuele resolutie die het licht zou zien. De gemeenschaps-senatoren dienen hierin dan ook een rol te spelen. Zij is het niet eens met de opmerking die vaak wordt gemaakt, dat de Senaat niet over preventie kan spreken omdat dit een gemeenschapsbevoegdheid is. De anorexiapatiënten hebben immers geen boodschap aan de moeilijkheden die het gevolg zijn van de federale staatsstructuur.

Spreekster is het verder eens met diegenen die beweren dat anorexia niet enkel een zaak is van modedesigners of topsporters. Jonge meisjes die in hun vrije tijd aan ballet doen worden reeds onder druk gezet om hun gewicht tot in het extreme toe te controleren. Daar kan men echter tegen optreden door heel concrete maatregelen te nemen. Zo mogen balletdansers bijvoorbeeld niet meer optreden wanneer een arts hen niet vooraf medisch geschikt heeft gevonden, onder meer op het vlak van het gewicht.

société et un problème d'ordre psychologique qui devrait être analysé de façon pluridisciplinaire, c'est-à-dire sous l'angle psychologique, mais également sous l'angle du milieu familial et d'autres problèmes qui y sont liés. Il ne faut donc pas seulement parler de l'anorexie, mais prendre en considération l'ensemble de ces jeunes qui sont atteints de troubles anorexiques. Une résolution doit être ambitieuse et doit tenir compte de tous ces éléments d'ordre psychologique, qui ne concernent pas seulement des jeunes filles qui veulent devenir mannequin, mais également les autres jeunes.

L'orateur est d'avis qu'il faut envisager dans la résolution la prévention, tout en améliorant la recherche de ce point de vue. Beaucoup de familles concernées par l'anorexie ne savent pas où s'adresser. Il trouve que l'ensemble du dispositif de psychothérapie n'est pas suffisamment développé. Beaucoup de thérapeutes avouent se sentir très démunis par rapport à cette problématique et ne savent pas comment s'y attaquer. Il faut donc développer la recherche pour cette problématique qui prendra encore de l'ampleur, si l'on en croit les statistiques.

De plus, M. Elsen trouve que, dans des propositions de résolution, il faut faire référence à des dispositifs qui existent déjà en matière de planification santé, comme par exemple le plan national nutrition et santé qui existe pour la période 2005-2010.

Il faut aussi prendre en compte les chartes relatives à l'anorexie qui ont été adoptées par les parlements des communautés flamande et française, et qui sont signées par des agences de mannequinat et par des représentants de la presse.

Mme Vanlerberghe est d'avis que, dans ce domaine, la prévention est essentielle. Toutefois, ce sont les communautés qui sont compétentes en la matière et qui devraient dès lors être associées à l'élaboration éventuelle d'une résolution. Les sénateurs de communauté ont donc un rôle à jouer en l'espèce. L'intervenante n'est pas d'accord avec la remarque, souvent formulée, selon laquelle le Sénat n'a pas à se mêler de prévention puisque celle-ci relève de la compétence des communautés. Les personnes anorexiques n'ont en effet que faire des difficultés résultant de la structure fédérale de l'État.

Par ailleurs, l'intervenante partage l'avis de ceux qui estiment que l'anorexie n'est pas qu'une affaire de mannequins ou de sportives de haut niveau. Les jeunes filles qui pratiquent la danse classique à titre de loisir subissent, elles aussi, des pressions afin de contrôler leur poids jusqu'à l'extrême. On pourrait toutefois lutter contre cette tendance en prenant des mesures très concrètes. Ainsi, on pourrait interdire aux danseuses de ballet de se produire si elles n'ont pas au préalable été déclarées médicalement aptes à le faire, notamment du point de vue du poids. Il s'agit d'une mesure très

Dergelijke maatregel is zeer eenvoudig en zeer doeltreffend en kan op federaal vlak worden gerealiseerd.

Mevrouw Vanlerberghe stelt voor om enkele experts uit te nodigen die suggesties kunnen doen voor maatregelen die eveneens heel concreet en makkelijk te realiseren zijn, zowel op het federale vlak als op het vlak van de gemeenschappen, wat de preventie betreft.

Mevrouw Vienne meent dat er tussen de gewesten problemen zijn met de zichtbaarheid wat de volksgezondheid betreft. De gemeenschappen en gewesten hebben een aantal maatregelen genomen om het probleem meer zichtbaar te maken en om oplossingen aan te reiken. Zo werden in Wallonië middelen vrijgemaakt voor een ziekenhuis om zich te specialiseren in de begeleiding van anorexia.

Anorexia is een echt probleem van volksgezondheid dat door geen enkel machtsniveau ernstig aangepakt wordt.

Laten wij niet vergeten dat deze ziekte ook jongens treft, en niet alleen meisjes.

Wanneer men het heeft over eetstoornissen, is het duidelijk dat men verwijst naar een stoornis van psychiatrische aard, maar ook naar de hele verhouding tot het lichaam, die voortwerkt in de huidige sociale verhoudingen. Deze verhouding is veel ingewikkelder dan een gewone verhouding tot de mode en het beeld. Tijdens een bezoek aan een ziekenhuis dat gespecialiseerd is in de begeleiding van anorexia, heeft spreker vastgesteld dat acht op tien patiënten aan zelfverminking deden. Anorexia moet dus deel uitmaken van een ruimere aanpak, wat de zaak er niet gemakkelijker op maakt.

Spreekster meent dus dat de resolutie uitgediept zou moeten worden. Zij wenst ook een ontmoeting met verschillende specialisten om een betere wetenschappelijke kijk te hebben op het probleem.

De heer Dallemagne is het eens met de opmerking van mevrouw Vienne. Men mag niet laten geloven dat alle 9 000 personen die aan anorexia lijden rechtstreeks onder invloed staan van de modewereld. De discussie moet ruimer worden en men moet zich afvragen hoe men dit ernstig probleem van volksgezondheid kan aanpakken en gebruik kan maken van de bevoegdheden van de gemeenschappen en gewesten en van de federale overheid.

Mevrouw Van Ermen wijst erop dat, naast de anorexiapatiënten die werden beïnvloed door de modewereld en de sport, er ook mensen zijn met anorexia als gevolg van genetische redenen. Jammer genoeg blijkt uit ervaring dat voor deze patiënten ook psychologische begeleiding weinig soelaas biedt. Voor hen blijkt de beste therapie erin te bestaan om ze in te schakelen in het leven op een boerderij, dat een

simple et très efficace, et qui pourrait être mise en œuvre au niveau fédéral.

Mme Vanlerberghe suggère d'inviter plusieurs experts afin qu'ils proposent des mesures très concrètes et faciles à mettre en œuvre et ce, tant au niveau fédéral qu'au niveau des communautés compétentes en matière de prévention.

Mme Vienne pense qu'il y a des problèmes de visibilité entre les régions en matière de santé publique. Un certain nombre de mesures ont été prises dans les communautés et les régions pour à la fois visibiliser la problématique et tenter d'y apporter des solutions. Dans ce but, une clinique en Région wallonne a été financée pour se spécialiser dans l'accompagnement de l'anorexie.

L'anorexie est un véritable problème de santé publique qui n'est pris sérieusement en charge par aucun niveau de pouvoir.

Il ne faut pas oublier que cette maladie concerne aussi des garçons. Il ne s'agit pas d'un désordre qui atteint uniquement les femmes.

Lorsque l'on parle de désordre alimentaire, il est clair que l'on fait référence à la fois à un trouble à l'origine psychiatrique, mais également à tout le rapport au corps qui est induit dans les rapports sociaux d'aujourd'hui. Ce rapport est infiniment plus complexe que simplement un rapport à la mode et à l'image. Lors d'une visite à la clinique qui s'est spécialisée dans l'accompagnement de l'anorexie, la sénatrice a constaté que 8 patientes sur 10 pratiquaient l'auto-mutilation. L'anorexie doit donc s'intégrer dans une réflexion plus globale, ce qui ne rend pas la tâche plus facile.

La résolution mérite donc, selon l'intervenante, d'être approfondie. Elle souhaite également rencontrer plusieurs spécialistes de manière à avoir une vision mieux étayée sur le plan scientifique.

M. Dallemagne est d'accord avec la remarque de madame Vienne. Il ne faut pas laisser croire que les 9 000 personnes qui souffrent d'anorexie ont toutes un lien direct avec la mode. Il faut élargir la discussion et se demander comment aborder ce grave problème de santé publique, en articulant les responsabilités des communautés, des régions et de l'État fédéral.

Mme Van Ermen souligne qu'en plus des personnes anorexiques qui ont été influencées par le monde de la mode et du sport, il y a également des personnes chez lesquelles l'anorexie résulte de facteurs génétiques. L'expérience montre que l'accompagnement psychologique n'est hélas pas d'un grand secours pour cette catégorie de patients. Pour eux, la meilleure thérapie consiste à les faire participer à la vie d'une ferme, ce

ontwenning van de obsessie voor hun gewicht vergemakkelijkt. Deze therapie valt niet onder te brengen in de klassieke terugbetalingsregels van het RIZIV, maar blijkt wel effect te hebben.

Mevrouw Hermans pleit voor een versterkte samenwerking met de gemeenschappen en met de Europese instanties. Zij is het eens met de organisatie van hoorzittingen over deze problematiek.

Mevrouw Zrihen is heel blij dat de ernst van het probleem wordt onderkend en dat het als een probleem van volksgezondheid beschouwd wordt. Het is belangrijk om een wetenschappelijk onderbouwde tekst te hebben. Deskundigen kunnen werkpistes aangeven die kunnen uitmonden in volwaardige preventie-instrumenten inzake volksgezondheid.

Mevrouw Lanjri, voorzitter, verklaart dat zij het voorstel van resolutie nr. 4-755 mee heeft ondertekend omdat zij ook de ernst van het probleem erkent. Jaarlijks worden 9 000 jongeren getroffen en dat cijfer stijgt nog terwijl de leeftijd van de getroffen personen daalt. De tekst is in vergelijking met de beide vorige teksten (nr. 4-37/1 en 4-154/1) uitgebreid op basis van de hoorzittingen. De voorzitter dringt er bij de minister op aan dat de tekst, zodra hij goedgekeurd is, geen dode letter blijft.

Mevrouw Vanlerberghe verheugt zich erover dat deze vreselijke problematiek, die voornamelijk jongeren treft, wordt bestudeerd. Deze ochtend nog heeft de pers bericht over een enquête van het weekblad Joepie bij 8 000 jongeren, waaruit blijkt dat 94% meent gewichtsproblemen te hebben.

Het lid vindt echter dat het voorstel van resolutie te veel is toegespitst op de modewereld, terwijl de ziekte andere oorzaken heeft. Het probleem zou beter afgebakend moeten worden. Anorexia is duidelijk aanwezig in sportmiddens — niet alleen in de danswereld — en in de sector van de vrijetijdsbesteding. Zij vraagt dus om een uitbreiding van de draagwijdte van de tekst.

Anorexia mag niet los worden gezien van andere eetstoornissen. Het is gewoon de meest ernstige vorm aangezien het levensbedreigend kan zijn.

Het is trouwens niet alleen de federale overheid die aandacht moet hebben voor het probleem. Ook scholen, CLB's enz. spelen een belangrijke rol, en zij hangen af van de gemeenschappen. Er moet dus in overleg worden gehandeld.

Preventie moet al vroeg genoeg op school beginnen. Maar als de ziekte zich manifesteert, is intensieve begeleiding nodig. Volgens spreekster kan de resolutie de indruk wekken dat anorexia een probleem is van de modewereld. Het is echter een probleem dat voort-

qui les aidera à perdre leur obsession du poids. Si cette thérapie ne s'inscrit pas dans les règles de remboursement classiques de l'INAMI, elle n'en produit pas moins des résultats.

Mme Hermans plaide pour une collaboration renforcée avec les communautés et les instances européennes. Elle est favorable à l'idée d'organiser des auditions sur ce problème.

Mme Zrihen est ravie de voir que le problème est pris à sa juste mesure et est vu comme un problème de santé publique. Il est important d'essayer d'avoir un texte étayé scientifiquement. Des experts pourraient donner des pistes de travail qui au bout du compte pourraient devenir de véritables instruments de prévention en matière de santé publique.

Mme Lanjri, présidente, déclare qu'elle a co-signé la proposition de résolution n° 4-755 car elle aussi est consciente de la gravité de la problématique. Plus de 9000 jeunes sont concernés chaque année, ce nombre augmente et pour des personnes de plus en plus jeunes. Le texte a été étoffé par rapport aux deux propositions précédentes (n° 4-37/1 et 4-154/1) sur base des éléments recueillis lors des auditions. La présidente insiste auprès de la ministre pour que ce texte, quand il sera adopté, ne demeure pas lettre morte.

Mme Vanlerberghe se réjouit de l'examen de cette problématique douloureuse qui concerne essentiellement les jeunes. Le matin même, la presse a fait état d'une enquête réalisée par le magazine Joepie auprès de 8 000 jeunes, dont il résulte que 94% estiment avoir des problèmes de poids.

Toutefois, la membre reproche à la proposition de résolution d'être trop axée sur le monde de la mode, alors que la maladie a d'autres causes. Il conviendrait de mieux cerner le problème. L'anorexie est très présente dans les milieux sportifs — pas seulement celui de la danse —, et des loisirs. Elle demande donc un élargissement de la portée du texte.

L'anorexie ne doit pas être isolée des autres troubles alimentaires. C'est seulement le plus grave d'entre eux puisqu'il met la personne en danger de mort.

Par ailleurs, le fédéral n'est certainement pas le seul niveau de pouvoir qui doit s'occuper du problème. Les écoles, les centres PMS, etc. ont un rôle important à jouer et ces compétences relèvent des Communautés. Il faut veiller à agir en concertation.

La prévention doit commencer très tôt à l'école. Mais une fois la maladie installée, elle nécessite un accompagnement sérieux. Or, la membre trouve que la proposition de résolution pourrait donner l'impression que l'anorexie est une question de mode. C'est au

vloeit uit de omgeving van de persoon, uit diens zelfbeeld en uit het beeld dat anderen hebben.

Volgens de heer Elsen moet de politiek duidelijke signalen geven over ernstige problemen als anorexia. Als erover wordt gezwegen, bestaat de kans dat het probleem na verloop van tijd als « normaal » wordt ervaren. Voor dit allesomvattend samenlevingsprobleem moeten alle machtsniveaus zich samen inspannen. Sensibilisering en preventie als bedoeld in punt 5 en 6 van de resolutie zijn essentiële aspecten. Daarom moet de tekst meteen na de goedkeuring ervan naar de gemeenschappen worden gezonden.

Vervolgens vestigt het lid de aandacht op de betrokken sectoren. Punt 1 van de resolutie betreft de televisiepresentatrices. Het lid meent echter dat de sectoren waar het lichaam als voornaamste werk-instrument wordt gebruikt, moeten worden geïdentificeerd. In de modewereld of in schoonheidswedstrijden wordt in de eerste plaats rekening gehouden met fysieke criteria. Maar momenteel is dat voor televisiepresentatoren nog niet het geval. Er mag niet worden veralgemeend.

Televisiepresentatoren vertegenwoordigen de bevolking, maar staan ook voor inhoud, waarvoor het fysieke geen criterium is. Natuurlijk zijn zij een soort rolmodellen, maar dan zouden ook politici aan fysieke eisen moeten voldoen.

Hoe zou trouwens een controlesysteem voor televisiepresentatoren kunnen worden uitgewerkt?

De heer Ceder zegt zich bewust te zijn van de ernst van het probleem. Hij is het echter niet eens met de discussie die wordt gevoerd. Volgens hem heeft 90 % van het probleem betrekking op preventie, dus een bevoegdheid van de gemeenschappen. De Senaat moet niet de gewoonte aannemen om zaken te behandelen die voor het grootste deel de bevoegdheid van de deelgebieden zijn.

De heer Beke meent eveneens dat de bevoegdheden moeten worden verdeeld, ook in de toekomst. Los daarvan spreekt het voor zich dat anorexia een ernstig probleem is en spreker kan dan ook het voorstel van resolutie alleen maar steunen. De stigmatisering van topmodellen zal de ziekte niet doen verdwijnen, maar het probleem moet worden aangepakt via de samenleving en de fysieke idealen die er heersen. Iedereen moet zijn verantwoordelijkheid opnemen, niet alleen de mode-, foto- of danswereld.

contraire une maladie qui s'explique par l'environnement de la personne, par la perception qu'elle a d'elle-même et l'image qu'on lui renvoie.

M. Elsen estime qu'il est de la responsabilité des politiques de donner des signaux forts par rapport à des problématiques aussi importantes que l'anorexie. Le risque est en effet que ce problème ne devienne au fil du temps un phénomène « normalisé » à cause du silence. C'est bien un problème de société global pour lequel les efforts de tous et de tous les niveaux de pouvoir doivent être conjugués. Les aspects sensibilisation et prévention qui figurent aux points 5 et 6 du texte sont essentiels. C'est la raison pour laquelle il faudra transmettre cette résolution aux Communautés dès son adoption.

Le membre attire ensuite l'attention sur les secteurs concernés. Le point 1 de la résolution épingle les présentatrices de télévision. Or, le membre estime qu'il convient d'identifier spécifiquement les secteurs où le corps est utilisé comme premier outil professionnel. Dans le monde de la mode ou des concours de beauté, les critères physiques sont les premiers critères à être pris en considération. Ce n'est aujourd'hui pas le cas dans la sélection des présentateurs ou présentatrices de télévision. Il faut éviter l'amalgame.

Les présentateurs de télévision représentent la population, mais aussi présentent un contenu, pour lequel le critère physique n'est pas requis. Certes, on peut y voir un effet de modèle, mais dans ce cas, les hommes et femmes politiques devraient aussi répondre à des exigences physiques.

En outre, si l'on allait jusqu'au bout du raisonnement, comment pourrait-on mettre en place un système de contrôle pour les présentateurs de télévision ?

M. Ceder se dit conscient de la gravité de la problématique discutée. Néanmoins, il n'est pas d'accord avec la discussion qui est menée. En effet, 90 % de la problématique relève selon lui de la prévention, c'est-à-dire de la compétence des Communautés. Le Sénat ne doit pas prendre l'habitude de traiter des questions qui relèvent en majeure partie des entités fédérées.

M. Beke pense aussi qu'il faut être attentif à la répartition des compétences, non seulement actuelle, mais aussi à venir. Indépendamment de cette remarque, il est évident que l'anorexie est une question grave et le membre ne peut qu'apporter son soutien à la proposition de résolution. Il est certain que la stigmatisation des top-models ne fera pas disparaître la maladie mais il faut quand même appréhender le problème au niveau de la société et des idéaux physiques qu'elle met en avant. Chacun doit prendre ses responsabilités, pas seulement dans les milieux de la mode, de la photo ou de la danse.

De heer Collas erkent de relevantie van de opmerkingen inzake de bevoegdheden. Daarom vraagt de resolutie de federale regering ook om te handelen in overleg met de gemeenschappen.

Uit het onderzoek van het weekblad Joepie bij 8848 jongeren tussen 12 en 18 jaar naar hun zelfbeeld, blijkt dat 94 % van de meisjes een probleem hebben met hun lichaam. Toch hebben 80 % van die meisjes een normaal lichaamsgewicht. Er is dus iets mis met hun zelfbeeld. Het beeld dat topmodellen uitdragen, heeft natuurlijk een invloed, maar er zijn ook andere oorzaken voor het probleem. De resolutie kiest dan ook voor een multidisciplinaire aanpak.

Mevrouw Vanlerberghe vindt het voorstel van resolutie onvoldoende. Er moet in de eerste plaats worden gestreden tegen het algemene negatieve beeld dat jongeren van zichzelf hebben. Die preventietaak is een bevoegdheid van de gemeenschappen. Het federale niveau komt er aan te pas als de preventie gefaald heeft.

Het lid hecht veel belang aan de signaalfunctie. Als dat via de Centra voor Leerlingenbegeleiding moet verlopen, worden de bevoegdheden van de gemeenschappen opnieuw aangetast. Het federale niveau is wel bevoegd voor de zorgverleners, de huisartsen. Het lid wenst dat er ernstig wordt nagedacht over hoe de ziekte zo snel mogelijk kan worden opgespoord als de preventie gefaald heeft en het kwaad is geschied. Dan zal dit voorstel van resolutie werkelijk nut hebben.

Mevrouw Vanlerberghe zal amendementen indienen om de werkingssfeer van de tekst uit te breiden, zodat hij beter aansluit bij de realiteit.

B. Bespreking van de considerans en het dispositief

a. Opschrift

De dames Vanlerberghe en Temmerman dienen amendement nr. 1 in (stuk Senaat, nr. 4-755/2) dat ertoe strekt in het opschrift van de resolutie het woord « anorexia » te vervangen door de woorden « ernstige eetstoornissen ».

Uit de hoorzittingen blijkt duidelijk dat anorexia slechts een van de bestaande eetstoornissen is. Het is natuurlijk de meest sprekende en gevaarlijke vorm, maar ook boulemie en de andere stoornissen zijn gevaarlijk. Niet alleen anorexia is een probleem.

M. Collas reconnaît la pertinence des remarques relatives à la répartition des compétences. C'est pourquoi la résolution demande au gouvernement fédéral d'agir en collaboration et en concertation avec les Communautés.

L'enquête faite par le magazine Joepie auprès de 8848 jeunes de 12 à 18 ans sur l'image qu'ils ont d'eux-mêmes et montre que 94 % des filles ont un complexe par rapport à leur corps. Or, plus de 80 % de ces filles auraient un poids normal. Il y a donc bien un problème de perception et d'image de soi-même. L'image véhiculée par les top models a une influence mais elle n'est pas la seule cause du phénomène, c'est pourquoi la résolution opte pour une approche multidisciplinaire.

Mme Vanlerberghe insiste sur le caractère insuffisant de la proposition de résolution. Il faut avant tout s'attaquer à l'image négative générale que les jeunes ont d'eux-mêmes mais cette prévention relève des Communautés. Le fédéral n'intervient, quant à lui, que si la prévention a échoué.

La membre attache beaucoup d'importance à l'obligation de signalement. Si celle-ci doit être faite via les *Centra voor leerlingenbegeleiding*, on empiète à nouveau sur les compétences des Communautés. Cependant, le fédéral peut viser les prestataires de soins, les médecins généralistes. La membre souhaite que l'on réfléchisse véritablement à la façon d'assurer la détection la plus précoce de la maladie quand la prévention a échoué et que le mal est déjà installé. On fera alors réellement œuvre utile avec cette proposition de résolution.

Mme Vanlerberghe va dès lors déposer des amendements afin d'élargir la portée du texte en vue de mieux coller à la réalité.

B. Discussion des considérants et du dispositif

a. Intitulé

Mmes Vanlerberghe et Temmerman déposent un amendement n° 1 (doc. Sénat, n° 4-755/2) visant à remplacer, dans l'intitulé de la résolution, le mot « anorexie » par les mots « troubles alimentaires graves ».

Il ressort très clairement des auditions que l'anorexie n'est qu'une des formes de troubles alimentaires qui peuvent survenir. C'est sans doute la plus saisissante et la plus dangereuse mais la boulimie et d'autres troubles sont également dangereux. Il ne faut surtout pas donner à penser que seule l'anorexie est un problème.

Amendement nr. 1 wordt verworpen met 8 stemmen tegen 1 stem.

b. Considerans

De dames Vanlerberghe en Temmerman dienen amendement nr. 2 in (stuk Senaat, nr. 4-755/2) dat ertoe strekt de considerans aan te vullen met een verwijzing naar het charter dat de Vlaamse minister van Welzijn en Volksgezondheid heeft ontwikkeld voor de uitgevers, de modeontwerpers en de modelenbureaus.

De Vlaamse minister van Welzijn en Volksgezondheid heeft in 2006 een initiatief genomen om bij theater-, film- en modeshowcastings, alleen mensen aan te nemen met een gezond lichaamsgewicht. Samen met voedingsdeskundigen is een protocol opgesteld, dat is gezonden naar modellenagenschappen, uitgevers en modeontwerpers.

Amendement nr. 2 wordt verworpen met 8 stemmen tegen 1 stem.

De dames Vanlerberghe en Temmerman dienen amendement nr. 3 in (stuk Senaat, nr. 4-755/2) dat ertoe strekt de considerans aan te vullen met een verwijzing naar het initiatief van de Franse Gemeenschap, waar de bevoegde minister van Jeugdbijstand eveneens een charter heeft samengesteld voor de modewereld.

Amendement nr. 1 wordt verworpen met 8 stemmen tegen 1 stem.

De dames Vanlerberghe en Temmerman dienen amendement nr. 4 in (stuk Senaat, nr. 4-755/2) dat ertoe strekt de considerans aan te vullen met een zin die benadrukt dat anorexia nervosa een zeer ernstige psychiatrische aandoening is met een zeer hoge mortaliteit.

De indiensters vinden dat moet worden benadrukt dat het om een ernstige ziekte gaat met grote gevolgen.

Amendement nr. 4 wordt verworpen met 8 stemmen tegen 1 stem

De dames Vanlerberghe en Temmerman dienen amendement nr. 5 in (stuk Senaat, nr. 4-755/2) dat ertoe strekt de considerans aan te vullen met de vermelding van de rol die genetische factoren spelen in het optreden van anorexia nervosa, alsook omgevingsfactoren zoals het gezinsklimaat, de slankheids-cultus, stresserende gebeurtenissen en seksueel misbruik of misbruik in het algemeen.

Het is wetenschappelijk bewezen dat genetische factoren een rol spelen bij het ontstaan van anorexia nervosa. In haar streven om de verschillende oorzaken

L'amendement n° 1 est rejeté par 8 voix contre 1.

b. Considérants

Mmes Vanlerberghe et Temmerman déposent un amendement n° 2 (doc. Sénat, n° 4-755/2) visant à ajouter un considérant faisant référence à la charte que la ministre flamande du Bien-être et de la Santé publique a rédigée à l'intention des éditeurs, créateurs de mode et agences de mannequins.

La ministre flamande du Bien-être et de la Santé publique a pris en 2006 une initiative visant à obliger, lors des castings de théâtre, films ou défilés de mode, à engager des personnes ayant un poids corporel sain. Un protocole a été rédigé en collaboration avec des nutritionnistes et envoyé aux agences de mannequins, aux éditeurs et créateurs de mode.

L'amendement n° 2 est rejeté par 8 voix contre 1.

Mmes Vanlerberghe et Temmerman déposent un amendement n° 3 (doc. Sénat, n° 4-755/2) visant à ajouter un considérant faisant référence à l'initiative prise en Communauté française où la ministre compétente pour l'Aide à la jeunesse a organisé une table ronde en vue d'élaborer aussi une charte à l'intention des milieux de la mode.

L'amendement n° 3 est rejeté par 8 voix contre 1.

Mmes Vanlerberghe et Temmerman déposent un amendement n° 4 (doc. Sénat, n° 4-755/2) visant à ajouter un considérant insistant sur la gravité du mal que représente l'anorexie mentale et sur le grand nombre de décès qu'elle provoque.

L'auteur estime qu'il faut davantage mettre l'accent sur l'importance de la maladie et préciser les conséquences qu'elle entraîne.

L'amendement n° 4 est rejeté par 8 voix contre 1.

Mmes Vanlerberghe et Temmerman déposent un amendement n° 5 (doc. Sénat, n° 4-755/2) visant à ajouter un considérant indiquant le rôle des facteurs génétiques dans l'apparition de l'anorexie mentale, ainsi que l'influence d'autres facteurs tels que le climat familial, le culte de la minceur, des événements de vie stressants, des abus sexuels ou autres.

Il est scientifiquement prouvé que les facteurs génétiques jouent un rôle dans le déclenchement de l'anorexie mentale. Conformément à sa volonté d'ap-

van de ziekte te erkennen, vindt de indienster van het amendement het belangrijk de genetische factoren te vermelden, alsook de verschillende elementen die de ziekte mogelijk kunnen beïnvloeden.

Amendement nr. 5 wordt verworpen met 8 stemmen tegen 1 stem.

De dames Vanlerberghe en Temmerman dienen amendement nr. 6 in (stuk Senaat, nr. 4-755/2) dat ertoe strekt de considerans aan te vullen met de vermelding van de invloed van de slankheidscultus, waarbij zij erop wijzen dat deze invloed niet alleen komt van de modebladen en de vrouwelijke modellen, maar ook van de media in het algemeen, het gezin en de *peer group*, de voedings- en de cosmeticawereld.

Het amendement wenst de problematiek uit te breiden en niet enkel de modewereld en de topmodellen te stigmatiseren. Alles wat op de markt komt, zowel voeding als cosmetica, is gericht op slank worden of blijven. Dat beeld krijgt men als men met een kritische blik naar de media kijkt.

Amendement nr. 6 wordt verworpen met 8 stemmen tegen 1 stem.

De dames Vanlerberghe en Temmerman dienen amendement nr. 7 in (stuk Senaat, nr. 4-755/2) dat ertoe strekt de considerans aan te vullen om te benadrukken dat huisartsen slechts in 40% van de gevallen anorexia nervosa herkennen.

Anorexia nervosa is moeilijk vast te stellen omdat patiënten hun ziekte goed kunnen verstoppen. De artsen kunnen dus slechts in 40% van de gevallen de familie inlichten. Als het probleem echter te laat wordt ontdekt, kunnen de patiënten niet meer de beste verzorging krijgen.

Amendement nr. 7 wordt verworpen met 8 stemmen tegen 1 stem.

De dames Vanlerberghe en Temmerman dienen amendement nr. 8 in (stuk Senaat, nr. 4-755/2) dat ertoe strekt de considerans aan te vullen met een verwijzing naar de noodzaak van een multidisciplinaire aanpak, met mogelijkheid tot residentiële opvang indien de behandeling dit vergt.

Een anorexiapatiënt heeft tijd nodig om opnieuw een normaal gewicht te bereiken, en het risico op een terugval is steeds latent aanwezig. Het normaliseren van het eetpatroon en het verbeteren van het psychosociaal functioneren vragen ook veel werk. Ouders kunnen niet aan hun lot worden overgelaten tijdens de behandeling van hun kinderen.

Amendement nr. 8 wordt verworpen met 8 stemmen tegen 1 stem.

préhender les différentes causes de la maladie, l'auteur de l'amendement tient à préciser le rôle des facteurs génétiques, ainsi qu'à énumérer les différents éléments susceptibles d'influencer la maladie.

L'amendement n° 5 est rejeté par 8 voix contre 1.

Mmes Vanlerberghe et Temmerman déposent un amendement n° 6 (doc. Sénat, n° 4-755/2) visant à ajouter un considérant relatif à l'influence du culte de la minceur, en précisant que cette influence n'est pas seulement due aux magazines de mode et aux modèles féminins, mais aussi aux médias en général, à la famille, aux pairs, à l'industrie alimentaire et cosmétique.

L'amendement participe de la volonté d'élargir la problématique en ne stigmatisant pas uniquement le milieu de la mode et des top-models. Tout ce qui est mis sur le marché, tant dans le secteur alimentaire que cosmétique, poursuit le même but: la minceur. C'est l'image qui apparaît dès qu'on observe les publicités avec un oeil critique.

L'amendement n° 6 est rejeté par 8 voix contre 1.

Mmes Vanlerberghe et Temmerman déposent un amendement n° 7 (doc. Sénat, n° 4-755/2) visant à ajouter un considérant soulignant que les médecins généralistes ne diagnostiquent l'anorexie mentale que dans 40% des cas.

Il est difficile de diagnostiquer l'anorexie mentale car les patients sont très habiles à dissimuler leur maladie. Par conséquent, les médecins n'informent la famille d'un problème que dans 40% des cas. Or, lorsque le mal est détecté trop tard, les patients ne peuvent plus être soignés de manière optimale.

L'amendement n° 7 est rejeté par 8 voix contre 1.

Mmes Vanlerberghe et Temmerman déposent un amendement n° 8 (doc. Sénat, n° 4-755/2) visant à ajouter un considérant insistant sur la nécessité d'une approche pluridisciplinaire, avec possibilité d'une prise en charge résidentielle si le traitement l'impose.

Le retour à un poids normal pour un patient atteint d'anorexie prend du temps et le risque de rechute n'est jamais très loin. La normalisation du modèle alimentaire et l'amélioration du fonctionnement psychosocial demandent autant de travail. On ne peut abandonner les parents à leur sort pendant le traitement de leurs enfants.

L'amendement n° 8 est rejeté par 8 voix contre 1.

De dames Vanlerberghe en Temmerman dienen amendement nr. 9 in (stuk Senaat, nr. 4-755/2) dat ertoe strekt de considerans aan te vullen om eraan te herinneren dat er momenteel geen wetenschappelijk bewijs bestaat voor de doeltreffendheid van een farmacologische behandeling of voor de meerwaarde van een combinatie van een farmacologische behandeling en psychologische begeleiding.

In de praktijk blijken vaak verschillende soorten therapieën nodig om bij een patiënt resultaten te boeken.

Amendement nr. 9 wordt verworpen met 8 stemmen tegen 1 stem.

c. Dispositief

Punt 1

De heer Elsen en mevrouw Delvaux dienen amendement nr. 15 in dat ertoe strekt de vermelding van de televisie-omroepsters te schrappen uit punt 1 van het dispositief.

Mevrouw Delvaux legt uit dat het lichaam voor modellen een werkinstrument is. Voor televisiepresentatrices, vaak journalistes, kunnen de BMI-criteria niet worden gebruikt. Het amendement strekt ertoe de werkingssfeer van punt 1 te beperken.

Amendement nr. 15 en het aldus geamendeerde punt 1 van het dispositief worden aangenomen met 8 stemmen bij 1 onthouding.

Punt 2

De heer Elsen en mevrouw Delvaux dienen amendement nr. 16 in dat ertoe strekt de vermelding van de presentatie in punt 2 van het dispositief te doen vervallen.

De verantwoording is dezelfde als voor amendement nr. 15.

Amendement nr. 16 en het aldus geamendeerde punt 2 van het dispositief worden aangenomen met 8 stemmen bij 1 onthouding.

Punt 10 (nieuw)

De dames Vanlerberghe en Temmerman dienen amendement nr. 10 in (stuk Senaat, nr. 4-755/2) dat ertoe strekt aan het dispositief een punt 10 toe te voegen waarin maatregelen worden voorgesteld om ernstige eetstoornissen vroeg op te sporen.

Mmes Vanlerberghe et Temmerman déposent un amendement n° 9 (doc. Sénat, n° 4-755/2) visant à ajouter un considérant rappelant qu'il n'existe à l'heure actuelle aucune preuve scientifique démontrant l'efficacité d'un traitement pharmacologique ou l'intérêt de combiner ce type de traitement avec un suivi psychologique.

Dans la pratique, on constate que plusieurs types de thérapies sont nécessaires pour obtenir des résultats auprès d'un patient.

L'amendement n° 9 est rejeté par 8 voix contre 1.

c. Dispositif

Point 1

M. Elsen et Mme Delvaux déposent un amendement n° 15 visant à supprimer la mention des présentatrices de télévision au point 1 du dispositif.

Mme Delvaux explique que le corps est l'outil professionnel des mannequins. Pour les présentatrices de télévision — qui sont souvent journalistes —, on ne peut pas utiliser les critères de l'IMC. L'amendement vise donc à restreindre la portée du point 1.

L'amendement n° 15 et le point 1 du dispositif ainsi amendé sont adoptés par 8 voix et 1 abstention.

Point 2

M. Elsen et Mme Delvaux déposent un amendement n° 16 visant à supprimer la mention de la présentation au point 2 du dispositif.

La justification est la même que pour l'amendement n° 15.

L'amendement n° 16 et le point 2 du dispositif ainsi amendé sont adoptés par 8 voix et 1 abstention.

Point 10 (nouveau)

Mmes Vanlerberghe et Temmerman déposent un amendement n° 10 (doc. Sénat, n° 4-755/2) visant à ajouter au dispositif un point 10 proposant des mesures afin d'améliorer la détection précoce des graves troubles alimentaires.

Volgens de indienster is dat een belangrijk punt. Artsen, tandartsen en gezondheidswerkers moeten beter worden opgeleid zodat zij ouders sneller kunnen waarschuwen als er problemen zijn bij hun kind. Daarnaast moet het KCE onderzoeken welk diagnostisch instrument artsen daarvoor best hanteren en moet er een meldingsplicht voor artsen komen zodat artsen ouders waarschuwen en behandeling voorstellen. Deze verplichting lijkt misschien verregaand, maar is de enige manier om te garanderen dat een patiënt al vroeg wordt geholpen.

Amendement nr. 10 wordt verworpen met 8 tegen 2 stemmen.

Punt 11 (nieuw)

De dames Vanlerberghe en Temmerman dienen amendement nr. 11 in (stuk Senaat, nr. 4-755/2) dat ertoe strekt aan het dispositief een punt 11 toe te voegen om aan te bevelen dat een zorgprogramma wordt erkend en wordt voorzien in de terugbetaling van psychologische begeleiding.

Anorexia is een ernstige ziekte en de behandeling ervan moet voor iedereen mogelijk zijn. De noodzaak van psychologische begeleiding kan niet worden benadrukt zonder de terugbetaling ervan te organiseren.

Amendement nr. 11 wordt verworpen met 8 tegen 2 stemmen.

Punt 12 (nieuw)

De dames Vanlerberghe en Temmerman dienen amendement nr. 12 in (stuk Senaat, nr. 4-755/2) dat ertoe strekt aan het dispositief een punt 12 toe te voegen waarin maatregelen worden gevraagd om te komen tot de erkenning en financiering van kenniscentra die de problematiek bestuderen.

Te weinig dokters herkennen de ziekte. Kenniscentra kunnen een belangrijke rol spelen inzake preventie door het proces op te volgen en de kennis van de verschillende gezondheidswerkers te verspreiden.

Amendement nr. 12 wordt verworpen met 8 tegen 2 stemmen.

Punt 13 (nieuw)

De dames Vanlerberghe en Temmerman dienen amendement nr. 13 in (stuk Senaat, nr. 4-755/2) dat

L'auteur estime que c'est là un point fondamental. Il s'agit d'une part d'assurer une meilleure formation aux médecins, dentistes et prestataires de soins de santé en général afin qu'ils soient en mesure d'avertir rapidement les parents d'un problème chez leur enfant; d'autre part, de confier au KCE la mission de rechercher l'instrument diagnostique le plus approprié pour les médecins; et enfin d'imposer aux médecins une obligation de signalement afin qu'ils avertissent les parents à temps et qu'ils proposent une thérapie. Cette dernière obligation peut sembler aller très loin mais c'est la seule manière de garantir une prise en charge précoce de la maladie.

L'amendement n° 10 est rejeté par 8 voix contre 2.

Point 11 (nouveau)

Mmes Vanlerberghe et Temmerman déposent un amendement n° 11 (doc. Sénat, n° 4-755/2) visant à ajouter au dispositif un point 11 recommandant la reconnaissance d'un programme de soins et le remboursement de l'accompagnement psychologique.

L'anorexie est une maladie grave et son traitement doit être accessible à tous. On ne peut mettre l'accent sur la nécessité d'une approche psychothérapeutique sans organiser le remboursement de celle-ci.

L'amendement n° 11 est rejeté par 8 voix contre 2.

Point 12 (nouveau)

Mmes Vanlerberghe et Temmerman déposent un amendement n° 12 (doc. Sénat, n° 4-755/2) visant à ajouter au dispositif un point 12 demandant des mesures afin d'aboutir à la reconnaissance et au financement de centres d'expertise étudiant la problématique.

Le pourcentage de médecins qui identifient la maladie est trop faible. Les centres d'expertise peuvent jouer un rôle important dans la prévention en surveillant le processus et relayant les connaissances acquises auprès des différents prestataires de soins de santé.

L'amendement n° 12 est rejeté par 8 voix contre 2.

Point 13 (nouveau)

Mmes Vanlerberghe et Temmerman déposent un amendement n° 13 (doc. Sénat, n° 4-755/2) visant à

ertoe strekt aan het dispositief een punt 13 toe te voegen waarin gevraagd wordt maatregelen te treffen samen met de gemeenschappen om ook de ouders actief bij de behandeling te betrekken.

Mevrouw Vanlerberghe legt uit dat de behandeling meerdere maanden duurt maar dat de jongeren op een bepaald moment toch terug in hun eigen omgeving terecht komen. Als de ouders niet van bij het begin bij de psychologische en medische begeleiding werden betrokken, is het voor hen erg moeilijk hun kind op de juiste manier op te vangen.

Amendement nr. 13 wordt verworpen met 8 tegen 2 stemmen.

Punt 14 (nieuw)

De dames Vanlerberghe en Temmerman dienen amendement nr. 14 in (stuk Senaat, nr. 4-755/2) dat ertoe strekt aan het dispositief een punt 14 toe te voegen waarin wordt gevraagd een website op te starten over eetstoornissen.

Uit de hoorzittingen is gebleken dat websites met waarschuwingsboodschappen in Nederland efficiënt zijn. Jongeren maken veelvuldig gebruik van het net en een website met de gegevens van een centrum waar zij anoniem terecht kunnen, kan nuttig zijn.

Volgens de heer Collas zit de inhoud van alle amendementen van de dames Vanlerberghe en Temmerman al vervat in ofwel de considerans ofwel het dispositief van het voorstel van resolutie. Daarom zijn zij ook verworpen. Amendement nr. 14 is het enige dat een meerwaarde geeft aan de tekst. Hij stelt voor dit aan te nemen en het in te voegen achter punt 4 van het dispositief.

Amendement nr. 14 wordt eenparig aangenomen door de 10 aanwezige leden als punt 4*bis* (nieuw).

IV. STEMMINGEN

Het geamendeerde voorstel van resolutie wordt aangenomen met 8 stemmen bij 2 onthoudingen.

Mevrouw Vanlerberghe wijst er nogmaals op dat de amendementen werden opgesteld op basis van wat de senatoren bij de hoorzittingen hebben gehoord. Zij betreurt dat zij alle zijn verworpen omdat zij van de oppositie uitgingen. In ernstige materies als dit moet de tegenstelling meerderheid-oppositie kunnen worden overstegen. Daarom heeft zij zich bij de eindstemming onthouden.

ajouter au dispositif un point 13 réclamant des mesures à prendre en collaboration avec les Communautés afin d'impliquer les parents de manière active dans la thérapie.

Mme Vanlerberghe explique que la thérapie dure plusieurs mois mais qu'à un certain moment, les jeunes se retrouvent dans leur environnement familial. Si les parents n'ont pas été impliqués dès le départ dans l'accompagnement psychologique et médical, il est très difficile pour eux d'assurer un encadrement adéquat de leur enfant.

L'amendement n° 13 est rejeté par 8 voix contre 2.

Point 14 (nouveau)

Mmes Vanlerberghe et Temmerman déposent un amendement n° 14 (doc. Sénat, n° 4-755/2) visant à ajouter au dispositif un point 14 demandant la création d'un site Internet sur les troubles alimentaires.

Les auditions ont mis en évidence l'efficacité aux Pays-Bas des sites internet comportant des messages d'avertissement. Il est évident que les jeunes utilisent beaucoup l'Internet et qu'un site qui donnerait les coordonnées d'un centre de référence auquel on pourrait s'adresser de manière anonyme pourrait être très utile.

M. Collas déclare que le contenu de tous les amendements déposés par Mmes Vanlerberghe et Temmerman lui semble déjà figurer, soit dans les considérants, soit dans le dispositif de la proposition de résolution. C'est pourquoi ils ont été rejetés. Seul l'amendement n° 14 apporte un complément d'information et une plus-value au texte. Il propose de l'adopter en l'insérant après le point 4 du dispositif qu'il vient compléter.

L'amendement n° 14 est adopté à l'unanimité des 10 membres présents en tant que point 4*bis* (nouveau).

IV. VOTES

La proposition de résolution amendée est adoptée par 8 voix et 2 abstentions.

Mme Vanlerberghe rappelle que ses amendements ont été rédigés sur la base de ce que les sénateurs ont entendu lors des auditions et elle déplore le fait qu'ils aient été rejetés uniquement parce qu'ils émanaient de l'opposition. Il faut pouvoir aller au-delà des clivages majorité-opposition quand on travaille sur une problématique grave. C'est la raison pour laquelle elle s'est abstenue lors du vote final.

Ten gevolge van deze stemming vervallen de voorstellen van resolutie 4-37/1 en 4-154/1.

Vertrouwen werd geschonken aan de rapporteur voor het opstellen van dit verslag.

De rapporteur,
Christiane VIENNE.

De voorzitter,
Nahima LANJRI.

*
* *

**Tekst aangenomen door de commissie
(zie stuk Senaat, nr. 4-755/4 - 2007/2008)**

*
* *

Par suite de ce vote, les propositions de résolution n° 4-37/1 et 4-154/1 deviennent sans objet.

Confiance a été faite à la rapporteuse pour la rédaction du présent rapport.

La rapporteuse
Christiane VIENNE

La présidente
Nahima LANJRI

*
* *

**Texte adopté par la commission
(voir le doc. Sénat, n° 4-755/4 - 2007/2008)**

*
* *

BIJLAGE

Hoorzitting met :

- mevrouw Myriam Vervaeet, professor *UGent*;
- dr. Yves Simon, *ULB*;
- prof. dr. Katia Segers, VUB, directeur *CEMESO*.

Mevrouw Myriam Vervaeet, professor *UGent*

Mijn uiteenzetting is niet alleen gebaseerd op het universitair onderzoek over anorexia nervosa, maar ook op de ervaring in ons universitair centrum, waar we volwassenen en jongeren vanaf 15 jaar poliklinisch en residentieel behandelen. Het centrum beschikt over 21 bedden.

Anorexia nervosa heeft verschillende kenmerken. Er is om te beginnen de weigering van een « normaal » lichaamsgewicht. De patiënt streeft bewust naar gewichtsverlies door systematisch dikmakende producten te vermijden, vrijwillig te braken, te purgeren, overmatig te bewegen en soms ook door eetlustremmers te gebruiken. Heel het lichaamsbeeld van deze jonge populatie staat in het teken van een overbezorgdheid, soms zelfs een obsessionele angst om dik te worden, ook al hebben de patiënten niet eens het voor hun leeftijd en lengte normale gewicht. Er spelen ook endocrinologische problemen mee. We moeten dus een onderscheid maken tussen psychologische en lichamelijke factoren.

De prevalentiecijfers zijn in de Westerse landen vrij gelijklopend. Voor België beschikken we niet over specifieke cijfers. Er is een lifetime prevalentie van minder dan één procent. Als we ons tot de strikte omschrijving beperken komt de aandoening in het geheel van de bevolking minder voor dan schizofrenie. We zien echter vaak meisjes die nog niet aan de strikte criteria voldoen, maar zelfs tijdens de therapie zoveel gewicht verliezen dat we minstens psychologisch van een anorexiaprofiel kunnen spreken, aangezien ze recht op het volledige beeld afsteveneren. De aandoening komt vooral bij vrouwen voor. De sekseratio loopt zelfs op tot negen vrouwen tegenover één man. De grootste risicogroep zijn vrouwen van 15 tot 29 jaar. We zien wel een stijgende incidentie, en dit in tegenstelling tot de verwante stoornis boulimia nervosa.

Anorexia nervosa is een zeer ernstige psychiatrische aandoening. Ze heeft de hoogste mortaliteit van alle psychiatrische beelden. De *standard mortality ratio*, de kans dat men vroegtijdig sterft, ligt twaalf maal hoger dan bij leeftijdsgenoten en twee maal hoger dan bij andere psychiatrische stoornissen. Het risico op suicide ligt 33 maal hoger dan bij leeftijdsgenoten en 1,5 maal hoger dan bij een majeure depressie. Er is een zeer complexe lichamelijke en psychologische co-morbiditeit. Dat wil zeggen dat die meisjes naast de lichamelijke complicaties vaak ook depressief en angstig zijn. De behandelingsduur is gemiddeld vijf à zes jaar. 50 % van de patiënten herstelt na de behandeling, 30 % verbetert en 20 % blijft chronisch met de aandoening kampen.

Er is een zeer ongunstige prognose voor meisjes die een laag gewicht nastreven niet alleen door bepaald voedsel te vermijden, maar ook door te purgeren en te braken, en voor meisjes die zich laattijdig aanmelden. Patiënten die zich laattijdig aanmelden, kunnen we niet optimaal behandelen.

Experts kunnen de diagnose stellen zonder uitvoerige lichamelijke screening, op basis van positieve criteria. Maar, zelfs bij ondergewicht, herkent de huisarts slechts in 40 % van de gevallen anorexia nervosa.

ANNEXE

Audition de :

- Mme Myriam Vervaeet, Professeur *UGent*;
- Dr Yves Simon, *ULB*;
- Prof. Dr Katia Segers, VUB, directeur *CEMESO*.

Mme Myriam Vervaeet, Professeur *UGent*

Mon exposé ne repose pas uniquement sur la recherche universitaire en matière d'anorexie mentale, mais également sur l'expérience acquise dans notre centre universitaire. Nous soignons des adultes et des jeunes dès l'âge de 15 ans soit en ambulatoire, soit en résidentiel. Le centre dispose de 21 lits.

L'anorexie nerveuse présente différentes caractéristiques. Tout d'abord, le refus d'un poids « normal ». Le patient cherche délibérément à perdre du poids en évitant systématiquement les produits qui font grossir, en se faisant vomir, en prenant des laxatifs, en se dépensant outre mesure et parfois en prenant des coupe-faim. Ces jeunes patients sont obnubilés par leur aspect physique et par la peur de grossir même si leur taille et leur poids sont normaux pour leur âge. Des troubles endocriniens jouent également un rôle. Il convient donc de faire une distinction entre facteurs psychologiques et physiques.

Les chiffres de prévalence sont assez similaires dans les pays occidentaux. Nous ne disposons pas de chiffres spécifiques à la Belgique. Si nous nous limitons à la stricte définition, cette affection est moins fréquente que la schizophrénie. Nous voyons souvent des jeunes filles qui ne répondent pas encore à tous les critères mais qui perdent tellement de poids pendant la thérapie qu'on peut déjà parler, du moins psychologiquement, de profil anorexique. Les femmes de 15 à 29 ans sont le plus grand groupe à risque. Contrairement à la boulimie mentale, le nombre de cas est en augmentation.

L'anorexie mentale est une très grave maladie psychiatrique. Elle a le taux de mortalité le plus élevé de toutes les maladies psychiatriques. Les risques de mourir prématurément et les risques de suicide sont nettement plus élevés que pour des personnes du même âge ou d'autres troubles psychiatriques. On observe une comorbidité physique et psychologique très complexe. Parallèlement aux complications physiques, ces jeunes filles sont souvent dépressives et anxieuses. La durée moyenne du traitement est de cinq à six ans. Quelque 50 % des patients sont guéris après le traitement, 30 % voient leur état s'améliorer et 20 % continuent à lutter contre cette affection chronique.

Le pronostic est très réservé pour les filles qui cherchent à maigrir en évitant certains aliments, en prenant des laxatifs et en se faisant vomir, ainsi que pour celles qui se manifestent trop tard.

Les experts peuvent poser le diagnostic sans examen physique détaillé sur la base de critères positifs. Toutefois, même en cas d'insuffisance de poids, le généraliste ne décèle que 40 % des cas d'anorexie mentale.

Er is niet één causaal verband voor het optreden van anorexia nervosa. Genetische factoren spelen een grote rol. We zien een verstoorde serotonerge activiteit. Er is een zeer duidelijke persoonlijkheidstrekk: perfectionisme en vaak ook rigiditeit en competitiviteit. Perfectionisme en competitiviteit worden in onze maatschappij bijzonder gewaardeerd. Met andere woorden, een kenmerk dat tot een zeer ernstige pathologie kan leiden, wordt in onze maatschappij zeer sterk gestimuleerd.

Naast de genetische factoren zijn ook omgevingsfactoren zeer belangrijk. Een gezinsklimaat met een sterke nadruk op prestatie, een slankheidscultus, stresserende levensgebeurtenissen, seksueel misbruik of misbruik in het algemeen zijn grote risicofactoren.

Eenmaal de ziekte zich ontwikkeld heeft en betrokkene op die bepaalde manier met zichzelf en de buitenwereld begint om te gaan, spelen onderhoudende factoren een rol. In de manier waarop de patiënten hun omgeving waarnemen, stellen we duidelijk denkfouten vast en opnieuw rigiditeit.

Ik stel kort een therapeutisch werkmodel voor dat op internationaal vlak voldoende onderbouwd is.

De hypothese is dat aan de basis van de ontwikkeling van anorexia nervosa een angstige persoonlijkheid ligt. Een angstige persoonlijkheid leidt vaak tot zogenaamd klinisch perfectionisme. Wanneer die angstige persoon terzelfder tijd heel kwetsbaar is op sociaal vlak en in zijn omgeving weinig sociale status percipieert kan dat het risicoprofiel zijn waarin anorexia nervosa een voedingsbodem kan vinden.

Een persoon die perfectionistisch is, is zeer gevoelig voor de normen en idealen die gelden in zijn onmiddellijke en ruimere omgeving. Vanuit zijn perfectionisme wil hij maximaal aan die normen voldoen. Die voedingsbodem leidt vaak tot een grote lichaamsontevredenheid.

Op het vlak van de behandeling evolueren we heel duidelijk in de richting van een multidisciplinaire aanpak, gericht op herstel van het gewicht, normaliseren van het eetpatroon en verbeteren van het psychosociaal functioneren. We opteren voor een *outpatient treatment*, dus een poliklinische behandeling, maar met residentiële back-up. Heel wat patiënten moeten gedurende de normale behandelingsduur van vijf tot zes jaar voor korte of langere perioden in een ziekenhuis worden opgenomen wegens grote risico's op lichamelijk en op psychologisch vlak.

Er is op het ogenblik geen enkele wetenschappelijk gefundeerde evidentie voor een farmacologische behandeling of meerwaarde van een combinatie van een farmacologische behandeling en een psychologische begeleiding. Een dieet alleen is absoluut gevaarlijk en het is ook bewezen dat een ondersteunende therapie alleen geen enkel nut heeft. Met andere woorden, anno 2007 weten we dat er alleen resultaten bereikt worden met een psychotherapie waarbij motiverende interventies gevolgd worden door wetenschappelijk gebaseerde psychotherapieën en een systeemtherapie bij jonge patiënten.

In België is er jammer genoeg geen wetgeving rond psychotherapie; psychotherapie wordt bij de meeste erkende psychotherapeuten niet terugbetaald.

Dat brengt met zich dat mensen, vaak zonder enige professionele opleiding, deze hoge risicogroep naar zich toetrekken en met allerlei commerciële behandelingen de tijd rekken die zo kostbaar is en verloren gaat voor een efficiënte behandeling.

Als er een wetgeving ter zake wordt uitgewerkt, moet er dus een kader worden geschapen waarin deze ernstig zieke meisjes kunnen worden behandeld door een professioneel multidisciplinair team onder leiding van een psychiater of klinisch psycholoog, met een specialisatie in de psychotherapeutische aanpak en de behandeling van eetstoornissen met gecombineerde aanpak.

Les facteurs génétiques jouent un grand rôle dans la survenance de l'anorexie mentale. On observe un dysfonctionnement de l'activité sérotonique et des traits de caractère très précis, notamment le perfectionnisme, l'austérité et un esprit de compétition. Le perfectionnisme et la compétitivité sont particulièrement appréciés dans notre société. En d'autres termes, la société encourage fortement un trait de caractère qui peut conduire à une pathologie très grave.

Parallèlement aux facteurs génétiques, l'entourage familial joue également un rôle très important. Un climat familial mettant l'accent sur les performances et le culte de la minceur, des événements stressants, les abus sexuels ou autres sont autant de facteurs de risque.

Une fois que la maladie s'est installée et qu'elle influence la perception que l'intéressé a de sa propre personne et du monde extérieur, d'autres facteurs entrent en jeu et entretiennent le phénomène. La manière dont les patients perçoivent leur entourage traduit des erreurs de jugement et, de nouveau, la rigidité.

Je vous présente brièvement un modèle thérapeutique suffisamment étayé sur le plan international.

Selon cette hypothèse, un caractère anxieux est propice au développement de l'anorexie mentale et conduit souvent au perfectionnisme. Une personne anxieuse qui, dans le même temps, est vulnérable sur le plan social, est susceptible de souffrir d'anorexie mentale.

Une personne perfectionniste est très sensible aux normes et aux idéaux qui prévalent dans son entourage immédiat ou plus lointain. Elle veut correspondre aux normes et a souvent une image négative de son corps.

Sur le plan du traitement, nous privilégions une approche multidisciplinaire visant la prise de poids, la normalisation du modèle alimentaire et l'amélioration du comportement tant au point de vue psychologique que social. Nous optons donc pour un traitement ambulatoire, mais avec un back up résidentiel. Durant les cinq ou six années de traitement, de nombreux patients doivent être hospitalisés pour de courtes ou longues périodes en raison des risques courus tant sur le plan physique que psychologique.

À l'heure actuelle, il n'y a aucune preuve scientifique de l'efficacité d'un traitement pharmacologique ou de la combinaison d'un traitement pharmacologique et d'un accompagnement psychologique. Il est dangereux de recourir uniquement à un régime alimentaire ou à une thérapie d'accompagnement.

Dans notre pays, il n'existe malheureusement aucune législation relative à la psychothérapie. Celle-ci n'est pas remboursée chez la plupart des psychothérapeutes agréés.

Cela a pour conséquence que des gens souvent sans aucune formation professionnelle profitent de l'occasion pour proposer toute sorte de traitements commerciaux, ce qui fait perdre un temps précieux pour commencer un traitement efficace.

Lorsqu'on légifèrera en la matière, il faudra créer un cadre dans lequel ces jeunes filles gravement malades pourront être traitées par une équipe multidisciplinaire travaillant sous la direction d'un psychiatre ou d'un psychologue clinique spécialisé en psychothérapie et en traitement des troubles alimentaires.

De heer Yves Simon, ULB

Mijn uiteenzetting sluit aan bij het betoog van professor Vervaeck van de UGent.

In de voorstellen van resolutie en in het wetsvoorstel wordt er al op gewezen dat in onze samenleving beelden en boodschappen verspreid worden als zou de norm voor het gewicht van vrouwen veel lager zijn dan de fysiologische waarden die overeenstemmen met een normale voedingstoestand. Bovendien worden die gewichtsnormen voorgesteld als een streefdoel dat binnen ieders bereik ligt. Dat klopt niet, want ons gewicht is niet beheersbaar.

De meeste vrouwen zullen nooit dat onrealistisch ideaal kunnen bereiken, tenzij ze hun gezondheid op het spel zetten. Steeds meer vrouwen en meisjes zijn ontevreden over hun gewicht en hun figuur en willen vermageren, terwijl ze een normaal gewicht hebben.

Uit een studie die in 1985-1986 gevoerd is in de regio Haute-Marne blijkt dat meisjes en jongens op een heel verschillende manier met hun lichaam omgaan. Dat verschil neemt toe met de leeftijd tijdens de puberteit. Uit recente studies blijkt dat dit fenomeen zich verspreid en ook steeds vroeger opduikt.

Het tot ideaalbeeld verheffen van de slankheidsnorm en de onderliggende waarden ervan kan een vorm zijn van psychische druk of dwang. Dat is een belangrijk element. Het is een machtig en sluipend gevaar dat alle vrouwen bedreigt: het heeft geen specifieke oorsprong en het wordt als natuurlijk omschreven.

Dat leidt ertoe dat vrouwen en steeds jongere meisjes een caloriearm dieet gaan volgen, met als meest waarschijnlijk gevolg geen gewichtsverlies, maar een gewichtstoename. We weten met zekerheid dat bij kinderen een caloriearm dieet tot overgewicht en zwaarlijvigheid leidt, twee belangrijke risicofactoren voor de ontwikkeling van een eetstoornis tijdens de adolescentie.

Talrijke argumenten staven deze vaststellingen. Zo komen jongeren die een caloriearm dieet volgen meer bij dan jongeren die dat niet doen. Door de beperking die ze zich opleggen krijgen ze bovendien te maken met eetbuien. *Boulimia nervosa* of vraatzucht wordt gekenmerkt door verlies van de beheersing van het eetgedrag waardoor de jongere grote hoeveelheden voedsel tot zich neemt. Dat komt vaker voor bij meisjes.

Het is bekend dat ontevredenheid over het eigen lichaam een specifieke en belangrijke risicofactor is voor de ontwikkeling van eetstoornissen. Die ontevredenheid wordt gemeten aan de hand van vragenlijsten of men kan in studies of experimenten verschillende silhouetten aan de proefpersonen voorleggen. De ontevredenheid over het eigen lichaam is dan gelijk aan het verschil tussen de voorstelling die men heeft van het eigen figuur en van het ideale figuur. In het voorbeeld op het scherm, heeft de betrokken jonge vrouw in werkelijkheid een Body Mass Index (BMI) van 20, wat bijvoorbeeld overeenstemt met een gewicht van 51 of 52 kg voor een lengte van 1,60 m. Zelf schat ze haar lichaamsmaten op een BMI van 25, wat zou overeenstemmen met een gewicht van 64 kg, terwijl ze als ideaal een BMI van 18 nastreeft, of een gewicht van 46 kg. Het verschil is 18 kg. Voor de meeste vrouwen, vooral vrouwen met eetstoornissen en *a fortiori* vrouwen die lijden aan mentale anorexia, speelt alles zich af tussen de oren. Een rationele aanpak is dus gedoemd tot mislukken.

Het verschil tussen het ideale lichaam en het eigen lichaam wordt alsmar groter, want de mannequins worden steeds magerder, terwijl het gemiddelde gewicht van vrouwen neemt toe.

M. Yves Simon, ULB

Mon exposé sera complémentaire de celui du professeur Vervaeck de l'Université de Gand.

Comme le soulignent les propositions de résolution et la proposition de loi, notre société présente des images sous-tendues par des discours où les normes de poids pour les femmes sont bien inférieures aux normes physiologiques d'un état nutritionnel satisfaisant. De plus, ces normes de poids sont présentées comme un idéal désirable et à la portée de toutes les femmes. C'est évidemment une croyance car notre poids n'est pas contrôlable.

La plupart des femmes ne pourront jamais accéder à cet idéal irréaliste, à moins de mettre leur santé en péril. Ainsi, des femmes et des jeunes filles de plus en plus nombreuses sont préoccupées par leur poids et leur forme corporelle et voudraient maigrir, alors qu'elles ont un poids normal.

Une recherche menée entre 1985 et 1986 dans la région de la Haute-Marne montre une forte différence entre les filles et les garçons en ce qui concerne les préoccupations corporelles. Ces préoccupations corporelles augmentent avec l'âge, durant la puberté. Les études récentes montrent que ces préoccupations corporelles sont encore plus importantes actuellement et qu'elles apparaissent de plus en plus tôt.

L'idéalisation de ces normes et les valeurs qu'elles sous-tendent peuvent être vues comme une forme d'oppression et de coercition. C'est un élément important. Cette forme de pouvoir est particulièrement insidieuse car elle touche toutes les femmes; elle ne semble pas avoir d'origine spécifique et elle est décrite comme naturelle.

Dans ces conditions, des femmes et des filles de plus en plus jeunes s'engagent essentiellement dans des régimes restrictifs dont la conséquence la plus probable n'est pas la perte de poids mais la prise de poids. Or, nous savons désormais très clairement que chez les enfants un régime restrictif conduit au surpoids et à l'obésité, deux facteurs de risque importants pour les troubles alimentaires à l'adolescence.

Nous avons bon nombre d'arguments qui valident ces résultats. C'est ainsi que les jeunes engagés dans un régime alimentaire restrictif prennent plus de poids que ceux qui ne pratiquent pas un tel comportement. Par ailleurs, ces jeunes présentent des comportements d'hyperphagie boulimique associée à la restriction alimentaire. L'hyperphagie boulimique se caractérise par des pertes de contrôle de son alimentation pendant lesquelles le jeune peut manger de grandes quantités d'aliments. Ces comportements sont plus fréquents chez les filles.

L'insatisfaction corporelle est devenue une norme dont on sait qu'elle est un facteur de risque spécifique majeur des troubles alimentaires. Cette insatisfaction corporelle peut être mesurée par des questionnaires mais aussi en présentant dans des études ou des situations expérimentales, des silhouettes comme celles projetées à l'écran. L'insatisfaction corporelle, c'est en quelque sorte la différence entre l'estimation qu'une personne fait de sa propre silhouette et sa silhouette idéale. Sur l'exemple repris à l'écran, la jeune femme concernée présente un BMI — indice de masse corporelle — de 20, ce qui équivaut, par exemple, à un poids de 51 à 52 kg pour 1,60 m. Elle évalue ses dimensions corporelles à un BMI égal à 25, soit un poids de 64 kg, mais sa silhouette idéale correspond à un BMI de 18, soit 46 kg. La différence est de 18 kg. Pour la plupart des femmes, surtout celles qui souffrent de troubles alimentaires et *a fortiori* les patientes qui souffrent d'anorexie mentale, tout est dans la tête. Toute approche rationnelle est vouée à l'échec.

La différence entre le corps idéal et le corps réel ne cesse d'augmenter, alors que les mannequins sont de plus en plus minces et que la moyenne du poids des femmes augmente.

Slechts één tot drie procent van de vrouwen kunnen zulk een laag gewicht behouden als ze jong zijn.

Wat is de invloed van de sociale normering op de ontevredenheid over het eigen lichaam? Hoe komt het dat die culturele normen ontevredenheid veroorzaken?

Niet iedereen die geconfronteerd wordt met de boodschap en de beelden die de slankheidsnorm uitdragen, ontwikkelt een eetstoornis. Slechts een klein aantal vrouwen lijden aan mentale anorexia. Twee factoren dragen ertoe bij dat de sociale druk om slank te zijn omslaat in ontevredenheid over het eigen lichaam. In de eerste plaats de mate waarin de sociale norm geïnternaliseerd wordt: hoezeer gelooft men dat om gelukkig en succesvol te zijn men slank moet zijn, en dat het gewicht beheersbaar is. Een tweede factor is de neiging om zich met anderen te vergelijken.

We beschikken over een model dat het vorige model aanvult en de ontevredenheid over het eigen lichaam in verband brengt met de socioculturele invloeden. Die invloeden zijn divers. Het betreft niet alleen websites waar anorexia gepromoot wordt en modebladen, maar ook de media in het algemeen. Als men vrouwen beelden voorlegt van slanke vrouwen, kan men een stijgende mate van ontevredenheid vaststellen. Vrouwen die naar beelden kijken van zeer magere vrouwen ervaren negatieve gevoelens als verdriet, angst, schaamte en schuld. Worden ze echter geconfronteerd met beelden van vrouwen met een normaal gewicht of een gewicht dat hoger is dan het gemiddelde, dan stellen we geen toename van de ontevredenheid over het eigen lichaam vast.

Ook het gezin speelt een rol. Er werd veel onderzoek verricht naar de rol van de moeder. Als moeders kritisch zijn voor hun eigen lichaam, zijn de dochters dat ook. Dochters die lijnen en piekeren over hun gewicht hebben moeders die in hun leven meer diëten hebben gevolgd dan de moeders van meisjes die niet lijnen. Moeders die willen dat hun dochter slank is of ze aanmoedigen om af te vallen hebben kinderen die meer lijnen dan de andere moeders. Maar uiteraard hebben niet alleen de moeders enige invloed.

Ook de invloed die van de vaders uitgaat is bepalend. In een recente studie werd gedurende acht jaar een populatie van duizenden kinderen gevolgd om te onderzoeken welke factoren met de meeste zekerheid leiden tot dieetgedrag en eetstoornissen. Daaruit bleek dat de invloed van de vaders doorslaggevend was om jonge meisjes aan te zetten tot het volgen van een dieet. De commentaar van de vaders op het gewicht van hun dochters worden in verband gebracht met een grotere ontevredenheid over het eigen lichaam en vaders die hun tienjarige dochters aanmoedigen om af te vallen hebben dochters die dieet volgen en bijgevolg overgewicht zullen vertonen.

Verskillende studies tonen ook aan dat spot, van welke aard ook, een negatieve invloed heeft, maar dat grappenmakerij door vaders en oudere broers het meest nefast is.

Naast de invloed van de media, het gezin en de ouders, gaat er uiteraard ook een invloed uit van de *peer group*. Adolescenten willen gelijken op hun leeftijdsgenoten, onder meer wat de fysieke verschijning betreft. Ze hechten immers, meer dan volwassenen, belang aan hun fysieke verschijning. Tieners denken dat ze meer geliefd zijn bij leeftijdsgenoten als ze slanker zijn. Slank wordt geassocieerd met sociaal aantrekkelijk.

De verinnerlijking van de sociale normering die veel waarde hecht aan slankheid en de vrees voor overgewicht is evenwel niet het enige proces dat een rol speelt. Ook het proces van sociale vergelijking is van belang. Bij gebrek aan vaststaande objectieve standaarden, bepalen en evalueren we onze persoonlijke kenmer-

Seulement un à trois pour-cent des femmes peuvent maintenir, si elles sont jeunes, un poids aussi bas.

Comment les normes sociales influencent-elles l'insatisfaction corporelle? Comment peut-on passer de ces normes culturelles à l'insatisfaction corporelle?

Tout qui est confronté à ces normes, à ces discours et à ces images ne développent pas un trouble alimentaire. Un petit nombre de ces femmes seulement s'engagent dans l'anorexie mentale. Deux facteurs médiateurs conduisent à passer de la pression sociale à être mince à l'insatisfaction corporelle. Il s'agit premièrement de ce qu'on appelle en psychologie le «niveau d'intériorisation du message sociétal»: croire que pour être heureux et réussir, il faut être mince et croire que le poids est contrôlable. Il s'agit, deuxièmement, de la tendance à la comparaison.

Nous disposons d'un modèle qui complète quelque peu le modèle présenté tout à l'heure et qui met l'insatisfaction corporelle en relation avec les influences socioculturelles. Ces influences sont diverses. Il ne s'agit pas seulement des sites proanorexiques et de la mode. Il y a aussi les médias en général. Ainsi, lorsque l'on présente à des femmes des images de femmes minces, on peut mesurer une augmentation de l'insatisfaction corporelle. En outre, les femmes exposées à des images représentant des femmes très minces ressentent des émotions négatives, telles que la tristesse, l'anxiété, la honte, la culpabilité. Cette augmentation de l'insatisfaction corporelle n'est en revanche pas observée lorsque les femmes sont confrontées à des images de femmes ayant un poids moyen ou supérieur à la moyenne.

Une autre influence est exercée par les familles. Beaucoup d'études ont été réalisées à propos du rôle des mères. Il s'avère que si les mères sont critiques envers leur propre corps, les filles le sont également et que les filles qui pratiquent des régimes et sont préoccupées par leur poids ont des mères qui ont pratiqué davantage de régimes au cours de leur vie que les mères des jeunes filles qui ne restreignent pas leur alimentation. Les mères qui désirent que leur fille soit mince ou qui l'encouragent à perdre du poids ont des enfants qui pratiquent plus de régimes que les autres.

Il est clair aujourd'hui que les mères ne sont pas les seules à exercer une influence. L'influence des pères est également déterminante. Une étude récente a suivi pendant huit années une population de plusieurs milliers d'enfants afin de rechercher les facteurs qui conduisaient le plus sûrement aux pratiques de régimes et aux troubles alimentaires. Il s'est avéré que l'impact des pères était le plus significatif pour conduire les jeunes filles à s'engager dans un régime. Les commentaires des pères au sujet du poids de leurs filles sont associés à une plus grande insatisfaction corporelle et les pères qui encouragent leurs filles de dix ans à perdre du poids ont des filles qui pratiquent des régimes et qui vont donc se retrouver en surpoids.

Bon nombre d'études montrent également que les moqueries, quelle que soit leur origine, ont un impact négatif mais que les conséquences les plus négatives sont liées aux plaisanteries émanant des pères et des frères aînés.

À côté de l'influence des médias, des familles et des parents, il y a bien sûr aussi l'influence des pairs. Les adolescents cherchent à être semblables aux autres dans différents domaines, dont celui de l'apparence physique. Ils attachent plus d'importance à leur apparence que les adultes et les jeunes adolescents considèrent qu'ils seraient plus aimés par leurs pairs s'ils étaient plus minces. La minceur peut donc être associée à la désirabilité sociale.

Notons cependant que l'intériorisation du message sociétal valorisant la minceur et la crainte de l'obésité ne sont pas le seul processus en jeu. Il y a aussi le processus de comparaison sociale. En l'absence de standards objectifs définis, nous déterminons et évaluons nos habilités caractéristiques personnelles en nous

kende vaardigheden door ze te vergelijken met die van anderen. Dat zei Festinger in 1954. Ook al bestaan er criteria voor een maximum- en minimumlichaamsgewicht, toch is het oordeel over het eigen gewicht zeer subjectief en is men geneigd zichzelf gemakkelijk met anderen te vergelijken.

In die experimentele procedure stijgt de psychologische stress en de ontevredenheid wanneer men aan jonge vrouwen vraagt om zichzelf te vergelijken met beelden van slanke vrouwen.

Ik wil niet terugkomen op de statistieken die mevrouw Vervaeft heeft toegelicht. Ik wil alleen aanstippen dat alle meisjes, en dus niet alleen meisjes die lijden aan anorexia nervosa, met die sociale norm en die socioculturele invloed worden geconfronteerd. Men gaat ervan uit dat momenteel 15% van de jongeren problemen hebben met hun eetgedrag. Een klein gedeelte daarvan lijdt aan boulimia nervosa en nog een kleiner gedeelte aan anorexia nervosa, die beide ernstige ziekten zijn. Sommige meisjes vertonen klinische symptomen die in verband worden gebracht met gelijkaardige psychische stresstoestanden, met gevolgen op lange termijn die eveneens erg gelijk lopen met die welke waargenomen worden bij mensen die lijden aan ziekten die klinisch zijn vastgesteld volgens de klassieke diagnosecriteria. Zo zien we dat van de meisjes die een vrij streng dieet volgen of die eetstoornissen vertonen, 66% tien jaar later een hulpverlener raadplegen wegens somatische of psychische klachten of wegens sociale moeilijkheden, tegen slechts 22% van de jongeren die geen dieet hebben gevolgd en 32% van de jongeren met andere mentale stoornissen. Dieet volgen kan dus grote gevolgen hebben.

Naast de psychosociale en specifieke factoren rond eetstoornissen die een doorslaggevende rol spelen in de ontwikkeling van deze medische problematiek zijn er nog andere aanverwante specifieke en niet-specifieke factoren, zoals een situatie van ontreding bij de ouders, problemen met de veilige hechting van het kind in het gezin, maar ook geweld en fysiek misbruik.

De ouders verenigd in MIATA, *maison d'information et d'accueil des troubles de l'alimentation*, hebben mij gevraagd hier enkele van hun overwegingen met betrekking tot de voorstellen van resolutie en het wetsvoorstel te vertolken.

De druk om slank te zijn komt niet alleen van de modebladen en advertenties, maar van alle media. De oudervereniging van jongeren met eetstoornissen wijzen op de impact van de reclame die raakvlakken heeft met productieprocessen en met de cultuur. Niet alleen de modewereld, ook de voedings- en de cosmetica-industrie dragen verantwoordelijkheid. De invloed van de maatschappelijke norm mag evenmin worden onderschat.

Als er in een gezin anorexia nervosa opduikt gebeurt het vaak dat vrienden en kennissen een andere houding aannemen omdat ze ervan uitgaan dat het te maken heeft met de situatie in het gezin. Toen Lasègue in 1865 anorexia nervosa beschreef, werd een model naar voren geschoven waar de oorzaak van eetstoornissen te vinden was in het slecht functioneren van het gezin. Uit bevindingen van de ploeg van het Maudsley Hospital in Londen bleek echter dat 80% van die gezinnen volkomen normaal functioneren. Het is precies het opduiken van deze ziekte, die de gezondheid of zelfs het leven van de jongere bedreigt, die leidt tot gedragingen vanwege de ouders die van aard zijn om de ziekte in stand te houden.

De therapeutische procedures houden rekening met de elementen die voortvloeien uit studies op grote schaal.

comparant aux autres. Il s'agit de la théorie de Festinger, énoncée en 1954. Bien qu'il existe des critères définis concernant le poids minimum et le poids maximum, le jugement que l'on porte sur son poids est très subjectif et il est très commode de se comparer aux autres.

Dans cette procédure expérimentale, lorsqu'on demande à ces jeunes femmes de se comparer aux images de femmes minces qui leur sont soumises, leur détresse psychologique et leur insatisfaction corporelle augmentent.

Je ne compte pas revenir sur les statistiques présentées par Mme Vervaeft. Je voudrais simplement insister sur le fait que ce ne sont pas seulement les jeunes filles souffrant d'anorexie mentale qui sont confrontées à ces normes sociales et à cette influence socioculturelle mais l'ensemble des jeunes filles. On considère actuellement que 15% des adolescents sont en difficulté par rapport à leur alimentation. Si un petit nombre présente de la boulimie et un plus petit nombre encore de l'anorexie mentale, qui sont des maladies graves, un certain nombre de jeunes filles présentent une symptomatologie clinique qui est associée à des détresses psychologiques assez similaires, avec des conséquences à long terme également assez similaires à celles que l'on observe pour les personnes qui souffrent de maladies cliniquement diagnostiquées suivant les critères de diagnostic classiques. Par exemple, parmi les jeunes filles qui suivent un régime à un niveau relativement élevé ou qui présentent des troubles alimentaires, dix ans plus tard, 66% d'entre elles consulteront pour des problèmes somatiques, psychologiques ou des difficultés sociales, contre 22% chez les adolescents qui ne s'engagent pas dans des conduites de régime et 32% chez les adolescents ayant eu d'autres troubles mentaux. S'engager dans un régime n'est donc pas anodin.

Outre ces facteurs psychosociaux et ces facteurs spécifiques des troubles alimentaires qui ont un impact majeur sur le développement de ces problématiques médicales, il existe d'autres facteurs spécifiques associés mais aussi des facteurs non spécifiques comme la détresse parentale, les difficultés dans la constitution des processus d'attachement et de sécurité chez l'enfant, sans oublier les situations de violence et d'abus physique.

MIATA, maison d'information et d'accueil des troubles de l'alimentation, m'a demandé de transmettre ici quelques-unes de leurs réflexions au sujet des propositions de résolution et de la proposition de loi.

La pression pour la minceur ne s'exerce pas uniquement au travers de la mode ou de sites pro anorexiques mais au travers de tous les médias. L'association de parents de jeunes souffrant de troubles alimentaires insistent sur l'impact des publicités, lesquelles sont aussi liées au processus de production et à la culture. Il faut donc s'intéresser à la responsabilité que peuvent avoir, au delà de l'industrie de la mode, les industries alimentaires et cosmétiques ainsi qu'à l'influence d'autres valeurs sociétales.

Généralement quand l'anorexie mentale survient dans une famille, la représentation que se font les proches ou les amis de cette famille peut changer en raison de ce préjugé que l'anorexie mentale et les troubles alimentaires sont principalement liés à la famille et aux parents. Quand Lasègue a décrit l'anorexie mentale en 1865, le modèle qui était présenté en ce qui concerne les troubles alimentaires était que ceux-ci prenaient racine dans une famille dysfonctionnelle. Or les travaux qui ont été menés, notamment par l'équipe du Maudsley à Londres, montrent qu'en fait 80% de ces familles ont un fonctionnement tout à fait habituel et que c'est l'arrivée de cette maladie à potentialité grave, mettant en jeu la santé voire la vie de l'adolescent, qui conduit à des attitudes de la part des parents qui peuvent favoriser le maintien de cette maladie.

Les procédures thérapeutiques tiennent compte des éléments qui nous ont été fournis par les études réalisées à une large échelle.

De ouders wijzen erop dat het voor hen belangrijk is te worden gesteund in de hulpverlening die ze hun kind zelf kunnen bieden, niet alleen in de confrontatie met de maatschappelijke norm, maar ook op het vlak van de behandeling. Het staat immers vast dat de beste resultaten worden bereikt wanneer de therapie wordt ingebed in de uitoefening van de ouderlijke en de opvoedkundige begeleiding.

Tot slot wil ik er nogmaals op wijzen dat bij anorexia nervosa en aanverwante stoornissen de verantwoordelijkheid niet alleen bij het individu ligt, maar ook bij de gemeenschap.

Mevrouw Katia Segers, VUB, directeur CEMESO

Ik werd gevraagd als communicatiewetenschapper en ik zal mij dan ook strikt beperken tot de rol van de media. Mijn uiteenzetting zal ook zo veel mogelijk beleidsgericht zijn.

Het uitgangspunt in deze bijzonder moeilijke materie is complexiteit. De voorstellen hebben allemaal betrekking op anorexia nervosa, maar de problematiek moet volgens mij worden uitgebreid tot eetstoornissen, zoals boulimie, *binging* en alle mogelijke varianten. De problematiek is ook niet langer beperkt tot adolescenten en jonge vrouwen. Steeds jongere meisjes en ook jongens, over wie bijna nooit wordt gesproken, en oudere vrouwen zijn vatbaar voor deze ziekte. Grosso modo zij er vier clusters van factoren die een rol spelen bij de ontwikkeling van anorexia: biologische, psychologische, familiale en sociaal-culturele factoren. Ik wil het vooral hebben over de rol van de sociaal-culturele factoren, met name de rol van *peer group* en de media.

De media worden vaak met de vinger gewezen. Ze zijn inderdaad omnipresent in het leven. Zo is televisiekijken voor de meeste Vlamingen nog altijd de belangrijkste tijdsbesteding naast werken en slapen. De media bereiken ons in verschillende vormen: er zijn niet alleen televisie, radio en de gedrukte media zoals magazines, ook internet wordt steeds belangrijker. De media spelen een belangrijke rol in de constructie van identiteit, genderrol, waarden en normen, zeker voor jongeren.

De media promoten het slankheidsideaal en, meer zelfs, het magerheidsideaal. De idolen en iconen die de media ons presenteren zijn mooie, succesrijke en slanke mensen. De link tussen slankheid en aantrekkelijkheid, succes en zelfcontrole is dus evident.

Wat ons hier vandaag meer interesseert is dat de media ook steeds meer een rol spelen in de verspreiding van het gezondheidsdiscours.

Vroeger was het politiek niet-correct te spotten met dikke mensen. Vandaag culpabiliseren de media wie dik is. Obesitas is immers een ziekte die de staat handenvol geld kost. De media focussen op de mededeling dat dik zijn gelijk staat met ongezond. Dat is juist, maar wie niet aan het slankheidsideaal voldoet wordt aldus wel met de vinger gewezen.

Denken we ook aan de talrijke dieetprogramma's, vaak met een wetenschappelijk tintje, zoals de programma's op Vitaya, Vijf tv, Sonja Kimpen, die ons voorhouden hoe slank we moeten zijn. Vandaag verleent slankheid een sociaal-economische status. Obesitas is sociaal gerelateerd. We krijgen dus duidelijk een tweedeling in de maatschappij, waar slankheid gereserveerd is voor de hogere klasse die zich dure *work-out's*, abonnementen voor fitnessprogramma's, dure manieren van koken zoals *slow food*, kan veroorloven, en de *couch potatoes* en *fast food* die geassocieerd worden met de lagere sociale klasse.

Beeld en realiteit komen echter niet met elkaar overeen. In de realiteit zien we dat vrouwen steeds zwaarder worden, terwijl het schoonheids- en slankheidsideaal « vermagert ».

Les parents soulignent qu'il est important pour eux de se sentir soutenus dans l'aide qu'ils peuvent apporter à leur enfant, non seulement lorsqu'ils sont confrontés à ces valeurs sociétales mais aussi quand ils doivent s'engager dans le traitement. On sait en effet maintenant que, chez les adolescents, les meilleurs résultats sont obtenus lorsqu'on s'appuie sur l'exercice des compétences parentales et sur les tâches éducatives.

Je terminerai en rappelant que l'anorexie mentale et les troubles apparentés relèvent de la responsabilité tant individuelle que collective.

Mme Katia Segers, VUB, directeur CEMESO

J'ai été invitée en tant que scientifique de la communication et je me limiterai donc strictement au rôle des médias.

Le point de départ de cette matière particulièrement difficile est la complexité. Les propositions se rapportent toutes à l'anorexie nerveuse mais, à mon sens, le problème doit être élargi aux troubles alimentaires comme la boulimie, le *binging* et toutes les variantes possibles. Le problème ne se limite plus aux adolescentes et aux jeunes femmes. Des filles de plus en plus jeunes, des garçons dont on ne parle pratiquement jamais, et des femmes âgées sont susceptibles de contracter cette maladie. Quatre groupes de facteurs jouent un rôle dans le développement de l'anorexie: biologiques, psychologiques, familiaux et socioculturels.

Les médias sont souvent montrés du doigt. En effet, ils sont omniprésents dans la vie. Ils nous atteignent sous différentes formes: il y a non seulement la télévision, la radio et la presse écrite, comme les magazines, mais aussi internet qui occupe une place de plus en plus importante. Les médias jouent un grand rôle dans la construction de l'identité, la notion de genre, les valeurs et les normes, *a fortiori* pour les plus jeunes.

Les médias promeuvent l'idéal de la minceur, voire de la maigreur. Les idoles et icônes que les médias nous présentent sont des personnes belles, riches et sveltes. Le lien entre minceur et séduction, succès et maîtrise de soi est donc évident.

Les médias jouent un rôle grandissant dans la diffusion des messages sur la santé.

Par le passé, il était politiquement incorrect de se moquer des gros. Aujourd'hui, les médias culpabilisent celui qui est gros. En effet, l'obésité est une maladie qui coûte cher à l'État. Les médias insistent sur le fait qu'être gros équivaut à être en mauvaise santé. C'est exact, mais celui qui ne répond pas à l'idéal de la minceur est montré du doigt.

Aujourd'hui la minceur procure un statut socioéconomique. L'obésité doit être abordée sur le plan social. Un clivage se forme dans la société, où la minceur est réservée à la classe supérieure qui peut se permettre de coûteux *work-out's* ainsi que des abonnements à des programmes de fitness et des modes de cuisson onéreux comme le *slow food*, et où le *couch potatoes* et le *fast food* sont associés à la classe sociale inférieure.

Les images et la réalité ne correspondent cependant pas. Dans les faits, on voit que les femmes prennent de plus en plus de poids tandis que l'idéal de la beauté et de la minceur « s'maigrit ».

Inhoudsanalytisch onderzoek terzake toont aan dat het vrouwbeeld in de media zeer sterk is geëvolueerd sinds de jaren vijftig. Uit onderzoek gevoerd naar de evolutie van de Body Mass Index en de vorm van *Miss America*-kandidaten en *Playboy centerfold*-modellen blijkt dat het ideaal in de jaren vijftig nog een vrouw met voluptueuze vormen was, zoals Marilyn Monroe, maar dat het tegen 1980 geëvolueerd was tot de *heroïne chic* van Kate Moss, met extreem magere meisjes. Vandaag zeggen modeontwerpers dat hun ontwerpen het best passen op vrouwen als kapstokken en krijgen we ultramagere media-idolen te zien. Ook uit onderzoek uitgevoerd door mijn departement blijkt dat actrices en zangeressen door de jaren heen er steeds magerder uit zien.

Wat het effect is van een beeld in de media op de ontwikkeling van ziektes, het zelfbeeld en het schoonheidsideaal bij meisjes is voor communicatiewetenschappers een moeilijke, zo niet dé moeilijkste vraag. Kan er een causaal verband worden vastgesteld tussen het slankheidsbeeld in de media en het ontstaan van eetstoornissen?

Effectonderzoek wordt al uitgevoerd sedert de jaren dertig, vooral naar het effect van film op kinderen. Meestal gebeurt effectonderzoek in een context van *moral panic*, denk maar aan de zaak-Van Themsche en de vraag naar de rol van *gaming* op de ontwikkeling van gewelddadig gedrag. De vraag naar de rol van de media in de ontwikkeling van eetstoornissen wordt vaak afgedaan als *moral panic*. Ik denk dat het verkeerd is om het als dusdanig af te schilderen, wat niet betekent dat ik een kant en klaar antwoord heb, want het effectonderzoek heeft nog niet tot een sluitende conclusie geleid. Historisch ziet men ook een pendelbeweging in de bewering of er al dan niet een effect uitgaat van de media.

De huidige communicatiewetenschappers huiveren voor een al te unilineaire causaliteit. Dat zou al te simplistisch en deterministisch zijn, zo wordt beweerd. Interpretatief onderzoek stelt daar tegenover dat mediagebruikers geen willoze sponzen zijn, die alles opsorpen wat hen door de media wordt voorgeschoteld als een louter stimulus-responsreactie. Ze gaan integendeel zeer actief om met de media: betekenis geven is negociatie. Mensen verzetten zich zelfs vaak tegen wat de media hen voorspiegelen.

Niettemin is een ruime onderzoekstraditie ontwikkeld met betrekking tot dit vraagstuk. Het is opmerkelijk dat dit het meest uitgebreid is in de medische, psychiatrische en psychologische literatuur. Het gaat vaak om eerder positivistisch onderzoek, dat uitgaat van het stimulus-respons paradigma. Zo is er bijvoorbeeld onderzoek dat een verband legt tussen het lezen van magazines en diëten of tussen het lezen van magazines en de impact op het zelfbeeld van vrouwen.

Er is veel minder communicatiewetenschappelijk onderzoek naar dit effect. Dat staat in schril contrast met de groeiende hoeveelheid literatuur in communicatiewetenschappelijke tijdschriften die betrekking heeft op voeding in het algemeen. Zo heb ik een doctoraatsonderzoek lopen rond het voedingsdiscours vanuit de marketing versus de signalen die door scholen en andere pedagogische instanties daarover worden gegeven. Er is ook gigantisch veel literatuur over de effecten van reclame op kinderen.

Effectonderzoek zal altijd moeilijk zijn omdat het mediagebruik van jongeren sterk gefragmenteerd is. Media worden ook gekenmerkt door een veelheid aan beelden en verschijningsvormen. Het is vooral moeilijk de impact van de media te ontrafelen in relatie tot andere factoren, bijvoorbeeld de rol van *peers*, familie, psychologische en medische factoren. Een strikt causale relatie is bijzonder moeilijk aan te tonen.

Niettemin bestaan er tal van mogelijke invalshoeken om toch aan communicatiewetenschappelijk onderzoek te doen. Doorgaans stopt dat onderzoek echter bij pathologieën.

Les études en la matière montrent que l'image de la femme dans les médias a fort évolué depuis les années cinquante. À cette époque, l'idéal était encore une femme aux formes voluptueuses mais à partir de 1980, il a évolué vers des jeunes filles extrêmement maigres. Aujourd'hui, les créateurs de mode disent que leurs modèles conviennent surtout aux femmes très minces et on nous montre des idoles des médias ultra-maigres.

Pour les scientifiques de la communication, l'impact d'une image dans les médias sur le développement de maladies, l'image de soi et l'idéal de beauté chez les jeunes filles est l'une des questions les plus difficiles. Un lien causal peut-il être établi entre l'image de minceur dans les médias et l'apparition de troubles alimentaires?

Des études d'incidence sont déjà menées depuis les années trente, surtout quant à l'impact des films sur les enfants. La question du rôle des médias dans le développement des troubles alimentaires est souvent ramenée à une panique morale. Je pense qu'il est erroné de raisonner de la sorte, même si je n'ai pas de réponse toute faite, car l'étude d'incidence n'a pas encore établi de conclusion définitive.

Les scientifiques de la communication d'aujourd'hui hésitent devant une causalité trop unilinéaire. On affirme que ce serait trop simpliste et déterministe. Une étude interprétative indique au contraire que les utilisateurs des médias ne sont pas des éponges amorphes qui avalent tout ce que ceux-ci leur présentent, comme une simple réaction réflexe à une stimulation. Les gens résistent même souvent à ce que les médias leur font miroiter.

Il n'en demeure pas moins qu'une large tradition d'études sur cette question s'est développée. Il est frappant qu'elle le soit surtout dans la littérature médicale, psychiatrique et psychologique. Ce sont souvent des études plutôt positivistes, partant du principe de la réponse à une stimulation. Ainsi, il y a par exemple l'étude qui établit un lien entre la lecture de magazines et les régimes ou l'impact sur l'image que les femmes ont d'elles-mêmes.

Il y a beaucoup moins d'études scientifiques de communication sur cet aspect. C'est en opposition flagrante avec la quantité croissante de littérature dans les revues scientifiques de communication se rapportant à l'alimentation en général. Il y a aussi une très importante littérature sur les effets de la publicité sur les enfants.

Une étude d'incidence sera toujours difficile parce que l'utilisation des médias par les jeunes est fortement fragmentaire. Il est surtout difficile de mesurer l'impact des médias par rapport à d'autres facteurs, comme le rôle de l'entourage et de la famille, ainsi que les facteurs psychologiques et médicaux. Il est particulièrement difficile de démontrer une réelle relation causale.

Il existe cependant de nombreuses raisons de réaliser malgré tout des études scientifiques de communication.

Dat betekent niet dat er geen onderzoek bestaat. Zo is er het belangrijke *uses and gratifications*-onderzoek over hoe mensen omgaan met media. Hoe worden modebladen gebruikt door anorexische vrouwen? Geconcludeerd wordt dat er sprake is van cognitieve dissonantie: anorexische vrouwen gebruiken de media heel doelbewust en functioneel, in de zin van «geruststellend». Zij vinden in de media een bevestiging dat het slankheidsideaal garant staat voor succes en dat hun gedrag niet excessief is. Anorexische vrouwen vermijden alarmerende berichtgeving en gebruiken geruststellende informatie om hun eetstoornis te legitimeren en voort te zetten.

Uit onderzoek naar de relatie tussen de mate van effect en psychosociale variabelen blijkt dat vrouwen met sterke kwetsbaarheid als gevolg van verstoorde ouderrelaties, sociale isolatie en misbruik en vrouwen met een laag zelfbeeld inzake uiterlijk vatbaarder zijn voor beelden uit modemagazines.

Het effect van mediabeelden op de tevredenheid over hun lichaam bij vrouwen kan wel degelijk worden vastgesteld, vooral bij vrouwen die zichzelf sterk definiëren in relatie tot gewicht, vorm en schoonheid. Dat effect is er een van activatie en niet van cultivatie. Ondanks het schoonheidsideaal dat in de media wordt gepromoot, is de overgrote meerderheid van de vrouwen niet anorexisch. Bij vrouwen die een aanleg hebben, kunnen de media echter de ziekte activeren en vooral voortzetten.

Anorexische vrouwen zullen actief gebruik maken van de media om op zoek te gaan naar informatie die kan bevestigen dat ze goed bezig zijn. Tijdens het genezingsproces zeggen vrouwen heel bewust die media te vermijden.

De rol van de media is dus veeleer versterkend. Media zetten niet per se aan tot anorexia.

De relatie tussen eetstoornissen en de media is niet zozeer causaal dan wel interactioneel. De media promoten een verstoord eetgedrag via de promotie van het slankheidsideaal. Ze zetten echter niet per se aan tot de ontwikkeling van een pathologie. Hun effect is sterk gerelateerd aan psychosociale factoren. Het zou interessant zijn te onderzoeken wat het effect is van de zelfdefinitie van vrouwen in relatie tot genderidentiteit. Er bestaan indicaties dat vrouwen die in een zeer competitieve omgeving werken, neiging hebben om anorexia te ontwikkelen.

Naar een exact inzicht in de psychologische processen en mechanismen verbonden met mediagebruik en de interpretatie van mediaboodschappen is nog te weinig onderzoek gedaan. Dat vergt vooral kwalitatief onderzoek.

Het gaat dus om een complex proces. De factoren voor een verklaring tellen meerdere lagen. Er is de blootstelling aan veelvuldige mediastimuli en er is duidelijk een activeringseffect.

We moeten dan ook concluderen dat de huidige voorstellen niet volstaan. Er is nood aan actie en regulering op verschillende fronten. Zo is de verplichte BMI-index voor modellen een eerste stap, maar hij zou moeten worden uitgebreid tot televisiepresentatrices en deelneemsters aan schoonheidswedstrijden. Ook zou met de vrouwenmagazines en de adverteerders een charter kunnen worden opgesteld inzake hun discours over gezondheid, diëten en schoonheidsideaal. De bestaande sensibiliseringscampagnes rond gezonde voeding in de scholen, zoals *Tutti Frutti*, kunnen worden uitgebreid. Ook kan worden gekeken naar de recente Nederlandse wetgeving inzake de reclame voor voeding voor kinderen.

Ainsi, il y a l'importante étude *uses and gratifications* sur la façon dont les gens utilisent les médias. Comment les journaux de mode sont-ils utilisés par les femmes anorexiques? Il est question de dissonance cognitive: les femmes anorexiques utilisent les médias très consciemment et de manière pratique pour se rassurer. Elles y trouvent une confirmation du fait que l'idéal de la minceur garantit le succès et que leur comportement n'est pas excessif. Les femmes anorexiques évitent les informations alarmantes et utilisent les messages rassurants pour légitimer leurs troubles alimentaires et les poursuivre.

Il ressort d'enquêtes sur la relation entre l'ampleur de l'impact et les variables psychosociales que les femmes fort vulnérables, à la suite de relations parentales perturbées, d'isolement social et de maltraitance, et les femmes ayant une piètre image de leur apparence, se laissent davantage influencer par les images des magazines de mode.

On peut constater l'impact des images des médias sur la satisfaction qu'ont les femmes de leur corps, surtout chez celles qui se définissent fortement en relation avec le poids, la forme et la beauté. Malgré l'idéal de beauté promu dans les médias, la grande majorité des femmes ne sont pas anorexiques. Chez les femmes ayant une prédisposition, les médias peuvent cependant activer la maladie et surtout la conforter.

Les femmes anorexiques utiliseront activement les médias pour rechercher des informations pouvant confirmer qu'elles sont dans la bonne voie. Durant le processus de guérison, les femmes disent très consciemment qu'elles évitent les médias.

Les médias ont donc plutôt un rôle renforceur. Ils n'incitent pas en soi à l'anorexie.

La relation entre les troubles alimentaires et les médias est donc moins causale qu'interdépendante. Les médias encouragent un dérèglement du comportement alimentaire en faisant la promotion de l'idéal de la minceur. Ils ne participent cependant pas en soi au développement d'une pathologie. Leur effet est intimement lié à des facteurs psychosociaux. Il serait intéressant d'examiner quel est l'impact de l'auto-définition des femmes par rapport à l'identité du genre. Des signes montrent que les femmes qui travaillent dans un milieu très compétitif ont tendance à développer l'anorexie.

Il existe encore trop peu d'études sur une vision exacte du processus psychologique et des mécanismes liés à l'utilisation des médias et à l'interprétation des messages médiatiques. Cela demande surtout une étude qualitative.

Il s'agit donc d'un processus complexe. Les facteurs explicatifs sont de plusieurs ordres. Il y a l'exposition à de multiples stimulants médiatiques et un effet d'activation manifeste.

C'est pourquoi nous devons conclure que les propositions actuelles ne sont pas suffisantes. Il faut une action et une régulation sur plusieurs fronts. Ainsi, l'indice de masse corporelle obligatoire pour les mannequins est une première étape, mais il devrait être étendu aux présentatrices de la télévision et aux participantes aux concours de beauté. Il faudrait également pouvoir établir avec les magazines féminins et les annonceurs une charte au sujet de leurs discours sur la santé, les régimes et l'idéal de beauté. Les campagnes de sensibilisation actuellement menées dans les écoles pour une alimentation saine, comme *Tutti Frutti*, peuvent être étendues. On peut aussi s'inspirer de la récente législation néerlandaise sur la publicité pour l'alimentation des enfants.

Gedachtwisseling

Mevrouw Christiane Vienne (PS). — Bent u het ermee eens dat er een duidelijk onderscheid moet worden gemaakt tussen anorexia als psychische aandoening en eetstoornissen, tot en met obesitas? Zo hebben wij de twee problemen alleszins van elkaar gescheiden.

Ik heb de indruk dat anorexia een zwaar psychologische of zelfs psychiatrische dimensie heeft, met name de postanorexiaperiode.

Denkt u dat na vijf jaar behandeling een volledige genezing mogelijk is?

U hebt verklaard dat 60% van de patiënten die voor anorexia behandeld werd, nadien lijdt aan psychische stoornissen. Hoe vergaat het de andere 40%? Heeft men een idee van het effect van anorexia op de geestelijke gezondheid van de betrokken groep?

Het verheugt me dat de rol van het gezin enigszins gerelativeerd werd.

Er is een evolutie van de voedingsmiddelenmarkt: we vinden almaar meer dieetproducten in de rekken van de supermarkten. De apotheken en de afdeling «vermageren» nemen een steeds groter deel van de markt in. Moet dat marktsegment volgens u gereguleerd worden? Stelt u in uw medische praktijk een oorzakelijk verband vast tussen het verhoogde aanbod van dieetproducten en anorexia?

Aan welke richtinggevende maatregelen denkt u om de doeltreffendheid van de preventie te verhogen? Ondanks de campagnes voor gezonde voeding en het Nationaal Plan Voeding en Gezondheid, blijven de anorexiaproblemen toenemen. Wat vindt u van de efficiëntie van dat nationaal plan?

De heer Berni Collas (MR). — Er wordt vaak gesproken over de Body Mass Index. We hebben soms de indruk dat dit het enige criterium is om de ernst van een situatie te bepalen. Moet anorexia niet op een bredere manier worden geanalyseerd?

Tijdens de contacten die we hebben gehad vóór het schrijven van onze resolutie hadden we het gevoel dat er geen volledige statistieken ter beschikking zijn. Deelt u die mening?

Wat denkt u over de websites over anorexia? Moet de wetgever hier optreden? Moeten ze verboden, beperkt, omkaderd worden?

Mevrouw Myriam Vanlerberghe (sp.a-Vl. Pro). — Voor preventie is het Vlaams Parlement bevoegd. Toch wil ik er hier op ingaan, nu we de experts bij ons hebben.

Van de laatste spreekster kregen we overigens een advies mee dat heel direct over preventie gaat. In een ideale wereld zouden we alleen preventief moeten optreden, maar de realiteit is anders. Daarom wil ik graag vernemen welke adviezen de experts hebben in verband met het genezingsproces. Op het federale niveau mogen we enkel nadenken over wat er kan gebeuren als het te laat is.

Op de grens tussen het preventieve en het curatieve zie ik de meldingsplicht. Meldingsplicht vanuit de scholen hoort eigenlijk ook weer thuis in het Vlaams Parlement, maar dat laat ik nu even buiten beschouwing.

Over alle mooie preventie-ideeën bestaat er geen discussie meer. Maar wat denken de experts over een meldingsplicht voor scholen, huisartsen en misschien nog anderen? Mij valt het op dat vooral de ouders meestal heel laat beseffen dat hun kind een probleem heeft. Als ouder heeft men behoefte aan anderen die meekijken. Ik weet dat CLB's nu officieel niet kunnen en mogen signaleren dat er een probleem is. Sommige doen het gelukkig wel en dat is een

Échange de vues

Mme Christiane Vienne (PS). — Pensez-vous, comme moi, qu'il faille opérer une distinction claire entre l'anorexie en tant que maladie mentale et les troubles de l'alimentation allant jusqu'à l'obésité? C'est ce que nous avons fait en séparant les deux problématiques.

Il me semble que l'anorexie revêt une dimension profondément psychologique, voire psychiatrique, notamment en ce qui concerne l'après-anorexie.

Selon vous, une guérison totale est-elle possible au bout des cinq années de traitement?

Vous avez indiqué que 60 pour-cent des patients traités pour anorexie souffrent, par la suite, de troubles de santé mentale. Qu'en est-il des 40 pour-cent restants? A-t-on une idée de l'impact de l'anorexie sur la santé mentale de la population globale concernée?

Par ailleurs, je me réjouis que l'on ait quelque peu relativisé le rôle de la famille.

On observe une évolution du marché de l'alimentation: les produits de régime prennent de plus en plus de place dans les rayons des supermarchés et les pharmacies et l'amaigrissement représente une part de marché de plus en plus importante. Estimez-vous opportun de réguler cette part de marché? Observez-vous dans vos pratiques médicales une relation de cause à effet entre l'augmentation de l'offre de produits de régime et l'anorexie?

Enfin, en matière de prévention, quelles mesures-phares préconisez-vous pour améliorer l'efficacité de la prévention? En effet, malgré les campagnes relatives à l'alimentation et le plan national nutrition-santé, les phénomènes liés à l'anorexie sont en augmentation. Comment percevez-vous l'efficacité de ce plan national?

M. Berni Collas (MR). — Il est souvent question de l'indice de masse corporelle. On a parfois l'impression qu'il s'agit du seul critère permettant de déterminer la gravité de la situation. Ne devrait-on pas analyser l'anorexie de manière plus globale?

Lors des contacts préalables à la rédaction de notre résolution, nous avons eu l'impression que manquaient des données statistiques plus complètes. Partagez-vous cet avis?

Que pensez-vous des sites relatifs à l'anorexie? Faut-il intervenir au moyen d'une loi? Faut-il les interdire, les limiter, les encadrer?

Mme Myriam Vanlerberghe (sp.a-Vl. Pro). — Bien que la question de la prévention relève des compétences du *Vlaams Parlement*, je l'aborde ici en raison de la présence des experts.

L'avis exprimé par le dernier orateur concerne directement la prévention. Dans un monde idéal, l'action pourrait se limiter à la prévention, mais la réalité est différente. J'aimerais donc savoir l'avis des experts sur le processus de guérison. Au niveau fédéral, nous ne pouvons réfléchir qu'à ce qui peut se faire une fois qu'il est trop tard.

Je considère que le devoir d'information se situe à la frontière de la prévention et du traitement curatif. Pour les écoles, ce devoir relève également du *Vlaams Parlement* mais je ne m'arrête pas pour l'instant à cet aspect des choses.

Au-delà des mesures de prévention qui ne suscitent plus guère de discussion, j'aimerais connaître l'avis des experts sur une obligation d'information, entre autres pour les écoles et les médecins généralistes. Je remarque qu'en général, les parents ne réalisent que très tard que leur enfant a un problème. Ils peuvent avoir besoin d'un regard extérieur. Je suis consciente qu'actuellement, les centres PMS n'ont officiellement ni la possibilité ni le

heel grote stap. Daarnaast zijn er ook de huisartsen. Zou het niet goed zijn aan een dergelijke meldingsplicht te werken, hoe hard dat in de praktijk ook moge aankomen? Met alle respect voor de ouders, maar op dat vlak zijn ze vaak ziende blind. Men heeft als ouder eigenlijk geluk als iemand het probleem meldt voor het te laat is. Hoe kunnen we ervoor zorgen dat de ouders op een verantwoorde manier de ogen wordt geopend?

Ik hoor hier voortdurend zeggen dat anorexia een puur mentale ziekte is. Dat lijkt me correct te zijn. Ik hoorde hier ook spreken over een genezingsperiode van vijf jaar. Ik dacht nochtans dat men van die ziekte nooit geneest en dat men steeds moet blijven opletten. Graag kreeg ik daarover wat meer uitleg.

Mevrouw Olga Zrihen (PS). — We hebben de neiging om anorexia te koppelen aan de puberteit, maar er zijn ook de campagnes tegen zwaarlijvigheid. Kinderen worden daarom jammer genoeg met tegenstrijdige boodschappen geconfronteerd. De leeftijd waarop jongeren met anorexia te maken kunnen krijgen, zou voortdurend dalen. Bestaan er statistische gegevens over dat onderwerp? Besteden de CLB-centra hier aandacht aan bij de gezondheidscontroles?

We koppelen anorexia ook vaak aan de invloed van de reclame en de mode. Ik denk echter dat ook de invloed van de sport moet worden bestudeerd. Op dat domein kan misschien nog meer schade worden berokkend, omdat het daar niet gaat om het esthetische beeld van het lichaam, maar wel om de prestaties van dat lichaam. Kan uit de bestaande studies worden afgeleid dat er een verband is tussen sportactiviteiten en anorexia?

Ik heb ook vragen bij een reclameaffiche met een mannequin die aan anorexia lijdt, die op verschillende plaatsen op een vrij confronterende manier werd getoond. Denkt u dat dit schokeffect afschrikkend kan werken of kan het leiden tot een soort ontkenning van de werkelijkheid van anorexia?

Als anorexia een ziekte is, kan men er dan van genezen? Kan die ziekte, die u als een psychische aandoening omschreven hebt, muteren in andere vormen van neurose?

De heer Marc Elsen (cdH). — Ik zal beginnen met een algemene beschouwing, dan vier vragen stellen en eindigen met een laatste beschouwing.

We moeten deze kwestie zo breed mogelijk benaderen. Als uitgangspunt moeten we de definitie nemen die de WHO aan gezondheid heeft gegeven, namelijk het welzijn op algemeen, geestelijk, sociaal en milieugebied, en gezondheid niet uitsluitend zien als een staat van « niet ziek zijn ».

De uiteenzettingen van de sprekers kunnen de indruk wekken dat we eetstoornissen kunnen opdelen in, enerzijds, stoornissen als gevolg van nabootsingsgedrag en, anderzijds, anorexia nervosa als psychische pathologie ten gevolge van meer structurele affectieve en relationele problemen. Mijn vraag is eenvoudig: gaat het om twee verschillende zaken of is er, zoals bij psychische aandoeningen vaak het geval is, een samenhang tussen die twee fenomenen? Het is belangrijk om te weten vanaf welk stadium dit een probleem van volksgezondheid wordt.

Mijn tweede vraag is concreter. Kunt u ons een overzicht geven van het aanbod aan gespecialiseerde psychotherapie voor de behandeling van deze stoornissen? Veel familieleden betreuren het beperkte aanbod aan psychotherapie voor de begeleiding van jonge anorexiepatiënten. Bent u het daarmee eens?

Ik ben het met mijn collega eens dat we, ook al gaat het niet om een federale bevoegdheid, verbanden tot stand moeten brengen en de verwezenlijkingen van de andere beleidsniveaus moeten

droit de signaler l'existence d'un problème. Heureusement, certains le font quand même et c'est une démarche importante. Ne faudrait-il pas envisager d'instaurer un devoir d'information pour les médecins généralistes, en dépit des difficultés que cela pourrait créer en pratique? Je respecte les parents mais face à ce problème, ils manquent souvent de clairvoyance. Le fait que quelqu'un signale le problème avant qu'il ne soit trop tard peut représenter une chance pour les parents. Comment pouvons-nous faire en sorte que les parents soient alertés de manière responsable?

On n'a cessé de répéter ici que l'anorexie est une maladie purement mentale. Cela me semble exact. Il a été question d'un délai de guérison de cinq ans. Autant que je sache, on ne guérit jamais de cette maladie et on doit toujours continuer à faire attention. J'aimerais davantage d'explications à ce sujet.

Mme Olga Zrihen (PS). — On a tendance à lier l'anorexie à l'adolescence mais il semble que malheureusement à cause des campagnes contre l'obésité, les enfants sont de plus en plus confrontés à des campagnes paradoxales. Il paraîtrait que l'anorexie touche les enfants de plus en plus jeunes. Dispose-t-on d'études statistiques à ce sujet? Les centres PMS ont-ils déjà examiné la question à l'occasion des contrôles de santé?

On lie aussi très souvent l'anorexie à l'influence de la publicité et de la mode. Je pense que l'influence du sport doit aussi être étudiée. Il y a dans ce domaine un effet peut-être plus pernicieux encore puisque ce n'est pas l'image esthétique du corps qui est en cause mais le corps dans ses performances. Dans les études existantes, décèle-t-on une incidence de la pratique sportive sur l'anorexie?

Je m'interroge aussi à propos de la publicité où figurait un mannequin anorexique et qui a été assez violemment affichée sur plusieurs sites. Pensez-vous que cet effet choc est dissuasif ou cela entraîne-t-il une espèce de déni de la réalité de l'anorexie?

Enfin, si l'anorexie est une maladie, peut-on en guérir? Cette maladie, que vous avez qualifiée de maladie mentale, peut-elle muter, se convertir en d'autres types de névrose?

M. Marc Elsen (cdH). — Je ferai une réflexion générale, je poserai ensuite quatre questions et je terminerai par une dernière réflexion.

Au-delà des différentes propositions de résolution qui ont été déposées, nous devrions élargir au maximum la question et la reprendre sous un label plus général en référence à la définition de la santé selon l'OMS: le bien-être global, psychologique, social, environnemental, etc. — et non pas la santé vue uniquement comme étant l'absence de maladie.

À l'écoute des intervenants, on peut avoir l'impression qu'il y aurait une dichotomie entre, d'une part, les troubles de l'alimentation s'apparentant au mimétisme social et de l'autre, l'anorexie mentale comme pathologie mentale liée à des troubles affectifs et relationnels plus structurels. Ma question est simple: s'agit-il de deux registres différents ou bien, comme souvent en santé mentale, y a-t-il un continuum entre les deux types de manifestations? C'est important pour savoir à partir de quel moment cela concerne la santé publique.

Ma deuxième question est plus précise. Pouvez-vous nous donner un aperçu de l'offre de psychothérapie spécialisée pour le traitement de ces troubles? Beaucoup de familles regrettent le peu d'offre en psychothérapie pour l'accompagnement des jeunes anorexiques. Partagez-vous ce point de vue?

Comme l'a dit notre collègue, même s'il ne s'agit pas d'une compétence fédérale, je pense qu'il nous revient quand même d'établir des liens et d'examiner les réalisations des autres niveaux

onderzoeken. Preventie is inderdaad een communautaire bevoegdheid.

Hebt u een zicht op die kwestie, onder meer op de handvesten die in de Vlaamse, Franse en Duitstalige Gemeenschap werden opgesteld? Ik denk echter dat de Duitstalige Gemeenschap geen handvest heeft opgesteld.

Enkele modellenbureaus die handvesten ondertekend hebben. Kan dat instrument één en ander doen bewegen?

Wij willen met onze werkzaamheden ook zien in welke mate de experts suggesties kunnen doen op wetgevend vlak, teneinde een evolutie in de teksten tot stand te brengen en mechanismen te ontwikkelen om tot oplossingen te komen.

Meerdere sprekers hebben onderstreept dat de erkenning van de psychotherapieën al een grote vooruitgang zou zijn. Er werden in die zin al enkele teksten ingediend. Het gaat hier wel degelijk om een heel belangrijke doelstelling in de volksgezondheid.

Om af te ronden vestig ik er nog de aandacht op dat problemen die te maken hebben met de geestelijke gezondheid waarschijnlijk nog altijd onvoldoende maatschappelijke erkenning krijgen. Die maatschappelijke erkenning leidt meestal tot een erkenning in de teksten en, op het einde van de rit, tot de terugbetaling van de prestaties. Op dat vlak moeten we nog evolueren.

Mevrouw Margriet Hermans (Open Vld). — Mag ik er terecht van uitgaan dat anorexia anders moet worden behandeld dan de overige gewichtsproblemen? Ik veronderstel immers dat niet alle aandoeningen zonder meer onder het algemene thema van gewichtsproblemen vallen. Ik zou ook graag vernemen of boulimie een soortgelijke aandoening is als anorexia.

Men heeft ons heel wat cijfergegevens bezorgd. Is het mogelijk om te kunnen beschikken over nog actueler en nog accurater cijfermateriaal? Dat lijkt me erg nuttig te zijn om de evolutie beter te kunnen volgen.

Ik zou ook graag meer vernemen over de behandeling van anorexia. Ze is te vergelijken met een verslavingsbehandeling, die levenslang noodzakelijk is maar na verloop van tijd kan evolueren naar een periode waar de zorg minder intensief wordt. Hoe kunnen we een langdurige begeleiding garanderen? Na enige tijd van behandeling blijven de patiënten immers zonder begeleiding achter en kan het gebeuren dat een familielid vaststelt dat die persoon hervallen is.

Ik heb ook nog een bedenking bij de meldingsplicht of de alarmbelfunctie waarover mevrouw Vanlerberghe sprak. Het verbaast me te vernemen dat de huisartsen die aandoening zo laat vaststellen. Kan er op dit terrein worden bijgestuurd?

Ik had graag vernemen welke maatregelen op federaal vlak kunnen worden genomen in het kader van preventie. Preventiecampagnes en media kunnen elkaar aanvullen. Wat over dit onderwerp wordt gezegd, zullen we misschien in onze resolutie moeten opnemen.

Tot slot wil ik dr. Yves Simon danken voor de aandacht die hij heeft besteed aan het ouderplatform. De confrontatie van de ouders met het probleem wordt immers vaak onderschat. Meermaals realiseren zij het pas als het al in een vergevorderde fase zit. Kunnen we er niet voor zorgen dat ouders zich als ervaringsdeskundigen engageren tegenover andere ouders?

De voorzitter. — Blijkbaar neemt de anorexiaproblematiek bij jongeren nog toe. Komt dat doordat er naast de vroegere ook nieuwe factoren een rol beginnen spelen? Ik denk aan het toenemend belang van de media en dan vooral van het internet.

de pouvoir. La prévention est en effet une compétence communautaire.

Avez-vous un regard sur la question et notamment sur les chartes qui ont été établies dans les communautés flamande, française et germanophone? Je pense toutefois que cette dernière n'a établi aucune charte.

Un certain nombre d'agences de mannequins ont signé ces chartes. Selon vous, ce dispositif peut-il aider à faire avancer les choses dans ce domaine?

Je pense que le but de nos travaux est aussi de voir dans quelle mesure les experts peuvent apporter des conseils légistiques aux politiques pour qu'il y ait une évolution dans les textes et pour mettre en place des dispositifs de nature à contribuer à trouver des solutions.

Plusieurs orateurs l'ont souligné, la reconnaissance des psychothérapies serait une bonne avancée. Un certain nombre de textes avaient déjà été déposés en ce sens; il s'agit bien entendu d'un objectif majeur en santé publique.

Je termine en disant que les problèmes de santé mentale ne bénéficient probablement pas encore d'une reconnaissance sociale suffisante. Or celle-ci va généralement de pair avec la reconnaissance dans les textes et, en bout de course, avec les remboursements de prestations. Je crois que nous devons encore évoluer en ce domaine.

Mme Margriet Hermans (Open Vld). — Puis-je en déduire que l'anorexie doit être traitée d'une manière différente des autres problèmes de poids? Je suppose en effet que toutes les maladies ne peuvent pas être purement et simplement rangées sous la rubrique générale des problèmes de poids. J'aimerais aussi savoir si la boulimie est une maladie du même genre que l'anorexie.

On nous a fourni de nombreuses données chiffrées. Y a-t-il des statistiques encore plus actuelles et plus précises? Cela me semble très utile pour mieux suivre l'évolution.

J'aimerais aussi en apprendre davantage sur le traitement de l'anorexie. Il peut être comparé à celui de la dépendance qui est nécessaire toute la vie mais, après un certain temps, les soins peuvent devenir moins intensifs. Comment pouvons-nous garantir un accompagnement de longue durée? Après une certaine période de traitement, les patients restent en effet sans accompagnement et il peut arriver qu'un membre de la famille constate une rechute.

J'ai encore une objection au sujet de l'obligation d'information ou de la fonction de sonnette d'alarme dont a parlé Mme Vanlerberghe. Je m'étonne d'apprendre que les médecins généralistes constatent cette maladie si tard. Peut-on remédier à cela?

J'aimerais savoir quelles mesures de prévention peuvent être prises au niveau fédéral. Les campagnes de prévention et les médias peuvent se compléter. Nous devons peut-être reprendre dans notre résolution ce qui est dit à ce sujet.

Enfin, je voudrais remercier le Dr Yves Simon pour l'attention qu'il a accordée à la *ouderplatform*. La confrontation des parents à ce problème est en effet souvent sous-estimée. La plupart du temps, il n'en prennent conscience que lorsque la maladie est déjà dans une phase avancée. Ne pouvons-nous pas veiller à ce que des parents s'engagent comme personnes d'expérience auprès d'autres parents?

Mme la présidente. — Le problème de l'anorexie continue manifestement à s'aggraver chez les jeunes. Se pourrait-il que de nouveaux facteurs soient venus s'ajouter aux anciens? Je songe ici à l'intérêt croissant des médias, particulièrement d'internet.

Bij de grootste risicogroep, de adolescenten, speelt mogelijk ook het effect dat wat wordt verboden, hen het meest aantrekt. Vraag is dus of zaken verbieden wel een goede oplossing is. Bovendien kunnen we sommige dingen gewoon niet verbieden. We kunnen bijvoorbeeld wel een website in België verbieden, maar dan wordt die mogelijk door een buitenlandse provider aangeboden of beginnen jongeren stiekem naar dergelijke sites te surfen. Kunnen we dergelijke zaken verbieden of heeft dat een averechts effect? Of moeten we misschien deze media zelf gebruiken om de gevolgen van anorexia zo ruim mogelijk kenbaar te maken? Vandaag las ik in *De Morgen* een artikel over een filmpje op YouTube in verband met anorexia, dat blijkbaar de jongeren heel sterk raakt.

Preventie is heel belangrijk maar dat is een zaak van de gemeenschappen, die daar trouwens al heel wat rond gedaan hebben. Wij kunnen alleen maatregelen voorstellen die onder onze bevoegdheid vallen of hoogstens aandringen op samenwerking met de gemeenschappen. Bestaan er metingen over het effect van wat de gemeenschappen tot dusver al hebben ondernomen? Ik denk bijvoorbeeld aan het Charter dat ze hebben afgesproken.

Mevrouw Myriam Vervae. — Ik wou mij beperken tot de vragen over de behandeling, maar vooraf wil ik toch nog ingaan op de meer algemene vraag die hier werd gesteld namelijk of anorexia louter een gewichtsprobleem is.

In feite hoort anorexia nervosa thuis in de ruimere groep van eetstoornissen. Daarin onderscheiden we drie mentale aandoeningen, met naast anorexia nervosa, de boulimia nervosa en wat wij noemen « de eetstoornissen niet anders omschreven ». Deze laatste is een grote menggroep waar onder andere de eetbuistoornis bij hoort. Dat is een aandoening waarbij de patiënten eetbuien hebben die ze niet compenseren, waardoor ze vaak bij de obezen worden ondergebracht. Maar lang niet elke obesitas is een eetstoornis. We moeten dus een duidelijk onderscheid maken tussen een gewichtsprobleem *tout court* en eetstoornissen, die vaak met gewichtsproblemen gepaard gaan. De grootste groep, de boulimia nervosa, heeft bijvoorbeeld meestal een ideaal gewicht en is dus niet herkenbaar aan de hand van het gewichtscriterium.

Anorexia nervosa heeft heel veel gemeen met boulimia nervosa en zelfs met de eetbuistoornis. Anorexia nervosa geeft wel het meest spectaculaire beeld omdat de patiënt erg mager wordt. Ik pleit er heel sterk voor om deze aandoening bij de grotere groep van de eetstoornissen te blijven situeren, omdat ook de andere aandoeningen veel risico's met zich brengen.

In de media wordt vaak het beeld van anorexia getoond, wellicht omdat dat het meest indruk maakt.

Voor België beschikken we niet over accuraat cijfermateriaal. We mogen echter aannemen dat de cijfers voor België gelijk lopen met die van Nederland. De cijfers die hier werden aangehaald kwamen overigens uit een Nederlandse studie. Wellicht kunnen we later over meer cijfermateriaal beschikken.

Verskillende senatoren vroegen of we anorexiapatiënten kunnen genezen. Dat staat buiten kijf. Bijna de helft van de patiënten kunnen worden geholpen. Dat de behandeling van die ziekte momenteel toch nog zo moeilijk loopt is onder meer te wijten aan het feit dat er enige tijd verstrijkt tussen het ontstaan van de ziekte en de aanmelding ervan. Anorexia wordt niet altijd als dusdanig erkend. Dat kan verwonderlijk lijken omdat de patiënt toch enorm veel gewicht verliest, maar het is typisch voor anorexiapatiënten dat ze hun ziekte verstoppen. Dat geldt bijvoorbeeld in veel mindere mate voor mensen met een depressie. Zelfs tegenover professionelen zullen mensen met anorexia verstoppen dat ze ziek zijn. Zij beschouwen de manifestatie van de ziekte als een oplossing voor hun probleem. Ze zijn heel bang van hun emoties. Door uit te hongeren, wordt niet alleen hun maag leeg,

Chez les adolescents, principal groupe à risque, l'attrait de l'interdit joue peut-être aussi un rôle. On peut donc se demander si interdire est une bonne solution. Qui plus est, nous ne pouvons pas tout interdire. Un site web que nous interdissions en Belgique pourrait être proposé par un fournisseur étranger et visité en cachette. Une telle interdiction n'a-t-elle pas un effet opposé? Peut-être devrions-nous utiliser nous-mêmes ces médias pour faire connaître le plus largement possible les conséquences de l'anorexie? J'ai lu aujourd'hui dans *De Morgen* un article à propos d'une vidéo concernant l'anorexie, diffusée sur YouTube, et qui touche apparemment très fort les jeunes.

La prévention est essentielle, mais c'est une compétence des Communautés qui ont d'ailleurs déjà fait du bon travail à ce sujet. Nous pouvons proposer uniquement les mesures qui relèvent de nos compétences ou tout au plus pousser à une collaboration avec les Communautés. A-t-on évalué l'impact des mesures prises par elles? Je songe par exemple à la Charte qu'elles ont conclue.

Mme Myriam Vervae — Je voudrais me limiter aux questions sur le traitement mais je commencerai par répondre à la question plus générale qui a été posée ici, de savoir si l'anorexie est simplement un problème de poids.

L'anorexie nerveuse fait en réalité partie du groupe plus large des troubles du comportement alimentaire. On y trouve trois troubles mentaux avec, à côté de l'anorexie nerveuse, la boulimie nerveuse et ce que nous appelons les « troubles alimentaires non spécifiés », un vaste groupe englobant notamment l'hyperphagie boulimique. Les patients éprouvent des envies compulsives de manger, sans mesures compensatoires. C'est pourquoi ils sont souvent classés parmi les obèses. Mais toutes les formes d'obésité ne sont pas des troubles alimentaires. Nous devons donc faire une nette distinction entre un problème de poids tout court et les troubles alimentaires qui vont souvent de pair avec des problèmes de poids. Le groupe le plus important, les patients atteints de boulimie nerveuse, ont souvent un poids idéal et le critère du poids ne permet donc pas de les reconnaître.

L'anorexie nerveuse a de nombreux points communs avec la boulimie nerveuse et même avec l'hyperphagie boulimique. L'anorexie est la plus spectaculaire étant donné que le patient maigrit très rapidement. Je plaide avec force pour que l'on continue à classer cette affection dans le groupe plus vaste des troubles alimentaires parce que les autres troubles entraînent aussi de nombreux risques.

Les médias présentent souvent l'image la plus impressionnante, celle de l'anorexie.

La Belgique ne dispose pas de chiffres précis. Nous pouvons cependant considérer que nos chiffres sont comparables à ceux des Pays-Bas. Les chiffres qui ont été cités ici proviennent d'ailleurs d'une étude néerlandaise. Nous pourrions peut-être disposer d'autres données chiffrées plus tard.

Plusieurs sénateurs ont demandé si l'anorexie pouvait se guérir. C'est incontestable. Pratiquement la moitié des patients peuvent être aidés. Le fait qu'il soit toujours si difficile de traiter cette maladie provient notamment du fait qu'il s'écoule un certain temps entre son apparition et son enregistrement. L'anorexie n'est donc pas toujours reconnue en tant que telle. Cela peut paraître surprenant étant donné que le patient perd quand même énormément de poids mais les patients anorexiques ont l'habitude de cacher leur maladie. La même tendance s'observe, mais dans une bien moindre mesure, chez les dépressifs. Les anorexiques cachent même leur état au corps médical. Ils considèrent la manifestation de leur maladie comme une solution à leurs problèmes. Ils ont très peur de leurs émotions. En s'affamant, ils vident non seulement leur estomac mais font aussi le vide dans leur tête. C'est l'avantage

maar ook hun hoofd. Dat is het voordeel dat de patiënten op korte termijn van anorexia ervaren. Ze melden zich dus niet aan en wanneer ze dan toch worden aangemeld, ontkennen ze de ziekte. Elke specialist kan onmiddellijk de diagnose stellen. Het probleem is echter dat de patiënt niet tot bij de expert komt. Naast een financieel probleem is er ook het feit dat mensen die daarvoor niet zijn opgeleid dit soort patiënten aantrekken met magische oplossingen, voedingssupplementen enzovoort. Die patiënten zijn een gewillig slachtoffer omdat ze in feite verkiezen om ziek te blijven. Dat is een groot probleem. We moeten alles in het werk stellen om ervoor te zorgen dat mensen die ziek zijn bij de juiste persoon kunnen terecht komen.

Er werd ook gevraagd of de Body Mass Index de enige index is. Wij hanteren een gewicht van minder dan 85% van het te verwachten gewicht als indicatie.

In verband met de websites werd terecht opgemerkt dat wat verboden wordt vaak erg aantrekkelijk is. Voor de groep mensen die hier betrokken is, is een verbod niet altijd onbelangrijk. Een adolescent verzet zich doorgaans tegen wat gevraagd wordt door een autoriteit.

Het kan ook een pathologie zijn als je te volgzzaam bent. Vanuit een autoritaire positie vindt men het doorgaans goed dat men volgzzaam is, maar bij deze groep is het net andersom. Zij gaan extreem volgen wat voorgeschreven wordt. Slaafs normen volgen of imiteren kan ook problematisch zijn. Ik heb ervaren dat voor vele mensen de Nederlandse waarschuwendende website erg doeltreffend is.

De heer Yves Simon. — Inzake eerstelijnszorg werd verwezen naar de huisartsen. Hoe kan anorexia nervosa worden onderscheiden van een andere eetstoornis? We weten dat er risicogroepen bestaan. Het is bijzonder nuttig de arts informatie te geven over die groepen. Het gaat om jonge vrouwen, vrouwen die op doktersbezoek gaan omwille van gewichtsproblemen, omdat ze een dieet willen volgen, wegens gastro-intestinale problemen, diabetes. Het gaat ook om jongeren met een groei-stop of jongeren die een arts raadplegen onder druk van hun ouders. Bepaalde elementen kunnen ons helpen risicogroepen te identificeren.

Professor Vervaeke merkte al op dat de huisarts aan die patiënten enkele zeer eenvoudige vragen kan stellen om uit te maken of hij moet doorvragen om een diagnose te kunnen stellen. Eet u soms meer dan u zou willen en hebt u soms het gevoel dat u de controle over uw voeding verliest? Zeggen anderen u dat u mager bent, terwijl u vindt dat u dik bent? Bepaalt eten uw leven? Moet u soms braken als u zich opgeblazen voelt?

De manier waarop die vragen geformuleerd worden, kan de arts in staat stellen risicopersonen te detecteren en bijkomende vragen te stellen om de pathologie te evalueren. Er is gesproken over de BMI als diagnosecriterium. Een jong meisje kan inderdaad een volkomen normale BMI hebben terwijl ze anorexia nervosa ontwikkelt. Het komt erop aan de diagnose in een vroeg stadium te stellen. De eerstelijnszorg is niet beperkt tot één consultatie.

Zodra een huisarts merkt dat een persoon van de risicogroep bevestigend antwoordt op verschillende van de aangehaalde vragen, moet hij ervoor zorgen dat hij die persoon opnieuw ziet om te kunnen nagaan gaan of zijn gewicht evolueert. Een bloedafname geeft ons geen informatie, behalve wanneer de patiënt spontaan braakt of laxeremiddelen neemt en zijn kaliumniveau vrij laag is.

Ook al hebben we aanwijzingen over de risicogroepen en weten we welke vragen we moeten stellen om patiënten met een risico voor eetstoornissen te identificeren, toch geeft dat ons geen

que les patients anorexiques ressentent au début de leur maladie. Ils ne consultent donc pas et lorsqu'ils sont malgré tout démasqués, ils nient leur maladie. N'importe quel spécialiste est capable de poser un diagnostic immédiat. Le problème est que le patient ne consulte pas de spécialiste. Outre le problème financier, des personnes qui n'ont pas suivi de formation appropriée attirent ce type de patients en leur proposant des solutions magiques, des suppléments alimentaires, etc. Ces patients sont des victimes volontaires et choisissent en réalité de rester malades. C'est un problème sérieux. Nous devons tout mettre en œuvre pour que ces malades puissent être dirigés vers un thérapeute approprié.

On a aussi demandé si l'indice de masse corporelle était le seul utilisé. Nous utilisons comme indice un poids inférieur à 85% du poids normal.

À propos des sites web, on a fait pertinemment remarquer l'attrait de l'interdit. Pour le groupe concerné ici, une interdiction n'est pas toujours sans importance. Un adolescent s'oppose généralement à l'autorité.

Une trop grande docilité peut aussi être pathologique. Du point de vue de l'autorité, on considère généralement la docilité comme une qualité mais dans ce groupe, c'est exactement le contraire. Ces personnes vont suivre scrupuleusement les consignes. Le respect servile de normes peut aussi être problématique. J'ai constaté que pour de nombreuses personnes, la mise en garde présentée par le site web néerlandais était particulièrement efficace.

M. Yves Simon. — Concernant les soins de première ligne, on a évoqué les médecins généralistes. Comment distinguer l'anorexie mentale d'un autre trouble alimentaire? On sait qu'il y a des populations à risques. Il est extrêmement utile de communiquer au médecin les informations relatives à ces populations. Il s'agit des jeunes femmes, des femmes qui consultent pour des problèmes de poids, pour suivre un régime, pour des problèmes gastro-intestinaux, de diabète. On trouve aussi des jeunes en arrêt de croissance ou qui consultent sous la pression de leurs parents. Certains éléments peuvent nous permettre de cerner les populations à risques.

Par ailleurs, comme le disait le professeur Vervaeke, le médecin généraliste peut poser quelques questions très simples à ses patients pour savoir s'il doit approfondir afin d'établir un diagnostic: Vous arrive-t-il de manger plus que vous ne le souhaiteriez et d'avoir une sensation de perte de contrôle de votre alimentation? Les autres vous disent-ils que vous êtes mince alors que vous vous sentez grosse? Diriez-vous que l'alimentation domine votre vie? Vous arrive-t-il d'avoir des vomissements lorsque vous vous sentez ballonnée?

La manière dont ces questions sont formulées peut lui permettre de détecter des sujets à risques et donc de poser des questions complémentaires pour évaluer la pathologie. On a parlé du BMI comme critère de diagnostic. Il est vrai qu'une jeune fille peut avoir un BMI tout à fait normal alors qu'elle commence une anorexie mentale. La difficulté est de poser le diagnostic suffisamment tôt. L'intervention en première ligne n'est pas une seule intervention.

Dès le moment où un médecin généraliste identifie que dans une population à risques, un sujet répond par l'affirmative à plusieurs des questions mentionnées ci-dessus, il doit veiller à le revoir pour évaluer si le poids de la personne évolue au cours du temps. En effet, une prise de sang ne nous donnera aucune information excepté si la personne se fait vomir ou qu'elle prend des laxatifs et que son taux de potassium est relativement bas.

Si nous disposons d'indications sur les populations à risques et que nous connaissons les questions à poser pour identifier les sujets à risques en matière de troubles alimentaires, rien ne nous

aanwijzing over wie daadwerkelijk anorexia, boulimie of boulemische hyperfagie zal ontwikkelen. Opvolging in de eerste lijn is dus zeer belangrijk.

Tegelijkertijd moet ook de aandacht van de ouders worden gevestigd op de risico's die de adolescent loopt wanneer hij met diëten begint. Als de CLB, de scholen of de klastitularissen, de ouders melden dat hun kind misschien een probleem heeft, kunnen ze gepast reageren. Als men een ouder zegt dat zijn kind een probleem heeft, zal die zich in de eerste plaats afvragen of hij daarvoor verantwoordelijk is. Als men dan ook nog zegt dat het om een ernstige ziekte gaat en de omgeving van de ouders geneigd is te denken dat anorexia verband houdt met de opvoeding door de ouders, stopt de communicatie onmiddellijk.

Criteria alleen volstaan dus niet om een diagnose te kunnen stellen.

De zorgverleners moeten een methode uitwerken waarbij rekening wordt gehouden met de jongere en zijn omgeving, vooral dan zijn ouders. De professionelen moeten worden ingelicht over de huidige vormen van die mentale ziekten. Zijn de ouders werkelijk verantwoordelijk? De situatie is heel wat ingewikkelder. Als we erin slagen de visie van de professionele hulpverleners te veranderen, kunnen we wellicht de middelen binnen het gezin efficiënter aanwenden.

De CLB moeten enige vertrouwelijkheid in acht nemen ten opzichte van de ouders, maar ze mogen de ouders hun verantwoordelijkheid niet ontnemen. Als we hen vragen meer controle uit te oefenen, moeten we hen ook steunen. Epidemiologische studies tonen duidelijk aan dat jongeren verwachten dat hun ouders opnieuw controle krijgen over bepaalde gedragingen. De ouders handelen meer uit het oogpunt van verzorging en bescherming, terwijl de adolescent autonomie wil. Dat mag de ouders er echter niet van weerhouden een standpunt in te nemen. Het is nuttig om dingen te verbieden. Dat betekent niet dat ouders de jongere moeten beletten iets te doen, maar wel dat ze als ouders een standpunt innemen. De volwassenen mogen niet om het even wat laten gebeuren. Jongeren verwachten dat van hen, maar hun vertrouwen moet ook worden gerespecteerd. Jongeren moeten beseffen dat ze nog in volle ontwikkeling zijn, dat ze hun persoonlijkheid moeten vormen. Dat houdt verrassingen in en dat vraagt tijd.

Wat de evolutie op de markt van de levensmiddelen betreft, moeten we ervoor zorgen dat therapeuten aandacht hebben voor het omgaan met stimulansen, met elementen die aanleiding geven tot een bepaald gedrag. Wie kan immers weerstaan aan de lokroep van zeer calorierijke voedingsmiddelen die volop beschikbaar en goedkoop zijn? Informatie is misschien een stap in de richting van preventie, maar op een bepaald ogenblik moet ook ingegrepen worden op de omgeving, naar het voorbeeld van de maatregelen die werden genomen in de strijd tegen het tabaksgebruik.

Om anorexia nervosa te bestrijden moeten specifieke therapieën worden uitgewerkt. In het geval van adolescenten lijken de meest efficiënte therapieën erin te bestaan dat ouders opnieuw controle krijgen over de omgeving van hun kinderen, vooral wat de maaltijden betreft. Ze mogen dan wel geen negatieve commentaar geven, want die jongeren hebben al een laag zelfbeeld. Die controle terugkrijgen moet een houding zijn en geen negatieve commentaar. Geen kritiek geven op de andere is geen gebruikelijke houding. De therapeut moet alles in het werk stellen om de ouders ertoe te bewegen die houding aan te nemen.

Aangezien ouders en adolescenten niet dezelfde logica volgen, moet ook de communicatie gestimuleerd worden. Jongeren willen communiceren. Het is van essentieel belang dat ouders worden ondersteund in de uitoefening van hun gezag, of het nu gaat om preventie dan wel om therapeutische begeleiding. In het centrum waar ik werk, krijgen we gelukkig een financiering voor de evaluatie van een therapeutisch project rond anorexia nervosa.

indique vraiment qui va s'engager dans l'anorexie mentale, la boulimie ou l'hyperphagie boulimique. De nouveau, le suivi en première ligne sera important.

Parallèlement, il faut attirer l'attention des parents sur le risque que prend l'adolescent en s'engageant dans des régimes. Lorsque les centres PMS, les écoles ou les titulaires signalent aux parents que leur enfant a peut-être un problème, ils peuvent réagir de manière inadéquate. Lorsque l'on dit à un parent que son enfant a un problème, l'adulte se demande quelle est sa part de responsabilité. Si l'on ajoute que cette maladie est grave et que par ailleurs, l'entourage du parent a tendance à considérer que l'anorexie est liée à l'éducation parentale, on bloque immédiatement la communication.

Par conséquent, il n'y a pas que les critères qui servent à poser un diagnostic.

Les intervenants doivent s'engager dans une procédure à l'égard du jeune et de son entourage, de ses parents notamment. Il est nécessaire d'informer les professionnels à propos des modèles actuels de ces maladies mentales. Les parents sont-ils vraiment responsables? Les choses sont beaucoup plus complexes. Si nous parvenions à changer la vision des professionnels, nous pourrions probablement activer de manière plus adéquate les ressources familiales.

Les centres PMS doivent peut-être observer une certaine confidentialité vis-à-vis des parents mais les parents ne peuvent être démunis de leurs responsabilités. Si nous leur demandons d'augmenter leur contrôle, nous devons aussi les soutenir. Les études épidémiologiques montrent clairement que les jeunes attendent que leurs parents reprennent le contrôle de certains de leurs comportements. Les parents sont dans une logique de soins et de protection alors que l'adolescent est dans une logique d'autonomie, mais cela ne doit pas dissuader les parents de prendre position. Les interdits sont tout à fait utiles. Il ne s'agit pas d'empêcher le jeune de faire quelque chose mais de prendre position en tant que parents. Les adultes ne peuvent laisser faire tout et n'importe quoi. Les jeunes sont en attente de cela mais il faut aussi respecter leur droit à la confidentialité. Les jeunes doivent être conscients qu'ils sont dans un processus de développement, de construction de leur personnalité, qui comporte des aléas et prend du temps.

En ce qui concerne l'évolution du marché de l'alimentation, il faut être attentif à ce que les thérapeutes appellent la gestion du stimuli, c'est-à-dire aux éléments qui déclenchent un comportement. Lorsque des aliments très caloriques sont abondants et peu coûteux, qui peut résister à la sollicitation? L'information est peut-être une étape sur le chemin de la prévention mais, à un moment donné, il faudra agir sur l'environnement, à l'instar des mesures qui ont été prises pour lutter contre le tabagisme.

Pour traiter l'anorexie mentale, il faut mettre en œuvre des thérapies spécifiques. Avec les adolescents, les thérapies les plus efficaces semblent être celles qui rendent aux parents le contrôle de l'environnement de leur progéniture, notamment quant à la gestion des repas, à condition que les parents s'abstiennent de tout commentaire critique car ces jeunes ont une estime de soi très fragile. Cette reprise de contrôle doit être une prise de position et non un commentaire négatif. S'abstenir de critiquer l'autre est une attitude inhabituelle; tout l'art du thérapeute sera d'amener les parents à l'adopter.

Parents et adolescents étant dans des logiques différentes, il importe aussi de favoriser la communication. D'ailleurs, les adolescents attendent cette communication. Qu'il s'agisse de prévention ou d'intervention thérapeutique, le soutien à l'exercice des compétences parentales est essentiel. Dans le centre où je travaille, nous avons eu la chance de recevoir un financement destiné à évaluer un projet thérapeutique concernant l'anorexie mentale.

In de modules die nu worden gevalideerd, gebruiken we hoofdzakelijk technieken van groepsgezinstherapie. We verzamelen acht gezinnen voor tien sessies verspreid over een jaar. De eerste sessie duurt vijf dagen. Volgens die drie principes werken we, van 9 tot 17 uur, met de ouders en de adolescenten.

Die therapie werd uitprobeerde in Duitsland, de Verenigde Staten en Groot-Brittannië. De ouders zijn in ieder geval zeer tevreden, want ze krijgen opnieuw de mogelijkheid om een zeer belangrijke rol te spelen in de genezing van hun kind. Ze worden niet uitgesloten en ze ervaren dat ze opnieuw gezag krijgen, ook al is dat soms moeilijk en moeten ze worden gesteund.

Mevrouw Vervaeke wees reeds op de zware financiële problemen. Het is dan ook bijzonder waardevol dat we kunnen rekenen op een financiering van ons pilootproject. We kunnen ons ook voor de preventie door die technieken laten leiden.

Het NPVG legt vooral de nadruk op een goede voeding en op lichamelijke activiteit, maar dan wel in een aangename context. Tal van jongeren die — als gevolg van een mislukking bij een kampioenschap, een kwetsuur, enzovoort — een sportbeoefening op hoog niveau stopzetten, bevinden zich in een zeer moeilijke situatie, zowel wat hun voeding als hun zelfbeeld betreft.

Misschien moet een derde dimensie worden toegevoegd: de aanvaarding door de maatschappij van alle lichaamsvormen en alle gewichten. De discriminatie van zwaarlijvigen en zelfs van anorexiëpatiënten bevordert geenszins de aanpassing van die mensen aan het sociale leven.

Mevrouw Katia Segers. — Mevrouw Hermans vraagt zich af of we er niet één pot nat van maken als we ook boulimie en *binging* onder dezelfde problematiek catalogeren. Ik pleit ervoor om dat toch te doen. Ik ben overigens mijn uiteenzetting begonnen met te zeggen dat een eetstoornis een complex probleem is en dat het gaat om verschillende ziektebeelden van één en dezelfde problematiek. Uit onderzoek blijkt trouwens dat anorexiëpatiënten vaak in de loop van hun ziekte ook periodes van boulimie en *binging* hebben.

We moeten zowel aan regulerend als preventief optreden. De waarschuwingsbanners zijn een goede zaak als er een uitvoerige tekst bij is die er duidelijk op wijst dat het om een ernstige aandoening gaat. Preventie- en sensibiliseringscampagnes met betrekking tot gezonde voeding, zijn echt belangrijk. Ze leiden wel degelijk tot resultaat, niet op korte termijn, maar zeker op lange termijn. Ik verwijs naar de BOB-campagnes, die nu pas echt resultaat hebben evenals naar de Tutti Frutti-campagne in de Vlaamse scholen.

Er moeten campagnes worden opgezet over gezonde voeding, waar een normaal gewicht en een normaal voedingspatroon het uitgangspunt is en tegelijkertijd wordt gewaarschuwd voor obesitas, maar niet stigmatiseren.

Ik ben het voorstel van resolutie genegen. De verplichte BMI-index voor modellen is een eerste stap, die echter moet worden uitgebreid tot televisiepresentatrices en deelnemers aan schoonheidswedstrijden. Zeventig procent van de deelnemers aan de jongste *Miss-America*-wedstrijd bijvoorbeeld, had vijftien procent ondergewicht.

De meldingsplicht is volgens mij ook een stap in de goede richting. Ik denk in dat verband ook aan de tandartsen. Zij kunnen als eersten vaststellen dat iemand aan boulimie lijdt. Bij veelvuldig braken tast het maagzuur namelijk het tandglazuur aan met een zeer specifiek patroon. Tandartsen merken dat onmiddellijk op, vooral wanneer het al een tijdje aan de gang is.

Nous utilisons notamment, dans ces modules qui sont en cours de validation, des techniques de thérapie multifamiliale. Nous réunissons huit familles pour dix sessions réparties sur une année. La première dure cinq jours. Nous travaillons sur ces trois bases, de 9 à 17 heures, avec les parents et les adolescents.

Ce type de thérapie a été expérimenté en Allemagne, aux États-Unis et en Grande-Bretagne. En tout cas, je peux vous dire que les parents sont très satisfaits car on leur redonne la possibilité de jouer un rôle très important dans la guérison de leur enfant. Ils ne sont pas exclus et, même si c'est parfois difficile et qu'il faut les soutenir, ils se sentent réinvestis dans leurs compétences.

Comme l'a souligné Mme Vervaeke, les problèmes financiers sont importants. Pouvoir bénéficier d'une aide de ce type dans le cadre d'un projet-pilote est extrêmement précieux. On peut certainement s'inspirer de ces techniques, notamment pour ce qui est de la prévention.

Le PNSS met essentiellement en exergue une bonne alimentation et une activité physique, mais il faut que cela se déroule dans un contexte agréable. En effet, de nombreux jeunes, qui mettent fin — à la suite d'un échec lors d'un championnat, d'une blessure, etc. — à une pratique sportive de haut niveau se retrouvent dans une situation très difficile, sur le plan à la fois de l'alimentation et de l'estime de soi.

Peut-être faudrait-il ajouter une troisième dimension: l'acceptation par la société de toutes les formes corporelles et de tous les poids. La discrimination dont font l'objet les obèses, voire les anorexiques, ne favorise en rien l'adaptation de ces personnes à la vie sociale.

Mme Katia Segers. — Mme Hermans se demande si nous ne mettons pas tout dans le même sac lorsque nous situons la boulimie et l'hyperphagie dans la même problématique. Je plaide néanmoins en ce sens. J'ai d'ailleurs entamé mon exposé en disant qu'un trouble de l'appétit constitue un problème complexe et qu'il s'agit de différents syndromes d'un seul et même problème. Des études ont d'ailleurs montré que les patients souffrant d'anorexie connaissent souvent des périodes de boulimie et d'hyperphagie au cours de leur maladie.

Nous devons agir tant par la régulation que par la prévention. Les bannières d'avertissement sont une bonne chose s'il y figure un texte détaillé indiquant clairement qu'il s'agit d'une maladie sérieuse. Les campagnes de prévention et de sensibilisation relatives à une alimentation saine sont vraiment importantes. Elles donnent réellement des résultats, non à court terme mais certainement à long terme. Je fais référence aux campagnes BOB qui ne sortissent leurs effets que maintenant, tout comme la campagne Tutti Frutti dans les écoles flamandes.

Des campagnes doivent être menées sur l'alimentation saine: le point de départ doit en être un poids et des habitudes alimentaires normaux et en même temps on doit mettre en garde contre l'obésité, sans stigmatiser.

Je suis favorable à la proposition de résolution. L'obligation pour les modèles de respecter un indice de masse corporelle constitue une première étape qui doit toutefois être étendue aux présentatrices de télévision et aux participantes aux concours de beauté. Par exemple, 70 % des candidates au dernier concours de Miss America avaient une insuffisance de poids de 15 %.

L'obligation d'information est également, à mon sens, un pas dans la bonne direction. Je pense aussi à ce sujet aux dentistes. Ils peuvent être les premiers à constater qu'une personne souffre de boulimie. En cas de vomissements multiples, le suc gastrique attaque en effet l'émail des dents d'une manière très spécifique. Les dentistes le remarquent immédiatement, surtout lorsque cela dure déjà depuis un certain temps.

Er werd verwezen naar een affiche van Toscanini, de beroemde fotograaf van Benetton, waarop een uitgemergeld meisje te zien is. Ik merk dat dit aanzet tot discussies en bijdraagt aan een grotere bewustwording over anorexia, ook bij onze studenten. Men kan dit bezwaarlijk een campagne noemen, maar het zijn toch initiatieven die het probleem onder ogen brengen.

Mevrouw Myriam Vervae. — De foto's van Toscanini hadden bij onze anorexiapatiënten eerder een negatief effect. Zieke mensen tonen op een affiche in een campagne voor een gezonde levensstijl, is niet opportuun. Gezonde voeding wordt in onze cultuur overigens vaak en ten onrechte verward met dieetvoeding. Vraag aan elk jong meisje wat gezonde voeding is en ze zal dat begrip onmiddellijk assimileren met het volgen van een dieet.

Ik ben erg gelukkig met de campagnes rond gezonde voeding, maar men heeft daarbij één aspect over het hoofd gezien, namelijk dat hij of zij die zo volgzzaam is en extreem perfectionistisch en competitief omgaat met regels, ook deze regel obsessieel zal gaan volgen. Ik waarschuw daarvoor. Gezonde voeding moet worden voorgesteld als een voeding met een goede structuur, namelijk drie volwaardige maaltijden per dag met tussendoortjes en als een gevarieerde voeding, niet als een dieetvoeding. Zij die gezonde voeding promoten, zijn meestal geen professionelen. Vaak gaat het om commerciële programma's waarin het begrip «gezonde voeding» wordt uitgelegd. Wij kunnen met al onze wetenschappelijke kennis absoluut niet opboksen tegen commerciële methoden waar onze jonge bevolking juist zo gevoelig voor is. Ik zou graag hebben dat ook daar aandacht aan wordt besteed. Ik ken bijvoorbeeld niet veel van voetbal en men zal mij dus nooit vragen om op televisie uitleg te komen geven over het voetbal.

Ik hoor soms echter mensen de meest waanzinnige dingen zeggen over eetstoornissen en gezonde voeding, terwijl ze er niets van afweten. Dat begrijp ik niet.

De heer Yves Simon. — Ik ben het daar volkomen mee eens.

Ik kom nog even terug op de foto's van die mannequin die de aandacht moeten vestigen op de gevaren van anorexia. Dit soort reclame moet verboden worden.

Wanneer men aan mensen die anorexia hebben gehad, vraagt wat hen het meest heeft geholpen om van hun ziekte te genezen, verwijzen ze in de eerste plaats naar contact met deskundigen op dat gebied, vervolgens de steun van hun naasten en ten slotte, de getuigenissen van jonge meisjes die de ziekte hebben overwonnen. Die boodschappen van hoop helpen de jonge meisjes immers om hun ziekte beter te herkennen en er tegen te strijden. De foto's van die uitgemergelde mannequin en de rampzalige BMI's waarvan we op modedefilés getuige zijn, lijken mij een aanfluiting van de arbeidswetgeving.

Heeft men zich wel eens afgevraagd welke invloed dergelijke beelden hebben op kinderen en jonge adolescenten? Waarom hen bang maken? Men doet er beter aan hen positieve boodschappen te sturen: voeding en sport, dat is aangenaam.

Wat de postanorexiaperiode betreft, zijn de statistieken zeer hard voor 30% van de patiënten met een chronische vorm: zij lopen een zeer hoog risico op zelfdoding. Die zelfdodingen zijn overigens niet het gevolg van een depressie, maar hebben meer te maken met existentiële problemen, levensmoeheid.

70% van de jonge vrouwen kennen een reële verbetering, maar dat vraagt tijd. 50% onder hen hebben weliswaar nog problemen met voeding, maar dat stoort hen niet te erg bij de verwezenlijking van hun persoonlijke doelstellingen op professioneel, familiaal of sociaal gebied. De wisselvalligheden van het leven kunnen er wel voor zorgen dat die doelstellingen moeilijk gerealiseerd worden.

On a fait référence à l'affiche de Toscanini, le célèbre photographe de Benetton, affiche qui montre une fille famélique. J'observe qu'elle donne lieu à des discussions et contribue à une plus grande prise de conscience de l'anorexie, aussi auprès de nos étudiants. On peut qualifier cette campagne de gênante mais c'est néanmoins une initiative qui met le problème en évidence.

Mevrouw Myriam Vervae. — Les photos de Toscanini ont eu un effet négatif sur nos patients anorexiques. Montrer des personnes malades sur une affiche lors d'une campagne en faveur d'un style de vie sain n'est pas opportuun. Une alimentation saine est d'ailleurs fréquente dans notre culture et est confondue à tort avec une alimentation de régime. Demandez à n'importe quelle jeune fille ce qu'est une alimentation saine et elle assimilera immédiatement cette notion au suivi d'un régime.

Je me réjouis pleinement des campagnes relatives à une alimentation saine mais on en a négligé un aspect: celui ou celle qui est très docile et qui se comporte de manière extrêmement perfectionniste et compétitive vis-à-vis des règles, suivra également celles-ci de manière obsessionnelle. Je mets en garde à ce sujet. Une alimentation saine doit être proposée comme structurée, c'est-à-dire trois repas complets par jour avec des en-cas, et variée, et non comme un régime. Ceux qui font la promotion d'une alimentation saine ne sont la plupart du temps pas des professionnels. Il s'agit souvent de programmes commerciaux dans lesquels la notion d'alimentation saine est interprétée. Nous ne pouvons absolument pas nous opposer, avec toutes nos connaissances scientifiques, aux méthodes commerciales auxquelles nos jeunes sont justement si sensibles. J'aimerais qu'on y accorde aussi de l'attention. Je ne m'y connais par exemple pas beaucoup en football et on ne me demandera donc jamais d'aller à la télévision faire des commentaires sur le football.

Cependant, j'entends parfois des gens dire les choses les plus folles au sujet des troubles de l'appétit et de l'alimentation saine alors qu'ils n'y connaissent rien. Je ne comprends pas cela.

M. Yves Simon. — Je partage tout à fait ce point de vue.

Pour revenir aux photos de ce mannequin visant à attirer l'attention sur les dangers de l'anorexie, je pense que ce genre de publicité devrait être interdite.

Lorsque l'on demande aux personnes qui ont souffert d'anorexie ce qui les a le plus aidées pour sortir de leur maladie, elles parlent d'abord de leur rencontre avec des personnes expertes dans ce domaine, ensuite du soutien de leurs proches et enfin des témoignages de jeunes femmes qui ont surmonté cette maladie. En effet, ces messages d'espoir aident les jeunes filles à mieux reconnaître leur maladie et à lutter. Les photos de ce mannequin décharné, de même que certains BMI catastrophiques observés dans les défilés de mode défilent, me semble-t-il, la législation sur le travail.

Par ailleurs, s'est-on interrogé sur l'impact de telles images sur les enfants et jeunes adolescents? Est-il utile de leur faire peur? Je pense au contraire qu'il faut leur envoyer des messages positifs: l'alimentation et le sport, c'est agréable.

En ce qui concerne l'après-anorexie, les statistiques sont très dures pour 30% des patientes qui présentent des formes chroniques, avec des risques suicidaires très élevés. L'isolement social peut être extrêmement grand. D'ailleurs, ces suicides ne sont pas liés à la dépression; ce sont plutôt des suicides existentiels, une impasse de vie.

Par contre, pour 70% des jeunes femmes, l'amélioration est réelle mais il faut du temps. Certes, 50% d'entre elles conserveront des préoccupations alimentaires mais qui ne les entraveront pas de manière importante dans la réussite de leur projets personnels, qu'ils soient professionnels, familiaux ou sociaux. Bien sûr, les aléas de la vie peuvent rendre ces projets difficiles à réaliser, mais

De tijd speelt echter in het voordeel van die jonge vrouwen van zodra ze in een stabiele en veilige omgeving terecht komen, steun krijgen van hun naasten en bekwame therapeuten kunnen ontmoeten.

Mevrouw Myriam Vanlerberghe (sp.a-spirit). — Hier werd veel gesproken over CLB's en ik geloof daar ook echt in. Ik vind dat meer medische controle op school goed is. Ik vraag mij echter wel af welke normen er worden gehanteerd. Door mijn contacten in scholen hoor ik dat meisjes nogal vlug het etiket «te dik» opgekleefd krijgen, zeker in het vijfde en zesde leerjaar. Ik denk dat dit de meest gevaarlijke periode is. Ik weet niet of andere ouders daar ook ervaring mee hebben. Ik vraag mij dus echt af welke criteria er worden gehanteerd, of hangt dit af van de dokter die dienst heeft? Kinderen komen soms thuis met een briefje waarop vermeld staat dat ze te dik zijn en vaak zijn de moeders daarover verbaasd. Gebruikt men dezelfde criteria in alle CLB's?

De heer Marc Elsen (cdH). — Zelfs als het gaat over materies die tot de bevoegdheid van de gemeenschappen of gewesten behoren, moeten we niet weigeren erover te praten. We moeten een globale visie definiëren.

De CLB-centra, de centra voor schoolinspectie of de gezondheidscentra in scholen hebben wettelijk bepaalde opdrachten, waaronder moeilijkheden opsporen en vaststellen, maar ook begeleiding voorstellen. Het personeel van die centra is bevoegd die opdrachten op zich te nemen, maar vaak zijn de middelen en de ondersteunende maatregelen daarvoor ontoereikend. Aangezien die centra bevoegd zijn voor een zeer grote groep scholieren, kunnen ze zelden meer doen dan gewoon de situatie vaststellen, wat meestal de ouders een schuldgevoel geeft.

Zijn de experts van mening dat het aanbod van de psychotherapeutische hulpverlening, voor deze problematiek in het bijzonder, volstaat? In mijn vorig beroep heb ik gezien dat ouders van kinderen met anorexia het soms erg moeilijk hadden om een opnameplaats te vinden. Misschien zijn die ouders verlamd door schuldgevoel.

Mevrouw Christiane Vienne (PS). — De vraag over de bevoegdheid van de CLB en de beoordelende arts is belangrijk. Enkel de ouders die over een grotere culturele bagage beschikken zijn in staat om de beoordeling van de arts van het CLB te betwijfelen. Die arts stuurt het kind naar huis met een brief waarop vermeld staat «overgewicht». Verder wordt vermeld dat een huisarts moet worden geraadpleegd en dat het ingevulde attest nadien moet worden teruggestuurd. Uit persoonlijke ervaring weet ik dat huisartsen vaak de mening van de arts van het CLB tegenspreken.

Het systeem is zeer schadelijk omdat het kan beletten dat een diagnose wordt gesteld over een reëel probleem. Het geeft ouders een schuldgevoel, vooral ouders uit volkse milieus die het aanvoelen alsof wordt getwijfeld aan hun capaciteiten om hun kind goed op te voeden. Het is vooral in die milieus dat er een groot risico is op gedragspatronen die psychologische moeilijkheden bij het kind kunnen veroorzaken. Zo heb ik kinderen ontmoet in de lagere school die het tussendoortje van hun medeleerlingen stalen omdat hun ouders er hen geen meegaven wegens de opmerking van het CLB. Dat is dus een inhoudelijk probleem. Of de materie nu al dan niet afhangt van de gewesten of de gemeenschappen heeft op zich geen belang. Onze resolutie kan wel degelijk bedenkingen over de grond van de zaak bevatten die ook tot de gewesten en de gemeenschappen gericht zijn. We moeten de dingen niet al teveel in hokjes stoppen.

De heer Yves Simon. — Het aanbod aan psychotherapie is duidelijk ontoereikend. Het aanbod voldoet niet aan de vraag, te meer daar de behandeling van eetproblemen en anorexia een zekere expertise vereist. Bovendien is de aanpak de voorbije twintig jaar sterk geëvolueerd, vooral op het vlak van de relatie

le temps est un élément qui joue en faveur de ces jeunes femmes, dès le moment où elles jouissent d'un environnement stable et sécurisé, qu'elles bénéficient du soutien de leurs proches et qu'elles peuvent rencontrer des thérapeutes compétents.

Mme Myriam Vanlerberghe (sp.a-spirit). — À cet égard on parle beaucoup des CLB (centres PMS) et j'y crois réellement. J'estime qu'un contrôle médical accru des écoles est une bonne chose. Je m'interroge cependant sur les normes. Au travers de mes contacts dans les écoles, j'entends que les filles sont rapidement cataloguées de «trop grosses», certainement en cinquième et en sixième années. Je pense que cette période est la plus dangereuse. J'ignore si d'autres parents ont fait la même expérience. Je me demande donc vraiment quels sont les critères utilisés ou si cela dépend du médecin de service. Les enfants rentrent parfois à la maison avec une note mentionnant qu'ils sont trop gros, ce qui surprend souvent les mamans. Les mêmes critères sont-ils utilisés dans tous les CLB?

M. Marc Elsen (cdH). — Même s'il s'agit de nouveau de matières relevant des compétences communautaires et régionales, il ne faut pas refuser d'en discuter. Il faut définir une vision globale.

Aux centres PMS, centres d'inspection scolaire ou centres de santé scolaires, sont dévolues légalement certaines missions, dont celle de repérer et de diagnostiquer les difficultés mais aussi de proposer un accompagnement. Le personnel de ces centres est habilité à prendre ces missions en charge mais souvent, les moyens, l'encadrement sont insuffisants. Comme les populations scolaires dépendant de ces centres sont très importantes, ces centres peuvent rarement aller au-delà d'un simple constat, lequel est en général assez culpabilisant pour les parents.

Estimez-vous que l'offre d'aide psychothérapeutique, en particulier en réponse à ces problématiques, est suffisante? Mon expérience professionnelle antérieure m'a amené à constater que les parents d'enfants anorexiques avaient parfois des difficultés à trouver une prise en charge. Peut-être ces parents sont-ils paralysés par la culpabilité.

Mme Christiane Vienne (PS). — La question de la compétence des centres PMS et du médecin qui évalue est importante. Seuls les parents ayant un capital culturel élevé sont capables de remettre en question l'évaluation du médecin du PMS. Ce médecin renvoie l'enfant chez lui avec un papier mentionnant «surcharge pondérale» et imposant aux parents de consulter leur médecin généraliste et de renvoyer ensuite le certificat complété par celui-ci. Par expérience personnelle, je sais que les médecins généralistes contredisent souvent l'avis du médecin du PMS.

Le système est très pernicieux car il empêche de poser éventuellement un vrai diagnostic sur un véritable problème. Il culpabilise les parents et, surtout, ceux des milieux populaires qui vont ressentir cela comme une remise en question de leur capacité à élever correctement leur enfant. C'est particulièrement dans ces milieux que le risque d'adopter des comportements pouvant créer des difficultés psychologiques chez l'enfant est grand. J'ai ainsi rencontré des enfants de l'école primaire qui volaient le casse-croûte de leurs compagnons parce que leurs parents les en privaient en raison de la remarque formulée par le centre PMS. C'est donc un problème de fond qui se pose, et que la matière relève ou non des régions et communautés n'a en soi pas d'importance. Notre résolution peut très bien contenir des éléments de réflexion de fond qui s'adressent aussi aux régions et communautés. Il ne faut pas trop segmenter les choses.

M. Yves Simon. — Quant à l'offre de psychothérapies, la réponse est clairement «non». L'offre ne répond pas aux besoins, d'autant que la prise en charge des troubles alimentaires et de l'anorexie demande une certaine habitude, une certaine expertise. De plus, les pratiques ont beaucoup évolué en vingt ans,

met de ouders. Het is belangrijk dat op de ouders en op de eerstelijnsgezondheidsdiensten gesteund kan worden. Elkeen heeft zijn rol en moet zijn plaats vinden, ook de zelfstandige psychotherapeuten.

Wat de situaties betreft die werden beschreven, is het waar dat de boodschap «wij zijn slechte ouders» wordt onthouden, wat rampzalig is. Het is zeer belangrijk rekening te houden met die aspecten.

Mevrouw Myriam Vervae. — We merken inderdaad dat er vaker wordt gewaarschuwd voor overgewicht, terwijl recente studies duidelijk aantonen dat ondergewicht meer risico's inhoudt dan een licht overgewicht. Ons publiek wordt daarvan niet van op de hoogte gebracht. Heel wat schoolartsen zijn echter nog steeds meer begaan met het detecteren van overgewicht.

Het is ook belangrijk dat als men informatie verstrekt inzake lichaamsgewicht aan de mensen die op de eerste lijn werken, dat het op een gepaste manier gebeurt. De boodschap werkt vaak stigmatiserend en dan begint het complexe interactieproces met de ouders.

Er is op verschillende niveaus plaats voor de behandeling, maar binnen de diagnostische criteria van anorexia nervosa, pleit men internationaal voor gespecialiseerde psychotherapeuten met de nodige ervaring en opleiding. In navolging van onze buurlanden, zijn we voorstander van de erkenning in ons land van kenniscentra, waarbij niet alleen met betrekking tot de diagnose, maar ook inzake behandeling en informatieverbreiding een proces wordt bewaakt en trapsgewijs aan de verschillende lijnen in de gezondheidszorg wordt doorgegeven.

Mevrouw Lieve Van Ermen (LDD). — Wat is de coincidentie tussen een obsessief-compulsieve stoornis (OCS) en anorexia nervosa?

Mevrouw Myriam Vervae. — Zeker binnen de restrictieve vorm van anorexia nervosa komt OCS vrij vaak tegelijkertijd voor met anorexia nervosa. De pure anorexia nervosa uit zich exclusief in de voeding maar men ziet ook vaak obsessieve kenmerken binnen een ruimer gedragspatroon. In sommige studies over anorexia wordt inderdaad verwezen naar een, zij het een juveniele, vorm van OCS.

notamment la relation avec les parents. Il est important de s'appuyer sur les parents et les services de santé de première ligne. Chacun a son rôle à jouer et sa place à trouver, y compris les psychothérapeutes indépendants.

En ce qui concerne les situations décrites, il est vrai que le message retenu est : «Nous sommes de mauvais parents», ce qui est catastrophique. Il est très important de tenir compte de ces aspects.

Mme Myriam Vervae. — Nous remarquons en effet qu'on met plus souvent en garde contre l'excès de poids alors que des études récentes montrent clairement qu'un poids insuffisant présente davantage de risques qu'une légère surcharge pondérale. Notre public n'en est pas informé. De très nombreux médecins scolaires s'occupent encore davantage de la détection de l'obésité.

Il importe également que, lorsqu'on diffuse des informations sur le poids corporel à des personnes qui travaillent en première ligne, cela se passe de manière adéquate. Le message fonctionne souvent de manière stigmatisante, et commence alors le processus complexe d'interaction avec les parents.

Il y a place à différents niveaux pour le traitement mais, dans les critères diagnostiques de l'anorexie mentale, on plaide au plan international pour des psychothérapeutes spécialisés ayant l'expérience et la formation nécessaires. À l'instar des pays voisins, nous sommes partisans de la reconnaissance de centres d'expertise dans notre pays, grâce auxquels on contrôlerait le diagnostic, le traitement et la diffusion d'informations; le tout serait progressivement transmis aux différentes lignes des soins de santé.

Mme Lieve Van Ermen (LDD). — Quelle est la coïncidence entre un trouble obsessionnel compulsif (TOC) et l'anorexie mentale?

Mme Myriam Vervae. — Dans la forme restreinte de l'anorexie mentale, on observe très souvent le TOC en même temps que l'anorexie mentale. La pure anorexie mentale s'exprime exclusivement dans l'alimentation mais on observe aussi souvent des signes obsessionnels dans un modèle de comportement plus large. Certaines études sur l'anorexie font effectivement référence à une forme, fût-elle juvénile, de TOC.