

# BELGISCHE SENAAAT

---

ZITTING 2007-2008

---

23 JANUARI 2008

---

**Voorstel van resolutie strekkende tot een betere aanpak, op het vlak van de volksgezondheid, van de risico's verbonden aan overgewicht en zwaarlijvigheid**

---

## AMENDEMENTEN

---

Nr. 1 VAN DE DAMES VANLERBERGHE EN TEMMERMAN

**Een punt J toevoegen, luidende :**

*«J. overwegende dat obesitas op drie niveaus moet aangepakt worden : gezondheidspromotie, screening en behandeling van beginnende obesitas op de eerste lijn en curatieve zorg; »*

Verantwoording

Het is nodig om de strijd tegen obesitas op drie niveaus te voeren. Het belangrijkste niveau is het proactieve beleid : mensen moeten hun voedingsgewoonten verbeteren en meer bewegen. Aan jongeren moet van jongs af aan geleerd worden wat gezonde voeding is, dat gezond eten ook lekker is. Jongeren moeten veel kunnen bewegen en leren best ook enkele sporten. De voedingsproducenten moeten er door de overheid toe aangezet worden, desnoods zelfs verplicht, om gezondere voeding op de markt te brengen. Er moet een streng verbod komen op misleidende reclame (zoals «0% vet», «0% cholesterol», «0% suiker» ...).

*Zie :*

Stukken van de Senaat :

4-74 - BZ 2007 :

Nr. 1 : Voorstel van resolutie van de heer Mahoux.

# SÉNAT DE BELGIQUE

---

SESSION DE 2007-2008

---

23 JANVIER 2008

---

**Proposition de résolution visant à mieux prendre en compte les risques de la surcharge pondérale et de l'obésité en termes de santé publique**

---

## AMENDEMENTS

---

N° 1 DE MMES VANLERBERGHE ET TEMMERMAN

**Ajouter un point J libellé comme suit :**

*«J. Considérant qu'il faut s'attaquer au problème de l'obésité à trois niveaux : celui de la promotion de la santé, celui du dépistage et du traitement en première ligne de l'obésité débutante, et celui des soins curatifs; »*

Justification

Il est nécessaire de mener la lutte contre l'obésité à trois niveaux. Le niveau primordial est celui de la politique proactive : les gens doivent améliorer leurs habitudes alimentaires et augmenter les activités physiques. Il faut apprendre aux jeunes dès le plus jeune âge ce qu'est une alimentation saine et que celle-ci n'empêche pas de bien manger. Les jeunes doivent avoir la possibilité de faire beaucoup d'exercice physique et pratiquer de préférence quelques sports. Les pouvoirs publics doivent inciter, voire obliger si nécessaire, l'industrie alimentaire à mettre sur le marché des aliments plus sains. La publicité trompeuse (telle que «0% de graisse», «0% de cholestérol», «0% de sucre» ...) doit être strictement interdite.

*Voir :*

Documents du Sénat :

4-74 - SE 2007 :

N° 1 : Proposition de résolution de M. Mahoux.

In de preventieve gezondheidszorg moeten we zorgen voor een goede, betaalbare, multidisciplinaire screening en begeleiding voor personen met beginnende obesitas. De huisarts is de ideale toegangspoort. Verder zijn betrokken: diëtisten, verpleegkundigen, medische schoolbegeleiding, bedrijfsartsen. Bovendien moeten de zorgpaden voor obesitas verder uitgewerkt worden. Door de huisartsenkringen, samenwerkingsverbanden eerstelijnszorg en lokale besturen in te schakelen kan per regio het probleem van overgewicht in kaart gebracht en de bevolking gesensibiliseerd worden.

Het minder duur maken van de raadpleging van diëtisten is een centraal punt in deze preventieve aanpak.

De curatieve aanpak is (spijtig genoeg) de meest bekende: operatieve ingrepen, medicatie ... Zij zouden meer dan nu een uitzondering en laatste redmiddel moeten worden voor die gevallen waar het proactief en preventief beleid faalde. Momenteel is er een sterke tendens om sterk op de curatieve aanpak te focussen, zie onder meer de discussie over de terugbetaling van maagringen, de aandacht in de media voor de nieuwe maagpacemakers, de promotie door de farmabedrijven. De financiële belangen van de producenten van farmaceutische producten en medische materialen versterken deze trend.

#### Nr. 2 VAN DE DAMES VANLERBERGHE EN TEMMERMAN

##### Een punt K toevoegen, luidende :

«K. overwegende dat er een tendens is in de samenleving, ten dele onder invloed van de producenten van curatieve middelen, om de curatieve aanpak te overbenadrukken ten nadele van gezonde leefgewoonten en het preventief handelen; »

Verantwoording

Idem verantwoording amendement 1.

#### Nr. 3 VAN DE DAMES VANLERBERGHE EN TEMMERMAN

##### Een punt L toevoegen, luidende :

«L. overwegende dat er een groot gebruik van voorgeschreven medicatie wordt vastgesteld met een gebrekkige wetenschappelijke ondersteuning en een tekort aan begeleiding van de patiënt; »

Verantwoording

Het recente rapport van het KCE wijst op een bijzonder groot gebruik van voorgeschreven medicatie (type Reductil, Orlistat enz.) met een gebrekkige wetenschappelijke ondersteuning en met een beperkte begeleiding van de obese patiënt. Dit veroorzaakt een grote kost voor de maatschappij en de persoon zelf met meestal een pover en kortdurend medisch effect.

Dans le cadre des soins préventifs, il convient de veiller à un dépistage et à un accompagnement de qualité, abordables et multidisciplinaires pour les personnes présentant une obésité débutante. La personne idéale à cet égard est le médecin généraliste. Les autres acteurs sont les diététiciens, les infirmiers, les responsables de l'accompagnement médical à l'école, et les médecins d'entreprise. Il convient en outre de développer davantage les trajets de soins pour l'obésité. Il est possible de dresser, par région, un tableau du problème du surpoids et de sensibiliser la population en s'informant auprès des cercles de médecins généralistes, des associations, des soins de première ligne et des administrations locales.

Réduire le coût de la consultation d'un diététicien est crucial pour cette approche préventive.

L'approche curative est (malheureusement) la plus connue: interventions chirurgicales, médication ... Plus qu'à l'heure actuelle, elles devraient devenir une exception et un dernier recours au cas où la politique proactive et préventive aurait échoué. L'on a, à présent, fortement tendance à se focaliser sur l'approche curative, comme l'indiquent entre autres les débats relatifs au remboursement des anneaux gastriques, l'attention accordée dans les médias aux nouveaux pacemakers gastriques et la promotion faite par les entreprises pharmaceutiques. Les intérêts financiers des producteurs de produits pharmaceutiques et de matériel médical renforcent cette tendance.

#### N° 2 DE MMES VANLERBERGHE ET TEMMERMAN

##### Ajouter un point K libellé comme suit :

«K. Considérant qu'il y a une tendance dans la société, partiellement sous l'influence des producteurs de moyens curatifs, à insister excessivement sur l'approche curative au détriment d'un mode de vie sain et de la prévention; »

Justification

Voir la justification de l'amendement n° 1.

#### N° 3 DE MMES VANLERBERGHE ET TEMMERMAN

##### Ajouter un point L libellé comme suit :

«K. Considérant que l'on constate une utilisation importante de médicaments sur prescription, sans qu'il y ait un appui scientifique suffisant ni un bon accompagnement du patient; »

Justification

Le récent rapport du KCE indique une utilisation particulièrement importante de médicaments sur prescription (de type Reductil, Orlistat, etc.), sans qu'il y ait un appui scientifique suffisant ou un accompagnement du patient obèse. Cela engendre un coût considérable pour la société et pour l'intéressé. De plus, d'un point de vue médical, l'effet de la médication est faible et de courte durée.

**Nr. 4 VAN DE DAMES VANLERBERGHE EN TEMMERMAN****Voor punt 1 een punt invoegen, luidende :**

« 1. samen met de Gemeenschappen maatregelen te treffen om de mensen, en jongeren in het bijzonder, hun voedingsgewoonten te laten verbeteren en hen meer te laten bewegen; »

Verantwoording

Idem verantwoording amendement 3.

**Nr. 5 VAN DE DAMES VANLERBERGHE EN TEMMERMAN****Na het nieuwe punt 1 een punt 2 invoegen, luidende :**

« 2. maatregelen te nemen voor een goede, betaalbare en multidisciplinaire screening en begeleiding voor personen met beginnende obesitas; »

Verantwoording

Idem verantwoording amendement 3.

**Nr. 6 VAN DE DAMES VANLERBERGHE EN TEMMERMAN****Na het nieuwe punt 2 een punt 3 invoegen, luidende :**

« 3. de raadpleging van diëtisten in het kader van de strijd tegen obesitas beter betaalbaar te maken; »

Verantwoording

Idem verantwoording amendement 3.

**Nr. 7 VAN DE DAMES VANLERBERGHE EN TEMMERMAN****Een punt 8 toevoegen, luidende :**

« 8. De multidisciplinaire zorgpaden obesitas in de eerste en tweede lijn verder te ontwikkelen om de kennis te verbeteren, zwaarlijvigheid actief op te sporen, de patiënt ambulante behandeling en opvolging te bieden, waardoor de zorgverstrekkers beter hun signaal- en doorverwijsfunctie kunnen waarmaken en waar de patiënt ondersteuning krijgt van gespecialiseerde centra; »

**N° 4 DE MMES VANLERBERGHE ET TEMMERMAN****Insérer un point 1 nouveau libellé comme suit :**

« 1. de prendre, de concert avec les communautés, des mesures incitant les gens, et les jeunes en particulier, à améliorer leurs habitudes alimentaires et à faire plus d'activités physiques; »

Justification

Voir la justification de l'amendement n° 3.

**N° 5 DE MMES VANLERBERGHE ET TEMMERMAN****Insérer, après le point 1 nouveau, un point 2 libellé comme suit :**

« 2. de prendre des mesures en vue d'un dépistage et d'un accompagnement de qualité, abordables et multidisciplinaires pour les personnes présentant une obésité débutante; »

Justification

Voir la justification de l'amendement n° 3.

**N° 6 DE MMES VANLERBERGHE ET TEMMERMAN****Insérer, après le point 2 nouveau, un point 3 libellé comme suit :**

« 3. de réduire le coût de la consultation d'un diététicien dans le cadre de la lutte contre l'obésité; »

Justification

Voir la justification de l'amendement n° 3.

**N° 7 DE MMES VANLERBERGHE ET TEMMERMAN****Ajouter un point 8 libellé comme suit :**

« 8. de développer davantage les trajets de soins multidisciplinaires pour l'obésité de première et de deuxième lignes, en vue d'améliorer les connaissances relatives à l'obésité, de détecter activement la surcharge pondérale et d'offrir au patient un traitement et un suivi ambulatoires, de sorte que les prestataires de soins puissent mieux assumer leur fonction de signal et d'orientation et que le patient puisse bénéficier de l'aide de centres spécialisés; »

## Verantwoording

Het ligt voor de hand dat men verwijst naar de reeds bestaande en gefinancierde zorgpaden. Zie bijvoorbeeld het klinisch pad «Gewicht in evenwicht» van ZNA in Antwerpen of het eerstelijnszorgpad in Midden-West-Vlaanderen. Een gelijkaardige aanpak bestaat in het buitenland, bijvoorbeeld het programma voor de aanpak van jeugdobesitas EPODE (Ensemble, prévenons l'obésité des enfants) in Frankrijk.

Richtlijnen in de behandeling dienen niet op basis van een medische discipline gesteld te worden maar multidisciplinair zodat een patiënt in het zorgpad de meest aangewezen therapie kan bekomen overeenkomstig zijn pathologie (in al zijn facetten, nl levenskwaliteit, co-morbiditeit, compliance, efficiëntie van therapiekeuze ...).

## Nr. 8 VAN DE DAMES VANLERBERGHE EN TEMMERMAN

### Een punt 9 toevoegen, luidende :

« 9. een wetenschappelijk onderbouwde uitbreiding van de terugbetaling van bariatrische chirurgie door te voeren voor specifieke pathologieën, zoals chronische hoge bloeddruk, rekening houdend met de beleidsadviezen in het rapport van het KCE van juni 2006; »

## Verantwoording

Het aantal bariatrische ingrepen is de laatste tien jaar spectaculair toegenomen. We evolueerden in België van 3 137 ingrepen in 1997 naar 8 883 in 2006 (of een stijging van 183%), met een piek in 2004 (9 477 ingrepen). In de periode 2001-2005 werden de ingrepen met de nomenclatuurcodes 241544 (restrictieve maagoperatie) en 241463 (gastric bypass) in Vlaanderen bij 80/10 000 aangeslotenen uitgevoerd, terwijl het in Brussel en Wallonië ging om resp. 29 en 36 ingrepen per 10 000 aangeslotenen. Nochtans wonen er in Wallonië verhoudingsgewijze meer obese personen. Opvallend is de hoge frequentie in West-Vlaanderen: van de 7 arrondissementen op 43 met meer dan 95 ingrepen per 10 000 aangeslotenen zijn er 4 in deze provincie gesitueerd, namelijk Brugge, Diksmuide, Kortrijk en Roeselare (gegevensbron: studiedienst Nationaal Verbond van Socialistische Mutualiteiten).

Men moet uiterst voorzichtig handelen ten aanzien van deze sterke toename met alle nadelige gevolgen ervan. Het KCE-rapport verwijst naar studies die spreken over een hoog percentage van heringrepen (bij gastric bypasses tot 20% na 1 jaar), over een relatief hoge mortaliteitsratio bij gastric bypasses (tot 4,6% na 1 jaar) en over voedingstekorten op langere termijn na diezelfde ingrepen (tot 24%). Een patiëntenenquête van 2007 door het ziekenfonds Bond-Moyson West-Vlaanderen toont de mislukkingen en dagdagelijkse ongemakken die gepaard gaan met bariatrische chirurgie: 36,1% van onze respondenten klaagt over overgeven, 20,9% over vervelende winderigheid, 10,2% over diarree en een even groot percentage over constipatie. 66,2% zegt dat zij nu grote hoeveelheden voedsel mijden, 40,3% vermijdt bepaald voedsel omwille van spijsverteringsmoeilijkheden en 34,6% eet regelmatig. Slechts 4% volgt nog een vermageringsdieet, maar 45% neemt wel extra vitaminen en 9% extra mineralen. 7% meent dat zijn algemene gezondheidstoestand na de ingreep echt verslechterd is en 4% zegt hetzelfde van zijn/haar sociaal leven. Slechts 2 personen op 1 767 zijn na de ingreep in

## Justification

Il va de soi que nous visons les trajets de soins existants et financés, tel que le trajet clinique «*Gewicht in evenwicht*» du *Ziekenhuisnetwerk Antwerpen* ou le trajet de soins de première ligne en Flandre occidentale centrale. Une approche semblable existe à l'étranger, notamment dans le cadre du programme de prévention de l'obésité des enfants EPODE (Ensemble, prévenons l'obésité des enfants) en France.

Les directives de traitement ne doivent pas être établies en fonction d'une discipline médicale mais dans une approche multidisciplinaire, afin que le patient puisse bénéficier, lors du trajet de soins, de la thérapie la mieux adaptée à sa pathologie (dans tous ses aspects, à savoir la qualité de vie, la comorbidité, la compliance, l'efficacité du choix thérapeutique, ...).

## N° 8 DE MMES VANLERBERGHE ET TEMMERMAN

### Ajouter un point 9 libellé comme suit :

« 9. d'étendre, sur une base scientifique, le remboursement de la chirurgie bariatrique au traitement de pathologies spécifiques, telle que l'hypertension chronique, en tenant compte des recommandations pour la politique qui figurent dans le rapport du KCE de juin 2006; »

## Justification

Ces dix dernières années, le nombre d'interventions bariatriques a augmenté de façon spectaculaire. En Belgique, nous sommes passés de 3 137 interventions en 1997 à 8 883 interventions en 2006 (soit une hausse de 183%), avec un pic de 9 477 interventions en 2004. Durant la période 2001-2005, des interventions portant les codes de nomenclature 241544 (gastroplastie de réduction) et 241463 (bypass gastrique) ont été pratiquées sur 80 affiliés sur 10 000 en Flandre contre respectivement 29 et 36 affiliés sur 10 000 à Bruxelles et en Wallonie, bien qu'il y ait proportionnellement plus de personnes obèses qui habitent en Wallonie. La fréquence de ces interventions est particulièrement élevée en Flandre occidentale, où sont situés 4 des 7 arrondissements sur 43 qui enregistrent plus de 95 interventions sur 10 000 affiliés, à savoir les arrondissements de Bruges, de Dixmude, de Courtrai et de Roulers (source: service d'étude de l'Union nationale des mutualités socialistes).

Cette hausse considérable et toutes ses conséquences néfastes doivent être considérées avec une extrême prudence. Le rapport du KCE renvoie à des études faisant état d'un pourcentage élevé de réopération (jusqu'à 20% après 1 an pour le bypass gastrique), d'un taux de mortalité relativement important après une opération de bypass gastrique (jusqu'à 4,6% après 1 an) et de carences alimentaires à long terme après cette même opération (jusqu'à 24%). Une enquête sur des patients réalisée en 2007 par la mutualité Bond-Moyson en Flandre occidentale révèle les échecs et les désagréments quotidiens occasionnés par la chirurgie bariatrique: 36,1% des personnes interrogées se plaignent de vomissements, 20,9% de ballonnement gênant, 10,2% de diarrhée et 10,2% de constipation. 66,2% des patients sondés déclarent éviter maintenant d'ingérer de grandes quantités de nourriture, 40,3% ne consomment pas certains aliments en raison de problèmes digestifs et 34,6% mangent de manière plus régulière. Seulement 4% suivent encore une cure d'amaigrissement, mais 45% prennent des vitamines et 9% des minéraux. 7% des patients jugent que leur état de santé général s'est vraiment dégradé après

een hogere BMI-categorie terechtgekomen dan voordien, maar 50 (3%) zijn wel in dezelfde categorie blijven zitten. In 2003 waren dat resp. 1 en 4 (5%) patiënten op 78. Achter deze cijfers gaan echte menselijke drama's schuil.

Daarom moet de regering gevraagd worden om werk te maken van een wetenschappelijk onderbouwde, gerichte uitbreiding op basis van de aanbevelingen van het KCE. Het KCE adviseert de terugbetaling van bariatrische chirurgie te beperken tot patiënten met een BMI  $\geq$  40 of een BMI  $\geq$  aan 35 samen met gedocumenteerde, ernstige co-morbiditeiten. De beslissing moet multidisciplinair genomen worden. Obesitaschirurgie bij patiënten onder 18 jaar mag enkel in uitzonderlijke situaties worden uitgevoerd door ervaren teams (programmatie van maximum twee ziekenhuizen in België).

#### Nr. 9 VAN DE DAMES VANLERBERGHE EN TEMMERMAN

##### Een punt 10 toevoegen, luidende :

*« 10. bijzondere aandacht besteden aan het naleven van de bijkomende reglementaire vergoedingsvoorwaarden voor een bariatrische ingreep en aan de nazorg inzake voeding en leefgewoonten na een bariatrische ingreep om de positieve gevolgen voor de gezondheid te bestendigen; »*

##### Verantwoording

Uit de studie van Bond Moyson West-Vlaanderen blijkt dat slechts een heel beperkt aantal operaties van 2004-2005 zou beantwoorden aan de daarna ingevoerde bijkomende reglementaire vergoedingsvoorwaarden dat vóór de ingreep gedurende 1 jaar een dieetbehandeling zonder blijvend succes moet gevolgd zijn en dat de beslissing om over te gaan tot een operatie moet genomen worden door een multidisciplinair team, waarvan naast de chirurg ook een endocrinoloog en een psychiater of psycholoog deel uitmaken. Er valt dus op dat vlak nog heel wat werk te verrichten. Het is essentieel dat deze voorwaarden optimaal nageleefd worden.

Zonder intensieve, volgehouden nazorg is het effect van een bariatrische ingreep in veel gevallen onvoldoende positief. Heel wat patiënten veronderstellen dat zij na de ingreep « verlost » zullen zijn van diëten en terug « alles kunnen eten ». Men weet echter vanuit onderzoek dat een aanzienlijk aantal personen opnieuw in gewicht toeneemt vanaf twee jaar na de ingreep. Een regelmatige begeleiding door endocrinoloog, voedingsdeskundige en psycholoog op lange termijn is dus absoluut noodzakelijk. De impact op het leven van een maagoperatie wordt in ernstige mate onderschat. Buiten de evidente (maar niet verwaarloosbare) medische complicaties, blijven er heel wat vragen omtrent de emotionele, psychologische gevolgen op lange termijn. Hiernaar is er nog maar weinig onderzoek verricht.

l'opération et 4% ont le même sentiment à l'égard de leur vie sociale. Après l'opération, seules 2 personnes sur 1 767 sont passées dans une catégorie d'IMC supérieure, mais 50 patients (3%) sont restés dans la même catégorie. En 2003, ces chiffres étaient respectivement de 1 patient sur 78, et de 4 patients sur 78 (5%). Derrière ces chiffres se cachent de véritables drames humains.

Par conséquent, il faut demander au gouvernement d'étendre le remboursement sur une base scientifique et de manière ciblée en suivant les recommandations du KCE, qui conseille de limiter le remboursement de la chirurgie bariatrique aux patients présentant un IMC supérieur ou égal à 40, ou supérieur ou égal à 35 en cas de comorbidités graves documentées. La décision de procéder à une opération bariatrique doit être prise par une équipe multidisciplinaire. Par ailleurs, pour des patients de moins de 18 ans, la chirurgie bariatrique ne peut être pratiquée que dans des cas exceptionnels et par des équipes expérimentées (prévision d'un maximum de deux hôpitaux en Belgique).

#### N° 9 DE MMES VANLERBERGHE ET TEMMERMAN

##### Ajouter un point 10 libellé comme suit :

*« 10. d'accorder une attention particulière au respect des conditions de remboursement réglementaires supplémentaires pour une intervention bariatrique et au suivi au niveau de l'alimentation et du mode de vie après une intervention bariatrique, afin de renforcer les effets positifs sur la santé; »*

##### Justification

L'étude de la mutualité Bond Moyson en Flandre occidentale a démontré que seul un nombre très limité d'opérations pratiquées en 2004-2005 répondrait aux conditions de remboursement réglementaires supplémentaires qui ont été introduites par la suite, et qui prévoient que le patient doit avoir suivi pendant 1 an avant l'intervention un traitement par un régime sans obtenir de résultat stable, et que la décision d'opérer doit être prise par une équipe multidisciplinaire à laquelle participent, outre le chirurgien, un endocrinologue et un psychiatre ou psychologue. Tout travail reste donc à accomplir dans ce domaine. Il est impératif de respecter au mieux ces conditions.

Dans de nombreux cas, sans suivi intensif et persistant, l'intervention bariatrique n'aura pas d'effets suffisamment positifs. De très nombreux patients s'imaginent qu'après l'intervention, ils seront « libérés » des régimes et pourront de nouveau manger « tout ce qu'ils veulent ». Des études ont pourtant montré qu'un nombre important de personnes recommenceront à prendre du poids deux ans après l'intervention. Par conséquent, il est absolument indispensable de les faire suivre régulièrement par un endocrinologue, un nutritionniste et un psychologue, et ce pendant une longue période. L'on sous-estime largement l'impact d'une opération bariatrique sur la vie. En dehors des complications médicales évidentes (mais non négligeables), il subsiste de nombreuses interrogations sur les conséquences émotionnelles et psychologiques à long terme. Jusqu'à présent, peu d'études ont été menées sur ce sujet.

## Nr. 10 VAN DE DAMES VANLERBERGHE EN TEMMERMAN

**Een punt 11 toevoegen, luidende :**

*« 11. de kostprijs voor de patiënt van de vergoedbare bariatrische ingrepen te verlagen, de tarieven voor het gebruiksmateriaal en de implantaten op een meer realistisch niveau te brengen en de erelonen te laten afhangen van de moeilijkheidsgraad van de operatie; »*

## Verantwoording

Tot 1 oktober 2007 bestond er geen specifieke nomenclatuur voor de obesitaschirurgie. In de praktijk werd obesitaschirurgie geattesteerd via codes voor prestaties die oorspronkelijk voorzien waren voor andere pathologieën, maar die ook voor de behandeling van obesitas toegepast konden worden. De gebruikte nomenclatuurcodes maakten bovendien onvoldoende onderscheid tussen de verschillende chirurgische technieken. De nieuwe nomenclatuur voor obesitaschirurgie die op 1 oktober werd ingevoerd, onderscheidt obesitaschirurgie nu duidelijk van dezelfde ingrepen die uitgevoerd worden omwille van een andere pathologie. Alle vormen van gastric bypass voor de behandeling van obesitas blijven echter onder dezelfde code.

Jammer genoeg houdt deze verandering enkel voor de maagband een daling van de patiëntenkosten in en werden geen prijsafspraken gemaakt met de leveranciers van de gebruikte materialen. Zo is het ZIV-tarief dat sinds 1 oktober 2007 geldt voor de maagband (€ 1 848,29, persoonlijk aandeel van de patiënt inbegrepen), ongeveer gelijk aan de kostprijs van de duurste variant van dit produkt, terwijl er volgens het KCE in Frankrijk zelfs maagbanden gebruikt worden die slechts ca. € 900,00 kosten. Het nieuwe tarief voor de materialen die gebruikt worden bij maaginsnoering (€ 1 848,29) zouden volgens een studie van het West-Vlaamse ziekenfonds Bond Moyson eveneens de werkelijke kosten (ca. € 1 200) overstijgen. Behalve de maagband, zijn de nog vergoedbare bariatrische ingrepen duurder geworden voor de patiënt (tot ca. + € 700,00 voor de maagverkleining). Ondertussen betaalt de verplichte ziekteverzekering wel fors meer terug voor gebruiksmaterialen en implantaten, niet alleen bij de maagband, maar ook bij de maaginsnoering en de maagverkleining (ongeveer + € 777,00). Hier zijn zeker nog besparingen te realiseren.

Bij de restrictieve maagoperaties wordt nu wel onderscheid gemaakt tussen de maagband en de maaginsnoering, maar de maaginsnoering kreeg dezelfde code als de maagverkleining. Voor deze drie verschillende procedures geldt hetzelfde honorarium. Alle vormen van gastric bypass voor de behandeling van obesitas blijven onder dezelfde code en hebben dus hetzelfde tarief. Door deze wijziging worden de verschillen in totale ZIV-kosten tussen de bariatrische chirurgische technieken sterk gereduceerd. De vraag van het KCE om de erelonen te laten afhangen van de moeilijkheidsgraad en de operatietijd werd genegeerd.

## N° 10 DE MMES VANLERBERGHE ET TEMMERMAN

**Ajouter un point 11 libellé comme suit :**

*« 11. de réduire la quote-part personnelle du patient dans une intervention bariatrique remboursable, de ramener les tarifs des matériaux utilisés et des implants à un niveau plus réaliste, et de subordonner le montant des honoraires au degré de difficulté de l'opération; »*

## Justification

Jusqu'au 1<sup>er</sup> octobre 2007, il n'existait pas de nomenclature spécifique pour la chirurgie bariatrique. Dans la pratique, celle-ci était attestée par des codes de prestations initialement prévus pour d'autres pathologies, mais que l'on pouvait également appliquer pour le traitement de l'obésité. De plus, les codes de nomenclature utilisés n'établissaient pas de distinction suffisante entre les différentes techniques chirurgicales. À présent, la nouvelle nomenclature pour la chirurgie bariatrique qui a été introduite au 1<sup>er</sup> octobre établit une nette distinction entre les interventions bariatriques et les mêmes interventions réalisées en raison d'une autre pathologie. Néanmoins, toutes les formes de bypass gastrique appliquées pour le traitement de l'obésité sont reprises sous le même code.

Malheureusement, cette modification n'entraîne une diminution de la quote-part personnelle du patient que pour l'anneau gastrique et aucun accord tarifaire n'a été conclu avec les fournisseurs des matériaux utilisés. Ainsi, la tarification AMI en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> octobre 2007 pour l'anneau gastrique (1 848,29 euros, en ce compris la quote-part personnelle du patient) est pratiquement égale au coût de la variante la plus chère de ce produit, alors que d'après le KCE, en France, on utilise même des anneaux gastriques qui ne coûtent que 900,00 euros environ. D'après une étude de la mutualité Bond Moyson en Flandre occidentale, le nouveau tarif pour les matériaux utilisés lors d'un agrafage gastrique (1 848,29 euros) dépasserait également le coût réel (environ 1 200,00 euros). À l'exception de l'anneau gastrique, les interventions bariatriques encore remboursables coûtent désormais plus cher au patient (jusqu'à 700,00 euros de plus pour le rétrécissement gastrique). Entre-temps, l'assurance-maladie obligatoire rembourse des sommes bien plus importantes pour les matériaux utilisés et les implants, pas seulement pour l'anneau gastrique, mais aussi pour l'agrafage gastrique et le rétrécissement gastrique (environ 777,00 euros de plus). Il ne fait pas de doute que des économies peuvent encore être réalisées dans ce domaine.

Désormais, lors des opérations de restriction gastrique, l'on établit effectivement une distinction entre l'anneau gastrique et l'agrafage gastrique, mais l'agrafage gastrique est repris sous le même code que le rétrécissement gastrique. Les honoraires qui s'appliquent à ces trois méthodes différentes sont identiques. Toutes les formes de bypass gastrique pour le traitement de l'obésité relèvent du même code et, donc, du même tarif. Cette modification a entraîné une forte réduction des écarts entre les techniques de chirurgie bariatrique au niveau des coûts totaux pour l'AMI. La demande du KCE de subordonner les honoraires au degré de difficulté et à la durée de l'opération a été ignorée.

**Nr. 11 VAN DE DAMES VANLERBERGHE EN TEMMERMAN**

**Een punt 12 toevoegen, luidende :**

*« 12. de uitvoering van bariatrische ingrepen voor te behouden voor gespecialiseerde centra die een minimum aantal operaties per jaar uitvoeren; »*

Verantwoording

Uit de studie van het West-Vlaamse ziekenfonds Bond Moyson blijkt dat in enkele ziekenhuizen in de regio het aantal ingrepen in de periode 2004-2005 zeer beperkt bleef, ook als men rekening houdt met het marktaandeel van Bond Moyson (17% van de West-Vlaamse bevolking). Volgens de KCE-studie is er voor de meeste bariatrische interventies een uitgesproken leercurve vast te stellen, met een opmerkelijke lagere mortaliteit en morbiditeit vanaf 100 uitgevoerde operaties. Vandaar dat het KCE het beoefenen van obesitaschirurgie beperkt wilt zien tot « centres of excellence » met een minimum activiteitsgraad.

**Nr. 12 VAN DE DAMES VANLERBERGHE EN TEMMERMAN**

**Een punt 13 toevoegen, luidende :**

*« 13. De gehanteerde methodes inzake behandeling via een multidisciplinaire aanpak in de residentiële centra en van pilootprojecten in de ambulante zorg onderwerp te maken van een wetenschappelijke evaluatie volgens de beleidsadviezen van het KCE om kennis te verwerven en op basis daarvan een beslissing te nemen over een mogelijke uitbouw in de rest van België; »*

Verantwoording

Het KCE beveelt aan dat de effectiviteit op lange termijn van residentiële zorg voor zwaar obese kinderen onderzocht wordt via een prospectieve studie in de 3 centra. Ondertussen zouden de RIZIV conventies voor residentiële zorg een verplichting moeten voorzien om een gestandaardiseerd jaarlijks rapport op te stellen. De inhoud ervan zou moeten worden vastgesteld door de centra zelf samen met experts op het vlak van obesitas. Een paar pilootcentra die voorzien in ambulante zorg voor zwaar obese kinderen zouden moeten worden geselecteerd en gefinancierd via een conventie, met de verplichting dat zij deel uitmaken van een onderzoeksprotocol teneinde hun effectiviteit op lange termijn te evalueren.

Deze studies dienen volgens het KCE te gebeuren onder de verantwoordelijkheid van een wetenschappelijk team met door-gedreven epidemiologische expertise. De financiering dient binnen de vijf jaar te worden geëvalueerd op basis van de resultaten van de studies.

**N° 11 DE MMES VANLERBERGHE ET TEMMERMAN**

**Ajouter un point 12 libellé comme suit :**

*« 12. de réserver l'exécution des interventions bariatriques aux centres spécialisés qui effectuent un nombre minimum d'opérations par an; »*

Justification

L'étude effectuée par la mutualité Bond Moyson en Flandre occidentale montre que dans plusieurs hôpitaux de la région, le nombre d'interventions effectuées au cours de la période 2004-2005 est resté très limité, même si l'on tient compte de la part de marché de la mutualité Bond Moyson (17% de la population de Flandre occidentale). Selon l'étude du KCE, on constate, pour la plupart des interventions bariatriques, une courbe d'apprentissage marquée, la mortalité et la morbidité étant nettement moindres dès que 100 opérations au moins ont été réalisées. D'où le souhait du KCE de voir la pratique de la chirurgie bariatrique limitée aux « centres d'excellence » présentant un volume d'activité minimum.

**N° 12 DE MMES VANLERBERGHE ET TEMMERMAN**

**Ajouter un point 13 libellé comme suit :**

*« 13. de soumettre les méthodes de traitement, par le biais d'une approche multidisciplinaire dans les centres résidentiels et de projets pilotes en soins ambulatoires, à une évaluation scientifique, suivant les recommandations pour la politique faites par le KCE, afin d'acquérir des connaissances permettant de prendre une décision quant à une éventuelle extension de ces méthodes au reste de la Belgique; »*

Justification

Le KCE recommande que l'on évalue l'efficacité à long terme du traitement résidentiel des enfants sévèrement obèses, par une étude prospective impliquant les trois centres. Entre-temps, les conventions INAMI pour les centres résidentiels devraient inclure l'obligation de produire un rapport annuel standardisé, dont le contenu devrait être identifié par les centres eux-mêmes, en concertation avec des experts en matière d'obésité. Quelques centres pilotes spécialisés dans la prise en charge des enfants sévèrement obèses devraient être identifiés et financés par une convention propre à la condition d'être inclus dans un protocole de recherche visant à évaluer leur efficacité à long terme.

Selon le KCE, ces études doivent être conduites sous la responsabilité d'une équipe scientifique disposant des compétences requises en épidémiologie. Le financement doit faire l'objet d'une réévaluation dans les cinq ans, sur la base des résultats des études.

## Nr. 13 VAN DE DAMES VANLERBERGHE EN TEMMERMAN

**Een punt 14 toevoegen, luidende :**

« 14. *werk te maken van wetenschappelijke ondersteuning en patiëntbegeleiding van de medicamenteuze behandeling van overgewicht;* »

## Verantwoording

Het recente rapport van het KCE wijst op een bijzonder groot gebruik van voorgeschreven medicatie met een gebrekkige wetenschappelijke ondersteuning. Wat eveneens ontbreekt is de multidisciplinaire begeleiding van de medicamenteuze behandeling van overgewicht.

Myriam VANLERBERGHE.  
Marleen TEMMERMAN.

## Nr. 14 VAN DE HEER BROTCHI

**Een punt J toevoegen, luidende :**

« J. *Overwegende dat de minst gegoeden statistisch gezien het vaakst worden getroffen door overgewicht en zwaarlijvigheid;* »

## Nr. 15 VAN DE HEER BROTCHI

**Punt 1 vervangen als volgt :**

« 1. - *een werkgroep samen te stellen met vertegenwoordigers van het RIZIV en verschillende actoren op het vlak van de volksgezondheid die rechtstreeks of onrechtstreeks bevoegd zijn voor zwaarlijvigheid, met inbegrip van diëtisten, psychologen en psychotherapeuten, die de opdracht krijgt de criteria vast te leggen voor zwaarlijvigheid en overgewicht bij volwassenen, waarbij ten minste met de volgende elementen rekening dient te worden gehouden : de body mass index, het geslacht, de leeftijd, de etnische afkomst, de vetverdeling in het lichaam en de comorbiditeit. De werkgroep wordt eveneens belast met het vastleggen van de criteria voor zwaarlijvigheid en overgewicht bij kinderen jonger dan 16 jaar, waarbij ten minste met de volgende elementen rekening dient te worden gehouden : de body mass index, het geslacht, de leeftijd, de lengte van het kind, de etnische afkomst en de vetverdeling in het lichaam;* »

## Verantwoording

Het gebruik van de BMI om vast te stellen of een volwassene obese is, is echter niet in alle gevallen afdoende. Een zelfde BMI vertegenwoordigt immers niet bij iedere persoon dezelfde vetmassa. De BMI zal bijvoorbeeld een grotere vetmassa aangeven

## N° 13 DE MMES VANLERBERGHE ET TEMMERMAN

**Ajouter un point 14 libellé comme suit :**

« 14. *d'assurer un appui scientifique au traitement médicamenteux de la surcharge pondérale ainsi qu'un accompagnement du patient en la matière;* »

## Justification

Le récent rapport du KCE attire l'attention sur le fait que l'on recourt beaucoup aux médicaments sur prescription sans qu'il y ait un appui scientifique suffisant. L'accompagnement multidisciplinaire du traitement médicamenteux de la surcharge pondérale fait également défaut.

## N° 14 DE M. BROTCHI

**Ajouter un point J libellé comme suit :**

« J. *Considérant que les personnes les plus défavorisées sont statistiquement les plus exposées aux problèmes de surcharge pondérale et d'obésité;* »

## N° 15 DE M. BROTCHI

**Remplacer le point 1 par la disposition suivante :**

« 1 — *de mettre en place un groupe de travail comprenant des représentants de l'INAMI et différents acteurs de la santé dont l'obésité est une compétence directe ou indirecte, en ce compris des diététiciens, des psychologues et des psychothérapeutes, pour lui confier la mission de définition des critères de l'obésité et de la surcharge pondérale chez l'adulte. Cette définition tiendra au moins compte des facteurs suivants : l'indice de masse corporelle, le sexe, l'âge, l'origine ethnique, la répartition adipeuse dans le corps et les comorbidités. Par ailleurs, il devra définir et homogénéiser les critères de surcharge pondérale et de l'obésité chez les enfants de moins de 16 ans. Cette définition tiendra au moins compte des facteurs suivants : l'indice de masse corporelle, le sexe, l'âge, la taille de l'enfant, son origine ethnique et la répartition adipeuse dans le corps;* »

## Justification

L'utilisation de l'indice de masse corporelle pour déterminer si un adulte est obèse présente certaines limites. En effet, un même IMC ne correspondra pas à un pourcentage égal de graisse chez chaque individu. Ainsi, l'IMC surestimera par exemple le pour-



bij mensen die meer spieren hebben (zoals bodybuilders) en een kleinere vetmassa bij mensen met weinig spiermassa, zoals ouderen. Ook houdt de BMI geen rekening met factoren als geslacht, leeftijd of etnische afkomst.

Naast de hoeveelheid vet, is ook de verdeling van het vet in het lichaam een belangrijke factor om vast te stellen wat de morbiditeits- en mortaliteitsrisico's bij een patiënt zijn. Sommige patiënten hebben ondanks een normale BMI een ophoping van vet in de buik, zodat hun hart en bloedvaten toch aan een groter risico zijn blootgesteld.

Naast een classificatie van overgewicht op basis van de BMI en de verdeling van het vet in het lichaam, moeten zeker ook de andere factoren van cardiovasculaire risico's worden geëvalueerd.

Overgewicht en zwaarlijvigheid bij kinderen geven, in tegenstelling tot bij volwassenen, niet onvermijdelijk een hoger risico op comorbiditeit en mortaliteit. Daar zijn drie redenen voor. Om te beginnen ligt de morbiditeit van overgewicht bij kinderen lager. Daarnaast worden de morbiditeit en de mortaliteit door zwaarlijvigheid bij kinderen pas op langere termijn — op volwassen leeftijd — duidelijk en worden dan problemen van volwassenen. Ten slotte bestaat er momenteel geen significante drempel voor morbiditeit bij kinderen. Bovendien evolueert de vetmassa beduidend tijdens de groei. Tot slot kan overgewicht en zwaarlijvigheid bij kinderen niet worden beoordeeld met een BMI die geen rekening houdt met factoren als geslacht, leeftijd of etnische afkomst.

De norm aan de hand waarvan overgewicht en zwaarlijvigheid bij kinderen wordt vastgesteld, ligt hoger als men rekening houdt met het gemiddelde gewicht. Dat verschil valt te verklaren door het feit dat de curven gebaseerd zijn op een bepaalde populatie. Aangezien de bevolking steeds dikker wordt, worden ook de curven verhoogd. De groeicurven van jonge Vlamingen en jonge Franstaligen zijn dan ook niet dezelfde: Vlaamse kinderen moeten tegenwoordig zwaarlijvigheid en overgewicht te laten opstellen. Een algemeen beleid voor de bestrijding van overgewicht en zwaarlijvigheid vergt een definitie van deze ziekte die strookt met het standpunt van de WHO.

De indiener vindt het noodzakelijk de criteria voor zwaarlijvigheid bij volwassenen en overgewicht bij kinderen jonger dan 16 jaar te homogeniseren en een deskundigenwerkgroep een definitie van zwaarlijvigheid en overgewicht te laten opstellen. Een algemeen beleid voor de bestrijding van overgewicht en zwaarlijvigheid vergt een definitie van deze ziekte die strookt met het standpunt van de WHO.

Zodra de definitie bestaat moet een gemeenschappelijk en multidisciplinair beleid voor de bestrijding van overgewicht bij zowel volwassenen als kinderen worden uitgestippeld.

## Nr. 16 VAN DE HEER BROTCHI

### Punt 3 aanvullen als volgt :

*« en te overwegen dat het RIZIV de raadplegingen terugbetaalt die plaatsvinden in het kader van de curatieve interdisciplinaire aanpak van problemen als overgewicht bij kinderen en zwaarlijvigheid bij volwassenen, met inbegrip van de gewichtsstabilisatie; »*

centage de graisse chez des personnes dont la masse musculaire est importante (par exemple culturistes) et, d'autre part, sous-estimera le pourcentage de graisse chez des personnes dont la masse musculaire est réduite, comme les personnes âgées. L'IMC ne tient pas compte non plus des facteurs tels que le sexe, l'âge ou l'origine ethnique.

Outre la quantité, la répartition de la graisse dans l'organisme est également un facteur important pour la détermination du risque de morbidité et de mortalité du patient. Certains patients ayant un IMC normal présentent en effet une accumulation de graisse abdominale, de sorte que leur risque cardiovasculaire est accru, en dépit de leur IMC normal.

En plus de la classification de l'excès de poids selon l'IMC et la répartition adipeuse, une évaluation des autres facteurs de risques cardiovasculaires est essentielle.

Chez les enfants, le surpoids et l'obésité ne sont pas définis par une relation entre l'augmentation de la masse grasse corporelle et un risque accru de co-morbidité et de mortalité ... Ceci, pour trois raisons. Tout d'abord, la morbidité actuelle liée à l'obésité est bien moindre chez l'enfant. Ensuite, la morbidité et la mortalité de l'obésité chez l'enfant se projettent sur le long terme, à l'âge adulte et rejoignent donc les problèmes de cette génération. Enfin, si l'on considère la morbidité infantile actuelle, il n'existe pas de « seuil » significatif. De surcroît, la masse grasse évolue considérablement pendant la croissance. Enfin, on ne peut déterminer le surpoids et l'obésité d'un enfant par l'IMC qui ne tient pas compte de l'âge, du sexe et l'origine ethnique.

La norme qui détermine le surpoids et l'obésité chez l'enfant augmente si on prend la moyenne des poids comme une des références. Cette différence est due au fait que les courbes sont définies sur la base d'une population donnée. Étant donné que les populations ne cessent de grossir, les courbes ne cessent de monter. Ainsi, les courbes de croissance des jeunes flamands et des jeunes francophones ne sont pas les mêmes: aujourd'hui les enfants flamands doivent peser plus lourd que les enfants francophones pour avoir accès aux Centres spécialisés tel que le préventorium maritime de De Haan.

L'auteur considère indispensable d'homogénéiser les critères d'obésité chez les adultes et de surpoids chez les enfants de moins de 16 ans et de confier la définition de l'obésité et de la surcharge pondérale à un groupe d'experts. Une politique globale de lutte contre la surcharge pondérale et l'obésité exige nécessairement une définition de cette maladie conformément à la position adoptée par l'OMS.

Une fois définies l'obésité et la surcharge pondérale, il est indispensable de procéder à la définition d'une politique commune et multidisciplinaire de lutte contre le surpoids, tant chez l'adulte que chez l'enfant.

## N° 16 DE M. BROTCHI

### Ajouter au point 3 les mots :

*« et d'envisager le remboursement par l'INAMI des consultations préconisées dans le cadre de l'approche curative interdisciplinaire des problèmes de surcharge pondérale chez l'enfant et d'obésité chez l'adulte en ce compris la stabilisation du poids; »*

## Verantwoording

De medische kosten die gemaakt worden met betrekking tot de pathologieën die verband houden met zwaarlijvigheid (diabetes, hoge bloeddruk, vaatziekten, ...) lopen in België op tot 600 miljoen euro, wat 6 % vertegenwoordigt van het RIZIV-budget.

In 1997 gaf het RIZIV 38 miljoen euro uit aan cholesterolverlagende geneesmiddelen. In 2001 waren die uitgaven gestegen tot 143,4 miljoen euro, wat een stijging van 551 % betekent. In 2003 zijn die uitgaven nogmaals gestegen en bedroegen ze 167 488 312 euro.

Zwaarlijvigheid wordt bovendien vaak beschouwd als de rechtstreekse oorzaak van het toenemend aantal werkonderbrekingen en invaliditeitsverklaringen en van een verminderde levenskwaliteit. In België stelt men vast dat het absentisme en de arbeidsongevallen in verhouding staan tot de BMI: bij werknemers die een BMI hoger dan 40 hebben, zijn er 54 % meer ongevallen dan bij werknemers die een normale BMI hebben. Het absentisme ligt 58 % hoger.

Specialisten hebben het belang aangetoond van een multidisciplinaire aanpak (voeding, psychologie, sport) van obesitas.

Momenteel worden psychologen en psychotherapeuten echter niet terugbetaald door het RIZIV.

Voor de voedingsbegeleiding geldt hetzelfde: alleen patiënten met diabetes krijgen (slechts twee keer per jaar) een diëtistenraadpleging terugbetaald. Bovendien bestaan er geen officiële tarieven en kunnen diëtisten hun tarieven dus vrij bepalen.

Gewichtsbehoud is nog moeilijker te bereiken dan gewichtsverlies: 95 % van de zwaarlijvige personen en van de kinderen met overgewicht worden immers opnieuw zwaarder nadat ze een goed gedocumenteerd dieet op lange termijn hebben gevolgd. Medische begeleiding tijdens de stabiliseringsfase kan het «jojo-effect» van het diëten beperken. Het is dus belangrijk de begeleiding voort te zetten, ook als de patiënten geen overgewicht of zwaarlijvigheid meer vertonen, om gewichtsverlies op lange termijn te garanderen.

Bovendien tonen recente studies aan dat de minst goeiden statistisch gezien vaker met obesitas worden geconfronteerd.

Volgens de indiener moet de terugbetaling van een diëtist worden overwogen en moet een jaarlijks budget voor psychologische begeleiding worden vrijgemaakt. Ook een formule voor financiële hulp om minder goeiden te helpen sport te beoefenen (via sportcheques of andere) moet worden aangemoedigd.

Deze mogelijkheid tot terugbetaling beantwoordt ook aan de opmerkingen die worden geformuleerd in het Nationaal Voedings- en Gezondheidsplan voor België en volgens welke «het tijd is om obese personen individueel te laten begeleiden door professionele actoren en (para-)medici. Hierbij dient te worden onderzocht hoe ten overstaan van obese personen de drempel ten aanzien van begeleiding door diëtisten en toegang tot specifieke dieet- en andere programma's (psychologische ondersteuning, dieetproducten, medische ingrepen, ...) met het oog op een deskundige en efficiënte aanpak verlaagd kan worden.» (1)

(1) Nationaal Voedings- en Gezondheidsplan voor België blz. 75.

## Justification

Le coût médical des principales pathologies associées à l'obésité (diabète, hypertension, maladies coronaires, etc.) s'élève à 600 millions d'euros en Belgique, soit 6 % du budget de l'INAMI,

Les dépenses de l'INAMI pour les médicaments utilisés afin de faire baisser le taux de cholestérol étaient de 38 millions d'euros en 1997. En 2001, elles se sont élevées à 143,4 millions d'euros, ce qui correspond à une augmentation de 551 %. En 2003, ce coût a encore augmenté pour atteindre 167 488 312 euros.

Par ailleurs, l'obésité est souvent liée à une augmentation du nombre d'arrêts de travail, de mise en invalidité et à une diminution de la qualité de vie. En Belgique, on constate que l'absentéisme et les accidents du travail augmentent avec l'indice de masse corporelle: le taux d'accidents est en effet plus élevé de 54 % chez les employés présentant un indice de masse corporelle supérieur à 40 par rapport à ceux qui ont un indice normal. Le taux d'absentéisme est quant à lui de 58 % plus élevé.

Les spécialistes ont montré l'importance de l'approche multidisciplinaire (nutrition, psychologie, sport) dans les soins apportés aux obèses.

Or, à l'heure actuelle, les psychologues et psychothérapeutes ne sont pas remboursés par l'INAMI.

L'accompagnement nutritionnel pose le même problème: seuls les patients souffrant de diabète peuvent se faire rembourser les conseils de diététiciens (et ce uniquement deux fois par an). De plus, il n'existe pas de tarif officiel pour les consultations de diététiciens. Chaque diététicien est donc libre de pratiquer le tarif de son choix.

La stabilisation du poids est encore plus difficile à obtenir que la perte de poids: 95 % des personnes obèses et des enfants en surpoids regrossissent après avoir suivi un régime à long terme bien documenté. Le suivi médical pendant la phase de stabilisation permet de diminuer l'effet «yoyo» du régime. Il est donc important de continuer le suivi et le remboursement des diététiciens même si les patients ne souffrent plus de surpoids ou d'obésité pour garantir une perte de poids à long terme.

En outre, les études récentes ayant démontré que les personnes le plus défavorisées étaient statistiquement les plus exposées aux problèmes d'obésité.

L'auteur considère qu'il est temps d'envisager le remboursement d'un diététicien et de prévoir un budget annuel d'accompagnement psychologique. Une formule d'aide financière pour permettre aux patients les moins nantis de pratiquer un sport (chèque-sport ou autre) est également à encourager.

Cette possibilité de remboursement répond par ailleurs aux préoccupations soulevées dans le PNNS-B qui préconise d'«(...) assurer le suivi individuel des personnes obèses par les acteurs professionnels et (para-)médicaux. Ceci inclut l'évaluation des possibilités de lever les obstacles aux consultations des diététiciens et l'accès aux mesures diététiques appropriées et autres interventions (soutien psychologique, produits diététiques, interventions médicales, ...) afin d'assurer une approche spécialisée et efficace» (1).

Jacques BROTCHE.

(1) PNNS-B p. 75.

## Nr. 17 VAN MEVROUW de BETHUNE C.S.

(Subamendement op amendement 15 van de heer Brotchi)

**Na de woorden** «met inbegrip van diëtisten, psychologen en psychotherapeuten», **de woorden** «*alsook de desbetreffende patiëntenverenigingen*» **toevoegen.**

## Nr. 18 VAN MEVROUW de BETHUNE C.S.

(Subamendement op amendement 16 van de heer Brotchi)

**Punt 3 aanvullen als volgt :**

« — *De uitbouw van een netwerk van multidisciplinaire teams van zorgverleners om de kennis te verbeteren, zwaarlijvigheid actief op te sporen, de patiënt ambulante te behandelen en opvolging te bieden, waardoor de zorgverstrekkers beter hun signaal- en doorverwijsfunctie kunnen waarmaken en waar de patiënt ondersteuning krijgt van gespecialiseerde centra;*

— *Een monitoringsysteem uit te werken waarin gegevens en resultaten van behandeling van obese mensen worden opgenomen en waarbij de gegevens toegankelijk worden gesteld voor het multidisciplinaire team teneinde een betere kennis omtrent multidisciplinaire behandeling te verkrijgen;*

— *Criteria uit te stippelen die de terugbetaling van consultaties bij erkende diëtisten regelen voor kinderen bij overgewicht en voor volwassenen in geval van obesitas;*

— *De terugbetaling van de bariatrische chirurgie uit breiden. Bepalen van de terugbetalingsvoorwaarden alsook voorzien in een tussenkomst voor het hierbij gebruikte materieel;»*

## Nr. 19 VAN MEVROUW de BETHUNE C.S.

**Punt 4 aanvullen als volgt :**

« — *Afspraken maken met de voedingsindustrie over verantwoorde productreclame en in het bijzonder over een voor de consument begrijpelijke voorlichting over de nutritionele eigenschappen van producten;*

— *Een striktere reglementering uitwerken waaraan vermageringsmiddelen die vrij te koop zijn in de handel, alsook de reclame daaromtrent dienen te voldoen;»*

## N° 17 DE MME de BETHUNE ET CONSORTS

(Sous-amendement à l'amendement n° 15 de M. Brotchi)

**Au point 1, après les mots** «en ce compris des diététiciens, des psychologues et des psychothérapeutes», **ajouter les mots** «*, ainsi que les associations de patients concernées*».

## N° 18 DE MME de BETHUNE ET CONSORTS

(Sous-amendement à l'amendement n° 16 de M. Brotchi)

**Compléter le point 3 par ce qui suit :**

« — *de mettre sur pied un réseau d'équipes multidisciplinaires de prestataires de soins en vue d'améliorer les connaissances en matière d'obésité, de détecter activement la surcharge pondérale et d'offrir au patient un traitement et un suivi ambulatoires, ce qui permettrait aux prestataires de soins de mieux assumer leur fonction de mise en garde et d'orientation et au patient de bénéficier de l'aide de centres spécialisés;*

— *de concevoir un système de contrôle qui reprenne les données et les résultats du traitement des personnes obèses et qui les mette à la disposition de l'équipe multidisciplinaire, en vue de parfaire les connaissances en matière de traitement multidisciplinaire;*

— *de définir des critères régissant le remboursement des consultations chez des diététiciens agréés pour les enfants en surpoids et pour les adultes en cas d'obésité;*

— *d'étendre le remboursement de la chirurgie bariatrique, d'en définir les conditions et de prévoir en outre une intervention pour le matériel utilisé à cet égard;»*

## N° 19 DE MME de BETHUNE ET CONSORTS

**Compléter le point 4 par ce qui suit :**

« — *De conclure, avec l'industrie alimentaire, des accords prévoyant une publicité responsable pour les produits et, en particulier, une information compréhensible pour le consommateur sur les propriétés nutritionnelles des produits;*

— *D'élaborer une réglementation plus stricte, à laquelle doivent satisfaire les produits amaigrissants en vente libre, ainsi que la publicité faite autour de ces produits;»*

Nr. 20 VAN MEVROUW de BETHUNE C.S.

**Een punt 8 toevoegen, luidende :**

« 8. In de conventie Zeepreventorium De Haan-RIZIV middelen voorzien voor wetenschappelijke evaluatie van gehanteerde methodes inzake behandeling via een multidisciplinaire aanpak om kennis te verwerven en nieuwe centra uit te bouwen in de rest van België; »

Nr. 21 VAN MEVROUW de BETHUNE C.S.

**Een punt 9 toevoegen, luidende :**

« 9. Het Zeepreventorium De Haan en andere gespecialiseerde centra die mensen met obesitas behandelen verplichten om jaarlijks een gestandaardiseerd rapport op te stellen en op te nemen in het monitoringsysteem; »

Nr. 22 VAN MEVROUW de BETHUNE C.S.

**Een punt 10 toevoegen, luidende :**

« 10. praktijkrichtlijnen uitwerken voor bariatrische chirurgie; »

Nr. 23 VAN MEVROUW de BETHUNE C.S.

**Een punt 11 toevoegen, luidende :**

« 11. Na het bepalen van de erkenningcriteria, de expertisecentra aan te duiden die bariatrische ingrepen mogen uitvoeren; »

Nr. 24 VAN MEVROUW de BETHUNE C.S.

(Subamendement op amendement 4 van de dames Vanlerberghe en Temmerman)

**Het voorgestelde nieuwe punt 1 :**

« Een gestructureerd overleg organiseren tussen de federale overheid en de Gemeenschappen om tot een efficiënte samenwerking te komen inzake :

a) — Het uitwerken van maatregelen ter bevordering van lichaamsbeweging. Naast de motiveringsopdracht dient eveneens te worden voorzien in de nodige infrastructuur, aanpassing van de ruimtelijk ordening en de betaalbaarheid van sportclubs ...

b) — Het opzetten van informatie- en preventiecampagnes die wijzen op de risico's van obesitas en de

N° 20 DE MME de BETHUNE ET CONSORTS

**Ajouter un point 8, libellé comme suit :**

« 8. de prévoir, dans la convention entre le Zeepreventorium De Haan et l'INAMI, les moyens nécessaires pour assurer une évaluation scientifique des méthodes utilisées en matière de traitement selon une approche multidisciplinaire, en vue d'acquérir des connaissances et de développer de nouveaux centres dans le reste de la Belgique; »

N° 21 DE MME de BETHUNE ET CONSORTS

**Ajouter un point 9, libellé comme suit :**

« 9. d'obliger le Zeepreventorium De Haan et d'autres centres spécialisés qui traitent des personnes souffrant d'obésité à rédiger annuellement un rapport standardisé et à intégrer ce rapport dans le système de contrôle; »

N° 22 de MME de BETHUNE ET CONSORTS

**Ajouter un point 10, libellé comme suit :**

« 10. d'élaborer des directives de bonne pratique pour la chirurgie bariatrique; »

N° 23 de MME de BETHUNE ET CONSORTS

**Ajouter un point 11, libellé comme suit :**

« 11. de désigner, après que les critères d'agrément auront été définis, les centres d'expertise qui peuvent effectuer des interventions bariatriques; »

N° 24 DE MME de BETHUNE ET CONSORTS

(Sous-amendement à l'amendement n° 4 de Mmes Vanlerberghe et Temmerman)

**Compléter comme suit le point 1 nouveau proposé :**

« d'organiser une concertation structurée entre l'autorité fédérale et les communautés en vue d'aboutir à une collaboration efficace pour ce qui est :

a) d'élaborer des mesures d'incitation à l'exercice physique. Outre la mission de motivation, il faut également prévoir l'infrastructure nécessaire, agencer l'espace disponible, rendre la fréquentation de clubs sportifs financièrement accessible, etc.;

b) de mettre sur pied des campagnes d'information et de prévention soulignant les risques de l'obésité et

noodzaak voor een gezonde voeding, voldoende beweging en een goede psychische gezondheid;

c) — het vrijmaken van middelen voor wetenschappelijk onderzoek naar genetische oorzaken voor obesitas, het toepassen van vormen van bariatrische chirurgie en de follow-up bij mensen met ernstige morbide obesitas;

d) — Pre-pubertaire jongeren (-16 jaar) de mogelijkheid te bieden zo vroeg mogelijk in te grijpen op voorwaarde dat men reeds inspanningen leverde in het ambulatoire circuit om problemen van overgewicht te kunnen aanpakken in een vroeg stadium;

e) — Kinderen binnen de opdracht van de centra voor leerlingenbegeleiding onmiddellijk bij het vaststellen van overgewicht een individueel begeleidingsprogramma ontwikkelen en opvolgen;

f) — De organisaties die werken rond obesitas te betrekken bij het uitstippelen van het beleid op alle niveaus; »

Sabine de BETHUNE.  
Nahima LANJRI.  
Els SCHELFHOUT.  
Margriet HERMANS.  
Patrik VANKRUNKELSVEN.

Nr. 25 VAN DE HEER **DALLEMAGNE**

**Punt A aanvullen als volgt :**

« en gelet op de studie « Farmacologische en chirurgische behandeling van obesitas. Residentiële zorg voor ernstig obese kinderen in België » uitgevoerd door het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (rapport 36B); »

Nr. 26 VAN DE HEER **DALLEMAGNE**

**De inleidende tekst van het dispositief vervangen als volgt :**

« Vraagt de federale regering om, in samenwerking met de verschillende ministers van de deelgebieden die bevoegd zijn voor Volksgezondheid, bevordering van de gezondheid en Onderwijs, een allesomvattend actieplan tegen obesitas te ontwikkelen dat zowel gericht is op primaire en secundaire preventie als op maatregelen om zieken multidisciplinair te benaderen. Er moet een becijferde en meetbare doelstelling komen om de epidemie te doen afnemen of een halt toe te roepen.

Het allesomvattend actieplan tegen obesitas moet een specifiek budget krijgen. »

la nécessité d'une alimentation saine, d'un exercice physique suffisant et d'une bonne santé psychique;

c) de prévoir des fonds pour la recherche scientifique sur les causes génétiques de l'obésité, ainsi que sur l'application de certaines formes de chirurgie bariatrique à des personnes souffrant d'obésité morbide grave et sur leur suivi;

d) de permettre, pour les jeunes prépubères (moins de 16 ans), d'agir dès que possible, à condition qu'ils aient déjà fait des efforts en circuit ambulatoire, de manière à pouvoir s'attaquer aux problèmes de surcharge pondérale à un stade précoce;

e) de concevoir un programme d'accompagnement individuel pour les enfants et d'en assurer le suivi, dans le cadre de la mission des centres d'encadrement des élèves, dès qu'une surcharge pondérale a été constatée;

f) d'associer les organisations actives dans le domaine de l'obésité à l'élaboration de la politique à tous les niveaux; »

N° 25 DE M. **DALLEMAGNE**

**Ajouter le texte suivant au point A :**

« et vu l'étude « Traitement pharmacologique et chirurgical de l'obésité. Prise en charge résidentielle des enfants sévèrement obèses en Belgique » réalisé par le Centre fédéral d'expertise (rapport n° 36B); »

N° 26 DE M. **DALLEMAGNE**

**Remplacer le texte introductif du dispositif par le texte suivant :**

« Demande au gouvernement fédéral de développer, en collaboration avec les différents ministres des entités fédérées ayant la Santé publique, la promotion de la santé, et l'Education dans leurs attributions, un plan global de lutte contre l'obésité, tant axé sur la prévention primaire et secondaire que sur les mesures de prise en charge multidisciplinaire des malades. Il convient de se donner un objectif chiffré et mesurable, visant à stopper, sinon à diminuer l'épidémie.

Le plan global de lutte contre l'obésité sera doté d'un budget spécifique. »

Georges **DALLEMAGNE**.

## Nr. 27 VAN DE HEER VANKRUNKELSVEN C.S.

(Subamendement op amendement 18 van de dames de Bethune, Lanjri, Schelfhout, Hermans en de heer Vankrunkelsven)

— **In het eerste streepje de woorden «De uitbouw van een netwerk van multidisciplinaire teams» vervangen door de woorden «Het stimuleren van multidisciplinaire samenwerking»;**

— **Het derde en vierde streepje volledig schrappen.**

Patrik VANKRUNKELSVEN.  
Sabine de BETHUNE.  
Dirk CLAES.  
Els SCHELFHOUT.

## Nr. 28 VAN DE HEER DALLEMAGNE

**Een punt 5bis (nieuw) invoegen, luidende :**

« 5bis. te strijden tegen elke vorm van discriminatie waar patiënten het slachtoffer van worden, met name inzake tewerkstelling en in de verzekerings- en transportsector; »

Verantwoording

Obese personen hebben dagelijks te maken met discriminatie bij tewerkstelling, vervoer (bijvoorbeeld luchtvaart) en verzekeringen (hoge premies). Die discriminatie moet worden bestreden.

## Nr. 29 VAN DE HEER DALLEMAGNE

(Subamendement op amendement 20 van de dames de Bethune, Lanjri, Schelfhout, Hermans en de heer Vankrunkelsven)

**In het voorgestelde punt 8 de woorden «Zeepreventorium De Haan— RIZIV» vervangen door de woorden «Zeepreventorium De Haan en andere gespecialiseerde centra— RIZIV».**

## Nr. 30 VAN DE HEER VANKRUNKELSVEN

(Subamendement op amendement nr. 5 van de dames Vanlerberghe en Temmerman)

**A. Na het woord «goede» de woorden «en betaalbare screening en» invoegen;**

## N° 27 DE M. VANKRUNKELSVEN ET CON-SORTS

(Sous-amendement à l'amendement 18 de M. de Bethune c.s.)

**Au premier tîret, remplacer les mots « de mettre sur pied un réseau d'équipes multidisciplinaires de prestataires de soins » par les mots « d'encourager la collaboration multidisciplinaire entre prestataires de soins ».**

**Supprimer les troisième et quatrième tîrets.**

## N° 28 DE M. DALLEMAGNE

**Insérer un nouveau point 5bis, libellé comme suit :**

« 5bis. la lutte contre toutes les formes de discriminations dont sont victimes les patients obèses, notamment en matière d'emploi et dans les secteurs de l'assurance ou des transports; »

Justification

Les personnes obèses sont victimes au quotidien de discriminations en matière d'embauche, de transport (e.a. aérien) et d'assurances (primes élevées). Ces discriminations doivent être combattus.

## N° 29 DE M. DALLEMAGNE

(Sous-amendement au n° 20 de M. de Bethune c.s.)

**Au point 8 proposé, ajouter les mots « et d'autres centres spécialisés » entre les mots « De Haan » et « et l'INAMI ».**

Georges DALLEMAGNE.

## N° 30 DE M. VANKRUNKELSVEN

(Sous-amendement à l'amendement n° 5 de M. Vanlerberghe et Temmerman)

**A. Supprimer les mots « et d'un accompagnement ».**

**B. Na het woord « multidisciplinaire » de woorden « screening en » schrappen.**

Verantwoording

Men kan moeilijk spreken van « multidisciplinaire screening », vandaar dat het beter is om maatregelen te nemen voor een goede screening en een betaalbare en multidisciplinaire begeleiding.

Patrik VANKRUNKELSVEN.

**Nr. 31 VAN DE HEER BROTCHI**

(Subamendement op amendement nr. 10 van de dames Vanlerberghe en Temmerman)

**In het voorgestelde punt 11 de woorden « en de erelonen te laten afhangen van de moeilijkheidsgraad van de operatie » doen vervallen.**

Verantwoording

Het voornemen om erelonen te laten afhangen van de moeilijkheidsgraad van de operatie moet eerst worden bestudeerd en vraagt om doorgedreven objectieve criteria. Deze complexe problematiek kan niet in een enkele zin worden samengevat.

**Nr. 32 VAN DE HEREN BROTCHI EN VANKRUNKELSVEN**

(Subamendement op amendement nr. 3 van de dames Vanlerberghe en Temmerman)

**Het voorgestelde punt L vervangen als volgt :**

*« Overwegende dat erop moet worden toegezien dat het voorschrijven van medicatie wetenschappelijk ondersteund wordt en dat de patiënt goed wordt begeleid; »*

Verantwoording

De voorgestelde formulering is te assertief. Er wordt een bezwarende vaststelling of zelfs een soort aanklacht tegen de medische wereld geformuleerd.

Hier moet zonder iemand te veroordelen worden duidelijk gemaakt binnen welk kader medicijnen kunnen worden voorgeschreven. Daartoe strekt dit amendement.

**B. Remplacer les mots « de qualité, abordables et multidisciplinaires » par les mots « de qualité et d'un accompagnement multidisciplinaire qui soient financièrement abordables ».**

Justification

L'on peut difficilement parler de « dépistage multidisciplinaire »; il est dès lors préférable de prendre des mesures en vue d'un dépistage de qualité et d'un accompagnement abordable et multidisciplinaire.

**N° 31 DE M. BROTCHI**

(Sous-amendement à l'amendement n° 10 de M. Vanlerberghe et Temmerman)

**Au point 11 proposé, supprimer les mots « et de subordonner le montant des honoraires au degré de difficulté de l'opération ».**

Justification

Mettre en relation le montant des honoraires avec le degré de difficulté des opérations nécessite une réflexion, des études ainsi que la définition de critères objectifs plus poussés. On ne peut pas résumer cette problématique complexe en une seule phrase.

Jacques BROTCHI.

**N° 32 DE MM. BROTCHI ET VANKRUNKELSVEN**

(Sous-amendement à l'amendement n° 3 de M. Vanlerberghe et Temmerman)

**Remplacer le point L proposé de la manière suivante :**

*« Considérant qu'il faut veiller à ce que la prescription de médicaments repose sur un appui scientifique ainsi que sur un bon accompagnement du patient; »*

Justification

La formulation qui est proposée dans l'amendement est trop affirmative. On fait un constat accablant voir une espèce de dénonciation du monde médical.

L'important est ici de rappeler sans condamnation le cadre dans lequel les prescriptions doivent être envisagées. Tel est l'objectif du présent amendement.

Jacques BROTCHI.  
Patrik VANKRUNKELSVEN.