

SÉNAT DE BELGIQUE

SESSION DE 2006-2007

7 FÉVRIER 2007

Proposition de résolution relative à une approche multidisciplinaire et à une meilleure prévention en matière d'obésité

(Déposée par Mmes Margriet Hermans et Annemie Van de Casteele)

DÉVELOPPEMENTS

Introduction

L'obésité est un phénomène de plus en plus fréquent dans l'ensemble de la société occidentale. Elle devient l'un des principaux problèmes de santé publique auxquels les sociétés modernes sont confrontées.

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) définit l'obésité comme une maladie chronique caractérisée par une accumulation de graisse dans le corps de manière telle qu'il en résulte des risques pour la santé (1). Chez les personnes obèses, l'excédent de tissus adipeux représente plus de 20 % du poids corporel total. La cause de ce problème réside souvent dans un déséquilibre du métabolisme corporel, lui-même causé par de mauvaises habitudes alimentaires. Un mauvais modèle d'alimentation en est la cause directe. Mais il existe encore d'autres facteurs, souvent sous-estimés, qui favorisent l'obésité, comme des facteurs génétiques et certaines circonstances psychologiques. Ces causes génétiques sont encore méconnues et des recherches scientifiques supplémentaires en la matière s'imposent d'urgence.

(1) Organisation mondiale de la Santé (OMS). *Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation. World Health Organ Tech Rep Ser 894*. Genève: OMS; 2000.

BELGISCHE SENAAAT

ZITTING 2006-2007

7 FEBRUARI 2007

Voorstel van resolutie betreffende een multidisciplinaire aanpak en betere preventie inzake obesitas

(Ingediend door de dames Margriet Hermans en Annemie Van de Casteele)

TOELICHTING

Inleiding

Obesitas is een fenomeen dat in heel de westerse samenleving steeds vaker opduikt. Zwaarlijvigheid wordt één van de grootste problemen voor de volksgezondheid in de moderne maatschappijen.

Obesitas wordt door de Wereldgezondheidsorganisatie (WGO) gedefinieerd als een chronische ziekte die gepaard gaat met vetstapeling in het lichaam op een zodanige wijze dat er gezondheidsrisico's optreden (1). Het teveel aan vetweefsel vertegenwoordigt bij obese mensen meer dan 20 % van het totale lichaamsgewicht. De oorzaak is vooral terug te vinden bij een ongebalanceerde energiehuishouding in het lichaam. Een slecht eetpatroon is hier een rechtstreekse oorzaak van. Er zijn echter nog andere factoren die obesitas in de hand werken welke vaak onderschat worden, zoals genetische factoren en bepaalde psychologische omstandigheden. Over deze genetische oorzaken is nog te weinig geweten en is er dus dringend nood aan bijkomend wetenschappelijke onderzoek.

(1) World Health Organization (WHO). *Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation. World Health Organ Tech Rep Ser 894*. Genève: WHO; 2000.

Quelques chiffres

Selon l'OMS (1), 1,6 milliard de personnes de plus de 15 ans souffraient d'une surcharge pondérale ($IMC \geq 25 \text{ kg/m}^2$) en 2005. Au moins 400 millions d'entre elles sont obèses ($IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$). Bien que les États-Unis ne comptent que 4,6% de la population mondiale, ils totalisent 22,6% de tous les cas d'obésité, ce qui les classe en première position en matière de surpoids grave chez les plus de 15 ans. Aux États-Unis, en 2000, l'obésité était déjà à l'origine de 16% des décès.

Les perspectives de l'OMS relatives à l'obésité sont inquiétantes: en 2015, la surcharge pondérale sera vraisemblablement le problème médical le plus répandu dans le monde, avec toutes les conséquences néfastes qui en résulteront! Si on n'anticipe pas à temps, le nombre de personnes en surpoids sera passé, d'ici 2015, à 2,3 milliards, dont 700 millions d'obèses.

En 2005, les USA (74,1%), l'Égypte (69,3%), le Mexique (68,1%), le Royaume-Uni (63,8%), l'Allemagne (60%), la Turquie (56,7%), l'Iran (53,1%), le Brésil (50,5%), la Russie (49,3%) et l'Italie (45,3%) étaient les 10 pays ayant la plus forte proportion de personnes en surpoids ou d'obèses. Par rapport à la population mondiale, les États-Unis comptent 22,6% d'obèses, l'Union européenne occupe la deuxième position avec une proportion de 15%; viennent ensuite le Mexique, la Russie, le Brésil, la Chine et l'Égypte ayant chacun entre 4 et 5% d'obèses. Les autres pays réunis représentent une part de 38%.

Toujours selon l'OMS, environ 46% des Belges de plus de 15 ans souffrent d'une surcharge pondérale, et environ 11,5% sont obèses. En 2002, ces proportions étaient encore respectivement de 45% et 10,5%. D'après l'étude sur la santé réalisée en 2002 par le bureau d'étude INRA, 44% des Belges sont en surpoids tandis que 12% sont obèses. L'OMS prévoit que ces chiffres atteindront 49% et 13% respectivement d'ici 2010 si nous ne prenons pas des mesures d'urgence.

La surcharge pondérale et l'obésité sont en forte augmentation chez les enfants. De par le monde, 20 millions d'enfants de moins de 5 ans souffrent déjà de surpoids. À l'heure actuelle, en Allemagne, un enfant sur six présente une surcharge pondérale et 8% des enfants sont obèses. En outre, l'excès de poids et surtout l'obésité à un âge précoce augmentent le risque d'apparition de maladies chroniques comme le diabète de type 2. On sait aussi qu'il existe une corrélation entre la surcharge pondérale à un âge précoce et la surcharge pondérale à l'âge adulte et que les adultes

(1) <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/index.html>

Enkele cijfers

Luidens de WGO (1) kampten in 2005 wereldwijd 1,6 miljard +15-jarigen met overgewicht ($BMI \geq 25 \text{ kg/m}^2$). Ten minste 400 miljoen mensen daarvan zijn obees ($BMI \geq 30 \text{ kg/m}^2$). Hoewel in de Verenigde Staten slechts 4,6% van de wereldbevolking woont nemen ze 22,6% van alle gevallen van obesitas voor hun rekening. Daarmee staat het land op de eerste plaats wat ernstig overgewicht bij +15-jarigen betreft. In de Verenigde Staten stond obesitas in 2000 reeds in voor 16% van de doodsoorzaken.

De vooruitzichten inzake obesitas van de WGO zijn verontrustend: in het jaar 2015 zal overgewicht wereldwijd waarschijnlijk het meest omvangrijke medische probleem zijn, met alle nefaste gevolgen van dien! Als er niet tijdig geanticipeerd wordt op dit probleem zullen deze cijfers tegen 2015 gestegen zijn tot 2,3 miljard zwaarlijvigen, waarvan 700 miljoen obees.

De top 10 van landen met hoogste percentages overgewicht of obesitas waren in 2005 de VS (74,1%), Egypte (69,3%), Mexico (68,1%), het Verenigd Koninkrijk (63,8%), Duitsland (60%), Turkije (56,7%), Iran (53,1%), Brazilië (50,5%), Rusland (49,3%) en Italië (45,3%). Het Amerikaanse aandeel van mensen met obesitas op de wereldbevolking is 22,6%, gevolgd door de Europese Unie met 15% en Mexico, Rusland, Brazilië, China en Egypte met elk tussen de 4 en 5%. Overige landen zijn samen goed voor 38%.

Nog volgens de WGO kampt ongeveer 46% van de Belgen ouder dan 15 jaar met overgewicht. Ongeveer 11,5% van de Belgen is obees volgens de statistieken van de WGO. In 2002 was dit respectievelijk nog 45% en 10,5%. Volgens de gezondheidsenquête uit 2002 uitgevoerd door het enquêtebureau INRA, heeft 44% van de Belgen overgewicht, terwijl 12% obees is. De WGO voorspelt een stijging tot respectievelijk 49% en 13% in 2010 als we niet dringend maatregelen nemen.

Overgewicht en obesitas bij kinderen neemt sterk toe. Wereldwijd kampen reeds 20 miljoen kinderen onder de 5 jaar met overgewicht. In Duitsland is momenteel één op zes kinderen te dik en heeft 8% vetzucht. Bovendien gaan overgewicht en vooral obesitas op jonge leeftijd gepaard met een verhoogde kans op het ontstaan van chronische ziekten zoals diabetes mellitus type 2. Het is tevens bekend dat overgewicht op jeugdige leeftijd gerelateerd is aan overgewicht op volwassen leeftijd en dat volwassenen die als kind obees waren een verhoogd risico op

(1) <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/index.html>

qui, enfants, étaient obèses, présentent un risque accru de morbidité et de mortalité, indépendamment de leur poids à l'âge adulte.

Il est temps de réagir

La Belgique doit avoir l'ambition de bloquer et d'inverser la tendance croissante à l'obésité. Nous devons surtout avoir l'ambition de prévenir l'obésité chez l'enfant. À cet effet, il convient tout d'abord d'organiser un certain nombre de campagnes de sensibilisation. La population n'est pas encore suffisamment consciente des risques que l'obésité fait peser sur la santé.

Le professeur Luc van Gaal, chef du service d'endocrinologie, de diétologie et de nutrition de l'hôpital universitaire d'Anvers, précise qu'une perte de poids de 10 % :

- réduit le risque de mortalité de 20 %,
- réduit le risque de diabète de 30 %,
- réduit le risque de cancer de 40 %.

Selon une commission d'experts, réunie par le Centre international de Recherche sur le Cancer de l'OMS (CIRC), il est prouvé que les personnes obèses courent un plus grand risque de souffrir du cancer du côlon, du sein (après la ménopause), de l'utérus, du rein et de l'oesophage (ARC, 2002). Les obèses présentent davantage de facteurs de risque de maladies cardiovasculaires, de troubles de la tolérance au glucose, et de diabète type 2 que les personnes du même âge dont le poids est normal. La piètre qualité de vie que connaissent les obèses n'est pas seulement liée à un risque plus élevé de (co)morbidité mais aussi à des problèmes psychiques et sociaux. Enfin, le coût socio-économique de l'obésité est élevé. Il se traduit par une augmentation de l'absentéisme, de l'incapacité de travail et des accidents du travail. Souvent sous-estimés, il s'avère cependant que les effets néfastes pour l'économie sont très importants.

Il faut organiser des campagnes d'information sur les bienfaits d'une vie saine et de l'exercice physique. Ce sont en effet les deux piliers sur lesquels doit reposer la lutte contre la surcharge pondérale chez les jeunes comme chez les adultes. Si l'on veut que cette prise de conscience se traduise par une amélioration du comportement en matière d'alimentation et d'exercice physique, on doit combiner ces campagnes à des actions locales (par exemple, des activités sportives destinées à des groupes cibles spécifiques, comme les seniors).

De nombreuses pistes peuvent être envisagées pour promouvoir une alimentation saine. Il n'est jamais inutile de rappeler ce qu'il faut entendre par « alimen-

morbidité et sterfte hebben, onafhankelijk van hun gewicht op volwassen leeftijd.

Time for some action

België moet de ambitie hebben om de trend van stijgende obesitas te stoppen en om te keren. Zeker wat betreft kinderen moeten we de ambitie hebben obesitas te voorkomen. Daarvoor zijn in de eerste plaats een aantal bewustwordingscampagnes nodig. De bevolking is zich vandaag onvoldoende bewust van de gezondheidsrisico's die verbonden zijn aan obesitas.

Professor Luc van Gaal, diensthoofd endocrinologie, diétologie en nutritie aan het Universitair Ziekenhuis Antwerpen stelt dat een gewichtsverlies van 10 % zorgt voor :

- 20 % minder kans op mortaliteit,
- 30 % minder kans op diabetes,
- 40 % minder kans op kanker.

Een commissie van deskundigen, bijeengeroepen door het Internationale Kanker Instituut van de WHO (IARC), acht een verhoogd risico voor kanker aan de dikke darm, borst (na de menopauze), baarmoeder, nier en slokdarm bij personen met obesitas bewezen (IARC, 2002). Risicofactoren voor hart- en vaatziekten, verstoorde glucosetolerantie, en diabetes mellitus type 2 komen vaker voor bij obese mensen dan bij hun niet-obese leeftijdsgenoten. De lage kwaliteit van leven die obese personen ervaren, hangt niet alleen samen met een verhoogde kans op (co)morbiditeit maar ook met psychische en sociale problemen. Ten slotte is er de hoge economisch-maatschappelijke kost verbonden aan obesitas, met een verhoging van het werkabsenteïsme, arbeidsongeschiktheid en arbeidsongevallen. De economische schade wordt vaak onderschat, maar blijkt nochtans zeer groot te zijn.

We moeten informatiecampagnes opzetten over gezond leven en gezond bewegen. Dat zijn immers de bouwstenen voor de strijd tegen het overgewicht voor zowel jongeren als volwassenen. Deze campagnes worden ook best gekoppeld aan lokale acties indien we ook de kennis van mensen willen omzetten in gezonder eten en meer bewegen (bijvoorbeeld door beweegactiviteiten voor specifieke doelgroepen als senioren).

Inzake gezonde voeding zijn vele pistes denkbaar. Een opfrissing van wat gezonde voeding betekent is nooit overbodig. Bovendien worden we overspoeld

tation saine». En outre, en matière de produits alimentaires, nous sommes submergés d'informations dont nous ne pouvons pas vérifier l'exactitude et que nous ne comprenons d'ailleurs pas toujours.

Au Royaume-Uni, la *Food Standards Agency* envisage de faire figurer clairement la valeur nutritive sur les produits. Des études ont montré que de nombreuses personnes veulent manger sainement mais qu'elles ne parviennent pas à comprendre les étiquettes. C'est pourquoi on examine la possibilité d'instaurer un système d'alerte alimentaire utilisant des codes de couleur, le rouge indiquant une teneur élevée en sucres ou en graisses et le vert, des composantes plus saines. Ces pastilles de couleur seraient apposées sur les emballages.

Les programmes de télévision grand public peuvent également aider la population à mieux comprendre ce qu'est une alimentation équilibrée. À l'heure actuelle, les programmes concernant l'éducation des enfants bénéficient d'une grande attention. Il y a quelques années, ils étaient inexistantes. Par analogie avec ces programmes, les programmes relatifs à une alimentation et à un mode de vie sains peuvent eux aussi motiver la population à vivre plus sainement.

Outre la mise sur pied de campagnes d'information, les communautés ont beaucoup à faire en matière de prévention: elles doivent, par exemple, veiller à ce que, dans les écoles, les enfants fassent suffisamment d'exercices et reçoivent une alimentation saine, mettre en place une infrastructure qui invite à l'activité physique, promouvoir l'exercice récréatif à côté du sport de compétition, etc. À cet égard, la concertation entre les communautés et les régions doit permettre la diffusion d'un message identique incitant à vivre sainement. Il faut encourager la pratique du sport. Or, cela revient souvent très cher. L'affiliation des enfants à des clubs sportifs s'avère souvent très onéreuse. Par conséquent, les auteurs plaident en faveur d'une récupération partielle des cotisations en concertation avec l'INAMI et les mutuelles. L'autorité fédérale doit soutenir les campagnes existantes ainsi que d'autres mesures.

Compte tenu du fait que nous sommes déjà confrontés aujourd'hui à un grand nombre de personnes présentant une surcharge pondérale, il est aussi nécessaire de traiter celle-ci. Le *Zeepreventorium* à De Haan, Clairs-Vallons à Ottignies et Porignot à Biez (1) jouent un rôle particulièrement crucial en l'espèce pour les enfants en surcharge pondérale. Ces centres dispensent un traitement résidentiel d'une durée de 3 à 12 mois maximum à des jeunes de plus de 16 ans qui ont un IMC de 35 ou un IMC de 30 en cas de comorbidité (problèmes médicaux ou psychologiques supplémentaires). Les enfants de moins de 16 ans qui

met information over voedingsproducten waarvan we de correctheid niet kunnen controleren, maar ook niet altijd begrijpen.

Het Voedselstandaardagentschap in het Verenigd Koninkrijk overweegt de voedingswaarde van een product visueel duidelijk te maken. Onderzoek leerde dat vele mensen wel gezond willen eten, maar niet wijs raken uit het etiket. Daarom onderzoekt het de mogelijkheid om een voedselalertsysteem in te voeren, waarbij een rode kleur staat voor een hoog vet- of suikergehalte en groen voor een gezondere inhoud. Deze gekleurde bollen zouden op de verpakkingen worden aangebracht.

Laagdrempelige tv-programma's kunnen ook bijdragen tot een beter begrip van een evenwichtige voeding. Vandaag kennen programma's over de opvoeding van kinderen heel wat aandacht. Enkele jaren geleden waren ze onbestaande. Naar analogie met deze programma's kunnen ook programma's over een gezonde voeding en een gezonde levensstijl de bevolking motiveren gezonder te gaan leven.

Naast het opzetten van informatiecampagnes is er inzake preventie heel wat werk voor de gemeenschappen, zoals voldoende beweging en een gezonde voeding op school, een infrastructuur die uitnodigt tot bewegen, het bevorderen van het recreatief bewegen naast het competitief sporten, enz. Hier moet overleg met de gemeenschappen en gewesten ervoor zorgen dat eenzelfde boodschap van gezond leven wordt uitgedragen. Sporten moet gestimuleerd worden. Bewegen kost vaak ook veel geld. Het lidmaatschap van sportclubs voor kinderen kan vaak hoog oplopen. De indieners zijn dan ook voorstander om deze lidgelden deels te recupereren in overleg met het RIZIV en de ziekenfondsen. De federale overheid moet de bestaande campagnes en andere maatregelen steunen.

Gelet op het feit dat we vandaag al worden geconfronteerd met heel wat mensen met overgewicht is het nodig dat we overgewicht ook behandelen. De rol van het *Zeepreventorium* in De Haan, Clairs-Vallons in Ottignies en Porignot in Biez (1) voor kinderen met overgewicht is hier bijzonder belangrijk. Deze centra voorzien in een residentiële behandeling van 3 tot maximum 12 maanden van jongeren boven de 16 jaar met een BMI van 35 of met een BMI van 30 mits co-morbiditeit (bijkomende medische of psychologische problemen). Voor de kinderen onder de 16 jaar die zich inschrijven in het *Zeepreventorium*

(1) Traitement pharmacologique et chirurgical de l'obésité, 2006, KCE.

(1) Farmacologische en chirurgische behandeling van obesitas, 2006, KCE.

s'inscrivent au *Zeepreventorium* sont soumis à d'autres règles. Ce séjour résidentiel comprend un accompagnement médical, une thérapie du mouvement, une gestion nutritionnelle ainsi qu'un accompagnement psychosocial et social.

Le financement du *Zeepreventorium* est réglé par une convention conclue avec l'INAMI. Ce financement présente toutefois quelques lacunes. Depuis le 1^{er} janvier 2006, le *Zeepreventorium* a passé avec l'INAMI une nouvelle convention qui lui permet d'accueillir des jeunes de plus de 16 ans dont l'IMC est supérieur à 30 avec comorbidité. Le problème continu cependant à se poser pour les moins de 16 ans (prépubères): il faut pouvoir intervenir le plus tôt possible mais les normes actuelles ne le permettent pas pour cette catégorie d'âge. Les moins de 16 ans qui ne répondent pas encore à cette norme très élevée, mais dont les parents ont déjà fait des efforts dans le circuit ambulatoire, devraient pouvoir être admis malgré tout dans l'établissement.

Un deuxième problème qui se pose actuellement est que ces centres ne sont pas financés pour la prévention et le suivi. Les enfants qui sortent d'un de ces trois centres ne peuvent bénéficier d'aucun suivi, aucun moyen n'ayant été prévu pour ce poste. La prévention et le suivi, qui peuvent revêtir des formes multiples comme un camp ou une consultation, devraient également être financés. Sans doute faudra-t-il pour cela faire appel aussi aux communautés.

Enfin, une évaluation scientifique des instruments utilisés est toujours nécessaire. Les centres résidentiels ne se sont vu allouer aucun moyen non plus pour mener à bien cette tâche. Pour les adultes également, il y a lieu d'élaborer un programme de traitement de l'obésité qui puisse être appliqué en ambulatoire.

Par analogie avec l'avis du Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) sur les soins du diabète (1), il faudrait créer également pour l'obésité des équipes multidisciplinaires dans lesquelles le médecin de famille jouerait le rôle de charnière. C'est en effet à lui d'attirer l'attention du patient sur son problème d'excès de poids, sur les conséquences que cet état peut avoir pour la santé et sur les possibilités qui s'offrent à lui pour y remédier. Le médecin de famille est également la personne tout indiquée du secteur des soins de santé pour accompagner le patient dans son combat contre l'obésité. C'est lui aussi qui aiguillera le patient vers des spécialistes ainsi que vers des titulaires de professions paramédicales susceptibles d'encadrer la personne en surcharge pondérale.

(1) Mathieu C., Nobels F., Peeters G. *et al.*, Qualité et organisation des soins du diabète de type 2, 2006, KCE.

gelden andere normen. Tijdens dit residentieel verblijf wordt zowel voorzien in medische begeleiding, bewegingstherapie, voedingsbeleid als psychosociale en maatschappelijke begeleiding.

Het *Zeepreventorium* wordt gefinancierd door een convenant dat wordt afgesloten met het RIZIV. Evenwel zijn er toch wel wat lacunes in deze financiering. Sinds 1 januari 2006 heeft het *Zeepreventorium* een nieuwe conventie met het RIZIV. Zij maakt het mogelijk om jongeren ouder dan 16 jaar op te nemen vanaf BMI > 30 mits het voorkomen van comorbiditeit. Voor de -16-jarigen (pre-pubertaire jongeren) blijft het probleem acuut: voor deze jongeren moet men zo vroeg mogelijk kunnen ingrijpen maar de huidige normen voor deze leeftijdscategorie staan ingrijpen echter niet toe. De -16-jarigen die nog niet beantwoorden aan de zeer hoge norm, doch waarvan de ouders in het ambulatoire circuit reeds inspanningen leverden, zouden toch de toestemming moeten krijgen om over te gaan tot opname.

Een tweede actueel probleem is dat deze centra niet worden gefinancierd voor preventie en nazorg. Kinderen die zijn ontslagen uit één van deze drie centra kunnen geen nazorg krijgen omdat daarvoor geen middelen voorhanden zijn. Preventie en nazorg die allerlei vormen kan aannemen zoals een kamp of een consult zouden eveneens gefinancierd moeten worden. Wellicht moet hier ook een beroep worden gedaan op de gemeenschappen.

Ten slotte is een wetenschappelijke evaluatie van de gehanteerde instrumenten steeds nodig. Ook hiervoor worden aan residentiële centra geen middelen ter beschikking gesteld. Ook voor volwassenen moet een behandelingsprogramma met betrekking tot obesitas worden uitgewerkt dat ambulant kan worden toegepast.

Naar analogie met het advies van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) inzake diabeteszorg (1), zouden omtrent obesitas eveneens multidisciplinaire teams moeten opgezet worden, waarbij de huisarts als spilfiguur fungeert. Hij moet zijn patiënten wijzen op overgewicht, over de gevolgen voor de gezondheid en over de mogelijkheden om dit overgewicht kwijt te raken. De huisarts is ook de geschikte persoon in de gezondheidszorg om de patiënt te begeleiden in het bestrijdingsproces van het overgewicht. Hij is ook de doorverwijzer naar specialisten, maar evenzeer naar paramedici die de persoon met overgewicht kunnen begeleiden.

(1) Mathieu C., Nobels F., Peeters G. *e.a.*, De kwaliteit en de organisatie van type 2 diabeteszorg, 2006, KCE.

Il convient en premier lieu d'adapter le style de vie du patient en réduisant l'apport énergétique et l'apport en graisses de son alimentation et en augmentant son activité physique. Il est préférable que l'adaptation du comportement alimentaire soit encadrée par des diététiciens reconnus.

L'important est que le patient soit traité avec un encadrement professionnel. Maigrir est un choix qui a d'importantes conséquences pour l'organisme et cela doit de préférence se faire d'une manière scientifiquement éprouvée et saine, donc sous la conduite d'experts en matière de nutrition. La profession de diététicien est reconnue légalement depuis 1997 (arrêté royal n° 78 relatif à l'exercice de l'art de guérir, de l'art infirmier, des professions paramédicales et aux commissions médicales). Les conditions de qualification et les actes relevant de l'exercice de la profession sont définis dans cet arrêté royal.

Le traitement peut éventuellement être combiné à une pharmacothérapie. Un médecin doit suivre de près l'usage de médicaments. Tous les jours, les consommateurs sont confrontés à des « produits miracle » en vente libre (c'est-à-dire sans prescription médicale) par différents canaux, qui promettent rien de moins prodigieux que d'atteindre le « poids idéal ». Aucun de ces produits n'a jamais démontré son efficacité de manière absolue (1). Le principal danger réside dans l'absence de garantie quant à l'innocuité de leur consommation. Par conséquent, le gouvernement doit contrôler plus sévèrement les substances amaigrissantes en vente libre.

Le matraquage publicitaire autour de ces méthodes ou produits amaigrissants induit par ailleurs une confusion auprès de la population. Les patients n'accordent souvent plus de crédit à l'approche disciplinaire qui a fait ses preuves, après avoir essayé de maigrir en recourant de leur propre initiative à des produits et à des traitements alternatifs.

Pour séparer le bon grain de l'ivraie, le VLD demande, faisant suite en cela à une requête antérieure de l'Union nationale des mutualités libres, de soumettre d'urgence les produits amaigrissants en vente libre et la désinformation frappant l'amaigrissement à la réglementation nécessaire. Une information de qualité sur l'obésité est indispensable pour enrayer la propagation de cette épidémie. Il faut également protéger les victimes potentielles contre des pratiques abusives et malhonnêtes et contre les faux scientifiques. Dans certains cas d'obésité morbide ou d'obésité grave accompagnée de comorbidité, les deux traitements cités ci-dessus ne servent à rien. Dans de tels cas, il est possible d'envisager une intervention bariatrique.

(1) <http://www.mloz.be/jsp/index.htm>

In eerste instantie moet de levensstijl van de patiënt aangepast worden, met een minder energie- en vetrijke voeding, en meer beweging. De aanpassing van het eetgedrag wordt het best ondersteund door begeleiding door erkende diëtisten.

Belangrijk is dat de patiënt wordt behandeld met professionele begeleiding. Vermageren is ingrijpend voor het lichaam en gebeurt het best op een wetenschappelijk erkende en gezonde manier, dus onder begeleiding van geschoolde voedingsdeskundigen. Het beroep van de diëtist is sinds 1997 wettelijk erkend (koninklijk besluit nr. 78 betreffende de uitoefening van de geneeskunst, de verpleegkunde en de paramedische beroepen). De kwalificatievereisten en de handelingen voor de uitoefening van het beroep zijn vastgelegd in dit koninklijk besluit.

De behandeling kan eventueel gecombineerd worden met een farmacologische therapie. Het gebruik van geneesmiddelen moet van nabij gevolgd worden door een arts. Dagelijks worden we als consument geconfronteerd met zogenaamde « wondermiddeltjes », vrij te koop (dit wil zeggen zonder medisch voorschrift) via allerlei kanalen en met al dan niet miraculeuze beloften om het « ideaal gewicht » te bereiken (1). Geen van deze producten heeft op afdoende wijze zijn doeltreffendheid bewezen, maar het grootste gevaar schuilt in de niet-gegarandeerde veiligheid bij het gebruik van het product. Derhalve moet de regering een strengere controle uitvoeren op de vrij in de handel te verkrijgen vermageringsmiddelen.

Het reclamebombardement van vermageringsmethoden en -producten leidt trouwens tot verwarring bij de bevolking. Patiënten geloven vaak niet meer in de disciplinaire aanpak — die zijn doeltreffendheid wel heeft bewezen — nadat ze al op eigen houtje via alternatieve producten en behandelingen trachten te vermageren.

Om het kaf van het koren te scheiden vraagt de VLD, in opvolging van een eerdere oproep van de Onafhankelijke Ziekenfondsen, dat de vrij te koop aangeboden vermageringsproducten en de desinformatie over vermageren dringend aan de nodige reglementering wordt onderworpen. Kwalitatieve informatie over obesitas is noodzakelijk om de opmars van deze epidemie tegen te gaan. Tegelijk moeten potentiële slachtoffers beschermd worden tegen misleidende malafide praktijken en schijnwetenschap. In sommige gevallen van morbide obesitas of ernstige obesitas met co-morbiditeiten baten de twee voorgaande behandelingen niet. In dergelijke gevallen kan een bariatrische ingreep overwogen worden.

(1) <http://www.mloz.be/jsp/index.htm>

«La chirurgie peut offrir une solution dans certains cas, mais elle ne peut être envisagée qu'en dernier recours. La chirurgie bariatrique a pour but de diminuer de manière radicale et durable la masse corporelle des patients atteints d'obésité grave ou morbide. On distingue entre trois types d'opérations : les opérations restrictives qui consistent à réduire la fonction réservoir de l'estomac au moyen d'une gastroplastie ou d'un anneau gastrique réglable, les opérations visant à réduire l'absorption, qui font que les aliments sont moins résorbés, par exemple par dérivation bilopancréatique, et une combinaison de ces deux principes : la dérivation gastrique » (1).

Pour un groupe limité de patients (2), le traitement chirurgical de l'obésité morbide est la seule méthode efficace permettant de garantir à long terme une perte de poids suffisante et le maintien du poids ainsi atteint. Aux Pays-Bas, la chirurgie bariatrique est pratiquée dans une trentaine de centres; les listes d'attente pour une opération de ce type sont généralement longues. L'efficacité, y compris à long terme, est meilleure que celle des autres méthodes non traditionnelles : on enregistre en moyenne une perte de poids de 20 à 40 kilos et une baisse de l'IMC de l'ordre de 10 à 15 kg/m². On observe également une amélioration impressionnante de la qualité de vie et une diminution de la comorbidité (par exemple, le diabète de type 2).

Le KCE souhaite que des fonds soient libérés permettant d'effectuer des recherches complémentaires sur les interventions bariatriques, bien que leur efficacité soit certaine.

Le Conseil technique des implants a émis un avis positif le 30 juin 2005 sur la proposition de remboursement du matériel utilisé en chirurgie bariatrique formulée par le groupe de travail «Chirurgie abdominale et pathologie digestive». En août, la Commission de convention fournisseurs d'implants-organismes assureurs a donné son accord à ladite proposition et a décidé de la transmettre au Comité de l'assurance soins de santé dès qu'un budget sera disponible.

Entre-temps, le KCE a publié une étude sur «Le traitement médical et chirurgical de l'obésité (IMC > 30)». Dans cette étude, le KCE recommande de faire rembourser la chirurgie bariatrique par la sécurité sociale sous certaines conditions. Le remboursement devrait être limité 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 doit être prise par une équipe multidisciplinaire et la pratique de la chirurgie bariatrique doit être strictement réservée aux centres d'expertise. Les critères minimums sont le

«Chirurgische ingrepen kunnen in welbepaalde gevallen een oplossing bieden, maar zij mogen slechts een laatste alternatief zijn. Bariatrische chirurgie heeft tot doel het ingrijpend en langdurig verlagen van het lichaamsgewicht van patiënten met ernstige of morbide obesitas. Drie soorten operaties kunnen worden onderscheiden : restrictieve operaties waarbij de reservoirfunctie van de maag wordt verkleind door middel van gastroplastiek of een verstelbare maagband, malabsorptieoperaties waarbij voedingsmiddelen minder worden geresorbeerd zoals bij biliopancreatische diversie en een combinatie van beide principes : maagbypass » (1).

Chirurgische behandeling van morbide obesitas is de enige effectieve methode om op lange termijn voldoende gewichtsverlies en behoud van het bereikte gewicht te garanderen voor een selecte groep patiënten (2). In Nederland vindt bariatrische chirurgie in ongeveer 30 centra plaats. Er bestaat in het algemeen een lange wachtlijst voor deze operaties. De effectiviteit, ook op lange termijn, is beter dan met welke andere conservatieve methode ook : gemiddeld 20-40 kg gewichtsafname en afname van de BMI met 10-15 kg/m². Ook wordt er een indrukwekkende verbetering van de kwaliteit van leven en verlaging van comorbiditeit zoals diabetes mellitus type 2 waargenomen.

Ondanks de zekerheid omtrent de effectiviteit van bariatrische ingrepen, wenst het KCE dat er budgetten worden vrijgemaakt voor bijkomend onderzoek hieromtrent.

De Technische Raad voor Implantaten heeft op 30 juni 2005 een gunstig advies gegeven op het voorstel tot terugbetaling van het materiaal gebruikt in de bariatrische heelkunde van de werkgroep «Heelkunde op het abdomen en pathologie van het spijsverteringsstelsel». In augustus stemde de Overeenkomstencommissie verstrekkers van implantaten/verzekeringsinstellingen met dit voorstel in en besloot om het voorstel naar het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging door te sturen zodra er een budget beschikbaar is.

Het (KCE) heeft ondertussen een studie gepubliceerd over «de medische en heelkundige behandeling van zwaarlijvigheid (BMI > 30)». In de aanbevelingen staat te lezen dat bariatrische chirurgie zou moeten worden terugbetaald door de Sociale Zekerheid onder bepaalde voorwaarden. De terugbetaling zou beperkt moeten worden voor patiënten met een BMI groter of gelijk aan 40 of een BMI groter of gelijk aan 35 met gedocumenteerde, ernstige co-morbiditeiten. De beslissing om te opereren moet genomen worden door een multidisciplinair team en het beoefenen van bariatrische chirurgie moet strikt worden beperkt tot

(1) <http://home.deds.nl/~obesitasinfo.nl/Behandeling.htm>

(2) Traitement pharmacologique et chirurgical de l'obésité, 2006, KCE.

(1) <http://home.deds.nl/~obesitasinfo.nl/Behandeling.htm>

(2) Farmacologische en chirurgische behandeling van obesitas, 2006, KCE.

suivi des patients à long terme à l'aide d'un système normalisé en ce qui concerne l'indication des résultats, un degré d'activité minimal du centre et la présence de groupes de soutien organisés et supervisés. Le système normalisé devrait être mis en œuvre via un registre obligatoire payé par des fonds publics.

Beaucoup de gens considèrent la pratique de la chirurgie bariatrique comme une intervention motivée par des considérations d'ordre purement esthétique. Selon le rapport du KCE, il n'existe pas de données qui confirment ou qui infirment la rumeur selon laquelle, en Belgique, les femmes recourent souvent à la chirurgie bariatrique pour des raisons cosmétiques plutôt que pour des motifs médicaux. Il incombe aux décideurs politiques belges de formuler des critères régissant le remboursement de la chirurgie bariatrique afin de lutter contre les éventuels abus.

Outre les affections susceptibles de raccourcir considérablement l'espérance de vie, il faut également tenir compte de l'inconfort physique engendré par la surcharge pondérale (essoufflement, mobilité réduite à cause notamment de problèmes orthopédiques), ainsi que des problèmes d'ordre psychologique et/ou social qui, tous, influencent négativement la qualité de la vie.

Il est grand temps que la Belgique relève, elle aussi, ce défi majeur d'une manière structurée. L'initiative du ministre fédéral des Affaires sociales et de la Santé publique, le Plan national Nutrition et Santé, est un bon début. Le but de cette initiative est de promouvoir une alimentation saine et l'exercice physique.

Vu la prévalence actuelle élevée de la surcharge pondérale et de l'obésité, il est essentiel non seulement de lancer le débat sur la mise au point d'une stratégie de prévention efficace, il faut également que les pouvoirs publics s'intéressent à l'encadrement professionnel du patient atteint de surcharge pondérale.

Dans ce cadre, les pouvoirs publics doivent optimiser le traitement et l'accompagnement des patients obèses. Le consensus mis au point en 2002 par la BASO (*Belgian Association for the Study of Obesity*) peut servir de fil rouge dans ce débat de société. Ce guide offre aux experts (médecins, diététiciens et nutritionnistes, psychologues, ...) un outil de travail leur permettant, d'une part, d'évaluer la gravité de l'affection et, d'autre part, d'élaborer une stratégie de traitement optimale pour la perte de poids et le maintien de celui-ci à longue échéance.

*
* *

expertisecentra. De minimumcriteria zijn het opvolgen van patiënten op lange termijn met een gestandaardiseerd systeem voor het rapporteren van de resultaten, een minimumactiviteitsgraad van het centrum en de beschikbaarheid van georganiseerde en gesuperviseerde ondersteuningsgroepen. Het gestandaardiseerd systeem zou moeten worden gerealiseerd via een verplicht register, betaald met publieke middelen.

Het toepassen van bariatrische chirurgie wordt door veel mensen aangezien als een ingreep die op louter esthetische overwegingen gebaseerd is. Luidens het rapport van het KCE zijn geen gegevens voorhanden die het gerucht bevestigen of ontkennen dat bariatrische chirurgie in België vaak wordt uitgevoerd bij vrouwen omwille van cosmetische redenen eerder dan omwille van medische indicaties. Het is aan de Belgische beleidsmakers om criteria te formuleren voor de terugbetaling van bariatrische chirurgie ten einde dergelijke misbruiken tegen te gaan.

Naast deze aandoeningen die de levensverwachting aanzienlijk kunnen inkorten, moet men bovendien rekening houden met fysieke ongemakken die voortkomen uit overgewicht (kortademigheid en beperkte bewegingsmogelijkheden door onder meer orthopedische problemen) en tevens problemen van psychologische en/of sociale aard, die elk de levenskwaliteit negatief beïnvloeden.

Het is hoog tijd om ook in België deze grote uitdaging op een gestructureerde manier aan te gaan. Het initiatief van federaal minister van Volksgezondheid en Sociale Zaken, het Nationaal Voedings- en Gezondheidsprogramma, is een goede aanzet. Dit initiatief is gericht op het bevorderen van een gezondere voeding en meer beweging.

Gezien de huidige, hoge prevalentiecijfers van overgewicht en obesitas, is het echter niet alleen hoognodig het debat te lanceren rond de ontwikkeling van een doeltreffende preventiestrategie, de overheid dient ook haar aandacht te richten op de professionele omkadering van de patiënt met overgewicht.

In dat kader moet de overheid de behandeling en de begeleiding van zwaarlijvige patiënten optimaliseren. De in 2002 door de BASO (*Belgian Association for the Study of Obesity*) uitgewerkte consensus kan als leidraad dienen voor deze maatschappelijke discussie. Deze gids biedt aan de deskundigen (artsen, diëtisten en voedingsdeskundigen, psychologen, ...) een werk-instrument aan voor enerzijds de evaluatie van de ernst van de aandoening en anderzijds het opstellen van een optimale behandelingsstrategie voor zowel gewichtsverlies als gewichtsbehoud op lange termijn.

Margriet HERMANS.
Annemie VAN de CASTEELE.

*
* *

PROPOSITION DE RÉOLUTION

Le Sénat,

A. Considérant que l'OMS a reconnu l'obésité comme une maladie en 2002;

B. Considérant que les prévisions relatives à l'augmentation de l'obésité de par le monde, et donc aussi en Belgique, sont très préoccupantes;

C. Considérant que les frais médicaux liés à l'obésité représentent 6 % du budget total de l'INAMI;

D. Considérant que ce pourcentage augmentera à l'avenir, vu que le nombre de personnes obèses ira croissant;

E. Considérant qu'un lien clair a été établi entre, d'une part, l'obésité et, d'autre part, le diabète de type 2, les maladies cardiovasculaires, l'hypertension, certains cancers du côlon, du sein (après la ménopause), de l'utérus, du rein et de l'œsophage (CIRC, 2002);

F. Considérant que les dommages économiques liés à l'obésité sont élevés, celle-ci étant cause de maladie, d'incapacité de travail et d'accidents de travail;

G. Considérant que l'obésité mène à la stigmatisation des personnes qui en souffrent, ce qui provoque à son tour l'exclusion sociale, l'isolement et des problèmes psychosociaux;

H. Considérant que l'OMS et la Commission européenne appellent à mener des actions dans le domaine de l'obésité;

I. Considérant que le KCE a formulé, pour notre pays, des recommandations de politique en matière de prévention, de traitement et de suivi de l'obésité;

Demande au gouvernement fédéral, en concertation avec les ministres ayant la Santé publique, l'Enseignement et le Sport dans leurs attributions :

1. de mettre sur pied un réseau d'équipes multidisciplinaires de prestataires de soins — axées sur le médecin traitant et composées de diététiciens, de nutritionnistes, de psychologues et d'autres prestataires de soins agréés — 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 signal et d'orientation et au patient de bénéficier de l'aide de centres spécialisés;

2. de concevoir un système de contrôle qui reprend les données et les résultats du traitement des personnes obèses et qui les met à disposition de l'équipe

VOORSTEL VAN RESOLUTIE

De Senaat,

A. Overwegende dat de WGO obesitas in 2002 heeft erkend als ziekte;

B. Overwegende dat de voorspellingen omtrent de stijging van obesitas wereldwijd, alsook in België, zwaar verontrustend zijn;

C. Overwegende dat de medische kosten die gerelateerd zijn aan obesitas 6 % vertegenwoordigen van het totale RIZIV-budget;

D. Overwegende dat dit aandeel in de toekomst zal stijgen, aangezien het aantal obese mensen zal stijgen;

E. Overwegende dat duidelijk een verband is aangetoond tussen obesitas en diabetes type 2, harten vaatziekten, hypertensie, bepaalde kankers aan de dikke darm, borst (na de menopauze), baarmoeder, nier en slokdarm (IARC, 2002);

F. Overwegende dat economische schade verbonden aan obesitas hoog is, omdat obesitas leidt tot ziekte, arbeidsongeschiktheid en arbeidsongevallen;

G. Overwegende dat obesitas leidt tot stigmatisering van de betrokkenen, wat dan terug leidt tot sociale afsluiting, vereenzaming en psychosociale problemen;

H. Overwegende dat de WGO en de Europese Commissie oproepen tot acties met betrekking tot obesitas;

I. Overwegende dat het KCE voor ons land beleidsaanbevelingen heeft geformuleerd met betrekking tot de preventie, behandeling en nazorg van obesitas;

Vraagt de federale regering om, in samenspraak met de bevoegde ministers van Volksgezondheid, Onderwijs en Sport :

1. een netwerk van multidisciplinaire teams van zorgverleners uit te bouwen — met de huisarts als centrale spil en waar erkende diëtisten, voedingsdeskundigen, psychologen en andere zorgverleners deel van uit maken — om de kennis omtrent obesitas 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;

2. een monitoringsysteem uit te werken waarin gegevens van de behandeling van obese mensen, alsook de resultaten worden opgenomen en waarbij de

multidisciplinaire, en vue de parfaire les connaissances en matière de traitement multidisciplinaire;

3. de prévoir, dans la convention que l'INAMI a conclue avec le *Zeepreventorium* de De Haan, les moyens nécessaires pour assurer en permanence une évaluation scientifique des méthodes utilisées pour acquérir davantage de connaissances à long terme sur le traitement de l'obésité au moyen d'une approche multidisciplinaire et pour développer, en Belgique, de nouveaux centres analogues au *Zeepreventorium* de De Haan où pourront être admis des patients de corpulence forte;

4. d'obliger le *Zeepreventorium* au Coq (De Haan) et les 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;

5. 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;

6. 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 antérieur;

7. 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;

8. d'associer les organisations actives dans le domaine de l'obésité à l'élaboration de la politique des pouvoirs publics en la matière;

9. de définir des critères régissant le remboursement des consultations chez des diététiciens agréés pour les patients qui suivent, chez ceux-ci, un traitement de longue durée;

10. d'élaborer des bonnes pratiques pour la chirurgie bariatrique (recommandations pour les soins périopératoires et les itinéraires cliniques, indications précises pour chaque type d'intervention bariatrique, conseils pour le suivi après une intervention bariatrique), en concertation non seulement avec les chirurgiens mais aussi avec tous les prestataires de soins concernés;

11. de régler le remboursement de la chirurgie bariatrique, de définir les critères qui doivent être remplis pour pouvoir en bénéficier et d'organiser le remboursement du matériel utilisé en chirurgie bariatrique;

gegevens toegankelijk worden gesteld voor het multidisciplinair team teneinde een betere kennis omtrent de multidisciplinaire behandeling te verkrijgen;

3. in de conventie die het RIZIV heeft afgesloten met het *Zeepreventorium* in De Haan de nodige middelen vrij te maken voor een permanente wetenschappelijke evaluatie van de gehanteerde methodes om meer kennis te verwerven op lange termijn over de behandeling van obesitas via een multidisciplinaire aanpak en om naar analogie met het *Zeepreventorium* in De Haan nieuwe centra uit te bouwen in België waar zwaarlijvige patiënten kunnen opgenomen worden;

4. het *Zeepreventorium* in De Haan en de gespecialiseerde centra die mensen met obesitas behandelen te verplichten jaarlijks een gestandaardiseerd rapport op te stellen en dat rapport in het monitoringsysteem op te nemen;

5. middelen vrij te maken voor wetenschappelijk onderzoek naar de genetische oorzaken van obesitas, alsook naar het toepassen van vormen van bariatrische chirurgie en de follow-up bij mensen met ernstig morbide obesitas;

6. voor pre-pubertaire jongeren (-16) 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 vroeger stadium;

7. afspraken te maken met de voedingsindustrie over verantwoorde productreclame en in het bijzonder over een voor de consument begrijpelijke voorlichting over de nutritionele eigenschappen van producten;

8. organisaties die werken rond obesitas te betrekken bij het uitstippelen van het overheidsbeleid;

9. criteria uit te stippelen die de terugbetaling van consultaties bij erkende diëtisten regelen voor mensen die bij hen op lange termijn in behandeling zijn;

10. praktijkrichtlijnen voor bariatrische chirurgie uit te werken (aanbevelingen voor peri-operatieve zorg en klinische paden, precieze indicaties voor elk type van bariatrische interventie, aanbevelingen voor de follow-up na bariatrische chirurgie). Hierbij dienen naast de chirurgen alle betrokken zorgverleners betrokken te worden;

11. de terugbetaling van bariatrische chirurgie te regelen en daarbij criteria uit te stippelen waaraan voldaan moet zijn om een terugbetaling te kunnen genieten, alsook de terugbetaling van het materieel gebruikt in de bariatrische heelkunde te regelen;

12. de désigner les centres d'expertise qui peuvent effectuer des interventions bariatriques et de fixer les critères auxquels ils doivent satisfaire pour être autorisés à pratiquer la chirurgie bariatrique;

13. de soumettre à une réglementation stricte les produits amaigrissants en vente libre ainsi que la publicité faite autour de ces produits.

14. demande au gouvernement fédéral d'insister auprès des gouvernements des communautés en vue :

de permettre aux gens de faire de l'exercice de manière attrayante en leur ouvrant l'accès aux infrastructures sportives scolaires en dehors des heures de cours, en aménageant le territoire de manière qu'il soit convivial pour l'exercice et la pratique du sport et en encourageant la pratique du sport chez les enfants en rendant l'affiliation à un club sportif financièrement accessible par le biais de la déductibilité fiscale, et

— de mettre en place une campagne intensive d'information et de prévention visant à prévenir et à combattre l'obésité, en y associant tous les acteurs concernés par le problème de l'obésité, et ce dans le but d'attirer l'attention sur les risques psychosociaux et pour la santé de la surcharge pondérale et de l'obésité et sur l'importance d'un mode de vie sain et de la diffusion d'informations sur une alimentation saine, l'exercice physique et une bonne santé psychique.

14 décembre 2006.

12. expertisecentra aan te duiden die bariatrische ingrepen mogen uitvoeren, alsook criteria uit te stippelen waaraan de expertisecentra moeten voldoen om bariatrische chirurgie te mogen uitvoeren;

13. de vermageringsmiddelen die vrij te koop zijn in de handel, alsook de reclame daaromtrent te onderwerpen aan een striktere reglementering.

14. vraagt de federale regering om er bij de regeringen van de gemeenschappen op aan te dringen om :

bewegen infrastructureel mogelijk en aantrekkelijk te maken door sportinfrastructuur van scholen open te stellen buiten de schooluren en de ruimtelijke ordening aantrekkelijk te maken voor wie wil bewegen en om sportbeoefening bij kinderen aan te moedigen door het betaalbaar maken van een lidmaatschap van een sportclub via fiscale aftrekbaarheid; en

— een doorgedreven informatie- en preventiecampagne op te stellen ter voorkoming en bestrijding van obesitas, waarbij alle actoren die werken rond obesitas betrokken worden, en die tot doel heeft ons te wijzen op de psycho-sociale en gezondheidsrisico's bij overgewicht en obesitas en een gezonde levensstijl, waarbij zowel informatie wordt verspreid over gezonde voeding, beweging en een goede psychische gezondheid.

14 december 2006.

Margriet HERMANS.
Annemie VAN de CASTEELE.