

BELGISCHE KAMER VAN
VOLKSVERTEGENWOORDIGERS

15 maart 2017

VOORSTEL VAN RESOLUTIE

**betreffende obesitas bij kinderen
en jongeren**

(ingediend door de dames Anne Dedry
en Muriel Gerkens c.s.)

CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS
DE BELGIQUE

15 mars 2017

PROPOSITION DE RÉSOLUTION

**relative à l'obésité chez les enfants
et les jeunes**

(déposée par Mmes Anne Dedry
et Muriel Gerkens et consorts)

N-VA	:	Nieuw-Vlaamse Alliantie
PS	:	Parti Socialiste
MR	:	Mouvement Réformateur
CD&V	:	Christen-Democratisch en Vlaams
Open Vld	:	Open Vlaamse liberalen en democraten
sp.a	:	socialistische partij anders
Ecolo-Groen	:	Ecologistes Confédérés pour l'organisation de luttes originales – Groen
cdH	:	centre démocrate Humaniste
VB	:	Vlaams Belang
PTB-GO!	:	Parti du Travail de Belgique – Gauche d'Ouverture
DéFI	:	Démocrate Fédéraliste Indépendant
PP	:	Parti Populaire
Vuye&Wouters	:	Vuye&Wouters

Afkortingen bij de nummering van de publicaties:	Abréviations dans la numérotation des publications:
DOC 54 0000/000: Parlementair document van de 54 ^e zittingsperiode + basisnummer en volgnummer	DOC 54 0000/000: Document parlementaire de la 54 ^e législature, suivi du n° de base et du n° consécutif
QRVA: Schriftelijke Vragen en Antwoorden	QRVA: Questions et Réponses écrites
CRIV: Voorlopige versie van het Integraal Verslag	CRIV: Version Provisoire du Compte Rendu intégral
CRABV: Beknopt Verslag	CRABV: Compte Rendu Analytique
CRIV: Integraal Verslag, met links het definitieve integraal verslag en rechts het vertaald beknopt verslag van de toespraken (met de bijlagen)	CRIV: Compte Rendu Intégral, avec, à gauche, le compte rendu intégral et, à droite, le compte rendu analytique traduit des interventions (avec les annexes)
PLEN: Plenum	PLEN: Séance plénière
COM: Commissievergadering	COM: Réunion de commission
MOT: Moties tot besluit van interpellaties (beigekleurig papier)	MOT: Motions déposées en conclusion d'interpellations (papier beige)

Officiële publicaties, uitgegeven door de Kamer van volksvertegenwoordigers	Publications officielles éditées par la Chambre des représentants
Bestellingen: Natieplein 2 1008 Brussel Tel. : 02/ 549 81 60 Fax : 02/549 82 74 www.dekamer.be e-mail : publicaties@dekamer.be	Commandes: Place de la Nation 2 1008 Bruxelles Tél. : 02/ 549 81 60 Fax : 02/549 82 74 www.lachambre.be courriel : publicaties@lachambre.be
De publicaties worden uitsluitend gedrukt op FSC gecertificeerd papier	Les publications sont imprimées exclusivement sur du papier certifié FSC

TOELICHTING

DAMES EN HEREN,

1. Inleiding

Obesitas bij kinderen en jongeren is wereldwijd een majeur gezondheidsprobleem: het komt steeds vaker voor, maar het is ook vermijdbaar. Obesitas is problematisch voor kinderen en jongeren omdat zij de gevolgen vaak levenslang dragen. Wetenschappelijk staat al lang vast dat obesitas onder meer het risico vergroot op hartziekten, type 2 diabetes, obstructieve slaapapneu, bepaalde vormen van kanker, artrose en astma¹. Obesitas heeft tevens een grote impact op de voortijdige mortaliteit, het welzijn en de geestelijke gezondheid, bijvoorbeeld omdat de betrokkenen fysieke en sociale hinder ondervinden, of ingevolge de stigmatisering die gepaard gaat met obesitas. De Wereldgezondheidsorganisatie (WGO) luidde in 2002 al de alarmbel en spreekt van een “zorgwekkend” hoog aantal kinderen met overgewicht of zwaarlijvigheid: wereldwijd steeg het percentage kinderen (-5 jaar) met overgewicht of zwaarlijvigheid van 4,8 % naar 6,1 %². Wetenschappers beschouwen het dan ook als één van de ernstigste problemen voor de volksgezondheid van de 21^e eeuw³, temeer daar dat verschijnsel met een belangrijke sociale gradiënt gepaard gaat: de meeste mensen met obesitas komen uit armere of kansarme milieus. Kinderen en adolescenten met obesitas hebben niet alleen gezondheidsproblemen, maar worden daarnaast ook scheef bekeken en lijden onder de maatschappelijke afkeuring. Nochtans kunnen we er iets aan doen en het probleem indijken.

Deze resolutie is bedoeld als een *wake-up call*. Ze moet de federale regering overtuigen van de prangende noodzaak om actie te ondernemen en – in samenwerking met de gewesten – ervoor te ijveren dat kinderen en jongeren minder worden blootgesteld aan de risicofactoren. Deze resolutie wil geenszins in uitersten vervallen, noch door aan te leunen bij voedingshypes en “mageridealen”, noch door obesitas te medicaliseren of te stigmatiseren.

¹ HASLAM DW, JAMES WP, *Obesity*. Lancet, 2005.

² World Health Organization, *Report of the commission on ending childhood obesity*, 2016.

³ BARNES LA, OPITZ JM, GILBERT-BARNES E, *Obesity: genetic, molecular, and environmental aspects*. Am. J. Med. Genet, 2007.

DÉVELOPPEMENTS

MESDAMES, MESSIEURS,

1. Introduction

L'obésité chez les enfants et les jeunes constitue un problème sanitaire majeur au niveau mondial: elle est de plus en plus fréquente, mais peut également être évitée. L'obésité est problématique pour les enfants et les jeunes parce qu'ils en supporteront souvent les conséquences tout au long de leur vie. Il est scientifiquement établi depuis longtemps que l'obésité accroît notamment le risque de pathologies cardiaques, de diabète de type 2, d'apnée obstructive du sommeil, de certaines formes de cancer, d'arthrose et d'asthme¹. Elle a aussi un impact majeur sur la mortalité prématurée et sur le bien-être et la santé mentale, pour des raisons de gêne physique, sociale ou suite à la stigmatisation liée à l'obésité par exemple. L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a tiré la sonnette d'alarme dès 2002 et parle d'un nombre “préoccupant” d'enfants obèses ou en surpoids: à l'échelon mondial, le pourcentage d'enfants (- de 5 ans) obèses ou en surpoids est passé de 4,8 % à 6,1 %². Les scientifiques considèrent dès lors ce phénomène comme l'un des plus graves problèmes de santé publique du 21^e siècle³, et ce, d'autant plus qu'il présente un gradient social important: la majorité des obèses sont issus de milieux plus pauvres ou défavorisés. Outre les problèmes de santé, les enfants et adolescents souffrant d'obésité, souffrent également des regards et rejets sociaux. Nous pouvons pourtant remédier à ce problème en l'endigant.

La présente résolution se veut un signal d'alarme. Elle doit convaincre le gouvernement fédéral de la nécessité pressante de prendre des initiatives afin de lutter pour réduire l'exposition aux facteurs de risques - en collaboration avec les Régions - des enfants et des jeunes. La présente résolution n'entend nullement tomber dans les extrêmes: ni en s'appuyant sur des modes alimentaires et des “idéaux de minceur”, ni en médicalisant ou en stigmatisant l'obésité.

¹ HASLAM DW, JAMES WP, *Obesity*. Lancet, 2005.

² World Health Organization, *Report of the commission on ending childhood obesity*, 2016.

³ BARNES LA, OPITZ JM, GILBERT-BARNES E, *Obesity: genetic, molecular, and environmental aspects*. Am. J. Med. Genet, 2007.

2. De BMI bij kinderen en jongeren berekenen

Volwassenen (18 jaar en ouder) met een *body mass index* (BMI) hoger dan 30 kg/m² worden als obees beschouwd. De BMI wordt berekend door het lichaamsgewicht in kilo's te delen door het kwadraat van de lengte in meters. Andere metingen zijn gebaseerd op de vetverdeling op grond van de verhouding van de tailleomtrek tot de heupomtrek. Bij kinderen is een gezond gewicht afhankelijk van de grootte, de leeftijd en het geslacht. Obesitas bij kinderen en pubers wordt gemeten aan de hand van referentiecurves (bijvoorbeeld die van Tim Cole)⁴.

3. Cijfers

Kinderobesitas heeft in de 21^e eeuw epidemische vormen aangenomen: de percentages stijgen zowel in de ontwikkelde wereld als in de ontwikkelingslanden; de meeste obese kinderen wonen zelfs in arme landen of in landen die afglijden naar obesitas in epidemische omvang. Obesitas bij kinderen is sinds de jaren '80 van de vorige eeuw met een factor twee tot vijf toegenomen in ontwikkelde landen en is bijna verviervoudigd in ontwikkelingslanden. Het obesitaspercentage onder Canadese jongens steeg van 11 % naar 30 % van de jaren '80 tot de jaren '90, onder Braziliaanse kinderen steeg dat percentage van 4 % tot 14 % in dezelfde periode. Momenteel is ongeveer 18 % van de kinderen in de Verenigde Staten obees⁵. In België bleek uit de Gezondheidsenquête van 2013 weliswaar dat één op vijf jongeren (2-17 jaar) te dik is en dat 7 % met overgewicht kampt, maar in dat verband moet worden vermeld dat in het kader van die enquête onvoldoende metingen werden uitgevoerd. De cijfers van het *Observatoire de la Santé du Hainaut* geven aan dat in 2012 19 van de jongeren overgewicht had, en dat 10 % van hen obees was.

In het Vlaams Gewest⁶ bedraagt het percentage van jongeren met overgewicht 16 %. Dat percentage ligt iets hoger bij jongens (18 %) dan bij meisjes (15 %). Zwaarlijvigheid is een probleem bij 5 % van de Vlaamse jongeren. Volgens de resultaten van het Vlaamse JOnG!-onderzoek uit 2013 van het Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie en Ziektepreventie (ViGeZ) is de balans in de eerste levensjaren nog overwegend

⁴ FLEGAL KM, OGDEN CL, WEI R, KUCZMARSKI RL, JOHNSON CL, *Prevalence of overweight in US children: comparison of US growth charts from the Centers for Disease Control and Prevention with other reference values for body mass index.*

⁵ LAKHAN SE, KIRCHGESSNER A. *The emerging role of dietary fructose in obesity and cognitive decline*, Nutrition Journal, 2013.

⁶ ViGeZ, <http://www.vigez.be/themas/voeding-en-beweging/cijfers/gewicht>, 2016.

2. Calculer l'IMC des enfants et des jeunes

Les personnes adultes (18 ans et plus) dont l'indice de masse corporelle (IMC) est supérieur à 30 kg/m² sont considérées comme obèses. L'IMC se calcule en divisant le poids exprimé en kilos par le carré de la taille exprimée en mètres. D'autres mesures se basent sur la distribution de la graisse corporelle d'après le rapport entre la circonférence de la taille et celle des hanches. Chez les enfants, le poids sain dépend de la taille, de l'âge et du sexe. L'obésité chez les enfants et les adolescents se mesure selon des courbes de références (par exemple celles de Tim Cole)⁴.

3. Chiffres

Au 21^e siècle, l'obésité des enfants a pris des proportions épidémiques: les pourcentages augmentent tant dans le monde développé que dans les pays en développement: la majorité des enfants obèses vivent même dans des pays pauvres ou en transition épidémiologique. Depuis les années 1980, l'obésité des enfants a augmenté d'un facteur deux à cinq dans les pays développés et a pratiquement quadruplé dans les pays en développement. Le taux d'obésité des garçons canadiens est passé de 11 % à 30 % entre les années 1980 et les années 1990, et celui des enfants brésiliens est passé de 4 % à 14 % au cours de la même période. Actuellement, 18 % environ des enfants aux États-Unis sont obèses⁵. En Belgique, l'Enquête de santé de 2013 montre qu'un jeune sur cinq (2-17 ans) est trop gros et 7 % des jeunes sont en surpoids mais cette enquête manque de mesures suffisantes. Les chiffres issus de l'observatoire de la santé du Hainaut démontrent qu'en 2012, 19 % des jeunes sont en surpoids et que 10 % sont obèses.

En Région flamande⁶, le taux de jeunes en surpoids s'élève à 16 %. Ce taux est légèrement plus élevé chez les garçons (18 %) que chez les filles (15 %). L'obésité est un problème qui touche 5 % des jeunes Flamands. Selon les résultats de l'étude flamande JOnG! réalisée en 2013 par l'Institut flamand de promotion de la santé et de prévention des maladies (ViGeZ), le bilan au cours des premières années d'existence reste encore

⁴ FLEGAL KM, OGDEN CL, WEI R, KUCZMARSKI RL, JOHNSON CL, *Prevalence of overweight in US children: comparison of US growth charts from the Centers for Disease Control and Prevention with other reference values for body mass index.*

⁵ LAKHAN SE, KIRCHGESSNER A. *The emerging role of dietary fructose in obesity and cognitive decline*. Nutrition Journal. 2013.

⁶ ViGeZ, <http://www.vigez.be/themas/voeding-en-beweging/cijfers/gewicht>, 2016.

positief: 80 % van de Vlaamse kinderen eet elke dag fruit en 92 % elke dag groenten.

Ondanks deze goede start stelt VIGeZ vast dat gezonde voedingsgewoonten echter snel teloorgaan met de leeftijd. Tussen het tweede en derde levensjaar daalt het percentage peuters voor wie minstens één van beide aanbevelingen voor groente en fruit wordt gevolgd, van 90 % naar 81 %. Het aantal ongezonde tussendoortjes neemt dus snel toe met de leeftijd. Bij de 6- tot 14-jarigen eet slechts 7 % dagelijks voldoende groenten en fruit. 27 % drinkt de aanbevolen hoeveelheid water. Bij de 12- tot 18-jarigen is de situatie nog slechter. 14 % van de meisjes en 8 % van de jongens eet minstens 2 stuks fruit per dag. 14 % van de meisjes en 10 % van de jongens eet minstens 2 stuks fruit per dag, 14 % van de meisjes en 10 % van de jongens eet minstens 2 porties groenten per dag, terwijl 36 % dagelijks frisdrank drinkt.

In Wallonië leveren het in 2014 gevoerde HBSC-onderzoek en de enquêtes in Henegouwen en in Luxemburg gelijkaardige resultaten op: 53 % van de leerlingen in het laatste jaar van het lager onderwijs en 57 % van de leerlingen in het secundair onderwijs eet elke dag groenten. 60 tot 64 % van de meisjes scheidt elke dag groenten op en eet er meer van naarmate ze ouder worden, terwijl slechts 51 tot 53 % van de jongens dat doet.

57 % van de lagereschoolkinderen eet voldoende fruit zolang ze lager onderwijs volgen, maar dat percentage daalt tot 47 % in het middelbaar onderwijs voor meisjes, en tot 37 % voor jongens.

Het percentage van de jongeren die dagelijks fruit en groenten eten, stijgt met het sociaaleconomisch en cultureel niveau: 39 % van de jongeren die het niet breed hebben en 54 % van de jongeren uit welgestelde kringen eet elke dag fruit; wat de dagelijkse consumptie van groenten betreft, is die verhouding respectievelijk 48 % en 64 %.

Hetzelfde geldt voor een ontbijt vóór het naar school gaan: 44 % van de kinderen uit sociaaleconomisch zwakke milieus neemt een ontbijt, terwijl dat percentage stijgt tot 66 % bij kinderen uit sociaaleconomisch sterkere milieus.

Deze enquêtes tonen tevens aan dat de overgangperiode van de lagere naar de middelbare school een cruciale periode is. Uit een ander onderzoek bij studenten in het hoger onderwijs (Marc Eric Guisset Parnasse) blijkt dat het verlaten van de gezinswoning een cruciale factor is die vaak veel stress veroorzaakt.

globalement positif: 80 % des enfants flamands mangent chaque jour des fruits et 92 % consomment quotidiennement des légumes.

Le VIGeZ constate qu'en dépit de ce bon départ, les habitudes alimentaires saines se perdent néanmoins rapidement avec l'âge. Entre la deuxième et la troisième année de vie, le pourcentage de bébés pour qui il est respecté au moins une des deux recommandations relatives aux fruits et légumes baisse de 90 % à 81 %. Le nombre d'en-cas mauvais pour la santé augmente rapidement avec l'âge. Seuls 7 % des 6 à 14 ans mangent suffisamment de fruits et légumes chaque jour. 27 % boivent la quantité d'eau recommandée. La situation est encore pire parmi les 12 à 18 ans: 14 % des filles et 8 % des garçons mangent au moins 2 fruits par jour, 14 % des filles et 10 % des garçons mangent au moins 2 portions de légumes par jour, tandis que 36 % boivent des sodas quotidiennement.

En Wallonie, l'étude HBSC et les enquêtes menées dans les provinces du Hainaut et de Luxembourg présentent des résultats du même ordre de grandeur dans leurs chiffres 2014: 53 % des élèves de fin de primaire et 57 % des élèves de secondaire mangent des légumes tous les jours. Les filles sont 60 à 64 % à en consommer tous les jours, la proportion s'améliorant avec l'âge tandis que les garçons ne sont que 51 à 53 % à faire de même.

57 % des élèves du primaires consomment suffisamment de fruits en primaire mais ce pourcentage tombe à 47 % en humanité pour les filles et à 37 % pour les garçons.

Les proportions de jeunes mangeant des fruits et des légumes quotidiennement augmentent avec le niveau socioéconomique et culturel: 39 % de niveau faible contre 54 % de niveau élevé consomment des fruits tous les jours, 48 % de niveau faible contre 64 % de niveau élevé consomment des légumes tous les jours.

Il en est de même pour la prise d'un petit déjeuner le matin avant d'aller à l'école, cela concerne 44 % des enfants issus d'un milieu à faible niveau socioéconomique et 66 % de ceux issus de milieux à haut niveau socioéconomique.

Ces enquêtes montrent également qu'une période clef est également la période du passage de l'école primaire à l'école secondaire. Une autre étude menée auprès d'étudiants en école supérieure (Marc Eric Guisset Parnasse) a montré que le départ de l'habitation familiale est une période clef, souvent associée à énormément de stress.

4. Oorzaken

Jeugdobesitas is meestal het resultaat van een negatieve energiebalans: overmatige voedselconsumptie, gepaard gaande met een gebrek aan lichaamsbeweging. In een beperkt aantal gevallen is de oorzaak in de eerste plaats een medische aandoening (genetisch of psychisch). Het is echter vooral interessant de mechanismen tegen het licht te houden die ten grondslag liggen aan deze verstoorde energiebalans. De sociale ongelijkheid op het vlak van de gezondheid is één van de belangrijkste ervan: het Europese ENERGY-project (www.projectenergy.eu, 7th Framework Program van de Europese Commissie, 2013) vond grote verschillen tussen landen op het vlak van inname van gesuikerde dranken, ontbijt, actief vervoer, televisie- en computertijd.

De resultaten waren significant beter voor meisjes dan voor jongens en bij kinderen van hoger opgeleide ouders dan bij kinderen van laagopgeleide ouders. Die bevindingen worden in België gedeeld in bijvoorbeeld de bij ons om de vier jaar gehouden HBSC-studie en in de onderzoeken in de scholen in het kader van de preventienetwerken inzake schoolgezondheid.

A. Overmatige voedselconsumptie

Onze gemiddelde consumptie van voedselenergie neemt deels toe als gevolg van de slechte keuze van voedingsmiddelen: vet, zout en gesuikerd eten is de hoofdoorzaak en meer bepaald gesuikerde of alcoholische dranken, die 7 kcal per gram alcohol bevatten. Grote porties (meer bepaald in *fastfood*maaltijden met een hoge energiedensiteit) hebben ook een weerslag. De verkoop van te grote porties en het feit dat de voor de gezondheid interessantste voedingsmiddelen niet de goedkoopste of de makkelijkst te bereiden voedingsmiddelen zijn, zijn er een oorzaak van: de makkelijkste keuze is niet de gezondste.

B. Gebrek aan lichaamsbeweging

Kinderen zijn nu fysiek minder actief dan vroeger, omdat ze minder rennen en minder aan sport doen. Zowel bij kinderen als bij volwassenen is er een verband tussen het aantal uren televisie kijken en het risico op obesitas. Uit een wetenschappelijk overzichtartikel uit 2008⁷ bleek dat 63 van 73 onderzoeken (86 %) aantoonde dat obesitas in de kinderjaren toenam met een toegenomen blootstelling aan media, waarbij de

⁷ *Child and Adolescent Health: A Systematic Review*, 2008.

4. Causes

L'obésité juvénile est généralement le résultat d'une balance énergétique défavorable: une surconsommation alimentaire et un manque d'exercices physiques. Dans un nombre limité de cas, la cause essentielle est une affection médicale (génétique ou psychique). Mais il est surtout intéressant de s'intéresser aux mécanismes qui sous-tendent cette rupture de la balance énergétique: les inégalités sociales de santé comptent parmi les plus importantes: le projet européen ENERGY (www.projectenergy.eu, 7th Framework Program de la Commission européenne, 2013) a observé de grandes disparités entre les pays en ce qui concerne l'absorption de boissons sucrées, le petit-déjeuner, les moyens de transport actifs, le temps passé devant l'écran de télévision ou d'ordinateur.

Les résultats étaient significativement meilleurs pour les filles que pour les garçons et pour les enfants de parents ayant bénéficié d'une formation supérieure que pour les enfants de parents peu qualifiés. Ces constatations sont partagées en Belgique, par exemple dans l'enquête HBSC qui se déroule dans notre pays tous les 4 ans et dans les enquêtes menées dans les écoles dans le cadre des réseaux de santé scolaire vigies

A. Surconsommation alimentaire

Notre consommation moyenne d'énergie alimentaire augmente en partie à cause de mauvais choix de produits alimentaires: les produits gras, salés et sucrés sont les principaux responsables et notamment les boissons sucrées ou les boissons alcoolisées qui contiennent 7kcal par gramme d'alcool. Les grandes portions (notamment dans les repas fast-food à forte densité énergétique) ont également une incidence. La commercialisation de trop grandes portions et le fait que les aliments les plus intéressants pour la santé ne sont ni les moins chers, ni les plus faciles à préparer en sont une cause: le choix le plus facile n'est pas le choix le plus sain.

B. Manque d'exercices physiques

Les enfants d'aujourd'hui sont moins actifs sur le plan physique du fait qu'ils courent moins et qu'ils font moins de sport. Tant chez les enfants que chez les adultes, il y a un lien entre le nombre d'heures passées devant la télévision et le risque d'obésité. Selon un article scientifique de synthèse de 2008⁷, 63 des 73 études réalisées (86 %) ont montré que, durant l'enfance, l'obésité gagnait du terrain grâce à une exposition accrue aux

⁷ *Child and Adolescent Health: A Systematic Review*, 2008.

toename van obesitasgevallen gelijke tred hield met de toename van het aantal uren televisie kijken.

C. Medische oorzaken

Genetische factoren worden vaak naar voren geschoven om obesitasproblemen te verantwoorden of te vergoelijken, maar die komen niet veel voor en zijn in de meeste gevallen maar voor een minimaal deel verantwoordelijk. Obesitas is het gevolg van een wisselwerking tussen genetische en omgevingsfactoren. Polymorfisme in meerdere genen die de eetlust en de stofwisseling regelen, leiden tot een aanleg voor obesitas indien er voldoende voedselenergie beschikbaar is. Slechts 7 % van de kinderen (-10 jaar) met ernstige obesitas (een BMI van meer dan 3 standaarddeviaties dan normaal) heeft een DNA-puntmutatie⁸.

Uit onderzoek gericht op erfelijke patronen in plaats van op specifieke genen, is gebleken dat nakomelingen van twee ouders met obesitas 80 % kans hadden op obesitas, tegenover nakomelingen van ouders met een normaal gewicht, die minder dan 10 % kans hadden op obesitas.

Men kan dus stellen dat de aanleg voor zwaarlijvigheid deels in de genen is opgeslagen, maar dit is niet allesbepalend: door beweging kan een groot deel van het risico op overgewicht teniet worden gedaan. Recent Brits onderzoek bij geadopteerde kinderen toonde aan dat het gewicht van het kind meestal parallel loopt met dat van adoptieouders. Dit wijst op een belangrijke omgevingsinvloed eerder dan een genetische voorbestemming.

D. Maatschappelijke oorzaken

In Westerse landen is er een verband tussen sociaal milieu en overgewicht. Hoe groter de inkomensongelijkheid, hoe meer obesitas. Ook in de Verenigde Staten stelt men een obese populatie vast, die 30 % bedraagt; dat percentage blijkt duidelijk gerelateerd te zijn aan de daar aanzienlijke inkomensongelijkheid.

Voedingsgewoonten hebben ook te maken met het sociaaleconomisch en cultureel milieu. Er is voorts een toename in de aankoop van bereide maaltijden en snacks.

Stress en het gebrek aan slaap zijn ook risicofactoren, net als een laag geboortegewicht of het ontbreken van borstvoeding.

⁸ FAROOQI S, O'RAHILLY S, *Genetics of obesity in humans*, 2006.

médias, l'augmentation des cas d'obésité se faisant au même rythme que l'augmentation du nombre d'heures passées devant la télévision.

C. Causes médicales

Les facteurs génétiques sont souvent mis en avant pour justifier ou excuser des problèmes d'obésité mais ceux-ci ne sont pas fréquents et n'interviennent que pour une part minime dans la plupart des cas. En ce qui concerne l'obésité, elle est la conséquence d'une interaction entre facteurs génétiques et facteurs externes. Le polymorphisme de plusieurs gènes qui régulent l'appétit et le métabolisme conduit à une prédisposition à l'obésité si une quantité suffisante d'énergie alimentaire est disponible. Seuls 7 % des enfants (-10 ans) souffrant d'une obésité sévère (un IMC supérieur à 3 déviations standard) présentent une mutation ponctuelle dans leur ADN⁸.

Des études ciblant des profils héréditaires plutôt que des gènes spécifiques ont montré que le risque d'être atteint d'obésité était de 80 % pour les descendants de deux parents atteints d'obésité, alors qu'il était de moins de 10 % pour les descendants de parents dont le poids était normal.

On peut donc affirmer que la prédisposition à l'obésité réside partiellement dans les gènes, mais que ce n'est pas une fatalité: l'exercice physique peut annihiler une grande partie du risque de surpoids. Une étude britannique récente sur des enfants adoptés a montré que le poids de l'enfant évolue généralement de façon parallèle à celui des parents adoptifs. Ce qui tend à démontrer une incidence importante de l'environnement plutôt qu'une prédisposition génétique.

D. Causes sociétales

Dans les pays occidentaux, on observe un lien entre milieu social et surpoids. Plus l'inégalité de revenus est importante et plus la prévalence de l'obésité est forte. On constate également un taux de population obèse aux USA qui atteint les 30 % et ce chiffre apparaît clairement lié aux inégalités de revenus qui y sont importantes.

Les habitudes alimentaires sont aussi liées au milieu socioéconomique et culturel. On observe par ailleurs une augmentation de l'achat des plats préparés et des snacks.

Le stress et le manque de sommeil sont aussi des facteurs de risque tout comme le fait d'être né avec un petit poids ou l'absence d'allaitement maternel.

⁸ FAROOQI S, O'RAHILLY S, *Genetics of obesity in humans*, 2006.

Bij stress maken de bijnieren bovendien het hormoon cortisol aan, dat ervoor zorgt dat het vet bij voorkeur rond de buik wordt opgeslagen.

Er is tot slot ook een verband tussen overgewicht en opleidingsniveau⁹. Jongeren in huishoudens met ouders die een opleiding “hogere onderwijs” hebben gevolgd, hebben minder vaak overgewicht dan in huishoudens met een lagere opleiding.

5. Gevolgen

Zoals al aangehaald in de inleiding, draagt obesitas aanzienlijk bij aan diverse ziekten, waaronder diabetes type 2 (44 %), hart- en vaatziekten (23 %) en kanker (7-41 %). Ook obstructieve slaapapneu, onvruchtbaarheid, bepaalde vormen van kanker, artrose en astma worden in verband gebracht met een te hoog lichaamsgewicht. Daardoor verkort obesitas dus de levensverwachting¹⁰.

Bovendien zouden obese kinderen met diabetes type 2 ook meer kans hebben op een vette lever, omwille van hun levensstijl. Professor Witters van het UZ Leuven deed onlangs een studie bij kinderen met obesitas in zijn ziekenhuis. Hieruit bleek dat ruim een derde van de obese kinderen gestoorde levertesten heeft en mogelijk leververvetting. Obese kinderen systematisch screenen op leververvetting – zoals Amerikaanse wetenschappers in de *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition* aanbevelen – is evenwel geen oplossing volgens hem, want enkel een biopsie kan zekerheid brengen over de diagnose. Hij ziet hiervoor maar één duidelijke uitweg: vermageren.

Maar ook de mentale gezondheid van kinderen en jongeren lijdt onder obesitas. Kinderen die opgroeien in een warme omgeving, die het goede voorbeeld geeft qua gezonde levensstijl, hebben de beste kaarten voor de toekomst. Een streng dieet is dus niet altijd de beste oplossing voor een kind met overgewicht, want vaak komen er dan nog meer kilo's bij. De hoekstenen van een gezond gewicht en een positief zelfbeeld voor kinderen, zijn volgens Neumark-Sztainer (2009): het demonstreren van gezonde gewoonten, het vergemakkelijken van gezonde keuzes, het promoten van een actieve levensstijl en de luister- en praatbereidheid van de ouders.

⁹ Vigez, <http://www.vigez.be/themas/voeding-en-beweging/cijfers/gewicht>, 2016.

¹⁰ OMC, *Série de Rapports techniques 894: Obésité: prévention et prise en charge de l'épidémie mondiale*, 2000.

De plus, en cas de stress, les glandes surrénales produisent une hormone, le cortisol, qui induit le stockage de la graisse de préférence autour de l'abdomen.

Enfin, il existe aussi un rapport entre l'excès de poids et le niveau d'études⁹. Les jeunes élevés par des parents diplômés de l'enseignement supérieur souffrent moins souvent de surpoids que les autres.

5. Conséquences

Ainsi qu'il a été précisé dans l'introduction, l'obésité joue un rôle majeur dans plusieurs maladies comme le diabète de type 2 (44 %), les maladies cardiovasculaires (23 %) et le cancer (7-41 %). On considère également que l'apnée obstructive du sommeil, la stérilité, certaines formes de cancer, l'arthrose et l'asthme sont liés à un poids corporel trop élevé. L'obésité réduit donc l'espérance de vie¹⁰.

Les enfants obèses souffrant du diabète de type 2 seraient en outre davantage exposés au risque de stéatose hépatique (“foie gras”) de par leur mode de vie. Le professeur Witters, de l'UZ Leuven, a dernièrement réalisé une étude portant sur des enfants obèses hospitalisés au sein de son institution. Il en est ressorti que plus d'un tiers des enfants examinés présentaient une réaction anormale aux tests hépatiques pouvant être l'expression d'une stéatose hépatique, mais selon le professeur Witters, soumettre les enfants obèses à un dépistage systématique de la stéatose hépatique – comme le préconisent des scientifiques américains dans la *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition* – n'est pas une solution, car seule une biopsie permet d'établir un diagnostic sûr. Il ne voit donc qu'une issue possible: maigrir.

L'obésité nuit également aux enfants et aux jeunes sur le plan de la santé mentale. Les enfants qui grandissent dans un environnement chaleureux qui leur montre le bon exemple en termes de mode de vie sain disposent des meilleures cartes pour l'avenir. Un régime strict n'est donc pas toujours la meilleure solution pour un enfant en surcharge pondérale, car souvent, la prise de poids augmente. Selon Neumark-Sztainer (2009), pour un enfant, les éléments clés d'un poids adéquat et d'une image de soi positive sont: l'adoption d'habitudes saines par l'entourage, un accès facilité aux choix sains, la promotion d'un mode de vie actif et des parents attentifs et ouverts au dialogue.

⁹ Vigez, <http://www.vigez.be/themas/voeding-en-beweging/cijfers/gewicht>, 2016.

¹⁰ OMC, *Série de Rapports techniques 894: Obésité: prévention et prise en charge de l'épidémie mondiale*, 2000.

Regelmatig gezellige maaltijdmomenten in familieverband zijn van levensbelang. Dat illustreert eens te meer hoe belangrijk sociaal-culturele factoren zijn, ook wat het vermogen tot verandering en tot gewichtsvermindering betreft.

6. Federale acties en maatregelen

Obesitas is wereldwijd één van de belangrijkste vermijdbare doodsoorzaken. We kunnen er dus met andere woorden iets aan doen. Allesomvattende overheidsstrategieën kunnen werken, dat bewijst Finland, waar met succes het hoog aantal hartinfarcten is gedaald na gecoördineerde preventieve maatregelen tegen al te grote obesitas bij de bevolking.

Bij kinderen en jongeren spreekt het voor zich dat preventie noodzakelijk is: beïnvloeding van de leefwijze en technieken die tot gedragsverandering leiden moeten gestimuleerd worden. Dit kan onder andere door veel lichamelijke opvoeding en gewichtsmetingen op school, geen frisdrankautomaten, enz.

Dat is afhankelijk van de gewestelijke en gemeenschapsoverheden, die hiertoe al heel wat acties ondernemen; er is echter meer nodig: een globaal allesomvattend strijdplan dat de gewestelijke en federale bevoegdheden overstijgt, dringt zich op, want zonder gecoördineerde maatregelen tussen de deelstaten is de impact beperkt.

Naar Scandinavisch voorbeeld, kan de federale overheid echter breed optreden: van duidelijke voedingswaarden op de verpakking tot richtlijnen voor advertenties van ongezonde voeding gericht naar kinderen. Ook Nederland en het Verenigd Koninkrijk hebben zo'n breed allesomvattend actieplan.

In België bestaat er een Nationaal Voedings- en Gezondheidsplan, dat diverse maatregelen bevat, maar geen specifieke maatregelen voor kinderen jonger dan 5 jaar. Dat plan zou daarom een nieuwe dimensie moeten krijgen en die zou ook de ongelijkheid op gezondheidvlak moeten bestrijden omdat die ongelijkheid de gezondheidstoestand van de bevolking beïnvloedt, en in het bijzonder het risico op obesitas, onder meer bij kinderen en jongeren.

Zo'n plan zou verschillende elementen moeten bevatten. Een alomvattende aanpak met onder meer een beleid van individuele preventie, maar ook maatregelen

Des moments de plaisir réguliers associés aux repas pris en famille revêtent une importance cruciale. Ce qui illustre une fois de plus combien les facteurs socio-culturels ont une importance, y compris dans les capacités de changement et de réduction de poids.

6. Initiatives et mesures fédérales

L'obésité est l'une des principales causes de décès évitables dans le monde. En d'autres termes, une action préventive est possible dans ce domaine. Des stratégies publiques globales peuvent fonctionner, comme le prouve l'exemple de la Finlande, où le nombre élevé d'infarctus a diminué à la suite de mesures de prévention coordonnées contre les constats de surpoids trop important de leur population..

Il va de soi que chez les enfants et les jeunes, la prévention est nécessaire: les mesures visant à influencer le mode de vie et les techniques visant un changement de comportement doivent être encouragées, notamment à l'école, par exemple en augmentant le nombre d'heures d'éducation physique, en pesant régulièrement les enfants, en supprimant les distributeurs de boissons rafraîchissantes, etc.

Ceci dépend des autorités régionales et communautaires qui prennent déjà de nombreuses initiatives dans ce domaine, mais il faut aller plus loin: un plan global de lutte contre l'obésité dépassant les compétences régionales et fédérales s'impose car sans mesures coordonnées entre les entités fédérées, l'impact est réduit.

Mais comme le montre l'exemple scandinave, le fédéral peut intervenir sur un large front: depuis l'étiquetage clair des denrées alimentaires jusqu'à l'élaboration de consignes relatives à la publicité pour des aliments malsains destinées aux enfants. Les Pays-Bas et le Royaume-Uni ont également adopté un plan d'action global d'une ampleur comparable.

En Belgique, un plan national nutrition santé existe. Il comprend diverses mesures mais pas de mesures spécifiques aux enfants de plus de 5 ans. Une nouvelle dimension de ce plan devrait donc être mise en œuvre, et celle-ci devrait comprendre la lutte contre les inégalités de santé vu leur influence sur l'état de santé, dont les risques d'obésité sur la population dont les enfants et adolescents particulièrement..

Un tel plan doit associer plusieurs dimensions dont les principales seraient une prise en charge globale comprenant des politiques de prévention individuelle mais

van collectieve opvoeding, productnormen en handels- en marketingpraktijken, en vooral een coherent beleid ter vermindering van sociale en economische ongelijkheid, en dus inzake gezondheid, zouden tot die belangrijke elementen behoren.

A. Behandelingen door chirurgie en medicatie

Als men een zwaarlijvige patiënt wil behandelen en doen afvallen, moet men eerst de oorzaken van die zwaarlijvigheid kennen. Het is gebleken dat het standaard voorschrijven van een restrictief dieet of van lichamelijke activiteit met als enig doel om energie te verbranden, niet werkt op lange termijn, en zelfs niet op middellange termijn. Bij jongeren is gewicht verliezen nooit de eerste doelstelling. De prioriteit is opnieuw te komen tot een gezonde manier van leven.

Agressieve behandelingen (medicatie of chirurgie) zijn bij jongeren van minder dan 18 jaar slechts in uitzonderlijke gevallen aanvaardbaar.

Verschillende studies tonen aan dat de positieve effecten van bariatrische chirurgie niet bewezen zijn. Volgens deze studies zijn er daarentegen aanzienlijke fysieke, psychische en gedragscomplicaties (zie het KCE-rapport). Volgens A. Bogaerts & R. Devlieger (*Zwangerschap en obesitas, Handboek voor de zorgverlener, Garant, 2015*) moet een zwangerschap na bariatrische chirurgie beschouwd worden als een zwangerschap met een hoog risico. Echter, praktische richtlijnen en aanbevelingen ontbreken op dit moment. Er is ook nood aan evidentie voor de screening en behandeling van nutritionele tekorten bij deze vrouwen met een zwangerschapswens. Bovendien blijkt uit de Zweedse SOS-studie dat na bariatrische chirurgie diabetes blijft bestaan (na verloop van tijd is er een remissie van de aandoening). Sensibiliserende en curatieve groepsessies (voor ouders en kinderen samen) in multidisciplinaire groepspraktijken zouden mogelijk meer effect hebben. De federale overheid zou zulke curatieve groepsessies kunnen terugbetalen.

Ook het KCE heeft een onderzoek uitgevoerd over de curatieve behandelingen voor obesitas: "Farmacologische en chirurgische behandeling van obesitas. Residentiële zorg voor ernstig obese kinderen in België" (Rapport 36A, juni 2016). Uit deze studie blijkt dat bariatrische chirurgie bij patiënten jonger dan 18 jaar enkel zou moeten worden terugbetaald onder bepaalde voorwaarden, in maximum twee ziekenhuizen in België. Over de effectiviteit van de residentiële zorg voor obese kinderen rijzen er ook vragen. Het KCE vraagt een

aussi des mesures collectives d'éducation, de normes de produits, de régulation des pratiques commerciales et de marketing et surtout des politiques cohérentes de réduction des inégalités sociales, économiques et dès lors de santé.

A. Traitements chirurgicaux et médicamenteux

Comprendre les raisons qui ont amené la personne à avoir un excès de poids est la première chose à faire si on veut pouvoir la soigner et réduire son excès de poids. Une prescription standard de régimes restrictifs ou d'activité physique qui ne viserait qu'à consommer de l'énergie se sont révélés totalement inefficaces à long et même à moyen terme. Chez un jeune, l'objectif de perdre du poids n'est jamais le premier. C'est rétablir un mode de vie sain qui est la priorité.

Les traitements agressifs (médicaments ou chirurgie) ne sont qu'exceptionnellement acceptables chez des jeunes de moins de 18 ans.

Diverses études démontrent que les effets positifs de la chirurgie bariatrique ne sont pas prouvés mais que par contre les complications qui en résultent tant sur le plan physique que psychiques et comportemental sont importantes. (voir rapport KCE) Dans l'étude menée par A. Bogaerts & R. Devlieger (*Zwangerschap en obesitas, Handboek voor de zorgverlener, Garant, 2015*), les chercheurs constatent qu'une grossesse qui intervient après une opération bariatrique doit être considérée comme à haut risque. Or il n'existe à l'heure actuelle aucune consigne ni recommandations pratiques. Il faut également démontrer l'utilité de rechercher et de traiter les carences nutritionnelles chez ces femmes lorsqu'elles ont un désir d'enfant. L'étude suédoise SOS montre, en outre, que la chirurgie bariatrique ne permet pas d'éliminer le diabète (après un certain temps, on observe une rémission de la maladie). Des séances collectives de sensibilisation et à caractère curatif (destinées à la fois aux parents et aux enfants) organisées dans des maisons médicales pluridisciplinaires et qui seraient remboursées par l'autorité fédérale pourraient s'avérer plus efficaces.

Le KCE a également mené une étude sur les traitements curatifs de l'obésité, intitulée "Traitement pharmacologique et chirurgical de l'obésité. Prise en charge résidentielle des enfants sévèrement obèses en Belgique" (Rapport 36A, juin 2016). Selon cette étude, la chirurgie bariatrique ne devrait, dans le cas de patients de moins de 18 ans, être remboursée que sous certaines conditions, dans deux hôpitaux au maximum en Belgique. L'efficacité de la prise en charge résidentielle d'enfants obèses pose également question. Le

jaarlijkse rapportage, een onderzoeksprotocol en een evaluatie van de financiering binnen de vijf jaar.

De studie stelt ook dat medicatie niet aan te bevelen is als ondersteunend middel bij de behandeling van obesitas want er bestaat onvoldoende wetenschappelijk bewijs dat de terugbetaling van dit soort vermageringsbehandelingen rechtvaardigt.

B. Zorgtraject voor jeugdobesitas

Het zou beter zijn om niet alleen medisch, maar ook psycho-sociaal in te grijpen bij kinderen en jongeren. Een te onderzoeken piste is het uitwerken van een zorgtraject obesitas, waarbij een persoonlijk zorgproject wordt opgesteld naargelang van de bestaande risicofactoren. Hierbij moet de huisarts een centrale rol krijgen en moeten o.a. de diëtist, de psycholoog, de kinesitherapeut en eventueel de specialist hun aandeel hebben. De terugbetaling zou a priori gegarandeerd moeten zijn na het opstellen van een zorgprogramma en de begeleiding ervan voor een bepaalde termijn. Het programma organiseert en coördineert dus de aanpak, de behandeling en de opvolging van de patiënt met jeugdobesitas als volgt:

- concrete doelstellingen op maat van de patiënt (bv. voeding, beweging...);

- *follow-up* in functie van deze doelstellingen;

- praktische afspraken;

- multidisciplinair overleg;

- terugbetaalde begeleiding door diëtisten;

- terugbetaalde begeleiding door psychologen (met oog op gedragsverandering) of een BOV-coach (een motivator in gedragsverandering: hij geeft laagdrempelige begeleiding om meer te bewegen op doktersadvies);

- begeleiding door sociaal werkers om aan de randvoorwaarden voor een geslaagd zorgplan te kunnen werken.

De federale overheid zou de zorgtrajecten intra en extra muros kunnen uniformiseren en de terugbetaling beter kunnen afstemmen. Indien de overheid deze

KCE plaide pour un rapportage annuel, un protocole de recherche et une évaluation du financement dans les cinq ans.

Toujours selon cette étude, les médicaments ne représentent pas une option à conseiller dans l'appui du traitement de l'obésité car il n'existe pas suffisamment de preuves scientifiques justifiant le remboursement de ce type de traitements amaigrissants

B. Trajet de soins contre l'obésité juvénile

En ce qui concerne les enfants et les jeunes, il serait préférable d'intervenir non seulement sur le plan médical, mais aussi sur le plan psychosocial. Une piste à examiner à cet égard est celle de l'élaboration d'un projet de soins contre l'obésité dans le cadre duquel un plan de soins individualisé en fonction des facteurs de risques présents serait établi, plan qui confierait un rôle central au médecin généraliste et auquel seraient notamment associés un diététicien, un psychologue, un kinésithérapeute et, éventuellement, un spécialiste. Il conviendrait également, *a priori*, que le remboursement soit garanti, après l'établissement d'un programme de soins et de son accompagnement pour une durée déterminée. Le programme de soins organiserait et coordonnerait donc l'approche, le traitement et le suivi du patient souffrant d'obésité juvénile comme suit:

- fixation d'objectifs concrets adaptés au patient (concernant par exemple le l'alimentation, la pratique d'une activité physique,...);

- suivi de ces objectifs;

- accords sur le plan pratique;

- concertation multidisciplinaire;

- remboursement de l'accompagnement par un diététicien;

- remboursement de l'accompagnement par un psychologue (en vue d'un changement de comportement) ou par un coach d'activités physiques (personne chargée d'encourager le patient à changer de comportement: encouragement, sur avis du médecin, d'activités physiques abordables);

- accompagnement par des travailleurs sociaux en vue de la mise en place du contexte de la réussite du plan de soins.

L'autorité fédérale pourrait uniformiser les trajets de soins intramuros et extramuros et harmoniser leur remboursement. Si l'autorité ne peut pas appliquer

multidisciplinaire aanpak niet meteen kan implementeren voor alle erkende obesitaspatiënten, zou men alvast kunnen beginnen met kinderen en jongeren. Want dit is de belangrijkste doelgroep, indien men redeneert vanuit het voorzorgsprincipe.

C. Bijscholing over begeleiding tijdens maar ook voor de zwangerschap

Er is wetenschappelijk bewijs¹¹ voor drie factoren die de foetus kunnen beïnvloeden tijdens de zwangerschap, en een impact hebben op het gewicht en de gezondheid van het kind later:

i. de rookgewoonten van de moeder tijdens de zwangerschap: een meta-analyse van 14 studies heeft aangetoond dat kinderen wiens moeder rookt tijdens de zwangerschap 50 % meer kans hebben op obesitas.

ii. de gewichtstoename van de moeder tijdens de zwangerschap: hoewel gewichtstoename tijdens de zwangerschap vroeger als normaal beschouwd werd, wordt nu aangenomen dat overmatige gewichtstoename het risico op obesitas bij kinderen verhoogt. Op basis van verschillende significante studies heeft het Amerikaanse Instituut voor Geneeskunde een nieuwe richtlijn opgesteld. Hoe hoger het BMI van de vrouw voor de zwangerschap, hoe kleiner haar gewichtstoename tijdens de zwangerschap mag zijn. Men heeft ook een vermoeden dat de eetgewoonten van de moeder tijdens de zwangerschap een invloed hebben om de ontwikkeling van de foetus en het gewicht van het kind later, maar hiervoor is geen wetenschappelijk bewijs. Bovendien kan een zwangerschap voor vele vrouwen een goed moment zijn om eetgewoonten substantieel aan te passen, omdat vrouwen dan meer geneigd zijn om hun dieet aan te passen voor de gezondheid van hun kind, zowel voor als na de geboorte.

iii. de suikerspiegel van de moeder tijdens de zwangerschap: zwangerschapsdiabetes kan serieuze problemen veroorzaken. Door hoge glucose- en insulinewaarden kan het lichaamsvet van de foetus toenemen, wat zich meestal vertaalt in een hoger geboortegewicht en een hoger BMI later.

Het is algemeen geweten dat zwangere obese vrouwen ook een verhoogd risico hebben op hypertensie, trombose en meer complicaties ervaren bij de bevalling (hun kinderen worden vaker prematuur geboren, ze ondergaan vaker keizersneden en hebben meer bloedingen. Dit kan gezondheidsrisico's voor de baby tot gevolg hebben. Daarom kan preconceptiezorg

¹¹ Prenatal and Early Life Influences, <https://www.hsph.harvard.edu/obesity-prevention-source/obesity-causes/prenatal-postnatal-obesity/#references>, 2016.

immédiatement cette approche multidisciplinaire à tous les patients reconnus comme souffrant d'obésité, elle pourrait commencer par les enfants et les jeunes. En effet, vu sous l'angle du principe de précaution, il s'agit du principal groupe-cible.

C. Formation continue relative à l'accompagnement pendant, mais aussi avant la grossesse

Il existe des preuves scientifiques¹¹ indiquant que les trois facteurs suivants sont susceptibles d'avoir une influence sur le fœtus pendant la grossesse et d'avoir un impact sur le poids et la santé futurs de l'enfant:

i. l'usage du tabac par la mère pendant la grossesse: une méta-analyse de 14 études a prouvé que les enfants dont la mère fumait pendant la grossesse présentent un risque d'obésité plus élevé de 50 %;

ii. la prise de poids de la mère pendant la grossesse: alors qu'une prise de poids pendant la grossesse était jadis considérée comme normale, il est maintenant admis qu'une prise de poids excessive augmente le risque d'obésité chez l'enfant. Sur la base de plusieurs études significatives, l'Institut de médecine américain a établi une nouvelle directive. Plus l'IMC de la femme était élevé avant la grossesse, moins elle doit prendre de poids pendant cette dernière. On soupçonne aussi que les habitudes alimentaires de la mère au cours de la grossesse ont une influence sur le développement du fœtus et le poids futur de l'enfant, mais il n'existe pas de preuve scientifique le corroborant. En outre, une grossesse peut être, pour de nombreuses femmes, un bon moment pour modifier substantiellement leurs habitudes alimentaires, car les femmes sont alors plus enclines à adapter leur régime alimentaire dans l'intérêt de la santé de l'enfant, tant avant qu'après la naissance;

iii. la glycémie de la mère pendant la grossesse: le diabète de grossesse peut provoquer de sérieux problèmes. Les taux élevés de glucose et d'insuline peuvent accroître la graisse corporelle du fœtus, ce qui se traduit généralement par un poids plus élevé à la naissance et un IMC plus élevé par la suite.

Il est notoire que les femmes enceintes obèses présentent également un risque accru d'hypertension et de thrombose et souffrent davantage de complications lors de l'accouchement (leurs enfants naissent plus souvent prématurément, elles subissent plus souvent des césariennes et ont davantage d'hémorragies), ce qui peut entraîner des risques pour la santé du bébé.

¹¹ Prenatal and Early Life Influences, <https://www.hsph.harvard.edu/obesity-prevention-source/obesity-causes/prenatal-postnatal-obesity/#references>, 2016.

interessant zijn. Het heeft tot doel om aandoeningen al voor de bevruchting te voorkomen. Het is een multidisciplinair vakgebied in de preventieve geneeskunde die ook bij een gedragsbeïnvloeding bij de partner of onderling kan teweeg brengen.

Artsen geven meestal het advies om te streven naar een gezond gewicht vóór de zwangerschap en een redelijke gewichtstoename tijdens de zwangerschap. Daarenboven raadt men aan niet te roken tijdens de zwangerschap, ervoor te zorgen dat kinderen voldoende slaap en borstvoeding krijgen. Opdat alle vrouwen hiervan op de hoogte zouden zijn, is het belangrijk om artsen en andere zorgverstrekkers permanent bij te scholen. Een gerichte navorming voor gynaecologen en pediaters dringt zich op. De federale overheid zou dit kunnen financieren. Hetzelfde geldt voor navormingsmodules voor vroedvrouwen, die toegespitst zijn op de begeleiding tijdens de preconceptionele, de zwangerschaps- en de postpartumfase. Deze navormingsmodules zijn ook nuttig voor alle betrokken eerstelijnsverleners (huisartsen, diëtisten, psychologen, kinesitherapeuten, vroedvrouwen, verpleegkundigen). Zij kunnen zich naast hun al verworven medisch inzicht bijscholen rond motivationele technieken om tot een gedragswijziging bij de patiënt te komen.

D. Borstvoeding stimuleren

In 2012 heeft de *American Academy of Pediatrics*¹² aangetoond dat adolescenten en volwassenen die borstvoeding kregen in de kindertijd, 15 tot 30 % minder kans op obesitas hebben in vergelijking met leeftijdsgenoten die nooit borstvoeding kregen, en dit indien ze gedurende 4 tot 6 maanden exclusief borstvoeding kregen. Kinderen die meer dan 6 maanden borstvoeding hebben significant minder kans om overgewicht of obesitas te hebben in de latere kindertijd. Volgens de onderzoekers is de duur van borstvoeding gerelateerd aan het verminderd risico op overgewicht. Ze berekenden dat elke maand borstvoeding 4 % minder risico betekent op overgewicht. Het aanmoedigen en ondersteunen van borstvoeding en andere gezonde voedingspraktijken zijn in het bijzonder belangrijk bij kinderen met lage socio-economische status die een verhoogd risico hebben op kinderobesitas¹³. Bijkomend onderzoek van *Weng et al.* (2013) heeft aangetoond dat borstvoeding een

¹² American Academy of Pediatrics, 2012; Hornell et al., 2013; Scott, Ng, & Cobiac, 2012.

¹³ Gibbs & Forste, 2014; Svensson et al., 2014.

C'est la raison pour laquelle les soins de préconception peuvent être intéressants. Ces soins ont pour but de prévenir les affections avant même la fécondation. Il s'agit d'une branche multidisciplinaire de la médecine préventive, qui peut également avoir une influence sur le comportement du partenaire ou générer une influence mutuelle de comportement.

Les médecins conseillent généralement de tendre vers un poids sain avant la grossesse et vers une prise de poids raisonnable pendant la grossesse, de veiller à ce que les enfants dorment suffisamment et de les allaiter. Pour que toutes les femmes soient informées à ce sujet, il est important d'assurer un recyclage permanent des médecins et autres prestataires de soins. Il s'impose de prévoir un perfectionnement ciblé pour les gynécologues et les pédiatres. Ces formations pourraient être financées par l'autorité fédérale. Il en va de même des modules de perfectionnement pour les sages-femmes, axés sur l'accompagnement pendant les phases de préconception, de grossesse et de post-partum. Ces modules de perfectionnement sont également utiles pour tous les acteurs de première ligne concernés (généralistes, diététiciens, psychologues, kinésithérapeutes, sages-femmes, infirmiers). En plus de leurs connaissances médicales déjà acquises, ceux-ci peuvent se former aux techniques motivationnelles afin d'induire un changement de comportement chez le patient.

D. Encourager l'allaitement maternel

En 2012, l'*American Academy of Pediatrics*¹² a démontré que les adolescents et les adultes qui avaient été nourris au sein maternel durant leur enfance, couraient 15 à 30 % de risques en moins de devenir obèses, par rapport aux personnes du même âge qui n'ont jamais été allaitées, et ce, s'ils ont été exclusivement nourris au sein pendant une période de 4 à 6 mois. Les enfants qui ont été allaités pendant plus de 6 mois courent significativement moins de risques de surpoids ou d'obésité à un stade ultérieur de leur enfance. Selon les chercheurs, la durée de l'allaitement maternel est corrélée à la diminution du risque de surpoids. Ils ont calculé que chaque mois d'allaitement représente une baisse de 4 % du risque de surpoids. Encourager et soutenir l'allaitement maternel et les autres pratiques alimentaires saines se révèle particulièrement important pour les enfants socio-économiquement défavorisés, qui courent un risque accru d'obésité infantile¹³. Par

¹² American Academy of Pediatrics, 2012; Hornell et al., 2013; Scott, Ng, & Cobiac, 2012.

¹³ Gibbs & Forste, 2014; Svensson et al., 2014.

voorspellende factor is voor overgewicht op de leeftijd van 3 jaar.

E. Een wettelijke limiet op transvetten

In afwachting van Europese maatregelen, kan de federale overheid de zesde uitgave van de voedingsaanbevelingen van de Hoge Gezondheidsraad uitvoeren. Deze aanbevelingen, die op 22 september 2016 gepubliceerd werden, hebben bijzondere aandacht voor de risico's van transvetten. Zoals onder meer in Denemarken en tal van andere Europese landen al bestaat, zou een wettelijke limiet op het aantal industrieel geproduceerde transvetten kunnen invoeren: een bovengrens van 2g industrieel geproduceerde transvetten per 100g vet of olie voor menselijke consumptie.

Het wetsvoorstel tot wijziging van de wet van 24 januari 1977 betreffende de bescherming van de gezondheid van de gebruikers op het stuk van de voedingsmiddelen en andere producten, teneinde het gehalte aan transvetzuren in voedingsmiddelen te beperken (DOC 54 1586/001) wijst hier eveneens op. Transvetten verhogen immers het risico op welvaartziekten en hebben geen enkele meerwaarde in onze voeding. Ze zitten vaak in producten die minder kosten en worden daarom vaker geconsumeerd door personen met een lagere sociaaleconomische status. Hoewel de Belgische voedingsindustrie al verbeteringen heeft doorgevoerd in een aantal producten, zitten er in sommige voedingsproducten nog steeds meer transvetten dan de dagelijkse limiet die de Wereldgezondheidsorganisatie (WGO) hanteert.

F. Social marketing voor gezonde producten

Alleen informeren werkt niet om gedragsverandering te verkrijgen. *Social marketing* kan mensen een duwtje in de rug geven om van de gezonde keuze een voor de hand liggende keuze te maken. *Social marketing* past marketingconcepten en -technieken toe om maatschappelijke of sociale veranderingen te bewerkstelligen. Er wordt dus niets opgelegd of verboden, maar mensen worden in een bepaalde richting geduwd zonder dat ze het zelf beseffen. De gedachte die hierachter schuilt is dat iets verbieden vaak niet werkt, maar een positieve gedragsbeïnvloeding doorvoeren vaak wel aanslaat. Dit geldt zowel voor volwassenen als voor kinderen en is een interessante techniek omdat reclame en marketing wel degelijke een impact hebben op de voedselvoorkeuren, het aankoopgedrag en de consumptie van kinderen. Ook de ouders worden onrechtstreeks beïnvloed, want kinderen hebben een grote invloed op

ailleurs, une étude de Weng et al. (2013) a montré que le recours ou non à l'allaitement maternel est un facteur prédictif de surpoids à l'âge de 3 ans.

E. Une limite légale aux acides gras trans

Dans l'attente de mesures européennes, les autorités fédérales peuvent mettre en œuvre la sixième édition des Recommandations nutritionnelles du Conseil supérieur de la santé. Ces recommandations, qui ont été publiées le 22 septembre 2016, s'attachent tout particulièrement aux risques des acides gras trans. À l'instar de ce qui existe déjà au Danemark et dans nombre d'autres pays, on pourrait instaurer une limite légale à la quantité d'acides gras trans industriels: un plafond de 2 grammes d'acides gras trans industriels par 100 grammes de graisse ou d'huile destinée à la consommation humaine.

La proposition de loi modifiant la loi du 24 janvier 1977 relative à la protection de la santé des consommateurs en ce qui concerne les denrées alimentaires et les autres produits, en vue de limiter la teneur des aliments en acides gras trans (DOC 54 1586/001) va également dans ce sens. Les graisses trans augmentent en effet le risque de développer des "maladies de la prospérité" et n'apportent pas la moindre plus-value à notre alimentation. On les trouve souvent dans des produits à bas prix et elles sont donc plus souvent consommées par des personnes de condition socioéconomique modeste. Bien que l'industrie alimentaire belge ait déjà introduit des améliorations pour un certain nombre de produits, d'autres contiennent toujours un taux de graisses trans supérieur à la limite fixée par l'Organisation mondiale pour la santé (OMS).

F. Marketing social en faveur des produits sains

Le marketing social utilise des concepts et des techniques de marketing dans le but d'opérer des changements sur le plan social. Rien n'est donc imposé ni interdit: les gens sont simplement poussés dans une certaine direction sans qu'ils ne s'en aperçoivent. L'idée sous-jacente est qu'il ne sert souvent à rien d'interdire, alors que le fait d'influencer un comportement de manière positive produit souvent des résultats, et ce, tant chez les enfants que chez les adultes. Cette technique est intéressante car la publicité et le marketing ont un impact réel sur les préférences alimentaires des enfants, leur comportement d'achat et leur consommation. Les parents sont également influencés de manière indirecte, étant donné que les enfants ont une grande influence sur les décisions de leurs parents sur le plan des achats. Les enfants sont particulièrement vulnérables de par le fait qu'ils ne sont pas encore capables de faire la distinction

de aankoopbeslissingen van hun ouders (*powerpesten*). Kinderen zijn extra kwetsbaar want ze zijn nog niet in staat het onderscheid te maken tussen reclame en neutrale boodschappen. Onder 12 jaar kunnen ze dit onderscheid niet maken.

Gezonde *kidsmarketing* is een vorm van “*social marketing*” waarbij gezonde producten zoals groente en fruit in de kijker gezet worden zodat het de aandacht trekt van kinderen (op kinderooghoogte in de rekken, met aantrekkelijke figuurtjes, leuke vormen, kleuren, cadeautjes, enz.). Het doel is dat zowel de consument als de producent hun doel verwezenlijken: enerzijds ouders die willen dat hun kinderen gezonder eten, anderzijds gezonde producten die verkocht worden. Overleg met de voedings- en reclameindustrie is hierbij van groot belang.

In het Verenigd Koninkrijk subsidieert de overheid *social marketers* om de gezondheidsdoelstellingen van de *Childhood Obesity Strategy* te halen. In België hebben we nog geen ervaring hiermee en hebben we voorlopig enkel een doelstelling om het vet- en suikergehalte en dus de calorieën van producten met 10 % te doen dalen tegen 2020. Er bestaat geen federale gezondheidsdoelstelling om jeugdobesitas aan te pakken door bijvoorbeeld te streven naar 60 % reclame voor gezonde voeding en slechts 40 % reclame voor ongezonde voeding. De goede resultaten van *social marketing* in het buitenland verdienen absolute aandacht en navolging in ons land.

G. Duidelijke voedselkettering

Cardiovasculaire aandoeningen zijn globaal de doodsoorzaak nummer één. Door bij kinderen vroegtijdig in te spelen op het voorkomen van ongezonde eetpatronen en obesitas, en het stimuleren van fysieke activiteit, meent de Wereldgezondheidsorganisatie (2015) dat we deze tendens kunnen terugdringen¹⁴. Ze schuift hiervoor een eenvoudig maar doeltreffend middel naar voren: de etikettering van voedselverpakkingen. In hun “*Vienna Declaration on Nutrition and Noncommunicable Diseases in the context of Health 2013-2020*” spreken Europese ministers en vertegenwoordigers van de lidstaten van de WGO, gezondheids-experts en vertegenwoordigers van burgerbewegingen en ngo’s zich hierover duidelijk uit.

¹⁴ <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>.

entre la publicité et les messages neutres, en tout cas pas en dessous de l’âge de 12 ans.

Le “*kids marketing sain*” est une forme de marketing social qui vise à attirer l’attention des enfants sur des produits sains tels que les fruits et les légumes (notamment en les disposant dans des rayons situés à leur hauteur, en y apposant des vignettes attrayantes avec des personnages, des formes amusantes ou des couleurs gaies, en proposant de petits cadeaux, etc.). Le but est que tant le consommateur que le producteur atteignent leur objectif: celui des parents, qui souhaitent que leurs enfants mangent plus sainement, et celui des commerçants, qui veulent écouler leurs produits sains. La concertation avec l’industrie alimentaire et le secteur publicitaire est très importante à cet égard.

Au Royaume-Uni, les pouvoirs publics subventionnent le marketing social pour atteindre les objectifs de santé de la *Childhood Obesity Strategy*. La Belgique n’a quant à elle encore aucune expérience dans ce domaine. Nous ne nous sommes, pour le moment, fixé qu’un objectif de réduction du taux de graisse et de sucre – et donc des calories – des produits à concurrence de 10 % d’ici 2020. Il n’existe pas d’objectif fédéral de lutte contre l’obésité juvénile dans le cadre duquel on s’efforcerait par exemple de répartir la publicité à concurrence de 60 % pour les aliments sains et de 40 % seulement pour ceux qui ne le sont pas. Le *marketing social* a donné de bons résultats à l’étranger. Il mérite donc toute notre attention et notre pays devrait, lui aussi, se lancer sur cette voie.

G. Un étiquetage alimentaire clair

Les affections cardiovasculaires sont la première cause de décès dans le monde. L’Organisation mondiale de la santé (2015) estime qu’il devrait être possible d’inverser cette tendance en agissant de façon précoce auprès des enfants pour éviter qu’ils adoptent de mauvaises habitudes alimentaires et pour prévenir l’obésité, et en stimulant l’activité physique¹⁴. Elle propose, à cet effet, un moyen simple mais efficace: l’étiquetage des emballages alimentaires. Des ministres européens et des représentants des États membres de l’OMS, ainsi que des experts de la santé et des représentants de mouvements citoyens et d’ONG s’expriment clairement à ce sujet dans la “*Déclaration de Vienne sur la nutrition et les maladies non transmissibles dans le contexte de Santé 2013-2020*”.

¹⁴ <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/fr/>.

Onder een duidelijke voeds etikettering verstaat men een helder label op de voorkant van de verpakking dat de consument oriënteert naar gezonde voeding. Het heeft een positieve invloed op een gezonde aankoopkeuze. Er bestaat een groot wetenschappelijke consensus dat een label met kleurencodes zoals het verkeerslichtensysteem beter werkt dan een label op basis van aanbevolen dagelijkse hoeveelheden met percentages (Hersey et al., 2013; Lobstein & Davies, 2008; Koenigstorfer et al. 2015).

Op 19 mei 2016 stemde het federaal parlement al de resolutie DOC 54 1124/006 die de federale regering verzoekt op korte termijn bestaand onderzoek onder de loep te nemen om tot een aanvullend, duidelijk, zichtbaar en correct etiketteringssysteem te komen. Het federaal parlement besliste ook dat België op Europees niveau moet pleiten voor nieuwe initiatieven die bijdragen tot zichtbare, begrijpelijke en ondubbelzinnige regelgeving rond voeds etikettering op de voorkant van de verpakking.

H. Aandacht voor hormoonverstorende chemische stoffen

Sinds 1980 is het aantal mensen met obesitas verdubbeld; er doen zich veel meer gevallen van hormoongerelateerde kanker voor, 9 % van de wereldbevolking heeft diabetes en het aantal stoornissen (IQ, autisme, enz.) in de ontwikkeling van het zenuwstelsel bij kinderen neemt fors toe. Volgens de Wereldgezondheidsorganisatie (WGO) en vele wetenschappers, artsen en instituten is deze "epidemie van chronische ziekten" niet alleen verklaarbaar door genetische factoren. De milieufactoren, onder meer in verband met onze consumptie- en productiepatronen, zoals roken, slechte voeding, alcoholgebruik of blootstelling aan chemicaliën, moeten eveneens in aanmerking worden genomen.

Daarom hebben de WGO en het Milieuprogramma van de Verenigde Naties (UNEP) begin 2013 een rapport gepubliceerd over de effecten van hormoonverstoorders op de menselijke gezondheid¹⁵. Blootstelling aan hormoonverstorende stoffen zou mede een oorzaak zijn van voortplantingsstoornissen, astma, obesitas, diabetes, hormoongerelateerde kankers zoals borst-, teelbal- en prostaatkanker, gedragsneurologische stoornissen, verstoring van de schildklierfunctie, verminderde botdichtheid. In Canada bestaat er ook een richtlijn over omgevingsfactoren, zoals hormoonverstoorders, die

¹⁵ State of the Science of Endocrine Disrupting Chemicals – 2012, 2013.

Un étiquetage alimentaire clair suppose l'apposition, à l'avant de l'emballage, d'une étiquette claire qui oriente le consommateur vers une alimentation saine. Ce système influence positivement l'achat de produits sains. Il existe un large consensus scientifique quant au fait qu'une étiquette pourvue d'un code couleurs, tel que le système des feux de signalisation, est plus efficace qu'une étiquette basée sur les apports journaliers recommandés exprimés en pourcentages (Hersey et al., 2013; Lobstein & Davies, 2008; Koenigstorfer et al. 2015).

Le 19 mai 2016 déjà, la Chambre adoptait la résolution 54 1124/006¹⁵ qui demande au gouvernement fédéral de soumettre, à brève échéance, la recherche scientifique à un examen minutieux en vue de parvenir à un système d'étiquetage complémentaire, clair, visible et correct. La Chambre des représentants demande également que la Belgique plaide au niveau européen en faveur de nouvelles initiatives susceptibles de contribuer à la mise en place d'une réglementation claire, compréhensible et sans équivoque en matière d'étiquetage alimentaire sur la face avant des emballages.

H. Attention portée aux perturbateurs endocriniens

Depuis 1980, le nombre d'obèses a doublé: les cas de cancers hormono-dépendants sont devenus nettement plus fréquents, 9 % de la population mondiale souffre de diabète et le nombre de troubles (QI, autisme, etc.) lors du développement du système nerveux chez les enfants est en forte augmentation. Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et de nombreux scientifiques, médecins et instituts, cette "épidémie de maladies chroniques" ne s'explique pas seulement par des facteurs génétiques. Des facteurs environnementaux liés, notamment, à nos modes de consommation et de production, comme le tabagisme, une mauvaise alimentation, la consommation d'alcool ou l'exposition à des substances chimiques, doivent également être pris en compte.

À cette fin, l'OMS et le Programme des Nations unies pour l'Environnement (UNEP) ont publié, début 2013, un rapport consacré aux effets des perturbateurs endocriniens sur la santé humaine¹⁶. L'exposition à ces substances ferait également partie des causes provoquant l'asthme, l'obésité, le diabète, les cancers hormono-dépendants comme le cancer du sein, du testicule et de la prostate, les troubles neurocomportementaux,

¹⁵ Résolution relative à la notification d'un label d'alimentation positive à l'Union européenne, <http://www.dekamer.be/FLWB/PDF/54/1124/54K1124006.pdf>.

¹⁶ State of the Science of Endocrine Disrupting Chemicals – 2012, 2013.

een invloed hebben op de gezondheid. In België diende Ecolo-Groen een resolutie¹⁶ in om de aandacht voor hormoonverstoorders te vergroten en stelde ook voor om hormoonverstoorders bisfenol A en S te bannen uit voedselverpakkingen in een wetsvoorstel¹⁷.

Anne DEDRY (Ecolo-Groen)
Muriel GERKENS (Ecolo-Groen)
Benoit HELLINGS (Ecolo-Groen)
Marcel CHERON (Ecolo-Groen)
Georges GILKINET (Ecolo-Groen)

la perturbation de la fonction thyroïdienne, la baisse de la densité minérale osseuse. Le Canada a également publié une directive sur les facteurs environnementaux, comme les perturbateurs endocriniens, qui affectent la santé. En Belgique, le groupe Ecolo-Groen a déposé une résolution¹⁷ demandant de prêter davantage attention aux perturbateurs endocriniens et a également proposé, dans une proposition de loi¹⁸, de bannir les perturbateurs endocriniens, comme le bisphénol A et S, des conditionnements à vocation alimentaire.

¹⁶ Voorstel van resolutie betreffende de hormoonverstorende stoffen: <http://www.dekamer.be/FLWB/PDF/54/1367/54K1367001.pdf>.

¹⁷ Wetsvoorstel tot wijziging van de wet van 24 januari 1977 betreffende de bescherming van de gezondheid van de gebruikers op het stuk van de voedingsmiddelen en andere producten, waarbij een verbod wordt ingesteld op de handel in, of op het in de handel brengen van en op de productie van recipiënten die bestemd zijn voor voedingsmiddelen die bisfenol A of S bevatten: <http://www.dekamer.be/FLWB/PDF/54/1228/54K1228001.pdf>.

¹⁷ Proposition de résolution relative aux perturbateurs endocriniens: <http://www.lachambre.be/FLWB/PDF/54/1367/54K1367001.pdf>.

¹⁸ Résolution modifiant loi du 24 janvier 1977 relative à la protection de la santé des consommateurs en ce qui concerne les denrées alimentaires et les autres produits, et interdisant le commerce ou la mise dans le commerce et la fabrication de contenants destinés aux denrées alimentaires et contenant du bisphénol A ou S: <http://www.lachambre.be/FLWB/PDF/54/1228/54K1228001.pdf>.

VOORSTEL VAN RESOLUTIE

DE KAMER VAN VOLKSVERTEGENWOORDIGERS,

A. gelet op het feit dat obesitas wereldwijd één van de belangrijkste vermijdbare doodsoorzaken is, maar dat het toch epidemische vormen aanneemt;

B. waarschuwt dat de Wereldgezondheidsorganisatie al in 2002 de alarmbel luidde en obesitas beschouwt als één van de ernstigste problemen voor de volksgezondheid van de 21e eeuw;

C. wijst op de resultaten van de enquêtes, studies en waarnemingen, waaruit blijkt dat te veel kinderen en jongeren kampen met overgewicht (20 %) of zwaarlijvigheid (7 à 10 %, afhankelijk van de leeftijdsgroep);

D. waarschuwt dat goede voedingsgewoonten snel afnemen, ook al is de balans in de eerste levensjaren nog overwegend positief;

E. wijst op de verschillende oorzaken van obesitas, waarvan de belangrijkste de ongelijkheid is op economisch, sociaal en gezondheidsvlak, omdat dit gevolgen heeft voor de voedingsgewoonten en voor het al dan niet aan lichaamsbeweging doen;

F. stipt ook aan dat obesitas niet alleen sociaal gestratificeerd is, en er dus een duidelijk verband is met de sociale klasse en het opleidingsniveau, maar dat deze aandoening ook een verschillend effect heeft op jongens en meisjes;

G. waarschuwt dat de gevolgen van obesitas bij kinderen en jongeren zo serieus zijn dat ze de levensverwachting verkorten;

H. verwijst naar de hoekstenen van een gezond gewicht en een positief zelfbeeld voor kinderen: het demonstreren van gezonde gewoonten, het vergemakkelijken van gezonde keuzes, het promoten van een actieve levensstijl en de luister- en praatbereidheid van de ouders;

I. wijst op de wetenschappelijke aanbevelingen van artsen om te streven naar een gezond gewicht vóór de zwangerschap, een redelijke gewichtstoename tijdens de zwangerschap en het terugkeren naar het oorspronkelijk gewicht na de zwangerschap;

J. wijst op het gebrek aan richtlijnen en aanbevelingen over de risico's van een zwangerschap na bariatrische chirurgie;

PROPOSITION DE RÉOLUTION

LA CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS,

A. considérant que l'obésité est, au niveau mondial, l'une des principales causes de mortalité évitables, mais qu'elle prend néanmoins des proportions épidémiques;

B. rappelant que l'Organisation mondiale de la Santé a tiré la sonnette d'alarme dès 2002 et qu'elle considère l'obésité comme un des problèmes de santé publique les plus graves du 21^{ème} siècle;

C. vu les résultats des enquêtes, études et observations qui démontrent des taux trop importants d'enfants et d'adolescents en surpoids (20 %) et en situation d'obésité (de 7 à 10 % en fonction des tranches d'âges);

D. avertissant que les habitudes alimentaires saines perdent rapidement du terrain avec l'âge, même si le bilan des premières années de vie est encore globalement positif;

E. pointant les différentes causes de l'obésité dont la plus importante est les inégalités économiques, sociales et de santé puisqu'elles impactent les habitudes alimentaires et la pratique ou non d'exercices physiques;

F. pointant également que non seulement l'obésité est socialement stratifiée, corrélée avec la classe sociale et le niveau de formation mais qu'elle impacte également différemment les filles et les garçons;

G. soulignant que l'obésité a pour grave conséquence, chez les enfants et les adolescents, de réduire leur espérance de vie;

H. eu égard aux fondements d'un poids sain et d'une image positive de soi pour les enfants: faire montre d'habitudes saines, faciliter les choix sains, promouvoir un mode de vie actif et, pour les parents, faire preuve de capacité d'écoute et de dialogue;

I. vu les recommandations scientifiques des médecins de tendre à un poids sain avant la grossesse, à une prise de poids raisonnable durant la grossesse et à un retour au poids initial après la grossesse;

J. vu l'absence de directives et de recommandations relatives aux risques d'une grossesse après une chirurgie bariatrique;

K. verwijst naar de positieve impact van borstvoeding en het belang van elke extra maand dat baby's borstvoeding krijgen, omdat het risico op overgewicht op latere leeftijd per maand borstvoeding met 4 % daalt;

L. wijst op het feit dat transvetten het risico op welvaartziekten verhogen, geen enkele meerwaarde hebben in onze voeding, minder kosten en daarom vaker geconsumeerd door personen met een lagere sociaaleconomische status;

M. verwijst naar de *good practice*-voorbeelden en effecten van reclame en social marketing in het Verenigd Koninkrijk en de bewezen resultaten die op dat vlak bestaan;

N. wijst erop dat de Wereldgezondheidsorganisatie (2015) ervan overtuigd is dat we het aantal cardiovasculaire aandoeningen kunnen terugdringen door bij kinderen vroegtijdig in te spelen op het voorkomen van ongezonde eetpatronen en obesitas, en het stimuleren van fysieke activiteit. Een duidelijke voedsetikettering kan hierbij helpen;

O. waarschuwt voor de blootstelling aan hormoonverstorende stoffen die mede een oorzaak is van obesitas, zoals de Wereldgezondheidsorganisatie (WGO) en het Milieuprogramma van de Verenigde Naties (UNEP) begin 2013 in een rapport over de effecten van hormoonverstoorders op de menselijke gezondheid publiceerden;

VERZOEKT DE FEDERALE REGERING:

1. concrete maatregelen te nemen om de strijd aan te binden tegen de hoofdoorzaak van obesitas, namelijk de ongelijkheid op gezondheidsvlak onder de Belgische bevolking, via transversale beleidsmaatregelen inzake armoedebestrijding op federaal en nationaal niveau;

2. een allesomvattend actieplan uit te werken om jeugdobesitas te voorkomen, dit plan op federaal niveau te coördineren en doelgroepgerichte maatregelen voor kinderen en jongeren financieel te steunen, in samenwerking met de deelstaten en de lokale overheden;

3. een nieuwe component toevoegen aan het Nationaal Voedings- en Gezondheidsplan, die specifiek gericht is op kinderen tussen 5 en 18 jaar;

4. in coördinatie met de gewesten en gemeenschappen een manier uit te werken om de obesitascijfers bij kinderen en jongeren in België correct in kaart te

K. eu égard à l'impact positif de l'allaitement et à l'importance de chaque mois supplémentaire pendant lequel le bébé est allaité, étant donné que le risque de surpoids à un âge ultérieur diminue de 4 % par mois d'allaitement;

L. soulignant que les graisses "trans" augmentent le risque de maladies d'abondance, qu'elles ne présentent aucune plus-value dans notre alimentation, sont moins onéreuses et sont dès lors consommées plus souvent par des personnes ayant un statut socioéconomique inférieur;

M. eu égard aux exemples de bonnes pratiques et aux effets de la publicité et du marketing social au Royaume-Uni, ainsi qu'aux résultats avérés qui existent dans ce domaine;

N. soulignant que l'Organisation mondiale de la Santé (2015) est convaincue que nous pouvons réduire le nombre d'affections cardiovasculaires en sensibilisant à un stade précoce les enfants à la prévention des habitudes alimentaires malsaines et de l'obésité et en stimulant l'activité physique. Un étiquetage clair des denrées alimentaires peut y contribuer;

O. mettant en garde contre l'exposition aux perturbateurs endocriniens qui constituent une des causes de l'obésité, ainsi que l'ont publié l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et le programme des Nations unies (UNEP) au début de 2013 dans un rapport relatif aux effets des perturbateurs endocriniens sur la santé humaine;

DEMANDE AU GOUVERNEMENT FÉDÉRAL:

1. de prendre des mesures concrètes pour lutter contre le premier facteur de l'obésité, à savoir les inégalités de santé au sein de la population belge via des politiques transversales de lutte contre la pauvreté fédérales et nationales;

2. d'élaborer un plan d'action global visant à prévenir l'obésité juvénile, d'en assurer la coordination au niveau fédéral et de soutenir financièrement des mesures ciblées pour les enfants et les jeunes, et ce, en collaboration avec les entités fédérées et les pouvoirs locaux;

3. d'élaborer une nouvelle composante du plan national nutrition santé spécifique aux enfants de 5 à 18 ans;

4. d'élaborer en coordination avec les Régions et Communauté une manière de répertorier correctement les chiffres relatifs à l'obésité chez les enfants et les

brengen en op basis hiervan, specifiek voor jeugdober-
sitas, een overkoepelende federale gezondheidsdoel-
stelling te bepalen, zulks op een wijze die spoort met
en een aanvulling vormt op de gewestdoelstellingen;

5. de curatieve groepssessies (voor ouders en kin-
deren samen), bijvoorbeeld in groepspraktijken en bij
kinesitherapie sessies waarbij verscheidene kinderen
en jongeren bijeenkomen, terug te betalen;

6. voor kinderen en jongeren jonger dan 18 jaar de
residentiële zorg en bariatrische chirurgie te beperken
onder strikte voorwaarden;

7. de aanbevelingen van het KCE in zijn rapport 36A
nauwgezet op te volgen, zoals vermageringsgenees-
middelen niet terugbetalen, bariatrische chirurgie bij
patiënten jonger dan 18 jaar enkel terugbetalen onder
bepaalde voorwaarden en de effectiviteit van de resi-
dentiële zorg voor obese kinderen verbeteren;

8. via multidisciplinaire teams en in samenwerking
met de deelstaten, naast medisch vooral meer psycho-
sociaal in te grijpen bij kinderen en jongeren, omdat
een positief zelfbeeld één van de hoekstenen van een
gezond gewicht is voor kinderen en jongeren;

9. een gezondheidsdoelstelling voor borstvoeding te
formuleren waardoor tegen 2020 het aantal voedende
moeders (min. 6 maanden exclusief borstvoeding) 50 %
bedraagt;

10. de multidisciplinaire zorgprogramma's of -trajec-
ten *intra-* en *extramuros* te harmoniseren waarbij ze op
de eigenschappen van elk kind, elke adolescent en elk
gezin worden afgestemd, ze breed te implementeren
en gelijk terug te betalen voor alle erkende obesitaspa-
tiënten, te beginnen met kinderen;

11. niet alleen te investeren in gerichte bijscholing
voor gynaecologen, huisartsen en pediaters, alsmede
de gemeenschappen te sensibiliseren opdat zij die
opleidingsaspecten opnemen in de basiscurricula van
de toekomstige zorgverstrekkers;

12. te investeren in navormingsmodules voor vroed-
vrouwen, die zowel toegespitst zijn op de begeleiding
tijdens de preconceptionele, als op de zwangerschaps-
en de *postpartum*fase;

13. te investeren in navormingsmodules voor be-
trokken eerstelijns werkers (huisartsen, diëtisten,

jeunes en Belgique et sur la base de ces chiffres, de
définir un objectif de santé fédéral global, spécifique à
l'obésité juvénile qui soit cohérent et complémentaire
des objectifs régionaux;

5. de rembourser les séances curatives de groupe
(auxquelles les parents et enfants participent ensemble)
par exemple dans les maisons médicales ainsi que,
autre exemple, des séances rassemblant plusieurs
enfants ou jeunes en kiné;

6. de limiter, dans des conditions strictes, les soins
résidentiels ou la chirurgie bariatrique pour les enfants
et les jeunes de moins de 18 ans;

7. de suivre scrupuleusement les recommandations
formulées par le KCE dans son rapport 36A, telles que le
non-remboursement des médicaments amaigrissants,
le remboursement uniquement à certaines conditions
de la chirurgie bariatrique chez les patients de moins
de 18 ans et l'amélioration de l'efficacité des soins
résidentiels pour les enfants obèses;

8. d'agir non seulement sur le plan médical mais
surtout davantage sur le plan psychosocial, via des
équipes multidisciplinaires et en collaboration avec les
entités fédérées, auprès des enfants et des jeunes, car
pour pouvoir avoir un poids sain, il est indispensable que
ceux-ci aient une image positive d'eux-mêmes;

9. de formuler un objectif de santé pour l'allaitement
maternel afin que le nombre de mères allaitantes (allai-
tement maternel exclusif pendant au moins 6 mois)
atteigne 50 % d'ici 2020;

10. d'harmoniser les programmes ou trajets de soins
pluridisciplinaires *intra muros* et *extra muros* tout en
les adaptant aux caractéristiques de chaque enfant,
adolescent et famille de les mettre en œuvre dans une
large mesure et de prévoir en la matière un rembour-
sement identique pour l'ensemble des patients obèses
reconnus, à commencer par les enfants;

11. d'investir non seulement dans un recyclage ciblé
pour les gynécologues, les médecins généralistes et les
pédiatres et sensibiliser les Communautés afin qu'elles
intègrent ces éléments de formation dans les curriculum
de base des futurs prestataires de soins;

12. d'investir dans des modules de formation conti-
nuée destinés aux sages-femmes et axés sur l'accom-
pagnement au cours de la phase préconceptionnelle, de la
phase de grossesse et de la phase *postpartum*;

13. d'investir dans des modules de formation
continuée destinés aux travailleurs de première ligne

psychologen, kinesitherapeuten, verpleegkundigen enzovoort) opdat de betrokkenen hun analyses en hun optredens kunnen afstemmen op de sociaaleconomische en culturele achtergronden van jongeren en zij die jongeren aldus kunnen winnen voor het hun geboden curatieve project;

14. te onderzoeken welke richtlijnen en aanbevelingen men kan opstellen over de risico's van een zwangerschap na bariatrische chirurgie;

15. een wettelijke limiet op het aantal industrieel geproduceerde transvetten in te voeren, met een bovengrens van 2 g industrieel geproduceerde transvetten per 100 g vet of olie voor menselijke consumptie;

16. maatregelen te treffen die de obesogene samenleving in een perimeter van 1,5 km rond scholen beperken door reclame en verkoop van suikerrijke, vetrijke en zoutrijke voedingsproducten – gericht op kinderen tot 16 jaar – te verminderen en *social marketing* voor gezond gedrag en gezonde voeding, met name voor groente en fruit, te stimuleren door hiervoor een concrete gezondheidsdoelstelling te bepalen;

17. conclusies te trekken uit het onderzoek voor een duidelijke, zichtbare en correcte voedsel etikettering en een Belgisch systeem invoeren op de voorkant van de verpakking;

18. de aandacht voor hormoonverstoorders te vergroten, onder meer door een richtlijn op te stellen die het verband aantoonde tussen omgevingsfactoren en obesitas in België;

19. hormoonverstoorders zoals bisfenol A en S te bannen uit voedselverpakkingen;

20. op korte termijn acties te ondernemen die focussen op het veranderen van eetpatronen, voedingsgewoonten (porties, snacks, frisdrank enzovoort) en van de manier waarop die voedingsmiddelen in te grote hoeveelheden worden gecommercialiseerd, en op fysieke activiteit aan te moedigen, teneinde obesitas bij kinderen en jongeren te bestrijden;

21. in overleg met en in het verlengde van de door de gemeenschappen georganiseerde schoolgeneeskunde, jeugdobesitas of zelfs het bestaan van risicofactoren vroegtijdig op te sporen voordat het overgewicht ontstaat, dankzij een veralgemeende multidisciplinaire aanpak door de zorgverleners die dichtbij de betrokkenen staan;

concernés (médecins généralistes, diététiciens, psychologues, kinésithérapeutes, infirmiers,...) afin qu'ils puissent adapter leurs analyses et interventions aux contextes socio-économiques et culturels des jeunes et acquérir ainsi leur adhésion au projet curatif qui leur est proposé;

14. d'identifier les directives et recommandations éventuelles à formuler en ce qui concerne les risques liés à une grossesse post-chirurgie bariatrique;

15. de limiter légalement le nombre de graisses trans produites de façon industrielle, avec un plafond de 2 grammes de graisses trans produites de façon industrielle par 100 grammes de graisse ou d'huile destinée à la consommation humaine;

16. de veiller à ce qu'il y ait moins de publicité – à destination des enfants de moins de 16 ans – pour les denrées alimentaires riches en sucres, en graisses ou en sel et de stimuler le marketing social visant à favoriser des comportements sains et une alimentation saine et en particulier à promouvoir les fruits et légumes, en fixant un objectif de santé concret en la matière;

17. de tirer les enseignements des études portant sur un étiquetage alimentaire clair, visible et correct et d'instaurer un système belge d'étiquetage sur la face avant de l'emballage;

18. de prêter davantage attention aux perturbateurs endocriniens, notamment en élaborant une directive établissant le lien entre certains facteurs environnementaux et l'obésité en Belgique;

19. d'interdire les perturbateurs endocriniens comme le bisphénol A et S dans les conditionnements à vocation alimentaire;

20. de prendre rapidement des mesures visant à induire un changement dans les habitudes alimentaires (portions, hydrates de carbone, boissons rafraîchissantes, etc.) et la manière dont ces aliments sont commercialisées en trop grande quantité et à encourager l'exercice physique afin de lutter contre l'obésité chez les enfants et les jeunes;

21. de détecter l'obésité juvénile à un stade précoce voire même d'existence de facteurs de risque, avant que l'excès de poids ne survienne par le biais d'une approche multidisciplinaire généralisée exercée par les prestataires de soins de proximité en concertation et dans le prolongement de la médecine scolaire organisée par les communautés;

22. de bevoegdheden van de Federale Staat en van de gemeenschappen te combineren om automaten met gesuikerde frisdranken te bannen op de door kinderen en adolescenten bezochte plaatsen, waaronder de scholen, alsmede in de plaats daarvan brooddozen, hervulbare bekertjes met inachtneming van de in november 2016 door de regering aangenomen federale *roadmap* “circulaire economie”, gezonde tussendoortjes en (gratis) gezonde schoolmaaltijden te promoten;

23. altijd gratis water ter beschikking te stellen van alle burgers en meer bepaald van de kinderen en jongeren in publieke ruimten en bij openbare manifestaties, in scholen enzovoort;

24. de gemeentebesturen en private aanbieders van kinderopvang, onderwijs, sport, enzovoort aan te moedigen om mee te stappen in een globale aanpak en samen doelstellingen formuleren met resultaatverbintenissen;

25. restaurants en cateraars aan te moedigen om gezonde kindermenu's en gratis water aan te bieden aan kinderen en jongeren;

26. preventieve zorg (bestaande uit *screening* op risicofactoren, gerichte counseling, effectieve interventies) uit te bouwen onder coördinatie van gynaecologen;

27. de doelstellingen rond borstvoeding afstemmen met de deelstaten en acties terzake coördineren;

28. nultolerantie voor discriminatie tegenover kinderen en jongeren met obesitas.

6 januari 2017

Anne DEDRY (Ecolo-Groen)
Muriel GERKENS (Ecolo-Groen)
Benoit HELLINGS (Ecolo-Groen)
Marcel CHERON (Ecolo-Groen)
Georges GILKINET (Ecolo-Groen)

22. de combineren des compétences fédérales et communautaires pour interdire les distributeurs de boissons sucrées dans les lieux fréquentés par les enfants et adolescents dont les écoles et de promouvoir plutôt l'utilisation de boîtes à tartines et de gobelets réutilisables dans le respect du plan fédéral d'économie circulaire adopté par le gouvernement en novembre 2016, les collations saines ainsi que des repas scolaires sains (gratuits);

23. de mettre constamment et gratuitement de l'eau à la disposition de tous les citoyens et plus spécifiquement des enfants et des jeunes dans les espaces et manifestations publics, les écoles, etc;

24. d'encourager les administrations communales et les prestataires privés de services d'accueil d'enfants, d'activités éducatives et sportives, etc. à adhérer à une approche globale en formulant ensemble des objectifs assortis d'obligations de résultat;

25. d'encourager les restaurants et les restaurateurs à proposer aux enfants et aux jeunes des menus sains et de l'eau gratuite;

26. de développer les soins de préconception (détection de facteurs de risques, conseils ciblés, interventions effectives) sous la coordination de gynécologues;

27. de se concerter avec les entités fédérées afin d'harmoniser les objectifs en matière d'allaitement maternel et de coordonner des actions dans ce domaine;

28. d'appliquer une “tolérance zéro” à l'égard de la discrimination envers les enfants et les jeunes souffrant d'obésité.

6 janvier 2017