



Un Plan national Nutrition et Santé pour la Belgique

.....

Le rôle de l'alimentation sur la santé et la maladie est de mieux en mieux connu et constitue un enjeu de santé publique. D'autre part, les gouvernements ont une responsabilité à prendre dans la sécurité de la chaîne alimentaire. Enfin, l'action préventive par le biais d'un régime alimentaire équilibré peut avoir un impact considérable sur les budgets de l'assurance-maladie. Ces trois bonnes raisons ont incité la Belgique, à l'instar de différents Etats de l'Europe, à mettre sur pied un Plan Santé et Nutrition.

.....

Au niveau mondial, l'Organisation mondiale de la santé a lancé une « stratégie globale sur l'alimentation, l'activité physique et la santé » dans le but de prévenir les maladies non-transmissibles liées à une alimentation inappropriée et à un manque d'activité physique, à savoir l'obésité, les maladies cardio-vasculaires et le diabète de type II.

Au niveau de l'Union européenne, dans le cadre du programme d'action communautaire dans le domaine de la santé publique, la direction générale Sanco a décidé de créer un nouveau réseau d'autorités nationales compétentes en matière de santé alimentaire publique et d'activité physique. Il s'agit du réseau NAP (Nutrition et activité physique). L'Europe estime indispensable de tenir compte des disparités entre les Etats membres car les habitudes alimentaires et le mode de vie sont typiques de chaque pays, voire de chaque région. En décembre 2005, la Commission européenne a rendu public le livre vert pour la prévention des surcharges pondérales qui lance de premières pistes de réflexion sur le sujet.

L'obésité et le surpoids

Notre alimentation est devenue plus riche en graisses et en calories alors que nous nous dépensons beaucoup moins dans notre activité professionnelle ou dans nos loisirs. Ce déséquilibre conduit à la mise en réserve de l'énergie non utilisée sous la forme de tissu adipeux avec pour résultat une prise de poids, souvent excessive. Les facteurs génétiques, psychosociaux et environnementaux influencent également la prise de poids mais sont plus difficiles à modifier, c'est pourquoi les Plans Santé et Nutrition visent plus particulièrement le rôle de l'alimentation et de l'activité physique sur l'obésité et le surpoids.

*Axel Hoffman,
médecin
généraliste à la
maison médicale
Norman Bethune.*

L'obésité peut être évaluée via l'indice de masse corporelle ou IMC, qui correspond à un simple calcul :
 $IMC = \text{poids en kg} / \text{taille en mètre au carré}$.

Un individu dont le poids est normal possède un indice de masse corporelle entre 18.5 kg/m² et 24.9 kg/m².

A partir d'un indice de masse corporelle de 25kg/m², on parle d'excès de poids (pré-obèse : IMC 25-29,9 kg/m²).

Au-delà d'un indice de masse corporelle 30 kg/m², on parle d'obésité :

- indice de masse corporelle 30-34,9 kg/m² : obèses de classe I ;
- indice de masse corporelle 35-39,9 kg/m² : obèses de classe II ;
- indice de masse corporelle 40 kg/m² et plus : obèses de classe III.

L'Organisation mondiale de la santé considère qu'à partir d'un indice de masse corporelle de 30 kg/m², le risque de co-morbidité est élevé. Au-delà de 40 kg/m², le risque est très élevé.

Pour l'année 2002, on estime que 12 % de la population belge est obèse et que 32 % de la population présente une surcharge pondérale. En Europe, une personne sur deux présenterait un indice de masse corporelle supérieur à 25. D'après l'Organisation mondiale de la santé, le nombre d'obèses dans le monde dépassait les trois cents millions en l'an 2000.

Mots clés : alimentation, santé publique.

L'obésité et le surpoids touchent également les plus jeunes, et ce dès la petite enfance. Aujourd'hui en France et en Belgique, 19 % des enfants entre neuf et douze ans sont considérés comme en surpoids ou obèses. Selon une étude française réalisée sur des enfants de dix mois à huit ans, 10 % d'entre eux seraient obèses. En Belgique, on estime à 10 % le nombre d'adolescents touchés par l'obésité. Ces chiffres sont en augmentation constante dans toute l'Europe.

Si l'obésité apparaît avant la puberté, le risque de persistance à l'âge adulte est de 20 à 50 %. Ce risque s'élève à 50 voire 70 % si l'obésité survient après la puberté. C'est pourquoi il est primordial d'agir dès l'enfance. A plus brève échéance, diverses pathologies peuvent apparaître chez l'enfant obèse, comme une augmentation de la pression artérielle et du cholestérol. Des cas de diabète très précoce de type II ont été décrits aux Etats-Unis, chez des adolescents présentant une obésité sévère. Des troubles endocriniens sont également constatés (puberté précoce, aménorrhée).

En 2000, le coût médical des principales pathologies associées à l'obésité – diabète, hypertension, dyslipidémies, maladies coronaires – s'élevait à six cents millions d'euros en Belgique, soit près de 6 % du budget de l'INAMI. Les dépenses INAMI pour les statines, molécules utilisées afin de faire baisser le taux de cholestérol, étaient de 38.123.780 d'euros en 1997. Ces chiffres ont plus que triplé en six ans : les dépenses s'élevaient ainsi à 167.488.312 d'euros en 2003.

Les conséquences de l'obésité doivent également être envisagées en terme de coûts pour la société et pour les individus. L'obésité est souvent liée à une augmentation du nombre d'arrêts de travail, de mises en invalidité et à une diminution de la qualité de vie. En Belgique, on constate que l'absentéisme et les accidents de travail augmentent avec l'indice de masse corporelle : le taux d'accidents est de 54 % plus élevé chez les employés qui présentent un indice de masse corporelle supérieur à 40 par rapport à ceux qui ont un IMC normal, et le taux d'absentéisme est de 58 % supérieur.

Conséquences de l'obésité et du surpoids

- hypertension artérielle
- troubles lipidiques, hypercholestérolémie et dyslipidémies
- diabète de type II
- résistance à l'insuline et intolérance au glucose
- hyperinsulinémie
- maladies coronariennes, angine de poitrine, décompensation cardiaque
- accidents vasculaires cérébraux
- lithiase de la vésicule biliaire, cholecystite, cholelithiase
- goutte
- maladies ostéoarticulaires
- apnée obstructive et problèmes respiratoires
- certains types de cancer
- complications au cours de la grossesse
- problèmes urinaires (incontinence)
- lithiases urinaires
- troubles psychologiques (dépression, troubles de l'alimentation, image corporelle, perte d'estime de soi)

L'importance des pathologies associées à l'excès de poids justifie la lutte contre l'obésité.

En Belgique, quarante mille personnes décèdent annuellement des conséquences de déficiences cardiovasculaires, ce qui représente 45 % des décès et la première cause de décès chez les hommes. Chez les femmes, les affections cérébro-vasculaires et l'insuffisance cardiaque arrivent en tête. Des 27.945 décès de femmes survenus en 2000, en Région flamande, 41 % étaient attribuables aux maladies cardiovasculaires.

Une étude menée par la *British Heart Foundation* en 2000 montre que 44 % des décès sont liés à des maladies cardio-vasculaires en Europe. Cela représente 38 % des décès chez les femmes et 47 % des décès chez les hommes.

Le diabète est une affection chronique au cours de laquelle l'organisme ne produit pas suffisam-



ment d'insuline ou n'est pas suffisamment sensible à l'insuline, l'hormone qui permet la pénétration du glucose dans les cellules qui transforment ce glucose en énergie. Chez le diabétique, le glucose s'accumule dans le sang et y exerce des effets pathogènes. Le diabète est une maladie fréquente dont la complication majeure est le risque vasculaire.

En Belgique, environ 500.000 personnes souffrent de diabète de type II, mais on estime qu'un diabétique sur deux s'ignore. Plus de dix millions de diabétiques de type II ont été diagnostiqués en Europe, soit une prévalence de 4 % de la population totale. Fin 2001, l'épidémie touchait déjà plus de 150 millions de personnes dans le monde. Selon la Fédération internationale du diabète (FID) : « *L'épidémie mondiale de diabète pourrait affecter 300 millions de personnes d'ici vingt-cinq ans* ».

Des plans « Nutrition et Santé »

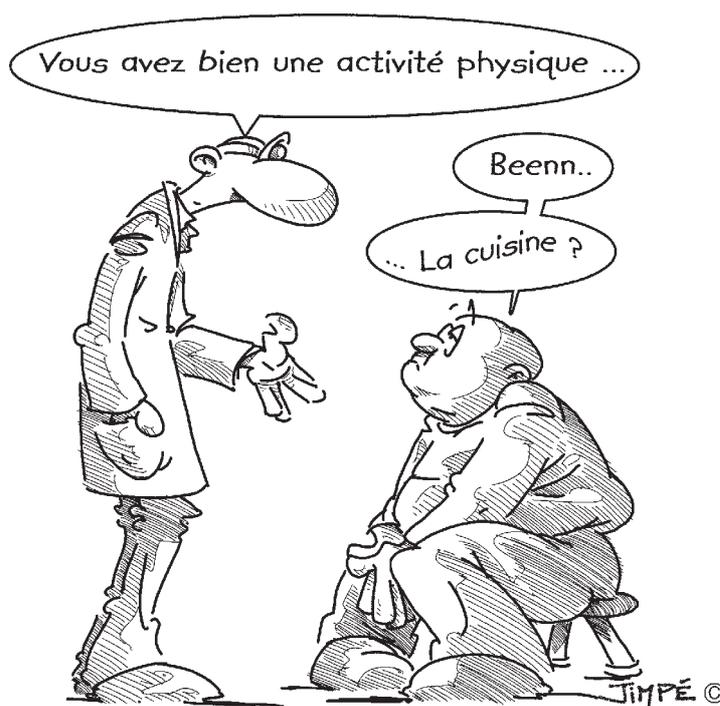
Des plans ont déjà été réalisés dans certains Etats membres de l'Union européenne. La France a lancé un « Plan national Nutrition et Santé » 2001 - 2005 avec l'objectif de réduire la tension artérielle des français, de faire baisser de 5 % leur cholestérolémie et de 20 % la prévalence du surpoids et de l'obésité. Les lignes directrices du Plan sont : augmenter la consommation de fruits et légumes, de produits laitiers et de leurs dérivés ; réduire les apports lipidiques totaux ; augmenter la consommation de sucres complexes à assimilation lente ainsi que l'activité physique ; réduire l'apport d'alcool.

En Belgique, beaucoup de mesures ont déjà été prises. Un des objectifs du Plan belge sera d'orchestrer ces mesures, de les réaliser à l'échelon national et d'éviter les redondances. Certaines mesures déjà prises au sein des hôpitaux seront renforcées : gestion des services (composition des repas, nombre de diététiciens, etc.), meilleure prise en charge du patient lors de l'admission (consultation par un médecin, un diététicien, un psychologue, un cardiologue et/ou un diabétologue, en fonction des cas),

meilleur suivi par les professionnels de la santé, meilleure diffusion de l'information via ces professionnels, augmentation de la formation de ces professionnels, meilleure prise en charge psychologique, etc.

L'Autorité fédérale pourra intervenir de manière active au niveau européen, de manière à ce que des mesures soient prises en ce qui concerne l'étiquetage des aliments, la lisibilité des étiquettes, leur contenu et la compréhension des messages diffusés dans l'étiquetage. Elle pourra également influencer sur les informations diffusées par les producteurs au sujet de leurs produits.

Une grande enquête de consommation alimentaire a été lancée afin de mieux connaître les habitudes alimentaires et le niveau d'activité physique de la population de Belgique. Les données récoltées auront pour but de dresser un bilan des groupes qui présentent un risque potentiel de développer des pathologies liées à des carences ou à une surconsommation de certains nutriments et d'établir des recommandations en terme d'aliments, et non plus en terme de nutriments, de manière à offrir à tout



un chacun des informations simples et pratiques sur le meilleur moyen de s'alimenter de manière adaptée.

Par leurs compétences au niveau de l'enseignement, les Communautés joueront un rôle essentiel dans l'éducation à la santé et à une meilleure alimentation : modification des programmes scolaires, composition des repas servis en restauration scolaire, etc. Elles auront également un rôle d'éducation via la publicité.

Le Plan associe aussi les associations de consommateurs (CRIOC, Test Achats, etc.), l'industrie alimentaire (FEVIA), le secteur de la restauration (fast-food, cantines, etc.), le secteur la distribution (Fédération belge des entreprises de distribution - FEDIS), etc.

S'inspirant des objectifs élaborés par les autres Etats membres et par l'Organisation mondiale de la santé, la Belgique développera une stratégie adaptée à sa population, déterminée par un groupe d'experts sur bases de données scientifiques et d'études réalisées au niveau de la population du pays et des régions. Elle établira des recommandations de santé publique afin de diminuer les facteurs de risques de maladies, de promouvoir les facteurs de protection de la santé et d'étudier les moyens à disposition pour les atteindre.

Mis en route le 24 mai 2004 lors de la conférence inter-ministérielle de la Santé, le Plan s'appuiera sur une enquête sur les habitudes alimentaires de la population de Belgique. Le texte final du Plan vient d'être publié en mars 2006 et les mesures préconisées seront mises en oeuvre mi-2006.

Il identifie six objectifs :

- favoriser l'adéquation entre apports et dépenses énergétiques, notamment en augmentant l'activité physique quotidienne : une demi-heure par jour pour les adultes, une heure pour les enfants ;
- augmenter la consommation de fruits et légumes, avec un minimum combiné de quatre cents grammes par jour ;
- limiter la consommation de graisses ;
- porter à 50 % de notre régime la ration de sucres complexes (légumes et céréales) ;
- diminuer la consommation de sel, et le remplacer par du sel iodé ;

- boire chaque jour un minimum d'un litre et demi d'eau.

Ces objectifs rejoignent les recommandations connues de longue date. L'intérêt du Plan sera de les promouvoir et de favoriser leur mise en application. Parmi les projets, des chèques sport devraient permettre à quinze mille jeunes de pratiquer le sport sans souci financier et une étude sur l'efficacité d'un doublement des heures de sport à l'école vient d'être lancée par la Communauté française.

Par ailleurs, les sénateurs Philippe Mahoux et Jean Cornil veulent aller plus loin que le Plan et ont déposé en mars 2006 un projet de résolution pour lutter contre l'obésité. Parmi les mesures préconisées, la résolution invite à un « dialogue entre l'INAMI et les différents acteurs de la santé », à réglementer les publicités pour les produits « miraculeux » destinés à faire perdre du poids, à lutter contre la stigmatisation des obèses et à adapter le cursus universitaire des médecins.

Toujours plus de la même chose ?

A l'instar de la lutte contre le tabac et la drogue, la guerre à l'obésité désigne un ennemi mal-faisant à abattre toutes affaires cessantes. Ces trois-là seraient-ils l'axe du mal, l'équivalent santé de la triade Irak-Iran-Corée chère à G.W.Bush ?

Discours difficile que celui que nous tenons ici, propre à susciter des réactions primaires. Car si au nom de l'humanité on nous pardonnera de prendre la défense des obèses, on sera moins clément si nous nous en prenons à la lutte contre l'obésité. Coupons donc court aux amalgames : bien sur, l'obésité est un facteur de risque de maladies et il est bon d'en réduire l'incidence. Les mesures préconisées sont donc bienvenues. Mais elles semblent relever de la même monomanie guerrière qui a déjà baigné les initiatives dans le champ de la drogue et du tabac. Heureusement ici, il n'est pas question de judiciaire les gros, ni de légiférer... bien que l'idée de ne plus rembourser certains soins de santé aux obèses rebelles ne paraisse pas honteuse à tout le monde. Les assurances privées ne les



découragent-elles pas déjà à coup de surprimes exorbitantes, quand elles ne les excluent pas d'office de certains contrats ?

Les axes du Plan Nutrition et Santé constituent en fait une hygiène de vie que, dans l'état actuel des connaissances scientifiques, tous peuvent appliquer avec bénéfice. Le Plan se présente néanmoins comme une arme dirigée contre l'obésité. Soit.

Alors que l'obésité est multifactorielle, seule la dimension médicale est retenue. « Trop difficile d'agir sur les autres paramètres ». Soit. Le Plan donne ainsi l'impression d'une vaste mise en scène destinée à donner une solennité nouvelle à des principes rabâchés depuis des dizaines d'années sans succès. On peut espérer que des initiatives originales (comme les chèques-sport) donneront consistance au discours. Il n'en reste pas moins que le Plan balaie toute action sur les dimensions non médicales de l'obésité, notamment les dimensions socio-économiques. Qui alors, en dehors de l'Etat, a la capacité d'agir à ces niveaux ?

On remarquera aussi que les études sociologiques (dont nous vous parlons à différents endroits de ce cahier) montrent une prévalence croissante de l'obésité dans les couches les plus défavorisées de la population. Ces couches cumulent les difficultés sociales et économiques, ont moins accès à l'information, disposent de moins de pouvoir d'achat permettant de choisir un type d'alimentation ou de pratiquer une activité physique, sont les principales victimes des difficultés de l'enseignement censé leur apporter les moyens de diriger leur vie et leurs choix et sont déjà largement stigmatisées. La mise en application du Plan tiendra-t-elle compte de ces paramètres¹ ?

La prévention de l'obésité ne peut continuer à s'appuyer sur des fondations médicales réduites à des préceptes alimentaires. Elle doit être pensée et agie dans le cadre des politiques sociales, de la ville, du travail, du logement et de l'enseignement. Elle ne peut continuer à désigner un ennemi mais se poser en termes de « Comment favoriser le développement de pratiques appropriées à des individus donnés dans une société et à moment donné ? ». ●

(1) Incidemment, on remarquera que l'embonpoint était jusqu'il y a peu une distinction des classes supérieures, situation qui vient de s'inverser au cours du dernier demi-siècle : n'est-on pas, fantasmatiquement, en train de viser les pauvres en visant les obèses ? Depuis le départ de Louis Michel, il n'y a plus de gros au Gouvernement.