

Consensus BASO 2020

Un guide pratique pour l'évaluation et le traitement du surpoids et de l'obésité

-Annexes-

Belgian Association for the Study of Obesity

LISTE DES ANNEXES

Annexe : Informations supplémentaires et organisations d'intérêt	3
Annexe : Comorbidités et conséquences liées à l'obésité.....	10
Annexe : Détermination des besoins énergétiques.....	11
Annexe : Voedingsdriehoek (Gezond Leven).....	14
Annexe : Pyramide alimentaire (Food in Action).....	20
Annexe : Recommandations alimentaires pratiques pour les sujets adultes en bonne santé – l'épi alimentaire.....	24
Annexe : NUBEL, administrateur et distributeur de la Table belge de composition des aliments, la Banque de données de noms de marques et le Planning Alimentaire Nubel	30
Annexe : Informations nutritionnelles sur les étiquettes des aliments.....	33
Annexe : Bewegen en stilzitten bij volwassenen	38
Annexe : Bewegen en stilzitten bij jeugd.....	43
Annexe : Activité physique et sédentarité des Belges.....	44
Annexe : Déficits en micronutriments les plus fréquents après une chirurgie bariatrique	45
Annexe : Recommandations pour la grossesse après une chirurgie bariatrique	46
Annexe : Courbes de croissance de l'IMC - Organisation mondiale de la santé.....	47
Annexe : Dépistage des comorbidités chez les enfants atteints de surpoids ou d'obésité	51
Annexe : <i>Edmonton Obesity Score Staging System</i> – Outil pédiatrique de classification par stades (EOSS- P).....	55
Annexe : Communiquer sur les comportements alimentaires et le poids	56

Annexe : Informations supplémentaires et organisations d'intérêt

AXXON

Belgian Physiotherapy Professional Association

Imperiastraat, 16

1930 Zaventem

Tel: +32 (0) 2/709.70.80

Fax: +32 (0) 3/568.16.36

<https://www.axxon.be/>

info.nl@axxon.be; info.fr@axxon.be; axxon@axxon.be

BAS/BLC

Belgian Atherosclerosis Society/Belgian Lipid Club

<http://www.fondationuniversitaire.be/nl/content/belgian-lipid-club>

BBAHS

Belgian Bariatric Allied Health Society

<https://bbahs.net/>

Société belge de nutrition

<https://www.belgiannutritionsociety.be/>

info@belgiannutritionsociety.be

Belgisch Hypertensie Comité/Comité Belge de Lutte contre l'Hypertension

<https://belhyp.be/>

CEBAM

Belgian Centre for Evidence-Based Medicine – Cochrane Belgium

Kapucijnenvoer 33, blok J

3000 Leuven

Tel: +32 (0) 16 37 72 73

Fax: +32 (0) 16 33 74 80

katrien.willemsens@cebam.be

<https://www.cebam.be/nl>

Conseil Supérieur de la Santé

SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne Alimentaire et Environnement.

Eurostation II

Place Victor Horta, 40 bte 10

1060 Bruxelles

Tel: +32 (0) 2 524.97.97

<https://www.health.belgium.be/fr>

Eetexpert

Kenniscentrum voor Eet- en Gewichtsproblemen

Bergestraat 60

3220 Holsbeek

Tel: +32 (0) 16 84 56 99

<https://eetexpert.be/>

secretariaat@eetexpert.be

FEVIA

Federatie van de Belgische Voedingsindustrie/Fédération de l'Industrie Alimentaire Belge

Wetenschapsstraat 14

1040 Brussel

Tel: +32 (0) 2 550 17 40

Fax: +32 (0) 2 550 17 54

<https://www.fevia.be>

Info@fevia.be

GGOLFB

Groupeement des Gynécologues Obstétriciens de Langue Française de Belgique

<https://www.ggolfb.be/fr>

KCE

Belgian Health Care Knowledge Centre

Boulevard du Jardin Botanique 55

1000 Brussels

Tel: +32 (0) 2 287 33 88

<https://kce.fgov.be/>

info@kce.fgov.be

Ligue Cardiologique Belge / Belgisch Cardiologische Liga

Rue des Champs Elysées 43

1050 Bruxelles.

Tel: +32 (0) 2 649 85 37

Fax: +32 (0) 2 649 28 28

liguecardioliga.be

info@liguecardioliga.be

NICE

Nutrition Information Center

<https://www.nice-info.be/>

SBMN

Société Belge des Médecins Nutritionnistes

www.sbmnl.org

info@sbmnl.org

SBNC

Société Belge de Nutrition Clinique

<https://sites.google.com/site/sbdenutritionclinique/>

sbncsec@gmail.com

UPDLF**Union Professionnelle des Diététiciens de Langue Française**

Rue des frères Poels, 46

1325 Dion-le-Val

Tel: +32 (0) 478/720.250

<https://updlf-asbl.be/>

secretariat.updlf@gmail.com

VBVD**Vlaamse Beroepsvereniging van Diëtisten**

Leuvensesteenweg 643/6

1930 Nossegem

Tel: +32 (0) 2 380 80 98

<https://vbvd.be/>

info@vbvd.be

VVGT**Vlaamse Vereniging voor Gedragstherapie**

Festraetsstraat 48

3800 Sint-Truiden

Tel: +32 (0) 468 32 62 17

<https://vvgt.be/>

secretariaatvvgt@gmail.com

VVKVM**Vlaamse Vereniging voor Klinische Voeding en Metabolisme**

<https://vkvmmvzw.be>

info@vkvmm.be

VVOG**Vlaamse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie**

Azalealaan 10, bus 3

9100 Sint-Niklaas

Tel: +32 3 776 03 64

<https://www.vvog.be/>

info@vvog.be

AAP / HealthyChildren

American Academy of Pediatrics / HealthyChildren.org

345 Park Boulevard

Itasca, IL 60143 (USA)

Tel: +1 630/626-6000

Fax: +1 847/434-8000

www.aap.org/obesity

ASMBS

American Society for Metabolic and Bariatric Surgery

14407 SW 2nd Place, Suite F-3

Newberry, FL, 32669 (USA)

Tel: +1 352-331-4900

Fax: +1 352-331-4975

www.asmbms.org

info@asmbs.org

EASO

European Association for the Study of Obesity

Level 2, 8 Waldegrave Road

Teddington, Middlesex TW11 8GT, UK

Tel: +44 (0) 20 3751 7967

www.easo.org

enquiries@easo.org

ECOG

European Childhood Obesity Group

Rue Philippe le Bon, 15

1000 Bruxelles

<https://www.ecog-obesity.eu/>

info@ecog-obesity.eu

EUFIC

European Food Information Council

Rue des Deux Eglises 14 (3rd floor)

1000 Brussels

Tel: +32 (0) 2 506 89 89

<https://www.eufic.org/>

eufic@eufic.org

ILSI Europe

International Life Sciences Institute Europe

Avenue E. Mounier 83, Box 6

B-1200 Brussels

Tel: +32 (0) 2 771 00 14

Fax: +32(0) 2 762 00 44

<https://ilsi.eu/>

info@ilsieurope.be

IASO

International Association for the Study of Obesity

IOTF

International Obesity Task Force

28 Portland Place, London - W1B 1LY (UK)

Tel: +44 (0) 207 467 9610

Fax: +44 (0) 207 636 9258

www.iaso.org; www.iotf.org

obesity@iotf.org

The Obesity Society

1110 Bonifant Street, Suite 500

Silver Spring, MD 20910 (USA)

Tel: +1 (301) 563-6526

www.obesity.org

WHO

World Health Organization

Avenue Appia 20

1211 Geneva (Switzerland)

Tel: +41-22-7912111

www.who.int; <http://www.who.int/topics/obesity/en>

info@who.int

WIN

Weight-Control Information Network

Tel: +1 800 860 8747

<https://www.niddk.nih.gov/health-information/communication-programs/win>

healthinfo@niddk.nih.gov

Annexe : Comorbidités et conséquences liées à l'obésité

(Extrait de Yumuk V, Tsigos C, Fried M, Schindler K, Busetto L, Micic D, et al. *European Guidelines for Obesity Management in Adults*. *Obes Facts*. 2015;8:402-24. doi:10.1159/000442721)

Table 4. Obesity-related health risks and complications

<p><i>I. Metabolic complications</i></p> <p>Diabetes</p> <p>insulin resistance</p> <p>Dyslipidaemia</p> <p>Metabolic syndrome</p> <p>Hyperuricaemia</p> <p>Gout</p> <p>Low-grade inflammation</p>
<p><i>II. Cardiovascular disorders</i></p> <p>Hypertension</p> <p>Coronary heart disease</p> <p>Congestive heart failure</p> <p>Stroke</p> <p>Venous thromboembolism</p>
<p><i>III. Respiratory disease</i></p> <p>Asthma</p> <p>Hypoxemia</p> <p>Sleep apnoea syndrome</p> <p>Obesity hypoventilation syndrome</p>
<p><i>IV. Cancers</i></p> <p>Oesophagus, small intestine, colon, rectum, liver, gallbladder, pancreas, kidney, leukaemia, multiple myeloma, and lymphoma</p> <p>In women: endometrial, cervix uteri, ovary, breast cancer after menopause</p> <p>In men: prostate</p> <p><i>V. Osteoarthritis</i></p> <p>Knee and an increase in pain in the weight bearing joints</p>
<p><i>VI. Gastrointestinal</i></p> <p>Gallbladder disease</p> <p>Non-alcoholic fatty liver disease</p> <p>Non-alcoholic steatohepatitis</p> <p>Gastro-esophageal reflux</p> <p>Hernia</p>
<p><i>VII. Genitourinary system /reproductive health</i></p> <p>Urinary incontinence</p> <p>Menstrual irregularity</p> <p>Infertility</p> <p>Hirsutism</p> <p>Polycystic ovary disease</p> <p>Miscarriage</p> <p>Gestational diabetes</p> <p>Hypertension</p> <p>Preeclampsia</p> <p>Macrosomia</p> <p>Foetal distress</p> <p>Malformation (i.e. neural tube defect)</p> <p>Dystocia and primary caesarean section</p>
<p><i>VIII. Psychological and social consequences</i></p> <p>Low self-esteem</p> <p>Anxiety and depression</p> <p>Stigmatisation</p> <p>Discrimination in employment, college acceptance, job earning etc.</p>
<p><i>IX. Miscellaneous</i></p> <p>Idiopathic intracranial hypertension</p> <p>Proteinuria</p> <p>Nephrotic syndrome</p> <p>Skin infection</p> <p>Lymphoedema</p> <p>Complications from anaesthesia</p> <p>Periodontal disease</p>

Annexe : Détermination des besoins énergétiques

Les besoins énergétiques, également appelés dépense énergétique totale (DET), représentent la quantité d'énergie (apportée par la nourriture) dont une personne a besoin pour l'entretien, la croissance et le développement optimal du corps, ainsi que pour le maintien d'un certain niveau d'activité physique et d'un état de bonne santé à long terme¹. L'énergie est exprimée en kilocalories (kcal) ou en kilojoules (kJ), où 1 kcal = 4,184 kJ.

La DET est principalement composée de la dépense énergétique au repos (ou métabolisme de base, MB), de l'énergie utilisée pendant l'activité physique et de l'effet thermique de l'alimentation. La DET est normalement estimée en multipliant le MB par un facteur qui reflète le niveau d'activité physique (NAP) (DET = MB x NAP).

Le MB dépend principalement du poids, de la masse maigre, du sexe et de l'âge, mais également du statut hormonal, du stress métabolique, du sommeil et des maladies, parmi d'autres facteurs. Pour estimer le MB d'une personne, plusieurs équations ont été proposées²⁻⁶ (Tableau 1), mais aucune n'est précise à 100 %. Fait important, elles présentent tous des limites lorsqu'elles sont utilisées chez les personnes en surpoids et obèses. L'Organisation Mondiale de la Santé et la Food and Agriculture Organization utilisent les équations de Schofield⁶ dans leurs recommandations, mais ces équations ont tendance à surestimer le MB en cas d'IMC supérieur à 25 kg/m². L'European Food and Safety Authority (Autorité européenne de sécurité des aliments, EFSA) ne privilégie pas une équation par rapport à l'autre dans le cas d'adultes en bonne santé et utilise, à des fins pratiques, l'équation de Henry³ dans leurs recommandations⁷. L'équation de Henry montre une précision de 79 % chez les patients en surpoids et obèses. Cependant, dans son dernier rapport, l'EFSA propose d'utiliser l'équation de Mifflin⁴ pour les patients en surpoids et obèses, cette équation montrant la meilleure valeur prédictive pour les adultes en surpoids et obèses aux États-Unis (IMC compris entre 25,1 et 40 kg/m²)⁸.

Tableau 1. Équations pour estimer le métabolisme de base (MB)

Équations de Schofield⁶

Hommes (18 à 30 ans)	$0,063 \times PC - 0,042 \times TM + 2,953$
Hommes (30 à 60 ans)	$0,048 \times PC - 0,011 \times TM + 3,67$
Femmes (18 à 30 ans)	$0,057 \times PC + 1,184 \times TM + 0,411$

Femmes (30 à 60 ans) $0,034 \times PC + 0,006 \times TM + 3,53$

Équations de Henry³

Hommes (18 à 30 ans) $0,060 \times PC + 1,31 \times TM + 0,473$

Hommes (30 à 60 ans) $0,0476 \times PC + 2,26 \times TM - 0,574$

Femmes (18 à 30 ans) $0,0433 \times PC + 2,57 \times TM - 1,18$

Femmes (30 à 60 ans) $0,0342 \times PC + 2,10 \times TM - 0,0486$

Équation de Mifflin⁴

Tous sexes et âges $9,99 \times PC + 6,25 \times TCM - 4,92 \times \text{ÂGE} + 166 \times \text{SEXE} - 161$
confondus

ÂGE : âge en années ; PC : poids corporel en kg ; TCM : taille en centimètres ; TM : taille en mètres ; SEXE :
homme = 1 et femme = 0.

Le NAP peut être estimé à partir de listes de temps accordé aux activités quotidiennes et s'exprime par la valeur du ratio d'activité physique. Dans ses recommandations, l'EFSa utilise pour le NAP des valeurs de 1,4, 1,6, 1,8 et 2,0 pour refléter les modes de vie peu actifs, modérément actifs, actifs et très actifs⁷.

La DET moyenne chez les enfants et les adolescents est basée sur le MB et le NAP prédits ajustés pour la croissance. Pour d'autres populations, comme les femmes enceintes ou allaitantes, d'autres ajustements doivent être apportés aux calculs de la DET⁷.

RÉFÉRENCES

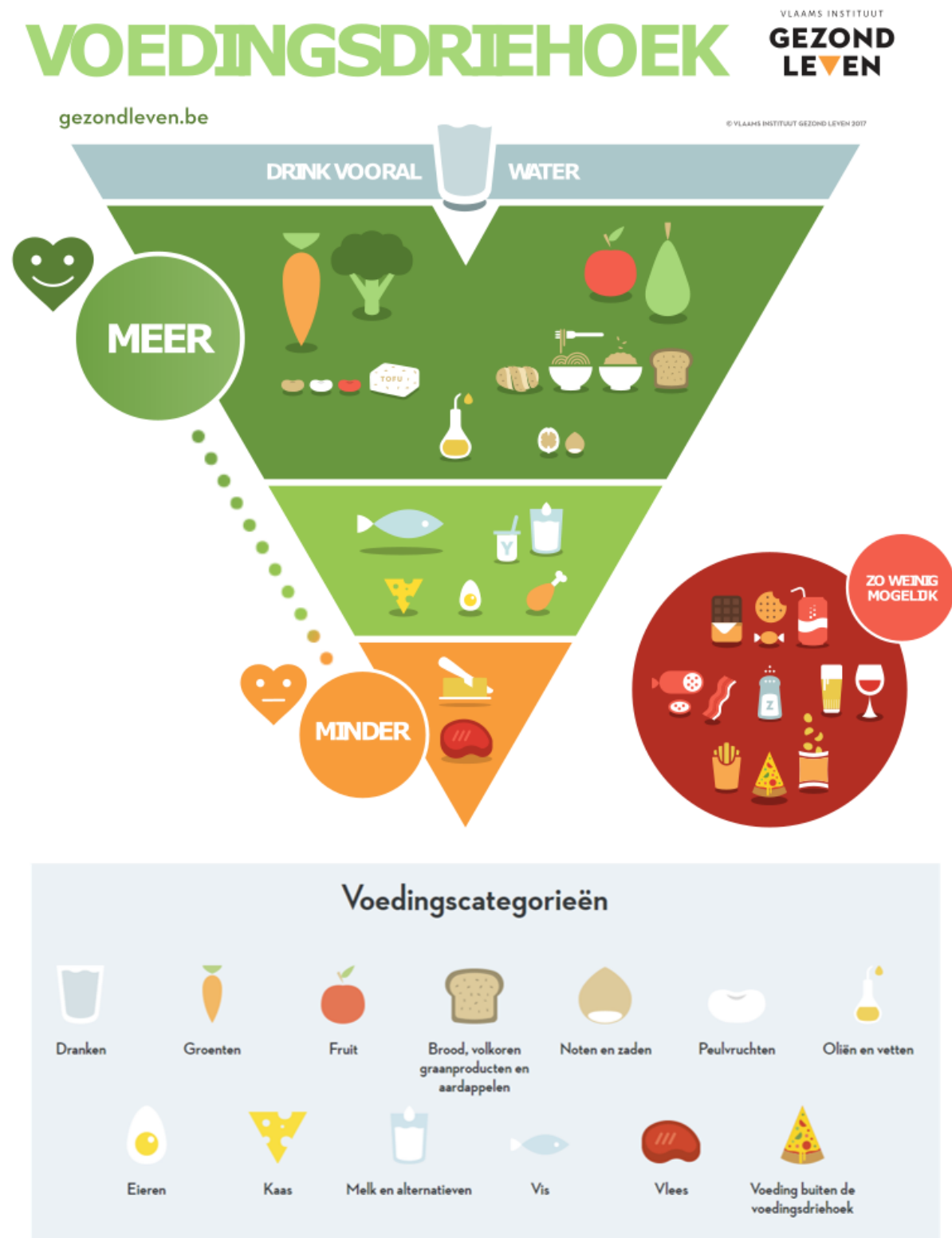
1. Conseil Supérieur de la Santé, *Recommandations nutritionnelles pour la Belgique*. 2016: Bruxelles.
2. Benedict, F.G., *The racial element in human metabolism*. American Journal of Physical Anthropology, 1932. **16**(4): p. 463-473.
3. Henry, C.J.K., *Basal metabolic rate studies in humans: measurement and development of new equations*. Public Health Nutrition, 2007. **8**(7a): p. 1133-1152.
4. Mifflin, M.D., et al., *A new predictive equation for resting energy expenditure in healthy individuals*. Am J Clin Nutr, 1990. **51**(2): p. 241-7.
5. Muller, M.J., et al., *World Health Organization equations have shortcomings for predicting resting energy expenditure in persons from a modern, affluent population: generation of a new reference standard from a retrospective analysis of a German database of resting energy expenditure*. Am J Clin Nutr, 2004. **80**(5): p. 1379-90.

6. Schofield, W.N., C. Schofield, and W.P.T. James, *Basal metabolic rate : review and prediction, together with an annotated bibliography of source material.* Human nutrition. Clinical nutrition,. 1985, London: J. Libbey. 96.
7. EFSA Panel on Dietetic Products Nutrition and Allergies (NDA), *Scientific Opinion on Dietary Reference Values for energy.* EFSA Journal, 2013. **11**(1): p. 3005.
8. Weijs, P.J., *Validity of predictive equations for resting energy expenditure in US and Dutch overweight and obese class I and II adults aged 18-65 y.* Am J Clin Nutr, 2008. **88**(4): p. 959-70.

Annexe : Voedingsdriehoek (Gezond Leven)

(Gezond Leven. Disponible à l'adresse :

<https://www.gezondleven.be/themas/voeding/voedingsdriehoek>)



VOEDINGSDRIEHOEK: Gezond en duurzaam eten met de voedingsdriehoek

Gezond eten: wat is dat nu precies? In de media verschijnen zoveel tegenstrijdige berichten dat je op den duur het bos door de bomen niet meer ziet. Daarom verzamelde het Vlaams Instituut Gezond Leven alle huidige wetenschappelijke kennis over gezonde voeding – wat krijgt de voorkeur, wat beperk je beter – voor jou in de **voedingsdriehoek**. We willen richtlijnen geven die op lange termijn voor iedereen haalbaar zijn. En die ervoor zorgen dat er ook voor onze kinderen en kleinkinderen *genoeg* gezond voedsel is. Het resultaat is een **realistisch en duurzaam model dat perfect past in de Vlaamse eetcultuur**.

Uitgangspunten voedingsdriehoek

De voedingsdriehoek is gebaseerd op uitgebreide literatuurstudie en overleg met experts. Dit vormde de basis voor het formuleren van volgende gemeenschappelijke uitgangspunten:

- Eet in verhouding meer plantaardige dan dierlijke voeding.
- Vermijd ultrabewerkte voeding zoveel mogelijk.
- Verspil geen voeding en matig je consumptie.

Uitgangspunt 1: "Eet in verhouding meer plantaardige dan dierlijke voeding"

Een overwegend plantaardige voeding biedt de beste garanties voor de gezondheid en heeft een lagere impact op het milieu. Volgens de meest recente voedselconsumptiepeiling eet de Vlaming te veel vlees en te weinig vezelrijke plantaardige voeding zoals groenten, fruit, volle granen, peulvruchten en noten. De voedingsdriehoek geeft het advies om minder vlees te eten, waarbij we voornamelijk de focus leggen op het minderen van rood en bewerkt vlees. We streven naar een bewustere vleesconsumptie. Alternatieve eiwitbronnen zoals peulvruchten worden onder de aandacht gebracht.

Uitgangspunt 2: "Geef de voorkeur aan weinig of niet bewerkte voedingsmiddelen en eet zo weinig mogelijk ultrabewerkte voedingsmiddelen"

Bronvermelding: Vlaams Instituut Gezond Leven, 2017

In de afgelopen decennia heeft zich een grote verschuiving voorgedaan in de manier waarop wij eten, drinken en bewegen. Het resultaat is bekend: een wereldwijde toename van obesitas en andere chronische ziekten. We zijn geëvolueerd van een voeding bestaande uit grotendeels onbewerkte basisvoeding en vers bereide maaltijden naar veelvuldig gebruik van sterk bewerkte, kant-en-klare voedingsmiddelen.

Sterk bewerkte of ultrabewerkte voedingsmiddelen kenmerken zich door de toevoeging van ruime hoeveelheden suiker, (verzadigd) vet en zout. Dit zijn voedingsmiddelen met een hoge energie-densiteit (veel calorieën) en lage voedingswaarde (ze bevatten weinig nuttige stoffen zoals vitaminen, mineralen en vezels). Kenmerken van deze producten zijn de lange houdbaarheid, de aantrekkelijke verpakkingen en smaak, en het gebruiksgemak. Ze hebben geen meerwaarde in een gezonde voeding en zijn dus eigenlijk overbodig. Enkele voorbeelden: frisdrank, snoep, koekjes en andere zoete snacks, chips en andere zoute of gefrituurde snacks, bewerkte vleeswaren.

Uitgangspunt 3: 'vermijd overconsumptie en voedselverspilling'

Door de huidige consumptiepatronen in Westerse landen overschrijden we onze energiebehoeften: we eten de hele dag door en meer dan nodig. De overconsumptie en verspilling van voedsel is een gezamenlijke 'bedreiging' voor gezondheid en milieu.

We willen met de voedingsdriehoek en bijhorende adviezen inzetten op minder eten (of toch niet meer dan nodig) en het belang van portiegroottes. Hierbij hebben we ook aandacht voor het plannen van maaltijden en aankopen van voeding, want verspilling voorkomen en afval verminderen is automatisch duurzamer.

Gezond Leven tips voedingsdriehoek

De drie grondslagen van de voedingsdriehoek vormen de wetenschappelijke basis voor de tien Gezond Leven tips die hier volgen. Zo willen we jou bewustmaken van gezonde voeding en je motiveren om er zelf mee aan de slag te gaan.

Wat eet je het best?

1. Neem plantaardige producten als basis voor elke maaltijd

Plantaardige voedingsmiddelen die niet of weinig zijn bewerkt, bieden het meeste gezondheidsvoordeel. Eet volop groenten, fruit, volle granen en peulvruchten. Vul in kleinere hoeveelheden aan met noten en plantaardige olie.

2. Beperk je inname van producten met dierlijke oorsprong

Bronvermelding: Vlaams Instituut Gezond Leven, 2017

Je hoeft vlees, kaas en andere dierlijke producten niet volledig van je menu te schrappen. Maar kleine(re) porties volstaan. Wissel af tussen rood vlees, vis, gevogelte en plantaardige eiwitbronnen zoals peulvruchten of tofu.

3. Drink vooral water

Water is de beste drank om je dorst te lessen. Wil je graag wat variëren? Kies dan voor thee of koffie zonder suiker.

4. Kies zo weinig mogelijk voor ultrabewerkte producten

Snoep, koekjes, chips, frisdrank, wijn en bier, ... Lekker? Misschien wel. Maar een meerwaarde voor je lichaam? Neen. Je eet en drinkt ze puur voor je plezier. Deze producten bevatten vaak veel witte bloem, suiker, vet, zout of alcohol.

Hoe kan je gezond en duurzaam eten?

5. Varieer en zoek alternatieven

Elke dag hetzelfde eten wordt snel saai en eentonig. Speel met je gezonde voedingspatroon. Eet bijvoorbeeld elke dag een andere seizoensgroente. En vervang minder gezonde keuzes door de gezonde variant: koop volkorenbrood in plaats van wit bijvoorbeeld.

6. Eet op vaste tijdstippen en samen met anderen

Las – in de mate van het mogelijke – vaste eetmomenten in voor jezelf. Vermijd te veel tussendoortjes. Probeer ook om samen met anderen te eten: dat helpt je om regelmaat te houden. Zeker voor gezinnen: als ouder geef je zo het goede voorbeeld aan je kind en krijgen ze de kans om nieuwe dingen te proeven.

7. Eet bewust en met mate

Leer afgaan op je 'buikgevoel': weet wanneer je honger hebt of verzadigd bent. Zit aan tafel, eet langzaam en geniet ervan. Ban afleiding uit je buurt: tv uit, smartphone aan de kant. Neem kleine porties van wat minder gezond is.

8. Pas je omgeving aan

Richt je omgeving in zodat de gezonde keuze voor de hand ligt en de ongezonde moeilijker wordt. Leg fruit bijvoorbeeld in het zicht in de keuken en bewaar geen snoep of koeken in je auto of op kantoor. Bereid je voor op 'noodgevallen': stop een portie soep of pastasaus in de diepvries voor dagen met weinig tijd. En neem een flesje water of zakje noten mee in je tas, zodat snoepautomaten of tankstationsnacks je onderweg niet in verleiding brengen.

9. Werk stapsgewijs

Bronvermelding: Vlaams Instituut Gezond Leven, 2017

Moet je nu van vandaag op morgen je hele eetpatroon omgooien? Nee hoor, elke kleine verbetering is een stap vooruit. Hou het vooral haalbaar voor jezelf. Start bijvoorbeeld met één stuk fruit per dag, als je dat nu nog niet deed. Bevalt dat je en wordt het een gewoonte? Probeer dan nog een extra stap in te bouwen. En geef vooral niet op wanneer je eens een terugval hebt – het gebeurt de besten! Hulp nodig? Planmatig werken kan je helpen. Stel bijvoorbeeld een weekmenu en boodschappenlijstje op.

10. Geniet van wat je eet!

Laat eten ook vooral een feest blijven. Verwen jezelf dagelijks met lekkere gezonde voeding. En gun jezelf af en toe een minder gezonde uitpatting. Blijf dan gewoon bewust van de frequentie (niet te vaak) en portiegrootte (niet te veel). Zoek de goede balans tussen voor je lichaam zorgen en genieten.

De voedingsdriehoek in kleur

Bovenaan de driehoek staat de blauwe zone 'water'.

Water drinken is vooral belangrijk om de vochtbalans in stand te houden en krijgt daarom een aparte plaats bovenaan. Water is de beste keuze qua drank, maar ter afwisseling kan ook gekozen worden voor thee of koffie (bij voorkeur zonder toevoeging van suiker).

De voedingsdriehoek zelf is onderverdeeld in drie zones. De kleuren van de verschillende delen zijn een weergave van de aangetoonde effecten op de gezondheid.

- **Donkergroen**

Dit zijn voedingsmiddelen van plantaardige oorsprong, met een gunstig effect op de gezondheid: groenten, fruit, volle granen en aardappelen, maar ook peulvruchten, noten en zaden, plantaardige oliën (en andere vetstoffen rijk aan onverzadigde vetzuren). Probeer zoveel mogelijk de weinig of niet-bewerkte versie te kiezen.

- **Lichtgroen**

Dit zijn voedingsmiddelen van dierlijke oorsprong met een gunstig, neutraal of onvoldoende bewezen effect op de gezondheid: vis, yoghurt, melk, kaas, gevogelte en eieren. Kies ook hier voor de weinig of niet-bewerkte variant.

- **Oranje**

Bronvermelding: Vlaams Instituut Gezond Leven, 2017

Dit zijn voedingsmiddelen van dierlijke of plantaardige oorsprong die bij hoge consumptie een ongunstig effect kunnen hebben op de gezondheid: rood vlees, boter, kokos- en palmolie (vetstoffen rijk aan verzadigde vetzuren). Deze producten bevatten wel nog enkele nuttige voedingsstoffen, bijv. ijzer in rood vlees, vetoplosbare vitaminen in boter.

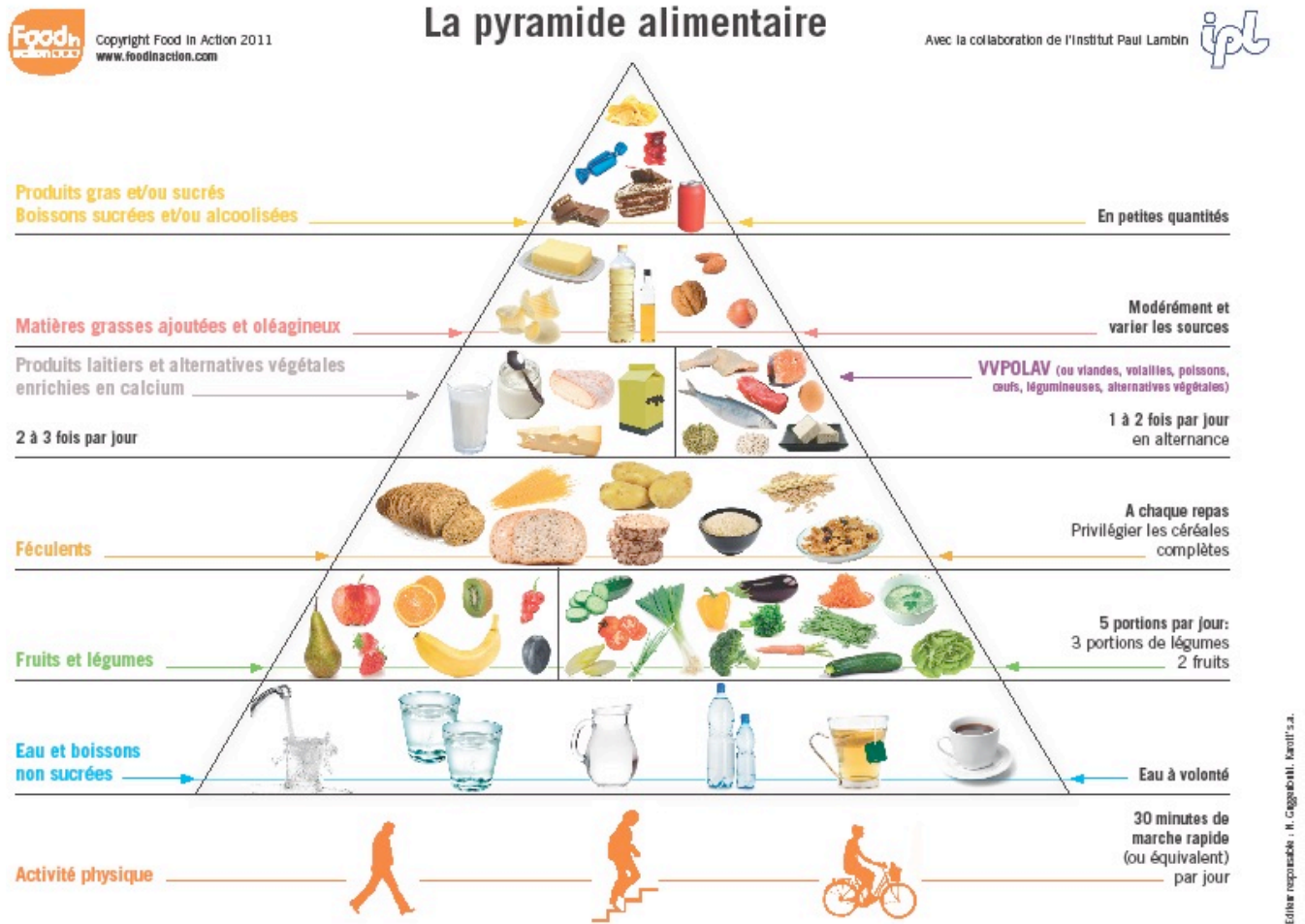
- **Rood: restgroep**

Een vierde, rode zone staat los van de driehoek. Dat zijn ultrabewerkte producten waaraan heel wat suiker, vet en/of zout is toegevoegd en waarvan het ongunstige gezondheidseffect werd aangetoond. Ze kunnen van dierlijke of plantaardige oorsprong zijn: bereide vleeswaren, frisdrank, alcohol, snoep, gebak, snacks, fastfood, ... En ze zijn overbodig in een gezond voedingspatroon. Je eet of drinkt ze dan ook best niet vaak en in kleine porties.

Bronvermelding: Vlaams Instituut Gezond Leven, 2017

Annexe : Pyramide alimentaire (Food in Action)

(Karott – Food In Action. Disponible à l'adresse : <https://www.foodinaction.com/telechargez-pyramide-alimentaire/>)



Outil de référence pour aborder l'alimentation équilibrée, la pyramide alimentaire se doit de refléter l'état des connaissances scientifiques et d'être en phase avec les objectifs nutritionnels actuels.

C'est le cas de la Pyramide alimentaire Food in Action, développée en collaboration avec le département Diététique de l'Institut Paul Lambin HE Vinci*, qui affiche de nombreuses évolutions majeures. À télécharger ci-dessous aux formats A4, A3 ou A1.

Avec une nouvelle hiérarchie dans les familles, elle permet, pour la première fois, d'affiner les choix au sein de chaque famille alimentaire, en distinguant les aliments à favoriser, ceux qui sont tolérés et ceux qui sont à consommer occasionnellement. Y compris dans la pointe, une famille trop souvent passée sous silence par les professionnels et qui constitue pourtant un étage à part entière dans le quotidien des patients...

La forme pyramidale est largement utilisée à travers le monde pour illustrer les fondements de l'alimentation équilibrée, à savoir la complémentarité des familles alimentaires, mais aussi leur rapport de force. Elle doit permettre de visualiser ce qui constitue, sur la base des recommandations nutritionnelles exprimées en nutriments, la base de l'alimentation équilibrée qui s'élabore avec les denrées issues des différentes familles.

L'exercice n'est pas simple et il n'y a pas de vérité absolue dans cette extrapolation des recommandations nutritionnelles, celle-ci devant composer avec les priorités en termes d'objectifs nutritionnels, les habitudes alimentaires, l'offre existante, etc. C'est ce qui explique qu'en dépit de nombreuses similitudes apparentes, les pyramides existantes peuvent connaître des différences importantes, que ce soit dans la notion même des familles alimentaires, ou leur agencement au sein de l'édifice.

Changement d'étage

Une des modifications structurelles apportées à la pyramide alimentaire concerne précisément la place des fruits et légumes, qui gagnent en importance en descendant d'un étage. Cette famille était depuis longtemps au coude à coude avec celle des féculents, car les quantités préconisées sont proches.

Pour les fruits et légumes, l'OMS recommande entre 400 et 800 g par jour, ce qui est donc plutôt plus élevé que la quantité de féculents préconisée, d'autant que les légumes secs quittent la famille des féculents pour la famille «viande, volaille, poisson, œufs et alternatives végétales».

Cette place des fruits et légumes est par ailleurs plus cohérente avec les objectifs nutritionnels qui visent à favoriser cette famille, et plus en phase avec les conseils pratiques qui accordent, dans l'assiette, une surface plus importante pour les légumes (2/3 à 1/2 de l'assiette) que pour les féculents (1/4 à 1/3 de l'assiette).

Autre évolution, les matières grasses ajoutées se voient complétées des fruits oléagineux. Cette catégorie d'aliments est une source de lipides de qualité, mais dont l'apport doit être géré, en tenant compte de celui des autres graisses visibles. Par ailleurs, la famille des produits laitiers s'ouvre aux alternatives végétales, à condition que ces dernières apportent suffisamment de calcium (ce qui suppose un enrichissement). Quant à l'activité physique, elle est bien présente pour rappeler son importance au quotidien, mais pas sous forme d'étage dans l'édifice afin de ne pas se confondre avec ce qui concerne les aliments.

Des familles plus claires

Toutes les céréales pour petit-déjeuner sont-elles à classer dans les féculents ? À l'inverse, tous les biscuits sont-ils à placer dans la pointe, ou certains peuvent-ils être considérés comme un produit céréalier ? Un dessert à base de lait et de crème est-il toujours dans la famille des produits laitiers ? À partir de quand un fruit transformé n'est-il plus à classer dans les fruits ? Autant de questions qui taraudent bien des professionnels et leurs patients, et dont la réponse devrait pouvoir s'appuyer sur des critères précis. Compte tenu de la place des produits transformés dans notre mode de vie, il est indispensable de pouvoir les inclure dans la réflexion afin de les positionner correctement.

Chaque famille s'est donc vu fixer des critères bien précis pour accueillir ses membres. Exemples : pour la famille « eau et boissons non sucrées », une teneur maximale en énergie et minimale en eau est fixée ; pour entrer dans la famille « fruits et légumes », il y a une teneur minimale en fruits ou en légumes ; pour entrer dans celle des « viande, volaille, poisson, œufs, légumineuses et alternatives végétariennes », il faut une teneur minimale en protéines, etc.

Hiérarchie dans les familles

Même s'il y a des critères définis pour pouvoir appartenir à une famille, cela ne signifie pas que tous les aliments d'une famille soient équivalents (sur le plan nutritionnel) et interchangeable. Bien sûr, un fruit en vaut un autre, mais entre le fruit entier, le jus de fruit, et le coulis de fruits, il n'y a pas d'équivalence. De la même façon, une viande maigre, une charcuterie maigre et une charcuterie grasse sont dans la même famille, sans pour autant pouvoir être mises sur le même pied. C'est précisément pour aller plus loin dans les familles, et permettre d'effectuer les meilleurs choix – ou en tout cas choisir en connaissance de cause – que la réflexion a été menée de manière à établir 3 niveaux :

PREMIER NIVEAU : les aliments « à favoriser ». Ce sont les meilleurs choix à effectuer. Au sein de la famille. C'est vers eux que le professionnel va tenter d'amener son patient.

Exemples : eaux pas trop riches en sodium, légumes frais ou surgelés non préparés, fruits sans sucres ajoutés, céréales complètes peu salées et/ou sucrées, laitages maigres ou demi-écrémés natures ou peu sucrés, alternatives végétales avec suffisamment de protéines, peu grasses et peu salées, matières grasses avec peu d'acides gras saturés et trans...

DEUXIÈME NIVEAU : les aliments « tolérés ». Ces aliments ont leur place (sont tolérés dans une alimentation équilibrée), mais ils ne sont pas aussi performants sur le plan nutritionnel (par exemple selon leur teneur en acides gras saturés, en sel, en sucres ajoutés...) que les aliments « à favoriser ».

Exemples : boissons modérément riches en sodium ou boissons light (sans sucres), légumes préparés avec ajout de sel ou de matières grasses, smoothies, laitages entiers, viandes mi-grasses...

TROISIÈME NIVEAU : les aliments à consommer « à l'occasion ». Eux aussi ont leur place dans une alimentation équilibrée, mais ils constituent les moins bons choix au sein de la famille. En pratique, cela signifie que l'on vise à réduire leur fréquence d'apparition au menu sans toutefois les interdire. À noter que dans certains cas, les teneurs en acides gras saturés, en sucres ajoutés... sont telles que l'aliment n'est plus au 3e niveau, il quitte la famille (pour rejoindre la pointe).

Exemples : eaux riches en sodium, légumes préparés avec sel et matières grasses animales, compotes de fruits, croquettes de pommes de terre, yaourts à la crème, poissons fumés, beurre...

Produits gras et/ou sucrés : parlons-en !

La pointe de la pyramide regroupe les aliments qui n'appartiennent pas aux autres familles, et qui sont considérés comme peu recommandables, et que certains aimeraient purement et simplement voir disparaître des recommandations, mais qui sont pourtant bel et bien présents dans les rayons et dans les habitudes de consommation. D'ailleurs, force est de reconnaître que l'on peut très bien les intégrer dans une alimentation équilibrée... Dans la nouvelle pyramide alimentaire, ces aliments sont repris sous un nom de famille qui désigne clairement le contenu : « Produits gras et/ou sucrés, boissons sucrées et/ou alcoolisées ». On pourrait s'en passer pour l'équilibre, mais ils existent, sont appréciés, et parce que l'on reconnaît aujourd'hui que la méthode des interdictions n'est pas efficace, mieux vaut apprendre à gérer les aliments de cette famille. Et ici aussi, il y a des choix qui sont préférables à d'autres, et l'on peut distinguer 3 niveaux : une confiture riche en fruits, les chips de légumes, le popcorn, les biscuits légers en graisses, le vin et la bière pils... seront dans « préféré », le massepain, la pâte à tartiner aux noisettes seront « tolérés », alors que les chips, les pâtisseries à la crème ou au beurre, les brezzers seront placés dans « à l'occasion ».

La pyramide alimentaire Food in Action a été développée par Karott' SA, avec l'appui scientifique du département diététique de l'Institut Paul Lambin (Haute Ecole Léonard de Vinci). Le groupe de travail « Pyramide Alimentaire » se compose de : Harpigny I, Maindix V, Manneback N, Jossart M, Pieters S et Guggenbühl N. Ont également apporté une précieuse contribution : Moës M, Rousseau N.

Annexe : Recommandations alimentaires pratiques pour les sujets adultes en bonne santé – l'épi alimentaire

(Karott – Food In Action. Disponible à l'adresse : <https://www.foodinaction.com/epi-alimentaire-priorites-mieux-manger/>)

L'ÉPI ALIMENTAIRE

5 PRIORITÉS

POUR MIEUX MANGER

Pensez à votre santé,
mangez varié et équilibré.
Voici les 5 mesures alimentaires
prioritaires pour les adultes.

PRODUITS CÉRÉALIERS COMPLETS

Au moins 125 g par jour



FRUITS & LÉGUMES

Fruits :
250 g par jour

Légumes :
Au moins 300 g
par jour



LÉGUMINEUSES

Au moins 1x par semaine



FRUITS À COQUE & GRAINES

15 à 25 g par jour



SEL

Limitez le sel en cuisine
et ne salez pas à table

Développé par Food in Action et la Haute École Léonard de Vinci
sur base de l'avis n° 9284 du Conseil Supérieur de la Santé

Avec le soutien de l'AVIQ et du SPF Santé Publique

**Food in
action**
www.foodinaction.com

**Conseil
Supérieur de la Santé**

vinci
HAUTE ÉCOLE LÉONARD DE VINCI

**Wallonie
familles santé handicap
AVIQ**

**Service public fédéral
SANTÉ PUBLIQUE,
SÉCURITÉ DE LA CHAÎNE ALIMENTAIRE
ET ENVIRONNEMENT**

1

PRODUITS CÉRÉALIERS COMPLETS

Au moins 125 g par jour

Remplacez les céréales raffinées
par des **céréales complètes**

FARINE COMPLÈTE



PAIN COMPLET



RIZ COMPLET



PÂTES COMPLÈTES



BOULGHOUR



FLOCONS D'AVOINE



MAÏS



QUINOA



PÉTALES DE
CÉRÉALES
COMPLÈTES



PAIN COMPLET
CROQUANT SUÉDOIS

5 PRIORITÉS POUR MIEUX MANGER

Food in
action
www.foodinaction.com

Conseil
Supérieur de la Santé

vinci
Mieux vivre ensemble

Wallonie
familles santé handicap
AViQ

Service public fédéral
Santé publique
Département de la Santé, du Bien-être
et du Familial

2

FRUITS & LÉGUMES

Fruits : 250 g par jour • Légumes : au moins 300 g par jour

PRIVILÉGIEZ L'OFFRE SAISONNIÈRE



Fruits : 2x par jour

Préférez les fruits frais, surgelés, en compote non sucrée, en conserve au naturel ou lyophilisés



Légumes : répartissez votre consommation lors de **plusieurs repas**

Préférez les légumes frais, surgelés non préparés ou lyophilisés/déshydratés

5 PRIORITÉS POUR MIEUX MANGER

Food in
action
www.foodinaction.com

Conseil
Supérieur de la Santé

vinci
marché de la santé

Wallonie
familles santé handicap
AViQ

Service public fédéral
Santé publique
Ministère de la Santé, du Bien-être
et du Développement



3



LÉGUMINEUSES

Au moins 1x par semaine



Remplacez la viande au moins 1 fois par semaine par des légumineuses

Les légumineuses peuvent être **fraîches, sèches, surgelées, en conserve ou en purée**

POIS CHICHES



HARICOTS BLANCS



LENTILLES



HOUMOUS



HARICOTS BORLOTTI



FÈVES



HARICOTS ROUGES



TOFU



PÂTES AUX LÉGUMINEUSES



SOUPE AUX POIS CASSÉS

5 PRIORITÉS

POUR MIEUX MANGER

Food in
action



Conseil
Supérieur de la Santé



Wallonie
familles santé handicap
AViQ

Service public fédéral
Santé, Sécurité et Égalité
de Territoires



4



FRUITS À COQUE & GRAINES

15 à 25 g par jour

Le creux d'une main par jour

Non-enrobés, non-sucrés, non-salés

NOISETTES



GRAINES DE SÉSAME



AMANDES



NOIX



GRAINES DE LIN



GRAINES
DE TOURNESOL



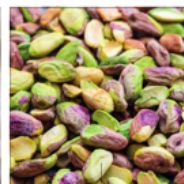
GRAINES DE COURGE



ARACHIDES



PURÉE DE FRUITS À
COQUE OU GRAINES



PISTACHES

5 PRIORITÉS

POUR MIEUX MANGER

Food in
action



Conseil
Supérieur de la Santé



Wallonie
familiales santé handicap
AViQ

Service public fédéral
Santé publique
Département de la Santé publique
et du Bien-être



5

SEL

Limitez le sel en cuisine et ne salez pas à table

Limitez les aliments ultra-transformés, les plats préparés, les viandes préparées, les snacks salés, les sauces, les mélanges d'épices riches en sel.



5 PRIORITÉS POUR MIEUX MANGER

Foodin
action
www.foodinaction.com

Conseil
Supérieur de la Santé

vinci
marché local, marché de proximité

Wallonie
familiales santé handicap
AViQ

Service public fédéral
Santé publique
Département de la Santé, du Bien-être
et de l'Égalité des Territoires

5

Annexe : NUBEL, administrateur et distributeur de la Table belge de composition des aliments, la Banque de données de noms de marques et le Planning Alimentaire Nubel

Nubel (Nutriments Belgique) a été créée en 1990. Le but de notre organisation est de procurer des informations scientifiques au consommateur belge afin qu'il puisse composer un régime alimentaire équilibré. Nous disposons d'un vaste arsenal de données scientifiques sur la composition des aliments que nous consommons pour vous aider à faire des choix raisonnés, à prendre de bonnes habitudes alimentaires, à manger et vivre équilibré.

Nubel diffuse ses informations via www.nubel.com. Sur ce site vous trouvez une vue d'ensemble des instruments que nous utilisons afin de promouvoir une alimentation saine:

- 1) Table belge de composition des aliments
- 2) Banque de données de noms de marques
- 3) Planning Alimentaire
- 4) Nubel en format de poche

Ces ressources ont chacune leur propre approche mais poursuivent le même objectif: aider les spécialistes de l'alimentation et les consommateurs à faire des choix sains en matière de nutrition.

- 1) Cette publication 'papier' reprend les nutriments de 1400 denrées alimentaires commercialisées en Belgique. Les denrées alimentaires sont divisées en plusieurs groupes alimentaires (légumes, céréales, viande, produits laitiers...) qui sont décomposés en 32 nutriments. La quantité de protéines, lipides, sucres, fibres alimentaires et vitamines contenues dans chaque denrée alimentaire apparaît ainsi clairement. Récemment, les produits fermiers ont été ajoutés. Dans cette publication vous retrouverez également des informations intéressantes sur les fonctions et ingrédients essentiels de notre nutrition. Et en extra, vous découvrirez les quantités quotidiennes d'aliments recommandées pour les enfants et adultes.
- 2) Cette banque de données digitales vous apporte des informations nutritionnelles détaillées sur plus de 8700 aliments et plus de 6000 produits de marques vendus en Belgique. Vous pouvez consulter toutes ces données sur www.internubel.be. Ce site est régulièrement mis à jour. Notre banque de données de noms de marques fonctionne selon une méthode standardisée. Nous travaillons avec les

poids et mesures standards. Cette standardisation nous permet d'analyser et de présenter les données quantitatives d'une denrée alimentaire de manière uniforme. Vous pouvez ainsi comparer les valeurs des différents aliments et choisir en connaissance de cause. Cette banque de données est gratuitement disponible sur www.internubel.be.

- 3) Le Planning Alimentaire est une application internet très pratique avec laquelle vous pouvez calculer l'équilibre entre le nombre de calories que vous ingérez (ce que vous mangez et buvez) et le nombre de calories que vous consommez (le résultat de vos efforts). Cet instrument vous permet d'analyser votre régime alimentaire et vous aide à manger, à faire de l'exercice et à vivre plus consciemment.

Le Planning Alimentaire en ligne comporte 3 rubriques:

- Les données personnelles: vous avez la possibilité d'y entrer vos données personnelles comme votre nom, âge, poids, taille, d'y calculer votre IMC (Indice de Masse Corporelle) et de composer votre plan alimentaire.
- Le journal de bord: vous pouvez saisir quotidiennement et par denrée alimentaire ce que vous avez précisément mangé (par repas), ainsi que la quantité d'activité physique que vous avez effectuée. Ainsi vous obtenez immédiatement la quantité de calories que vous avez absorbées et celle que vous avez brûlées. Plus la différence entre ces deux montants est petite, plus vos habitudes alimentaires et votre style de vie sont en équilibre. Ce journal vous fournit aussi chaque jour des conseils alimentaires.
- Les rapports: cette rubrique présente des rapports journaliers et hebdomadaires. Vous y retrouverez toutes les données concernant votre alimentation, l'évolution de votre poids et votre régime alimentaire en un clic. L'utilisation de ces rapports n'est pas uniquement réservée aux diététiciens, nutritionnistes, médecins et aux enseignants. Le citoyen belge souhaite également en savoir toujours plus sur les valeurs nutritionnelles des produits qu'il consomme.

- 4) Nubel en format de poche

Découvrez notre nouveau Nubel en format de poche !

Le livret Nubel propose un échantillon des aliments les plus consommés et des conseils en matière d'alimentation équilibrée. Vous y trouverez également une série d'exemples d'activités physiques qui, combinée à une alimentation variée vous permettront d'avoir une idée de vos besoins quotidiens en énergie.

Envie d'avoir des informations concises à portée de main ?

Vous pouvez dès maintenant le télécharger ou le commander (gratuitement) via notre site internet <http://www.nubel.com/fr/commander.html>.



Annexe : Informations nutritionnelles sur les étiquettes des aliments

De nos jours, la plupart des produits alimentaires comportent une étiquette avec des informations qualitatives et quantitatives sur les ingrédients, l'énergie et les nutriments contenus dans le produit. Parallèlement à une éducation nutritionnelle validée et dispensée par des professionnels sur une alimentation saine, les informations figurant sur les étiquettes des aliments sont importantes pour permettre aux personnes de prendre des décisions éclairées concernant les produits alimentaires qu'elles consomment et de choisir des produits mieux adaptés à leurs besoins en matière de santé.

Pour aider les consommateurs à choisir leurs aliments, la Belgique a également récemment adopté un système d'étiquetage des denrées alimentaires convivial permettant d'indiquer les produits plus sains que d'autres : le Nutri-Score. De plus, les consommateurs peuvent tirer parti des applications numériques récemment développées pour comprendre les étiquettes des produits alimentaires, telles que Yuka, Kwalito et Open Food Facts, entre autres.

Dans cette annexe, nous donnons plus de détails sur les éléments des étiquettes d'aliments qui sont pertinents pour prendre des décisions éclairées en vue d'une alimentation saine. Il est important de noter qu'un conseil personnalisé fourni par des nutritionnistes qualifiés peut aider à interpréter ces informations et à adopter des stratégies pour suivre un régime alimentaire sain et corriger les habitudes alimentaires ; ceci est particulièrement important pour la gestion et la prévention du surpoids et de l'obésité.

Liste des ingrédients

Cette liste énumère tous les ingrédients présents dans un aliment, quel que soit leur contenu. Les ingrédients sont répertoriés avec leur nom spécifique et par ordre décroissant de poids. Cette liste peut être utile pour interpréter la composition d'un produit : par exemple, si le beurre ou la margarine figurent en premier sur la liste des ingrédients, le consommateur sait qu'il s'agit d'un produit riche en lipides. Cet aspect quantitatif est également reflété dans les informations sur la valeur nutritionnelle (voir ci-dessous). De plus, l'origine des huiles et graisses végétales doit également être indiquée dans la liste des ingrédients (tournesol, colza, palme, etc.).

Les additifs alimentaires sont indiqués dans la liste des ingrédients avec leur nom spécifique et/ou un numéro E. Les additifs alimentaires peuvent être artificiels ou naturels et comprennent les colorants alimentaires, les conservateurs, les antioxydants, les émulsifiants, les stabilisants, les épaississants, les

exhausteurs de goût, les édulcorants, etc. Si des sucres et/ou des édulcorants ont été ajoutés au produit, cet ajout doit être clairement indiqué sur l'étiquette, par exemple « contient des édulcorants » ou « contient des sucres et des édulcorants ». Ces composés figurent ensuite dans la liste des ingrédients : par exemple, l'étiquette d'une boisson gazeuse allégée contenant des édulcorants doit indiquer : eau gazeuse, agent colorant (caramel E150d), édulcorants (aspartame, acésulfame K), acides alimentaires (E338, E330), régulateur d'acidité (E331), caféine, arômes (extraits naturels de plantes).

Valeur nutritionnelle

La valeur nutritionnelle ou l'analyse nutritionnelle fait référence à la composition du produit en termes de nutriments, tels que protéines, lipides, glucides, etc. Depuis décembre 2016, l'étiquetage de la valeur nutritionnelle est obligatoire pour la majorité des aliments préemballés et le contenu, l'expression et la présentation de la valeur nutritionnelle ont également été soigneusement ajustés¹.

L'étiquetage doit inclure au moins la valeur énergétique du produit et sa teneur en matières grasses, en acides gras saturés, en glucides, en sucres, en protéines et en sel exprimés pour 100 ml ou 100 g de produit. Toutes ces données sont présentées dans un tableau (ou après celui-ci si l'espace est insuffisant), mais certains éléments peuvent également être répétés sur le devant de l'emballage. Bien que cela ne soit pas obligatoire, la valeur nutritionnelle peut également être indiquée par portion ; cela peut donner une idée plus précise du contenu énergétique et nutritionnel de la quantité qui sera consommée au cours d'un repas ou d'une collation.

Nous présentons ici des détails supplémentaires sur la façon de comprendre les informations sur la valeur nutritionnelle :

- L'**énergie**, exprimée en kilocalories ou kilojoules (1 kcal = 4,2 kJ) pour 100 g or 100 ml, apporte des informations sur la densité énergétique du produit (voir encadré 2.1 « Densité nutritionnelle versus densité énergétique : que faut-il mettre dans son assiette ? » dans le chapitre « Prise en charge diététique »).
- La quantité de **lipides** totaux et d'acides gras saturés doit être indiquée. Souvent, les acides gras insaturés sont également indiqués, avec une distinction entre les acides gras mono- et polyinsaturés. En général, les produits végétaux contiennent plus d'acides gras insaturés que les produits d'origine animale (ces derniers contiennent davantage de graisses saturées).
- La quantité de **glucides** est exprimée en glucides totaux, ce qui comprend à la fois l'amidon et les sucres. La quantité de sucres peut également être indiquée, ce qui correspond aux mono- et aux

disaccharides, tels que le sucre de fruit naturel (fructose), le sucre du lait (lactose) et le sucre ajouté (saccharose). Dans la catégorie « glucides », certains produits incluent également les polyols, qui appartiennent chimiquement aux glucides mais contiennent moins d'énergie (en moyenne 2,4 kcal/g).

- La quantité de **fibres alimentaires** peut figurer sur certaines étiquettes et est toujours exprimée en grammes. Les produits riches en fibres peuvent augmenter le sentiment de satiété.
- Les **vitamines et minéraux** sont généralement indiqués en milligrammes ou en microgrammes (les vitamines A et D sont parfois exprimées en unités internationales, ou UI). Le type de produit et sa teneur prévue en vitamines et minéraux détermineront les vitamines ou les minéraux qu'il convient de mentionner sur l'étiquette. Par exemple, dans les jus d'orange, les informations quantitatives sur la vitamine C (teneur attendue élevée) sont plus pertinentes que les informations sur la vitamine D (presque absente), alors que l'inverse est vrai pour les margarines.
- S'il y a une allégation particulière sur l'emballage, la teneur en éléments nutritifs sur laquelle l'allégation est fondée doit également être indiquée. Par exemple, pour un produit « riche en vitamine C », la teneur en vitamine C doit être mentionnée. De plus, si un aliment prétend être « allégé », il est préférable que sa teneur en graisse ou en énergie soit comparée à celle du produit de référence. À noter, les « produits allégés » ne contribuent à une réduction d'énergie réelle que s'ils sont pauvres en graisses et en calories et si leur consommation n'est pas compensée par la consommation d'autres aliments.

Valeur nutritionnelle de référence (VNR)

Les informations nutritionnelles d'un produit peuvent également être présentées sous forme de pourcentage de la valeur nutritionnelle de référence (VNR) par portion ou pour 100 g de produit. La VNR, qui est spécifique à chaque nutriment, est le niveau quotidien moyen d'apport suffisant pour répondre aux besoins de ce nutriment chez un adulte en bonne santé (cela s'applique à presque toutes les personnes en bonne santé). Par exemple, si l'étiquette d'un aliment indique qu'une portion fournit 80 % de la VNR pour les lipides totaux, cela signifie que 80 % des lipides totaux requis ce jour-là (pour un adulte type en bonne santé) seront déjà consommés en mangeant une portion de ce produit.

Il est important de noter que les VNR sont destinées à des personnes adultes en bonne santé et doivent donc être interprétées avec prudence dans d'autres groupes de la population, notamment les personnes obèses. Les VNR ne constituent pas des objectifs ou des recommandations nutritionnel(le)s pour une

personne ; les décideurs politiques les utilisent pour émettre des recommandations sur la consommation en nutriments aux consommateurs. Les VNR sont également utilisées à titre informatif sur les étiquettes des aliments et pour aider à établir des recommandations diététiques, ce qui peut aider les consommateurs à faire des choix alimentaires sains. Des informations supplémentaires sur les VNR peuvent être trouvées à l'adresse <https://www.efsa.europa.eu/en/topics/topic/dietary-reference-values>.

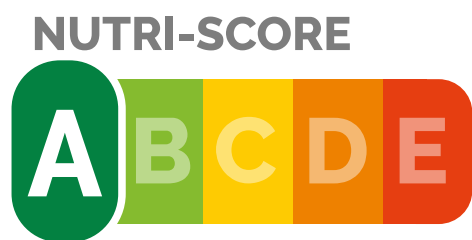
Nutri-Score

Le Nutri-Score est un système d'étiquetage nutritionnel figurant sur le devant de l'emballage, récemment adopté en Belgique, qui utilise une échelle de couleurs et de lettres pour indiquer quels produits sont plus sains que d'autres.

La couleur et la lettre de l'étiquette Nutri-Score sont déterminées à l'aide d'un algorithme de profil nutritionnel mis au point par l'équipe de recherche française en épidémiologie nutritionnelle². Cet algorithme considère que les contenus nutritionnels favorables d'un produit (protéines, contenu en fibres et fruits, légumes, noix) et défavorables (énergie, sucres totaux, graisses saturées, sodium) donnent un score global compris entre -15 (aliments les plus sains) et +40 (aliments moins sains). À noter que l'énergie, les sucres, les matières grasses et la teneur en fruits et légumes sont calculés différemment pour les aliments et pour les boissons.

La note globale obtenue appartient à l'une des cinq catégories suivantes, symbolisées par une combinaison d'une couleur et d'une lettre (vert foncé/A, vert/B, jaune/C, orange/D et rouge/E). Le vert foncé représente la meilleure valeur nutritionnelle (préférable), alors que le rouge représente la pire valeur nutritionnelle (à limiter). Pour un produit donné, l'étiquette Nutri-Score affiche l'ensemble de l'échelle avec la lettre/couleur qui correspond à la qualité nutritionnelle du produit élargie (Figure 1). En utilisant le Nutri-Score, le pain complet ou le yogourt nature est classé dans la catégorie vert foncé/A, les céréales pour le petit-déjeuner au chocolat ou la confiture dans la catégorie jaune/C et les biscuits au chocolat ou les pâtes à tartiner dans la catégorie rouge/E.

Figure 1. Exemple d'étiquette Nutri-Score



Un aspect positif du Nutri-Score est qu'il évalue un produit dans sa globalité, en tenant compte non seulement de ses nutriments malsains, mais également de ses composants positifs. Cela va dans le sens d'une vision plus globale des conseils nutritionnels, qui doivent mettre l'accent sur la qualité des nutriments et les catégories d'aliments (par exemple, légumes, fruits, viande, poisson, produits laitiers), au lieu de se concentrer uniquement sur les calories ou sur les nutriments particuliers à éviter.

Références

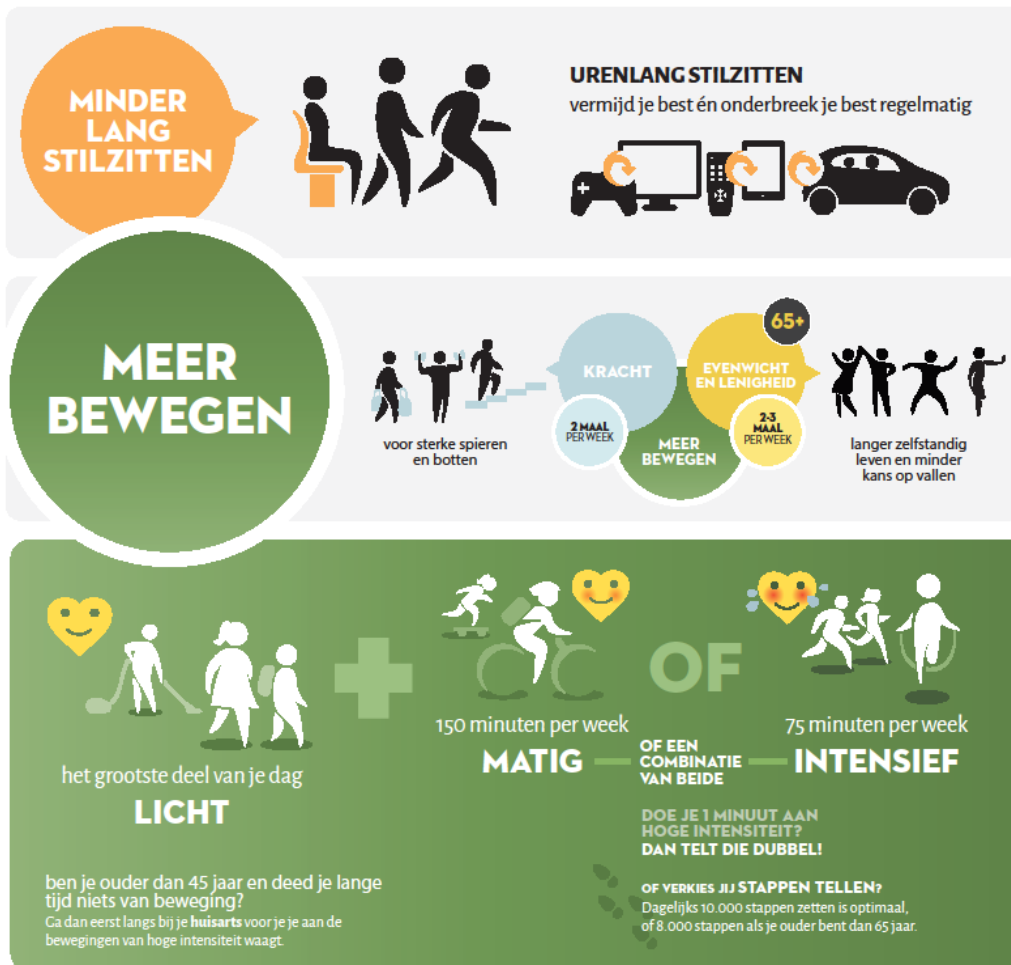
1. *Regulation (EC) No 1924/2006 of the European Parliament and of the Council of 20 December 2006 on nutrition and health claims made on foods*. Disponible à l'adresse : <http://data.europa.eu/eli/reg/2006/1924/oj> and <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/HTML/?uri=LEGISSUM:I21306&from=EN>.
2. Julia, C. and S. Hercberg, *Nutri-Score: Evidence of the effectiveness of the French front-of-pack nutrition label*. Ernährungs Umschau, 2017. **64**(12): p. 181-187.

Annexe : Bewegen en stilzitten bij volwassenen

(Gezond Leven. Disponible à l'adresse : <https://www.gezondleven.be/files/beweging/aanbevelingen-bsg-volwassenen-en-jeugd.pdf>)



Geraak jij niet aan deze aanbevelingen – bijvoorbeeld omdat je **gezondheidstoestand** daar een stokje voor steekt? Probeer dan alsnog zoveel mogelijk te bewegen binnen jouw kunnen.



BEWEGINGSDRIEHOEK: Minder zitten en meer bewegen met de bewegingsdriehoek

Gezond leven? Daar hoort een gezonde mix van zitten, staan en bewegen bij. Maar wat is dat en hoe pak je dat aan? Het Vlaams Instituut Gezond Leven vat het voor jou samen in de bewegingsdriehoek, met enkele Gezond Leven tips op een rij.

Wat doe je het best?

1. Zit minder lang stil én beweeg meer

Beweeg jij veel? Mooi zo, want bewegen is gezond. Al *even* cruciaal is het dat je niet te lang aan één stuk stilzit. Doorbreek lange periodes van zitten regelmatig door recht te staan of een rondje te stappen. Je zult snel merken: dat voelt goed!

2. Zet stap voor stap

Zit jij vaak lang en ononderbroken stil? Maak daar dan geleidelijk aan komaf mee. Begin met regelmatig even recht te staan en te stappen – elk half uur indien mogelijk.

Beweeg je daarnaast niet veel? Introduceer met mondjesmaat meer beweging in je leven. Want élk beetje beweging is beter dan niks. Probeer bijvoorbeeld dagelijks een paar minuutjes meer te bewegen, in je eigen tempo.

Kies voor haalbare doelen, je hoeft heus niet de Himalaya te beklimmen. Elke stap vooruit, richting de gezondheidsaanbevelingen, is een overwinning. Geef niet op wanneer je eens een terugval kent.

3. Ga elke dag voor een gezonde mix

Maak er een gewoonte van om elke dag zitten, staan en bewegen af te wisselen. Probeer het grootste deel van de dag licht intensief te bewegen tijdens je taken: door bijvoorbeeld te stappen op je werk. Beweeg daarnaast dagelijks een stukje met matige intensiteit: neem bijvoorbeeld de fiets naar het werk. Gooi je er nog een wekelijkse portie

beweging aan hoge intensiteit tegenaan? In de vorm van een sportsessie bijvoorbeeld? Dan speel je volop de gezondheidskaart uit. Vergeet niet om je spieren ook wekelijks te trainen en zo te versterken.

Hoe kan je voldoende bewegen en minder stilzitten?

4. Varieer waar je beweegt en minder zit

Hou je ogen open voor kansen om minder te zitten en meer te bewegen. Beperk het niet tot je vrije tijd, maar denk er ook aan wanneer je onderweg of thuis bent en aan je bureau of op school zit.

5. Ruil minder gezonde keuzes in voor gezonde gewoontes

Zit je vaak lang stil? Kom geregeld van je stoel af en sta even recht of maak een ommetje. Of kies een andere vorm van beweging: ga fietsen in plaats van online te surfen bijvoorbeeld.

Is stilzitten niet zozeer een probleem voor jou, maar wil je actiever en fitter worden? Schakel dan een versnelling hoger: vervang dagelijkse licht intensieve activiteiten door matig intensieve bezigheden. Kuier niet langer, maar zet er stevig de pas in. Dat lukt je sneller dan meteen voor joggen te gaan.

6. Voel je goed

Wissel jij zitten, staan en bewegen af in je dagelijkse leven? Dan hou je daar een goed en fit gevoel aan over. Maar die eerste stappen zijn moeilijk, net als volhouden. Bedenk daarom een beloning voor jezelf, die in je gezonde straatje past. Plan bijvoorbeeld een gezellig tripje met familie of vrienden. Geef jezelf een schouderklopje na een gezonde dag. En vooral: kies iets wat je graag en met volle overtuiging doet. Anders haak je in een-twee-drie af.

7. Denk vooruit en plan

Sluit deals met jezelf – en met anderen. Dat maakt het voor veel mensen gemakkelijker om ook écht minder te zitten en meer te bewegen. Bouw je plan op als volgt:

- ✓ *Wat* ga je doen? Bijvoorbeeld 'Ik kijk voortaan minder tv en ga meer wandelen'.
- ✓ *Waar* ga je het doen? Bijvoorbeeld thuis en in de woonwijk.
- ✓ *Wanneer* ga je het doen en *hoelang*? Bijvoorbeeld elke zaterdagmiddag een kwartier.
- ✓ *Wie* helpt je hierbij of doe je het alleen? Samen bewegen werkt motiverend en is aangenamer. Zeker als gezin: zo spoor jij je kinderen aan en geef je het goede voorbeeld.

Denk vooraf na over mogelijke moeilijkheden. En dokter al oplossingen uit. Pak bijvoorbeeld regenkledij voor op de fiets in, wanneer het bewolkt is. Een voorbereid man is er twee waard!

8. Pas je omgeving aan

Richt je omgeving zodanig in dat je eerst naar de gezonde keuze grijpt. En bemoeilijk het voor jezelf om de minder gezonde optie te kiezen. Je kunt minder lang stilzitten en meer bewegen 'uitlokken'. Leg bijvoorbeeld je wandelschoenen en jas vooraan in de kast, zodat je op de dag van je wandeling minder gemakkelijk ervanonder muist.

De bewegingsdriehoek in kleur

- **Oranje zone**

Sedentair gedrag of lang stilzitten: de Vlaming lust er wel pap van. Sedentair gedrag of lang stilzitten is alles wat je doet terwijl je ligt of zit en waarbij je heel weinig energie verbruikt. Slapen hoort daar niet bij.

We brengen gemiddeld meer dan acht uur per dag zittend door: thuis, op school en op het werk. Ook als we onderweg zijn, zitten we in de auto of op de trein en in onze vrije tijd spelen we met de computer, gaan we naar de bioscoop of lezen we een boek.

Elke dag is een uitnodiging om veel en lang te zitten. En dat is niet oké: een gezonde dag bestaat uit een mix van zitten, staan en bewegen. We voelen ons fysiek en mentaal beter in ons vel als we lang stilzitten beperken én onderbreken, om het half uur als het kan.

Als je op de bewegingsdriehoek kijkt, vind je sedentair gedrag of lang stilzitten dan ook terug in de oranje zone.

- **Lichtgroene zone**

Bewegen is gezond. Daarom heeft bewegen de kleur groen. Daarbij geldt: hoe groener de zone, hoe intensiever de beweging.

In licht intensieve beweging schuilen meer gezondheidsvoordelen dan je denkt... Je vindt licht intensief bewegen dan ook terug in de onderste laag van de groene zone in de bewegingsdriehoek. Probeer alvast het grootste deel van elke dag licht intensief te bewegen tijdens je taken: door bijvoorbeeld staand te computeren, huishoudelijke taken, spelen met het gezin, of de trap te nemen.

- **Middelste groene zone**

Heel wat Vlamingen bewegen te weinig om gezond te zijn. Want gezond bewegen is meer dan slenteren of kuieren. Nochtans is stevig wandelen, tuinieren of fietsen haalbaar voor velen en goed voor lichaam én geest.

Matig intensief bewegen levert je meer gezondheidsvoordeel op dan licht intensieve bewegingen: zowel fysiek als mentaal. Beweeg dagelijks dus ook een stukje aan matige intensiteit. Als je matig intensief beweegt, ga je sneller ademen en slaat je hart sneller. Je bent nog niet buiten adem en je kunt nog gewoon praten. Je vindt deze manier van bewegen terug in de middelste groene zone van de bewegingsdriehoek. De bewegingsintensiteit van de lagen eronder en erboven is respectievelijk lager en hoger.

- **Donkergroene zone**

De donkergroene zone bevindt zich bovenaan in de bewegingsdriehoek. Deze zone staat voor hoog intensief bewegen: lopen, een partijtje basketbal, ...

Het verschil met de middelste en onderste laag? Als je hoog intensief beweegt ga je ook zweten. Bewegen aan hoge intensiteit heeft extra voordelen voor je gezondheid in vergelijking met matig en licht intensief bewegen. Beweeg dus minstens één keer per week hoog intensief voor de mooiste gezondheidsbonus!

And last but not least, probeer ook om je spieren wekelijks te trainen en zo te versterken.

De bewegingsdriehoek is gebaseerd op een uitgebreide literatuurstudie, overleg met experts en focusgroepen met de doelgroep.

Annexe : Bewegen en stilzitten bij jeugd

(Gezond Leven. Disponible à l'adresse : <https://www.gezondleven.be/files/beweging/aanbevelingen-bsg-volwassenen-en-jeugd.pdf>)



Geraak jij niet aan deze aanbevelingen – bijvoorbeeld omdat je **gezondheidstoestand** daar een stokje voor steekt? Probeer dan alsnog zoveel mogelijk te bewegen binnen jouw kunnen.



Annexe : Activité physique et sédentarité des Belges

(Karott – Food In Action. Disponible à l'adresse : <https://karott.eqnyte.com/dl/oNOFmgQuSb/>)



Annexe : Déficits en micronutriments les plus fréquents après une chirurgie bariatrique

(Extrait de Busetto L, Dicker D, Azran C et al. *Practical Recommendations of the Obesity Management Task Force of the European Association for the Study of Obesity for the Post-Bariatric Surgery Medical Management*. *Obes Facts*. 2017;10(6):597-632.)

Busetto et al.: Practical Recommendations of the Obesity Management Task Force of the European Association for the Study of Obesity for the Post-Bariatric Surgery Medical Management

Table 5. Major vitamins and minerals deficiencies after bariatric surgery: clinical manifestations and estimated frequency according to the bariatric procedure

Deficiency	Key clinical manifestations	Procedure-related frequency
Iron	microcytic anaemia	AGB + SG ++ RYGB, BPD, BPD/DS +++
Vitamin B12	megaloblastic anaemia neurologic abnormalities	SG, RYGB, BPD, BPD/DS ++
Vitamin D (and calcium)	bone demineralization increased risk of fractures	RYGB ++ BPD, BPD/DS +++
Vitamin A	ocular xerosis night blindness symptoms	BPD, BPD/DS +++
Vitamin E	anaemia ophthalmoplegia peripheral neuropathy	BPD, BPD/DS +++
Vitamin K	easy bleeding	BPD, BPD/DS +

AGB = Adjustable gastric banding; SG = sleeve gastrectomy; RYGB = gastric bypass; BPD = biliopancreatic diversion; BPD/DS = biliopancreatic diversion with duodenal switch.

Annexe : Recommandations pour la grossesse après une chirurgie bariatrique

(Source : Shawe J, Ceulemans D, Akhter Z et al. Pregnancy after bariatric surgery: Consensus recommendations for periconception, antenatal and postnatal care. Obesity Reviews. 2019;0(0).)

✓ Healthy pregnancies after bariatric surgery



Contraception

- Postpone pregnancy until weight has stabilised
- Avoid oral contraception and encourage long-acting reversible contraceptive methods such as IUD



Diet

- Reduce quick-absorbing carbohydrates and opt for protein and low glycaemic index alternatives
- Avoid caffeine and alcohol
- Frequent, smaller meals



Surgical issues

- Inflate and deflate LAGB according to hyperemesis, GWG, and fetal growth
- Assess for internal herniation when abdominal pain is reported and treat promptly



Diabetes

- Avoid OGTT due to risk of dumping syndrome
- Monitor HbA1c every trimester if personal history of diabetes or risk factors
- CGM or seven point CBG between 24 and 28 weeks



Supplements

Vit D >40mcg Iron 45-60mg
 Vit E 15mg Copper 2mg
 Vit K 90-120µg Selenium 50µg
 Thiamine >12mg
 Zinc 8-15mg per 1mg copper
 Calcium 1200-1500mg
 Vit A 5000IU (B-carotene)
 Folic acid 0.4mg, 4-5mg for GDM/obesity



Mental health

- Screen for substance abuse, anxiety, or other mental health disorders
- Offer follow up during and after pregnancy



Fetal monitoring

- Monitor fetal growth every trimester
- Assess for congenital anomalies or developmental problems such as intracranial bleeds



Gestational weight gain

- Monitor GWG according to IOM guidelines and screen for associated complications if necessary



Nutrient levels

- Check serum indices (micronutrients, protein and albumin, FBC, INR) after surgery, preconception, and every trimester in pregnancy and supplement as necessary



Breastfeeding

- Breast milk is not compromised after surgery and breastfeeding is recommended
- Monitor maternal micronutrients during lactation

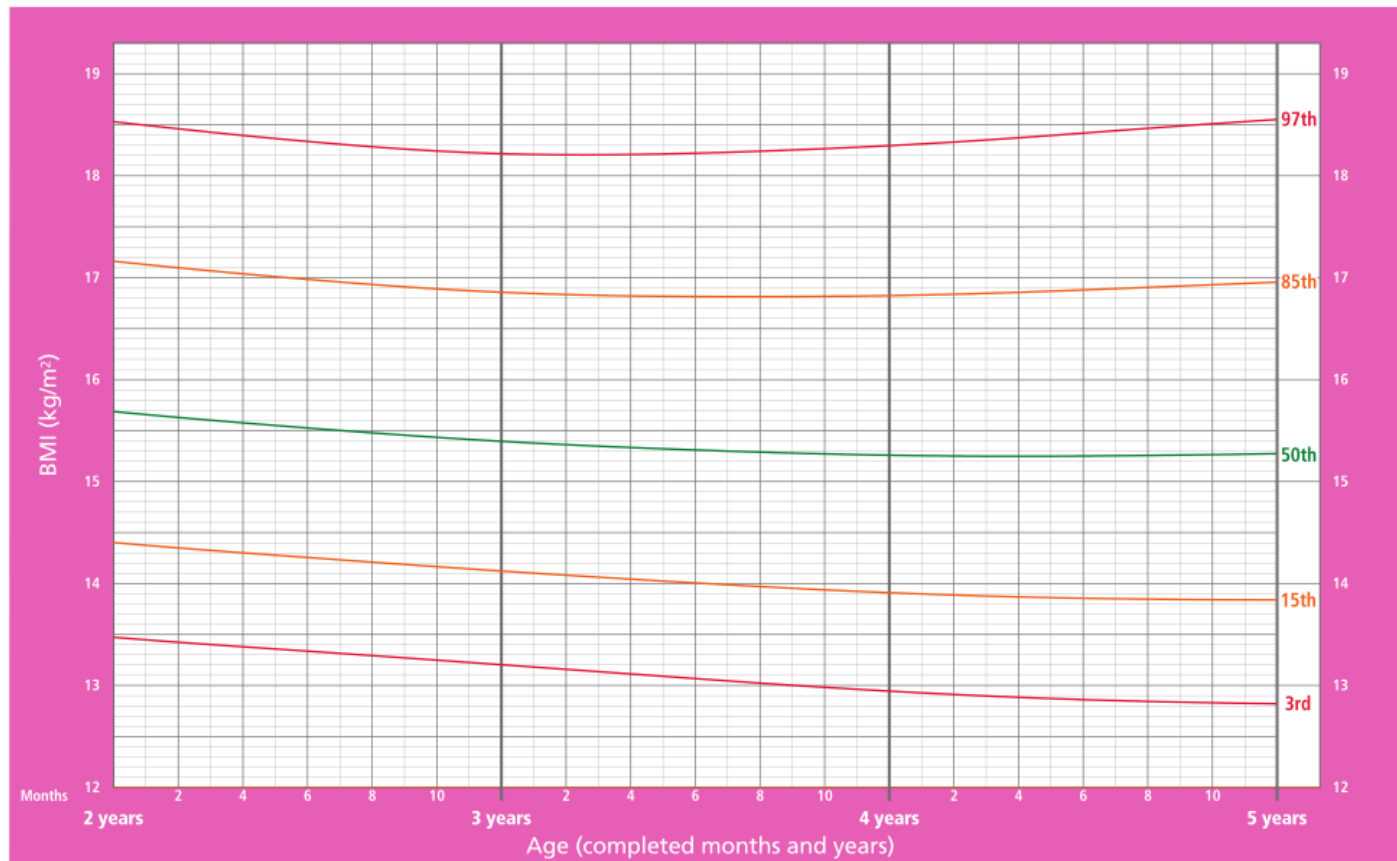
Pregnancy after bariatric surgery: consensus recommendations for periconception, antenatal and postnatal care (2019)
 Shawe J, Ceulemans D, Akhter Z, Neff K, Hart K, Heslehurst N, Stoll I, Agrawal S, Steegers-Theunissen R, Taheri S, Greenslade BV, Rankin J, Huda MSB, Douek IF, Galjaard S, Blumenfeld O, Robinson A, Whyte MB, Mathews E, Devlieger R.

Annexe : Courbes de croissance de l'IMC - Organisation mondiale de la santé

Courbes internationales de croissance pour les filles et les garçons aux âges de 2-5 ans et 5-9 ans ; source : sites internet "WHO child growth standards" et "WHO growth reference data for 5-19 years" (https://www.who.int/childgrowth/standards/bmi_for_age/en/ and <https://www.who.int/growthref/en/>).

BMI-for-age GIRLS

2 to 5 years (percentiles)

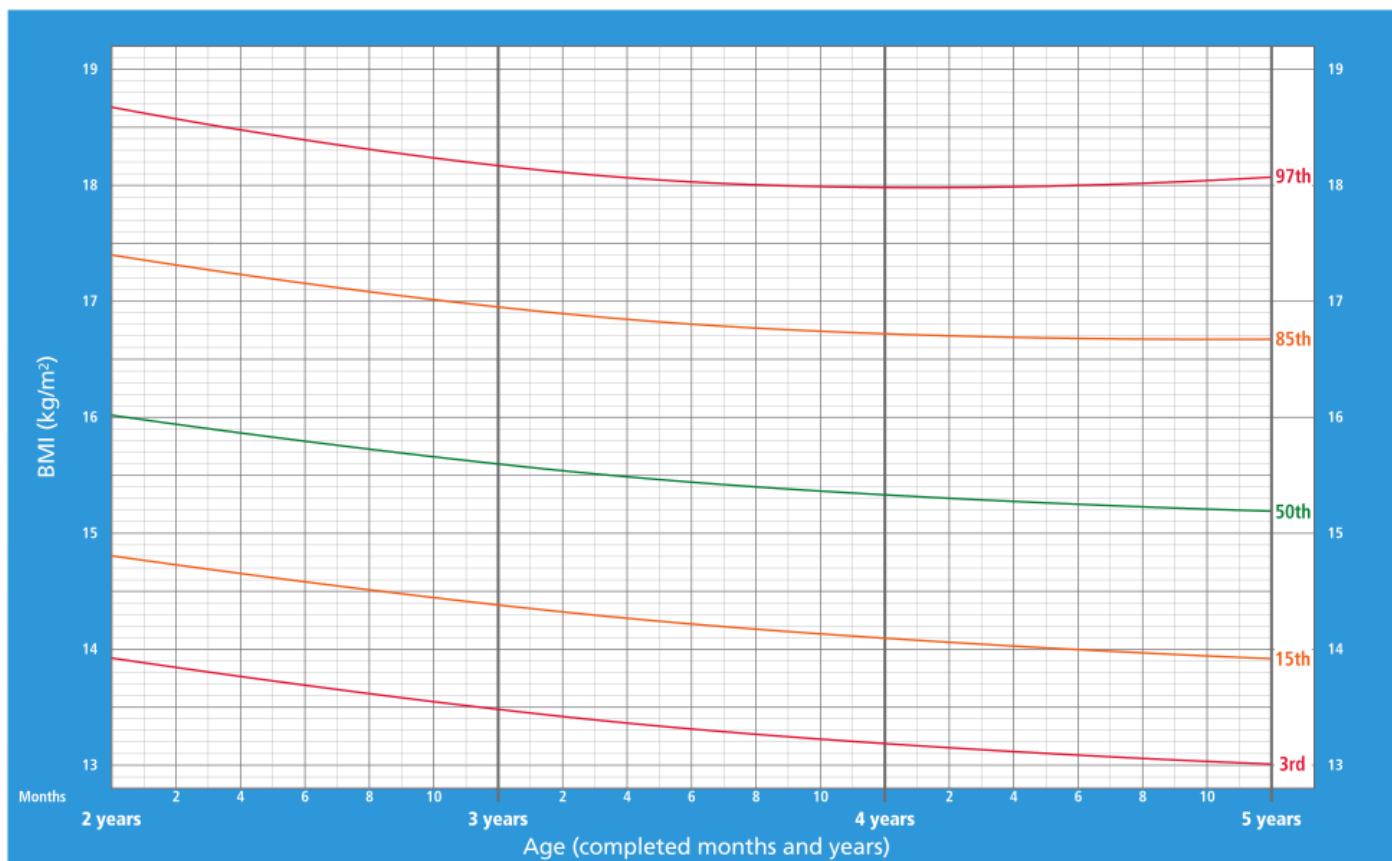


WHO Child Growth Standards

Source : https://www.who.int/childgrowth/standards/cht_bfa_girls_p_2_5.pdf?ua=1; consulté le 11 mars 2019.

BMI-for-age BOYS

2 to 5 years (percentiles)

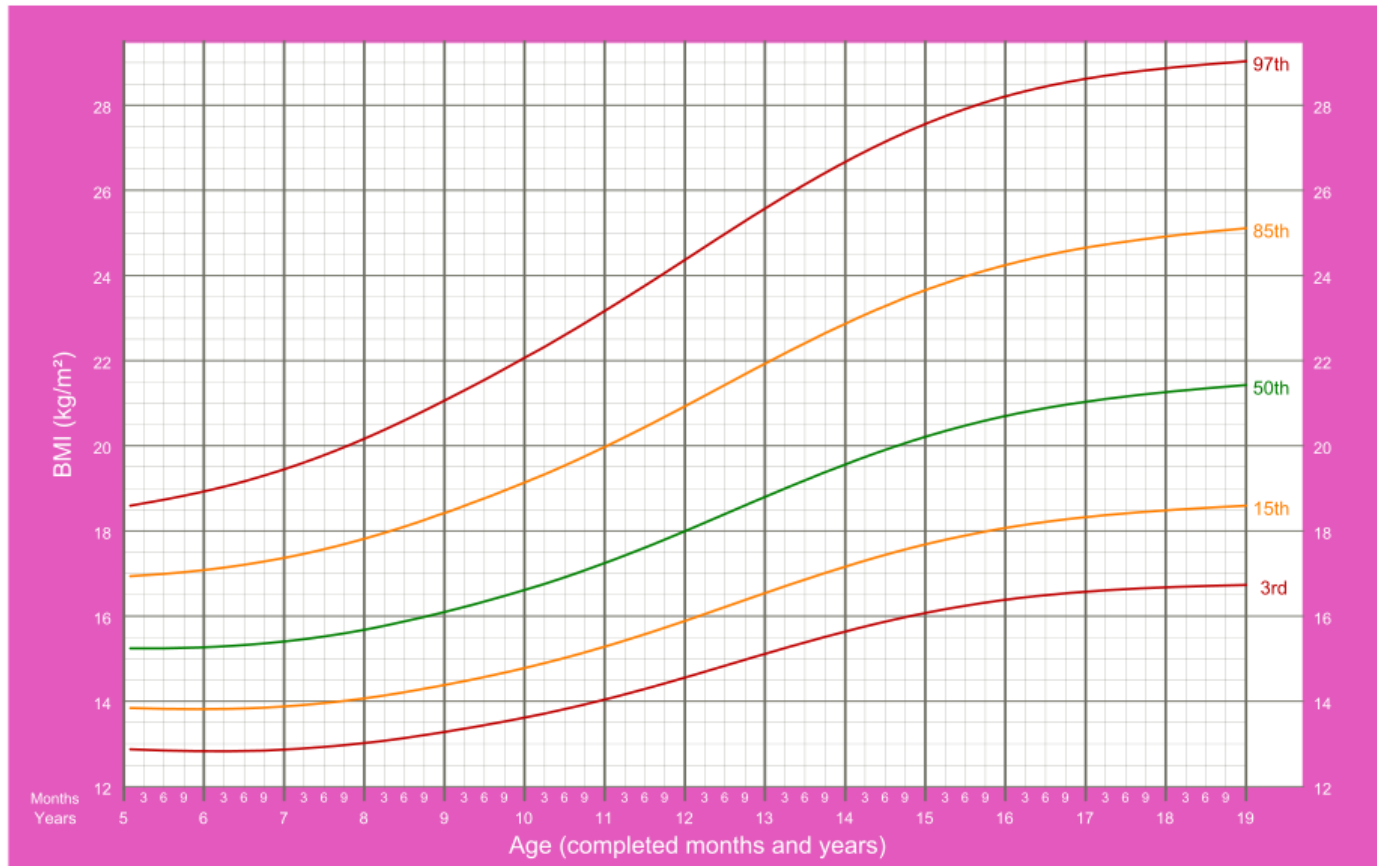


WHO Child Growth Standards

Source : https://www.who.int/childgrowth/standards/cht_bfa_boys_p_2_5.pdf?ua=1; consulté le 11 mars 2019.

BMI-for-age GIRLS

5 to 19 years (percentiles)

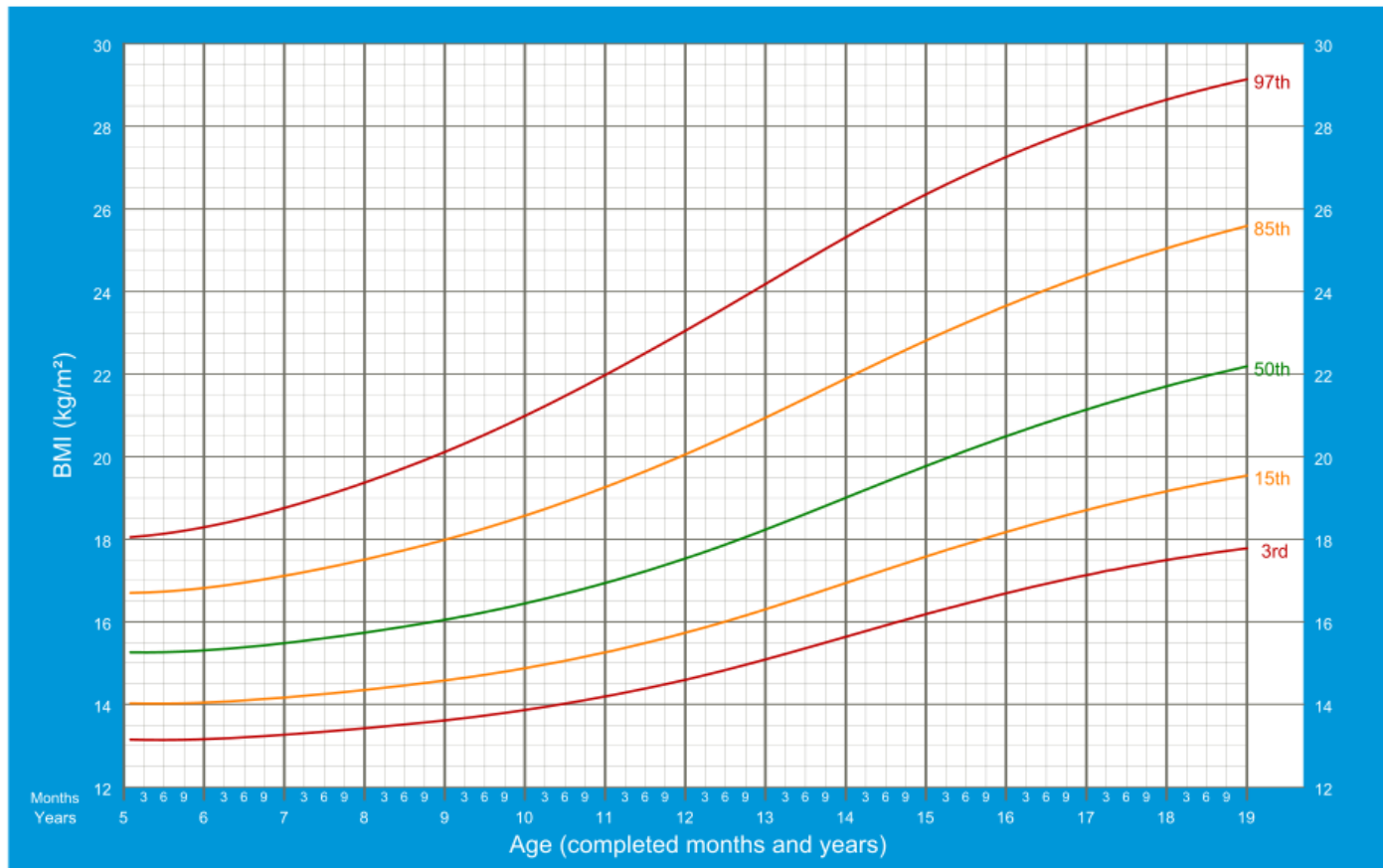


2007 WHO Reference

Source : https://www.who.int/growthref/cht_bmifa_girls_perc_5_19years.pdf?ua=1; consulté le 11 mars 2019.

BMI-for-age BOYS

5 to 19 years (percentiles)



2007 WHO Reference

Source : https://www.who.int/growthref/cht_bmifa_boys_perc_5_19years.pdf?ua=1; consulté le 11 mars 2019.

Annexe : Dépistage des comorbidités chez les enfants atteints de surpoids ou d'obésité

(Source : Styne DM, Arslanian SA, Connor EL, Farooqi IS, Murad MH, Silverstein JH, et al. *Pediatric Obesity-Assessment, Treatment, and Prevention: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. J Clin Endocrinol Metab.* 2017;102(3):709-57. PubMed PMID: 28359099. Pubmed Central PMCID: PMC6283429. Epub 2017/03/31. eng.)

Comorbidity	Tests and Interpretation	Source
Prediabetes HbA1c	5.7% to <6.5% (39 to <48 mmol/mol) (note the unpredictability of this test in pediatrics in the text) ^a	American Diabetes Association (59)
IFG (verify fasting status)	Fasting plasma glucose of ≥ 100 but <126 mg/dL (≥ 5.6 but <7.0 mmol/L)	
IGT (if OGTT is used)	Two-hour glucose of ≥ 140 but <200 mg/dL (≥ 7.8 but <11.1 mmol/L)	
Diabetes mellitus	HbA1c $\geq 6.5\%$ (≥ 48 mmol/mol) ^{a,b} Fasting plasma glucose of ≥ 126 mg/dL (≥ 7.0 mmol/L) (fasting is defined as no caloric intake for 8 h) ^b Two-hour plasma glucose of ≥ 200 mg/dL (≥ 11.1 mmol/L) during an OGTT ^b In a patient with classic symptoms of hyperglycemia, a random plasma glucose of ≥ 200 mg/dL	American Diabetes Association (59)
Dyslipidemia	Fasting lipids Triglycerides (mg/dL) (multiply by 0.0113 to convert to mmol/L): 0–9 y < 75 (acceptable), 75–99 (borderline high), ≥ 100 (high); 10–19 y < 90 (acceptable), 90–129 (borderline high), ≥ 130 (high) LDL cholesterol (mg/dL) (multiply by 0.0259 to convert to mmol/L):	Expert Panel Summary Report (58)

Comorbidity	Tests and Interpretation	Source
	<p><110 (acceptable), 110–129 (borderline high), ≥130 (high)</p> <p>Total cholesterol (mg/dL) (multiply by 0.0259 to convert to mmol/L): <170 (acceptable), 170–199 (borderline high), ≥200 (high)</p> <p>HDL cholesterol (mg/dL) (multiply by 0.0259 to convert to mmol/L): <40 (low), 40–45 (borderline low), >45 (acceptable)</p> <p>Non-HDL cholesterol (mg/dL) (multiply by 0.0259 to convert to mmol/L) (can be nonfasting)</p> <p><120 (acceptable), 120–144 (borderline high), ≥145 (high)</p>	
Prehypertension and hypertension	<p>3–11 y: (standardized according to sex, age, and height percentile)</p> <p>BP > 90th percentile to <95th percentile = prehypertension</p> <p>BP ≥ 95th percentile to <99th percentile + 5 mm Hg = stage 1 HTN</p> <p>BP ≥ 99th percentile + 5 mm Hg = stage 2 HTN</p> <p>12–17 y: (standardized according to sex, age, and height percentile)</p> <p>BP of >90th percentile to <95th percentile or >120/80 = prehypertension</p> <p>BP ≥ 95th percentile to <99th percentile + 5 mm Hg = stage 1 HTN</p> <p>BP ≥ 99th percentile + 5 mm Hg = stage 2 HTN</p> <p>18 to 21 y:</p>	Expert Panel Summary Report (58); Mancia <i>et al.</i> , 2013 (61)

Comorbidity	Tests and Interpretation	Source
	BP \geq 120/80 to 139/89 mm Hg = prehypertension	
	BP \geq 140/90 to 159/99 mm Hg = stage 1 HTN	
	BP \geq 160/100 to 179/109 mm Hg = stage 2 HTN	
	BP $>$ 180/110 mm Hg = stage 3 HTN	
NAFLD	ALT $>$ 25 U/L (boys) and $>$ 22 U/L (girls)	Schwimmer <i>et al.</i> , 2010 (62)
PCOS	Free and total testosterone and SHBG, per Endocrine Society PCOS guidelines ^c	Legro <i>et al.</i> , 2013 (63)
Obstructive sleep apnea	If positive history, refer to pulmonary for nocturnal polysomnography and if not available overnight oximetry	Wise <i>et al.</i> , 2011 (48)
Psychiatric	If positive history, refer to mental health specialist	Zamethkin <i>et al.</i> , 2004 (51)

To convert mg/dL to mmol/L, multiply by 0.0555 for glucose, 0.0259 for cholesterol, and 0.0113 for triglycerides.

Abbreviations: BP, blood pressure; HDL, high-density lipoprotein; HTN, hypertension; IFG, impaired fasting glucose; IGT, impaired glucose tolerance; LDL, low-density lipoprotein; NAFLD, non-alcoholic fatty liver disease; OGTT, oral glucose tolerance test (1.75 g/kg, maximum 75 g); PCOS, polycystic ovary syndrome.

^aThe test should be performed in a laboratory using a method that is NGSP certified and standardized to the DCCT assay.

^bIn the absence of unequivocal hyperglycemia, should be confirmed by repeat testing.

^cGiven variability in testosterone levels and the poor standardization of assays, it is difficult to define an absolute level that is diagnostic of PCOS or other causes of hyperandrogenism (familiarity with local assays recommended) (63). The preferred assay is HPLC tandem mass spectroscopy (64). [Derived from (a) ADA, 2014 (60); (b) Expert Panel 2011 (58); (c) Schwimmer *et al.*, 2010 (62); (d) Legro *et al.*, 2013 (63); (e) Wise *et al.*, 2011 (48); (f) Zametkin *et al.*, 2004 (51)].

Références du tableau :

48. Wise MS, Nichols CD, Grigg-Damberger MM et al. Executive summary of respiratory indications for polysomnography in children: an evidence-based review. *Sleep*. 2011;34(3):389-398AW.

51. Zametkin AJ, Zoon CK, Klein HW et al. Psychiatric aspects of child and adolescent obesity: a review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2004;43(2):134-150.

58. Expert Panel on Integrated Guidelines for Cardiovascular Health and Risk Reduction in Children and Adolescents - National Heart Lung and Blood Institute. Expert panel on integrated guidelines for cardiovascular health and risk reduction in children and adolescents: summary report. *Pediatrics*. 2011;128 Suppl 5:S213-256.
59. American Diabetes Association. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. *Diabetes Care*. 2014;37 Suppl 1:S81-90.
60. American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes--2014. *Diabetes Care*. 2014;37 Suppl 1:S14-80.
61. Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K et al. 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension: the Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). *J Hypertens*. 2013;31(7):1281-1357.
62. Schwimmer JB, Dunn W, Norman GJ et al. SAFETY study: alanine aminotransferase cutoff values are set too high for reliable detection of pediatric chronic liver disease. *Gastroenterology*. 2010;138(4):1357-1364, 1364 e1351-1352.
63. Legro RS, Arslanian SA, Ehrmann DA et al. Diagnosis and treatment of polycystic ovary syndrome: an Endocrine Society clinical practice guideline. *J Clin Endocrinol Metab*. 2013;98(12):4565-4592.
64. Rosner W, Auchus RJ, Azziz R et al. Position statement: Utility, limitations, and pitfalls in measuring testosterone: an Endocrine Society position statement. *J Clin Endocrinol Metab*. 2007;92(2):405-413.

Annexe : Edmonton Obesity Score Staging System – Outil pédiatrique de classification par stades (EOSS-P)

(Source : Hadjiyannakis S, Buchholz A, Chanoine JP et al. The Edmonton Obesity Staging System for Pediatrics: A proposed clinical staging system for paediatric obesity. *Paediatr Child Health*. 2016;21(1):21-26.)

EOSS-P: Edmonton Obesity Staging System – Pediatrics Staging Tool	<div>Stage 0</div>	<ul style="list-style-type: none"> • Metabolic: No metabolic abnormalities • Mechanical: No functional limitations • Mental: No psychopathology • Milieu: No parental, familial or social environment concerns
	<div>Stage 1</div>	<ul style="list-style-type: none"> • Metabolic: Mild metabolic abnormalities (i.e. IGT, pre-hypertension, mild lipid abnormalities, mild fatty infiltration of liver/elevation in transaminases) • Mechanical: Mild bio-mechanical complications (i.e. OSA not requiring PAP therapy, mild MSK pain not interfering with ADL, GERD) • Mental: Mild psychopathology, ADHD, LD, mild body image pre-occupation, occasional emotional/binge eating, bullying, mild developmental delay • Milieu: Minor problems in relationships, minor limitations in caregivers ability to support child's needs
	<div>Stage 2</div>	<ul style="list-style-type: none"> • Metabolic: Moderate metabolic complications requiring pharmacotherapy (i.e. Type 2 Diabetes, Hypertension, lipid abnormalities, PCOS, moderate to severe fatty infiltration of liver) • Mechanical: Moderate bio-mechanical complications (i.e. OSA requiring PAP therapy, GERD, MSK pain limiting activity, moderate limitations in ADLs) • Mental: Moderate mental health issues (i.e. major depression, anxiety, frequent binge, significant body image disturbance, moderate developmental delay) • Milieu: Moderate problems in relationships, significant bullying at home or at school, significant limitations in caregivers ability to support child's needs
	<div>Stage 3</div>	<ul style="list-style-type: none"> • Metabolic: Uncontrolled metabolic complications (i.e. T2DM (+ complications/ not meeting glycemic targets), uncontrolled hypertension, FSGS, markedly elevated liver enzymes and/or liver dysfunction, symptomatic gall stones, marked lipid abnormalities) • Mechanical: OSA requiring PAP therapy and suppl. oxygen, limited mobility, shortness of breath sitting/sleeping • Mental: Uncontrolled psychopathology, school refusal, daily binge eating, severe body image disturbance • Milieu: Severe problems in relationships, caregivers unable to support child's needs (may include exposure to family violence), dangerous environment (home, neighbourhood or school)

ADHD, Attention deficit hyperactivity disorder; ADL, Activities of daily living; FSGS, Focal segmental glomerulosclerosis; GERD, Gastroesophageal reflux disease; IGT, Impaired glucose tolerance; LD, Learning disability; MSK, Musculoskeletal; OSA, Obstructive sleep apnea; PAP, Positive airway pressure; PCOS, Polycystic ovary syndrome; Suppl, Supplemental; T2DM, Type 2 diabetes mellitus.

Annexe : Communiquer sur les comportements alimentaires et le poids

Après le genre et l'âge, le poids est une source majeure de discrimination, à un niveau comparable aux discriminations ethniques¹. Les personnes qui souffrent d'un trouble du comportement alimentaire ou qui ont des problèmes de poids sont bien souvent stigmatisées. Malheureusement, dans de nombreux cas, l'opinion publique estime (à tort) que le patient est seul responsable de ces problèmes, par exemple, que les individus atteints d'obésité doivent « manger moins et faire plus d'exercice », et que les personnes qui souffrent de troubles alimentaires ne sont pas assez résistantes à la pression socioculturelle « normale » qui pousse à la minceur.

Les personnes qui n'ont pas de problèmes de poids peuvent également être négativement affectées par ces messages stigmatisants, notamment lorsqu'elles ne sont pas satisfaites de leur corps : elles sont soumises à un stress généré par ces messages (par ex., dans les médias) et se sentent moins capables de contrôler leurs comportements alimentaires. Elles peuvent également acquérir des opinions biaisées concernant les personnes qui souffrent de troubles du comportement alimentaire ou de problèmes de poids.

Il est bien moins facile de contrôler son poids que ce que la perception sociale et l'industrie de l'amaigrissement veulent bien nous faire croire. Nombre de facteurs impliqués ne sont que partiellement contrôlables². Un poids normal n'est pas garant d'une bonne santé, de la même façon que le surpoids ou l'insuffisance pondérale ne sont pas synonymes de maladie^{3, 4}. En principe, il est possible d'opter pour un mode de vie plus sain – ainsi que pour les bienfaits pour la santé qui y sont associés – peu importe le poids⁵.

Toutes ces informations montrent clairement qu'il faut être prudent en communiquant sur l'alimentation, l'exercice et le poids, pour ne pas contribuer à une stigmatisation et une préoccupation malvenue concernant la nutrition, le poids et la morphologie. Si l'on ne réfléchit pas attentivement aux messages anti-obésité que l'on délivre, on peut renforcer une image de soi négative ou un régime alimentaire malsain, augmentant ainsi le risque de troubles alimentaires. Par conséquent, des messages concernant l'obésité et la prévention des troubles alimentaires doivent être intégrés.

Toute communication sur le poids et les comportements alimentaires repose sur deux piliers : 1) il convient d'éviter la stigmatisation basée sur le poids et la morphologie et 2) il ne faut pas augmenter le risque de troubles du comportement alimentaire. Concernant la stigmatisation, il ne faut donner ni la

sensation de rejeter la faute sur le patient, ni l'impression que son (sur)poids dépend entièrement de lui. Communiquer conformément à la théorie de l'auto-détermination et aux techniques de l'entretien motivationnel, utiliser un langage centré sur la personne, se focaliser sur l'amélioration de la santé au lieu de la perte de poids et prodiguer des soins (médicaux) égaux à tous, peu importe leur poids ou leurs comportements alimentaires : tout cela peut contribuer à réduire la stigmatisation. Concernant la prévention des troubles alimentaires, il convient d'éviter de parler de nourriture sans nuancer ses propos (« bons » aliments d'un côté, « mauvais » de l'autre), de mentionner des pratiques de gestion du poids mauvaises pour la santé ou d'évoquer l'insatisfaction à l'égard du corps.

Chez les enfants, la communication relative au poids et aux comportements alimentaires doit contribuer à un développement normal des comportements alimentaires et de l'image de soi. Il est nécessaire de transmettre cette approche positive aux parents, de façon à ce qu'ils ne s'inquiètent pas excessivement et ne développent pas de stratégies de contrôle ou d'alimentation qui se révéleraient contre-productives.

Les pages suivantes proposent des conseils aux prestataires de santé et aux parents en termes de stratégies de communication, de façon à pouvoir discuter correctement du poids et des comportements alimentaires sans induire de stigmatisation ou favoriser de troubles alimentaires.

STRATÉGIES DE COMMUNICATION POUR LES PRESTATAIRES DE SANTÉ

La société voit le prestataire de santé comme une figure de référence. Ainsi, il est crucial que les prestataires de santé communiquent de façon appropriée et sans jugement avec la population en général et les patients en particulier. Il est ainsi possible d'accroître les bénéfices pour la santé des programmes de prévention et de gestion du poids, tout en empêchant la stigmatisation et la survenue de troubles alimentaires ainsi que d'autres complications. Lorsque les professionnels de santé stigmatisent, les patients peuvent être par exemple plus enclins à sauter des rendez-vous médicaux, ce qui augmente les risques pour leur santé.

De nombreuses stratégies sont à disposition des prestataires de santé pour créer un environnement d'aide aux patients dénué de jugement⁶ :

1. Combattez la stigmatisation :

- a) Promouvez le respect de la diversité des morphologies.
- b) Évitez d'utiliser un langage qui transmet des messages « anti-gras » (où le « gras » concerne aussi bien la nourriture que les tissus adipeux), par exemple : « le gras, c'est mal » ou « les personnes obèses mangent trop ».

- c) Évitez d'employer un langage centré sur l'apparence physique, par exemple « mince », « maigre » et « gros ».
 - d) Réfléchissez à vos propres opinions concernant l'alimentation et les problèmes de poids et à leur impact possible sur les patients.
 - e) Vérifiez si le patient a intériorisé les effets de la stigmatisation, et aidez-le à affronter les situations stigmatisantes difficiles ou douloureuses.
 - f) Considérez le patient comme une personne à part entière, et non comme un « malade ».
 - g) Communiquez avec le patient conformément aux théories motivationnelles (entretien motivationnel, théorie de l'auto-détermination). Par exemple, commencez par bâtir une relation basée sur la confiance, puis demandez la permission du patient pour parler du poids, interrogez-le ce qu'il a déjà essayé de faire, ce qui l'a aidé ou non, établissez ensemble des objectifs.
 - h) Donnez des conseils qui correspondent aux besoins du patient en termes d'autonomie, d'appartenance et de compétence.
 - i) Soulignez les forces du patient et motivez-le en mettant en lumière les efforts déjà accomplis.
2. Évitez de vous focaliser de façon unilatérale sur le poids. Concentrez-vous plutôt sur les bienfaits pour la santé et sur le mode de vie sain :
- a) Les messages doivent viser à favoriser la santé et un mode de vie sain au lieu de se concentrer sur le poids (ou la perte de poids). Souligner uniquement la perte pondérale contribue à la surévaluation du poids et de la morphologie, ainsi qu'à des attitudes négatives face à son surpoids, avec des conséquences néfastes pour le bien-être physique, social et psychologique.
 - b) Concentrez-vous sur les bénéfices d'un mode de vie sain plutôt que sur les risques d'un comportement malsain.
 - c) Affirmez que le poids n'est pas synonyme d'un mode de vie (mal)sain.
 - d) Soulignez le changement comportemental et non le poids affiché sur la balance.
 - e) Transmettez le message qu'une alimentation saine s'appuie sur trois principes : aliments variés, portions de taille adaptée et équilibre. Une bonne alimentation nécessite des aliments variés, sans en exclure entièrement certains (pas d'aliments « interdits »). Aucun aliment

n'est « malsain » en soi, tant qu'il n'y a pas d'excès et que l'ensemble de l'alimentation est équilibré.

3. Favorisez le bien-être et l'image positive de soi :

- a) Recourez à des messages positifs pour favoriser le développement d'une bonne image de soi et fixer des objectifs physiques réalistes et sains.
- b) L'alimentation n'est pas le seul facteur qui définit la santé. Cette dernière comporte aussi des aspects sociaux, émotionnels et physiques. Dès lors il ne faut pas uniquement souligner l'importance d'une activité physique suffisante et de choix alimentaires sains, mais également promouvoir l'estime de soi, le contact social et la satisfaction de son corps.
- c) Pour encourager les gens à bouger plus (et rester moins assis), renforcez leur motivation en soulignant que l'exercice peut être amusant et plaisant (par ex., en choisissant des activités que l'on aime ou en faisant du sport avec un ami). La perte de poids et l'insatisfaction à l'égard du corps ne constituent pas des motivations suffisantes pour un changement comportemental sur le long terme.
- d) Soyez prudent lorsque vous abordez les symptômes ou les conséquences des troubles alimentaires, car ceci peut augmenter leur prévalence.

Les prestataires de santé doivent aussi éviter certaines pratiques qui peuvent mener à la stigmatisation ou aux troubles alimentaires :

- a) N'instillez pas de sentiment de peur ou de honte pour essayer de « réveiller » le patient (par ex., ne pas éveiller la peur face à certains aliments, ne pas utiliser de messages « anti-gras », ne pas stigmatiser le fait « d'être gros »).
- b) Assurez-vous que votre environnement et votre matériel de travail sont adaptés à tous les groupes cibles. Par exemple, assurez-vous que votre matériel médical est adapté aux personnes atteintes d'obésité. Dans la salle d'attente, remplacez les magazines de mode (qui montrent généralement des mannequins minces et comportent de nombreuses pubs pour des régimes miracles) par des alternatives non stigmatisantes, par exemple des magazines de voyage ou de loisirs.
- c) Évitez de raccourcir les consultations ou d'explorer moins d'hypothèses dans le cas de problèmes de santé chez les personnes qui ont un problème de poids.

STRATÉGIES DE COMMUNICATION POUR LES PARENTS

Les parents jouent un rôle clé dans le traitement ou la prévention de l'obésité chez leur enfant. Les prestataires de santé doivent transmettre aux parents des informations pour les aider à favoriser un mode de vie sain chez leurs enfants, y compris des informations sur la façon de communiquer sur le poids et les comportements alimentaires et sur la façon d'y réagir. Ci-dessous, nous présentons quelques stratégies de communication que les parents peuvent suivre pour aider leurs enfants à développer un mode de vie sain et une image de soi positive, mais aussi pour éviter la stigmatisation et la survenue de troubles du comportement alimentaire⁷.

1. Évitez de vous focaliser de façon unilatérale sur le poids. Concentrez-vous plutôt sur un mode de vie sain :
 - a) De nombreux aspects influent sur l'image saine de soi, dans de nombreux domaines de la vie. Ne permettez pas à l'image que vous avez de vous-même d'être définie uniquement par votre poids. Soyez un modèle d'acceptation de soi pour votre enfant.
 - b) Ne répandez pas d'opinions négatives sur le surpoids ou l'obésité (par ex., « les personnes en surpoids ne savent pas se contrôler »).
 - c) Donnez à vos enfants des informations adaptées à leur âge concernant une alimentation équilibrée et un niveau d'exercice physique correct, en accord avec les recommandations en matière d'alimentation et d'activité physique (voir annexes « Voedingsdriehoek (Gezond Leven) », « Pyramide alimentaire (Food in Action) », « Activité physique et sédentarité des Belges », « Bewegen en stilzitten bij volwassenen » et « Bewegen en stilzitten bij jeugd »).
 - d) Enseignez à vos enfants l'importance aussi bien des habitudes alimentaires régulières, à savoir trois repas principaux et deux à trois encas équilibrés, que d'un temps de sommeil suffisant.
 - e) Ne surcontrôlez pas la *quantité* que mangent vos enfants lorsque vous estimez qu'ils mangent « beaucoup » ou « trop peu ». Faites confiance à leur régulation homéostatique (sensations de faim et de satiété).
 - f) Ne surcontrôlez pas la *qualité* de ce que mangent vos enfants ; les aliments interdits n'en sont que plus attirants.
 - g) Évitez les disputes à table. À table, il convient d'appliquer la règle du « partage des responsabilités » : les parents décident de ce qu'il y a à manger et du moment des repas, et l'enfant décide s'il mange ou non, et en quelle quantité. Vous ne devez ni punir votre enfant

quand il a peu mangé, ni le récompenser quand il finit son assiette. D'un côté, quand un enfant mange peu, voire pas du tout, pendant un repas, mieux vaut ne pas trop y prêter attention. Toutefois, ne lui donnez pas d'encas ni de boissons (à haute teneur en calorie mais à faibles valeurs nutritionnelles) avant le prochain repas. D'un autre côté, l'enfant peut aussi demander à être resservi s'il a encore faim, même s'il n'est pas obligé d'entièrement finir cette deuxième assiette. Il est important que les parents décident quoi lui donner pour cette portion supplémentaire.

2. Stimulez les comportements alimentaires équilibrés :

- a) Apprenez à vos enfants à manger trois repas principaux et deux à trois encas équilibrés par jour. Donnez-leur l'exemple vous-même, en tant que parent.
- b) Au lieu de recourir à des stratégies de récompense et de punition, rendez « attirant » le comportement alimentaire que vous souhaitez que vos enfants adoptent. Stimulez leurs sens (laissez-les sentir, goûter, regarder et toucher les nouveaux aliments). Laissez-les aider à la cuisine. Présentez les aliments sains d'une façon attrayante.
- c) Lorsque les enfants se servent eux-mêmes, guidez-les pour les quantités, par exemple : « Commence par prendre une louche, tu pourras en reprendre une après ».
- d) Assurez-vous que le choix le plus sain soit aussi le plus facile. Apprenez à vos enfants à préparer (en toute sécurité) des fruits et légumes « prêts à consommer ».
- e) Gardez des aliments équilibrés à la vue des enfants. Par exemple, placez une corbeille de fruits à portée. Variez aussi les fruits et légumes proposés pour qu'ils restent intéressants.
- f) Ne variez pas trop le choix d'encas à teneur élevée en sucres et en lipides, gardez-les hors de vue et loin de la télévision. Toutefois, ne les bannissez pas entièrement et n'interdisez pas à votre enfant d'en manger. Un plaisir de temps à autre ne fait pas de mal.

3. Favorisez la pensée critique (y compris vis-à-vis de l'idéal de la minceur) :

- a) Soulignez aux adolescents que les médias populaires recourent à diverses techniques pour créer des images en adéquation avec l'idéal de la minceur, mais que dans la plupart des cas, ces images ne reflètent pas la réalité.
- b) Réfléchissez à vos propres comportements et idéaux en tant que parent : essayez-vous d'atteindre l'idéal de la minceur ? Faites-vous des « régimes miracle » ? Critiquez-vous les

personnes qui ont pris du poids ou sont un peu plus épaisses que les autres ? N'oubliez pas que vous êtes un modèle pour vos enfants.

- c) Encouragez la pensée critique envers les réseaux sociaux, par exemple : vous montrez-vous toujours de façon positive, parfaite et heureuse sur les réseaux sociaux ? Ou renvoyez-vous parfois une image différente de vous-même ?

4. Favorisez le bien-être et l'image positive de soi :

- a) Assurez-vous que les enfants et les adolescents se sentent bien dans leur environnement.
- b) Apprenez-leur à prendre soin de leur corps et à découvrir ce que leur corps peut faire (il nous permet de chanter et danser, faire des câlins, aller où on veut...)
- c) Ne recourez pas à l'insatisfaction à l'égard du corps en tant que motivation pour changer de comportement (de mode de vie).
- d) Encouragez les hobbies et les centres d'intérêt.
- e) Complimentez votre enfant sur ses efforts et sur sa façon de gérer une situation, pas sur les résultats obtenus.
- f) Osez faire des erreurs. Montrez à vos enfants qu'ils peuvent apprendre de leurs erreurs.

5. Évitez le langage qui transmet des messages « anti-gras » explicites comme implicites :

- a) Évitez les propos non nuancés, par exemple, « tu dois... » et « tu ne peux pas... », ainsi que les éléments de langage qui se concentrent sur l'apparence physique, comme « mince » ou « gros ». Évitez de dire à votre enfant qu'il est « gros », ou toute autre description négative. Pour un enfant, cette remarque peut vouloir dire qu'il a fait quelque chose de mal, ou qu'il n'est pas aimé.
- b) Évitez d'utiliser un langage qui transmet des messages « anti-gras » implicites comme explicites, par exemple : « le gras, c'est mal » ou « les personnes en surpoids sont en mauvaise santé ».
- c) Préférez des messages positifs pour favoriser la bonne image de soi et fixer des objectifs physiques réalistes et sains. Par exemple, demandez : « De quoi ton corps a-t-il besoin pour avoir l'énergie de faire les choses que tu aimes ? » ou bien « Combien d'exercice te faut-il

pour te sentir bien ? ». Évitez les déclarations comme : « Tu dois faire plus d'exercice parce que tu es trop gros ».

6. Ne mettez pas les troubles alimentaires en lumière :

- a) Vous n'avez pas à prévenir vos enfants de l'existence de troubles alimentaires (ou d'obésité, de maladie). Vous attireriez ainsi leur attention sur ces comportements problématiques (alimentaires) tout en les normalisant.
- b) Si les comportements alimentaires de votre enfant ont des effets néfastes sur divers aspects de sa vie (par ex., école, contact social avec ses amis, hobbies, etc.), demandez de l'aide à un professionnel. En tant que parent, vous pouvez rester dans votre rôle d'aidant et de figure de soutien. Vous n'êtes pas obligé(e) de devenir un prestataire de soins professionnel.

Encadré. Documents et sources complémentaires (en néerlandais)

Dossiers sur différents aspects d'un mode de vie sain (y compris en termes d'estime de soi et de régulation des émotions).

- Mode de vie sain : dossier pour les adolescents. https://eetexpert.be/wp-content/uploads/2019/08/Fiche_jongeren_Final.pdf
- Mode de vie sain : dossier pour les parents. https://eetexpert.be/wp-content/uploads/2019/08/Ondersteuningsmateriaal-aug-gezonde-leefstijl_Final.pdf

Dossiers et sites Internet pour favoriser le développement normal des comportements alimentaires

- Mangeons : dossier pour les parents. https://eetexpert.be/wp-content/uploads/2019/08/Ondersteuningsmateriaal_juni_Final.pdf
- Aide au développement normal des comportements alimentaires : messages clés. Dossier pour les professionnels de santé. https://eetexpert.be/wp-content/uploads/2019/07/Groeiwijzer-Samenvattingsfiche_en_tips_EE.pdf
- Site Internet pour les parents d'enfants et adolescents du 'Vlaams Instituut Gezond Leven' : www.gezondopvoeden.be
- Site Internet 'Kind en Gezin' pour les parents d'enfants en bas âge : www.kindengezin.be/voeding-en-beweging/eten-en-drinken/

Dossiers sur la communication (non stigmatisante) relative aux comportements alimentaires et au poids

- Communiquer sans stigmatiser : dossiers pour les professionnels de santé.
http://www.draaiboeken.eetexpert.be/static/uploads/basisdraaiboek/Fiche_Stigmatisering_Hulpverleners.pdf
- Communiquer sur le poids et la santé : dossier pour les parents. https://eetexpert.be/wp-content/uploads/2019/08/Ondersteuningsmateriaal-September_Final.pdf
- Communiquer sur les comportements alimentaires et le poids : dossier pour les parents.
https://eetexpert.be/wp-content/uploads/2019/07/Fiche_Communiceren_Eten_Gewicht.pdf

Dossiers sur deux facteurs de risque communs aux troubles alimentaires et aux problèmes de poids : restrictions alimentaires et insatisfaction à l'égard du corps.

- « Beach body » – Astuces parentales pour favoriser une image de soi positive chez ses enfants
https://eetexpert.be/wp-content/uploads/2019/08/Ondersteuningsmateriaal_juli_Final.pdf
- Restrictions alimentaires : quel mal y a-t-il ? – Dossier pour les professionnels de santé et le grand public : https://eetexpert.be/wp-content/uploads/2019/08/Ondersteuningsmateriaal_Lijnen_Final.pdf

« La santé dans toutes les politiques » : recommandations pour différentes configurations

- Au travail : https://eetexpert.be/wp-content/uploads/2019/09/HIAP_werk.pdf
- À l'école : https://eetexpert.be/wp-content/uploads/2019/09/HIAP_Onderwijs.pdf
- Au niveau du gouvernement local : https://eetexpert.be/wp-content/uploads/2019/09/HIAP_lokale_besturen.pdf

Références

1. Maïano, C. and A. Aimé, *Weight-based stigmatization: A special issue on determinants, mediating mechanisms, and intervention programs*. Revue Européenne de Psychologie Appliquée/European Review of Applied Psychology, 2017. **67**(3): p. 113-115.
2. Vartanian, L.R. and J.M. Smyth, *Primum non nocere: obesity stigma and public health*. J Bioeth Inq, 2013. **10**(1): p. 49-57.
3. Estour, B., et al., *Differentiating constitutional thinness from anorexia nervosa in DSM 5 era*. Psychoneuroendocrinology, 2017. **84**: p. 94-100.
4. Tomiyama, A.J., et al., *Misclassification of cardiometabolic health when using body mass index categories in NHANES 2005-2012*. Int J Obes (Lond), 2016. **40**(5): p. 883-6.

5. Northern Health, *Position on health, weight and obesity*, N.H. Canada, Editor. 2012.
6. Eetexpert. *Tips voor niet-stigmatiserend communiceren over gewicht, lichaamsvormen, & eet-/gewichtproblemen—voor hulpverleners.*; Available from: http://www.draaiboeken.eetexpert.be/static/uploads/basisdraaiboek/Fiche_Stigmatisering_Hulpverleners.pdf
7. Eetexpert. *Gewicht en gezondheid: Tips voor ouders*. Available from: https://eetexpert.be/wp-content/uploads/2019/08/Ondersteuningsmateriaal-September_Final.pdf.