

# Approche diététique du surpoids pédiatrique

*[ebook.ecog-obesity.eu/fr/traitement/approche-dietetique-du-surpoids-pediatrique](http://ebook.ecog-obesity.eu/fr/traitement/approche-dietetique-du-surpoids-pediatrique)*



**Véronique Nègre**

Dr Véronique Nègre, RéPPOP en Franche Comté et CHU Nice – France  
[veronique-negre@wanadoo.fr](mailto:veronique-negre@wanadoo.fr)

# Principes généraux

L'obésité résulte, à l'échelle individuelle, d'un déséquilibre de la balance énergétique chez un enfant présentant un ou des facteurs de risque. L'approche thérapeutique doit donc tendre à aider l'enfant ou l'adolescent et sa famille à lutter progressivement contre ce déséquilibre entre apports (alimentation) et dépenses énergétiques (sédentarité, activité physique...), en prenant en compte les aspects psychologiques et sociaux.

L'approche diététique est donc nécessaire mais elle n'est pas suffisante à elle seule et doit s'intégrer à une prise en charge globale.

**Les recommandations européennes et internationales (1-10) s'accordent pour proposer :**

- une approche comportementale personnalisée, visant à diminuer l'apport énergétique global,
- la promotion d'une alimentation variée et équilibrée en insistant sur la prise d'un petit déjeuner, la consommation de fruits et de légumes, la limitation des produits « snack foods » et des boissons sucrées,
- des conseils adaptés à l'âge de l'enfant impliquant l'entourage familial,
- la contre indication des régimes hypocaloriques drastiques.

Au delà du contenu de l'assiette, les connaissances actuelles dans le domaine de la psychologie du comportement alimentaire (10) incitent aussi à:

- soutenir et renforcer les parents dans leur rôle éducatif : éviter les aliments récompense/réconfort, savoir dire « non », adopter un style éducatif cadrant : ni trop permissif, ni trop autoritaire, ni négligent ;
- s'assurer que le comportement des parents, du reste de la famille (grands-parents, fratrie) et des autres personnes responsables de l'enfant est cohérent avec les objectifs de la prise en charge (achats, contenu des placards et réfrigérateur, quantités préparées, etc.) ;
- préserver l'enfant de toute forme de stigmatisation. L'enfant ou l'adolescent ne doit pas se trouver mis à l'écart (menu différent, contrainte à manger plus de fruits et légumes, etc.). Si l'harmonisation au sein de la famille n'est pas effective, l'enfant ou l'adolescent pourra se trouver dans une situation difficile.

**Le but de l'accompagnement diététique est donc d'obtenir un changement durable dans les habitudes alimentaires de l'enfant/adolescent et de son entourage avec l'objectif d'une diminution globale de l'apport énergétique.**

**L'approche diététique est-elle indispensable dans toutes les situations ?**

S'intéresser à l'alimentation est indispensable. Une analyse fine de la situation, du contexte de vie, des habitudes, avec le jeune et son entourage, doit être faite.

Mais cette analyse peut conduire à la conclusion, par exemple, que la principale difficulté qui conduit le jeune à manger en trop grande quantité est une grande souffrance psychique. Dans ce cas, modifier les habitudes alimentaires pourra être inefficace, voire délétère car mettant le jeune en difficulté ou l'obligeant à perdre une protection contre cette souffrance. L'accent sera alors mis, dans cette situation particulière, sur l'approche psychologique, associée à une augmentation de l'activité physique.

## Démarche thérapeutique

### Analyse initiale

C'est la première étape indispensable. Chaque situation est singulière et aucun enfant en surpoids n'a les mêmes habitudes de consommation, ni le même comportement alimentaire.

Il s'agira de répondre aux questions suivantes :

- que mange cet enfant/adolescent ?
- en quelle quantité ?
- quand ?
- où et comment ?
- avec qui ?
- quels sont ses goûts, les habitudes familiales et culturelles ?
- la famille a-t-elle des difficultés financières ?
- des changements ont-ils été déjà entrepris ?....

La participation active du jeune (selon son âge) et de son entourage sera indispensable afin que ce bilan soit réellement partagé et non issu des représentations du soignant.

Cela pourra se faire au cours d'un entretien, avec par exemple l'aide d'outils tel qu'un **semainier** et/ou un **questionnaire**.

Le semainier est rempli avant l'entretien : tout ce qu'a consommé l'enfant pendant les jours précédents y est noté par lui ou ses parents: 4 jours suffisent dont 2 jours de repos et 2 jours d'école. Rien ne doit être oublié, y compris les consommations hors repas, les quantités et les boissons. L'enfant doit être rassuré : il ne sera pas grondé et la famille ne sera pas jugée. Un questionnaire plus complet peut y être associé. Remplir ces documents permet souvent aux familles de commencer à cheminer et à proposer des solutions.

## Identification des difficultés et des ressources

Une fois cette analyse effectuée, la 2<sup>o</sup> étape consistera à définir, toujours avec l'enfant et son entourage, les principales **difficultés** qui amènent un déséquilibre de la balance énergétique du côté de l'alimentation :

- taille des portions aux repas
- consommation en dehors des repas
- consommation quotidienne de boissons sucrées
- alimentation peu variée et trop riche
- repas déstructurés ou sautés
- ...

Pour chacune des difficultés identifiées, une analyse permet d'en comprendre la ou les causes :

- offre alimentaire déséquilibrée
- défaut de perception de la satiété et/ou hypersensibilité gustative
- difficultés psychologiques
- attitudes éducatives inadaptées
- habitudes familiales
- ...

Les **ressources** de l'enfant ou de l'adolescent et de sa famille seront mises en évidence :

- alimentation variée et équilibrée
- efforts déjà entrepris
- entourage mobilisé
- motivation importante
- ...

## Définition des objectifs et organisation du suivi

Cette démarche progressive, guidé par le soignant, permet d'amener les familles à trouver eux-mêmes des solutions et à définir des **objectifs concertés**. Ces objectifs sont retenus en accord avec l'enfant et sa famille en tenant compte de leurs goûts et des représentations familiales de l'alimentation, liées au contexte social ou culturel.

Ces objectifs seront limités, progressifs, réévalués et réajustés régulièrement ; trop de changements à la fois pourrait en effet décourager.

Ce réajustement sera fait au cours du **suivi proposé** : consultations dédiées, par un soignant médecin, diététicien, infirmier formé en éducation thérapeutique du patient, sur le long cours.

En fonction des cas, les objectifs pourront porter sur

1. Le choix des aliments : qualité, quantité
2. Les perceptions liées à l'alimentation : faim, satiété, envie, plaisir
3. Les prises alimentaires: rythme et répartition dans la journée, nombre, durée, contexte

## **Implication de l'enfant et de l'entourage**

Il est indispensable que les parents et/ou les adultes responsables de l'enfant ou de l'adolescent soient impliqués dans les interventions : l'enfant et même l'adolescent n'ont que rarement la maîtrise des achats et de l'offre alimentaire et il ne faut pas le placer dans l'impossibilité de mettre en œuvre les objectifs proposés.

Selon l'âge, le professionnel s'adressera en priorité aux adultes (petit enfant) ou à l'enfant et à l'adolescent ; des objectifs distincts pourront être proposés aux uns et aux autres. Par exemple : l'enfant pourra s'engager à ne pas consommer de biscuits entre les repas et les parents éviteront d'en remplir les placards.

Pour le tout petit (avant 2-3 ans), soit le plus souvent avant le rebond d'adiposité précoce, l'accompagnement autour de l'alimentation sera essentiellement préventif, pour des enfants particulièrement à risque. Les conseils seront ceux destinés à tous les enfants de cet âge, notamment sans limitation de la consommation lipidique ou glucidique.

## **Principales difficultés et objectifs thérapeutiques**

### **Le choix des aliments**

#### **Qualité : l'équilibre de l'alimentation**

L'équilibre alimentaire est avant tout **synonyme de santé** et donne des **repères** sur la consommation des différents groupes d'aliments permettant de couvrir les besoins du corps en macro et micro nutriments pour son fonctionnement optimal. Manger équilibré c'est jouer sur la variété et la diversité des aliments en adaptant les quantités à ses besoins, autrement dit, **manger de tout modérément**. Tous les aliments ont leur place dans une alimentation équilibrée.

En France le Programme National Nutrition Santé (11) a défini 8 repères

1. Les fruits et les légumes : au moins 5 portions par jour
2. Les produits laitiers : 3 par jour
3. Les féculents : à chaque repas et selon l'appétit
4. Viande, poisson et œuf : 1 à 2 portions par jour
5. Matières grasses : à limiter
6. Produits sucrés : à limiter
7. Sel : à limiter
8. Eau : à volonté pendant et entre les repas

Ils sont généralement bien connus des jeunes. Cependant connaître cet équilibre ne signifie pas les appliquer.

Pour beaucoup de familles, de plus en plus nombreuses, **l'aspect économique et financier** doit aussi être pris en considération. En effet la priorité pour ces familles en difficulté économique sera de nourrir l'enfant suffisamment pour qu'il ne souffre pas de la faim et de lui faire plaisir à travers les aliments et boissons qu'il affectionne, souvent très riches et peu intéressants sur le plan nutritionnel. Une approche spécifique, prenant en compte ces aspects économiques, devra alors être proposée. Les valeurs de chaque famille sont à respecter, sans imposer ses propres choix et valeurs.

Si les jeunes en surpoids peuvent avoir une alimentation peu équilibrée, ce déséquilibre n'est pas forcément à l'origine de l'excès de poids. On peut ainsi observer des individus adeptes de la junk food rester minces et d'autres, veillant à leur équilibre alimentaire, prendre du poids.

**L'excès de poids provient d'un trouble de régulation des apports énergétiques et non obligatoirement d'un choix d'aliments.**

Toutefois, il sera important, dans le bilan initial, d'avoir une attention particulière pour les **aliments à forte densité énergétique**, dont la limitation pourra permettre une baisse des apports:

- aliments gras : chips, fritures, charcuterie, biscuits, graisses de cuisson ...
- boissons sucrées : jus de fruits, sodas...

On pourra inciter, selon leur âge, les enfants eux-mêmes à rechercher ces aliments dans leur alimentation (par l'analyse du semainier par exemple) et réfléchir avec eux et leur famille comment et par quoi remplacer ces aliments pour en diminuer la consommation.

Des messages simples, des équivalences pourront alors être données :

- une assiette de frites équivaut en énergie à 3 assiettes de purée ou 5 assiettes de pommes de terre vapeur
- 1,5 l de soda ou de jus de fruits contient l'équivalent de 35 à 40 morceaux de sucre
- 1 poignée de cacahouètes contient 3 cuillères à soupe d'huile

Parallèlement, un professionnel diététicien pourra guider la ou les personnes de l'entourage en charge des repas pour équilibrer les menus, orienter les achats, adapter les modes de cuisson, apprendre de nouvelles recettes. Ainsi l'enfant et ses parents pourront découvrir qu'il est possible de manger équilibré avec plaisir.

- **Cependant aucun aliment ne doit être interdit** : en effet, les interdictions alimentaires peuvent induire ou renforcer un phénomène secondaire de perte de contrôle chez l'enfant ou l'adolescent (réf HAS) : être privé d'un aliment que l'on aime particulièrement incite à le consommer en très grandes quantités lorsqu'il est accessible, souvent alors en cachette et dans la culpabilité.
- **Les aliments allégés**, outre le fait que la publicité qui en faite est parfois mensongère, n'ont pas d'indications chez l'enfant. Souvent peu goûteux, ils peuvent au contraire amener à une consommation augmentée.
- **Dans certains cas, des carences nutritionnelles (Fer, vit D) coexistent avec le surpoids et devront être supplémentées.**

### **Les boissons sucrées**

Les boissons sucrées méritent une place particulière car leur calories ne sont pas comptabilisées par l'organisme et n'entraînent pas de sensation de satiété. Souvent l'habitude est prise dès la petite enfance : sirop dans l'eau, sodas, jus de fruits sont consommés aux repas et en dehors, en quantités souvent très importantes, plusieurs litres par jour dans certains cas. Il peut exister parfois une véritable addiction au sucre. Par ailleurs, certains enfants consomment une grande quantité de lait, souvent considéré par les parents comme une boisson « santé » et non comme un aliment.

Les sodas sont facilement identifiés comme devant être diminués pour maîtriser la prise de poids mais ils sont alors souvent remplacés par des **jus de fruits qui, s'ils sont parfois plus intéressants sur le plan nutritionnel, apportent la même quantité de sucre que les sodas.**

**Les boissons « light »** sans sucre et édulcorées n'apportent pas d'énergie mais contribuent à entretenir le goût pour les boissons sucrées et ont probablement un effet sur l'équilibre insulinique de l'organisme.

- L'idéal est donc de **remplacer progressivement les boissons sucrées par de l'eau** qui peut être gazeuse ou aromatisée (jus de citron, feuilles de menthe, « tisane aux fruits »...). Les boissons sucrées sont réservées alors aux moments festifs et à un verre de jus de fruits par jour. Cependant, chez certains adolescents gros consommateurs de sodas, l'utilisation ponctuelle de boissons light peut être une étape vers une diminution de la consommation.

### **Les quantités**

A coté de cette analyse qualitative, les quantités consommées doivent être évaluées :

- quelle est la taille de l'assiette ?
- l'enfant est-il servi autant que ses parents ou que les enfants plus grands ?
- est-il resservi systématiquement lorsqu'il le demande ?
- va-t-il se servir seul dans le réfrigérateur ?
- que consomme-t-il en dehors des repas ?

Sans entrer dans un compte précis de calories, des repères simples peuvent être utilisés :

- avant 10 ans les besoins sont inférieurs à ceux des adultes
- autour de 10 ans, les besoins d'un enfant peuvent être équivalents à ceux d'une femme adulte peu active
- les besoins sont importants en période de croissance pubertaire, particulièrement chez les garçons ayant un haut niveau de pratique physique
- **Si les quantités consommées pendant les repas paraissent trop importantes** les objectifs suivants peuvent être retenus :
- éviter de resservir systématiquement l'enfant ou servir 2 petites portions
- servir dans une petite assiette
- préférer la consommation d'aliments en morceaux, à mâcher, plutôt que d'aliments mixés ou mous

L'accompagnement diététique s'attachera aussi à comprendre **pourquoi l'enfant consomme des quantités d'aliments supérieures à ses besoins** pour l'aider à agir sur le ou les principaux facteurs qui déséquilibrent sa balance énergétique.

## **Les perceptions liées à l'alimentation : faim, satiété, envie, plaisir**

A court terme, les apports alimentaires sont régulés naturellement par les sensations alimentaires de faim, rassasiement et satiété. La faim et la satiété régulent la fréquence des prises (nombre de repas dans la journée) et le rassasiement la taille des différentes prises. Cette régulation naturelle peut être perturbée par de nombreux facteurs :

- Perturbations génétiques et/ou épigénétiques : elles sont caricaturales dans certaines obésités syndromiques comme le syndrome de Prader Willi mais peuvent exister en dehors de syndromes identifiés.
- Attitude éducative de l'entourage autour de l'alimentation : trop de sollicitations (aliments disponibles librement, assiette trop remplie, aliment-récompense, « encore un peu pour me faire plaisir » ...) ou trop de restrictions (aliment « interdit » ou jugé malsain) peuvent amener les enfants à perdre leur capacité naturelle à ajuster leur prise alimentaire à leurs besoins (12).
- Habitudes familiales des familles de « bons mangeurs ».
- Habitude de manger vite incitant à se resservir (20 mn sont nécessaires pour ressentir la satiété).
- Repas pris devant la télévision, pouvant augmenter les apports de 25% par le défaut d'attention aux sensations alimentaires et gustatives.



- Facteurs environnementaux avec le conditionnement des aliments, la taille des portions, les formats pocket de l'industrie agro alimentaire qui incitent à donner le même paquet aux enfants qu'ils aient 3 ans, 9 ans ou 13 ans,
- Facteurs psycho affectifs: les états d'anxiété ou de stress peuvent trouver une réponse apaisante dans l'alimentation.
- Tous ces facteurs doivent être envisagés lors de l'accompagnement et orienter ensuite le suivi.
- **Accompagner les jeunes pour qu'ils se réapproprient leurs sensations autant alimentaires (faim, rassasiement, satiété) que gustatives** et comprennent leur comportement alimentaire pourra être, dans certains cas, une priorité dans le traitement du surpoids.

Une telle approche est de plus en plus proposée par les diététiciens et pourra aider ces jeunes sur le long terme.

Cette approche n'est cependant pas adaptée aux enfants qui ont un réel défaut de la satiété pour lesquels une limitation volontaire des quantités sera nécessaire.

## **Les prises alimentaires**

### **Les repas**

Les repas, moments de pause consacrés à se nourrir, rythment la journée selon les usages de chaque société. En Europe, le modèle se construit souvent autour de 3 repas journaliers auxquels peut s'ajouter un goûter l'après-midi pour les enfants et adolescents.

**Un rythme régulier de repas** est nécessaire : l'enfant apprend ainsi les sensations alimentaires de faim, rassasiement et satiété. La régularité des repas joue aussi probablement un rôle sur la régulation physiologique de l'alimentation et un lien a été montré entre le surpoids et la régularité alimentaire : sauter des repas favorise le surpoids (13). En particulier la prise d'un petit déjeuner apparaît protecteur : les personnes qui prennent un petit déjeuner régule mieux leurs apports alimentaires de la journée.

**Les conditions du repas** peuvent aussi avoir une importance : le lieu du repas, sa durée, la présence ou non de la télévision, l'atmosphère créée, le fait d'attendre que tous soient servis pour commencer à manger, que tous aient fini pour sortir de table, le nombre et l'ordre des plats vont conditionner en partie l'attitude de l'enfant face à l'alimentation. L'enfant apprend par l'exemple, en copiant le comportement de ses parents. C'est le rôle des adultes de décider du menu et des préparations et d'établir un cadre structurant alors que les sensations personnelles de l'enfant fixeront les quantités selon ses goûts et son appétit.

Les parents ne sont pas les seuls acteurs : très tôt, selon les modes de garde (crèche, assistante maternelle, grands parents) l'enfant est confronté à d'autres modèles, d'autres règles qui, parfois, sont contradictoires.

Par ailleurs, du fait des contraintes de travail des parents et du coût financier d'une garde, **un nombre croissant d'enfants est seul pour au moins un repas** ; le plus souvent au petit déjeuner (40% des 12-14 ans en France) et au goûter et parfois aussi au déjeuner. Cet élément doit être pris en compte dans l'accompagnement, là aussi pour ne pas mettre le jeune devant des objectifs trop difficiles pour lui. Le parent pourra par exemple être aidé pour préparer un repas à l'avance à l'enfant en évitant trop de tentations disponibles.

- **Réinstaurer un rythme régulier de repas** peut donc être un objectif dans certaines familles : manger à table, ensemble, à heures à peu près régulières peut en soi permettre une diminution des prises alimentaires et la consommation des produits les plus riches.
- **Manger lentement, en évitant la télévision à table**
- **Prendre un petit déjeuner** peut aussi être un objectif mais sans se heurter aux habitudes de vie : être le seul dans une famille à en prendre un peut être difficile pour un enfant. Si l'enfant est petit, c'est l'exemple familial qui pourra l'inciter à prendre un petit déjeuner ; si l'enfant est plus grand (après 8-10 ans) il devra en comprendre l'enjeu en lui montrant par exemple que cela lui permet de tenir sans fringale jusqu'au repas de midi.
- S'il n'a pas faim le matin, n'est-ce pas parce que le repas du soir est trop copieux ? Intervenir sur ce repas (c'est le rôle du parent) peut permettre alors d'ouvrir l'appétit le matin.
- S'il l'enfant est d'accord pour prendre quelque chose le matin : on pourra commencer par une boisson, un yaourt voire des biscuits... sans obligatoirement imposer le petit-déjeuner nutritionnellement idéal.

### **Grignotage et compulsions – Manger en cachette**

Grignoter correspond à l'acte de manger un aliment par tous petits morceaux, souvent sans appétit. Plus communément on appelle grignotage le fait de **consommer un aliment ou une boisson, autre que l'eau, en dehors des repas.**

La pratique du grignotage, si elle peut déstructurer l'équilibre alimentaire n'est pas forcément préjudiciable en terme de poids, car les prises alimentaires des repas suivants peuvent être naturellement réajustées. Le caractère délétère du grignotage provient d'un déficit d'intégration des apports dans la journée alimentaire du fait de la non perception de l'acte de manger. Déconnectée des repas et accompagnant tout acte de la vie quotidienne (marcher, lire, regarder la TV...), cette consommation alimentaire, souvent machinale n'est pas comptabilisée dans les apports journaliers et ne bénéficie donc pas d'un ajustement de la balance énergétique lors des repas suivants. Les apports énergétiques ainsi majorés deviennent supérieurs aux besoins et se répercutent alors sur le poids d'autant plus que le choix se portera vers des aliments et boissons à forte densité énergétique.

**Des facteurs déclenchants** peuvent être identifiés :

- physiologique (faim ou fringale en lien ou non avec des repas sautés),
- hédonique (recherche de plaisir, gourmandise),
- émotionnel (réponse à l'ennui, recherche de réconfort),
- social (convivialité),
- environnemental (forte disponibilité, publicité).

Ce grignotage peut rapidement **échapper au contrôle et évoluer vers la compulsion** ou la boulimie avec un retentissement important sur le poids et l'estime de soi. Ce phénomène doit être recherché notamment chez l'adolescent car il justifie d'un accompagnement spécifique à la fois comportemental et psychologique.

Le phénomène de **manger en cachette** peut apparaître très tôt chez les jeunes, dès 5-6 ans et doit être repéré rapidement pour éviter qu'il ne s'aggrave. Ce comportement s'installe souvent lorsque le contrôle parental et les interdits s'exercent de façon trop stricte – parfois dans le but louable d'aider son enfant à maîtriser son poids – ou si les règles sont différentes pour la fratrie de faible corpulence (autorisée, elle, à se servir librement des aliments désirables). Ces aliments interdits sont alors convoités très fortement entraînant une frustration et un désir exacerbé, poussant à la transgression. Ils seront recherchés lors de l'absence des parents ou dès que l'accès à la cuisine est libre voire même la nuit. Pour ne pas « se faire prendre » les aliments désirés sont mangés rapidement, dans la culpabilité.

- **Si la notion de grignotage ressort durant l'entretien**, le soignant doit tout d'abord créer un contexte favorable pour aborder le sujet et en comprendre les raisons, afin d'être en mesure d'aider l'enfant de façon concrète. Il évitera de délivrer un simple conseil visant à le limiter voire à le supprimer. Cela ne ferait que renforcer le sentiment de culpabilité ressenti lorsque cette consigne répétée par ses parents n'est pas respectée.
- Faim ou envie de manger ? Gourmandise ? Ennui ? Tristesse ? Comprendre les circonstances de ses prises alimentaires permettra de guider le jeune :
- si le grignotage suit un repas sauté ou trop léger, la solution pourra être de réorganiser le rythme des repas ;
- si l'envie est trop forte devant une profusion d'aliments, c'est l'entourage qui devra être modifier l'offre ;
- si le motif est l'ennui, une approche comportementale visant à l'aider trouver d'autres alternatives à cet ennui pourra être intéressante ;
- enfin le grignotage peut faire également écho à de la tristesse, à de la colère ou à d'autres émotions ou peut être lié à un trouble anxieux ou dépressif : une consultation spécialisée de psychopathologie pourra alors être nécessaire.

# Les régimes

**Les régimes hypocaloriques quels qu'ils soient sont nocifs et inefficaces à long terme** car induisant le plus souvent un rebond secondaire. Faire un régime à 16 ans augmente significativement le fait d'être obèse à 30 ans. Chez les adultes 80% des sujets reprend du poids 1 an après l'arrêt du régime ; ce même phénomène se rencontre également chez les adolescents. Dans son rapport d'expertise (9) l'ANSES rappelle le caractère délétère des régimes. Une restriction énergétique importante pendant l'enfance et la puberté peut entraîner un ralentissement de la croissance et du développement en lien avec des carences nutritionnelles. Comme pour les adultes, les répercussions d'ordre psychologique sont fréquentes, en particulier dépression et perte de l'estime de soi liées aux échecs et peut conduire à des troubles du comportement alimentaire de forme compulsive ou boulimique.

Tout régime, quel qu'il soit, est un ensemble de règles contraignantes ne respectant ni la nature de la personne, ni son goût, ni son rythme :

- **Contraintes** au niveau des horaires et des quantités ne respectant pas la faim, du choix d'aliments amenant à se remplir d'aliments non aimés pour se caler (haricots verts en remplacement des pâtes, pomme à la place d'un carré de chocolat).
- **Privations** au niveau des aliments aimés jugés grossissants qu'ils soient gras (chips, fromage, gâteau apéro) ou sucrés (biscuits, chocolat, friandises, sodas) ou des repas, en totalité ou partiellement (ne consommer qu'une salade ou que la viande).

Cette façon de s'alimenter, éloignée des habitudes, n'est pas tenable ; encore moins pour un jeune qui se retrouverait seul à la pratiquer, soumis constamment aux tentations de son environnement. Leur indication ne peut relever que d'indications exceptionnelles : nécessité d'un amaigrissement rapide en vue d'une chirurgie par exemple.

Or la tentation est grande pour beaucoup de jeunes de « faire un régime », souvent vanté dans les médias. Ainsi **30% des jeunes de 11 à 15 ans** interrogés pour l'enquête HBSC 2010 (14) déclarent faire un régime ou avoir besoin de maigrir, alors que 11% sont en surpoids et 5% en insuffisance pondérale dans cet échantillon. Les filles sont plus concernées que les garçons, le nombre de celles qui déclarent faire un régime double entre 11 et 15 ans passant de 9,4% à 18,8%.

## Quelques messages à retenir

- La prise en charge diététique doit impliquer, l'enfant selon son âge, l'adolescent et la famille ou l'entourage dans une démarche progressive amenant les familles à trouver elles-mêmes des solutions et à définir des objectifs concertés.
- Chaque enfant ou adolescent est unique et a ses propres habitudes alimentaires.
- Il ne faut pas chercher à tout changer à la fois.
- Les régimes restrictifs sont dangereux.

- Aucun aliment ne doit être interdit, mais les aliments à haute densité énergétique réduits.
- Les calories liquides et les graisses cachées doivent être identifiées et limitées.

## Bibliographie

1. Registered Nurses' Association of Ontario. Primary prevention of childhood obesity. Toronto: RNAO; 2005. [rnao.org/Storage/12/620\\_BPG\\_childhood\\_obesity.pdf](http://rnao.org/Storage/12/620_BPG_childhood_obesity.pdf)
2. National Institute for Health and Clinical Excellence. Obesity guidance on the prevention, identification, assessment and management of overweight and obesity in adults and children. NICE clinical guideline 43. London: NICE; 2006. <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG43NICEGuideline.pdf> Royaume-Uni
3. Institute for Clinical Systems Improvement. Prevention and management of obesity (mature adolescents and adults). Bloomington: ICSI; 2006. Lau et al., 2007
4. Lau DCW, Douketis JD, Morrison KM, Hramiak IM, Sharma AM, Ur E. 2006 Canadian clinical practice guidelines on the management and prevention of obesity in adults and children. *CMAJ* 2007;176(8 Suppl):1-117.
5. Société scientifique de médecine générale. L'obésité chez l'enfant. Recommandations de bonne pratique. Bruxelles: SSMG; 2007.
6. August GP, Caprio S, Fennoy I, Freemark M, Kaufman FR, Lustig RH, et al. Prevention and treatment of pediatric obesity: an endocrine society clinical practice guideline based on expert opinion. *J Clin Endocrinol Metab* 2008;93(12):4576-99.
7. New Zealand Ministry of Health. Clinical guidelines for weight management in New Zealand children and young people. Wellington: MOH; 2009. [http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/pagesmh/9839/\\$File/weight-management-children-guidelines.pdf](http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/pagesmh/9839/$File/weight-management-children-guidelines.pdf)
8. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Management of obesity. A national clinical guideline. Edinburgh: SIGN; 2010. <http://www.sign.ac.uk/pdf/sign115.pdf>
9. Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail. Évaluation des risques liés aux pratiques alimentaires d'amaigrissement. Rapport d'expertise collective. Maisons-Alfort: Anses; 2010 (international bibliography available). <http://www.anses.fr/Documents/NUT2009sa0099Ra.pdf>
10. Haute Autorité de Santé. Surpoids et obésité de l'enfant et de l'adolescent (actualisation des recommandations 2003). France (english version available); 2011. [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_964941/surpoids-et-obesite-de-l-enfant-et-de-l-adolescent-actualisation-des-recommandations-2003](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_964941/surpoids-et-obesite-de-l-enfant-et-de-l-adolescent-actualisation-des-recommandations-2003)
11. Programme National Nutrition Santé. France. <http://www.mangerbouger.fr/bien-manger/que-veut-dire-bien-manger-127/les-9-reperes/>
12. Birch L.L., Fisher J.O., Grimm-Thomas K., Markey C.N., Sawyer R., Johnson S.L. – Confirmatory factor analysis of the child feeding questionnaire: a measure of parental attitudes, beliefs and practices about child feeding and obesity proneness. *Appetite*, 2001, 36, 201-210.
13. Jaaskelainen and al 2013 *Plos One* (9) : e73802 Meal frequencies modify the effect of common genetic variants on body mass index in adolescents of the Nothrn Finland Birth cohort 1986
14. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC). Emmanuelle Godeau Félix Navarro Catherine Arnaud. INPES. 2012

~ Les Auteurs ~

## **Véronique Nègre**



Dr Véronique Nègre, RéPPOP en Franche Comté et CHU Nice – France  
veronique-negre@wanadoo.fr

## ~ Comment utiliser cet article ~

Vous êtes autorisé(e) à utiliser, partager et copier cet article en le citant comme suit :

*Nègre V (2017). Approche diététique du surpoids pédiatrique. Dans M.L. Frelut (Ed.), Le livre électronique (eBook) de l'ECOG sur l'obésité des enfants et des adolescents. Téléchargé sur [ebook.ecog-obesity.eu](http://ebook.ecog-obesity.eu).*

Assurez-vous également de donner de créditer de façon appropriée ce contenu lors de son utilisation. Visitez [ebook.ecog-obesity.eu/fr/conditions-utilisation/sommaire/](http://ebook.ecog-obesity.eu/fr/conditions-utilisation/sommaire/) pour plus d'informations.

## ~ Mot final ~

Merci pour votre intérêt dans cet article. Si vous pensez que cela que quelqu'un d'autre peut être intéressé n'hésitez pas à le partager ! Enfin rendez-vous sur [ebook.ecog-obesity.eu](http://ebook.ecog-obesity.eu) pour découvrir d'autres articles.