

## Comment accompagner les jeunes en situation d'obésité, tout en prévenant l'apparition de potentiels troubles du comportement alimentaire ?



Céline DURAND – Diététicienne Comportementaliste | Webinaire Réppop LYRRA | 24.06.2025

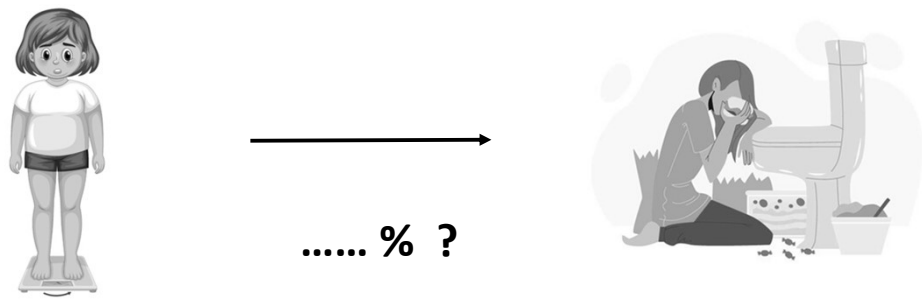
### Sommaire

---

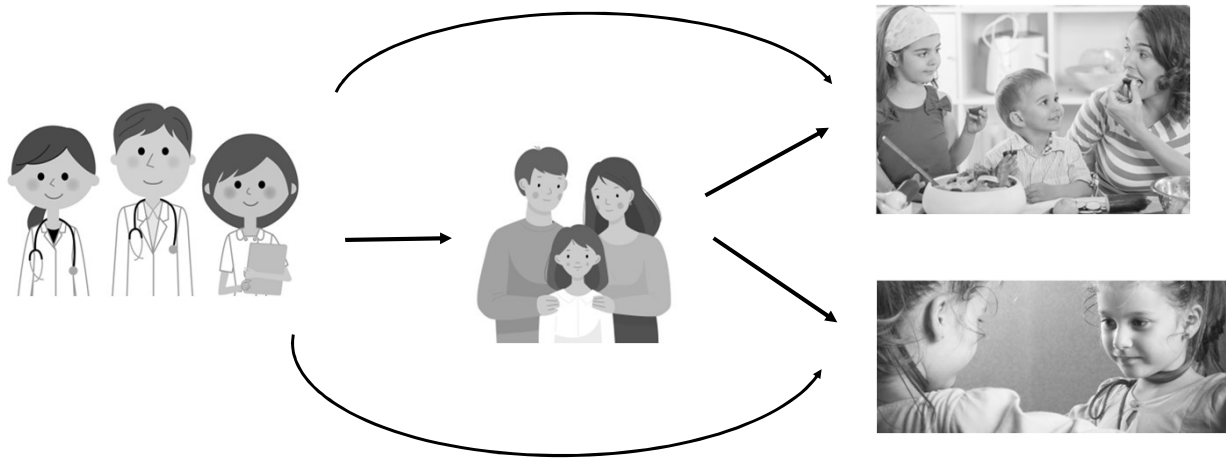
1. Rappels généraux sur l'obésité
2. Annonce diagnostique
3. Comment parler du poids / corps
4. Diversité corporelle
5. Education nutritionnelle et Langage alimentaire
6. Choix alimentaires
7. Restrictions alimentaires
8. Attitudes parentales autour des repas

# Constats cliniques...

Un certain nombre de jeunes suivis par le Réppop dans l'enfance => TCA à l'adolescence....  
Réflexion sur la iatrogénie de nos interventions... : Primum non nocere



# Cibles des études : parents et les pros ?



# Facteurs communs de pouvant favoriser l'Obésité / les TCA

## 1/ Régimes

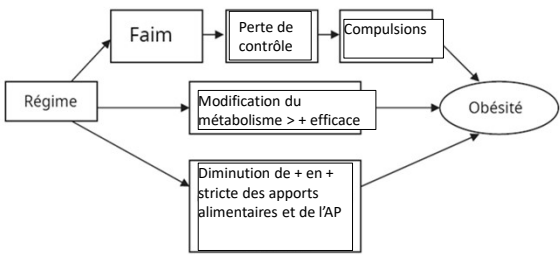


Fig. 1. Associations hypothétiques entre régime et obésité.

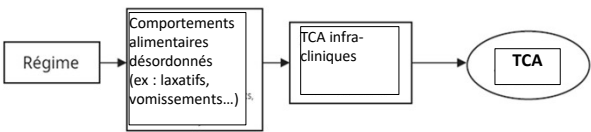


Fig. 2. Association hypothétique entre régime et troubles de l'alimentation.

Haines J, Neumark-Sztainer D. Prevention of obesity and eating disorders: a consideration of shared risk factors. Health Educ Res. 2006 Dec;21(6):770-82. doi: 10.1093/her/cyl094. Epub 2006 Sep 8. PMID: 16963727.

## 2/ Télévision

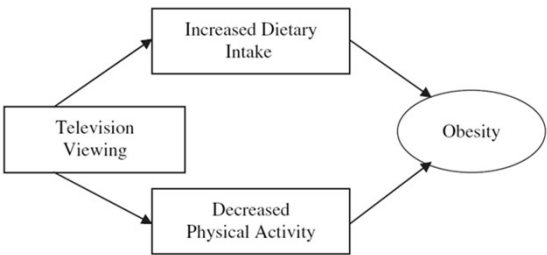


Fig. 3. Hypothesized association between television viewing and obesity.

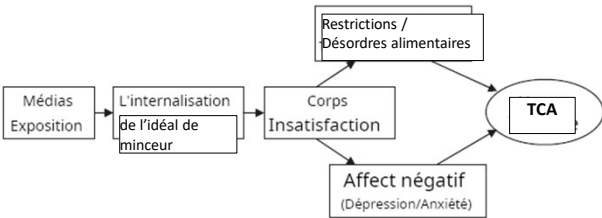


Fig. 4. Association hypothétique entre l'exposition aux médias et les troubles de l'alimentation.

Haines J, Neumark-Sztainer D. Prevention of obesity and eating disorders: a consideration of shared risk factors. Health Educ Res. 2006 Dec;21(6):770-82. doi: 10.1093/her/cyl094. Epub 2006 Sep 8. PMID: 16963727.

### 3/ Insatisfaction corporelle

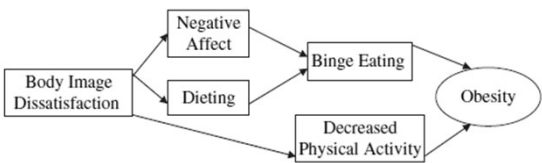


Fig. 5. Hypothesized association between body dissatisfaction and obesity.

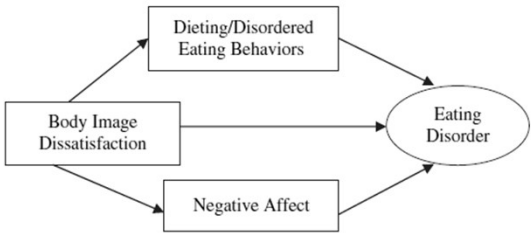


Fig. 6. Hypothesized association between body dissatisfaction and eating disorders.

Haines J, Neumark-Sztainer D. Prevention of obesity and eating disorders: a consideration of shared risk factors. Health Educ Res. 2006 Dec;21(6):770-82. doi: 10.1093/her/cyl094. Epub 2006 Sep 8. PMID: 16963727.

### 4/ Remarques / Moqueries / Taquineries liées au poids

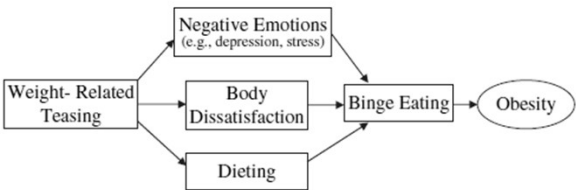


Fig. 7. Hypothesized association between teasing, binge eating and obesity.



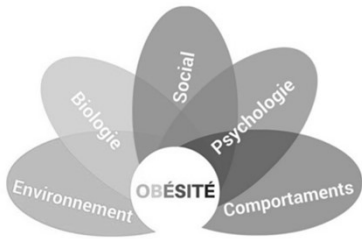
Fig. 8. Hypothesized association between teasing, dieting and eating disorders.

**=> Réflexion sur une approche intégrée dans la Prévention et les Soins  
de l'Obésité et des TCA.**

**=> Travailler sur les facteurs de risque et de protection**

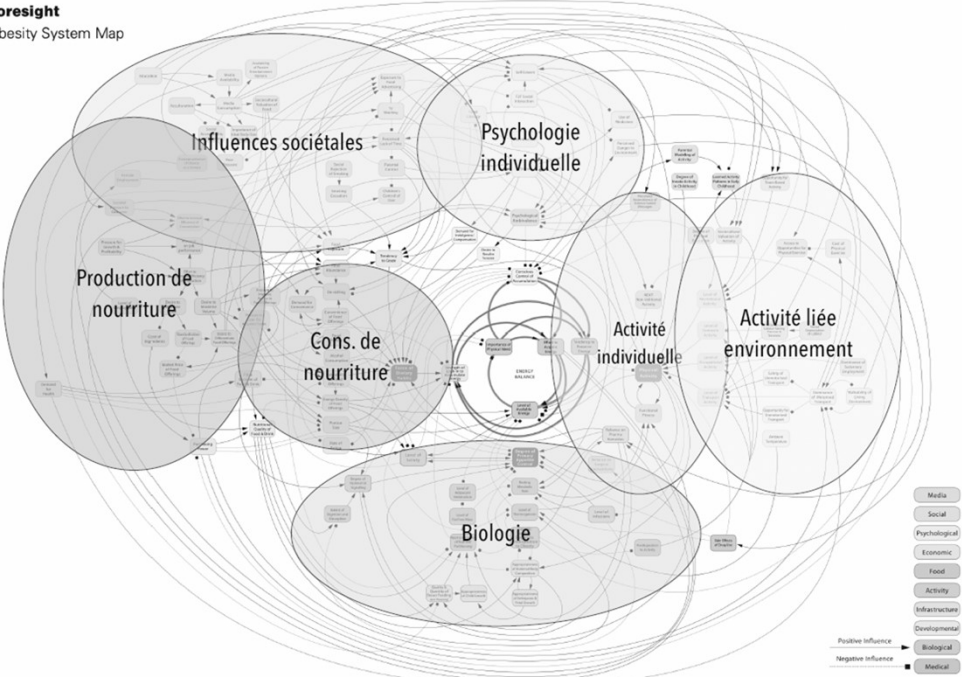
Haines J, Neumark-Sztainer D. Prevention of obesity and eating disorders: a consideration of shared risk factors. Health Educ Res. 2006 Dec;21(6):770-82. doi: 10.1093/her/cyl094. Epub 2006 Sep 8. PMID: 16963727.

Les causes de l'obésité  
sont multifactorielles

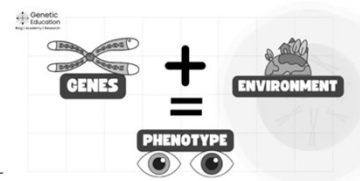


# L'obésité... une maladie multi-factorielle

**Foresight**  
Obesity System Map



## Poids corporel et génétique



- Des milliers de variations génétiques interagissent pour influencer la manière dont l'organisme régule l'appétit, l'apport énergétique, la température corporelle, les rythmes circadiens, le stockage de l'énergie et l'endroit où celle-ci est entreposée et finalement, la dépense énergétique.
- La composante génétique peut être monogénique, polygénique, ou une combinaison des deux.
- Notre environnement de vie a fortement évolué depuis 50 ans (inégalités sociales de santé, pauvreté, coût d'une alimentation variée vs industrielle, pollution de l'air, perturbateurs endocriniens, développement des métiers sédentaires et modes de déplacement "non actifs"...).
- **Plusieurs équipes de recherche ont démontré que les changements de notre environnement ont eu un impact très important, spécifiquement chez les personnes qui avaient une susceptibilité génétique à avoir un poids corporel élevé.**

Travaux du Pr Benoît Arsenault.

Loos, R.J.F., Yeo, G.S.H. The genetics of obesity: from discovery to biology. *Nat Rev Genet* 23, 120–133 (2022). <https://doi.org/10.1038/s41576-021-00414-z>

Yengo L, et al. the GIANT Consortium, Meta-analysis of genome-wide association studies for height and body mass index in ~700000 individuals of European ancestry, *Human Molecular Genetics*, October 2018,, <https://doi.org/10.1093/hmg/ddy271>

Turcot, V., Lu, Y., Highland, H.M. et al. Protein-altering variants associated with body mass index implicate pathways that control energy intake and expenditure in obesity. *Nat Genet* 50, 26–41 (2018). <https://doi.org/10.1038/s41588-017-0011-x>

## Poids d'équilibre

=> Poids / Trajectoire pondérale déterminée génétiquement à ≈ 70%





## Annonce diagnostique et Débuts dans le Réppop

### Perceptions des parents à l'égard de la terminologie du poids utilisée par les fournisseurs de soins avec les jeunes

- Un échantillon national de parents américains ayant des enfants âgés de 2 à 18 ans ( $N = 445$ ) a répondu à un sondage en ligne pour **évaluer leurs perceptions de 10 termes courants pour décrire l'excès de poids chez les jeunes** : « extrêmement obèse », « IMC élevé », « problème de poids », « poids malsain », « poids », « lourd », « obèse », « surpoids », « potelé » et « gros ».
- On a demandé aux parents d'utiliser une échelle d'évaluation en 5 points pour indiquer dans quelle mesure ils percevaient chaque terme comme étant souhaitable, stigmatisant, blâmant ou motivant à perdre du poids.
- **RÉSULTATS : Les termes « poids » et « poids malsain » (unhealthy weight) étaient considérés comme les plus souhaitables, et que les termes « poids malsain » et « problème de poids » étaient considérés comme les plus motivants pour perdre du poids.**

Rebecca M. Puhl, Jamie Lee Peterson, Joerg Luedicke; Parental Perceptions of Weight Terminology That Providers Use With Youth. *Pediatrics* October 2011; 128 (4): e786–e793.  
10.1542/peds.2010-3841

## Perceptions des parents à l'égard de la terminologie du poids utilisée par les fournisseurs de soins avec les jeunes

- **Les termes « gros », « obèse » et « extrêmement obèse » ont été jugés comme les plus indésirables, stigmatisants, blâmants et les moins motivants.** Les évaluations des parents étaient cohérentes pour toutes les variables sociodémographiques, le poids corporel et le poids corporel de l'enfant.
- **CONCLUSIONS :** Les résultats de cette étude ont des implications importantes pour l'amélioration des soins de santé pour les jeunes obèses ; **Il peut être avantageux pour les soignants d'éviter d'utiliser un langage spécifique basé sur le poids lors des discussions sur le poids corporel avec les familles.**
- Les pédiatres jouent un rôle clé dans la prévention et le traitement de l'obésité, mais leurs efforts peuvent être sapés par un langage stigmatisant ou offensant qui peut entraver des discussions importantes sur la santé des enfants.

Rebecca M. Puhl, Jamie Lee Peterson, Joerg Luedicke; Parental Perceptions of Weight Terminology That Providers Use With Youth. *Pediatrics* October 2011; 128 (4): e786–e793. 10.1542/peds.2010-3841

## Le choix des mots



- « obésité », « enfant obèse » « risque de diabète, maladies cardiovasculaires, savez-vous que XX % des cancers sont dûs à l'obésité »...
- « l'obésité réduit l'espérance de vie de votre enfant de X années ».
- « enrayer cette épidémie », « lutter contre ce fardeau », « combat », « partir en guerre contre la malbouffe »...
- Nous allons vous faire adhérer à un réseau sur l'obésité, voir une diététicienne, vous mettre au sport.
- *Quelles émotions peut-on ressentir en entendant ces mots ?*



## Dans ma pratique :



- Choix des mots +++
- Réfléchir à ce que l'on dit en présence de l'enfant / face aux parents seuls.
- Discuter avec les parents de ce qu'ils retranscriront à l'enfant (ou non).
- **Utiliser un langage positif, contenant, soutenant, bienveillant :**
  - « *il est un peu sorti de sa courbe, nous allons essayer de comprendre pourquoi et de lui permettre de retrouver son chemin* ».
  - « *il n'y a pas de danger à l'heure actuelle, votre enfant va bien, on va avancer tranquillement ensemble, sans pression* ».
  - « *on s'en reparle la prochaine fois* ».



## Adhésion Réppop



- « *Je vous propose d'adhérer à ce réseau* ».
- « *Je sais que le terme « obésité pédiatrique » peut faire peur et être choquant* ».
- « *Vous trouverez des professionnels bienveillants et investis* ».
- Accompagnement
- Soutien
- Guider
- Pas à pas
- Tranquille.
- Temporalité 2 ans.



## Dans ma pratique :

- Ne pas partir du présupposé qu'ils mangent mal, que le surpoids est d'office d'origine alimentaire (préjugé)
  - => Orienter vers diet pour « faire le point », « voir si on peut améliorer quelques petits points ».
- Qui va avoir la responsabilité de porter les changements ? => Adultes
- Ne pas trop cibler l'enfant. Voir / Réfléchir à quelle place on donne à l'enfant dans la PEC.
- => Approche familiale.

## Etudes de Moira Golan : Les parents comme agents exclusifs du changement dans le traitement de l'obésité infantile



- Cette étude, randomisée, longitudinale et prospective, a duré 1 an.
- 60 enfants obèses âgés de 6 à 11 ans ont été répartis aléatoirement dans le groupe expérimental (parents comme agents de changement) ou le groupe témoin (enfants comme agents de changement).
- + mesures anthropométriques et biochimiques (début / fin de l'étude. + questionnaire sociodémographique
- + questionnaire sur les habitudes alimentaires et d'activité de la famille.
- Des séances de soutien et d'éducation (1h) menées par une diététicienne : 14 séances pour les parents du groupe expérimental et 30 séances pour les enfants du groupe témoin.

Golan M, Weizman A, Apter A, Fainaru M. Parents as the exclusive agents of change in the treatment of childhood obesity. Am J Clin Nutr. 1998 Jun;67(6):1130-5. doi: 10.1093/ajcn/67.6.1130. PMID: 9625084.

## Etudes de Moira Golan : Les parents comme agents exclusifs du changement dans le traitement de l'obésité infantile



- **Résultats:** Le taux d'abandon était 9x plus élevé dans le groupe témoin que dans le groupe expérimental.
- La réduction moyenne du poids en percentile était significative plus élevée chez les enfants du groupe expérimental (14,6 %) que dans le groupe témoin (8,1 %).
- **Conclusions :** Le traitement de l'obésité infantile avec les parents comme agents exclusifs du changement s'est avéré supérieur à l'approche conventionnelle, comme l'indiquent le taux d'abandon et le pourcentage de perte de poids des enfants au cours de l'intervention d'un an.

Golan M, Weizman A, Apter A, Fainaru M. Parents as the exclusive agents of change in the treatment of childhood obesity. Am J Clin Nutr. 1998 Jun;67(6):1130-5. doi: 10.1093/ajcn/67.6.1130. PMID: 9625084.



- Lorsque des approches directes sont utilisées, où les enfants obèses sont les agents du changement :
- => **leur estime de soi en pâtit souvent et ils deviennent réticents au changement.**
- Il est également prouvé que **les régimes peuvent prédisposer un individu à TCA.**  
L'augmentation spectaculaire de l'incidence des troubles du comportement alimentaire tels que l'anorexie mentale et la boulimie chez les jeunes suggère qu'une nouvelle approche est nécessaire.
- **Pour éviter que les enfants obèses ne s'identifient comme « patients »** et ne résistent au changement, ils n'étaient pas directement impliqués.
- **Familles du gp témoin (enfants) qui ont abandonné l'étude avant la fin :** « Les parents ont affirmé que le programme avait causé trop de frustration et de tension ; 2 enfants ont été surpris en train de voler des bonbons au supermarché ».

Golan M, Weizman A, Apter A, Fainaru M. Parents as the exclusive agents of change in the treatment of childhood obesity. Am J Clin Nutr. 1998 Jun;67(6):1130-5. doi: 10.1093/ajcn/67.6.1130. PMID: 9625084.



➤ PISTES SUGGEREES PAR L'ETUDE :

➤ Mise en place de changement d'habitudes de vie **AU NIVEAU FAMILIAL. Pour tous.**

◦ Par ex :

- *Nous allons tous aller faire du vélo le dimanche matin.*
- **Nous, parents, avons décidé que** *les sodas seraient réservés aux occasions (invitations) et que nous n'en achèterions plus en dehors de ces temps.*
- *Nous mangerons de la soupe 1 soir/semaine. Vous pouvez nous donner des suggestions d'ingrédients pour la soupe.*

➤ => **Les parents sont responsables de la réduction de l'exposition de la famille aux stimuli alimentaires et de la création d'opportunités d'activité physique.**

Golan M, Weizman A, Apter A, Fainaru M. Parents as the exclusive agents of change in the treatment of childhood obesity. Am J Clin Nutr. 1998 Jun;67(6):1130-5. doi: 10.1093/ajcn/67.6.1130. PMID: 9625084.

## Lors du suivi de l'enfant



- Poids, taille, tension... => noyer le paramètre poids dans d'autres constantes.
- Ne pas faire de commentaires => en discuter avec les parents si besoin.
- Avec l'enfant : aborder le vécu de la PEC, comment il se sent dans sa vie, dans son corps...
- Le suivi peut/doit "presque" passer inaperçu.
- Utilité de vérifier le poids à une fréquence sup à tous les 6 mois ??

## Prévenir la Stigmatisation

Guide du parcours de soins : surpoids et obésité de l'enfant et de l'adolescent(e) / Actualisation de la recommandation de bonne pratique de 2011

### 1.6. Engager le dialogue sur la corpulence : repères pour communiquer et prévenir la stigmatisation



➤ **Tout professionnel par son attitude et le choix de ses mots évite de blesser, de culpabiliser, de stigmatiser et construit un langage commun avec l'enfant/l'adolescent(e), ses parents, valorise l'importance d'une croissance harmonieuse et tout progrès même minime** (encadré 3) (10, 24-30).

➤ La prévention de la stigmatisation est primordiale dans les divers lieux de soins et d'accompagnement, les lieux de vie et d'activités, mais aussi au sein de la famille, qui doit être sensibilisée et accompagnée, et dans tout autre contexte. La stigmatisation peut entraîner un isolement, un retrait social, de moins bons résultats scolaires et une perte de la confiance en soi et d'estime de soi. Elle ne favorise pas l'engagement dans les soins (10, 31) (encadré 4).

Guide du parcours de soins : surpoids et obésité de l'enfant et de l'adolescent(e) / Actualisation de la recommandation de bonne pratique de 2011 / p19  
[https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-02/guide\\_parcours\\_surpoids\\_et\\_obesite\\_enfants\\_adolescents.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-02/guide_parcours_surpoids_et_obesite_enfants_adolescents.pdf)

#### Encadré 3. Repères pour communiquer avec l'enfant/l'adolescent(e) en situation de surpoids ou d'obésité et ses parents



- Une attitude d'ouverture et de non-jugement.
- Une demande d'accord pour aborder le sujet (enfant/adolescent(e) et ses parents).
- Une écoute de l'enfant/de l'adolescent(e), et de ses parents, de leur histoire ; une compréhension de ce qui est important pour eux, de leurs attentes et projets.
- Une attention portée au vécu présent ou passé d'un parcours de soins : valorisation des changements déjà mis en place, maintenus ou non, compréhension des difficultés, identification des ressources ou appuis à disposition ou mobilisables.
- Un accès grâce à un dialogue structuré aux connaissances, aux représentations, aux idées reçues sur le traitement de l'obésité, au ressenti de l'enfant/ de l'adolescent(e) et de ses parents, à leurs besoins, attentes et préférences quant aux suites données en termes d'évaluation approfondie de leur situation, de soins et d'accompagnement.
- Favoriser la recherche d'un accord entre l'enfant/l'adolescent(e), ses parents ou les professionnels qui prennent soin de lui (elle) : toute décision sur la santé devrait être prise en concertation.
- Une aide pour les parents dans la compréhension de l'impact de leur attitude : une préoccupation trop importante de leur part ou des critiques à propos du poids peuvent entraîner un mal-être, des troubles des comportements alimentaires, une stigmatisation intrafamiliale, des difficultés psychologiques (altération de la confiance en soi, de l'image et estime de soi), voire une dépression chez l'enfant/l'adolescent(e).

Guide du parcours de soins : surpoids et obésité de l'enfant et de l'adolescent(e) / Actualisation de la recommandation de bonne pratique de 2011 / p19  
[https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-02/guide\\_parcours\\_surpoids\\_et\\_obesite\\_enfants\\_adolescents.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-02/guide_parcours_surpoids_et_obesite_enfants_adolescents.pdf)

## Prévenir la Stigmatisation

Guide du parcours de soins : surpoids et obésité de l'enfant et de l'adolescent(e) / Actualisation de la recommandation de bonne pratique de 2011

### Encadré 4 :

#### → Professionnels

-  – **Choisir ses mots pour parler de la corpulence, de l'alimentation, de l'exercice physique** : il est important que tout professionnel utilise un langage approprié, respectueux et non stigmatisant pour communiquer avec l'enfant/l'adolescent(e), ses parents. Partir de leurs représentations et du sens qu'ils donnent aux mots pour ne pas les blesser et construire un langage commun.
-  – **Être attentif aux répercussions émotionnelles d'une situation de surpoids ou d'obésité : elles peuvent être le témoin d'une souffrance contre-productive pour l'engagement dans les changements des habitudes de vie ou l'acceptation des soins ou d'un accompagnement.**
  - Toujours valoriser les efforts, les progrès réalisés.
-  – **Les messages délivrés ne doivent pas :**
  - entraîner une préoccupation exagérée concernant la nutrition, le poids et la morphologie. Ils peuvent renforcer une image de soi négative ou être vécus comme culpabilisants, augmentant ainsi le risque de troubles alimentaires ;
  - donner l'impression que la solution au problème de surpoids ou d'obésité du jeune dépend entièrement du jeune et/ou de ses parents, de leur volonté.

Guide du parcours de soins : surpoids et obésité de l'enfant et de l'adolescent(e) / Actualisation de la recommandation de bonne pratique de 2011 / p20  
[https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-02/guide\\_parours\\_surpoids\\_et\\_obesite\\_enfants\\_adolescents.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-02/guide_parours_surpoids_et_obesite_enfants_adolescents.pdf)

## Prévenir la Stigmatisation

Guide du parcours de soins : surpoids et obésité de l'enfant et de l'adolescent(e) / Actualisation de la recommandation de bonne pratique de 2011

- Réfléchir seul ou en équipe à ses propres opinions concernant l'alimentation et les problèmes de poids et à leur impact possible sur les patients.
  - Proposer un environnement de soins non stigmatisant : locaux, sanitaires, salle d'attente, pièce de consultation, fauteuils, chaises, matériel de soins... permettant d'accueillir et de soigner toute personne, quelle que soit sa corpulence.
- #### → Parents, éducateurs, proches
-  – **Expliquer aux parents, éducateurs, proches, l'importance de :**
    - ne pas tolérer moqueries et commentaires négatifs dans le milieu familial, ni dans tout autre contexte ;
    - éviter la mise à l'écart lors des repas : menu différent, privation ;
    - être à l'écoute du ressenti de l'enfant/l'adolescent(e) et de son besoin d'aide ;
    - accepter, si besoin, une aide extérieure, notamment d'un professionnel de santé pour le bien-être du jeune et de la famille ;
    - aider l'enfant/l'adolescent(e) à faire face aux situations ou attitudes stigmatisantes difficiles ou douloureuses ou comportements de stigmatisation : aborder les stratégies déjà expérimentées et leur résultat.

Guide du parcours de soins : surpoids et obésité de l'enfant et de l'adolescent(e) / Actualisation de la recommandation de bonne pratique de 2011 / p20  
[https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-02/guide\\_parours\\_surpoids\\_et\\_obesite\\_enfants\\_adolescents.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-02/guide_parours_surpoids_et_obesite_enfants_adolescents.pdf)



## Les remarques, critiques, moqueries liées au poids

### Inquiétudes parentales // poids

---

Parent en situation de surpoids-obésité OU inquiet du poids de son enfant :

- ↳ Va surveiller régulièrement le poids de son enfant
- ↳ Va réagir vivement en cas d'augmentation
  - ↳ En commentant le poids de l'enfant
    - ↳ En contrôlant / restreignant l'enfant
      - ↳ Va perturber la régulation alimentaire naturelle de l'enfant (servir des portions plus faibles, interdire certains aliments...)
      - ↳ Va perturber le comportement alimentaire de l'enfant.

## Encourager les parents à évitez toute discussion sur le poids

Celui de l'enfant, de la voisine, le sien...

L'enfant entend et mémorise les discours et valeurs parentales :

- « je suis énorme »,
- « regarde la voisine, elle a bien pris cet hiver, elle a dû manger trop de papillotes »
- « ne mange pas trop de frites, si tu ne veux pas ressembler à un éléphant »



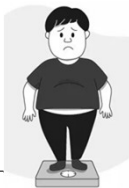
## Commentaires sur le poids / corps au sein de la famille

- Être qualifiée de « trop grosse » par les membres de sa famille **augmente de 60% le risque d'être en situation d'obésité 10 ans plus tard** (internalisation du stigmate).
- la critique directe transmet **des préoccupations liées au poids des parents à leurs enfants** (de 9 et 10 ans).
- Les commentaires parentaux concernant le poids de l'enfant étaient un **prédicteur significatif des tentatives de perte de poids, de l'estime de soi et des préoccupations liées au surpoids.**



Lee KM, Arriola-Sanchez L, Lumeng JC, Gearhardt A, Tomiyama AJ. Weight Stigma by Association Among Parents of Children With Obesity: A Randomized Trial. Acad Pediatr. 2022 Jul;22(5):754-760.

# Préjugés sur le poids, Body Shaming, Stigmatisation internalisée et effets sur l'enfant



➤ Les préjugés sur le poids apparaissent avant l'âge de 3 ans et sont associés aux préjugés des parents.

➤ On a constaté que les enfants présentaient des biais anti-gros et pro-minceur,

➤ La revue a porté sur des études évaluant les préjugés liés au poids chez les enfants et/ou les parents d'enfants âgés de 1 à 5 ans

« Body shaming » dans l'enfance (critique du physique, enquête 919 étudiants) :

- 25% vécu au sein de la famille ou des proches
- 37% au moins une fois dans leur vie
- Élévation du risque de TCA, insatisfaction corporelle et de préjugés sur le poids

Être qualifiée de « trop grosse » par les membres de sa famille augmente de 60% le risque d'être en situation d'obésité 10 ans plus tard (internalisation du stigmata)

Bensley J, Riley HO, Bauer KW, Miller AL. Weight bias among children and parents during very early childhood: A scoping review of the literature. *Appetite*. 2023 Apr 1;183:106461. doi: 10.1016/j.appet.2023.106461. Epub 2023 Jan 13. PMID: 36642116.

Ceralini S, Vacca M, Zegretti A, Zagaria A, Lombardo C. Bodyshaming and internalized weight bias as potential precursors of eating disorders in adolescents. *Front Psychol*. 2024 Feb 6;15:1356647.

Lee KM, Arriola-Sanchez L, Lumeng JC, Gearhardt A, Tamiyama AJ. Weight Stigma by Association Among Parents of Children With Obesity: A Randomized Trial. *Acad Pediatr*. 2022 Jul;22(5):754-760.

Données fournies par le Dr Rudy Caillet

❖ Les conversations sur le poids par l'un ou l'autre des parents sont associées à davantage de troubles du comportement alimentaire.

Berge JM, Macleahose R, Loth KA, Eisenberg M, Bucchianeri MM, Neumark-Sztainer D. Parent conversations about healthful eating and weight: associations with adolescent disordered eating behaviors. *JAMA Pediatr*. 2013 Aug

- ❖ Les commentaires maternels concernant le poids de l'enfant étaient un prédicteur significatif des tentatives de perte de poids, de l'estime de soi et des préoccupations liées au surpoids.
- ❖ Effet particulièrement marqué chez les filles

H. Coulthard, J. Blissett, G. Harris. The relationship between parental eating problems and children's feeding behavior: A selective review of the literature. *Eating Behaviors*, Volume 5, Issue 2, 2004, Pages 103-115. ISSN 1471-0153. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2003.07.003>

❖ Les adolescents dont le père engageait des discussions sur le poids étaient significativement plus susceptibles de suivre un régime et de développer des UWCB Unhealthy Weight Control Behaviors que ceux dont le père ne le faisait pas.

Berge JM, Macleahose R, Loth KA, Eisenberg M, Bucchianeri MM, Neumark-Sztainer D. Parent conversations about healthful eating and weight: associations with adolescent disordered eating behaviors. *JAMA Pediatr*. 2013 Aug

- ❖ Une faible influence familiale sur le contrôle du poids durant l'enfance était associée à une moindre intériorisation des idéaux corporels au début de l'âge adulte.

Twamley EW, Davis MC. The sociocultural model of eating disturbance in young women: the effects of personal attributes and family environment. *J Soc Clin Psychol*. 1999;18(4):467-89. doi: 10.1521/jscp.1999.18.4.467

Données fournies par le Dr Rudy Caillet

## Dans ma pratique



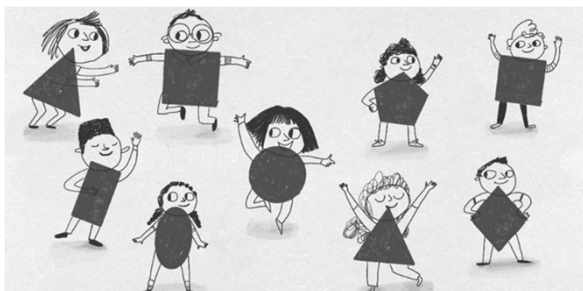
- Veiller aux mots que j'emploie pour parler du poids / corps de l'enfant.
- Aborder le sujet de quels mots les parents utilisent pour parler du poids / corps de leur enfant et des corps en général.
- Expliquer les effets délétères d'un discours valorisant la minceur et dénigrant les rondeurs.



Dossier extrait de n°1209, un magazine Bayard Jeunesse



<https://www.bayardeducation.com/wp-content/uploads/2024/10/BayardJeunesseEducation-Okapi-1209-harcèlement-grossophobie.pdf>



## Aborder la notion de Diversité Corporelle

### Valoriser la diversité des formes corporelles

❖ **Chacun a un corps différent.**

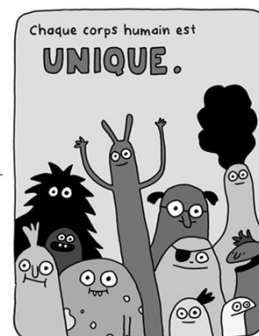
Toutes les formes corporelles existent dans la nature (Massaï, pygmée...).

**Parler de « différences » de façon neutre, sans jugement.**

❖ **Utiliser des métaphores et des images pour enseigner aux enfants la beauté de la diversité corporelle et que chaque personne est unique.**

*Ex. : Nous trouvons tous les chats et les chiens beaux, quelles que soient leur taille, leur grosseur, la longueur de leur poil, leur couleur, etc.*

❖ **Montrer aux enfants des modèles de personnes qui se sentent bien dans leur peau sans égard au poids ni à la silhouette.**



# Utiliser un langage positif autour des capacités des corps



MISE SUR  
CE QUE  
TON CORPS  
PEUT FAIRE,  
PAS SUR  
CE QU'IL  
A L'AIR! 



→ Valorise ton corps et celui des autres pour tout ce qu'ils peuvent accomplir, pour leurs talents et leurs efforts plutôt que pour leur apparence!  
La Semaine Le poids? Sans commentaire! 2020 



Valorise ton corps et celui  
des autres pour tout ce qu'ils  
peuvent accomplir, pour leurs  
talents et leurs efforts plutôt  
que pour leur apparence !



## Bouger pour le plaisir

- Il ne s'agit pas de faire bouger l'enfant à tout prix, sans plaisir !
- Mais plutôt **lui proposer des moments agréables en famille pour apprécier le mouvement.**
- Les enfants sont nés curieux de découvrir ce qu'ils peuvent faire avec leur corps et bougent d'une façon qui leur convient.
- Ils sont naturellement plus ou moins à l'aise, plus ou moins habiles, plus ou moins énergiques, etc.
- On accompagnera l'enfant en respectant ses capacités physiques (qui se développent avec la croissance).



## Intérêts de l'éducation nutritionnelle chez les enfants ?

*Il est important de manger équilibré pour ta santé.*

*Manger trop de sucre fait prendre du poids et augmente ton risque de diabète.*

*Les fruits et légumes sont pleins de bonnes vitamines, indispensables au bon fonctionnement de ton cerveau.*

*Il faut éviter les aliments industriels / transformés, bourrés d'additifs mauvais pour la santé.*

*1 repas plaisir / joker par semaine.*



## Expérience du Choix des Goûters

*Sandrine Monnery-Patris, chercheuse à l'INRAE, HDR, Docteure en Psychologie Cognitive et Développementale*

2 groupes d'enfants à qui on fait une intervention :

- gp 1 : les messages sanitaires "ne pas manger trop gras, trop sucré, trop salé" + qu'est-ce qu'un goûter équilibré.
- gp 2 : échange autour des saveurs et du plaisir

Les enfants vont ensuite dans une salle avec 2 buffets de goûters à disposition :

- goûters "sains" : fruits, laitages, graines...
- goûters biscuits industriels

**RESULTATS :**

- les enfants du groupe "messages de prévention sanitaire" ont mangé + de biscuits industriels que les enfants du gp plaisir
- => **Utiliser un vocabulaire plus orienté sur le plaisir que la santé quand on parle d'alimentation aux enfants.**

## Les discussions diététiques

---

1. Ça fait grossir
2. Les bonbons donnent des caries
3. Si tu manges trop de sucre, plus tard tu risques d'être diabétique comme papi,
4. Les frites c'est gras, un peu d'accord, mais pas trop souvent



*Pourquoi ?*

*D'après vous, comment chacune de ces phrases peut être comprise par un enfant ?*

## Dichotomie ou « conflit mental »

---



Aliments bons au goût

Connotés « pas bons pour la santé »



Aliments bons pour la santé

Pas forcément les préférés des enfants en termes de goût

**=> Eviter les catégorisations en « bons / mauvais aliments ».**

## Parler de plaisir, dans la diversité des aliments, plutôt que de valeurs santé



« *Miam des courgettes* »

« *Humm des bonnes frites croustillantes* »

« *Regarde les bonnes cerises du cerisier de mamie* »

« *Un gâteau au chocolat, quel délice* »



**Utiliser un langage neutre et plaisant, pour tous les aliments.**

**Encourager l'enfant à développer son goût pour une grande variété d'aliments,**

**En les lui proposant régulièrement**

**En parler de façon plaisante,**

**Sans discours diététique / nutritionnel**



## Informations santé ou informations sensorielles et hédoniques ?

- Il apparaît de façon assez consensuelle au sein de la littérature scientifique qu'apporter des indications sur le caractère bénéfique pour la santé des aliments ne permet en rien de modifier les comportements de choix alimentaires des enfants, et ceci, au moins jusqu'à l'adolescence.
- Le peu d'études qui portent sur l'**impact d'une information de type hédonique (« aliment apprécié par les enfants de ton âge ») ou sensoriel (« goûte, c'est croquant »)** montre au contraire que l'information incite l'enfant à goûter l'aliment.
- **L'information santé est inefficace car l'enfant n'est pas préoccupé par les questions sanitaires ni à court terme, ni à long terme.**
- **En revanche, l'information hédonique/sensorielle rassure l'enfant qui, quand il goûte un aliment nouveau, ressent la crainte de subir une mauvaise expérience sensorielle.**
- **En conclusion, l'ensemble des stratégies que l'on vient d'exposer repose sur une éducation implicite et non pas explicite : l'enfant est placé en situation d'apprenti, non d'élève. L'apprentissage se fait par imprégnation progressive d'habitudes culinaires et éducatives qui s'acquièrent par observations et expériences répétées ; non pas à l'aide de cours.**

Etudes de Natalie Rigol : Enseignante et chercheuse en psychologie de l'enfant et de l'adolescent à l'université de Paris-Nanterre

## Education alimentaire simple

On regroupe les 7 familles dans 3 catégories d'aliments :

les aliments bâtisseurs,



les aliments protecteurs,



les aliments énergétiques.



Les aliments bâtisseurs renforcent les os et développent les muscles.

Les produits laitiers et les viandes, poissons, œufs



Les aliments protecteurs permettent au corps de bien fonctionner et le protègent des maladies.

Les fruits et légumes sont des aliments protecteurs.



Les aliments énergétiques fournissent de l'énergie au corps pour bouger, réfléchir ou faire des activités.

Les féculents et céréales, les matières grasses, les produits sucrés sont des aliments énergétiques.



## Discussions sur alimentation saine et/ou un poids avec ados

- Pour les parents qui se demandent si parler d'habitudes alimentaires et de poids avec leur adolescent est utile ou préjudiciable, les résultats de cette étude indiquent qu'ils devraient privilégier la discussion et la promotion de comportements alimentaires sains, plutôt que d'aborder le poids et la taille, que leur enfant soit en surpoids ou non.
- Les conversations sur une alimentation saine chez les adolescents, peuvent être utiles pour réduire les régimes et les comportements malsains de contrôle du poids chez les adolescents, en particulier en surpoids ou obèses.
- Ces résultats peuvent être utiles pour éduquer les parents sur le fait que parler d'une alimentation saine plutôt que de se concentrer sur la forme/taille ou la perte de poids est potentiellement utile pour éviter les troubles du comportement alimentaire chez les adolescents.
- Dans l'ensemble, les conversations parentales sur une alimentation saine étaient associées à la plus faible prévalence de troubles du comportement alimentaire, et les conversations parentales sur le poids étaient associées à une prévalence plus élevée.

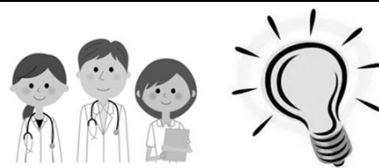
Question : quel était le discours sur l'alim saine (non développé) ?

Berge JM, Maclehorse R, Lath KA, Eisenberg M, Buccianeri MM, Neumark-Sztainer D. Parent conversations about healthful eating and weight: associations with adolescent disordered eating behaviors. JAMA Pediatr. 2013 Aug 1;167(8):746-53. doi: 10.1001/jamapediatrics.2013.78. PMID: 23797808; PMCID: PMC3737359.

Céline DURAND, Diététicienne Comportementaliste

25

## Dans ma pratique :



- Discuter avec les parents de leur posture éducative / leur langage vis-à-vis de la nourriture.
- Décourager la pratique de restrictions alimentaires.
- Valoriser un langage positif autour de la nourriture, toutes les nourritures, en modulant la fréquence de présentation (compétence des adultes).



Choix  
alimentaires :  
qui est responsable et  
compétent ?

## Compétence : Choix alimentaires => Adultes

---

Les adultes ayant la charge des repas sont ceux qui décident de leur contenu et composition.

Un adulte est capable de faire des choix d'alimentation variée, équilibrée, plaisant pour son enfant.



## Pour impliquer l'enfant...

---

=> On peut lui proposer un **choix dirigé** :

*Que préfères-tu manger ce soir: des carottes ou des courgettes ?*

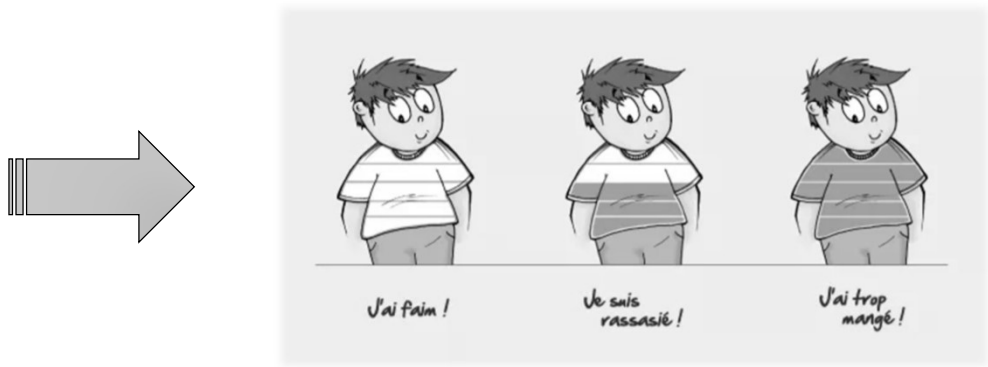
*Il y a des carottes au menu ce soir : sous quelle forme as-tu envie que nous les préparions ?*

=> Implique l'enfant dans le choix du menu (attitude reconnue comme favorisant la consommation)

=> L'adulte reste garant de la variété du repas du jour / semaine.



## Qui décide de la quantité mangée ?



Seul l'enfant peut évaluer ses besoins  
=> à travers son niveau de faim et de satiété.

- ⇒ L'entraîner à être à l'écoute de son système de régulation
- ⇒ Le meilleur outil pour ajuster sa nourriture à ses besoins.

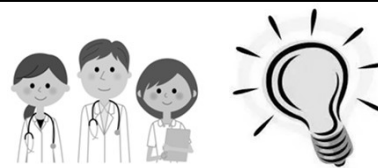
## Le partage des Responsabilités / Compétences

### L'enfant est responsable de :

- **SI** : il mange ou non, parmi les aliments proposés par l'adulte (après avoir goûté).
- **COMBIEN** : la quantité qu'il a besoin de manger.

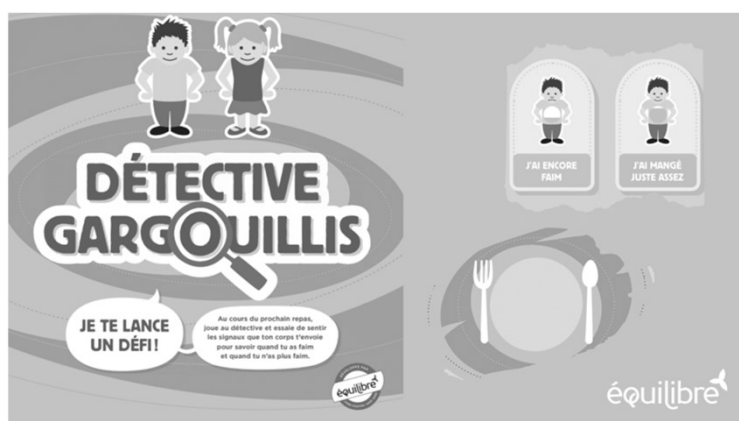
### L'adulte est responsable de :

- **QUOI** : Choix des aliments et composition des repas
- **QUAND** : Horaire des repas et collations.
- **OU** : L'endroit où s'installer pour manger.
- **COMMENT** : L'ambiance pendant les repas, les règles de la table.



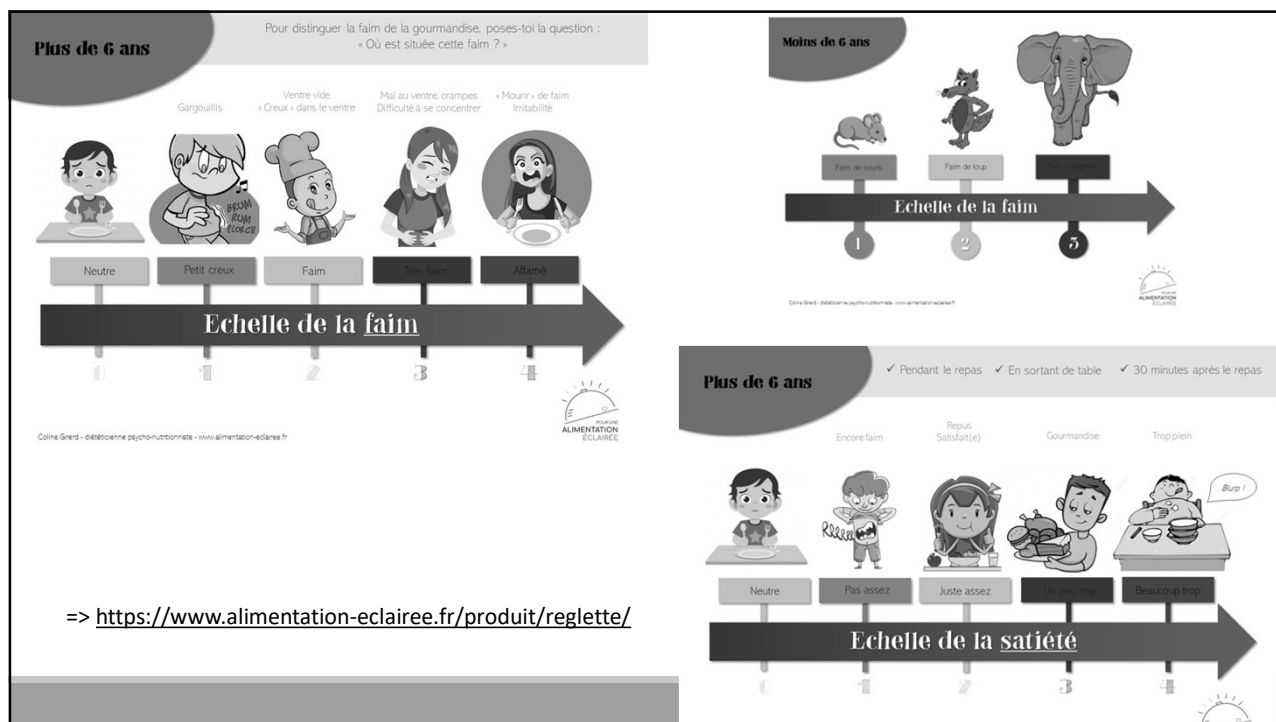
## Dans ma pratique :

- J'aborde avec la famille la notion des compétences de chacun.
- Je m'assure des connaissances des besoins d'équilibre / variété alimentaires des parents pour leur enfant
  - => et SI BESOIN : Je réexplique les notions d'équilibre alimentaire SOUPLE ET FLEXIBLE.
- J'apprends à l'enfant à être à l'écoute de ses sensations internes : sensations de faim / satiété / plaisir / sens... et l'entraîne à cultiver l'interoception.



<https://equilibre.ca/produit/detective-gargouillis/>





=> <https://www.alimentation-eclairée.fr/produit/reglette/>

## Vidéos pédagogiques pour les parents

➤ **VIDEOS : Centre de services scolaire des Hautes-Rivières / Québec**

➤ « Capsule parents »

➤ **La faim et la satiété :** <https://www.youtube.com/watch?v=DajKlGgJNOI>

➤ **Le partage des responsabilités :** <https://www.youtube.com/watch?v=ypY6uT2WckE>

➤ **Les styles parentaux :** <https://www.youtube.com/watch?v=uuW-kq8Ro0A>

➤ **Pratiques et attitudes :** <https://www.youtube.com/watch?v=LxCLlzlBMRg>

➤ **L'ambiance aux repas :** <https://www.youtube.com/watch?v=KRlafWrMFSw>

➤ **La saine alimentation :** <https://www.youtube.com/watch?v=-B9le1t0gJg>



## Restrictions des aliments appétissants

- **Il a été démontré que les parents jouent un rôle actif dans l'émergence de restrictions alimentaires chez leurs enfants, en contrôlant l'approvisionnement et la restriction de certains types d'aliments ou dans des circonstances particulières** (Edmunds & Hill, 1999).
- La restriction et l'imposition d'un contrôle sont particulièrement apparentes chez les parents de filles plutôt que de garçons (Edmunds & Hill, 1999, Fisher & Birch, 1999).
- Le comportement alimentaire restreint des parents prédisait une restriction maternelle de l'accès de leur fille, mais pas de leur fils, aux en-cas appétissants.
- **À son tour, la restriction de ces en-cas prédisait une consommation plus élevée d'en-cas chez les filles lors d'un essai d'accès libre après les repas.**
- **Paradoxalement, le fait de priver certains aliments appétissants peut en réalité accroître leur désirabilité ; par conséquent, les enfants dont l'accès aux aliments sucrés est restreint peuvent en réalité manifester une préférence accrue pour ces aliments** (Fisher & Birch, 1999).

H. Coulthard, J. Blissett, G. Harris. The relationship between parental eating problems and children's feeding behavior: A selective review of the literature. *Eating Behaviors*, 2004

- L'alimentation restrictive et l'accès à des aliments malsains étaient systématiquement associés à une augmentation de la consommation de collations chez les enfants,
- Nous avons constaté que la restriction était positivement associée à la consommation de grignotages chez l'enfant dans la majorité des études
- Dans d'autres études sur la parentalité alimentaire, **la restriction alimentaire a été associée à la fois à une augmentation de l'apport calorique et à un indice de masse corporelle élevé chez les enfants**
- De plus, **la manière dont les parents restreignent (c'est-à-dire avec chaleur et structure de soutien plutôt qu'avec hostilité et pratiques de contrôle coercitives), peut conduire les enfants à une alimentation plus désinhibée et à un intérêt pour les aliments riches en calories ou « interdits ».**

Blaine RE, Kachurak A, Davison KK, Klabunde R, Fisher JO. Food parenting and child snacking: a systematic review. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2017 Nov



## Dans ma pratique :

- Nous ne sommes pas les parents de nos jeunes patients...
- ... MAIS si nous insistons auprès des parents pour qu'ils restreignent leurs enfants, si nous leur « interdisons » certains aliments.
- => Nous encouragerons à terme les comportements compensatoires et une relation malsaine avec la nourriture.
  
- Aborder avec les parents la notion de fréquence de présentation de certains aliments, et comment ils vont la retranscrire à l'enfant.



## Attitudes parentales autour des repas



L'apprentissage  
alimentaire de  
l'enfant se fait par  
IMITATION

Il est donc important de MONTRER  
L'EXEMPLE, en mangeant avec un  
plaisir manifeste une alimentation  
variée (sans faire de discours  
nutritionnel)



Yee AZ, Lwin MO, Ho SS. The influence of parental practices on child promotive and preventive food consumption behaviors: a systematic review and meta-analysis. Int J Behav Nutr Phys Act. 2017

## Utiliser les aliments comme récompense

- Il a été constaté que l'utilisation de la nourriture comme récompense était liée à des niveaux plus élevés de "mauvaise alimentation" chez les enfants.
- Cette hypothèse a été confirmée par la revue systématique et la méta-analyse.
- **En récompensant le comportement des enfants avec ces aliments « malsains », ceux-ci pourraient les associer à des éléments positifs et précieux, et donc en consommer davantage lorsqu'ils en ont l'occasion.**



Yee AZ, Lwin MO, Ho SS. The influence of parental practices on child promotive and preventive food consumption behaviors: a systematic review and meta-analysis. Int J Behav Nutr Phys Act. 2017

## Pression pour manger

- Exercer une pression sur les enfants pour qu'ils mangent peut avoir des effets non intentionnels de la part des parents.
- *Bien qu'un petit nombre d'études aient établi une association positive entre la pression et une alimentation saine, un **plus grand nombre d'études ont constaté une association négative.***



Yee AZ, Lwin MO, Ho SS. The influence of parental practices on child promotive and preventive food consumption behaviors: a systematic review and meta-analysis. Int J Behav Nutr Phys Act. 2017

- **Inciter à goûter : oui !**
- **Inciter à tout manger : non !**
- **Inciter à finir : non !**



➡ **Le risque est de créer un mauvais souvenir avec l'aliment et d'une relation perturbée à la nourriture.**  
**=> contre-productif**

## Renforcement positif

Une proportion plus importante d'études a montré que **les éloges verbaux pouvaient conduire à une consommation accrue d'aliments sains.**

Il est toutefois important de noter que les récompenses par des éloges semblaient plus efficaces auprès des jeunes enfants



- ✓ *Super, tu as goûté aux épinards, trop fort !*
- ✓ *Bravo d'avoir fait l'effort de goûter à la ratatouille de maman.*
- ✓ *Bon, aujourd'hui le gratin de courge ne t'a pas inspiré, on retentera dans quelques semaines.*

- **Éviter le renforcement positif pour une raison externe :**
- *Super, tu as bien mangé, tu as fait plaisir à maman,*
- *Finis ton assiette, pense à mamie qui a passé des heures à préparer ce gratin....*

Yee AZ, Lwin MO, Ho SS. The influence of parental practices on child promotive and preventive food consumption behaviors: a systematic review and meta-analysis. Int J Behav Nutr Phys Act. 2017

## Exposition / Accessibilité alimentaire aux aliments très palatables



- Il semble préférable **d'éviter les hyper sollicitations, à savoir les incitations répétées à manger, continues reposant sur une exposition et une disponibilité trop présente des aliments.**
- Il peut s'agir de la taille de la portion, du contenu des placards et du réfrigérateur, de l'utilisation de l'aliment à des fins non alimentaires, par exemple comme une récompense ou un moyen de reconforter, de la publicité, bref de **tous les signaux qui éloignent des sensations internes de faim et de satiété pour stimuler l'envie de manger par des signaux externes.**
- Les hyper-sollicitations et hyper-restrictions tendraient à déréguler la capacité d'autorégulation de l'enfant.



Laissons les enfants continuer à gérer leurs prises alimentaires en fonction de leur état de faim et de satiété, tout en leur proposant un répertoire alimentaire diversifié dans lequel le chocolat et les légumes verts trouvent leur place car le petit de l'homme est omnivore et doit apprendre la variété.

Travaux de Natalie Rigal

## Prendre les Repas en Famille



- **La fréquence des repas en famille et une atmosphère positive lors des repas au départ étaient associées à une probabilité plus faible de « problèmes liés au poids »** (stratégies de contrôles du poids extrêmes, crises de boulimie et surpoids) **5 ans plus tard pour les filles uniquement**
- => **Les repas en famille avec une atmosphère positive au départ semblaient protéger contre les troubles de l'alimentation 5 ans plus tard,**
- **Tout comme des niveaux plus élevés d'estime de soi, de satisfaction corporelle et de déjeuner ou de dîner régulièrement.**

=> SAUF dans les cas où les familles rapportent des niveaux élevés de discussions et de moqueries sur le poids et un mauvais fonctionnement familial (pour les filles) ou un faible plaisir des repas en famille (pour les garçons) => cet effet est inversé.

in : Langdon-Daly J, Serpell L. Protective factors against disordered eating in family systems: a systematic review of research. J Eat Disord. 2017

## CONCLUSION



- Réfléchir aux mots que nous utilisons quand nous parlons d'obésité pédiatrique face aux enfants et leurs parents.
- Les mots choisis imprégneront certainement la tonalité du suivi et la « trace » qu'en gardera l'enfant.
- Cultiver une relation agréable, positive, détendue avec la nourriture et le corps.

- Veiller à ne pas faire de ces sujets « un problème à résoudre ».
- Intégrer la guidance parentale ++
- Réfléchir à la place de l'enfant / de ses parents / de la famille au sens large dans le suivi.

