

PSYCHISME ET RÉGULATION DE L'APPÉTIT – DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE PENDANT LA PETITE ENFANCE AUX CONSÉQUENCES PSYCHOLOGIQUES DE L'OBÉSITÉ ET À LA STIGMATISATION DU POIDS PENDANT L'ENFANCE ET L'ADOLESCENCE

Margarete Bolten, Fabien Claude, Sara Queirolo, Rita Tanas

L'article original a été rédigé en allemand.

Traduction : Rudolf Schlaepfer

Introduction

L'alimentation est l'un des besoins fondamentaux les plus importants pour l'humain. Cependant manger ne se limite pas uniquement à l'apport d'énergie et de nutriments. Le comportement alimentaire d'un enfant ou d'un-e adolescent-e est influencé d'une part par des préférences innées et des mécanismes physiologiques, d'autre part aussi par des facteurs externes tels que la structure familiale, le temps et les connaissances nutritionnelles des parents, le revenu familial ou encore la disponibilité des aliments. Les préférences alimentaires ainsi que les associations émotionnelles et sociales liées à certains aliments se forment à travers les interactions avec les proches. Par conséquent, l'un des messages clés à retenir est que les troubles de l'alimentation et l'obésité chez les enfants et adolescent-e-s sont des maladies multifactorielles. Elles doivent donc être prises en charge de manière interdisciplinaire par des équipes spécialisées afin de prévenir le développement de complications somatiques et psychologiques à long terme.

La socialisation alimentaire dans la petite enfance

La relation d'un nourrisson avec ses proches est fortement influencée par l'alimentation et joue un rôle crucial dans son développement global. L'allaitement et la transition progressive vers les aliments solides s'accompagnent de divers processus d'apprentissage et d'éducation. Les enfants apprennent à manger ce qui est comestible grâce aux aliments qui leur sont proposés dans leur environnement social. Par le biais de la socialisation, ils sont intégrés dans la culture alimentaire de leur société. L'alimentation n'est donc pas uniquement déterminée biologiquement, mais elle est aussi façonnée par les expériences familiales, socioculturelles et religieuses, ainsi que par des proces-

sus d'apprentissage et éducatifs. Elle exerce ainsi une influence durable sur les habitudes alimentaires, la santé et le bien-être tout au long de la vie⁽¹⁾. Des études montrent que les enfants exposés dès leur plus jeune âge à une alimentation équilibrée et variée développent une acceptation plus large des aliments et ont tendance à avoir un poids plus optimal à long terme. À l'inverse, une alimentation très sélective dès la petite enfance est associée à un risque accru de surpoids ou d'obésité.

Les repas en commun créent des relations. Ils satisfont des besoins tant physiologiques qu'émotionnels de l'enfant, favorisant ainsi le développement physique et psychique.

La manière dont les repas sont réalisés durant la petite enfance, influence le comportement alimentaire ultérieur⁽²⁾. Les enfants pour qui les repas sont régulièrement associés au stress ou aux conflits, développent plus fréquemment une relation perturbée à l'alimentation. Une alimentation émotionnelle, où l'on mange pour se reconforter ou faire face à des émotions négatives, s'enracine dès la petite enfance et peut favoriser plus tard l'apparition de troubles alimentaires comme l'hyperphagie boulimique. Une alimentation irrégulière ou non structurée, par exemple l'absence de repas en commun, représente également un facteur de risque important pour les troubles de l'alimentation et de la nutrition de la petite enfance. Des études montrent que les enfants qui prennent régulièrement leurs repas en famille à la maison, ont plus de chances d'avoir un poids normal et sont moins enclins à une consommation excessive de sucre⁽³⁾. Cela souligne l'importance de la culture alimentaire familiale et du rôle des parents en tant que



Margarete Bolten

Fabien Claude
Sara Queirolo
Rita Tanas

<https://doi.org/10.35190/Paediatria.f.2025.2.4>

Correspondance :
margarete.bolten@luks.ch

modèle pour l'acquisition de bonnes habitudes alimentaires.

Les enfants qui grandissent dans un environnement qui privilégie les aliments ultra-transformés ont un risque accru de développer par la suite du surpoids. Le « programme alimentaire » acquis pendant l'enfance ne se laisse modifier que par un effort conscient. Ainsi manger s'apprend pendant l'enfance à la fois par la qualité des aliments et la manière dont se déroulent les repas⁽⁴⁾. Les expériences alimentaires jouent un rôle primordial dans la socialisation primaire au sein de la famille, car elles font découvrir le plaisir et la satisfaction liés au repas.

Vignette clinique 1

Sam, 3 ans, semble avoir une faim insatiable et il veut manger en permanence. Sa mère explique qu'il est impossible de passer devant un supermarché ou une boulangerie sans qu'il réclame de la nourriture. Il demande principalement des aliments riches en calories, comme des chips, des sucreries, des pâtisseries ou des boissons sucrées. Si ses parents refusent, il fait de violentes crises de colère, face auxquelles sa mère se sent impuissante. Sur la place de jeu il ne va pas jouer, préférant aller vers d'autres familles pour leur demander de la nourriture.

D'autre part, des études scientifiques suggèrent qu'un style éducatif trop restrictif en matière d'alimentation peut être problématique⁽⁵⁾. Les attitudes particulièrement autoritaires, caractérisées par un contrôle strict et une faible tolérance, peuvent augmenter le risque de comportements alimentaires malsains ou de surpoids. Cela se produit souvent par un choix fortement limité des aliments, qui peut perturber la perception naturelle de faim et de satiété chez l'enfant. L'utilisation de la nourriture comme récompense ou punition peut également conduire à une relation perturbée avec l'alimentation et favoriser l'apparition de troubles alimentaires. En revanche, un style éducatif flexible mais cohérent, qui encourage des habitudes alimentaires saines sans imposer d'interdictions rigides, semble avoir des effets positifs sur l'alimentation et le comportement alimentaire des enfants. En plus du style éducatif, les attitudes parentales vis-à-vis de la nutrition, de l'image corporelle et de la santé influencent fortement le comportement alimentaire de l'enfant^(6,7).

Comportement alimentaire sélectif dans la petite enfance : un facteur de risque de surpoids et obésité

Lorsqu'ils doivent choisir leurs aliments, les enfants préfèrent généralement les saveurs familières et optent donc pour des aliments connus. Ce comportement sélectif est l'un des modèles alimentaires les plus fréquents chez les petits enfants et constitue un obstacle à une alimentation équilibrée⁽⁸⁾. La prévalence du comportement alimentaire sélectif est estimée entre 5,6% et 47%, la large variation étant due aux différentes méthodes d'évaluation, aux groupes d'âge étudiés et aux contextes culturels.

Il n'existe pas encore de définition universellement reconnue du comportement alimentaire sélectif. Parmi les attitudes qui caractérisent le comportement alimentaire sélectif on compte le refus de l'enfant à consommer aussi bien des aliments familiers qu'inconnus, sa réticence à essayer de nouveaux aliments et le développement de fortes préférences pour certains d'aliments⁽⁹⁾.

Le comportement alimentaire sélectif de l'enfant peut entraîner de nombreux problèmes familiaux et conflits liés à l'alimentation. Il s'agit surtout de l'inquiétude des parents concernant la croissance, le développement et la santé de leur enfant, de tensions lors des repas et de sentiments de culpabilité. Les parents perçoivent ce comportement souvent comme un signe d'opposition ou de résistance de la part de l'enfant, ce qui peut générer un stress important, de l'anxiété et des tensions dans les relations familiales⁽¹⁰⁾.

Un comportement alimentaire très sélectif peut entraîner une diminution de la variété des aliments consommés, augmentant ainsi le risque d'une alimentation déséquilibrée et pauvre⁽¹¹⁾. Comparés aux enfants non sélectifs, les mangeurs difficiles consomment un choix plus restreint d'aliments, ce qui peut favoriser un retard de croissance, une insuffisance pondérale ou un surpoids⁽¹²⁾ ainsi que le développement de troubles alimentaires⁽¹³⁾. De plus la faible consommation de fibres, souvent due à un apport insuffisant en fruits et légumes, peut modifier le microbiome intestinal. Les causes du comportement alimentaire sélectif incluent une prédisposition génétique à l'hypersensibilité sensorielle, des troubles précoces de l'alimentation, l'introduction tardive des aliments solides lors du sevrage et une pression excessive des parents pour que l'enfant consomme certains aliments⁽¹⁴⁾. Le comportement alimentaire sélectif et la néophobie alimentaire sont associés, déjà pendant la petite enfance, à un risque accru d'obésité⁽⁹⁾. Des études montrent également que les enfants ayant eu un comportement alimentaire sélectif en bas âge sont plus susceptibles de développer des habitudes alimentaires sélectives et une alimentation émotionnelle à l'âge adulte.

Troubles alimentaires pendant la petite enfance

Un point commun à tous les troubles alimentaires de la petite enfance est celui de la prise alimentaire, sans explication uniquement organique. Ces difficultés peuvent être associées à une insuffisance pondérale et à un retard de croissance, à un poids normal ou encore à un excès de poids. Certaines maladies somatiques ou psychologiques (p. ex. carences nutritionnelles, troubles du spectre autistique ou comportements oppositionnels) peuvent être associées à toutes les formes de troubles alimentaires de la petite enfance mais ne constituent ni un critère absolu d'exclusion ni une condition nécessaire au diagnostic.

Formation continue

Chez les nouveau-nés on observe fréquemment un manque d'intérêt pour l'alimentation ou des difficultés à absorber une quantité suffisante d'énergie. Les enfants d'âge préscolaire peuvent manifester un comportement alimentaire sélectif marqué, associé à des aversions sensorielles et des comportements particuliers (p. ex. garder longtemps la nourriture en bouche ou n'accepter de manger que sous les conditions imposées par l'enfant, etc.). Des craintes liées à l'alimentation sont également fréquentes. Malheureusement l'intérêt scientifique pour l'obésité infantile reste limité et les connaissances actuelles sur les causes, l'évolution et les traitements de cette pathologie sont insuffisantes. Sur le fond il a été démontré que l'obésité infantile et la réponse au traitement dépendent aussi de facteurs psychosociaux qui impactent globalement le développement psychosocial pendant l'enfance et l'adolescence. Parmi les facteurs de risque figurent la dépression et l'insécurité affective des parents ou de la personne de référence, ainsi que d'autres facteurs familiaux (faible niveau scolaire ou professionnel des parents, conditions de logement précaires, parentalité précoce et relations familiales instables). Avant d'intervenir on devrait donc identifier et, si possible, traiter les symptômes dépressifs ou autres troubles psychiques des parents ou personnes de référence, ainsi que les difficultés psychosociales familiales⁽¹⁵⁾.

Vignette clinique 2

Les parents de Nina (4 ans) sont préoccupés par son poids et son comportement alimentaire. Les analyses hépatiques auraient révélé des anomalies. Toutes les autres investigations somatiques et génétiques n'ont montré aucune anomalie. Les parents expliquent qu'ils veillent à offrir une alimentation saine et équilibrée. Nina semble ne pas connaître de limites lorsqu'elle mange. Elle demande souvent plusieurs fois à être resservie et réclame un encas peu de temps après un repas. Elle a du mal à se concentrer sur le jeu lorsque d'autres personnes autour d'elle ont de quoi manger.

La Classification diagnostique de la santé mentale et des troubles du développement de la petite enfance (DC:0-5; ZERO TO THREE) permet une analyse différenciée des troubles alimentaires de la petite enfance⁽¹⁶⁾. L'édition actuelle de ce système de classification distingue deux catégories principales et une catégorie accessoire de troubles alimentaires précoces:

1. Trouble alimentaire avec hyperphagie
2. Trouble alimentaire avec refus de s'alimenter.

Le trouble alimentaire avec hyperphagie présente certaines similitudes avec le trouble de l'hyperphagie boulimique décrit dans la CIM-11 et le DSM-5. La caractéristique principale de ce trouble est la préoccupation excessive d'un petit enfant pour la nourriture, au détriment d'autres activités adaptées à son développement. L'enfant demande constamment à manger, que ce soit pendant ou entre les repas, et souffre

lorsqu'on l'empêche de manger. Ce comportement empêche l'enfant d'adopter des comportements typiques de son âge (comme jouer, grimper). D'autres symptômes associés à ce trouble peuvent inclure une irritabilité accrue, de la colère, des accès de rage, mais aussi de l'anxiété. Il est essentiel de garder à l'esprit que les enfants atteints de troubles du développement ou d'obésité d'origine génétique ou syndromique peuvent également présenter ces symptômes (voir article 2).

Les pédiatres et les professionnel-le-s de la santé jouent un rôle central dans la détection précoce des problèmes alimentaires et la prévention de ces troubles, du surpoids et de l'obésité chez les enfants et les adolescent-e-s. Dans ce contexte il est important de sensibiliser les parents aussi tôt que possible à leur rôle déterminant dans le développement des habitudes alimentaires de leur enfant. Tout en les informant sur les répercussions de problèmes psychologiques et sociaux, ainsi que sur l'influence de leur propre perception du poids et de leur image corporelle sur les habitudes alimentaires de leur enfant.

Conséquences psychologiques et troubles associés au surpoids et à l'obésité pendant l'enfance et l'adolescence

Alors que des sondages dans la population générale n'indiquent pas systématiquement une augmentation des troubles psychologiques chez les adolescent-e-s en surpoids, chez les enfants en surpoids adressés aux centres spécialisés ont été constatés des taux élevés de dépression, d'anxiété, de troubles du comportement, du trouble du déficit de l'attention/hyperactivité (TDAH) et de troubles de l'alimentation⁽¹⁷⁾. Latzer et Stein évoquent dans leur revue sur les perspectives psychologiques et familiales de l'obésité infantile, divers facteurs de stress psychosociaux, tels que de moins bons résultats scolaires et des difficultés sociales, une qualité de vie réduite, une victimisation et du harcèlement par les pairs, une faible estime de soi et des troubles neuropsychologiques.

L'étude KIDSSTEP, qui évalue l'efficacité des programmes de prise en charge multiprofessionnelle en groupe pour enfants et adolescent-e-s obèses en Suisse, révèle que les troubles émotionnels et comportementaux étaient la deuxième comorbidité la plus fréquente (46%)⁽¹⁸⁾. Toutefois cette étude a aussi montré que les symptômes psychiques s'amélioraient chez un nombre significatif de patient-e-s au cours du traitement de l'obésité. D'autre part des études cliniques, basées sur un échantillonnage, citent une prévalence plus élevée du surpoids et de l'obésité chez les enfants atteints de TDAH⁽¹⁹⁾. Ces enfants rapportent aussi plus fréquemment des troubles alimentaires que les autres enfants⁽²⁰⁾. Dans l'étude de population d'Erhart et al.⁽²¹⁾ les enfants avec surpoids/obésité et TDAH avaient le taux de consultation des services de santé le plus élevé. Dans l'étude KIDSSTEP sur l'obésité, les troubles alimentaires des adolescent-e-s n'étaient pas plus fréquents que chez les contrôles,

restaient stables ou régressaient pendant le traitement, notamment les épisodes d'hyperphagie⁽¹⁸⁾.

Stigmatisation liée au poids et ses conséquences pour les enfants et adolescent-e-s en surpoids ou obèses

La stigmatisation des personnes en surpoids ou obèses est très répandue et reste une forme de discrimination largement acceptée, y compris parmi les professionnel-le-s de la santé. Elle repose souvent sur un discours culpabilisant et la croyance erronée qu'adopter un mode de vie sain est simple et accessible à tous, sans contraintes ni conséquences négatives⁽²²⁻²⁴⁾.

Les recherches actuelles montrent que la stigmatisation constitue une barrière majeure à la prise en charge de l'obésité⁽²⁵⁾. Comme l'illustre schématiquement la *figure 1*, les expériences du harcèlement et de la stigmatisation liées au poids ont des répercussions psychologiques et physiologiques pour les patient-e-s, auxquelles les pédiatres se voient souvent confronté-e-s chez les enfants et adolescent-e-s en surpoids⁽²⁶⁾. Ces patient-e-s ont souvent une faible estime de soi et de leurs capacités à changer, ce qui peut les décourager d'adopter un mode de vie sain et à suivre un traitement régulier⁽²⁷⁾.

Le terme stigma, du grec ancien *στίγμα*, signifie littéralement une « piqûre, marque, blessure ou brûlure ». Dans son usage contemporain le terme désigne une caractéristique perçue comme négative. La stigmatisation est un processus par lequel des individus ou des groupes sont classés dans une certaine catégorie (perçue négativement), en dévalorisant des apparences ou caractéristiques, visibles ou invisibles. La stigmatisation du poids fait référence aux préjugés, discriminations et attitudes négatives à l'égard des personnes en raison de leur poids ou de leur morphologie. Cette forme spécifique de stigmatisation se manifeste dans différents domaines de la vie et peut prendre des formes directes (p. ex. commentaires blessants) ou subtiles (suppositions sur le manque de volonté ou la santé d'une personne)⁽²⁶⁾.

La prévalence de la stigmatisation liée au poids est élevée chez les enfants et les adolescent-e-s en surpoids ou obèses : des méta-analyses ont montré que les moqueries liées au poids dans le cadre scolaire sont fréquentes (27–51%⁽²⁸⁾) et leur durée significative (>1 an jusqu'à 80% des cas, >5 ans jusqu'à

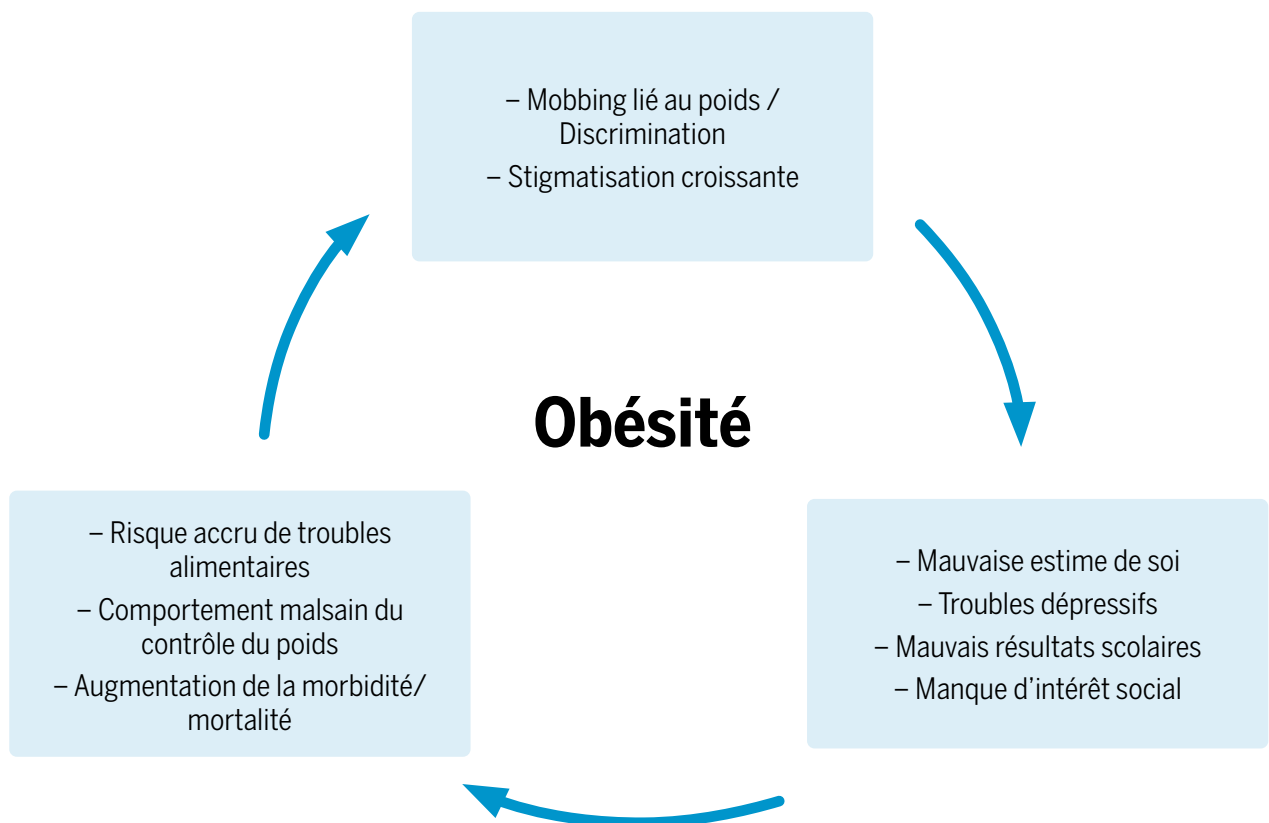


Figure 1. Cercle vicieux d'obésité et stigmatisation du poids⁽²⁶⁾.

Formation continue

33% des cas)⁽²⁶⁾. Cependant l'environnement familial est souvent la première et la plus forte source de stigmatisation liée au poids^(29,30). L'analyse de questionnaires adressés aux parents et aux adolescent-e-s a révélé qu'une stigmatisation du poids au sein de la famille entraîne une augmentation de l'IMC à l'adolescence. De plus la stigmatisation du poids peut être associée à une consommation accrue de drogues et à une faible estime de soi⁽³¹⁻³³⁾. Une autre enquête menée auprès de parents a révélé que dans 35% des cas le comportement stigmatisant de la part du médecin traitant de leur enfant a mené à un changement de thérapeute et, dans 25% des cas, à l'abandon du suivi médical⁽³⁴⁾.

Vignette clinique 3

Fynn (14 ans) a été adressé par son pédiatre à un chirurgien orthopédiste en raison de ses jambes en « X ». Lors de la consultation le chirurgien lui a dit qu'il était « trop gros », que cela causait son problème de jambes et qu'il devait absolument perdre du poids, recommandant une consultation en pédiatrie spécialisée dans l'obésité. Lors de son premier rendez-vous dans cette consultation spécialisée, Fynn a confié que les paroles du chirurgien l'avaient profondément blessé et qu'il ne souhaitait plus parler de son poids avec des médecins. Après un long échange avec Fynn ont été définis plusieurs objectifs importants pour lui et fixé un rendez-vous de suivi.

Les pédiatres et toutes les professions en contact avec les enfants et adolescent-e-s obèses (p. ex. enseignant-e-s) ou impliqué-e-s dans leur prise en charge (p. ex. diététicien-ne-s, physiothérapeutes) doivent être conscient-e-s des deux formes de stigmatisation et de leur rôle dans l'augmentation du stress et l'aggravation de l'état de santé des personnes en surpoids⁽³⁵⁾:

1. La stigmatisation explicite consiste, par exemple, à supposer que le surpoids est dû à l'incapacité des personnes concernées à adopter un mode de vie sain⁽²⁶⁾.
2. La stigmatisation implicite est inconsciente, apparaît tôt, est difficile à éviter et dépend de facteurs sociaux et culturels⁽³⁶⁾.

Les pédiatres jouent un rôle particulièrement important dans la reconnaissance précoce d'une prise de poids pathologique et doivent aborder ce sujet avec les patient-e-s et leurs familles, en veillant à ne pas adopter une attitude ou un langage stigmatisant (*voir tableau 1*)^(34,35). Pour éviter la stigmatisation des patient-e-s concerné-e-s il est essentiel de comprendre les multiples déterminants de l'obésité et de proposer une prise en charge holistique⁽³⁵⁾. Par ailleurs il a été démontré que la stigmatisation liée au poids peut accentuer la prise de poids⁽³⁷⁾.

À quoi veiller dans notre approche avec les enfants et adolescent-e-s en surpoids et leurs parents ?

Concernant le langage il peut être utile de discuter avec les parents et les patient-e-s des termes qu'ils souhaitent utiliser pour parler de la problématique du poids. Des mots comme « gros » ou « obèse » / « obésité » peuvent par exemple être remplacés par des expressions comme « en surpoids » / « problème de poids »⁽³⁵⁾.

L'entretien motivationnel (EM) est un outil qui favorise la motivation intrinsèque des patients et de leurs familles à adopter des changements bénéfiques pour la santé⁽³⁸⁾. L'EM repose sur une approche coopérative et empathique, utilisant des questions ou-

Formes de stigmatisation	Conséquences pour le-la patient-e	Stratégies de modération
Langage insensible ou accusateur, manque d'empathie.	Sentiment d'être accusé ou condamné à cause du poids.	Empathie, avec accent sur le respect et l'acceptation du corps. Utilisation d'un langage non stigmatisant dans les descriptions et documents.
Attitude négative et stéréotypes dus au surpoids, p. ex. considérer l'obésité comme étant un choix personnel.	Manque de confiance dans les professionnel-le-s de la santé.	Connaissance de tous les déterminants de l'obésité, notamment des facteurs génétiques et ceux dus à l'environnement social.
Manque de communication centrée sur le-la patient-e, avec accent sur le poids/la réduction du poids comme seul ou plus important objectif du traitement.	Qualité médiocre de la prise en charge, avec faible adhérence et résultats insuffisants du traitement.	Attitude inclusive avec des objectifs thérapeutiques centrés sur le-la patient-e.
Explication des problèmes de santé uniquement par le surpoids, sans prise en compte de diagnostics différentiels.	Refus ou retard de prise en charge de toute autre maladie.	Sensibilisation pour les risques d'un traitement tardif ou manquant des problèmes de santé, à cause d'expériences de stigmatisation ou de normes socio-culturelles et de messages concernant le surpoids.

Tableau 1. Aspects particuliers de la stigmatisation du poids par les professionnel-le-s de la santé et stratégies pour les éviter (d'après Tanas et al.⁽³⁵⁾).

vertes et une écoute réfléchie, par exemple en reformulant les propos du/de la patient-e. Il est essentiel de travailler sur la motivation intrinsèque, qui émane du/de la patient-e ou de ses parents, et qui leur apporte un bénéfice concret et significatif. Par exemple : un enfant ou ses parents peuvent souhaiter une normalisation de l'IMC pour qu'il puisse jouer au football sans être essoufflé. En revanche une motivation extrinsèque peut être contre-productive ou même stigmatisante. Par exemple : un médecin dit à un-e patient-e d'arrêter de boire des sodas pour éviter de développer un diabète.

Chez les jeunes enfants l'implication des parents est cruciale, car ils influencent fortement l'espace de vie, les habitudes alimentaires et la structure du quotidien. L'EM permet d'amener parents et enfants à définir leurs propres objectifs, à identifier les obstacles et à développer des stratégies adaptées. Son style bienveillant et non-confrontant aide à réduire la résistance et à renforcer l'autonomie. Globalement l'EM favorise un changement comportemental durable en prenant en compte à la fois les besoins individuels de l'enfant et le rôle des parents en tant que soutien.

Pour les adolescent-e-s ont été développés des modèles spécifiques basés sur l'EM. Le modèle 5A canadien aide à établir un plan de traitement avec des objectifs réalistes, tout en cherchant d'éventuelles causes secondaires du surpoids et ses conséquences somatiques et psychologiques. Le poids étant un sujet sensible pour les adolescent-e-s, beaucoup d'entre eux-elles ne souhaitent pas en parler avec leurs parents⁽³³⁾. Le modèle 5A recommande donc de déterminer avec l'adolescent-e quand et comment aborder la question du poids. Il est aussi important de disposer du matériel médical approprié, par exemple un brassard de tension artérielle de grande taille, et de l'utiliser sans commentaire du type : « Pour toi je dois utiliser le brassard pour patient-e-s obèses »⁽³⁵⁾.

Les pédiatres et les professionnel-le-s de la santé jouent également un rôle clé dans la réduction de la stigmatisation du poids au sein des familles. Il est essentiel de s'assurer que parents et enfants disposent du même niveau d'information^(33,35). Une étude a révélé que 65% des parents pensent que leurs enfants sont suffisamment informés sur leur problème de poids mais que seulement 27% des adolescent-e-s s'estiment suffisamment informé-e-s⁽³³⁾. Il est aussi important d'éclairer les parents sur les multiples déterminants de l'obésité (voir figure 1), afin qu'ils puissent

favoriser des échanges positifs au sein de la famille, en adoptant un langage positif (p. ex. en évitant les critiques non constructives sur l'apparence physique ou l'alimentation, tout en renforçant l'estime de soi de leur enfant)^(26,33,35).

Conclusion

L'environnement familial et socioculturel, ainsi que des facteurs génétiques, sont les principaux déterminants du développement de saines habitudes alimentaires pendant la petite enfance et constituent donc aussi des facteurs de risque potentiels pour le développement de l'obésité infantile et juvénile. Afin d'éviter les conséquences somatiques et psychologiques à long terme, les professionnel-le-s de la santé, mais aussi toutes les personnes impliquées dans la vie des enfants concernés, y compris les parents et les enseignant-e-s, doivent disposer des connaissances nécessaires pour réagir de manière appropriée et non stigmatisante^(26,35). Il est recommandé de ne pas seulement évaluer les aspects physiques, mais de dépister aussi les troubles psychiques et les facteurs de stress psychosociaux, afin d'apporter une prise en charge précoce et efficace aux enfants avec des tels problèmes. Il est particulièrement important de rechercher les troubles du comportement alimentaire impulsif, les symptômes d'hyperactivité-impulsivité et les signes de dépression. Médecins, parents et enseignant-e-s ne peuvent entreprendre des mesures pour le bien-être de l'enfant, que s'ils-elles connaissent les comorbidités spécifiques en lien avec l'obésité.

La perception du surpoids de leur enfant par les parents impacte fortement son bien-être et son estime de soi. En retour, le niveau de fonctionnement psychosocial, le bien-être émotionnel et la perception de soi et de son corps ainsi que les comorbidités psychiques des enfants et adolescent-e-s en surpoids influencent leur motivation à changer et donc le succès du traitement. Il est donc primordial de soutenir ces enfants et adolescent-e-s en surpoids dans ces aspects. Enfin, l'attitude des parents vis-à-vis du poids et de l'alimentation a une influence déterminante sur les comportements alimentaires des enfants, indépendamment de leur poids. Ces aspects doivent être abordés aussi bien dans le suivi pédiatrique de routine que dans la prise en charge de l'obésité infantile.

Pour la bibliographie, veuillez consulter notre version en ligne de l'article.

Auteur-e-s

PD Dr. rer. nat. Margarete Bolten, Psychologin, Luzerner Psychiatrie (LUPS) und Kinderspital Zentralschweiz
Dr. med. Fabien Claude, Pädiatrischer Endokrinologe, Universitäts-Kinderspital Beider Basel (UKBB), Basel
Dr. med. Sara Queirolo, Kinderärztin, Istituto Pediatrico della Svizzera Italiana Lugano
Dr. med. Rita Tanas, Niedergelassene pädiatrische Endokrinologin, Ferrara, Italien

Les auteur-e-s n'ont déclaré aucun lien financier ou personnel en rapport avec cet article.