



Dominique-Adèle Cassuto

La première consultation de nutrition chez un enfant et un adolescent obèses

La consultation de nutrition dans le cadre d'une demande de réduction pondérale est un moment crucial pour l'enfant en surpoids et pour ses parents. La première consultation, qui peut se dérouler en plusieurs temps, ne devrait jamais être proposée à la fin d'une autre consultation (vaccination, autre problème somatique), mais avoir une place spécifique, reconnue par l'enfant et ses parents. Que le conseil soit prodigué par le médecin généraliste, le pédiatre, ou le nutritionniste habitué à la consultation d'enfants, elle doit être le temps d'une analyse globale de la situation.

*Dominique-Adèle Cassuto
est nutritionniste au service de
nutrition de l'Hôtel-Dieu à Paris.*

L'INTERROGATOIRE

Comme à tout début de consultation, l'interrogatoire tiendra une place de choix, car tous les éléments collectés orienteront les objectifs qui seront fixés à l'issue de ces consultations. Suivant la nature étiologique de l'obésité, son intensité et son ancienneté, le sexe ou l'âge de l'enfant, les difficultés psychologiques, les aléas familiaux, etc., on prévoira des stratégies différentes.

C'est ainsi qu'un entretien en famille réunie permettra d'objectiver l'importance et la cinétique de la surcharge pondérale de l'enfant à l'aide du carnet de santé et des courbes de poids, de taille et d'indice de masse corporelle (IMC) (voir encadré page suivante). Ce temps est essentiel pour l'enfant qui va matérialiser son surpoids par rapport aux normes médicales et aux normes esthétiques et culturelles (surpoids surévalué ou minimisé).

Ce surpoids sera interprété en fonction des antécédents familiaux d'obésité et de maladies métaboliques.



Trop de poids, trop de quoi ?

Les courbes de corpulence

Un groupe d'experts international (IOTF) a établi une présentation des courbes de corpulence définissant de manière adaptée à la pratique clinique les zones de normalité et d'obésité. Rappelons que, en pratique courante, la corpulence est évaluée à partir du poids et de la taille en calculant l'indice de masse corporelle (IMC), qui est égal au poids (en kg) divisé par le carré de la taille (en m²) = poids/taille².

La corpulence variant au cours de la croissance, l'interprétation du caractère pathologique ou normal du niveau d'adiposité doit se faire en fonction de l'âge de l'enfant.

En moyenne, chez les enfants, la corpulence augmente la première année de la vie, puis diminue jusqu'à 6 ans et croît à nouveau jusqu'à la fin de la croissance (c'est le rebond adipocytaire). La diminution des valeurs de l'IMC entre 1 an et 6 ans traduit la diminution physiologique de l'adiposité et de la corpulence. Les enfants et les adolescents obèses ont dans la plupart des cas un rebond adipocytaire avant l'âge de 6 ans.

La zone comprise entre le 3^e et le 97^e percentile définit la zone de normalité.

L'excès pondéral (le surpoids) est défini par la zone située au-dessus du 97^e percentile des références françaises.

.../...

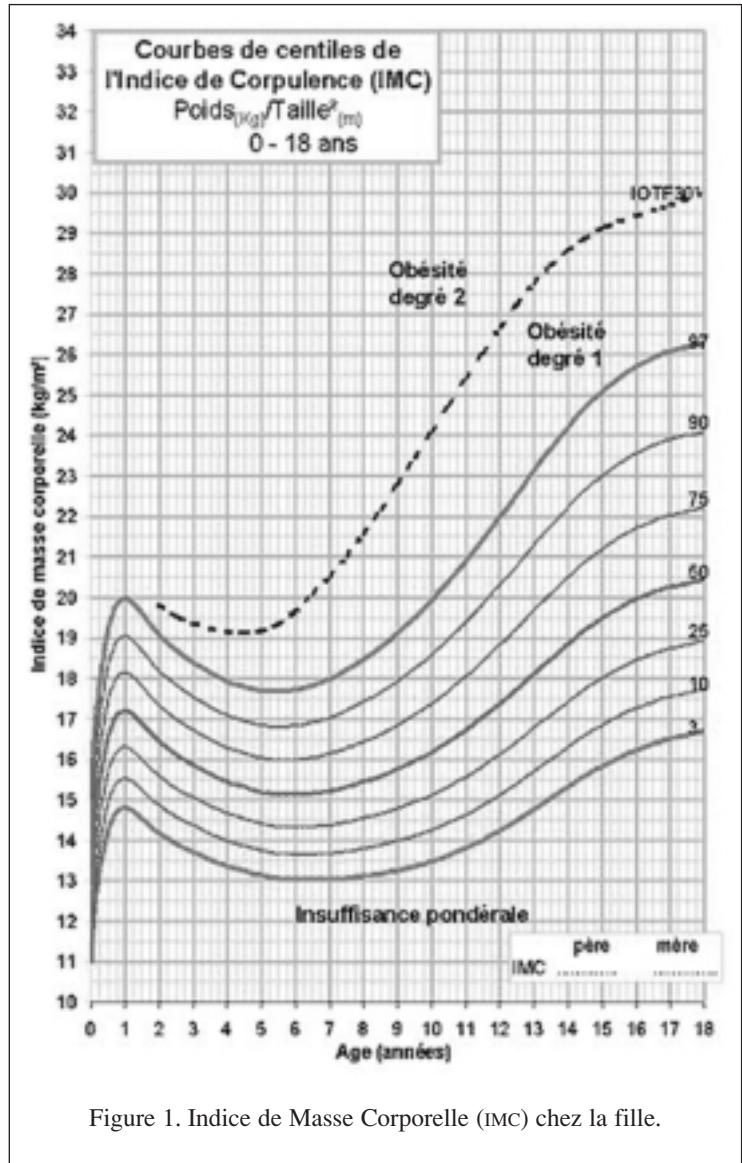


Figure 1. Indice de Masse Corporelle (IMC) chez la fille.

L'entretien familial évaluera le niveau socio-économique et la profession des parents (important pour les conseils pratiques).

Lors de cette consultation, un entretien avec l'enfant est souhaitable pour connaître son niveau d'implication et sa motivation : a-t-il souhaité venir lui-même ou la consultation a-t-elle été motivée par un médecin ou les parents eux mêmes ? Est-il le sujet

de moqueries ou de quolibets de la part de ses pairs ou de ces frères et sœurs ? Est-il intégré dans son environnement scolaire ou est-il replié sur lui-même ? Quelle est la perception de son surpoids et est-elle en accord avec celle de ses parents ?

Cet entretien peut révéler une discordance entre le discours de l'enfant et celui tenu par les parents : un enfant peut momentanément avoir des bénéfices éventuels (avoués et inavoués) à rester en surpoids. Parfois l'enfant peut avoir une attitude très différente à l'égard du surpoids en famille et à l'école et souffrir différemment dans les deux environnements. L'enfant, pris seul, pourra devant un « tiers neutre » exprimer son ambivalence : « J'aimerais bien maigrir mais comment renoncer à tout ce qui me permet de grandir ? » « Si je maigris j'ai peur que mes copains ne me reconnaissent plus ! » L'interrogatoire devra tenir compte des résultats scolaires, des événements qui ont précédé la prise de poids et/ou le retentissement psychologique de l'obésité.

Lors de ce premier interrogatoire il est nécessaire de questionner les parents sur leur histoire pondérale personnelle et sur leur niveau de tolérance à l'égard de l'obésité de leur enfant. Une évaluation du niveau de restriction réelle ou cognitive des parents (surtout de la mère, mais parfois du père) est très importante à apprécier¹.

L'examen clinique

C'est une étape essentielle. Nous proposons qu'il puisse se faire en l'absence des parents, surtout pour les plus âgés. Il s'agit de spécifier à l'enfant qu'il est question de son corps et que celui-ci lui appartient.

Lors de cet examen clinique, en dehors de la pesée et de la mesure de la taille, il faudra évaluer le stade pubertaire et faire le point sur les complications somatiques les plus fréquentes qui sont orthopédiques (au niveau des genoux, des hanches) et concernent aussi l'hypertension artérielle. La recherche d'un asthme doit être systématique car les difficultés respiratoires dues à la simple surcharge pondérale sont majorées. Un syndrome d'apnées du sommeil est souvent présent dans les obésités sévères. Une stéatose hépatique n'est pas rare chez l'enfant obèse et n'a pas d'expression clinique. Elle est révélée par l'échographie hépatique. L'examen clinique peut motiver des examens complémentaires qui statueront sur la présence d'une hypertriglycémie et/ou d'un diabète motivant des consignes diététiques particulières. Une hypothyroïdie est rare mais doit être recherchée surtout dans les cas d'un ralentissement de la courbe de croissance.

.../...

Cette ligne est proche de la courbe qui arrive à un IMC de 25 à l'âge de 18 ans. En France, il a été décidé d'appeler cette zone (de façon exagérée) **Obésité grade 1**. Nous préférons parler de surpoids.

L'obésité est définie par la zone située au-dessus de la courbe qui arrive à un IMC de 30 à l'âge de 18 ans. Cette zone est appelée en France **Obésité grade 2**

Ces courbes sont dans les carnets de santé depuis 1997 et sont disponibles sur le site www.sante.gouv.fr (thème nutrition). Même lorsque le surpoids est évident, l'utilisation de ces courbes est nécessaire pour quantifier le surpoids et son évolution. En effet, ces courbes permettent une visualisation de l'âge du rebond adipocytaire prépubertaire et de l'ancienneté du surpoids, et leur étude permettra de mettre en place une stratégie adaptée à chaque cas.

1. Voir pages 53-54.



Cas particuliers de l'adolescence

C'est une période délicate de recherche d'identité. C'est une période critique pour le développement de désordres alimentaires. C'est une période où les questions d'image de soi sont exacerbées. Ses goûts et son comportement alimentaire vont ressembler à ceux du groupe de pairs auquel il appartient. Ce moment conflictuel avec sa famille lui est nécessaire pour grandir. Grignotages, déstructurations des repas, goûts spéciaux, ces comportements sont banals à cet âge et s'inscrivent dans un processus de désorganisation global, excessif, mais normal. L'adolescence est une période critique où la restriction alimentaire et les troubles de l'image de soi peuvent générer des désordres alimentaires. Le médecin doit pouvoir être seul avec l'adolescent en consultation pour parler de tous ces changements et l'examiner en l'absence des parents. Il doit aider les parents à ne pas démissionner pendant cette période et les convaincre de rester fidèles aux mêmes principes, même s'ils pensent que c'est peine perdue avec leur adolescent.

L'enquête alimentaire

Elle sera toujours couplée avec une estimation de l'activité physique. On peut pour cela utiliser des questionnaires préétablis ou laisser l'enfant choisir son mode de recueil. La première solution est appréciée par les jeunes enfants, qui repartent avec un document (à eux !) rapporté lors de la consultation suivante.

La technique du carnet alimentaire permet l'analyse des consommations prandiales et extraprandiales (quantitative et qualitative). On essaiera d'évaluer les habitudes alimentaires aux repas (en famille et/ou à la cantine, en semaine, le week-end) et en dehors des repas, et les habitudes culinaires familiales (culturelles, modes de cuisson, etc.) ainsi que l'alimentation des autres membres de la famille. Une évaluation de la taille des portions doit être faite surtout pour les plus petits car beaucoup de parents d'enfants obèses proposent de façon erronée des portions identiques (et parfois d'adultes) à toute la famille sans distinction d'âge.

En parallèle nous essayerons de connaître les goûts et les dégoûts des enfants en leur demandant une liste des aliments préférés, détestés et « neutres ». La préférence pour le sucré est innée et universelle, avec un renforcement acquis culturel et familial survalorisé par le système punition-récompense (« si tu manges ta soupe tu auras du dessert »). Chez l'enfant, la préférence pour le gras est précoce, mais pas innée, et elle s'oriente surtout dès la petite enfance pour le gras sucré. L'influence de la famille paraît considérable dans le processus de choix alimentaires. Dans une étude récente, on a demandé à des enfants obèses et non obèses de citer les aliments aimés et détestés. Il apparaît que les enfants obèses citent un nombre beaucoup plus important d'aliments dans les deux catégories. On a noté une plus grande variété d'aliments aimés ou détestés chez les enfants obèses, comme s'ils étaient à la fois plus intéressés et plus difficiles. Cependant, les aliments détestés cités en premier ne sont pas différents dans les deux groupes (par exemple 50 % des enfants n'aiment pas les légumes, qu'ils soient obèses ou non).

Toutes ces considérations doivent s'intégrer dans l'évolution « normale » du goût avec l'âge. Le goût de l'enfant passe par des étapes successives bien décrites dans la littérature. De la néophobie alimentaire du tout-petit au goût déterminé de l'adulte, l'enfant doit pouvoir avoir de nouvelles tentatives gustatives et accepter des aliments qu'ils n'aimaient pas auparavant. Les expériences dans ce domaine ont montré que les aliments ont plus de chance d'être acceptés s'ils sont familiers à l'enfant et si leur famille en consomme. Il a été montré dans une étude que la consommation de fruits et légumes par les parents encourage la

prise de fruits et de légumes de leurs filles (âgées de 5 ans dans cette étude), alors qu'exiger qu'elles en consomment les décourage. En d'autres termes, une éducation alimentaire trop rigide, qui conduirait une famille à exercer une pression trop importante sur ses enfants : exiger une alimentation « trop saine » excluant les sucreries, ne manger que des fruits et des légumes, peut avoir des effets contre-productifs, surtout si le reste de la famille ne suit pas ces recommandations.

Les consommations extraprandiales (ou grignotages) sont difficiles à quantifier. Ces grignotages peuvent jouer un rôle important dans le bilan énergétique total. En effet ils perturbent les signaux de faim et de satiété. Ils sont fréquemment retrouvés chez les enfants obèses et parfois majorés par le comportement de restriction (effectif ou seulement cognitif) familial, qui peut entraîner un cercle vicieux de « restriction-désinhibition », source de troubles du comportement alimentaire. Chez l'enfant ces troubles s'expriment rarement sous forme de boulimies mais souvent sous forme de grignotages « en cachette » si la restriction est trop importante aux repas ou au goûter. Ces « compulsions » sont vécues par l'enfant avec une très grande culpabilité qu'il faut vite savoir dépister car elles peuvent renforcer une mauvaise estime de soi. Certains ont vu dans cette association de « restriction-désinhibition » un élément important de la transmission familiale de l'obésité.

En fonction de l'âge de l'enfant et de son degré de compréhension, il faudra essayer d'analyser : faim réelle, habitude, gourmandise, ennui, envie de manger, compulsions anxieuses, etc.

L'ennui est le motif le plus avoué des grignotages. Pour les psychanalystes l'ennui témoigne de la difficulté d'être seul chez un sujet présentant une carence narcissique. S'ennuyer c'est à la fois désinvestir les objets extérieurs et ne pas trouver en soi suffisamment de ressources pour vivre en sécurité. Le grignotage « sans faim et sans fin » témoigne ainsi de l'impossibilité de se remplir lorsque on n'a pas de « contenant » suffisamment stable.

L'activité physique

Une évaluation de la sédentarité doit être faite de façon concomitante à l'enquête alimentaire. Toutes les études ont montré qu'un bas niveau d'activité physique journalier est associé au surpoids de l'enfant. Il y a une différence importante entre le comportement des garçons et des filles, les garçons étant en général plus actifs. Cette différence s'accroît vers l'adolescence, où il y a une tendance à une plus grande décroissance du niveau de l'activité chez la fille. L'obésité de l'enfant est très liée au comportement sédentaire dont



le meilleur indicateur est le temps passé devant la télévision. S'y associe souvent le temps passé sur d'autres écrans, jeux vidéos et ordinateurs. Le comportement passif devant les écrans est un indice d'inactivité plus marqué chez les filles que chez les garçons ; de plus, les filles compensent moins que les garçons le temps de télé par une activité sportive ou physique. En dehors de ses effets sur la dépense d'énergie, la sédentarité est liée aux calories lipidiques ingérées et reste un « indicateur » du mode de vie des enfants puisqu'il est inversement corrélé à la consommation de fruits et légumes.

BENJAMIN

Benjamin, 14 ans, est amené en consultation par ses parents pour mettre en place la prise en charge de son surpoids. Cet enfant d'origine algérienne a été adopté à la naissance et on ne connaît pas ses antécédents familiaux. Selon le carnet de santé, il a toujours été en léger surpoids (sur le 97^e percentile de la courbe d'IMC) et a eu un rebond à l'âge de 6 ans (au bon âge). Les parents s'inquiètent car la prise de poids s'est récemment accélérée. Il pèse 75 kg pour 1,68 m, ce qui correspond à un IMC de 26,595 kg/m² (obésité grade1 ou surpoids). Il est bon élève, mais on apprend que Benjamin vient de passer une année très difficile. Les difficultés de Benjamin ont débuté à la suite d'une fracture du bras droit lors d'un match de football qui l'a immobilisé et interdit de sport pendant 3 mois. Benjamin, pris en consultation seul, raconte que pendant cette période il était triste et replié sur lui-même. Il passait son temps devant la télévision à grignoter (en cachette) en se sentant coupable car ses parents, le voyant grossir, faisaient de plus en plus attention à son alimentation pendant les repas. Depuis il va mieux car il a repris le sport mais il se sent coupable car il a du mal à diminuer les grignotages.

Chez cet enfant, probablement porteur d'une prédisposition génétique au surpoids, une diminution de l'activité physique associée à une augmentation des prises alimentaires a précipité l'accélération de la courbe de corpulence. Les grignotages de Benjamin ont probablement été provoqués par l'angoisse qu'a générée le traumatisme de la fracture et l'immobilisme qu'elle a engendré chez cet enfant d'habitude si actif. Ils ont été cependant majorés par la restriction alimentaire imposée par les parents inquiets (moins de pain, moins de féculents, pas de gâteaux...) lors de l'immobilisation, mais surtout lors de la reprise d'une activité normale et d'une pratique sportive (3 h de football 2 fois par semaine). Un premier recadrage ciblé sur les apports nécessaires au repas et au goûter chez un adolescent très actif a permis de diminuer fortement les apports extraprandiaux. Benjamin est ravi : « Je mange à ma faim à table et je n'ai plus besoin de manger entre les repas. » En quelques mois, on assiste à une stabilisation de la courbe pondérale et un infléchissement de la courbe de corpulence.

Cet exemple illustre que des modifications simples se mettant en place dès les premières consultations peuvent agir favorablement sur le pronostic pondéral.

Le sommeil

Après ajustement sur l'obésité familiale, le temps passé devant la télévision et l'activité physique, un raccourcissement du temps de sommeil serait corrélé à une augmentation de l'obésité. Les relations entre un court temps de sommeil et l'obésité de l'enfant ont été mises en évidence indépendamment de l'obésité parentale et des styles de vie. Le risque d'être obèse est d'autant plus important que les enfants dorment moins de 8 h par nuit. Les raisons n'en sont pas bien établies ; on peut évoquer le rôle de la sécrétion nocturne de l'hormone de croissance.

LA PRESCRIPTION

La prescription doit se faire à l'issue de ces premiers recueils d'information. Un enfant n'est pas un adulte en miniature auquel il suffirait de concocter un régime en réduction. Les risques liés à un régime sont : les troubles de la croissance, la mise à l'écart et les troubles du comportement alimentaire induits. Les troubles de la croissance sont rares si les prescriptions couvrent les besoins en macronutriments et micronutriments de l'enfant en fonction de son âge et de son sexe, alors que par ailleurs aucune étude n'a démontré les avantages d'un régime hypocalorique strict.

La prescription diététique va être établie lors des consultations suivantes en fonction des paramètres propres à l'enfant cités ci-dessus et du carnet alimentaire. Toutes les étapes du raisonnement doivent être expliquées à l'enfant et à sa famille pour une meilleure adhésion. Les messages doivent être simples et progressifs. Cette prescription demande une connaissance parfaite des besoins quantitatifs et qualitatifs propres à chaque tranche d'âge et à chaque sexe. Les besoins doivent être ajustés au niveau d'activité physique de l'enfant pour assurer un bon équilibre sur la journée et ils pourront être réévalués à chaque consultation. Au cours de la prescription, la différence (de besoins énergétiques) entre les garçons et les filles, surtout en période péripubertaire, doit être expliquée aux enfants et aux parents, surtout dans les familles nombreuses. En effet, la masse grasse augmente physiologiquement chez les jeunes filles dès la période prépubertaire, ce qui fait de cette période une phase critique à l'égard du risque de la prise de poids. Ce risque est augmenté chez les filles qui ont leur maturation sexuelle plus précoce. Par contre ce n'est pas le cas chez le garçon qui voit sa masse maigre et osseuse se développer considérablement jusqu'à l'âge adulte.

Toujours couplée à une augmentation de l'activité physique et à une lutte contre la sédentarité, cette prescription devra se faire sur des recommandations positives sans diaboliser certains aliments, ni faire de listes d'aliments autorisés et d'aliments interdits. À la lumière des erreurs dépitées lors de l'enquête alimentaire, elle tendra vers une diminution des lipides et une augmentation des glucides, en veillant à ne pas augmenter l'apport énergétique total. Elle s'appuiera sur la notion de densité énergétique en apprenant aux enfants à consommer en quantité raisonnable les aliments denses en énergie et à gérer les excès. Le médecin doit ouvertement permettre la consommation des aliments préférés en quantité raisonnable et de préférence au cours des repas ou du goûter.

Quelle que soit la méthode utilisée, la façon d'expliquer à l'enfant et sa famille doit être simple et pratique pour tous. Il faut pro-



poser que les aliments de densité énergétique faible (comme les légumes) soient pris en début de repas, avant tout autre aliment, pour augmenter le rassasiement. Au cours des consultations l'enfant doit rapporter ses progrès dans ses recueils alimentaires. La méthode de cuisson des aliments sans matière grasse doit être expliquée aux parents surtout si le carnet alimentaire a révélé une alimentation très hyperlipidique. Il est important de donner des idées de recettes simples qui appliquent ces conseils. On évitera la prescription d'aliments totalement allégés en matière grasse. Les édulcorants ne sont pas encouragés systématiquement mais ne seront pas interdits. Les boissons sucrées posent un problème particulier. Les calories liquides semblent être moins bien prises en compte dans les mécanismes de régulation de la prise alimentaire que les solides et leur surconsommation pourrait en conséquence chez certains enfants et adolescents entraîner un surplus d'énergie ingérée. La diminution des boissons sucrées s'imposera dans le cas où l'enfant obèse en est un gros consommateur et que cette surconsommation entraîne une alimentation très peu diversifiée et déséquilibrée. On construira avec l'enfant un programme alimentaire personnalisé pour une journée comportant les aliments qu'il aime et répondant aux critères souhaités.

LA SOLIDARITÉ FAMILIALE

La prise en charge de la famille doit être une préoccupation permanente. Il faut mettre en place une autocritique (non culpabilisante) du comportement de toute la famille et une certaine « solidarité familiale » qui intègre « des activités à faire ensemble ». L'attention des parents doit se porter sur les repas pris à la maison pour contrebalancer les erreurs faites à l'extérieur, et les achats devront être limités et faits avec une liste en fonction des menus prévus.

Il est nécessaire d'expliquer que les consignes doivent être adoptées par toute la maisonnée. Il est difficile de demander à des parents de faire plusieurs repas au sein d'une même famille et insupportable pour l'enfant obèse d'accepter d'être mis à l'écart. Il faut expliquer à tous les membres de la famille les bienfaits d'une alimentation « saine » correspondant aux besoins de chacun (en fonction de son âge, son sexe et son degré d'activité physique). Des stratagèmes doivent être inventés ensemble pour que l'enfant ne soit pas à l'écart ou stigmatisé dans sa famille, à l'école ou dans les cours de sport.

On évitera la prescription des aliments détestés au début, on maintiendra les aliments préférés de forte densité énergétique mais en limitant les quantités et les fréquences, sans en supprimer l'accès, ou en orientant vers des aliments avec des qualités orga-

noleptiques voisines, mais de moindre densité énergétique. Enfin on proposera progressivement et régulièrement la découverte de nouvelles saveurs ou de nouveaux goûts. Il faut garder le plaisir et retrouver la mesure.

Pour les grignotages, il faudra donc avoir recours à une limitation (sans interdiction) de la disponibilité des aliments préférés par l'enfant puisqu'il apparaît que la disponibilité alimentaire est l'élément clé de la surconsommation.

LES OBJECTIFS

Dès la première consultation, le premier objectif pour l'enfant obèse doit être déterminé avec l'enfant et sa famille. Il guidera la stratégie. On proposera dans un premier temps la stabilisation pondérale : grandir sans grossir c'est mincir. Aucun poids idéal n'est annoncé, mais la courbe du 97^e percentile à l'âge adulte peut constituer l'objectif à long terme. Lors des consultations suivantes, la visualisation de cette stabilisation pondérale sur la courbe d'IMC est très importante et dans le meilleur des cas la courbe s'infléchit car l'enfant mincit. Il faut attendre parfois des mois, voire des années, pour atteindre cet objectif. Il faut savoir que les parents sont souvent plus pressés que leur enfant. À chaque consultation (toutes les 5-6 semaines), il faudra donner des objectifs réalistes, réévaluer tous les paramètres (alimentation, sport, famille, développement physique, scolarité, complications métaboliques ou mécaniques...). Il faudra encadrer les périodes difficiles comme les fêtes, les examens, les vacances etc., et assurer le soutien des parents. Cette dernière mission peut prendre parfois une grande importance. Il faut aider les parents à ne pas démissionner et à accepter que leur enfant ne leur renvoie pas l'image qu'ils en attendaient. Telle mère en voudra à sa fille de ne pas être conforme à l'idéal minceur qu'elle-même n'a pas pu atteindre, telle autre très restreinte considèrera l'obésité de sa fille comme un échec personnel.

Si l'enfant n'arrive pas à se soumettre aux consignes ou si les résultats pondéraux ne sont pas satisfaisants, la reconnaissance et la prise en charge des déterminants psychologiques, des situations conflictuelles seront au cœur du processus thérapeutique. Parfois une prise en charge psychologique doit être mise en place dès la première consultation.

Des séjours en centres spécialisés de courte durée pour renforcer la prise en charge ou pour une période plus longue (si une séparation du milieu familial est souhaitable) pourront être programmés. Ces séjours doivent être intégrés dans une stratégie thérapeutique et ne seront jamais proposés d'emblée.



BIBLIOGRAPHIE

- Obésité. Dépistage et prévention chez l'enfant. *Expertise collective*, INSERM 2000.
- BIRCH L.L. ; FISHER, J.O. 2000. « Mothers' child-feeding practices influence daughters' eating and weight », *Am. J. Clin. Nutr.*, n° 71, p. 1054-1061.
- BELLISLE, F. 1999. « Le comportement alimentaire humain », *Approche scientifique*, Bruxelles, Institut Danone.
- RIGAL, N. 2000. *La naissance du goût – Comment donner aux enfants le plaisir de manger ?*, Paris, Éd. Noesis.
- CASSUTO D.A. 2001. « Le conseil nutritionnel de l'enfant obèse », *Cah. Nutr. Diet.*, n° 36, p. 2.
- CASSUTO D.A. 2004. « Conseils à un parent obèse », dans Arnaud Basdevant et Bernard Guy-Grand (sous la direction de), *Traité de médecine de l'obésité*, Paris, Flammarion.
- CASSUTO D.A. ; LESNE, E. *C'est trop bon. La forme en 200 recettes*, Paris, Hachette littérature.
- CASSUTO D.A. ; GUILLOUX, S. *Ma fille se trouve trop ronde ; Que dire, que faire ?*, Paris, Albin Michel.
- TOUNIAN ; GIRARDET, J.P. 2004. « Prise en charge de l'enfant obèse » dans Arnaud Basdevant et Bernard Guy-Grand (sous la direction de), *Traité de médecine de l'obésité*, Paris, Flammarion.

Dominique-Adèle Cassuto :

« La première consultation de nutrition chez un enfant et un adolescent obèses »

Enfances & Psy 2/2005 (no27), p. 61-70.

Mots-clés

obésité, densité énergétique, sédentarité, stabilisation pondérale.

RÉSUMÉ

La première consultation de nutrition, qui peut se dérouler en plusieurs temps, doit être le temps d'une analyse globale de la situation. Une évaluation des antécédents familiaux et personnels associée à une enquête alimentaire va orienter la stratégie. En fonction des éléments de l'anamnèse un objectif réaliste doit être proposé. Des modifications simples se mettant en place dès les premières consultations peuvent agir favorablement sur le pronostic pondéral.