Travail élaboré par Centre d'Étude et de Recherche sur l'Obésité et la Nutrition en PACA / ObEP PACA / CSO PACA
Juin 2024

Guide à destination des professionnels

Les déterminants de l'obésité de l'enfant pendant la période des 1000 premiers jours

Les déterminants de l'obésité de l'enfant pendant la période des 1000 premiers jours

Groupe de travail

ObEP-PACA

- **Noëlle Cortaza**, psychologue
- **Aliette Csillag**, diététicienne
- **Caroline Joucla,** diététicienne
- **Véronique Nègre,** pédiatre

Experts - Relecture

Cindy Danelsky, médecin généraliste Nice et ObEP PACA
Sophie Epstein, endocrinopédiatre AP-HM et ObEP PACA
Pierre-Alexis Gauci, gynéco-obstétricien CHU Nice
Barbara Heude, directrice de recherche Inserm, Centre de Recherche en Epidémiologie et StatistiqueS (CRESS) et Early life Research on later Health (EARoH), Paris
Sandrine Lioret, directrice de recherche Inserm, CRESS, EARoH, Paris
Sandrine Marioli, pédiatre maternité CHU Nice
Célia Muller, sage-femme CHU Nice
Sophie Nicklaus, directrice de recherche INRAE, Centre des Sciences du Goût et de l'Alimentation, Dijon
Amélie Picard, sage-femme CH Aubagne
Rachel Reynaud, professeure de pédiatrie AP-HM, Marseille

Contexte

En 2022, l'ARS PACA a missionné la structure ObEP PACA et les 2 CSO de la région afin d'élaborer un document pédagogique à destination des professionnels pour les informer sur les déterminants précoces de l'obésité pédiatrique et les aider à adopter une posture et un langage adaptés dans l'accompagnement des futurs parents.

Sommaire

1 Préambule

1.1 La structure d'expertise en obésité pédiatrique : ObEP PACA 1
1.2 Les objectifs du livret 2

2 Avant et pendant la grossesse

2.1 Le surpoids des parents 4
2.2 La prise de poids excessive pendant la grossesse 5
2.3 Le diabète gestationnel 6
2.4 Le choix de l'allaitement 7
2.5 Le tabac 9
2.6 L'activité physique et la sédentarité 11
2.7 En parler 13
2.7.1 Le modèle de Prochaska 14
2.7.2 L'entretien motivationnel 18
2.7.3 Le rapport au poids après la grossesse

3 Après la naissance

3.1 L'alimentation de l'enfant 20
3.1.1 Un appétit inapproprié 20
3.1.2 Répondre aux cris du bébé, l'allaitement 21
3.1.3 L'éducation au goût et la diversification alimentaire 22
3.1.4 Les repas 23
3.2 L'activité physique et la sédentarité 26
3.3 Sommeil et rythme de vie 28
3.4 Les attitudes éducatives parentales 29

Préambule

Structure de ressources et d‘expertise en obésité pédiatrique

Qu‘est-ce qu‘ObEP-PACA ?

Une équipe régionale pluridisciplinaire qui assure l’expertise et la coordination des actions de prévention et de prise en charge du surpoids pédiatrique.
Des professionnels de santé formés pour offrir aux enfants de la région PACA un accompagnement adapté à leurs besoins.

L‘accompagnement proposé: aider l’enfant et sa famille à modifier durablement leurs habitudes au quotidien : sédentarité, activité physique, alimentation, sommeil...

LES POINTS CLÉS

- Une alimentation adaptée, sans restriction
- La lutte contre la sédentarité
- La pratique d’une activité physique régulière
- Un soutien psychologique si nécessaire
- La préservation d’un sommeil de qualité et d’une durée suffisante

L’équipe ObEP-PACA peut orienter vers un médecin partenaire et une équipe de professionnels de santé, ayant reçu une formation adaptée, travaillant en coordination et utilisant des outils validés, proches du domicile de la famille.

Pour en savoir plus, retrouvez-nous sur www.ceronpaca.com

Préambule

Les objectifs du livret

Un enfant en situation d'obésité nait le plus souvent avec une prédisposition à prendre du poids de façon excessive. Ces facteurs de prédisposition influent en particulier sur le comportement alimentaire de l'enfant, dès les premiers mois de vie et se manifeste par un rebond d'adiposité précoce, reflet du déséquilibre précoce de la balance énergétique. Selon l'environnement de vie qui lui est ensuite proposé, cette prédisposition se révèle de façon plus ou moins importante.
Ces facteurs sont complexes, souvent intriqués. Il est important de les connaître, pour mieux comprendre les difficultés de l'enfant et de ses parents mais aussi développer une prévention précoce, pendant la période dite des **1000 premiers jours**, de la conception aux 2 ans de l'enfant. En effet agir précocement, sans jugement, ni stigmatisation, peut permettre d'éviter une évolution rapide de l'excès de poids et ses conséquences, notamment psychologiques dans l'enfance.

Professionnels de la petite enfance et de la maternité, chacun peut jouer un rôle dans cette prévention.

Ce livret propose de faire le point sur les déterminants précoces de l'obésité pédiatrique les mieux connus et apporte outils et clés pour développer des actions de prévention et de promotion de la santé pour toute la famille, en adoptant une posture et un langage adaptés.

Ce travail s'appuie sur les données scientifiques actuelles, en particulier sur les données de Santé Publique France, de la Haute Autorité de Santé et du travail de la commission des 1000 premiers jours ainsi que sur une revue systématique parue en 2023 et pilotée par une équipe de recherche française INRAE/INSERM :
"Efficacité des interventions au cours des 1000 premiers jours pour améliorer les comportements liés à l'équilibre énergétique ou prévenir le surpoids/l'obésité chez les enfants issus de familles socio-économiquement défavorisées de pays à revenu élevé » (1).

Avant et pendant la grossesse

Le surpoids des parents

La part génétique de l'obésité de l'enfant

La part héritable de l'obésité dite « commune » de l'enfant est estimée entre 40 et 75% (2).
Autrement dit un enfant a 2 à 8 fois plus de risque d'être en situation d'obésité selon que ses grands-parents ou 1 ou 2 de ses parents le sont eux-mêmes.

Ces gènes dits de « susceptibilité », sont nombreux et de mieux en mieux connus, des traitements sont à l'étude mais actuellement seules des actions sur l'environnement permettent de lutter contre cette susceptibilité

L'obésité des parents est un facteur de risque important mais une prévention est possible au travers des habitudes de vie familiales.

A savoir

En plus des facteurs génétiques, l'obésité de la mère pendant la grossesse a aussi une influence au travers de l'équilibre glycémique. Même sans diabète gestationnel, les périodes d'hyperglycémie maternelle sont plus nombreuses. La diminution de l'excès de poids de la mère avant la grossesse limite donc le risque pour l'enfant.
Les habitudes nutritionnelles des parents, et pas seulement des mères, avant la conception jouent aussi un rôle (3).

La prise de poids excessive pendant la grossesse

Quel que soit le poids initial de la mère, **une prise de poids trop importante durant la grossesse augmente le risque**, pour le bébé, d'avoir un poids de naissance plus élevé que la moyenne et, même en cas de poids de naissance harmonieux, d'être en excès de poids pendant l'enfance (1)(2).

Les recommandations de prise de poids pendant la grossesse dépendent de la corpulence de la future mère avant son début de grossesse. Cette corpulence est définie par le calcul de l'IMC*.
C'est un sujet délicat à aborder, pouvant être vécu comme jugeant et intrusif et la manière de faire est développée dans le chapitre "En parler".

La prise de poids recommandée, en fonction de l'IMC* initial, est :

- IMC > 30 : 5 à 9 kg.
- IMC de 25 à 29,9 : 7 à 11 kg
- IMC de 18,5 à 24,99 : 11 à 16 kg
- IMC > 18,5 : 13 à 18 kg

Recommandations de prise de poids gestationnelle (Institute of Medicine USA, 2009 (4)).
**IMC=P/TxT en kg/m2*

Dans les situations d'obésité maternelle sévère, une prise de poids inférieure à 5kg peut être bénéfique pour la mère et l'enfant à condition que le fœtus ait une croissance satisfaisante.

Ressources :

- **En cas de situation de surpoids et d'obésité,** les deux Centres Spécialisés Obésité de la région : CSO Paca Est (Nice), contact cso@chu-nice.fr et le CSO Paca Ouest (Marseille), contact: cso@ap-hm.fr). Site www.ceron-paca.fr
- **Site du PNNS**: www.mangerbouger.fr Les recommandations et conseils avant, pendant et après la grossesse
- **Site des 1000 premiers jours:** https://www.1000-premiers-jours.fr/

Le diabète gestationnel

C'est principalement au travers de **l'hyperglycémie** que se manifeste l'influence du diabète de la maman sur le bébé. Celui-ci grossit trop rapidement in utéro et nait avec un poids trop élevé (macrosome) avec un risque d'hypoglycémie à la naissance.

Par la suite, cette programmation pendant la vie fœtale induit un sur-risque pour l'enfant

- de syndrome métabolique
- d'obésité

Le poids de naissance

Les nouveau-nés macrosomes (poids de naissance élevé) ont plus de risque d'être en situation d'excès de poids à l'âge de 5-6 ans (20 % contre 8 %) (2).

A savoir

C'est donc lorsque le diabète n'est pas correctement pris en charge et équilibré qu'il a une influence sur le surpoids futur de l'enfant.

Ressources :

- **Les services d'endocrinologie et de gynécologie des centres hospitaliers** et les programmes d'éducation thérapeutique "Diabète gestationnel"
- **Réseau de périnatalité PACA Corse Monaco** : https://www.reseauperinatmed.fr/ : protocole Diabète gestationnel : https://www.reseauperinatmed.fr/Diabete-gestationnel,13.html

Le choix de l’allaitement

Décider d’allaiter au sein ou de proposer des biberons, avec du lait maternel ou du lait pour nourrisson, est un choix qui appartient à la future mère et au couple. Ce choix doit être éclairé par les professionnels qui accompagnent la future mère, sans jugement.

L’allaitement maternel a un effet protecteur contre l'obésité de l’enfant (5).

Pourquoi ?

- **Facteurs liés à la composition du lait maternel:**
  - Le lait maternel contient des hormones comme la leptine qui participe à la régulation de l’appétit.
  - Sa composition évolue au cours du temps et répond parfaitement aux besoins de l’enfant.
  - Le lait maternel contient une proportion de protéines adaptée à la croissance de l'enfant et cela permet de limiter l’apport excessif en protéines, facteur favorisant le surpoids pendant l’enfance.
  - Le microbiote intestinal, différent lorsque le bébé est nourri au lait maternel du fait de sa composition (effet prébiotique des oligosaccharides) joue certainement un rôle protecteur. Il régulerait notamment le stockage des graisses.
  - Par l'allaitement maternel, l’enfant va se familiariser avec la diversité des saveurs et découvrir le goût des aliments, ce qui favorise la diversification et prévient la néophobie alimentaire.
- **Facteurs liés à la manière d’allaiter (sein versus biberon):**
  - Les mères semblent moins à l’écoute des signaux de faim et de rassasiement de leurs bébés lorsqu’ils sont nourris au biberon, elles sollicitent plus leurs enfants afin qu’ils finissent la quantité préparée.
  - L'allaitement au sein peut favoriser l'attachement mère-enfant et renforcer le sentiment d'auto-efficacité des mères lorsqu’il se passe bien.

FOCUS

Les femmes en surpoids ou en situation d'obésité sont moins nombreuses à avoir l'intention d'allaiter, à l'initier et à allaiter sur une longue période (6)(7).

Chez les mères ou futures mères en situation d'obésité l'allaitement peut être impacté par différents facteurs :

- **La stigmatisation** : le vécu de la grossesse est souvent plus difficile avec parfois des remarques grossophobes de la part du personnel médical ou paramédical. Ces femmes auront alors tendance à demander moins spontanément de l'aide.
- **les conditions d'accouchement** : l'accouchement par césarienne est plus fréquent et rend l'initiation de l'allaitement plus complexe
- **le retard de la montée de lait**, avec notamment une réponse de la prolactine à la succion diminué
- **la plus grande difficulté à positionner correctement le bébé** lors de la mise au sein avec une majoration du risque de crevasse pouvant provoquer un arrêt précoce de l'allaitement.

Enfin, **le rapport au corps** de ces femmes est souvent perturbé avec une pudeur importante pouvant empêcher la décision d'allaiter ou raccourcir sa durée.

Ressources :

- **Site des 1000 premiers jours**: https://www.1000-premiers-jours.fr: onglet «Découvrir son enfant », rubrique « Allaitement »
- **Site Santé Publique France**: https://www.santepubliquefrance.fr: onglet "déterminants de santé" puis "Nutrition et activité physique" puis "Outils": **Le Guide de l'allaitement maternel**

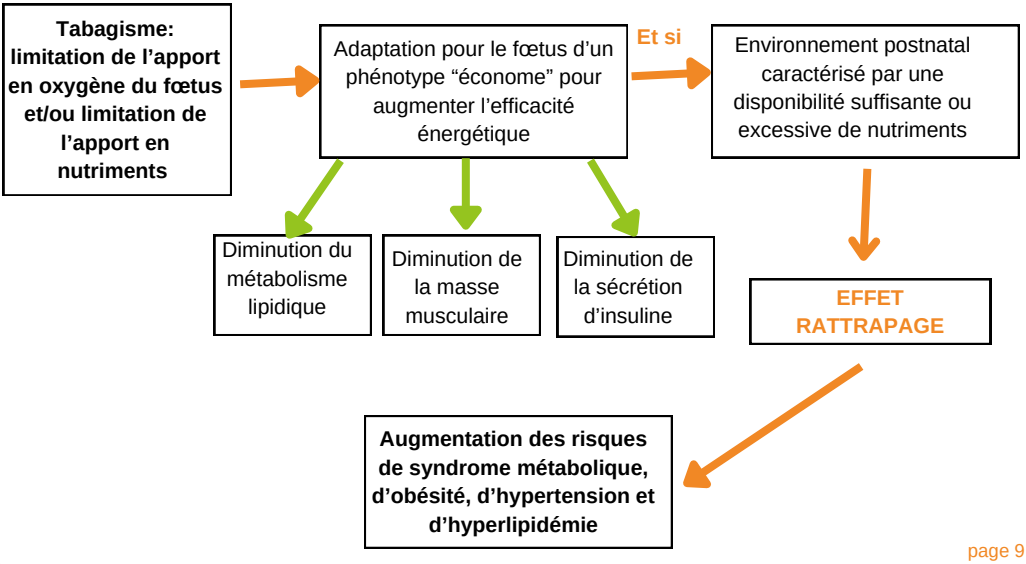
Le tabac

Le tabagisme (actif ou passif) pendant la grossesse est un problème de santé publique en France d'après les enquêtes périnatales (8)
Environ 16 % des femmes enceintes continuent de fumer au 3e trimestre et le taux est plus élevé tous trimestres confondus.

L'exposition prénatale au tabagisme maternel
augmente le risque d'obésité pédiatrique.

Les mécanismes semblent pluriels et font intervenir des phénomènes épigénétiques avec pour conséquences une modification de l'appétit du bébé puis de l'enfant (plus grande appétence pour les aliments gras ?) et des effets métaboliques au travers de l'hypotrophie souvent observée à la naissance.
Un travail publié en 2019 (9) montre en effet que les effets néfastes de l'exposition au tabac pendant la grossesse comprennent clairement des dérèglements métaboliques permanents chez l'enfant à naitre qui peuvent nuire à la santé tout au long de la vie. Nés plus petits en moyenne que les enfants de mamans non fumeuses (croissance intra-utérine restreinte), ces enfants ont un risque accru d'être en surpoids ou obèses à l'adolescence.

Mécanisme de l'hypotrophie sur le surpoids ultérieur :



FOCUS

Et le père face au tabac ?

Plusieurs études ont trouvé une **relation positive entre le tabagisme pré-conceptionnel des pères et l'IMC des enfants**. Les études de la cohorte ALSPAC (10) ont montré des valeurs d'IMC, de tour de taille et de masse grasse totale plus élevés chez les enfants de pères qui ont commencé à fumer précocement. Des mécanismes épigénétiques affectant les cellules germinales sont soupçonnés, mais pas encore démontrés.

Dans d'autres études, les enfants dont les pères fumaient pendant la grossesse étaient plus à risque du surpoids et de l'obésité, probablement en raison de l'exposition secondaire de la mère à la fumée. De plus, tout comme l'alimentation pendant la grossesse, si le père diminue ou arrête de fumer, c'est sans doute plus facile pour la femme enceinte d'en faire de même.

A savoir

Des consultations de tabacologie sont proposées dans les maternités par les sages-femmes.

Ressources :

- **Site Tabac info service:** https://www.tabac-info-service.fr/ et pour les professionnels: https://pro.tabac-info-service.fr/ onglet « Situations particulières »
- **Site 1000 premiers jours:** https://www.1000-premiers-jours.fr: onglet « Devenir parents», rubrique “Hygiène de vie” ; “Tabac”

L’activité physique et la sédentarité

L’activité physique et sportive (APS) et la sédentarité sont 2 dimensions à considérer indépendamment.

A savoir

L’activité physique englobe toutes les situations induisant une mise en mouvement du corps, incluant les activités sportives
La sédentarité est le temps passé assis. Une personne est considérée comme sédentaire si elle passe plus de 2h00 consécutives et/ou 7h00 dans la journée assise ou couchée en dehors des périodes de sommeil et de repas.

La période de la maternité, avant comme après l’accouchement, est souvent la période de leur vie où les femmes diminuent, voire arrêtent totalement **la pratique d’une APS.**

FOCUS

Maternité ne doit pas rimer avec arrêt de toute activité physique et sportive ! Beaucoup d’idées reçues persistent sur les risques de l’activité physique pendant la grossesse.

Non :

- Le risque de prématurité n’est pas augmenté.
- Le risque d’hypotrophie (petit poids de naissance) n’est pas augmenté.

Oui :

- Le risque de macrosomie (poids de naissance > 4 kg) est diminué.
- La taille de naissance est inchangée.

L’activité physique et la sédentarité

A savoir

Les bénéfices de l’activité physique et sportive et de la lutte contre la sédentarité pendant la grossesse sont nombreux :

- Contrôler la prise de poids
- Diminuer le risque de diabète gestationnel et d’hypertension
- Limiter les douleurs lombaires
- Améliorer les petits maux de la grossesse (circulation veineuse, transit)
- Protéger le périnée et prévenir les fuites urinaires
- Diminuer l’anxiété et l’état de dépression qui pourraient être ressentis
- Aider à l'arrêt du tabac

Ressources :

De nombreuses pratiques restent possibles et ce jusqu’au terme de la grossesse, à condition qu’elles soient adaptées. Vous pouvez vous appuyer sur :

- **Le guide élaboré par le Ministère des sports** : “Je peux pratiquer des activités physiques et sportives pendant ma grossesse et après l’accouchement”

à télécharger sur https://www.sports.gouv.fr: Onglet « Sport pour moi; Rubrique « Sport au féminin »; Dossier « Sport et maternité »

- **La cartographie des maisons sport-santé:** https://www.sports.gouv.fr, Onglet « Sport pour moi », Rubrique « Les bienfaits du sport », Dossier « Les Maisons Sport-santé »

Permet de localiser ces structures dont la mission est d’accompagner à la pratique d’une activité physique adaptée aux différents modes de vie.

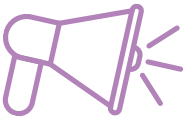
En parler

Parler du poids en consultation

Le poids initial et la prise de poids excessive pendant la grossesse : une idée fixe souvent anxiogène

Une majorité de femmes en surpoids ou en situation d'obésité, craignent d'être jugées sur leur poids et que cela impacte la relation thérapeutique.
On retrouve aussi en postnatal cette peur du jugement au sujet de:

- la prise de poids du nourrisson
- la perte des kilos de grossesse de la mère



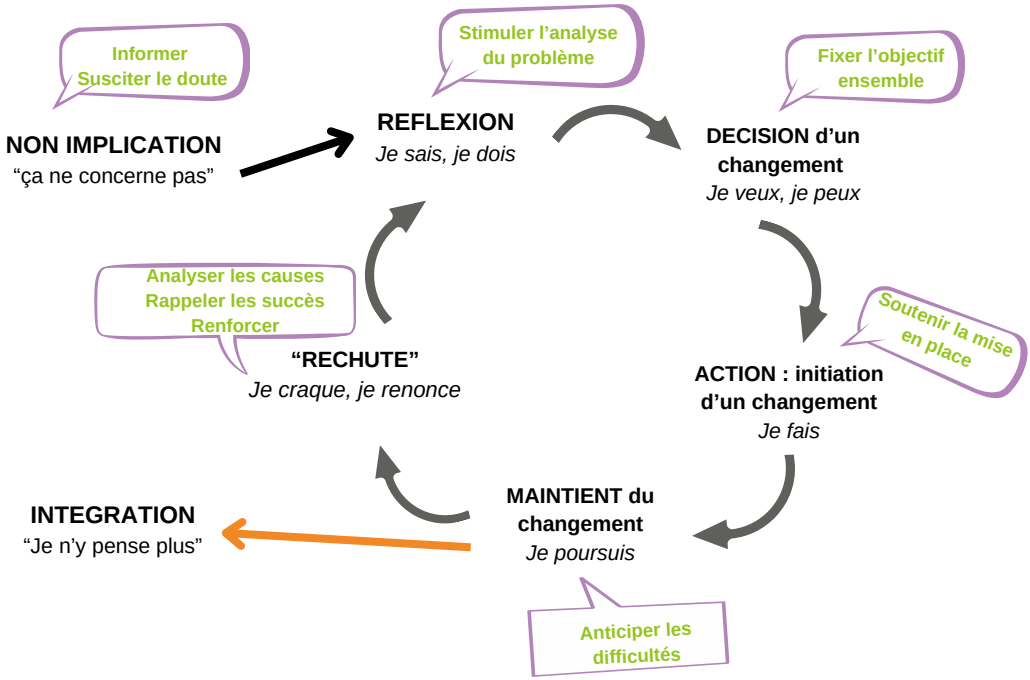
Il est crucial pour ces femmes et les futurs parents que les professionnels prennent le temps d'établir une relation empathique et non stigmatisante et de parler plutôt des comportements de santé en évitant de focaliser sur le poids et la prise de poids

Certains outils et pratiques facilitent l'échange sans heurter, ni blesser. Parmi ces outils, la connaissance des étapes de changement de Proschaska et DiClemente, initialement appliquées aux personnes présentant une addiction est un modèle intéressant pour adapter son discours et ses propositions au niveau de réceptivité de la personne. De même, les techniques de l'entretien motivationnel aident le soignant à mener un dialogue constructif.

En parler

Le modèle de Prochaska et DiClemente

Cette théorie développée par Prochaska et DiClemente modélise les différentes étapes de changement. Ce modèle est utile pour accompagner les personnes dans leur désir de changement, notamment après l'annonce d'une maladie chronique comme le diabète ou l'obésité. Il a en particulier été utilisé dans le cadre de l'arrêt du tabac. Il suppose que les fumeurs cheminent par différentes étapes avant d'avoir la capacité d'arrêter de fumer. Le professionnel doit tenir compte de l'étape où la personne se trouve afin de l'aider à progresser petit à petit dans le changement.



Les étapes de changement et les attitudes des soignants

Concrètement, si le soignant propose une solution, un conseil à une personne qui est encore au stade de la réflexion, il existe un risque important que ce conseil ne soit pas appliqué. A ce stade, le soignant doit stimuler l'analyse du problème.

En parler

L’entretien motivationnel

L’entretien motivationnel est un outil qui permet de favoriser et d’accompagner les changements de comportements qui influencent la qualité de vie et la santé globale. Il est utile de se l’approprier afin de l’appliquer dans sa pratique.
Un soignant fait de son mieux pour encourager, conseiller, informer, guider les personnes qu’il soigne afin qu’elles réalisent des changements favorables pour leur santé. Mais le temps disponible est souvent contraint et certaines personnes ne paraissent pas motivées pour changer. Cela peut aussi provenir de la manière de lui parler de sa santé.
Par exemple, si l’entretien est jugeant, le soin peut être contre-productif voire délétère sur la prise de poids car engendrant de l’anxiété, de la culpabilité, du stress, facteurs d’alimentation émotionnelle. La personne, se sentant incomprise peut ainsi rejeter tout soin.
Le but est d’amener la personne à faire émerger ses propres motivations afin d’opérer un changement de comportement dans l’intérêt de sa santé. Cela implique de la guider et non de la diriger.

L’esprit général de l’entretien motivationnel est décrit comme étant collaboratif favorisant l’autonomie de la personne.

Un moyen mnémotechnique des outils de l’entretien motivationnel OUVER

Poser des questions
OUvertes
Valoriser
Pratiquer l’**E**coute réflective
Résumer

En parler

En pratique, à propos de la prise de poids pendant la grossesse

Exemple d'un entretien « dirigé de façon inadaptée »

Professionnel de santé (PS) : « Bonjour madame A. Alors vous allez entrer dans le 6ème mois de grossesse, combien de kilos avez-vous pris depuis le début de votre grossesse ? »
Madame A : « J'ai pris 28 kilos depuis le début »
PS : « Cela commence à faire beaucoup trop !! Il faut faire quelque chose. »
Madame A : « Je fais du mieux que je peux vous savez. »
PS : « Vous devez faire un régime, pour cela je vais vous donner le contact d'une diététicienne. / ou donne directement des conseils alimentaires très généraux
Madame A : « J'ai déjà fait de nombreux régimes dans le passé pour tenter de perdre de poids, je crains que cela ne fonctionne pas et ne soit pas bon pour mon bébé ».
PS : « Là ce qui est dangereux pour votre bébé c'est votre poids. Il ne faut plus grossir. »

Ici, le professionnel de santé adopte une position jugeante et directive ; il n'écoute pas. Cela suggère un manque d'intérêt à l'égard de cette jeune femme et de ses ressentis. Il y a un risque non négligeable que Mme A ne veuille plus parler de son poids ou même revenir en consultation avec ce professionnel.

En parler

En pratique, à propos de la prise de poids pendant la grossesse

Exemple d'un entretien basé sur l'écoute et qui guide plutôt que dirige :

PS : « Bonjour madame A, alors comment vous sentez-vous à ce 6ème mois de grossesse ? »
Madame A : « très bien, je vous remercie. »
PS : « Aujourd'hui, nous allons discuter d'un sujet qui est parfois délicat à aborder pendant la grossesse, il s'agit de la prise de poids. Que savez-vous de la prise de poids pendant cette période ? »
Madame A : « il me semble qu'il ne faut pas trop grossir car il y a des risques pour le bébé. »
PS : « Oui effectivement. Et vous ? comment gérez-vous votre poids ? »
Madame A : « C'est vrai que je ne le gère pas forcément, je suis tellement heureuse, je mange plus. »
PS : « Vous avez raison la grossesse est un moment unique dans la vie d'une femme. Néanmoins, pour la santé du bébé, cela peut être intéressant de limiter la prise de poids. Êtes-vous d'accord pour vous peser aujourd'hui ? »

La jeune femme acquiesce et le soignant l'accompagne (prévoir un matériel adapté car cela peut aussi être une source d'anxiété pour la patiente comme le soignant).

PS : « On observe une prise de poids de +27 kilos depuis le début de votre grossesse. Qu'en pensez-vous ?
Madame A : « je ne sais pas, ce n'est pas bien ? »
PS : « Cela commence à devenir une prise de poids importante, et nécessite d'être plus vigilant. Souhaitez-vous être plus accompagné dans la gestion de votre poids ? »
Madame A : « oui cela pourrait être une bonne idée. »

L'écoute et la reformulation des propos de la personne permettent:

- **de prendre en compte ses inquiétudes et son ressenti**
- **d'entrevoir des solutions**
- **de faire émerger aspects positifs, aspects négatifs d'un comportement, d'une habitude...**
- **de l'amener à trouver elle-même les solutions**

En parler

FOCUS

Le rapport au poids après la grossesse

Une grande majorité de femmes appréhende de ne pas retrouver leur poids d'avant grossesse.
Une vigilance particulière est à porter pour celles ayant présenté des troubles du comportement alimentaire, car la période post-natale et l'insatisfaction corporelle sont propices à la reprise de ces conduites.
Cela peut également altérer la qualité du lien précoce avec l'enfant et entraver leur capacité à bien identifier et respecter ses besoins alimentaires. Elles peuvent présenter des craintes excessives que leur enfant développe un surpoids, augmentant le risque de pratiques alimentaires contrôlantes ou restrictives envers lui.

Des ateliers collectifs peuvent permettre d'aborder ces questions pour les futurs mamans et parents (gestion du poids, choix de l'allaitement…), éliminer les fausses croyances, partager les expériences.

Ressources :

Si le temps de consultation ne le permet pas ou si vous ne vous sentez pas suffisamment à l'aise pour aborder ces sujets, n'hésitez pas à orienter votre patiente vers un(e) confrère (psychologues, diététiciens, sage-femmes, endocrinologues...).

- Pour cela, vous pouvez utiliser la **cartographie recensant les professionnels formés par l'équipe d'expertise ObEP PACA** : https://www.ceronpaca.fr/partenaires/
- **Réseau de périnatalité PACA Corse Monaco** : https://www.reseauperinatmed.fr/

Après la naissance

Un certain nombre de leviers vont permettre, après la naissance, de proposer au bébé puis à l'enfant un environnement qui permettra de diminuer l'expression de sa prédisposition à l'excès de poids.

L’alimentation de l’enfant

Un appétit inapproprié

Certains enfants, et particulièrement ceux qui sont prédisposés à développer un excès de poids ont :

- beaucoup de plaisir à manger
- une capacité à manger de grandes quantités
- une forte externalité (sensibilité aux tentations)

Le professionnel doit être attentif à ces signes afin d‘y sensibiliser les parents.

Ceci peut s’observer dès la naissance et se manifester par une prise de poids rapide pendant les premiers mois (1)(5).

Répondre aux cris/pleurs du bébé, l’allaitement

Lors des trois premiers mois de vie, les cris et pleurs sont les moyens d’expression du bébé qui permettent l’interaction avec son entourage. Ils ne sont pas nécessairement l’expression de douleur ou de détresse.

Lorsque bébé crie ou pleure, il peut avoir besoin :

- de réconfort, de tendresse et d’attention,
- de sommeil,
- d’être changé,

Il peut également avoir chaud, se sentir inconfortable. Cela ne signifie pas obligatoirement que bébé a faim, surtout s'il a été nourri depuis moins d'une heure et demi.

L’alimentation n’est donc pas la seule réponse possible aux cris ou pleurs d’un nourrisson et les parents doivent être guidés dans les réponses à apporter, particulièrement si le choix du biberon a été fait.

L’alimentation de l’enfant

Accompagner l’allaitement au biberon

FOCUS

Si le choix d’un allaitement au biberon est fait par les parents, ceux-ci doivent être sensibilisés aux signaux de faim et de rassasiement de leurs bébés. Des études rapportent que les mères allaitant au biberon disent être moins conscientes de la variation de la faim de leur bébé au cours de la journée que celles qui les allaitent au sein.

Lorsque le bébé crie ou pleure pendant les premières semaines de vie :

- S’il est mis au sein, il pourra satisfaire une grande partie de ses besoins: faim, besoin d’être porté, bercé ou câliné, de téter. Au sein, le bébé choisit de s’alimenter au non, il peut téter sans boire.
- Lors de l’alimentation au biberon, l’enfant sera aussi porté et câliné mais il ne pourra pas téter sans boire. C’est le parent qui gère la quantité donnée et non le nourrisson. La tentation de « faire finir le biberon » est grande, alors que la quantité préparée peut être trop importante à ce moment-là. L’enfant ayant moins d’efforts à fournir pour boire peut dépasser ses besoins, tout particulièrement s’il a une capacité d’autorégulation moins bonne. Le bébé pourra facilement être suralimenté si on répond systématiquement à ses cris par un biberon de lait. Si les parents sont inquiets que l'enfant ne mange pas suffisamment, la surveillance de la courbe de croissance doit permettre de préciser la conduite à tenir.

A savoir

Quelques signes de faim du bébé:

Il pleure, agite vivement bras et jambes, ouvre la bouche quand le sein, le biberon ou la cuillère approche.

Quelques signes de rassasiement:

Il s‘endort sur le sein ou le biberon ou ralentit sa tétée ou sa prise de nourriture, tourne la tête quand on lui tend la cuillère, regarde ailleurs, veut quitter sa chaise pour aller jouer.

Extrait livret Pas à pas, votre enfant mange comme un grand - PNNS

L’alimentation de l’enfant

L’éducation au goût et la diversification alimentaire

Photos : base d’images Canva

A savoir

Les comportements alimentaires établis durant la période des 1000 premiers jours peuvent influencer le comportement alimentaire jusqu’au début de l’âge adulte (11).

Le bébé puis l’enfant doit apprendre à manger varié et équilibré, ce qui protège de l’excès de poids.

Une part des préférences alimentaires des enfants est innée - le nouveau-né est attiré par le sucré, le dense, le nourrissant (cf. le lait maternel) et rejette le salé, l’amer et l’acide - mais une très grande part relève de l’apprentissage.

Le bébé commence à **découvrir les goûts** in utero via le liquide amniotique qui est empreint des saveurs des aliments consommés par la mère puis au travers du lait maternel dont le goût varie aussi avec l’alimentation de la mère.
Des études ont montré que les aliments consommés par la mère pendant sa grossesse influencent les préférences alimentaires du bébé mais également plus tard du jeune adulte (11).

Quand la **diversification** prend le relais, le bébé continue à expérimenter les goûts mais aussi les textures. Cette période qui commence entre 4 et 6 mois **joue un rôle important dans le développement des préférences alimentaires des enfants**, qui influe sur la variété et l’équilibre de l’alimentation ultérieurement. C’est le moment propice pour faire découvrir une grande diversité alimentaire en proposant quotidiennement des aliments différents. Il est aussi important d'amener l'enfant à partager les aliments de la table familiale, et ainsi de lui permettre d'apprendre à aimer les aliments couramment consommés dans sa famille.

L’alimentation de l’enfant

Vers 2 ans, début de la période de la néophobie alimentaire, l’enfant a tendance à rejeter les aliments nouveaux, en particulier les légumes, ou les aliments verts… Ceci correspond probablement à des réflexes ancestraux, protégeant l’enfant devenu plus autonome, d’aliments potentiellement dangereux pour lui. C’est pourquoi, les aliments autres que le lait, doivent être présentés par les adultes qui s’occupent de lui, avec enthousiasme, et fréquemment (jusqu’à 10, 12 fois).
Le plaisir est une composante essentielle des apprentissages alimentaires. Un enfant ne mange pas parce que c’est bon pour sa santé mais parce qu’il trouve que c’est bon (12) et qu'il voit ses parents et frères et sœurs en faire autant.

FOCUS

Le comportement alimentaire est appris, sous l’effet des expériences alimentaires, notamment les plus précoces. Ces apprentissages permettent à l’enfant non seulement d’apprendre «quoi» manger (texture, arômes, saveurs), mais aussi «combien» en manger (densité énergétique).

Les repas :

Attention aux idées reçues
Certains parents évitent de donner des matières grasses à leur bébé par méconnaissance ou peur de les voir prendre trop de poids.
Or l’alimentation équilibrée d’un tout-petit doit comporter des graisses en quantités relativement importantes, à l’image du lait maternel. Il faut donc ajouter des matières grasses dans les repas de bébé dès le début de la diversification alimentaire lorsque la quantité de lait consommée diminue.

Il a été montré que l’insuffisance de consommation de matières grasses avant 2 ans est lié à un risque de surpoids à l’âge adulte (13). L’excès de protéines dans l’alimentation du petit enfant contribue également à l’épidémie d’obésité (14).

L’alimentation de l’enfant

A savoir

> **Suffisamment de matières grasses et pas trop de protéines animales entre 0 et 2 ans.**

Les quantités

Matières grasses, dans les légumes, par jour,

- Entre 6 mois et 1 an : 1 c à c d'huile (colza, olive...) ou une noisette de beurre
- De 1 an à 3 ans : 2 c à c d'huile ou 2 noisettes de beurre.

Viande, poisson, œuf, bien cuits, par jour,

- De 4 à 10 mois : 1 puis 2 c à c, mixé
- De 10 à 18 mois : Viandes et poissons en petits morceaux et séparés des légumes
- À partir de 12 mois, le calcul de la quantité de viande/ poisson/ œuf est simple : **ANNÉE D’AGE X 10 G, soit pour un enfant de 5 ans --> 5 x 10g = 50 g**

Le rythme des repas :

À partir du moment de la diversification, il est nécessaire de mettre en place des repas à heures régulières. Ce rythme permet :

- d’assurer l’équilibre énergétique tout au long de la journée
- d’éduquer l’organisme de l’enfant ; les mécanismes de la faim et de la satiété se mettent en place et fonctionnent alors de manière optimale.

L’alimentation de l’enfant

Présentation soignée et taille modeste des portions :

FOCUS

Un environnement calme et apaisé pour les repas est primordial. Sources de distraction et d’augmentation de la taille de portion consommée, les écrans (télévision, smartphones…) sont déconseillés à table. Le repas est un moment d’échange et de partage qu’il faut privilégier.
Il est bien de veiller à :

- servir l’enfant dans une assiette de taille adaptée
- ce que l’aliment soit appétissant, bien disposé dans l’assiette en jouant avec les couleurs : pour une purée de carotte, ajouter quelques gouttes d’huile d’olive, des feuilles de persil…

Proposer les aliments **sans forcer l’enfant à finir son assiette**. Comme chez l’adulte, son appétit peut varier d’un moment à l’autre.

- Au début, ce sont seulement quelques cuillerées de purée, suivies de la tétée ou du biberon.
- Peu à peu, il va manger plus : on peut se fier à son appétit en observant ses réactions. Il n’y a pas de quantité à atteindre, chaque enfant est différent. Cependant certains enfants ont un appétit important et sont capables de dépasser leurs besoins. Les parents devront être alors particulièrement accompagnés.

Ressources :

Video “Transmettre le plaisir de bien manger”
https://www.nospetitsmangeurs.org/video/bien-manger-version-enfants/
Cette courte vidéo québécoise présente aux nouveaux parents l’essentiel à savoir pour transmettre le plaisir de bien manger aux enfants. Elle peut être utilisée dans des ateliers pour les parents en les interrogeant sur ce qu’ils ont retenu : plaisir, aimer, offrir, le « fun »

Le guide “Pas à pas mon enfant mange comme un grand” créé dans le cadre du PNNS.
Site www.mangerbouger.fr, Onglet “Manger mieux”, Rubrique “A tout âge et chaque étape de la vie”. A commander, et remettre aux jeunes parents en support d’échanges.

Programme Malin: https://www.programme-malin.com/ Après la naissance, le programme Malin offre des ressources (formations, supports, outils) pour aborder avec les jeunes parents la question de l’alimentation

Pour les références scientifiques :
Travaux du Centre des Sciences du goût et de l’alimentation, équipe de Sophie Nicklaus

L’activité physique et la sédentarité

La petite enfance est une période d’apprentissage des habitudes d’activité physique et de sédentarité. Un tout petit, s’il en a la possibilté, bouge spontanément, sans besoin d’infrastructure complexe.

FOCUS

« Entre 0 et 2 ans : pas d’écran »

Les écrans sont des outils de travail, de communication, de loisirs, de jeux et d’apprentissage. Cependant, avant 2 ans, ils ne répondent pas aux besoins fondamentaux de l’enfant. L’usage des écrans chez les très jeunes enfants peut être délétère pour le développement cognitif et psychomoteur, le sommeil, la capacité de concentration…De plus, introduire très tôt l’usage des écrans favorise une trop grande sédentarité pendant l’enfance.

Comment occuper son bébé ?

Un seul mot d’ordre **Motricité libre** ! Il s’agit de mettre le bébé dès le plus jeune âge par terre, sur un tapis, dehors lorsque cela est possible, sur le dos, à plat ventre et accompagner peu à peu son développement avec des jouets simples, colorés qui vont attirer son attention et lui donner envie de les manipuler. **Tout ce qui empêche la motricité de l’enfant (transat, sièges auto et poussettes) devra être limité.**

Certains jeunes parents ont besoin d’être guidés pour laisser leur enfant bouger, craignant excessivement que l’enfant se salisse, qu’il se mette en danger…

A savoir

Répondre aux besoins affectifs, alimentaires, de sécurité, de proximité, de contact corporel du bébé consiste aussi à lui offrir une grande proximité **par le portage** qui favorise un contact peau à peau étroit, des interactions régulières et des échanges affectifs par le toucher, les jeux de regards et le bain de paroles. Ces comportements sont autant de « nourriture affective » pour le bon développement de l’enfant. Il a aussi été montré que le portage favorise le développement psychomoteur de l’enfant.

L’activité physique et la sédentarité

Recommandations ANSES
Santé Publique France

Ressources :

Affiche de l’ANSES sur les recommandations: sur le site du CERON-PACA: www.ceronpaca.fr: Onglet “Documentation”, Rubrique “Activité physique et sédentarité”
Pour les parents :
- **Site mpedia:** https://www.mpedia.fr/ Rubrique “Ecrans”
- **Site 1000 premiers jours**: http://1000-premiers-jours.fr Rubrique “Découvrir son enfant” Développement”, “Ecrans”

Sommeil et rythmes de vie

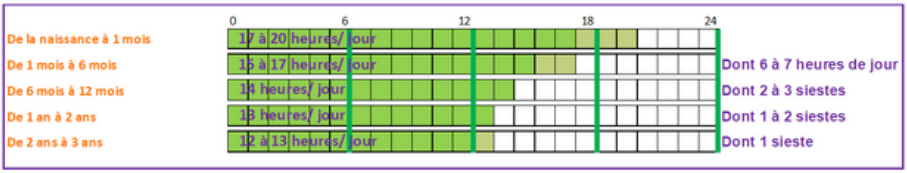
L'intérêt de sensibiliser les parents sur les signaux d'éveil et de sommeil de l'enfant est primordial. Un sommeil suffisant et de bonne qualité permet :

- d'être en bonne santé,
- de se développer harmonieusement,
- de prévenir de la prise de poids excessive,

Les cycles de sommeil sont nombreux chez le nouveau-né. La durée d'un cycle de sommeil est de 50 à 60 min, composée de deux phases : le sommeil dit « calme » et le sommeil dit « agité » où les expressions sont visibles sur le visage du nourrisson et les mouvements corporels nombreux. L'endormissement débute par la phase de sommeil agité. Il est fréquent que le bébé se berce par les mouvements de son corps et les sons de sa voix pour s'endormir (« le chant du sommeil »).

C'est la relation entre les parents et le nourrisson qui est le principal "donneur de temps" : avec des échanges plus intenses dans la journée, d'autres plus modérés et moins nombreux dans la nuit.

Recommandations de sommeil quotidien selon l'âge :



Lorsque l'enfant grandit, l'acquisition des routines, telle que la régularité des prises alimentaires, des moments d'éveil et de sommeil et un peu plus tard, celle des heures de siestes, de coucher et de réveil, va définir le cadre du rythme de vie global de l'enfant.

Il est nécessaire d'aider les parents à repérer les signes de fatigue de l'enfant :

- il se frotte les yeux ou a le regard dans le vide,
- il chute, est maladroit,
- il est à fleur de peau, surexcité, irritable, il pleure.

L'enfant fatigué va solliciter son parent pour attirer son attention, et pas nécessairement demander à aller se coucher ou être réconforté.

Ressources :

Site des 1000 premiers jours: https://www.1000-premiers-jours.fr/
Rubrique "Le sommeil de bébé"

Les attitudes éducatives parentales

Dans les premières années de vie, les pratiques parentales et les attitudes éducatives influencent le goût et les habitudes alimentaires de l'enfant. L'éducation construit aussi le rythme de vie de l'enfant et l'utilisation des écrans.

Pratiques parentales et habitudes alimentaires (14) (15)

4 styles parentaux ont été décrits dans les années 1990. Leurs liens avec les comportements alimentaires et l'évolution de la corpulence des enfants ont été étudiés.Ces styles sont définis en fonction de deux dimensions :

- l'exigence : le niveau de contrôle que les parents exercent,
- la réactivité : la chaleur et l'acceptation en réponse aux besoins de leurs enfants.

Le style « Permissif » - Indulgent, sans discipline

- Laisser l'enfant devant les écrans tant qu'il le souhaite, qu'il apprécie
- Sur le plan alimentaire, l'enfant mange ce qu'il veut, repas différents pour chaque membre de la famille

Le style « Négligent » - Non impliqué émotionnellement

- Placer les enfants devant les écrans afin d'être tranquille pour faire autre chose
- Pas de prévision des repas ; chacun mange ce qu'il veut

Parents trop préoccupés par leurs propres problèmes

Le style « Autoritaire » - Discipline stricte

- Pas d'écrans à la maison
- Les bonbons et les boissons sucrées sont interdits à la maison, voire aussi à l'extérieur

Le style « Démocratique » - Respect des opinions de l'enfant et maintien de règles claires

- Limites claires à l'utilisation des écrans : pas dans la chambre, pas après 20h…
- Repas familiaux choisis par les parents, mais attentifs aux goûts et à l'appétit des enfants

Les attitudes éducatives parentales

A savoir

Le mode éducatif dit **démocratique** semble être celui qui est le plus en lien avec une corpulence harmonieuse de l'enfant, favorisant l'autorégulation de son alimentation, la variété de celle-ci et la maitrise du temps d'écran.

Poser un cadre éducatif ne fait pas toujours plaisir à l'enfant mais cela l'aide à devenir un adulte autonome et responsable.

Concrètement, comment guider les parents ?

« Mange tes légumes ou tu seras privé de dessert !! »
Cette attitude augmente le dégoût pour le légume…et l'attrait pour le dessert
Pourtant le dessert peut avoir son propre intérêt nutritionnel. Garder une place pour le dessert permet aussi d'apprendre à réguler son appétit.
"Tu ne veux pas des légumes, tant pis, ils sont pourtant très bons. Voilà le yaourt mais tu n'en auras pas 2 et il faudra attendre le prochain repas avant de manger autre chose"

Donner l'exemple ...

Les attitudes éducatives parentales

Quelques pistes :

- Augmenter la familiarité des nouveaux aliments, sans nécessairement les faire goûter par les enfants. Ex: montrer, impliquer l'enfant dans la préparation des repas…. Les parents ne forcent pas l'enfant à manger mais encouragent à goûter, par exemple en consommant eux-mêmes les aliments devant eux
- Éviter d'interdire les aliments denses et appréciés des enfants mais les limiter avec des règles claires.
- Manger dans un contexte calme et chaleureux, sans distraction.
- Ne pas insister sur les vertus nutritionnelles d'un aliment mais plutôt les investir en images positives (plaisir, convivialité, … « c'est bon, c'est délicieux… »).
- Éviter d'utiliser systématiquement les aliments comme récompense ou réconfort.

L'objectif est de renforcer les parents dans leur rôle ; cela signifie, les soutenir sans jamais les juger, les aider très concrètement à établir les règles qui seront applicables chez eux, en fonction de leurs habitudes et de leur culture.

Ressources et orientations :

- **Programme de soutien aux familles et à la parentalité**: site https://sante.gouv.fr
- **Site 1000 premiers jours:** https://www.1000-premiers-jours.fr/
- **Livret ObEP PACA "Poser des limites"**. Site : https://www.ceronpaca.fr, Onglet "Documentation", Rubrique « Informations générales », Dossier « Pour les professionnels» : Flyer "Poser des limites à son enfant"
- **Livret "Pas à pas, mon enfant mange comme un grand"** Site www.mangerbouger.fr, Onglet "Manger mieux", Rubrique "A tout âge et chaque étape de la vie"

Bibliographie

(1) Sandrine Lioret and al. The effectiveness of interventions during the first 1,000 days to improve energy balance-related behaviors or prevent overweight/obesity in children from socio-economically disadvantaged families of high-income countries: a systematic review. Obes Rev. 2023 Jan; 24(1): e13524.

(2) Haute Autorité de Santé. Guide du parcours de soins. Accessible: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3321295/fr/guide-du-parcours-de-soins-surpoids-et-obesite-chez-l-enfant-et-l-adolescent-e

(3) Lecorguillé M, Lioret S and Heude B and al.. Impact of parental lifestyle patterns in the preconception and pregnancy periods on childhood obesity. Front. Nutr. (2023) 10:1166981.

(4) D. Quilliot et le groupe BARIAMAT. Grossesses après chirurgie bariatrique: recommandations pour la pratique clinique - Nutrition clinique et métabolisme 33 (2019) 254–264

(5) Woo Baidal JA, Locks LM, Cheng ER, Blake-Lamb TL, Perkins ME, Taveras EM. Risk Factors for Childhood Obesity in the First 1,000 Days: A Systematic Review. Am J Prev Med. 2016; 50(6):761-779.

(6) Chang YS, Glaria AA, Davie P, Beake S, & Bick D. Breastfeeding experiences and support for women who are overweight or obese: A mixed methods systematic review. Maternal & child nutrition, 2019.

(7) Régis Hankard. Obésité Maternelle et Allaitement. Arch de Pédiatrie, vol. 16, no 6, 2009, p. 565-67.

(8) Enquête Nationale Périnatale. Accessible: https://enp.inserm.fr/

(9) John M. Rogers. Smoking and pregnancy: Epigenetics and developmental origins of the metabolic syndrome. Birth Defects Res. 2019 October 15; 111(17): 1259–1269.

(10) Cohorte ALSPAC. Accessible: https://www.bristol.ac.uk/alspac/

(11) Wagner, S., Issanchou, S., Chabanet, C., Lange, C., Schaal, B. and Monnery-Patris, S. Weanling infants prefer the odors of green vegetables, cheese and fish when their mothers consumed these foods during pregnancy and/or lactation. Chem. Senses 2019 ; 44(4): 257-265.

(12) Marty L., Nicklaus S., Miguet M., Chambaron Sté. & Monnery-Patris S., When do healthiness and liking drive children's food choices? The influence of social context and weight status, Appetite (2018), doi: 10.1016/j.appet.2018.03.003.

(13) Marie Françoise Rolland-Cachera - Perinatal consumption of dietary fat: association with the risk of later obesity; OCL Volume 25, Number 3, May-June 2018

(14) Darling, N., & Steinberg, L. Parenting style as context. An integrative model. Psychological Bulletin,1993, 113, 487–496.

(15) Netalie Shloim, Lisa R Edelson, Nathalie Martin and Marion M Hetherington- Parenting styles, feeding styles, feeding practices and weight status in 4-12 year old children: A systematic review of the literature. (2015) Front. Psychol.6:1849.

Pour aller plus loin

Ce livret a été conçu pour vous, professionnels de santé, afin de vous sensibiliser aux déterminants précoces de l'obésité infantile. L'idée est d'encourager une posture et un langage adaptés dans l'accompagnement des femmes enceintes et des futurs et jeunes parents pour prévenir l'obésité pédiatrique.

Les entretiens pré et post-nataux précoces sont deux temps clés, pour sensibiliser les parents sur leur propre alimentation puis celle de l'enfant et la gestion du rythme de vie. Le suivi des nourrissons par le médecin traitant généraliste ou pédiatre permet de continuer à guider les parents. Parallèlement des ateliers collectifs peuvent être mis en place sur ces sujets. L'équipe de ressources et d'expertise ObEP PACA, peut vous accompagner pour la mise en place de tels ateliers.

ObEP PACA
Obésité de l'Enfant et Prévention en région PACA

A savoir

> D'autres déterminants n'ont pas été évoqués dans ce guide, tels que les perturbateurs endocriniens, le microbiote intestinal….

QR Codes

CERON PACA

BANCO

MALIN

MPEDIA

1000 JOURS

Compléments Bibliographiques