

Introduction à la nutrition préscolaire pour les diététistes professionnel(le)s

Évaluation de la croissance des enfants Partie II : Valeurs limites



Nutrition Screening Tool
for Every Preschooler
Évaluation de l'alimentation
des enfants d'âge préscolaire



NUTRITION
RESOURCE
CENTRE
CENTRE DE
RESSOURCES
EN NUTRITION

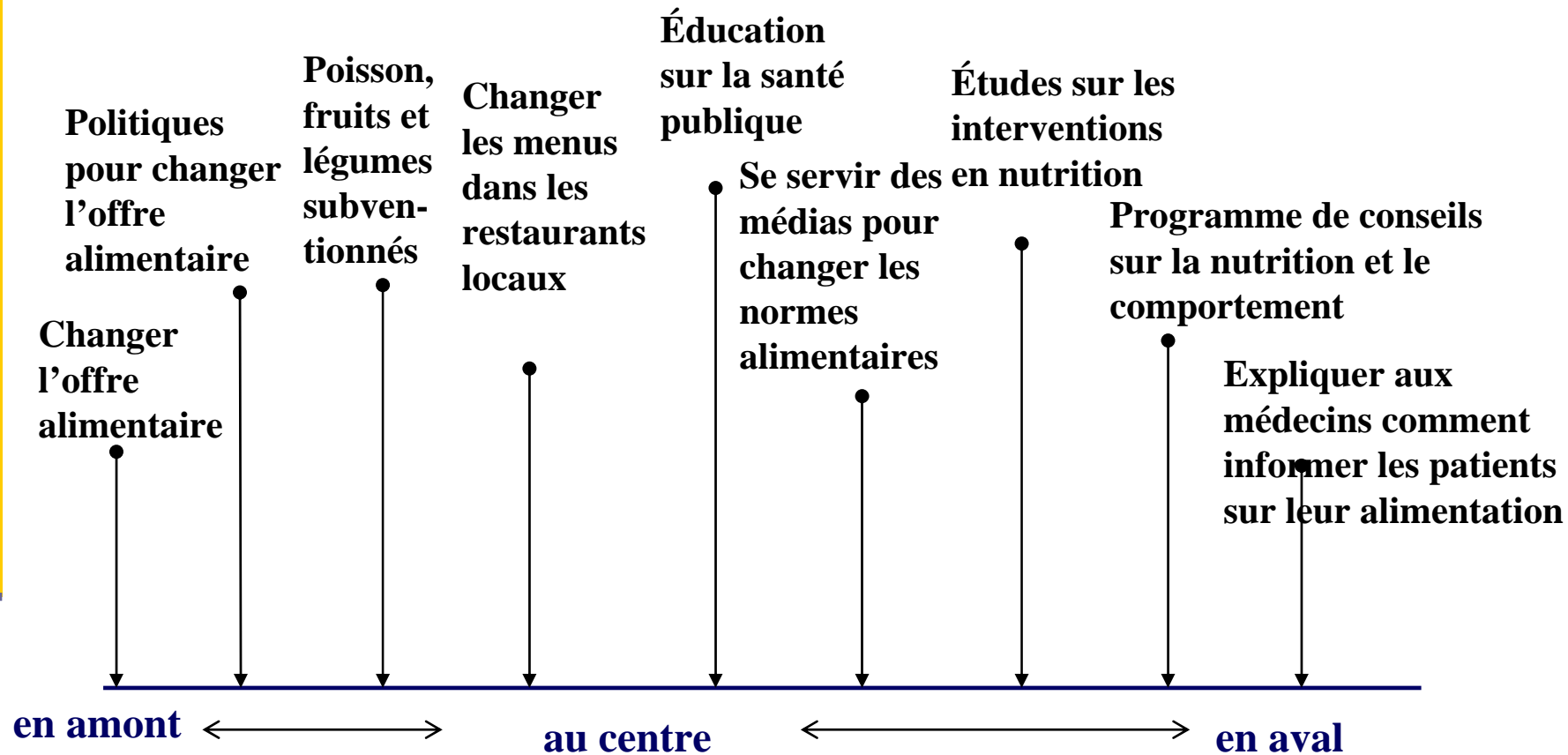
Objectifs d'apprentissage

- Comprendre les facteurs complexes ayant une influence sur l'embonpoint et l'obésité chez les enfants.
- Savoir comment évaluer l'embonpoint et l'obésité chez les enfants et connaître les interventions nutritionnelles appropriées dans un milieu de soins primaires.
- Comprendre les types de retard staturopondéral (RSP) et les facteurs de risque.
- Savoir comment évaluer le RSP et connaître les interventions nutritionnelles appropriées dans un milieu de soins primaires.

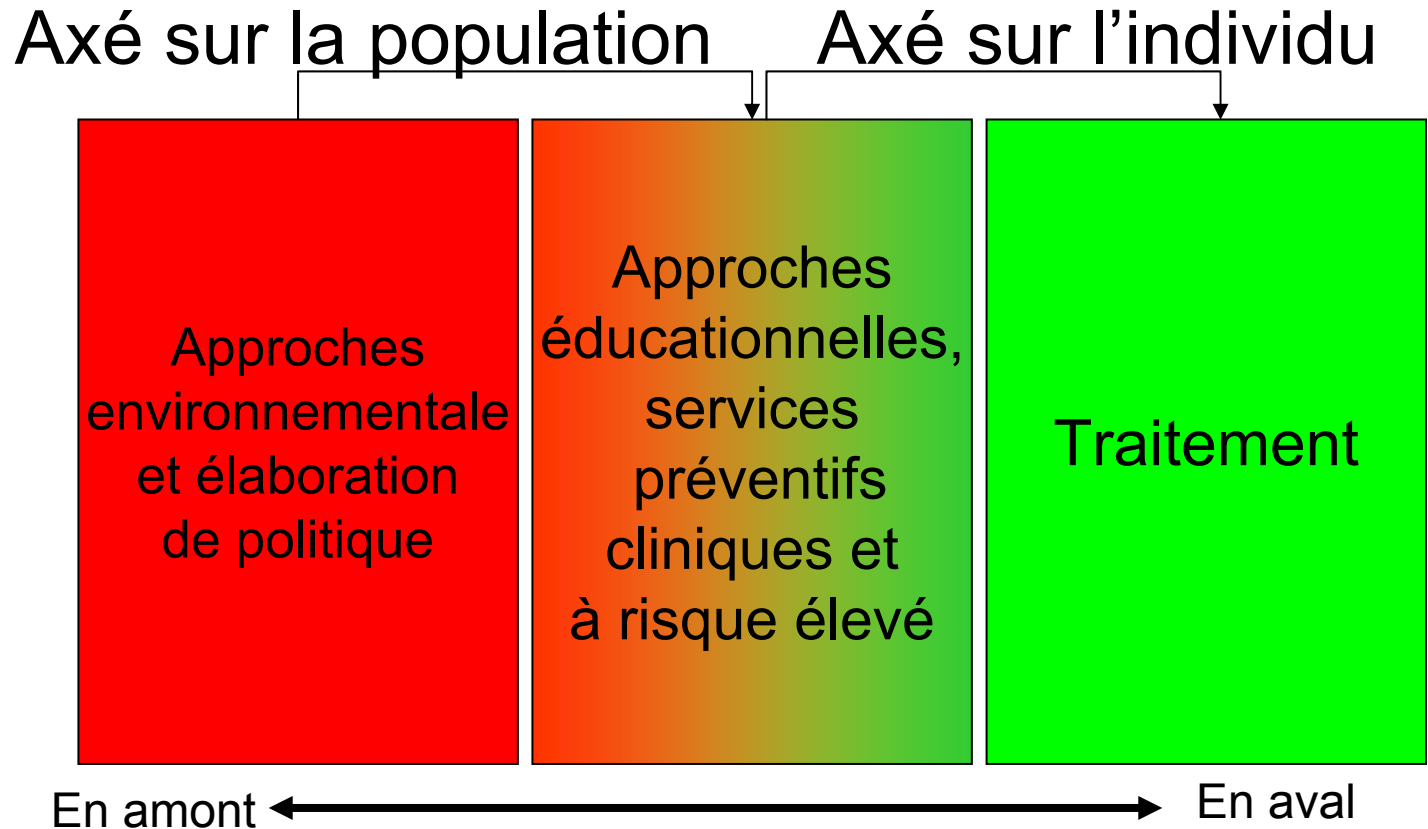
Aperçu de la présentation

- Embonpoint et obésité
 - Influences et actions au niveau de la population et des individus
 - Facteurs de risque et causes possibles
 - Évaluer l'obésité et les poids santé chez les enfants
 - Stratégies de traitement recommandées
 - Évaluation nutritionnelle et interventions
 - Messages à retenir
- Retard staturopondéral (RSP)
 - Définition
 - Classifications
 - Facteurs de risque
 - Présentation clinique
 - Équipe de soins et rôle des diététistes professionnel(le)s
 - Observations de l'alimentation et instruction/éducation sur le régime

Facteurs qui influencent la croissance de l'enfant et préviennent l'obésité



Action sur l'obésité : Trois paradigmes différents



Ce que nous pouvons faire

- Niveau 1 : Renforcer les connaissances et compétences des personnes
- Niveau 2 : Promouvoir l'éducation dans la communauté
- Niveau 3 : Renseigner les fournisseurs de services
- Niveau 4 : Encourager les coalitions
- Niveau 5 : Changer les pratiques en milieu organisationnel
- Niveau 6 : Influencer les politiques et les lois

Obésité

Presque tous les cas d'obésité chez l'enfant sont causés par :

Apport calorique $>$ Besoins en calories



- Les besoins en calories varient d'une personne à l'autre et dépendent du niveau d'activité physique de l'enfant.

Le grand débat sur l'obésité

- Bilan énergétique
- Inactivité physique
- Choix alimentaires
- Habitudes alimentaires
- Repas pris ailleurs que chez soi
- Génétique
- Urbanisme
- Culture automobile
- Rôle parental
- Aliments et boissons que la personne consomme
- Télévision / ordinateur
- Industrie alimentaire
- Politique en matière d'agriculture
- Coût des aliments
- Repas pris à l'école
- Distributrices
- Milieu
- Responsabilité personnelle
- Restauration rapide

Problèmes médicaux associés à l'obésité infantile

■ Génétique

- Maladies monogéniques (mutation du récepteur de la mélanocortine de type 4, trouble de la leptine, trouble de la pro-opiomélanocortine).
- Syndromes (Prader-Labhart-Willi, Bardet-Biedl, Cohen, Alström, Fröhlich).

■ Neurologique

- Traumatisme crânien, tumeur cérébrale, irradiation crânienne, obésité hypothalamique.

■ Endocrine

- Hypothyroïdie, syndrome de Cushing, déficit en hormone de croissance, pseudo-hypoparathyroïdisme.

■ Psychologique

- Dépression, troubles de comportements alimentaires.

■ Causé par des médicaments

- Antidépresseurs tricycliques, contraceptifs oraux, médicaments antipsychotiques, sulfonurées, glucocorticoïdes.

Comorbidités médicales

- **Métabolique**
 - Diabète de type 2, syndrome métabolique
- **Orthopédique**
 - Épiphyse fémorale, maladie de Blount
- **Cardiovasculaire**
 - Dyslipidémie, hypertension, légère hypertrophie ventriculaire, athérosclérose
- **Psychologique**
 - Déprime, mauvaise qualité de vie
- **Neurologique**
 - Méningite séreuse
- **Hépatiques**
 - Maladies du foie non alcoolique ou stéatose hépatique
- **Pulmonaire**
 - Apnée du sommeil, asthme
- **Rénal**
 - Protéinurie

Autres facteurs

- L'obésité est aussi reliée au milieu dans lequel vit l'enfant
 - **Milieu scolaire**
 - **Milieu dans la collectivité**
 - **Milieu familial et parental**

Ce dernier est le plus facile à changer grâce aux conseils cliniques; les autres milieux sont plus reliés à une approche touchant la santé publique.

Évaluer l'obésité

- Les traitements pour les enfants faisant de l'embonpoint ou obèses sont rarement mis en œuvre avant l'âge de 2 ans.
- Une évaluation nutritionnelle complète de la nutrition est nécessaire pour guider et planifier les interventions puisque l'obésité est causée par plusieurs facteurs.

Objectifs de poids

Atteindre un poids santé

<85^e % ile	Poids/taille normale	Maintenir le %ile d'IMC
85^e - 95^e % ile	Embonpoint	Maintenir le poids pour diminuer l'IMC en fonction de l'âge et de la taille
>95^e % ile	Obèse	Maintenir le poids ou faire perdre du poids graduellement
IMC adulte >30	Obésité	Perte de poids graduelle (de 1 à 2 kg/mois)
>95^e % ile comorbidité	Obèse avec comorbidité	Perte de poids graduelle (de 1 à 2 kg/mois)

Recommandations actuelles (Étalon-or) pour l'obésité

- On connaît peu de choses au sujet des stratégies et de l'efficacité auprès des enfants d'âge préscolaire.
- Pour les enfants d'âge scolaire et les adolescents, utiliser des programmes comprenant des stratégies multiples axés sur la famille
 - Modification du comportement
 - Augmenter l'activité physique
 - Formation des parents/modelage
 - Information sur l'alimentation et la nutrition
- Programmes interdisciplinaires complets
 - Suivi régulier pendant au moins 3 mois

Évaluation nutritionnelle

- Données subjectives et objectives.
- Fréquence de l'apport alimentaire détaillée et enquête alimentaire.
- Questions sur les repas/collations, boissons, méthodes de cuisson, repas au restaurant/à emporter, amis, journées des thèmes scolaires, etc.
- Questions au sujet de l'activité physique et le temps passé devant un écran.
- Analyse nutritionnelle et évaluation des besoins.
- Capacité à changer et obstacles aux changements.
- Établissement d'un plan de soins et d'objectifs.

Techniques de motivation

- Insister sur les avantages pour la santé.
 - L'estime de soi ne devrait pas être basée sur l'apparence.
- Étapes du changement
 - Précontemplation, contemplation, préparation, action, maintien.
 - Aide à comprendre le point de vue du client.
 - Essayer d'organiser des entrevues pour discuter des préoccupations du client.
 - Évite l'antagonisme et garde la relation positive.

Techniques de motivation

- Entrevue motivationnelle
 - Questions ouvertes
 - Écoute active et reflet
 - Comparaison des valeurs et pratiques de santé actuelles
 - Utilisation des échelles d'importance ou de confiance
- Approche sans préjugé pour parler de la motivation plutôt que l'imposer.
- Encourager l'établissement d'objectifs, la surveillance du comportement pour viser le changement, utiliser un renforcement positif.

Comment faire pour optimiser les soins nutritionnels?

- Être mis au courant de la situation plus tôt?
- Plus grande fréquence des visites.
 - La distance peut être un facteur.
- Approche avec une équipe multidisciplinaire.
 - Spécialistes de l'exercice, experts du comportement.
- Renforcement positif pour les objectifs de comportement.
- Uniformité entre les dispensateurs de soins – diététistes professionnel(le)s.
- Modèle de comportement
 - Style de vie des parents? Frères et sœurs? Autres?

Concepts clés dans les interventions nutritionnelles

- Ellyn Satter – Répartition des responsabilités
- Parents
 - Préparation et achat des aliments
 - Heure et endroit où sont pris les repas
- Enfant
 - Quantité à manger
 - Manger ou ne pas manger

Insister sur une alimentation saine

- Augmenter la consommation de légumes et de fruits.
 - Viser 5 portions par jour, mais commencer une étape à la fois; s'ils n'en mangent pas, commencer par une portion.
- Augmenter les fibres
 - Les grains entiers, les fruits et légumes, les haricots et les légumineuses.
- Faire des choix sains plus souvent
 - Produits laitiers faibles en gras, protéines \ viandes faibles en gras, limiter l'ajout de matières grasses.

Insister sur une alimentation saine

- Limiter la quantité de boissons sucrées.
 - Repenser à vos choix de boissons.
 - Évaluer la consommation de boissons aux fruits, de boissons gazeuses, sportives et énergisantes.
- Limiter les collations riches en énergie, mais faibles en nutriments.
- Limiter le nombre de repas et de collations pris à l'extérieur de la maison.

Insister sur une alimentation saine

- Qu'est-ce qu'une collation – Qu'est-ce qu'un repas?
 - Portions, qualité nutritionnelle, choix sains, variété.
- Horaire des repas et collations.
- Signaux de la faim.
 - Manger quand on a faim et arrêter quand on est plein.
 - La perception que la famille a de la nourriture (manger pour le plaisir, plutôt que pour se nourrir).
- Repas en famille.
- Repas consommés à l'extérieur de la maison.
 - Grand-mère, plusieurs dispensateurs de soins, garderie, école, restaurants.

Activité physique

- Évaluer le niveau d'activité physique.
- Souligner que l'activité est un des éléments importants pour avoir un poids santé.
- Limiter le temps passé devant la télévision à 1 à 2 heures par jour et augmenter le jeu actif ou l'activité physique.
- Recommander des ressources et programmes communautaires pour les personnes ayant des faibles revenus.
 - P. ex., programmes fournis par le YMCA, crédit d'impôt pour le sport, activités communautaires gratuites.

Message à retenir



- **Les facteurs sont complexes et proviennent de nombreuses sources.**
- **Commence à la petite enfance : insister sur l'enfance (par le biais des familles, des écoles et des collectivités) est essentiel.**
- **Éducation ainsi que des approches environnementale et politique.**
- **Commencer par vous renseigner ainsi que les autres au sujet de l'approche concernant les poids santé.**
- **Favoriser le modèle de programme.**

Retard staturopondéral (RSP)

- Pas de méthode uniforme pour l'identifier ou le définir.
- Généralement considéré comme la croissance qui dévie de la norme; évaluer la progression de la croissance longitudinale.
- Une seule mesure de croissance n'indique pas la déviation ou le tracé de croissance.
- Un symptôme plutôt qu'un diagnostic?
- Peut être défini comme suit :
 - Poids pour l'âge < 5^e percentile sans retard dans la constitution.
 - Poids par rapport à la taille (ou IMC) < 5^e percentile.
 - Diminution de la vélocité de la croissance et perte de poids > 2 percentiles importants sur une période de 3 à 6 mois.

Classification du RSP

Organique

- Causé par un problème médical sous-jacent

↓ apport alimentaire ou

↓ absorption ou

↓ utilisation des nutriments

Non organique

- Problème social ou de comportement

↓ apport alimentaire

Peut être organique et/ou non organique

Facteurs de risque du RSP

Organique

- Incapacité à consommer suffisamment de kcal (dysphasie, paralysie cérébrale).
- Incapacité à garder la nourriture (RGO, malabsorption).
- Besoin ↑ en kcal (IC, DBP).
- Capacité de croissance modifiée (enfant prématuré, RCIU, anomalies chromosomiques).

Facteurs de risque du RSP

Non organique

- Problèmes psychosociaux
 - Pauvreté
 - Mauvaises habitudes alimentaires
 - Relations dysfonctionnelles entre le parent et l'enfant
 - Négligence
 - Enfant malade ou difficile
 - Stress parental (dépression, toxicomanie, isolement)
- Manque de connaissance ou mauvaise information
 - Trouble intellectuel
 - ↓ production de lait maternel, erreur dans la préparation pour nourrisson
 - ↑ consommation de jus
 - Perception inexacte concernant l'alimentation normale du nourrisson ou de l'enfant
 - Croyances inhabituelles sur le plan de la santé et de la culture

Présentation clinique

- Perte de poids ou diminution de la vitesse de croissance.
- Peut être considéré organique ou non organique ou pas encore classé.
- Souvent avec des antécédents d'une mauvaise alimentation ou d'aversion pour la nourriture.
- Anémie (dans jusqu'à 50 % des cas de RSP).

Équipe de soins

- Pédiatre
- Diététiste
- Travailleur social
- Infirmière autorisée
- Psychologue ou psychiatre pour enfant ou spécialiste du comportement
- Organismes communautaires (p.ex., services de santé (programme Bébés en santé, enfants en santé), centre de traitements pour enfants, sociétés d'aide à l'enfance)

Rôle du ou de la diététiste : Évaluation nutritionnelle

- Obtenir des données anthropométriques **précises**.
- Antécédents de croissance depuis la naissance (appeler le médecin de famille).
- Tests en laboratoire (hémogramme, ferritine, test de la sueur par dosage du chlore).
- Antécédents **détaillés** de l'alimentation à partir de la naissance.
- Quantité d'urine et de selles
- Vomissements
- Structure du sommeil
- Historique social (soignant, milieu familial)
- Évaluer l'apport en kcal et les besoins pour combler le rattrapage de la croissance.
- **Observation de** l'acte alimentaire.

Observation de l'acte alimentaire (dispensateur de soins)

- Vérifier :
 - Le contact avec les yeux
 - Le contact physique
 - L'attention portée aux signaux de l'enfant
 - L'utilisation de distractions
 - Le modèle de rôle auprès de l'enfant, manger en même temps que l'enfant.
 - Le niveau de tolérance du dispensateur de soins et ses attentes.
 - La réaction du dispensateur de soins à l'enfant qui ne mange pas.
 - Réactions dans un environnement stressé - entre le dispensateur de soins et l'enfant.
 - Division des responsabilités ([*Ellyn Satter*](#))

Instruction ou éducation sur le régime

Nourrissons

- Lait maternel tiré hypercalorique / préparation pour nourrisson (24 - 30+ kcal/oz) ± aliments riches en calories ou qui donnent de l'énergie.

Enfants qui commencent à marcher/enfants plus âgés

- Lait ou boisson hypercalorique + aliments riches en kcal ou qui donnent de l'énergie (Pediasure, Instant Breakfast, Resource JFK...).

...Peut nécessiter l'alimentation par sonde

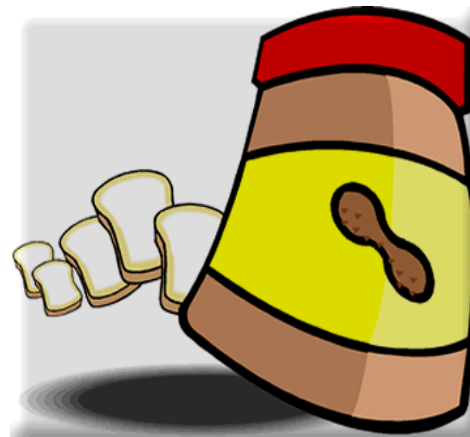
Éléments à considérer pour l'alimentation par sonde

- Utilisation à long terme plutôt qu'à court terme (sonde G/sonde NG).
- Alimentation générale (pour une longue période de temps), et si l'enfant peut se nourrir par la bouche.
- Type de préparation et concentration.
- Éligibilité pour de la couverture médicale pour la préparation payée par le gouvernement.
- Soutien et capacité de la famille de s'organiser.
- Soutien familial (aide professionnelle et formation sur l'utilisation d'une pompe... si nécessaire).
- Consultation et discussion avec une équipe multidisciplinaire.

Plan nutritionnel et d'éducation

- Évaluer l'alimentation normale en fonction de l'âge (+ suppléments énergétiques).
- Éviter le grignotage.
- Limiter les jus (moins de 8 oz par jour).
- Limiter la consommation de lait (2 tasses par jour pour les enfants d'âge préscolaire).
- Expliquer les techniques d'alimentation.
 - P.ex., ustensiles, approche, éliminer les distractions, soutien pour l'équipe d'alimentation au besoin (ergothérapie, orthophoniste, diététistes professionnel(le)s).
- Aider à établir un horaire
 - P.ex., 3 repas par jour + 2 à 3 collations, > 2 heures entre chaque.
- Division des responsabilités
 - Parent = quoi, quand, où
 - Enfant = quantité, manger ou ne pas manger

Suppléments énergétiques



Energy Boosting, 1994
& Ultra Nutrition for Toddler

Remerciements

- Présentation adaptée de : *Childhood Obesity (primary, secondary and tertiary intervention) and A Clinical Outpatient Nutrition Perspective* (Janice Piper, Dt.P., Alice Gerhardt, Dt.P., Jill Schweyer, Dt.P., et Laura West, Dt.P.); *Failure to Thrive* (Jody Coles, Dt.P.), avril 2008, Séries vidéos préparées pour le Programme de stage en diététique dans le Nord de l'Ontario; et, *NutriSTEP Validation RD Training* (Lee Rysdale, Dt.P.), avril 2005. Disponible sur demande à : Lee Rysdale à lrysdale@opha.on.ca.
- Révisions au contenu effectuées par Jane Lac, Dt.P. consultante Janelac.work@gmail.com
- Traduction et révision par Concorde French Communications Ltd et Joëlle Zorzetto, Dt. P.