



Comité National de l'Enfance

13 boulevard Lefebvre 75015 Paris

RISQUES D'UNE ALIMENTATION NON CONVENTIONNELLE CHEZ LE NOURRISSON ET LE JEUNE ENFANT

Conférence présidée par

le Docteur Jean LAVAUD

Président du Comité National de l'Enfance

avec la participation

du Docteur Michèle GARABEDIAN

CNRS – INSERM – Hôpital Saint Vincent de Paul - Paris

Risques d'une alimentation dépourvue en lait et produits laitiers

du Docteur Jean-Pierre CHOURAQUI

CHU Michallon – Hôpital Nord - Grenoble

Risque d'une alimentation végétarienne ou végétalienne

de Madame Marlène DREYFUS

Psychologue – Hôpital Trousseau - Paris

Conséquences psychologiques d'une alimentation non conventionnelle chez l'enfant

du Professeur Patrick TOUNIAN

Hôpital Trousseau - Paris

Risques des régimes restrictifs intempestifs

9 juin 2009



DOCTEUR LAVAUD

Si vous le voulez bien, nous allons commencer cette séance organisée par le Comité National de l'Enfance et consacrée aux « RISQUES D'UNE ALIMENTATION NON CONVENTIONNELLE CHEZ LE NOURRISSON ET LE JEUNE ENFANT ».

Nous avons fait appel à des spécialistes :

- **Le Docteur Patrick TOUNIAN**, de l'Hôpital Trousseau à Paris, sera le médiateur de cette conférence et parlera des « **Risques des régimes restrictifs intempestifs** » ;
- **Le Docteur Michèle GARABEDIAN** - CNRS - INSERM - Hôpital Saint-Vincent de Paul : « **Risques d'une alimentation dépourvue en lait et produits laitiers** » ;
- **Le Docteur Jean-Pierre CHOURAQUI** - Chu Michallon - Hôpital Nord - Grenoble : « **Risques d'une alimentation végétarienne ou végétalienne** » ;
- **Madame Marlène DREYFUS** - Psychologue - Hôpital Trousseau - Paris : « **Conséquences psychologiques d'une alimentation non conventionnelle chez l'enfant** ».

Chaque exposé étant très différent, vous pourrez poser vos questions à l'issue de chacun d'eux.



DOCTEUR MICHÈLE GARABEDIAN : **« RISQUES D'UNE ALIMENTATION DÉPOURVUE EN LAIT ET PRODUITS LAITIERS »**

Je m'intéresse à tous les problèmes qui concernent le calcium, les phosphates et la vitamine D chez l'enfant.

Pour illustrer mon propos, je vais d'abord vous parler d'une petite fille que nous avons vue lorsqu'elle avait treize mois pour des fractures multiples des os longs, principalement des fémurs et des os de l'avant-bras, des douleurs osseuses, et qui ne marchait pas. Les radios révèlent des fractures et une déminéralisation sévère du squelette avec des os très clairs et des lésions de rachitisme : élargissement en cupule et aspect frangé des métaphyses, au niveau des genoux, chevilles et poignets. La corticale des os est amincie, irrégulière, et comme « mangée aux mites », rendant compte de ses douleurs osseuses. Devant un tel tableau, très sérieux, on pense à une maltraitance, ou à une maladie génétique, ostéogénèse imparfaite par exemple. En même temps, sa courbe de croissance montre une taille et un poids normaux jusqu'à 5 mois (au 90° percentile), puis un ralentissement net de croissance puisqu'à 13 mois sa taille est au 50° percentile, et son poids est au 25° percentile. Elle souffre donc de rachitisme avec fractures, avec arrêt quasi complet de la croissance en poids et en taille à partir de l'âge de 5 mois.

En ce qui concerne la biologie, elle présente tous les signes de rachitisme carenciel classique : calcémie et calciurie basses élévation de l'hormone parathyroïdienne secondaire à l'hypocalcémie, fuite rénale de phosphates secondaire à l'hyperparathyroïdie, et augmentation de l'activité sérique des phosphatases alcalines. Enfin, ses réserves en vitamine D mesurées par le dosage sanguin de 25-dihydroxyvitamine D étaient en dessous des valeurs souhaitables pour l'âge.

Nous avons un peu erré dans le diagnostic parce que cette enfant vient d'un milieu social favorisé, qu'elle a la peau claire, est normalement exposée à la lumière solaire. Elle a été allaitée jusqu'à l'âge de deux mois - ce qui est assez normal en France. Une fois l'allaitement terminé, elle a reçu, entre deux et treize mois, une boisson de soja. Toutes les boissons de soja n'ont pas la même composition. Celle qu'elle a reçue, achetée dans une boutique bio, n'était pas particulièrement destinée aux enfants. Elle assure un apport en protéines et en lipides correct. Mais il en va différemment pour l'apport en calcium. Un lait de croissance apporte 99 milligrammes pour cent millilitres alors que cette boisson n'en contenait que 26 milligrammes, apportant donc 130 mg de calcium par jour au lieu des 500 mg nécessaires à la croissance d'un enfant d'un an. De plus, les laits de croissance sont enrichis en vitamine D, ce qui n'était pas le cas pour la boisson au soja et l'enfant n'avait reçu aucune supplémentation en vitamine D.

Ce sont des observations comme celles-ci qui ont poussé les experts de l'AFSSA à recommander l'enrichissement systématique en vitamine D des boissons au soja.

On pourrait penser que je suis un peu « orientée ». Peut-être n'est-ce pas du tout cela qu'avait cette enfant ! Eh bien, si ! Quelques médecins avaient pensé : « elle a la peau blanche, ce n'est donc sûrement pas une carence. Il n'est pas possible que ce soit la boisson de soja, elle a sûrement une résistance à la vitamine D. Il faut faire une analyse génétique de toute la famille pour savoir pourquoi cette enfant est aussi mal ». Les résultats d'une épreuve thérapeutique avec vitamine D à la dose de 5 milligrammes et calcium (500 mg par jour), traitement classique du rachitisme carenciel, démontrent que tous les signes qu'elle présentait se sont corrigés en six mois : calcémie normale, phosphatases normales, calciurie normale, tout était normal ! Une carence en calcium et vitamine D était donc bien la cause de ce tableau assez dramatique que présentait l'enfant à treize mois.

Au moins cinq autres observations de ce type ont été publiées :

- Une première étude en 1990 démontre une haute fréquence de rachitisme chez les nourrissons nourris avec des régimes macrobiotiques.
- Trois autres études entre 2001 et 2006 montrent aussi des rachitismes chez des nourrissons et jeunes enfants qui étaient nourris avec des substituts de lait à cause d'allergies alimentaires.
- Enfin, une étude parue aux États-Unis en 2003 s'est intéressée aux causes de rachitisme carenciel dans ce pays, une maladie que l'on croyait disparue. L'analyse de 43 cas montre une moyenne d'âge au diagnostic plus tardive, 20 mois, que celle classiquement décrite pour le rachitisme carenciel, premier semestre de vie. Si 70 % de ces enfants étaient d'origine africaine, la couleur foncée de leur peau n'était pas seule en cause car la majorité d'entre eux (78%) avait des réserves en vitamine D suffisantes pour prévenir la survenue d'un rachitisme. En revanche, si 97% avaient été allaités plus de 6 mois, 86% d'entre eux avaient reçu une alimentation pauvre en produits laitiers après le sevrage.

Une carence en vitamine D ou en calcium est-elle la plus importante pour l'apparition du rachitisme ? On s'interroge sur les quantités minimales de calcium et de vitamine D nécessaires. On les connaît très bien pour le calcium. On sait que, dans la première année de vie, la taille des enfants augmente



de vingt centimètres par an. C'est donc une croissance extrêmement rapide. De un à trois ans, la croissance ralentit mais reste rapide, avec onze centimètres par an. Dès 1959, on avait essayé de calculer les besoins en calcium - au moins 150 milligrammes pendant la première année de vie, au moins 126 milligrammes de un à trois ans. Encore faut-il absorber ce calcium. L'intestin ne l'absorbe pas entièrement. D'après une étude faite en 1964, de zéro à un an, l'intestin n'absorbe qu'un tiers à un demi du calcium ingéré. Si le besoin est de 150 milligrammes par jour, pour être sûr que l'enfant absorbe une quantité suffisante, il faut donc obligatoirement lui apporter 300 à 400 milligrammes par jour. De un à trois ans, on n'a pas suffisamment d'informations pour faire ce calcul. En revanche, en regardant le gain de masse osseuse pendant les six premiers mois de vie et plus tard, on voit que les laits qui contiennent au moins 500 milligrammes par jour de calcium sont nécessaires pour avoir le maximum de gain de minéralisation osseuse. C'est très clair pour le calcium. Les apports recommandés, tout à fait raisonnables, sont actuellement de 500 milligrammes par jour de un à trois ans. Le lait de soja donné à notre petite patiente n'apportait que 126 mg par jour.

C'est un peu moins clair pour la vitamine D. On sait bien que donner de la vitamine D a énormément réduit la fréquence du rachitisme aux Etats-Unis dans les années 1938 à 1948. Une étude faite en 1967 a montré qu'avant l'introduction systématique de la vitamine D l'incidence du rachitisme de la naissance à deux ans de vie était de 20 %, et qu'elle n'était même pas de un pour mille dans les six à sept ans qui ont suivi la mise en place de cette prophylaxie. La France a été un peu plus tardive. On n'avait toujours pas bougé en 1963 parce que des essais faits avant de donner la vitamine D avaient donné lieu à des observations d'hypercalcémie attribuées à la Vitamine D. Mais quand on considérait la fréquence du rachitisme dans les années 1970, on voyait encore 15 à 26 % d'enfants rachitiques.

Après la mise en place d'une prophylaxie systématique qui date de 1963, renforcée en 1971, notre groupe a fait en 1989/1990 une analyse d'une quinzaine de départements français et constaté que ce taux n'était plus que de 0,6%. La vitamine D diminue donc la fréquence du rachitisme. Ce qu'on ne sait pas encore vraiment c'est la quantité nécessaire. En France, on propose 1000 à 1500 Unités Internationales (UI) par jour. Aux Etats-Unis, on propose 200 UI par jour, mais les propositions les plus récentes sont entre 200 et 1000 UI par jour. Bien que les propositions américaines soient plus faibles que les recommandations françaises, le dosage de réserve en vitamine dans les deux pays montre des niveaux identiques. Que l'on donne 500 ou 1000 UI par jour, les réserves sont donc identiques. Il y a une sorte de tampon.

Mais les choses sont un petit peu plus compliquées puisque des études récemment menées en Scandinavie ont montré une grande fréquence de diabète juvéniles de type 1. Peut-être une prise de vitamine D insuffisante pendant la première année de vie augmente-t-elle le risque de développer un tel diabète ? D'après ces auteurs, le risque de développer un diabète juvénile de type I serait plus faible avec un apport de 2000 UI par jour pendant la première année de vie. En France, nous proposons entre 1000 et 1500 UI par jour. Mais personne n'a fait d'étude prospective. Les choses ne sont jamais simples car les mêmes auteurs ont repris ces mêmes cohortes et ont vu que des apports plus élevés de vitamine D - au-dessus de 2000 UI par jour - ont peut-être été bénéfiques sur l'incidence du diabète de type 1, mais peut-être pas très bons pour d'autres risques comme les rhinites allergiques, l'asthme, l'eczéma. Il faut donc faire très attention de ne pas faire du mal en même temps. L'idée de dire qu'il faut donner 2000 UI par jour à tous les nourrissons n'est donc peut-être pas une bonne idée. J'aurais tendance à dire qu'il faut rester à l'état actuel des choses tant qu'on n'a pas plus d'informations. Car, à vouloir faire mieux, on peut faire plus mal.

J'espère vous avoir convaincus que les nourrissons et les enfants jusqu'à trois ans qui ne consomment pas de produits laitiers ont des risques de rachitisme ou de diminution de masse osseuse. Ces risques existent et peuvent être prévenus par l'apport de 500 milligrammes par jour de calcium et 1000 à 1500 UI par jour de vitamine D.

Je vous remercie.

DOCTEUR LAVAUD

Il faut vraiment lire les notices des produits et surtout connaître les apports journaliers recommandés qui doivent être diffusés dans toute la population.

DOCTEUR GARABEDIAN

Le plus simple est de prendre du lait ! Mais il faut vraiment regarder sur les boîtes pour que l'enfant ait des apports en calcium et vitamine D suffisants. Sinon, on risque d'avoir des situations comme celle de cette petite fille qui, maintenant, court et galope grâce à la vitamine D et au calcium. De plus, on ne sait pas assez que plusieurs études ont montré que la masse osseuse pendant la première année de vie peut influencer celle de l'adulte.



QUESTION

Comment peut-on expliquer le rapport entre apport de vitamine D et survenue d'affections allergiques ?

DOCTEUR GARABEDIAN

La vitamine D joue un rôle complexe sur le système immunitaire : elle active les défenses de l'organisme en activant les macrophages, mais inhibe la prolifération et les actions des lymphocytes en agissant comme un immuno-supresseur. C'est pour cette raison que la vitamine D est considérée à partir d'études en culture cellulaire ou chez l'animal comme pouvant réduire le risque de développer une maladie auto-immune. Chez l'homme, des études épidémiologiques suggèrent un lien entre statut en vitamine D et risque de développer une maladie auto-immune. Cependant les preuves en faveur d'un effet bénéfique d'un apport chronique en vitamine D à dose non toxique restent insuffisantes, en dehors de la première année de vie, au moment où le système des défenses immunitaires se met en place. De plus, la quantité de vitamine D nécessaire à cette action n'est pas connue. Il paraît donc prudent de ne pas modifier les stratégies de supplémentation de vitamine D actuelles en attendant que se mettent en place des études prospectives dans lesquelles seront comparées les fréquences de survenue de maladies auto-immunes chez des individus recevant ou non de la vitamine D.

QUESTION

Vous ne remettez pas en cause les laits de soja ayant des taux de calcium identiques aux taux recommandés ?

DOCTEUR GARABEDIAN

« Lait de soja » est un terme proscrit parce que ce n'est pas du lait. On doit donc dire « jus de soja ou boisson de soja ». Pour tout ce qui n'est pas du lait, il faut vérifier sur les étiquettes qu'il y a suffisamment de calcium et de vitamine D car cela peut s'appeler lait de soja et ne pas en contenir.

QUESTION

Dans quelle mesure l'allaitement maternel peut-il éviter cela ? Une femme normalement constituée qui a une bonne alimentation peut-elle couvrir les besoins de son enfant ?

DOCTEUR GARABEDIAN

Dans l'observation que j'ai montrée, le ralentissement de croissance, premier signe de carence, est observé à partir de 5 mois de vie, donc 3 mois après la fin de l'allaitement maternel. Dans les observations américaines, les signes de rachitisme sont notés vers 20 mois de vie chez des enfants allaités pendant 6 mois puis recevant un régime pauvre en produits lactés. Ces observations suggèrent que l'allaitement maternel protège bien l'enfant contre les effets néfastes d'une carence en calcium. Cependant, des cas de rachitisme ont été décrits chez des enfants nourris au sein quand la mère était très carencée en vitamine D. Ce lait maternel contient vraisemblablement assez de vitamine D quand la mère a pu s'exposer au soleil pendant sa grossesse et particulièrement pendant le dernier trimestre, l'été en France ou toute l'année sous les tropiques. En revanche pendant l'hiver, 30% de la population a de bas niveaux de vitamine D. Au neuvième mois de grossesse, le niveau chute encore. 30% des femmes qui accouchent entre mars et juin risquent donc de manquer de vitamine D et d'entraîner des hypocalcémies néonatales avec risque de convulsion pour le bébé. Si on donne de la vitamine D pendant la grossesse, on réduit ce risque de convulsion hypocalcémique à la naissance. Si une mère n'a pas suffisamment de réserves en vitamine D au moment de l'accouchement, il ne doit pas non plus y en avoir beaucoup dans son lait. L'enfant court alors des risques de rachitisme. Je pense donc que tout enfant allaité par sa mère doit recevoir un complément de vitamine D. Beaucoup d'études portent sur le fait de savoir s'il faut donner de la vitamine D au bébé ou à la mère. La déperdition de la vitamine D entre la maman, son lait et le bébé est très importante. Pour transmettre par son lait l'apport de 1000 Unités par jour, tout à fait confortable et n'apportant aucune surcharge, il faudrait que la maman en reçoive au moins 4000, sinon 10 000 par jour. Je pense donc qu'il vaut mieux la donner directement au bébé.

QUESTION

Consommation de laits et de produits laitiers.

DOCTEUR GARABEDIAN

Je pense vous avoir montré l'intérêt du lait et des produits lactés pendant la petite enfance. De nombreuses études ont montré que l'évitement du lait a également des conséquences néfastes chez l'enfant plus âgé et l'adolescent, avec un défaut de l'acquisition de la masse osseuse et une croissance en taille (épaisseur, diamètre) plus faible des os longs. Un effet négatif sur la croissance en taille a même été observé dans des pays asiatiques où la consommation de lait n'était pas habituelle, à tel point que des études sont actuellement menées en Chine visant à tester les effets d'un apport systématique de lait dans les écoles.



QUESTION

Que pensez-vous des laits de noisettes ? De châtaigne ?

DOCTEUR GARABEDIAN

Ce ne sont pas des laits !

PROFESSEUR CHOURAQUI

e n'ai jamais vu de noisettes avec des mamelles ! Ce n'est donc pas du lait !

DOCTEUR GARABEDIAN

Les orateurs suivants vous diront si les substituts da lait tels que jus de noisette, de châtaigne, d'amandes sont bons ou non pour la croissance de l'enfant. Mais dans tous les cas il faudra surveiller leur contenu en calcium et vitamine D.



DOCTEUR JEAN-PIERRE CHOURAQUI : **« RISQUES D'UNE ALIMENTATION VÉGÉTARIENNE OU VÉGÉTALIENNE »**

Merci de m'avoir invité. J'ai accepté parce que je n'avais jamais traité le sujet et cela m'a obligé à travailler ! Si on n'a pas de conférence à faire, on ne travaille pas !

Si l'exposition n'avait pas été terminée, je vous aurais conseillé d'aller voir Arcimboldo au Sénat, mais on peut le trouver sur un site Internet !

La première question est d'être d'accord sur les définitions.

La définition officielle du lait est qu'il sort d'une mamelle, ou à base de produits sortant d'une mamelle.

Le « lait de soja » n'est donc pas un lait. Seule exception, les laits de toilette, mais on les doit à Cléopâtre qui a inventé la cosmétologie en se baignant dans du lait d'ânesse !

VÉGÉTARISME ET VÉGÉTALISME.

Les définitions ne sont pas toujours très claires.

- Hommes et femmes sont omnivores. Ils mangent de tout.
- Très simplement, dans le végétalisme, poissons, volailles et laitages sont exclus.
- Les végétariens mangent de tout sauf de la viande - (bovins, agneaux..). Mais ils mangent du poisson et de la volaille.
- Les semi-végétariens ne mangent ni viande, ni volaille, ni poisson mais mangent du lait et tous les laitages et des céréales.
- Les lacto végétariens suppriment les œufs.
- Les ovo végétariens ne mangent, ni viande, ni poisson, mais du lait et des œufs.
- Quant aux végétaliens, ils ne mangent aucun animal.
- Les macrobiotiques se comportent généralement comme des végétaliens, encore qu'on ne soit pas obligé d'exclure les viandes et les poissons parce c'est une question d'équilibre. Les lacto ovo végétariens ne mangent ni viande ni poisson, mais mangent du lait, des laitages, des œufs et des céréales.

Pourquoi les macrobiotiques n'ont-ils pas les mêmes exclusions que les végétaliens ? Il y a d'abord les principes religieux : 85 % des hindous sont végétariens. Dans le bouddhisme, certains sont végétariens, tout dépend de l'interprétation. Dans le taoïsme, certains vont jusqu'au végétalisme. On retrouve la même chose dans la religion chrétienne où 8 % sont végétariens ou végétaliens. 3 % des musulmans, deviennent végétariens pour des raisons de simplification et être sûrs de ne pas manger des viandes non halal. C'est la même chose pour les juifs qui veulent être sûrs de manger casher. Israël est le plus gros consommateur de lait de soja. Les raisons philosophiques, éthiques, culturelles, sanitaires et, des convictions personnelles pas toujours faciles à expliquer, ou de protection de l'environnement puisqu'une vache produit plus de CO2 qu'un épi de maïs, et du méthane.

En consultant Google, vous trouvez 562 000 sites ou références !

J'en dirai quelques raisons qu'on peut illustrer par différentes affiches. Une raison « gentille » : « *Pas de viande dans mon assiette* ». Une autre déjà un peu plus allusive, avec la photo de différents animaux et la mention « *Regarde-moi dans les yeux* » ou « *Lequel caressez-vous ? Lequel mangez-vous ?* ». Puis « *Abolissez la peine de mort* » des végétariens. Il y a aussi des publicités végétariennes de PETA France, association qui s'occupe de végétarisme.

Il y a des articles comme celui de Jeremy Lawrence qu'il ne faut pas lire à l'envers ! Il n'est pas écrit qu'être végétarien rend les enfants plus intelligents mais les auteurs se basent sur le fait que les enfants végétariens sont plus prompts à devenir ensuite cadres ou grands employés de l'administration. Il faudra faire une enquête chez nos énarques en démontrant qu'ils sont plus intelligents que nous ! Dans « La lettre des parents », on trouve des choses assez sensées. Mais la première ligne dit que les végétaux, figues sèches, brocolis, pois chiches, apportent un meilleur calcium que les laitages. Et c'est quand même diffusé dans toutes les écoles ! Or, pour avoir la même quantité de calcium, il faut manger cinq kilos de brocolis ! Mais il paraît qu'il est meilleur. J'ai cherché pourquoi ; ce serait parce qu'il n'y a pas de graisse dans les brocolis. Mais c'est une extrapolation.

ÉPIDÉMIOLOGIE

On ignore le nombre d'enfants végétariens.

- En France, c'est 1,5 % de la population générale.
- Aux Etats-Unis, ce serait 2 % et 0,5 % d'enfants végétaliens.
- En Suède, 5 % d'enfants végétariens.
- Aux Pays-Bas, 8 % sont végétariens.
- En Inde, toutes religions confondues, 40 % de la population sont végétariens.

Quels sont les risques ?

C'est difficile à déterminer dans toute la littérature.



- Quand on mange végétarien ou végétalien, le premier problème est qu'un volume égal offre moins de densité calorique. Pour la satiété, compte d'abord le volume dans l'estomac. Le premier risque pour ces enfants est donc d'avoir un apport calorique insuffisant.
- Les régimes végétariens et végétaliens diminuent généralement l'apport lipidique - aucune femme au monde ne fait du lait demi-écrémé ! Les enfants ont besoin de 40 à 50 % d'apport lipidique pendant la première année de vie.
- En termes de protéines, les quantités sont non seulement insuffisantes mais généralement, à moins d'avoir un équilibre extrêmement soigneux des apports protéiques végétaux en variant à l'extrême les sources végétales, les quantités sont insuffisantes et il n'y a pas assez d'acides aminés, ce qui explique la non croissance.
- Si comme les végétaliens, ils ne boivent pas de lait, les apports en calcium et vitamine D sont très nettement insuffisants. Mais manger des légumes et des fruits augmente les apports en phytates et oxalates qui diminuent l'absorption du fer et du calcium. Même chose dans les boissons à base de soja qui comportent beaucoup de phytates. Même problème pour le fer.
- Les fibres, c'est bien, mais en excès cela donne des troubles du transit. Prenez un bol complet de son, je vous garantis que vous allez courir !
- L'énorme problème sur quoi on a le plus de littérature, est l'apport en vitamine B12 dont les protéines animales sont la seule source. Il y a risque d'anémie sévère chez l'enfant et l'adulte, et encore plus chez le nouveau né de mère végétalienne.
- Apport insuffisant en taurine, en acides gras de type N-3, acides gras polyinsaturés si on ne mange pas de poisson ou d'œufs.

Il suffit d'équilibrer, mais un auteur anglais a comparé des sujets omnivores et des sujets végétaliens dont l'alimentation était censée être parfaitement équilibrée : les apports énergétiques et protéiniques sont identiques. Les végétaliens mangent un peu moins de graisse, un peu plus de sucre mais beaucoup plus de fibres, beaucoup moins de calcium (270 contre 400), plus de fer et plus de vitamine A, plus de thiamines, mais par contre 1,3 en vitamine B12 contre 1,6 donc risque de carence. Les végétaliens avaient donc des apports suffisants.

Un autre auteur a fait des calculs d'apports. A l'âge de trois ans, un omnivore a besoin, d'1,1 gramme de protéines dont 67 % d'origine animale. Pour arriver au même résultat en acides aminés, il faut apporter à un semi végétarien 1,4 grammes par kilo, et monter à 1,7 gramme de protéines chez un végétalien avec déficit en tryptophanes.

De nombreuses études montrent des déficits, surtout chez l'adolescent. Si on compare des enfants végétaliens de 16 à 20 ans à des omnivores en ce qui concerne les apports recommandés on constate que, dans tous les cas, les végétaliens ont des apports protéiniques déficitaires par rapport aux omnivores et également par rapport aux apports recommandés ; l'apport en graisse diminue et, bizarrement, ils consomment moins d'alcool. Par contre, on arrive à des taux d'apports en fibres très importants : 44 grammes ou 34 grammes, donc diminution des apports pour le cholestérol.

Pour les micro nutriments, il y a un déficit de vitamine B2 et B12, 600 milligrammes de calcium chez les omnivores 500 seulement chez les végétaliens alors qu'il en faut plus de 1200.

D'après d'autres études, les végétariens sont considérés comme ayant un taux suffisant de vitamine B12 et un taux insuffisant en vitamine D.

Facteurs de risque :

Le niveau d'exclusion constitue le premier facteur de risque. Il n'existe pratiquement pas chez les végétariens qui n'ont exclu que la viande rouge. Il est majeur chez les végétaliens.

Equilibre réalisé par les parents. Si on cumule végétarisme et alimentation moderne, on réunit tous les facteurs de risque. Pour obtenir les apports protéiniques suffisants chez les végétariens, il faut énormément d'apport. Si les gens ont pris conscience qu'il y a des risques, s'ils sont suivis par de bons médecins - et non ces acteurs de santé qui font de la « déconopathie » permanente, donc de vrais docteurs, cela existe, mais ce n'est pas la plaque qui permet de les distinguer - s'ils prennent des suppléments, ils sont évidemment à moindre risque, en particulier en ce qui concerne la vitamine B12.

L'âge

Plus l'enfant est petit, plus il est à risque.

L'échappement à tout contrôle médical, entraîne les plus grandes carences. J'étais à Grenoble à l'époque où la police est enfin entrée dans la secte du Temple du Soleil pour en sortir les enfants dénutris à 80 %. Mais il ne faut pas oublier que ces mêmes populations présentent d'autres risques de santé car elles refusent toutes les vaccinations.

Risques cliniques : Ils sont présents surtout chez les végétaliens - surtout à 25 ans. Le mode de surveillance consiste à surveiller la croissance - poids et taille - en les mesurant nus. Ils ont un retard pubertaire, risquent l'anémie et le rachitisme, un défaut de minéralisation osseuse. Il faut tenir compte



du végétarisme et savoir expliquer comment rééquilibrer l'alimentation. On peut trouver un équilibre, mais il faut manger des portions importantes. Les quantités à consommer sont énormes, en sachant qu'il faut aussi des suppléments.

DOCTEUR LAVAUD

Il ne faut pas être végétalien.

DOCTEUR CHOURAQUI

Surtout chez l'enfant. S'ils sont végétariens, il faut les compléter en vitamine D.

QUESTION

J'ai été étonnée par le pourcentage de végétariens. Je le pensais plus élevé.

QUESTION

Très peu de médecins demandent à leurs patients adultes s'ils sont végétariens.

DOCTEUR CHOURAQUI

Sachant que je devais traiter ce sujet, je me suis amusé à demander à l'hôtesse combien de plateaux végétariens elle avait servis sur un total de 200. Elle en avait servi 12 ! Mais beaucoup de gens choisissent les plats végétariens, sans être réellement végétariens. Par exemple, les juifs qui ne veulent pas risquer de manger non casher ou les musulmans, non halal. Manger végétarien ponctuellement n'est pas tout à fait la même chose que de le faire au quotidien, comme chez ceux qui sont psychorigides. Car cela entraîne des carences.

QUESTION

Comment cela se passe-t-il en Inde où la majorité de la population a un régime non omnivore ? Y a-t-il plus de problèmes de santé : fractures plus nombreuses ? Plus de petites tailles ?

DOCTEUR CHOURAQUI

Je ne connais pas l'Inde, mais la Chine. On a toujours tendance à regarder de très loin, à penser que toute l'Asie est végétarienne. Mais seulement 40 % de la population l'est. Parmi ces 40 %, la plupart sont végétariens et non végétaliens. Dans cette minorité végétalienne, on trouve des carences majeures – y compris dans la littérature interne. Les chinois, même avec le Yin et le Yang, n'interdisent pas de manger des protéines animales. Ils équilibrent leur alimentation en mangeant plus ou moins de nourriture yin et de nourriture yang. Par ailleurs, pour reprendre l'exemple des laitages, les enfants sont allaités longtemps et reçoivent donc des apports en calcium et vitamine D. Danone fait une fortune en Chine en vendant des yaourts à tout le monde. Les chinois plus âgés consomment d'autres sources de calcium, par exemple en mangeant les crevettes avec leur carapace. A table, je les ai choqués en mettant les miennes de côté. L'un d'eux, pourtant professeur de médecine, les a même récupérées ! Au Tibet, il n'y a pas de végétalisme. Ils ne mangent pas de viande mais du poisson et boivent du lait de yack.

DOCTEUR GARABEDIAN

Le régime indien comporte normalement du lait (thé au lait) et des yaourts (curd ou dahi).

Je me suis intéressée à une épidémie de rachitisme au Bangladesh arrivée après les inondations. Avant les inondations, les enfants buvaient du lait. Après, ils n'en buvaient plus faute de pâturage. Surtout, les sols ayant été complètement lavés, la terre ne contenait donc plus du tout de calcium. Le lait vaut très cher et leur seul remède a été de mettre de la chaux dans les casseroles où ils font cuire le riz jusqu'à ce que toute l'eau soit évaporée.

Je voulais attirer l'attention sur le fait que si les enfants ne boivent pas de lait, il est important qu'ils boivent de l'eau. Si possible, de l'eau riche en calcium. Mais surtout pas des Cola qui contiennent beaucoup de phosphates et augmentent la perte de calcium urinaire. Actuellement, plusieurs équipes scandinaves ont montré qu'une surcharge en phosphore augmente la destruction osseuse, même chez un adulte en pleine santé. Si on prend du lait, on peut prendre des Colas. Si on ne prend pas de lait, il y a un déficit vraisemblable d'apport calcique. Si on boit en plus quelque chose de très riche en phosphore qui bloque l'absorption du peu de calcium qui arrive, cela n'arrange rien ! Il est donc préférable de boire de l'eau.

QUESTION

Pourriez-vous rappeler les dangers d'un régime végétarien chez la mère pour le fœtus et le nouveau né ?



DOCTEUR CHOURAQUI

D'abord, la maman a des risques de carence protéinique et la croissance foetale peut s'en ressentir. Secundo, les apports d'acides aminés et les carences en vitamine B12. C'est valable pendant la vie foetale et néonatale puisque la mère n'aura pas donné de vitamine B12 à son bébé, entraînant donc troubles neurologiques et anémie vers l'âge d'un mois. Il ne faut pas laisser des femmes enceintes ou allaitantes sans supplémentation. Car il ne faut pas les contraindre, pas aller contre leurs convictions, mais s'adapter.

QUESTION

Peut-on avoir un repère pour les acides aminés ?

DOCTEUR CHOURAQUI

Vingt sont indispensables.

QUESTION

Si les végétariens consomment suffisamment de lait, il n'y a pas de risque de carence ?

DOCTEUR CHOURAQUI

Il y en a chez les végétaliens. Pour les gens extrêmement psychorigides, il faut regarder s'ils ont bien associé les bonnes sources de protéines, notamment les légumineuses. C'est un équilibre à vérifier sinon tous les jours du moins toutes les semaines.

QUESTION

Est-ce possible ?

DOCTEUR CHOURAQUI

Chez l'adulte, il n'y a pas de conséquence - du moins décrites - quand l'équilibre est réalisé. Heureusement, les mamans sont raisonnables et très peu de nourrissons sont soumis à un régime végétalien car, la plupart du temps, ces mamans allaitent leur bébé et lui apportent des acides aminés même si elles sont carencées. Mais il faut les compléter en Vitamine D.



MADAME MARLÈNE DREYFUS : **« LES RISQUES PSYCHOLOGIQUES D'UNE ALIMENTATION NON CONVENTIONNELLE »**

Vouloir nourrir son enfant sainement est tout à fait normal. En fait, cela pose un problème que nous voyons dans nos consultations lorsque la préoccupation envahit complètement la vie quotidienne et devient pathologique. Jusqu'à perturber totalement l'équilibre psychologique des enfants.

La mise en place des comportements alimentaires nécessite un apprentissage dès le début de la naissance. Ensuite, cet apprentissage se décline tout au long de la vie et de la maturation de l'enfant. On sait que l'enfant reconnaît très vite

les messages essentiels et qu'il a une sorte de capacité innée d'adaptation dans ses besoins. Mais c'est là tout le problème. Ces apprentissages se créent dans un climat affectif, émotionnel autour de la nourriture.

Je ne vais pas parler de tout ce qui se passe pendant toute la vie de l'enfant, mais simplement vous dire qu'on sait que cela commence au moment de la tétée par les interactions précoces où l'on construit sa relation au monde. Car il faut une adéquation entre le comportement de la maman et les besoins du bébé. Adéquation entre le plaisir, la découverte de certaines règles et puis, lorsqu'il grandit, il est fondamental de ne pas oublier qu'il doit s'intégrer au groupe de ses pairs. Et pour cela, il va lui falloir développer des comportements alimentaires. Et aussi son comportement d'une façon globale pour s'intégrer au groupe familial, au groupe social auquel il appartient. Acquis et inné interfèrent. Ce qui est très important par rapport au patrimoine culturel, aux croyances et attitudes, à la tradition. Tout cela est transmis par l'éducation et l'apprentissage et permet de créer son identité à la fois affective et sociale. C'est là où l'alimentation joue un rôle fondamental parce que la cristallisation des angoisses existentielles des parents sur la nourriture va provoquer une sorte de confusion chez l'enfant. Le goût, toutes les sensations gustatives et l'hygiène de vie. C'est le cas de conduites alimentaires qui, pour nous professionnels, dépassent la réalité médicale. Par exemple, le souci de la minceur chez certains parents, ou des raisons idéologiques, voire spirituelles chez d'autres.

Je vais essayer de vous parler des conséquences psychologiques sur l'enfant. D'abord, le concept de minceur. On peut comprendre que les gens veuillent faire attention à l'obésité. Mais lorsque l'angoisse est totalement démesurée, elle va se transformer en une pression continue sur l'enfant et contaminer les relations. Que ce soit parce que manger ne va plus représenter une activité vitale qui procure du plaisir, mais devenir une activité qui va poser de gros problèmes. Et là, on arrive à des extrêmes. Si bien qu'on a souvent dit que l'aliment n'est plus bon à penser en termes psychologiques. Et d'autre part, ce qui est encore plus grave, l'aliment interdit va être valorisé et détourné de sa fonction.

Que se passe-t-il chez l'enfant ? Je ne vais pas entrer dans les détails mais vous donner rapidement un bref aperçu. Toute initiative personnelle de régulation est déviée, rien n'a plus la même signification par rapport à l'alimentation. Manger va devenir quelque chose de pesant.

Eduquer ou obéir ? Cette confusion entre éduquer et obéir est excessivement grave parce qu'elle va faire de l'aliment une source de récompense. Aujourd'hui, avec le problème du poids dont on parle, il faut y penser et y repenser. Mais aussi, puisque je parlais des conséquences au niveau de l'enfant et de l'adolescent, je crois que le gros problème est que cela peut devenir un défi chez l'adolescent mais également chez le petit enfant. Soit l'angoisse de grossir est beaucoup plus forte que le désir de se faire plaisir - soit à l'inverse, le désir de se faire plaisir va contrebalancer l'angoisse de grossir. Tout cela peut entraîner d'énormes perturbations dans la liaison à l'alimentation. L'enfant ou l'adolescent qui va lutter contre son corps, lutter contre lui-même, ne va plus pouvoir penser l'alimentation à sa juste valeur. Il va y avoir des difficultés, notamment à l'adolescence par rapport à la perception que l'adolescent a de son corps. La nourriture va interférer avec l'histoire de l'adolescent lui-même. Si bien qu'il peut y avoir des moments de telle souffrance psychique qu'elle va remplacer totalement la satisfaction de manger et que l'on peut avoir des conduites que l'on va appeler violentes, pulsionnelles. En fait, toutes sortes de conduites : anorexie, boulimie...

La perfection alimentaire est un autre type de conduite restrictive : c'est une sorte de médicalisation, à mon avis intempestive, de l'alimentation, très mauvaise parce que souvent confondue avec la valeur santé de l'aliment. Là-encore, elle va provoquer une sorte de confusion parce que, dans notre société, il y a confusion des genres. Au niveau de l'alimentation, c'est très important. La confusion entre goûts, moralité. C'est compliqué et peut conduire à quelque chose de grave au niveau psychologique. On est tellement perfectionniste qu'on va s'isoler. Isolement social, familial qui va automatiquement amener l'enfant à des conduites de type phobique. On a tellement peur de lâcher prise, tellement peur de « faire mal » - au sens moral - que la tendance à la tolérance est de zéro ! Cela peut conduire à ce qu'on appelle une spirale du risque imaginée - une obsession. En fait, moins vous avez de risques, plus vous avez peur qu'il en reste et vous devenez encore plus obsessionnel. Mais d'un autre côté



aussi, dans la vie d'un enfant, être obligé de faire très attention va affecter tous les autres centres d'intérêt. Le désir d'atteindre la perfection envahit tous les domaines de la vie et peut finalement mener à des conduites d'inhibition et de dépression.

J'appelle végétarisme et végétalisme des bizarreries alimentaires. Au sens réel du terme parce que l'homme et la femme sont omnivores. On pourrait considérer le végétarisme comme quelque chose de sain. Après tout, pourquoi pas ? Mais quand être végétarien signifie refouler des idées de violence, de cruauté, de honte, de culpabilité, voire de mauvaise conscience vis-à-vis de l'animal (ce qui fausse totalement le rapport entre l'homme et l'animal), alors il y a de quoi s'inquiéter tant au niveau psychologique qu'alimentaire. En effet, le sujet va avoir une restriction non seulement sur un certain type d'aliment mais sur toute sa vie et cela peut se confondre avec le malaise de l'adolescence.

Depuis leur plus jeune âge, on apprend aux enfants à traiter différemment les animaux selon leur espèce. Rien d'étonnant à ce qu'ils appliquent ensuite aux hommes des distinctions aussi arbitraires que la couleur de la peau, la nationalité, les diverses races humaines. Si on en arrive là, cela devient dramatique. C'est cela qui est grave. Pas d'être végétarien, mais de véhiculer de telles idées !

Que peut-on dire des conduites à risque au niveau des carences ?

Par exemple, l'enfant d'une maman végétalienne pendant la grossesse, carencé en vitamine B12, il s'est retrouvé, adolescent, paralysé des 2 jambes. Végétalien, il disait qu'il avait compris et allait manger de la viande. Mais, une fois guéri (après un séjour en maison de rééducation), il a affirmé qu'il pouvait rester végétarien puisqu'il prenait régulièrement de la vitamine B12.

Ce qui est grave, dans ce type de conduite, c'est que de tels comportements ne sont que les prémices d'une conduite à risque global.

L'idéologie, les idées sous-jacentes sont inquiétantes parce qu'elles génèrent des idées de renoncement, de dépendance, de phobies alimentaires, d'ascétisme.

Sur le Forum de Nutrition, une jeune adolescente écrit « *J'ai besoin d'aide. Je suis végétarienne depuis l'âge de cinq ans. Je suis en période d'anorexie. Pour m'en sortir, je dois changer d'alimentation parce que les œufs, le lait, le poisson, le gras me font peur. Alors, je vais être végétalienne ? Quelqu'un peut-il m'aider ?* ».

S'il faut conclure, perturber l'harmonie de la fonction alimentaire peut chez l'enfant, puisque c'est une transmission, un message que les parents donnent, créer une très grosse violence, apporter des troubles du comportement alimentaire et diaboliser les plaisirs oraux. L'histoire de manger devient dangereuse, âpre, compliquée. Finalement, réapprendre le plaisir de manger serait une parade dans ces conduites alimentaires non conventionnelles.

QUESTION

Que conseillez-vous dans les prises en charge des enfants très gros ? Tous ces enfants qui sont dans une obésité de type 1, de type 2 ? En tant que médecin généraliste, je suis assez déçu par la prise en charge classique. On induit des interdictions, et du coup, on donne envie à l'enfant de manger encore plus.

MADAME DREYFUS

Nous sortons un peu du cadre de cette conférence.

QUESTION

Les parents peuvent induire des troubles alimentaires !

MADAME DREYFUS

Il faut essayer de comprendre pourquoi les parents veulent que leur enfant maigrisse. Parce qu'un enfant ne vient pas seul pour maigrir, il est en général amené par ses parents. Pourquoi ? C'est justement ce que j'ai essayé de vous montrer. Ce qui compte, ce n'est pas que l'enfant doive se restreindre. Après tout, s'il est très gros, on peut équilibrer son alimentation. Mais qu'y a-t-il derrière ? Ce qui me gêne dans toutes ces conduites restrictives, ce sont les idées qui sont derrière. Si un parent a lui-même été trop gros et vient parce qu'il a peur que son enfant soit lui aussi trop gros, ce n'est pas la même chose. Il faut donc comprendre s'il vient envoyé par la PMI ou le médecin de famille. C'est fondamental et peut-être éviter d'arriver à des comportements à risques quand on force l'enfant à se restreindre.

QUESTION

Alimentation perfectible ou parfaite. On voit beaucoup de choses dans les publicités et on confond un petit peu l'alimentation et le médicament plus ou moins véhiculé par l'alimentation.



MADAME DREYFUS

On veut quelque chose de sain, de perfectionné, on se réfère à une médicalisation. En fait il y a autre chose derrière. Là, le risque devient grave. Je ne parle pas des carences. Ce qui est grave c'est instrumentaliser le médical, le médicament, l'aliment sain, pour faire passer ses convictions. Il y a un effet de mode depuis dix ans avec les alicaments. Cela devient de la folie furieuse !

DOCTEUR CHOURAQUI

C'est le concept d'aliment qui est difficile à intégrer ?

QUESTION

On a l'impression que l'aliment basique n'a plus ses compétences nutritionnelles et que tous les aliments achetés sont supplémentés.

MADAME DREYFUS

A mon niveau, l'aliment est complètement détourné de sa fonction. Manger devient excessivement compliqué alors que c'est très « banal » et cela entraîne des complications aussi au niveau de la relation à la nourriture.



PROFESSEUR PATRICK TOUNIAN : « RISQUES DES RÉGIMES RESTRICTIFS INTEMPESTIFS »

Il est bien de parler en dernier car je vais pouvoir utiliser tout ce qui a déjà été dit pour illustrer mes propos.

Je vais commencer par une nouvelle maladie que je ne connaissais pas, une nouvelle étiologie de retard staturo-pondéral, les régimes restrictifs.

Un premier exemple, un enfant vient nous voir pour retard staturo-pondéral. Les parents, vingt-neuf et trente ans, avec des mensurations tout à fait dans les normes actuelles, sont enseignants. La mère a allaité puis donné du lait infantile bio et diversifié à six mois - et surtout pas de petits pots du commerce ! Jusque là, on est dans la banalité, surtout chez des enseignants - dont je fais moi-même partie. Mais surtout, ni sucre qui est un poison ni graisse qui sont exclus de l'alimentation. Pas non plus de boisson sucrée, ni viennoiserie et des portions volontairement réduites. Elle a tellement peur que son enfant grossisse - surtout qu'elle a bon appétit - qu'elle la restreint de manière absolument drastique. Evidemment, on se dit que c'est une maladie et l'enfant est hospitalisée avec tous les examens de la terre. Son bilan complet est normal même si on surestime ses ingesta. On a réussi à persuader la mère que l'enfant devait manger à sa faim. On propose et l'enfant dispose. Après cela, l'enfant a guéri.

La peur de l'obésité est devenue une cause de retard staturo-pondéral. Pourquoi une telle peur de l'obésité chez l'enfant ? La prévalence de l'obésité infantile explose : 3 % dans les années soixante, aujourd'hui multipliés par cinq ou six. Il y a une véritable épidémie d'obésité et en 2050 on se retrouvera avec plus d'enfants obèses que d'enfants normaux ! Tout est donc fait pour que l'obésité fasse peur. L'obésité, c'est le diabète chez l'enfant ! Or, nous avons des cohortes d'un millier d'enfants, mais nous n'avons pas vu de diabète. Mais les autres en voient ! Des messages sanitaires incessants portent indirectement sur la prévention de l'obésité, même s'ils ne sont pas faits à l'origine pour l'obésité. On dépense des millions d'euros pour faire de l'éducation nutritionnelle dans les écoles et prévenir l'obésité. Le programme EPODE (Ensemble, prévenons l'obésité des enfants) est fait dans beaucoup de villes et bientôt à la Ville de Paris.

Certains aliments sont diabolisés et accusés d'être obésogènes. C'est la justification de ce qu'on voit un peu partout. Pourquoi ? Tout cela n'a aucun sens ! Seule une minorité d'enfants est génétiquement prédisposée à devenir obèse. Et des enfants qui consomment ces produits diabolisés, qui passent leur temps devant la télévision, qui n'ont pas d'activité physique... sont minces ! On produit donc beaucoup de vent ! Un travail récent portant sur une cohorte de 5092 jumeaux nés entre 1994 et 1996 a montré que près de 80 % de leur IMC est dû à la génétique. L'environnement en lui-même fait varier d'environ 10 % le poids d'un individu.

Il faut donc retenir que l'action est menée en direction de tout le monde alors que seule une minorité d'enfant - peut-être 15 à 20 % - est susceptible de devenir obèse. Dans notre environnement où on se déplace de moins en moins, où beaucoup d'aliments sont disponibles, ce sont ces enfants-là qui sont à risque. Quand on parle génétique, il y a des connotations négatives. La nature charge le fusil. La nature, c'est la génétique qui est indispensable. Mais quand on dit génétique, on pense inéluctable. Si on n'a pas chargé le fusil, le coup ne part pas même si on tire la gâchette ! On peut donc contrôler par une nourriture pas trop importante. Quand on accuse les enfants obèses de manger trop de ceci ou de cela, d'être plus gourmands que les autres, c'est faux ! C'est parce qu'ils sont programmés pour avoir un appétit accru qu'ils ont tendance à manger davantage, et non l'inverse.

Etude des ingesta des enfants obèses.

Ils mangent plus quand ils ne sont pas en restriction. L'aspect qualitatif est le deuxième point important. Avoir une alimentation équilibrée, c'est manger de tout et manger de tout c'est pour ne manquer de rien. Ce n'est pas parce qu'on ne mange pas de tout qu'on va devenir obèse. Jamais une alimentation déséquilibrée n'a rendu qui que ce soit obèse. Mais cela entraîne des carences. Les apports conseillés théoriques qu'on dit être les meilleurs comprennent protides, lipides et glucides. On conclut que les obèses mangent trop gras. Les obèses ne mangent pas assez de glucides, ça ne marche donc pas. On transforme cela en disant qu'ils ne mangent pas assez de glucides complexes et trop de glucides simples. Cela n'a aucun sens ! Une molécule de glucose apportée par les céréales apporte autant de calories qu'une molécule de glucose dans les boissons au cola. A partir de là, on fait de grandes théories ! Revenons sur terre pour comparer à une population témoin d'enfants comme les autres. Finalement, les enfants mangent les mêmes proportions. Ce n'est pas parce qu'on mange tel ou tel aliment qu'on devient obèse. On devient obèse parce qu'on mange plus, parce qu'on est programmé pour manger plus quel que soit l'aliment. Tous les aliments diabolisés ne sont qu'un moyen agréable pour les enfants obèses d'arriver aux quantités caloriques dont ils ont besoin. Comme ils ont besoin de manger plus, ils vont vers ces aliments. On retrouverait des corrélations



entre les consommations et l'obésité. C'est vrai, mais ils mangent plus de tout et ils choisissent parmi ce qu'ils doivent manger ce qu'ils préfèrent. On a parlé d'épidémie et de nombreux articles sont parus dans la presse disant que nous serons tous obèses en 2050 ! De nombreux autres disent que c'est impossible.

Tout récemment, on a montré que, comme pour toutes les maladies, il y a interaction entre génétique et environnement. L'asthme en est un autre exemple. La prévalence de l'obésité infantile stagne dans les pays industrialisés. On évalue le PNNS et on se retourne vers nos amis américains qui n'en ont pas. Ils font une étude depuis 1960, répétée tous les trois ou quatre ans. Quelles que soient les ethnies, on a aussi une stagnation de la prévalence de l'obésité. Au cours des quarante dernières années, la prévalence de la surcharge pondérale a été multipliée par trois. Entre les années soixante-dix et la fin des années quatre-vingt-dix, cela ne bouge plus. Cette épidémie catastrophique ne se produit finalement pas, sauf dans les pays en voie de développement qui continuent à augmenter. Que s'est-il passé ? Il y a une première phase sur trente ans avec expansion de l'environnement obésogène : abondance de nourriture, sédentarité étendue. On a recruté les enfants prédisposés jusqu'au fin fond des campagnes. Aujourd'hui, jusqu'au fin fond des campagnes, les moyens sont les mêmes qu'au centre de Paris ! Ce phénomène est terminé. Et puis il y a eu de nouveaux cas. Certaines populations dont les ancêtres ont vécu dans des conditions difficiles ont été sélectionnés pour être obèses, notamment dans les continents peu métissés comme les continents asiatique, africain ou amérindien. Puis les habitudes américaines les envahissent et ils expriment beaucoup plus facilement leur obésité. Aujourd'hui, ce phénomène est réduit, la natalité dans ces familles a diminué. Quand on sait cela, on imagine que cela explique la stagnation. On peut amener quelques éléments pour expliquer cette stagnation : ces peuples qui ont souffert durant des siècles et des siècles se métissent avec d'autres qui ont moins souffert. Cela diminue le risque d'obésité et la diminution de la natalité entraîne la diminution du nombre de nouvelles victimes. Ce qu'on peut exclure en toute probabilité, c'est sûrement déjà ce que certains suggèrent. C'est-à-dire une prise de conscience planétaire du problème de l'obésité. Et puis surtout, ce n'est pas une modification de notre environnement parce qu'au cours de ces dix dernières années, il est devenu de plus en plus obésogène par l'offre alimentaire, la publicité vers les enfants, et l'accroissement du temps passé sur Internet ou les jeux vidéo.

Continuons à détruire des postulats qui ont été écrits même dans notre service pendant dix ans, avec des études qui le confirmaient ! Plus tôt l'obésité est prise en charge et meilleur est son pronostic. Plus on retarde la prise en charge de l'obésité de l'enfant, plus on grève son pronostic à long terme. Trousseau a fait un travail difficile : nous avons contacté plus de trois cents enfants qui avaient consulté dans le service. Onze ans plus tard, ils étaient devenus des adultes de vingt ans et demi en moyenne. 60 % ont répondu. On a distingué ceux de corpulence normale - le tiers - et les autres en excès pondéral, c'est-à-dire les deux tiers restants. Toutes les données ont été transmises à une grande équipe de statisticiens de la Faculté pour qu'elle donne les valeurs prédictives. Ils ont tout mélangé et fait des ratios.

Voici les résultats :

- Le fait d'avoir attendu avant de venir consulter n'a clairement aucune conséquence.
- Contrairement à ce qu'on pensait, la durée du suivi n'importe pas en ce qui concerne le pronostic à l'âge adulte. Une autre certitude : entre celui qu'on a réussi à faire maigrir de dix kilos en trois ans et celui qui a grossi, nous ne voyons pas de différence à l'âge adulte. La seule chose, c'est que les plus gros restaient les plus gros.
- En revanche, certains facteurs indépendants de la consultation, comme le niveau socio-économique des parents sont protecteurs. Le niveau d'études élevé par l'enfant est protecteur. L'IMC de la mère supérieur à 25 et l'origine non européenne sont des éléments péjoratifs.

Qu'en conclure ? Les facteurs de pronostic à long terme sont indépendants de la prise en charge. Mais cela ne veut pas dire qu'on ne sert à rien ! Et que si vous échouez, cela n'a finalement aucune influence sur le risque de l'obésité à long terme. L'obésité est permanente. Dès qu'on arrête de faire attention, on peut de nouveau regrossir.

« Je sentais bien que mes parents voulaient que je perde du poids. Puis, à dix-huit ans, j'ai pris conscience que pour plaire il fallait que je maigrisse, et j'ai fermé les vannes. », disent les enfants. La majorité des enfants n'est pas à risque. Si la majorité n'est pas concernée, toutes les mesures mises en place sont probablement inefficaces.

Les études de méta analyses regroupées - parce qu'au niveau ponctuel on peut tout dire - le démontrent. En 2005, vingt-deux études contrôlées, sont menées essentiellement à l'école avec des témoins avec ou sans éducation. Malgré un coût colossal, dix-neuf et demi sur vingt deux sont inefficaces. Deux et demie ont été efficaces, la différence n'étant que de quelques centaines de grammes. Dans une étude menée en décembre 2008, c'est un peu plus compliqué. [Pour que ce soit



significatif, il ne faut pas que l'intervalle de confiance touche la barre verticale. Il faut que ce soit complètement d'un côté ou de l'autre.] Toutes ces études montrent que faire de l'éducation nutritionnelle pour prévenir l'obésité est donc tout à fait inefficace. Non seulement c'est inefficace, mais en plus cela provoque des troubles du comportement alimentaire chez les enfants. Enfin, je peux vous assurer que nous passons notre temps à rassurer les familles et les déculpabiliser. Mais aussi, c'est vraiment le sujet du jour, on assiste à une explosion des troubles du comportement alimentaire et on ne peut pas exclure qu'il y ait un lien entre les deux. Je n'ai pas dit que tout ce que l'on fait est stupide. Mais il ne faut pas utiliser l'obésité comme alibi. Je ne suis pas en train de tout lancer à la poubelle ! On peut parler d'activité physique sans parler d'obésité. On peut continuer à faire tout ce qu'on fait, mais arrêtons de parler de l'obésité ! Il faut s'intéresser aux seuls enfants concernés puisque la majorité ne l'est pas.

L'IMC monte jusqu'à un an puis diminue pour rebondir à l'âge de 6 ans. En moyenne, les enfants qui rebondissent plus tôt - vers 3 ans - vont devenir obèses. On les prend en charge une fois qu'ils sont dépistés et on laisse tranquilles tous les autres qui ne deviendront jamais obèses pendant l'enfance ! Je ne dis pas qu'il faut leur donner n'importe quoi n'importe comment. S'ils mangent n'importe quoi, ils risquent des carences, mais il ne faut pas les menacer d'obésité. Les autres, il faut les laisser tranquilles ! Mais soyons modestes et humbles. Il ne faut pas dire « *Moi, j'ai la solution* ». C'est une solution prometteuse mais qui demande à être évaluée. Une étude randomisée est en cours.

Pour terminer, retenons que la place de la prévention collective est limitée. Tous les travaux démontrent que c'est inefficace. Y compris ceux qui disent le contraire ! C'est le sujet du jour et on constate l'effet délétère que cela provoque. Tout le monde n'est pas concerné, donc pourquoi ne pas s'attacher seulement à ceux qui le sont ? L'avenir c'est de trouver pourquoi un enfant devient obèse. Quand on le saura exactement, qu'on commence les traitements.

Je vous remercie.

INTERVENTION D'UN MEDECIN GENERALISTE

C'est ce que je pense !

QUESTION

Je travaille en crèche dans une ville qui applique la méthode EPODE.

PROFESSEUR TOUNIAN

Je suis très provocateur ! Quand vraiment je craque, je dis qu'on peut faire maigrir un enfant en lui donnant exclusivement à manger, matin midi et soir, un régime Mc Do et Coca ! C'est vrai. Il suffit de diminuer les quantités !

QUESTION

Comment mettre fin à ces campagnes parasitaires porteuses d'un message scientifique totalement erroné qui envahissent tous les créneaux ?

PROFESSEUR TOUNIAN

Vous allez plus loin que ce que j'ai dit ! L'interprétation est erronée. Il faut éviter de grignoter entre les repas mais cela n'a jamais rendu qui que ce soit obèse. Par contre, cela donne des carences. Ma grand-mère me disait de ne pas manger à table parce que je ne mangerais pas au repas ! Cela fait quelques années que je fais cela. Je n'y arrive pas mais je dois avoir tort puisque la plupart de mes collègues pensent que c'est bien. Je dois avoir tort et je vous remercie parce que, maintenant, nous sommes deux !

QUESTION

Sans entrer dans la prévention collective, ne pourrait-on pas avoir un discours un peu préventif, pas pour l'obésité mais pour éviter les risques à plus long terme ? Risques de maladies cardiovasculaires entre autres.

PROFESSEUR TOUNIAN

La suralimentation chez l'enfant n'a jamais été corrélée aux risques cardiovasculaires à l'âge adulte. L'alimentation de base apporte 50 % des calories par les lipides. J'ai parlé simplement de l'enfant.



QUESTION

Dans quelle mesure est-il nécessaire – ou plutôt obligatoire – d'ajouter du sucre au yaourt ?

PROFESSEUR TOUNIAN

Pour le plaisir ! C'est inoffensif et donne simplement du plaisir.

MADAME DREYFUS

Si on l'enlève, on va diaboliser le sucre.

DOCTEUR CHOURAQUI

Je suis passionné par le sucre. Cela n'a aucun lien avec l'obésité. On a parlé de l'importance des produits laitiers. Il est évident qu'il vaut mieux les manger sucrés que de ne pas en manger du tout. On dit maintenant qu'il est mieux de manger les produits laitiers sucrés. Je n'ai aucune preuve pour assurer que c'est délétère.

MADAME DREYFUS

Cela dépend pourquoi on met du sucre dans le yaourt. Si on le met parce que l'enfant préfère sucré, ou parce que sans cela il ne le mangerait pas !

DOCTEUR CHOURAQUI

Je n'ai pas dit qu'il fallait vider le sucrier ! Vous avez le droit de ne pas être d'accord. Il ne faut pas être systématique. C'est le bon sens et le sens du bon. J'ai été invité à Lyon, en Midi-Pyrénées auprès de tous les professeurs qui voulaient trouver un abruti pour dire qu'il faut manger à la cantine des choses qu'on ne trouve pas chez soi !!

L'école n'a aucune place dans la prévention de l'obésité si ce n'est dans le dépistage des enfants à risque. En crèche encore moins.

QUESTION

Ce n'est pas systématique. On ne sait pas si l'enfant préférera son yaourt sucré ou pas.

MADAME DREYFUS

Il va très vite vous le faire ressentir ! Un jour, il va s'apercevoir qu'il préfère quelque chose d'un peu plus sucré.

DOCTEUR CHOURAQUI

Tout à l'heure, on parlait des parents qui imposent leurs propres idées. En tant que professionnels de santé, nous devons éviter de faire la même chose. On a peur du sucre ? J'impose des idées inverses parce que je n'ai pas peur du sucre. Il faut essayer de mettre la barrière de la science qui démontre.

QUESTION

En crèche, on ne peut plus faire de goûter d'anniversaire. Du coup, on est amené à donner des yaourts sans sucre.

DOCTEUR CHOURAQUI

Détendez-vous, tout cela ne présente aucun risque !

MADAME DREYFUS

Il faut faire le cadeau d'anniversaire !

QUESTION

Quelle conduite doit-on tenir devant un surpoids ?

DOCTEUR CHOURAQUI

Chaque individu a un poids défini. Entre nous, nous définissons arbitrairement des normes entre obésité et surpoids Il n'y a pas de raison de distinguer surpoids et obésité. Certains enfants en surpoids sont très très gros et se sentent bien. Certains enfants minces se trouvent très gros, et inversement. Après, il y a l'arbitraire du médecin et de l'individu.

QUESTION

C'est bien ancré dans la tête des parents.

DOCTEUR CHOURAQUI

On n'a aucune preuve de tout ce qu'on dit. Après quatorze ans, EPOD vient de publier son premier article. Il parle plutôt d'obésité. Il y a eu un nombre extraordinaire d'erreurs méthodologiques et statistiques !



QUESTION

Il y a des années, les gens étaient beaucoup plus minces. Maintenant, ils sont plus grands.

DOCTEUR CHOURAQUI

Oui, on a un peu grossi parce qu'on vit trente ans de plus que ceux qui vivent dans des conditions épouvantables. Comme à Madagascar où la moyenne de survie est de 43 ans. Alors qu'elle est de près de 80 ans chez nous.

QUESTION

Qu'est-ce qui est valable pour l'obésité et valable pour le surpoids ?

DOCTEUR CHOURAQUI

Je ne parle pas de surpoids, je ne parle pas des extrêmes. C'est un continuum. C'est valable pour n'importe quel enfant qui a un poids défini, quoi qu'il mange. Vous ne vous émerveillez jamais devant les courbes de poids merveilleusement régulières ? Cela veut dire que la nature est extrêmement bien faite. Elle est faite de telle façon que la croissance staturo-pondérale est déterminée probablement génétiquement. C'est plus compliqué pour l'adulte.

DOCTEUR CHOURAQUI

Il faudra apprendre à l'enfant. Notre société de consommation a des effets délétères. Penser pouvoir combattre l'obésité en retirant quelques grains de sable dans le désert est complètement utopique. J'ai été un virulent adversaire de cette collation de dix heures.

QUESTION

Ils sont tous systématiquement attablés devant la grenadine et le Nutella.

DOCTEUR CHOURAQUI

Grenadine et Nutella sont la même chose que brocolis et épinards ! Nous avons été un des premiers à combattre cette collation en utilisant l'obésité.

MADAME DREYFUS

Attention ! Cette collation est un moment de convivialité, de partage. Or on disait qu'elle rendait les enfants obèses. La collation est un repas inutile sur le plan nutritionnel mais rarement délétère. Un enfant ne mangera énormément pendant cette collation que s'il a été privé. Un enfant qui mange normalement ne prendra que peu.

QUESTION

Un enfant sait-il se réguler ?

DOCTEUR CHOURAQUI

Dès qu'un enfant mange normalement, il sait se réguler. Il y a risque de carence mais il n'y a pas de carence dans notre pays, à part dans les régimes totalement déviants. Moi-même, j'ai été le premier à dire « *Attention, ça va rendre obèse !* ». Le lendemain, la collation était abolie. C'est un abus de pouvoir !

QUESTION

J'ai de grands bébés en crèche. On donne un peu la même quantité aux bons et aux petits mangeurs.

DOCTEUR CHOURAQUI

Le petit mangeur arrêtera et le gros mangeur continuera. Il y a deux solutions : l'enfant est prédisposé - alors qu'on ne sait rien en génétique - et les parents veulent éviter qu'il ne devienne obèse. Il ne faut pas imposer nos idées. Ce sont eux qui décident en premier. Il faudra limiter. Mais 80 % se réguleront eux-mêmes. Leur poids est prédéterminé.

QUESTION

Il n'y a aucun problème à limiter un enfant ?

MADAME DREYFUS

Certains enfants, quand ils ont fini, ne peuvent plus rien avaler - pas même une seule bouchée.

DOCTEUR CHOURAQUI

Nos grands-mères s'épataient de nous voir manger alors que maintenant on a peur que nos enfants mangent trop !

MADAME DREYFUS ET DOCTEUR CHOURAQUI

Un enfant se régule lui-même.

DOCTEUR CHOURAQUI

Il est difficile de faire maigrir un gros et difficile de faire grossir qui que ce soit. C'est trop compliqué !



DOCTEUR LAVAUD

Nous allons nous arrêter là en remerciant les orateurs et le Professeur GENDREL qui nous a confié cet amphithéâtre pour la matinée.

