



**l'Assurance
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun



**MINISTÈRE
DE LA SANTÉ
ET DE LA PRÉVENTION**

*Liberté
Égalité
Fraternité*



Surpoids et obésité de l'enfant de 3 à 12 ans

FICHES PRATIQUES



01

ACCOMPAGNEMENT D'UN ENFANT À RISQUE OU EN SURPOIDS ET DE SA FAMILLE 4

A | Évaluation multidimensionnelle de la situation dès le repérage d'un surpoids ou d'une obésité 4

B | Une approche bienveillante 6

02

ACCOMPAGNEMENT DIÉTÉTIQUE D'UN ENFANT À RISQUE OU EN SURPOIDS ET DE SA FAMILLE 7

A | Les principes de l'accompagnement diététique 7

B | Les informations utiles à l'accompagnement diététique de l'enfant à risque ou en surpoids 8

C | La coordination entre le professionnel assurant la prise en charge diététique et le médecin prescripteur 9

03

LE BILAN D'ACTIVITÉ PHYSIQUE D'UN ENFANT À RISQUE OU EN SURPOIDS ET DE SA FAMILLE 10

A | Le bilan initial d'activité physique 10

B | Les recommandations pour l'enfant et sa famille 10

C | Les bénéfices de la modification des comportements (activités physiques, sédentarité)
dans un objectif de santé globale 11

04

ACCOMPAGNEMENT PSYCHOLOGIQUE DE L'ENFANT À RISQUE OU EN SURPOIDS ET DE SA FAMILLE 12

A | Les principes de l'accompagnement psychologique 12

B | Repérage des signes de souffrance psychique ou de psychopathologie 13

05

RÉFÉRENCES 14

01

ACCOMPAGNEMENT D'UN ENFANT À RISQUE OU EN SURPOIDS ET DE SA FAMILLE

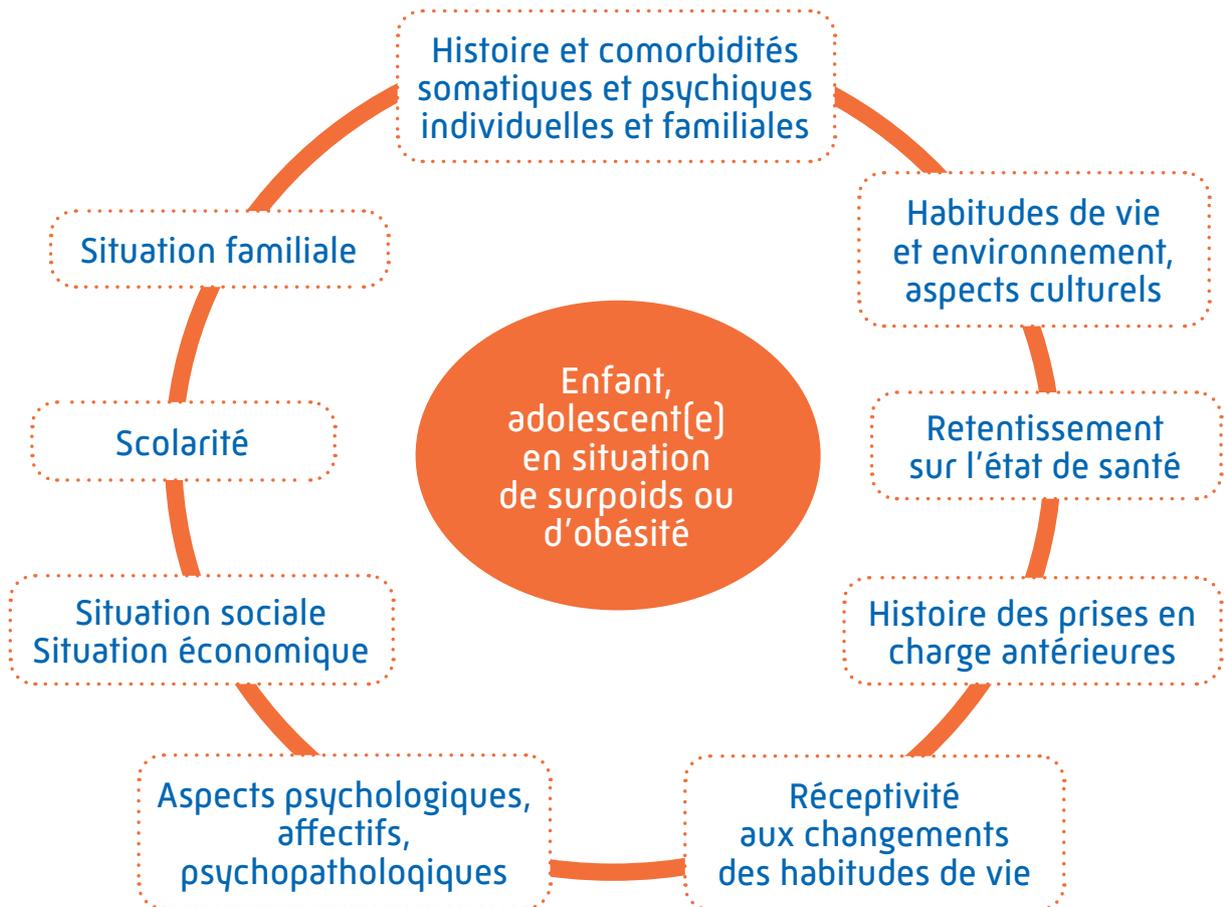


A | Évaluation multidimensionnelle de la situation dès le repérage d'un surpoids ou d'une obésité¹

L'évaluation est menée dans un premier temps par le médecin qui suit l'enfant, puis peut être réitérée ou complétée en faisant appel aux compétences d'autres professionnels ou d'une équipe pluri-professionnelle.

- ★ Tout professionnel impliqué dans les soins et l'accompagnement :
 - doit être sensibilisé aux principales problématiques en lien avec une situation de surpoids ou d'obésité qui, chez certains enfants peuvent se cumuler ou être prévalentes et nécessiter des accompagnements précoces et adaptés (notamment diététique, psychologique, psychiatrique, social) ;
 - peut, selon ses compétences professionnelles et les limites de son champ d'intervention, repérer un ou plusieurs de ces facteurs ou identifier des problématiques, ou les évaluer en profondeur ou orienter pour rechercher des solutions et répondre aux besoins.
- ★ Il est essentiel d'aller au-delà des seules mesures du poids, de la taille, de l'IMC pour comprendre l'histoire individuelle et familiale, identifier les problématiques, les besoins et les attentes de l'enfant et de ses parents et y répondre.
- ★ L'objectif principal de l'évaluation multidimensionnelle est de co-construire une offre personnalisée de soins et d'accompagnement.
- ★ Ses objectifs spécifiques sont de :
 - faire émerger une ou plusieurs dimensions à approfondir en prenant l'appui d'un ou plusieurs professionnels en proximité ou, si besoin, d'une équipe spécialisée dans l'obésité en cas de cumul de facteurs associés ;
 - évaluer la compréhension que l'enfant/l'adolescent(e), ses parents ont de la situation, des enjeux des soins et de l'accompagnement ;
 - rechercher les éléments qui font obstacle aux soins et à l'accompagnement, les points d'appui, les ressources à disposition ;
 - évaluer la réceptivité et la motivation de l'enfant/l'adolescent(e), de ses parents à une proposition d'offre de soins et d'accompagnement, leur aptitude à initier ou maintenir les changements des habitudes de vie et à créer un environnement favorable à ces changements.
- ★ Il s'agit d'identifier les problématiques, les besoins, les attentes de l'enfant et ses parents et rechercher des réponses adaptées ; de faire émerger une ou plusieurs dimensions à approfondir en mobilisant les différentes compétences professionnelles.
- ★ Une démarche similaire d'évaluation est reconduite lors des consultations de suivi pour évaluer les évolutions, valoriser les progrès et répondre à de nouveaux besoins ou difficultés.

Évaluation multidimensionnelle d'une situation de surpoids ou d'obésité



- Les dimensions ne sont pas classées ou hiérarchisées par ordre d'importance. Le professionnel est libre d'explorer, à partir de ses premiers constats, une ou plusieurs dimensions dans l'ordre qui lui convient ou convient à l'enfant et ses parents. Les complémentarités de différentes professions peuvent être nécessaires.
- L'adoption d'une posture éducative consiste à rendre formative cette évaluation en permettant à l'enfant mais aussi à ses parents, d'y prendre un rôle actif et favoriser leur recherche de solutions.
- La démarche doit être expliquée par le médecin à l'enfant et ses parents.
- La création d'un climat d'écoute active et bienveillante les encourage à échanger en toute confiance, facilite l'expression de leurs attentes et besoins, préoccupations, priorités du moment, difficultés et freins et permet de lutter contre les idées reçues, de prévenir la stigmatisation et d'éviter la culpabilité tout particulièrement des parents qui peuvent être eux-mêmes en situation de surpoids ou d'obésité.



B | Une approche bienveillante

Compte-tenu de la tranche d'âge concernée (3-12 ans), la prise en charge s'adresse en priorité aux adultes qui entourent l'enfant (parents, éducateurs) en impliquant l'enfant à la mesure de ses capacités, avec des outils et un langage adapté, en veillant à ne pas le rendre responsable de son état. Dans certains cas, des consultations avec les seuls parents pourront être utiles (ex : aide pour les achats ou la constitution de repas équilibrés, soutien à la parentalité).

★ L'accompagnement destiné à prendre en charge un enfant en surpoids ou à risque de le devenir et de sa famille repose, sur l'utilisation de techniques de communication appropriées et la création de conditions de dialogue, qui permettent de mettre en place une relation de confiance :

- **l'écoute attentive et active** : avoir une attitude encourageante, non culpabilisante, valorisante, en mettant l'accent sur les atouts, les points forts de l'enfant et de ses parents (par exemple : avoir fait la démarche pour venir en parler, avoir essayé de mettre en place des changements), faire preuve d'empathie, être attentif au langage verbal et non verbal, être intéressé et encourageant ;
- **l'utilisation de questions ouvertes** chaque fois que possible afin de développer l'échange (contrairement aux questions fermées qui ne permettent souvent que des réponses binaires par « oui » ou « non ») ;

À titre d'exemples :

- « **Comment cela s'est-il passé depuis notre dernière rencontre ?** »
- « **Comment le vivez-vous ?** »
- « **Qu'est-ce qui vous fait dire cela ?** »
- « **Qu'est-ce qui vous donnerait envie de changer ?** »
- « **Quelles sont vos craintes ?** »
- « **Qu'avez-vous pu mettre en place ?** »
- « **De quoi êtes-vous le plus satisfait ?** »

- **la reformulation** pour confirmer la compréhension et l'adaptation entre le soignant et la famille ;
- **la reformulation par la famille** des explications fournies par le soignant permet d'en mesurer la compréhension et l'adaptation entre le soignant et la famille ;
- l'aptitude à **donner à la famille le rôle de décideur**. La participation aux décisions qui l'affectent, l'encourage à s'engager davantage. Elle facilite l'accès à l'autonomie. Il s'agira notamment de faire participer les familles au choix des objectifs afin qu'ils soient adaptés à leur réalité de vie et donc plus facilement atteignables (renforçant ainsi leur sentiment de pouvoir agir), de les laisser s'exprimer sur ce qu'elles pensent mettre en place pour pouvoir les atteindre, ce qu'elles envisagent de mettre en oeuvre pour aider et soutenir l'enfant et l'anticipation sur de possibles obstacles ;
- l'aptitude à **faire face aux émotions** des personnes, en utilisant l'empathie et la rétroaction (analyser et tenir compte des réactions des personnes).

02

ACCOMPAGNEMENT DIÉTÉTIQUE D'UN ENFANT À RISQUE OU EN SURPOIDS ET DE SA FAMILLE



A | Les principes de l'accompagnement diététique

Le but de l'accompagnement diététique est d'obtenir un changement durable dans les habitudes alimentaires de l'enfant et de son entourage avec l'objectif d'une diminution globale de l'apport énergétique, tout en conservant le plaisir de manger.

- ★ Les repères nutritionnels du Programme National Nutrition Santé (PNNS) pour l'enfant et l'adolescent adaptés à la population générale sont valables pour la majorité des enfants et adolescents en surpoids ou obèses, et il est recommandé de s'y référer afin de garantir la cohérence de la prise en charge.
- ★ **Les régimes à visée amaigrissante, quelle qu'en soit la nature (hypocalorique ou hyperprotidique, etc.), ne sont pas recommandés car ils sont nocifs et inefficaces à long terme.**
- ★ Le but pour l'enfant n'est pas de perdre du poids mais d'en prendre moins vite, ce qui lui permettra de s'affiner grâce à la croissance staturale.
- ★ Aucun aliment ne doit être interdit, et c'est sur l'équilibre et le plaisir alimentaire que l'attention sera portée, qui concerne aussi bien l'enfant que l'ensemble de la famille.
- ★ **Il est recommandé que les objectifs soient retenus en concertation avec la famille en tenant compte de leurs goûts et des représentations familiales de l'alimentation, liées au contexte social ou culturel.** L'enfant concerné est informé des changements qui seront décidés, son avis est recueilli mais compte-tenu de son âge, son accord n'est pas formellement requis particulièrement lorsque la problématique éducative est au coeur des difficultés.

Le soignant veillera à :

- **soutenir et renforcer les parents dans leur rôle** : éviter les aliments récompense/ réconfort, savoir dire « non », adopter un style éducatif cadrant : non permissif, ni trop autoritaire, ni négligent ;
- **s'assurer que le comportement du reste de la famille est cohérent avec les objectifs de la prise en charge** : repas pris en commun, achats, contenu des placards et réfrigérateur, quantités préparées ;
- **préserver l'enfant de toute forme de stigmatisation et s'assurer de l'harmonisation des pratiques dans l'entourage** : l'enfant ne doit pas se trouver mis à l'écart : menus différents, contraintes à manger plus de fruits et légumes ;
- **expliquer, sans culpabilisation, le lien entre santé et état nutritionnel** ;
- **aider l'enfant et sa famille** à prendre conscience de l'utilité de modifier leurs comportements alimentaires ;
- **donner des informations et proposer des conseils pratiques** pour aider la famille à mettre en place progressivement les changements, en fonction de ses besoins. Exemple : aider à résoudre des problèmes pour la réalisation de repas, la préparation d'aliments, les achats, la gestion des réserves alimentaires, les situations particulières : restaurant, voyage, etc. ;
- **insister sur l'apparence du contenu des assiettes** : taille, couleurs, présentation ludique.



B | Les informations utiles à l'accompagnement diététique de l'enfant à risque ou en surpoids

Éléments cliniques complémentaires disponibles :

- antécédents nutritionnels en lien avec le motif de consultation ;
- antécédents familiaux ;
- mesures anthropométriques : poids, taille, IMC ;
- histoire du poids et de la corpulence : poids de naissance et évolution depuis la naissance, courbe de corpulence, âge du rebond d'adiposité, changement rapide de couloir.



COURBE DE CORPULENCE

Si la courbe de corpulence de l'enfant n'a pas été tracée dans le carnet de santé de l'enfant, il est **important lors du bilan diététique de prendre le temps de la reconstituer**, dans la mesure du possible, à l'aide des mesures de poids et de taille et des courbes de corpulence disponibles dans le carnet de santé.

Connaissance de l'enfant et de sa famille :

- appréciation des attentes par rapport à la nutrition ;
- appréciation des motivations ;
- appréciation des croyances alimentaires.

Conditions de vie :

- mode de vie, composition de la famille ;
- mode alimentaire religieux et/ou culturel, thérapeutique ;
- appréciation des moyens financiers : modalités des achats alimentaires (où, quand, comment, avec qui) ;
- appréciation des habitudes pour la préparation et la consommation des aliments : équipement ménager pour la préparation des aliments, nombre de repas, lieu de prise des repas et conditions (seul(e), en compagnie), durée et horaires des repas, consommations entre les repas, etc.

- niveau d'autonomie psychologique en collaboration avec le psychologue ;
- présence d'un handicap pouvant avoir des répercussions ou des conséquences sur les achats alimentaires, la préparation des repas, la façon de s'alimenter.

Évaluation des consommations alimentaires :

- quantitatives ou qualitatives : taille des portions aux repas, consommation en dehors des repas, consommation quotidienne de boissons sucrées, alimentation peu variée et trop riche, offre alimentaire déséquilibrée, repas déstructurés ou sautés, aspect du contenu des assiettes, etc. ;
- analyse des facteurs intervenant dans la prise alimentaire : ressentis lors de la prise alimentaire (plaisir ou contrainte, sentiment de faim ou de satiété, faim ou envie de manger, préférences en termes de goûts, d'aliments, etc.), difficultés psychologiques, attitudes éducatives inadaptées, habitudes alimentaires, existence de troubles du comportement alimentaire (hyperphagie boulimique...), etc.

Appréciation des acquis de la famille et de l'enfant selon son âge (connaissances, compétences, représentations) :

- les personnes ont toujours des acquis en matière d'alimentation. Ces acquis sont évalués au moment du bilan initial et pendant les consultations de suivi pour mesurer l'évolution des comportements au regard des modifications négociées et concertées.



C | La coordination entre le professionnel assurant la prise en charge diététique et le médecin prescripteur



Un compte rendu écrit du bilan diététique est transmis au médecin prescripteur de la prise en charge

- Éléments spécifiques concernant l'enfant et sa famille.
- Diagnostic et objectifs diététiques.
- Actions concertées avec la famille et l'enfant.



Un compte rendu écrit de l'ensemble des séances de suivi diététiques prescrites et réalisées est transmis au médecin prescripteur de la prise en charge

- Évolution.
- Actions mises en place.
- Évolution des modifications de comportements alimentaires.
- Proposition d'indication de suivi complémentaire et du délai de ce suivi.

03

LE BILAN D'ACTIVITÉ PHYSIQUE D'UN ENFANT À RISQUE OU EN SURPOIDS ET DE SA FAMILLE



A | Le bilan initial d'activité physique

- ★ **Le bilan initial a pour objectif d'explorer le rapport qu'entretiennent l'enfant et sa famille avec les activités physiques et sportives** afin de définir si l'enfant est plutôt sédentaire ou plutôt actif et, le cas échéant, d'analyser et de comprendre les facteurs qui poussent l'enfant à être sédentaire et/ou peu actif.
- ★ Le professionnel qui réalise ce bilan pourra alors appréhender les leviers d'action pour nourrir la motivation au changement et faire émerger chez l'enfant et sa famille leurs propres solutions. Il s'agit d'augmenter l'activité physique et de réduire la sédentarité.
- ★ Les notions de plaisir, de rencontre et de bien-être physique et psychique doivent être mises en avant pour faciliter la pratique d'une activité physique et son maintien au long cours.
- ★ Les objectifs et conseils en activité physique doivent être ajustés en fonction des facteurs personnels de l'enfant (âge, sexe, niveau de surpoids, capacités physiques, pratiques physiques existantes, motivation, etc.) et de ses facteurs extrinsèques (possibilités familiales, environnement, etc.).



B | Les recommandations pour l'enfant et sa famille

JEUNES ENFANTS JUSQU'À 5 ANS

- ★ **Activité physique :** Jusqu'à 5 ans, les jeunes enfants doivent être actifs au moins 3 heures par jour grâce à des activités physiques et des jeux. Précision : l'activité physique des enfants doit comporter des activités variées et ludiques comme la marche, la course, les sauts, les lancers, l'équilibre, la découverte du milieu aquatique pour les tout-petits, etc. Ceci favorisera la capacité de l'enfant à pratiquer, plus tard, une grande variété d'activités physiques.
- ★ **Sédentarité :** Il est recommandé que le jeune enfant ne reste pas plus d'une heure d'affilée en position assise ou allongée (hors temps de sommeil, de repas et de sieste) dans des activités sédentaires, qui incluent notamment le temps passé assis devant un écran (télévision, tablette, ordinateur, jeux vidéo, etc.).
- ★ **Temps d'écran :** Il est recommandé :
 - avant 2 ans, d'éviter totalement l'exposition aux écrans ;
 - pour les 2-5 ans, de limiter l'exposition aux écrans à moins d'une heure par jour.
- ★ **Temps de sommeil :** Le temps de sommeil doit être compris entre 11 et 14 heures. La régularité de l'heure du coucher est primordiale.
- ★ **Conseils aux parents pour aider les enfants à atteindre les recommandations**
L'implication des parents est déterminante pour stimuler la motricité et proposer des activités physiques à l'enfant.
- Il est ainsi conseillé :**
 - à la maison, de sécuriser l'espace pour le laisser découvrir son environnement et les objets qui l'entourent : monter et descendre les escaliers, jouer à découvrir des objets, courir, sauter, lancer et attraper, danser, etc. suivant son évolution (déplacement sur le ventre, puis à quatre pattes, puis debout) ;
 - dans le jardin ou au parc, de faire jouer l'enfant sur les structures de jeu adaptées à son âge pour développer sa motricité et pour lui permettre de jouer avec les autres (socialisation) ;

- d'apprendre à l'enfant à faire du vélo, de la trottinette, du patin à roulettes, etc. pour développer ses sensations, améliorer son endurance et sa vitesse de déplacement, son équilibre et son orientation dans l'espace ;
- à la piscine, de le laisser découvrir l'eau à son rythme et lui proposer des jeux dans l'eau afin de lui donner confiance.

ENFANTS DE 6 A 12 ANS

★ **Activité physique**

Il est recommandé :

- de faire au moins une heure par jour d'activité physique d'intensité modérée et élevée ;
- tous les 2 jours, ce temps d'activité physique doit intégrer :
 - au moins 20 minutes d'activité physique d'intensité élevée,
 - et des activités variées qui renforcent les muscles, améliorent la santé osseuse et la souplesse (ex. saut à la corde, saut à l'élastique, jeux de ballon).

★ **Sédentarité**

Il est recommandé :

- de limiter au maximum les activités en position assise ou immobile ;
- de ne pas dépasser 2 heures consécutives en position assise ou semi-allongée (hors temps de sommeil et de repas) ;
- de réaliser quelques minutes de mouvements s'ils sont restés sédentaires plus de 2 heures.

★ **Temps d'écran**

Il est recommandé d'éviter de dépasser 2 heures par jour de temps d'écran consacré aux loisirs.

★ **Temps de sommeil**

Le temps de sommeil doit être compris entre 9 et 11 heures. Afin de préserver la qualité du sommeil, il est également recommandé :

- d'arrêter l'exposition aux écrans au moins une heure avant le coucher ;
- de veiller à la régularité de l'heure du coucher ;
- de privilégier un coucher tôt plutôt qu'un lever tardif ;
- de pratiquer au moins une heure par jour d'activité physique dans la journée : elle favorise le sommeil (à condition de ne pas être pratiquée trop près de l'heure du coucher).

★ **Conseils aux parents pour aider les enfants à atteindre les recommandations**

L'implication des parents est primordiale pour stimuler l'activité physique de l'enfant de 6 à 12 ans et toute occasion peut être saisie ou proposée :

- dans le jardin ou au parc, en le faisant jouer sur les structures de jeu adaptées à son âge pour développer sa motricité et le faire jouer avec les autres (socialisation) ;
- en lui faisant faire du vélo, de la trottinette, roller, etc. pour améliorer son endurance et sa vitesse de déplacement, son orientation dans l'espace ;
- à la piscine, en lui proposant des activités assurant un développement et un renforcement des techniques de nage.



C | **Les bénéfices de la modification des comportements (activités physiques, sédentarité) dans un objectif de santé globale**

Chez les jeunes en excès de poids, la pratique régulière de l'activité physique a des effets significatifs sur les aptitudes physiques et la composition corporelle. Même si l'effet de l'activité physique seule sur l'IMC n'est pas démontré, l'activité physique permet de réduire la masse grasse totale, la masse grasse abdominale, et intervient dans le maintien de la masse musculaire.

Par ailleurs, l'activité physique peut être considérée comme un moyen efficace de lutter contre les troubles métaboliques liés à la sédentarité. **En complément d'une prise en charge diététique, l'intensification de l'activité physique et la réduction des comportements sédentaires représentent la meilleure stratégie.**

Les bénéfices en termes de bien-être sont tout aussi essentiels :

- bénéfiques au niveau relationnel (se faire des copains, partager une activité) ;
- bénéfiques au niveau psychosocial (amélioration de l'estime de soi, de la confiance en soi).

04

ACCOMPAGNEMENT PSYCHOLOGIQUE DE L'ENFANT À RISQUE OU EN SURPOIDS ET DE SA FAMILLE



A | Les principes de l'accompagnement psychologique

- ★ Il est recommandé d'évaluer initialement et tout au long de la prise en charge :
 - l'état émotionnel de l'enfant ;
 - l'environnement familial et social.

- ★ Il est recommandé de rechercher notamment les facteurs psychiques intervenant dans les situations suivantes :
 - le grignotage ou les prises alimentaires excessives : ennui, tristesse, colère, solitude, anxiété, angoisse, etc. ;
 - la résistance à la prise en charge : manque de motivation, ambivalence, facteurs de stress, maltraitements, etc.

- ★ L'accompagnement psychologique comportera les dimensions suivantes :
 - évaluation et renforcement de la motivation ;
 - appréciation des connaissances, des représentations, des croyances et des ressentis de l'enfant et de sa famille ;
 - formulation positive des objectifs ;
 - soutien et déculpabilisation ;
 - renforcement positif ;
 - renforcement des compétences parentales et de la cohérence parentale.

Le succès d'une approche médicale, diététique et physique apporte souvent des bénéfices au niveau du fonctionnement psychologique et social. Cependant, un soutien psychologique peut s'avérer nécessaire pour accompagner le changement.



B | Repérage des signes de souffrance psychique ou de psychopathologie

L'évaluation clinique initiale inclut la recherche d'évènements de vie ayant pu favoriser les périodes de prise de poids et le repérage d'éventuels signes de souffrance psychologique ou de psychopathologie nécessitant une prise en charge plus soutenue. Cette souffrance peut parfois être secondaire à l'excès de poids (moqueries, stigmatisation).

Certains signes ont valeur d'alarme

		Symptômes
 Pathologies	TROUBLES DÉPRESSIFS	<ul style="list-style-type: none">- Changement d'humeur (tristesse, irritabilité), diminution des intérêts.- Auto-dévalorisation, culpabilité, idées suicidaires, tentative de suicide.- Fatigue, modification de l'appétit, du poids, du sommeil, plaintes somatiques.- Modification du comportement (agitation ou ralentissement).- Difficulté de concentration.- Difficulté scolaire récente.
	TROUBLES ANXIEUX	<ul style="list-style-type: none">- Crise d'angoisse, anxiété lorsque l'enfant est à l'extérieur de chez lui.- Phobie scolaire.- Anxiété lors des séparations d'avec les proches.- Anxiété dans les situations sociales.- Anxiété en relation avec des performances scolaires.- Rituels ou compulsions, obsessions.- État de stress post-traumatique.
	TROUBLES DES CONDUITES ALIMENTAIRES	<ul style="list-style-type: none">- Comportement boulimique avec notion de perte de contrôle.- Prise alimentaire vespérale ou nocturne.- Hyperphagie boulimique.- Grignotages compulsifs.
	TROUBLES DES ACQUISITIONS	<ul style="list-style-type: none">- Dyslexie, dyscalculie, difficultés d'intégration scolaire.

05

RÉFÉRENCES

- ★ La consultation diététique réalisée par un diététicien. Recommandations HAS janvier 2006.
- ★ Surpoids et obésité de l'enfant et de l'adolescent. Recommandations de bonnes pratiques. HAS septembre 2011.
- ★ Guide du parcours de soins : surpoids et obésité chez l'enfant et l'adolescent(e). HAS février 2022.
- ★ E-book européen du Groupe Européen sur l'Obésité Pédiatrique (ECOG) : <https://ebook.ecog-obesity.eu/>
- ★ Rapport ANSES : Actualisation des repères du PNNS. Révisions des repères relatifs à l'activité physique et à la sédentarité - février 2016.
- ★ Synthèse pour les professionnels des recommandations de l'ANSES de février 2016 sur l'activité physique et la sédentarité - Santé publique France - août 2017.
- ★ Rapport ANSES : Actualisation des repères alimentaires du PNNS pour les enfants de 4 à 17 ans – Décembre 2019.
- ★ Haut Conseil de la santé publique. Avis du 30 juin 2020 relatif à la révision des repères alimentaires pour les enfants âgés de 0-36 mois et de 3-17 ans. Paris : HCSP ; 2020.
- ★ Site PNNS : www.mangerbouger.fr
- ★ Plateforme ressource nationale sur l'obésité de l'enfant et de l'adolescent BANCO : <https://banco-formation.fr/>

Brochure élaborée en collaboration avec :



COLLÈGE
de la MÉDECINE
GÉNÉRALE



CNRéPPOP



**l'Assurance
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun



**MINISTÈRE
DE LA SANTÉ
ET DE LA PRÉVENTION**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

