

## Obésité de l'enfant : le rôle déterminant du sucré et du salé...

Mots clés :  
Adolescent  
Enfant  
Obésité  
Régime ali-  
mentaire  
[Adolescent;  
Child; Diet;  
Obesity]

Les dernières données épidémiologiques montrent une décroissance de l'obésité chez les enfants et adolescents (*Bibliomed...*), mais sa prévalence reste élevée. L'un des premiers facteurs en cause semble une alimentation trop sucrée, et notamment la surconsommation de boissons sucrées. Une méta-analyse d'essais randomisés et études de cohorte prospectives a ainsi montré que le sucre alimentaire était un facteur déterminant du poids, même si les données sont de meilleure qualité chez l'adulte que chez l'enfant<sup>1</sup>. L'*Australian National Children's Nutrition and Physical Activity Survey* a par ailleurs mis en évidence le rôle des apports salés quotidiens dans la consommation de boissons, notamment sucrées, chez l'enfant<sup>2</sup>. Si le niveau de preuve de ces données reste modeste, elles peuvent cependant guider le conseil diététique.

### Consommation de sucre et masse grasse

La méta-analyse Néo-Zélandaise a regroupé 30 essais randomisés et 38 études de cohorte rapportant la consommation de sucre et d'aliments ou boissons sucrées et au moins une mesure de la masse grasse<sup>1</sup>. Les essais d'amaigrissement ou comportant des interventions médicales ou des modifications de style de vie étaient exclus. Les données concernant les adultes ayant une alimentation sans contrôle strict des apports sucrés mettent en évidence le rôle de l'apport énergétique plus que celui de la nature des sucres ingérés : la réduction des apports de sucres est associée à une diminution du poids corporel (0,80 kg ; 0,39 à 1,21; p < 0,001) ; leur augmentation est associée à une augmentation de poids du même ordre (0,75 kg ; 0,30 à 1,19, p = 0,001) ; le remplacement du sucre alimentaire usuel (saccharose) par d'autres glucides ne modifie pas le poids (0,04 kg ; -0,04 à 0,13). Les faits sont moins probants chez les enfants et adolescents (environ 30 000 dans ces études), peut-être du fait d'une faible compliance aux conseils diététiques, mais dans les cohortes suivies plus d'un an, la proportion des enfants en surpoids ou obèses était plus importante dans les groupes consommant le plus de sucre par rapport à ceux qui en consommaient le moins (ratio 1,55 ; 1,32 à 1,82). Dans ce problème multifactoriel, même si la « part du sucre » reste relativement faible, « *il semble raisonnable de conclure que conseiller de limiter sa consommation est un composant important d'une stratégie visant à réduire le risque de surpoids et d'obésité dans la plupart des pays* ».

### Que conclure pour notre pratique ?

**La surconsommation de sucre « blanc » est un facteur important de surpoids chez l'enfant et l'adolescent.** Le risque est encore aggravé s'il s'agit de sucres « liquides » des boissons sucrées. Si la perte de poids n'est jamais un objectif prioritaire, comme le rappelle à juste titre la HAS, la réduction des apports sucrés peut permettre au moins de ralentir la progression de la courbe de corpulence<sup>4</sup> et de retrouver de « bonnes habitudes alimentaires » importantes pour la vie entière... et pour la famille entière le cas échéant !

**On pense peut-être moins à la surconsommation de sel.** En dehors de ses effets connus sur la pression artérielle, la sensation de soif induite, qui retentit immédiatement sur la consommation de boissons sucrées, peut aussi contribuer au surpoids chez l'enfant ou l'adolescent.

### Quel apport « optimal » ?

La méta-analyse précédente n'a pas identifié de « seuil » de consommation mais seulement comparé les apports les plus importants aux moins importants. On peut en déduire que les conseils de réduction d'apport doivent se faire par rapport à la consommation usuelle. Elle est par exemple estimée à environ 15% de l'apport énergétique total aux USA en en Grande Bretagne : la réduire dans ce cas à 10% semble raisonnable<sup>2</sup> (en fait à analyser au cas par cas). Il s'agit aussi d'améliorer la qualité des « sucres » consommés : les sucres de la méta-analyse<sup>1</sup> incluent les produits céréaliers raffinés et pommes de terre, mais pas les sucres « naturels » (par exemple des fruits entiers), du fait de leur index glycémique relativement bas et de la quantité des fibres ingérées. La plupart des études signalent surtout le rôle spécifique des boissons sucrées, qui de plus n'induisent pas de satiété au même degré que le sucre solide, ce qui rend plus facile la surconsommation, favorisant des comportements proches de l'addiction.

### Le rôle indirect du sel

Une étude transversale australienne portant sur plus de 4 000 enfants conforte ces données<sup>3</sup> : 62% consommaient couramment des boissons sucrées, notamment les plus âgés et ceux qui avaient un faible statut socio-économique ; cette consommation était associée à un plus grand risque d'obésité (RR 1,26 pour plus de 250g/j de boissons sucrées). Ceux qui consommaient le plus de boissons sucrées avaient aussi une alimentation plus salée, chaque gramme de sel supplémentaire étant associé à 17g de plus de boisson sucrée.

#### Références

- 1- Te Morenga L et al. Dietary sugars and body weight: systematic review and meta-analyses of randomised controlled trials and cohort studies. *BMJ*. 2012;345:e7492.
- 2- Willett W et al. Science souring on sugar. Accumulating evidence points towards a role for sugar and other refined carbohydrates in the development of overweight. *BMJ*. 2013;346:e8077.
- 3- Grimes CA et al. Dietary Salt Intake, Sugar-Sweetened Beverage Consumption, and Obesity Risk. *Pediatrics*. 2013;131:14-21.
- 4- HAS. Surpoids et obésité de l'enfant et de l'adolescent : suivi. Septembre 2013.