



Pädiatrische Essstörungen: Interdisziplinäre Perspektiven
Les troubles alimentaires pédiatriques: regards croisés
Disturbi alimentari pediatrici: punti di vista diversi

DER REICHTUM DER NATUR
FÜR JEDEN KLEINEN CHAMPION

La RICHESSE DE la NATURE
POUR CHAQUE PETIT CHAMPION

Trinknahrung mit Fruchtpüree für Kinder ab 1 Jahr mit erhöhtem Energiebedarf
Supplément nutritif oral avec de la purée de fruits destiné aux enfants dès 1 an
ayant des besoins énergétiques élevés



Über 50% Früchte und mit pflanzlichen Proteinen
Plus de 50% de fruits et avec des protéines végétales



Geeignet als **einzig** Nahrungsquelle
Convient comme **seule** source de nutrition



Hochkalorisch
Hyperénergétique
1.4 Kcal/ml



BALD DA!
BIENTÔT LÀ!

All das in einem praktischen Quetschbeutel! Jederzeit und überall.
Tout cela dans une gourde pratique! À tout moment, n'importe où.

Lebensmittel für besondere medizinische Zwecke • Denrée alimentaire destinée à des fins médicales spéciales

Mehr erfahren
En savoir plus



Nestlé
HealthScience®
Compleat

Klinische Ernährung **inspiriert durch die Natur**
Nutrition clinique **inspirée par la nature**



NutriDays

Kongress der Ernährung und Diätetik
Congrès de la nutrition et diététique

Schon angemeldet?

NutriDays 2026

27. und 28. März 2026 in Bern

Die SVDE-Generalversammlung findet im Rahmen der NutriDays am 28. März 2026 statt.

www.nutridays.ch

DEUTSCHSCHWEIZ

Editorial	2
Fachteil.....	4
Wort des Präsidenten	29
Aktuelles	30
Kursübersicht.....	39

SUISSE ROMANDE

Editorial	2
Rubrique professionnelle	6
Le mot du président	29
Actualité.....	31
Vue d'ensemble des cours	39

SVIZZERA ITALIANA

Editoriale	2
Rubrica professionale	9
Parola del presidente	29
Attualità	32
Panoramica dei corsi.....	39

NutriDays

Kongress der Ernährung und Diätetik
Congrès de la nutrition et diététique

Déjà inscrit?

NutriDays 2026

27 et 28 mars 2026 à Berne

L'assemblée générale de l'ASDD se tiendra le 28 mars 2026 dans le cadre des NutriDays.

www.nutridays.ch

Impressum

Offizielles Organ des SVDE / Organe officiel de l'ASDD / Organo ufficiale dell'ASDD

Herausgeber / Editeurs responsables / Editore responsabile
SVDE ASDD
Schweizerischer Verband der Ernährungsberater/innen
Association suisse des diététicien-ne-s
Associazione Svizzera delle-dei Dietiste-i
Altenbergstrasse 29, Postfach 686, 3000 Bern 8
Tel. +41 (0)31 313 88 70
service@svde-asdd.ch, www.svde-asdd.ch

Redaktion / Rédaction / Redazione

SVDE ASDD, Regula Kaufmann,
Altenbergstrasse 29, Postfach 686, 3000 Bern 8,
redaction@svde-asdd.ch

Stellenanzeiger + Inserate / Service d'emploi + Annonces / Offerte d'impiego + Annunci

SVDE ASDD, Sekretariat, Altenbergstrasse 29, Postfach 686, 3000 Bern 8

Abonnement / Abonnement / Abbonamento

Fr. 72.–/J., für SVDE-Mitglieder kostenlos, Ausland Fr. 85.–/J.
Fr. 72.–/an, gratuit pour les membres ASDD,
Etranger Fr. 85.–/an
Fr. 72.–/anno, gratis per i soci ASDD, Estero Fr. 85.–/anno

Auflage / Tirage / Tiratura: 1800

Themen / Sujets / Temi

2/2026 APD – aktuelle Situation in der Schweiz
APD – situation actuelle en Suisse
APD – situazione attuale in Svizzera
3/2026 KI in der Ernährungsberatung
L'IA dans le conseil nutritionnel
L'IA nella consulenza nutrizionale
4/2026 Qualitätsvertrag
Le contrat qualité
Il contratto di qualità

Druck / Impression / Stampa

Multicolor Print, Baar

Redaktions- und Inserateschluss / Délais des insertions et de rédaction / Termine d'inserzione et di redazione:

2/2026: 04. Februar 2026
3/2026: 30. März 2026
4/2026: 02. Juni 2026

Erscheinungsdatum:

2/2026: 16. März 2026
3/2026: 11. Mai 2026
4/2026: 13. Juli 2026

Geschäftsstelle / Secrétariat / Segretaria

SVDE ASDD
Schweizerischer Verband der Ernährungsberater/innen
Association suisse des diététicien-ne-s
Associazione Svizzera delle-dei Dietiste-i
Altenbergstrasse 29, Postfach 686, 3000 Bern 8
Tel. +41 (0)31 313 88 70
service@svde-asdd.ch, www.svde-asdd.ch

Präsident / Président / Presidente

Adrian Rufener
adrian.rufener@svde-asdd.ch

Vizepräsident / Vice-présidence / Vicepresidenza

Manuela Deiss
manuela.deiss@svde-asdd.ch

Angélique Meier
angelique.meier@svde-asdd.ch

Vorstand / Comité / Comitato direttivo

Berufspolitik / Politique professionnelle /
Politica professionale:

Adrian Rufener
adrian.rufener@svde-asdd.ch

Kommunikation / Communication / Comunicazione & Sponsoring:

Fabienne Bischof
fabienne.bischof@svde-asdd.ch

Professionsmarketing / Marketing professionnel /

Marketing professionale:
Dominique Remy
dominique.remy@svde-asdd.ch

Bildungsstandards / Standards de formation /

Standard formativo:
Larissa Bürki-Flückiger
larissa.flueckiger@svde-asdd.ch

Arbeitsstandards: Qualität / Standards de travail: Qualité /

Standard lavorativi: Qualità:
Manuela Deiss
manuela.deiss@svde-asdd.ch

Digitalisierung / Numérisation / Digitalizzazione:

Angélique Meier
angelique.meier@svde-asdd.ch

Alessia Charbonnet-Colatruglio
alessia.colatruglio@svde-asdd.ch

Fanny Merminod
fanny.merminod@svde-asdd.ch

Titelbild / Photo de couverture /

Illustrazione di copertina
iStock

ISSN 2813-5881

Schlüsseltitel: Nutrinfo (Bern)
(Schweizerischer Verband der Ernährungsberater/innen)

NutriDays

Kongress der Ernährung und Diätetik
Congrès de la nutrition et diététique

Già registrato?

NutriDays 2026

27 e 28 marzo a Berna

L'assemblea generale dell'ASDD si terrà il 28 marzo 2026 nell'ambito dei NutriDays.

www.nutridays.ch





Die Autorinnen

Les auteures

Le autrici

Julie Champenois

Géraldine Darbellay

Christelle Ducrest

Marilyne Seydoux-Perroud

Liebe Leserin, lieber Leser

«Mein Sohn war 13 Monate alt. Selbst die winzigsten Stückchen im Essen – zum Beispiel ein wenig Griess – erzeugten bei ihm einen Brechreiz. Er nahm nie selbst Essen in den Mund, die Mahlzeiten gestalteten sich zunehmend schwieriger. Ich sah aber, dass er Hunger hatte. Sein Blick schien zu sagen: «Mama, begreifst du nicht?»

Nein, ich begriff es nicht. In meinem Umfeld hiess es dauernd: «So machst du einen kleinen Prinzen aus ihm! Wenn er nicht will, will er nicht. Das ist nur eine Laune.»

Jetzt ist er drei Jahre alt. Der Weg war lang, aber dank einer spezialisierten, professionellen Begleitung kann er jetzt ausdrücken, wenn er Hunger hat, geniesst das Essen und vertraut mir. Einmal hat er sogar gesagt: «Wenn ich gross bin, esse ich von allem etwas, wie der Papa.»

Dieses Beispiel aus dem Leben verdeutlicht die Komplexität der vermeidend-restriktiver Essstörungen bei Kindern (oder kurz ARFID). Für viele Kinder, vom Säuglings- bis hin zum Teenageralter, kann die Nahrungsaufnahme mit so erheblichen Schwierigkeiten verbunden sein, dass diese die Kompetenzen von Ernährungsberater/innen übersteigen.

Die Begleitung erfordert dann ein interdisziplinäres, vernetztes Team, das eine langfristige Intervention bieten kann. In dieser Ausgabe gehen wir aus dem Blickwinkel verschiedener Fachpersonen auf die Besonderheiten der pädiatrischen Essstörungen ein, zeigen Möglichkeiten der Früherkennung und erkunden verschiedene Therapieansätze. Seit September 2024 bietet die Hochschule für Gesundheit Freiburg einen entsprechenden CAS-Kurs an. Die vier Autorinnen dieser Artikel sind Lehrpersonen beziehungsweise Teilnehmerinnen dieser Weiterbildung.

Wir wünschen Ihnen eine interessante Lektüre!

Chères lectrices, chers lecteurs

«Mon fils avait 13 mois. Dès que j'introduisais un minuscule morceau – un peu de semoule, par exemple – il avait des hauts-le-cœur. Il ne portait jamais d'aliment à sa bouche et les repas devenaient de plus en plus difficiles. Pourtant, je voyais qu'il avait faim. Son regard semblait dire: «Mais maman, tu ne comprends pas?»

Non, je ne comprenais pas. Autour de moi, on me répétait: «Tu vas en faire un enfant-roi! S'il n'en veut pas, tant pis, c'est un caprice.»

Aujourd'hui, il a trois ans. Le chemin a été long mais, grâce à un accompagnement professionnel spécialisé, il sait désormais exprimer sa faim, prend plaisir à manger et me fait confiance. Il m'a déjà dit: «Quand je serai grand, je mangerai de tout, comme papa.»

Ce témoignage illustre la complexité des troubles alimentaires pédiatriques. De nombreux enfants, du nourrisson à l'adolescent, vivent des difficultés profondes autour de l'acte alimentaire, dépassant les compétences du ou de la diététicien-ne.

L'accompagnement nécessite un réseau interdisciplinaire capable d'intervenir sur le long terme. Les points de vue présentés dans cette publication décrivent ces spécificités, proposent des pistes de dépistage et explorent diverses approches d'intervention.

Un CAS a débuté à la Haute école de santé de Fribourg en septembre 2024. Les quatre auteures des articles sont enseignantes ou participantes à cette formation.

Bonne lecture!

Cara lettrice, caro lettore

«Mio figlio aveva 13 mesi.» Non appena gli mettevo in bocca un pezzettino minuscolo di cibo, per esempio del semolino, gli veniva il voltastomaco. Non si portava mai il cibo alla bocca e i pasti diventavano sempre più complicati. Eppure vedevo che aveva fame. Il suo sguardo sembrava dire: «Mamma, perché non capisci?»

No, io non capivo. Tutti mi ripetevano: «Lo vizi troppo! Se non ne vuole, peggio per lui, è un capriccio.»

Oggi ha tre anni. Il cammino è stato lungo, ma grazie a un accompagnamento professionale specialistico ormai fa capire quando ha fame, mangia volentieri e si fida di me. Mi ha già detto: «Quando sarò grande mangerò di tutto, come papà.»

Questa testimonianza illustra la complessità dei disturbi alimentari pediatrici. Molte/i pazienti in età pediatrica, dalla fascia neonatale a quella adolescenziale, vivono una crisi profonda al momento dell'assunzione del cibo, e per gestirla non bastano le competenze della/del dietista.

L'accompagnamento professionale richiede una rete interdisciplinare capace di attuare interventi a lungo termine. I punti di vista illustrati in questa pubblicazione descrivono le specificità del problema, propongono strategie diagnostiche ed esplorano diversi approcci di intervento.

A settembre 2024, presso la Haute école de santé di Friburgo, ha preso il via un ciclo di studio CAS. Le quattro autrici degli articoli sono docenti o partecipanti a questa formazione.

Buona lettura!

GASTROINTESTINALE PROBLEME BEI KINDERN MIT NEUROLOGISCHEN BEEINTRÄCHTIGUNGEN SIND HERAUSFORDERND

Kinder mit neurologischen Beeinträchtigungen, wie Zerebralparese (CP), leiden häufig unter geringer Nahrungsaufnahme und Fütterungsproblemen. Die Ursachen sind vielfältig, da CP eine komplexe Erkrankung ist. Verlauf und individuelle Bedürfnisse variieren erheblich.

Laut ESPGHAN leiden mehr als 92 % der Kinder mit Zerebralparese an gastro-intestinalen Symptomen wie oropharyngealer Dysfunktion, gastroösophagealem Reflux und Verstopfung.¹

Diese Probleme führen oft zu reduzierter Kalorienaufnahme und Komplikationen

wie Atemwegsinfektionen oder chronischer Aspiration. Die Behandlung ist komplex und beeinflusst die Lebensqualität von Patient:innen und Betreuenden erheblich.

Compleat® – Ernährungslösungen mit natürlichen Zutaten

Compleat® bietet klinische vollbilanzierte Ernährungslösungen mit Zutaten aus natürlichen Lebensmitteln für eine möglichst physiologische Ernährung, bessere gastrointestinale Verträglichkeit sowie Akzeptanz.

Studienergebnisse weisen auf eine Verbesserung gastrointestinaler Symptome hin

Bei Kindern, die aufgrund gastrointestinaler Symptome auf **Compleat® Paediatric** umgestellt wurden, zeigten häufig eine deutliche Verbesserung von Symptomen wie Reflux, Erbrechen und Verstopfung.^{2,3}

Dies bedeutet bessere Verträglichkeit, eine Ernährung, die der natürlichen etwas näher kommt und einen Beitrag für die Lebensqualität von Patient:innen und Familien.

Nestlé
HealthScience®
Compleat®
paediatric



Compleat® Paediatric Nature Mix ist eine vollbilanzierte, standardisierte Sondennahrung für Kinder ab 1 Jahr. Sie enthält natürliche Lebensmittel wie Poulet, Erbsen und Orangensaft und kann hygienisch über eine Sonde verabreicht werden.

Compleat® Paediatric Nature Mix est une nutrition entérale complète et standardisée pour les enfants à partir de 1 an. Elle contient des vrais aliments tels que du poulet, des petits pois et du jus d'orange, et peut être administrée en toute sécurité par sonde.

LES PROBLÈMES GASTRO-INTESTINAUX CHEZ LES ENFANTS PRÉSENTANT DES ATTEINTES NEUROLOGIQUES SONT UN DÉFI

Les enfants atteints de troubles neurologiques, tels que la paralysie cérébrale (PC), souffrent fréquemment d'une faible prise alimentaire et de difficultés d'alimentation. Les causes sont multiples, car la PC est une pathologie complexe. L'évolution et les besoins individuels varient considérablement.

Selon l'ESPGHAN, plus de 92 % des enfants atteints de paralysie cérébrale présentent des symptômes gastro-intestinaux tels que : dysfonction oropharyngée, reflux gastro-œsophagien et constipation.¹

Ces problèmes entraînent souvent une réduction de l'apport calorique et des

complications telles que des infections respiratoires ou une aspiration chronique. Leur prise en charge est complexe et a un impact significatif sur la qualité de vie des patient-e-s et des aidant-e-s.

Compleat® – Des solutions nutritionnelles avec des ingrédients naturels

Compleat® propose des solutions nutritionnelles cliniquement complètes, élaborées à partir d'ingrédients à base de vrais aliments, pour une alimentation aussi physiologique que possible, une meilleure tolérance gastro-intestinale et une acceptation accrue.

Les résultats des études indiquent une amélioration des symptômes gastro-intestinaux

Chez les enfants qui ont adopté **Compleat® Paediatric** pour soulager des symptômes gastro-intestinaux, on observe fréquemment une amélioration des troubles tels que le reflux, les vomissements et la constipation.^{2,3}

Cela se traduit par une meilleure tolérance, une alimentation plus proche de la composition naturelle et une contribution à la qualité de vie des patient-e-s et des familles.



1 Romano C, et al. European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition Guidelines for the Evaluation and Treatment of Gastrointestinal and Nutritional Complications in Children With Neurological Impairment. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2017;65(2):242-264. doi:10.1097/MPG.0000000000001646



2 O'Connor G et al. The impact of an enteral formula with food-derived ingredients on dietetic practice at a specialist children's hospital in the UK: Retrospective study. *J Hum Nutr Diet.* 2025;38:e13374. <https://doi.org/10.1111/jhn.13374>



3 O'Connor G et al. Monitor gastrointestinal tolerance in children who have switched to an "enteral formula with food-derived ingredients": A national, multicenter retrospective chart review (RICIMIX study). *Nutr Clin Pract.* 2022; 37:929-934 <https://doi.org/10.1002/ncp.10812>

ARFID bei Kindern: eine oft verkannte Essstörung



Julie Champenois
Pflegefachfrau mit
Spezialisierung pädiatrische
Essstörungen
Dozentin HEdS Freiburg
juliechampenois.ch

Diese Sätze kennen wir sicher alle: «Kein Kind verhungert vor vollen Tellern», «Solange es wächst und zunimmt, ist alles in Ordnung», oder auch: «Nicht zum Essen zwingen, das kommt schon von selbst.» Aber manche Kinder essen einfach nicht – nicht weil sie nicht wollen, sondern weil sie nicht können (1).

Die pädiatrische vermeidend-restriktive Essstörung (Avoidant/restrictive food intake disorder (ARFID)) bei Kindern ist ein echtes klinisches Problem und klar zu unterscheiden von der Nahrungsmittel-Neophobie, einer normalen Entwicklungsstufe zwischen 18 Monaten und 6 Jahren, in der das Kind vorübergehend selektiver ist (2).

Häufiges und ernstzunehmendes Problem

Essstörungen sind ein häufiger Grund für den Besuch in der Kinderarztpraxis. Über 50% der Mütter sind der Meinung, dass mindestens eines ihrer Kinder «schlecht isst» (3). Diese Situationen führen bei den Eltern schnell zu Stress und Schuldgefühlen (4). In 3 bis 10% der Fälle entwickeln sich die frühen Beschwerden zu anhaltenden, teils schweren Störungen (5).

Obwohl häufig, werden prädiatrische Essstörungen heute noch oft verkannt oder banalisiert, was die Diagnose verzögert und das Leiden der Familie verschlimmert.

Internationale Definition der pädiatrischen Essstörungen

2019 wurde die vermeidend-restriktive Essstörung bei Kindern definiert als eine be-

einträchtige, nicht dem Alter des Kindes entsprechende Nahrungsaufnahme, die mindestens zwei Wochen anhält (6). Sie gilt als akut, wenn sie zwischen zwei Wochen und drei Monaten dauert, danach als chronisch.

Die Störung steht mit mindestens einer der folgenden Dimensionen in Zusammenhang: Nahrungsaufnahme (Unter- oder Mangelernährung, enterale Ernährung), Gesundheit (Grunderkrankungen wie z.B. Herzinsuffizienz, Ösophagusatresie), Entwicklung (verzögerte Mundmotorik, Konsistenz muss angepasst werden, Kompensationsstrategien) oder psychosoziale Faktoren (Spannungen rund um die Mahlzeiten) (6).

Gemäss dieser Definition ist die vermeidend-restriktive Essstörung bei Kindern eine anerkannte klinische Störung. (6, 7).

Häufigkeit und Folgen

Die Prävalenz pädiatrischer Essstörungen wird bei Kindern unter 5 Jahren auf zwischen 2,7 und 4,3% geschätzt (8), bei Kindern mit chronischen Krankheiten (Ösophagusatresie, Herzerkrankungen, Mukoviszidose usw.) und nicht neurotypischen Kindern erreicht der Anteil 20 bis 33%. Die Problematik geht also besonders häufig mit medizinischer Vulnerabilität einher (9).

Neben den Ernährungsaspekten gibt es auch psychosoziale Auswirkungen. Dazu zählen ein niedriges Selbstwertgefühl, familiäre Spannungen, Resignation bis hin zu übertriebener Kontrolle seitens der Eltern oder sogar Zwangsernährung. Der elterliche Stress ist besonders hoch, wenn das Kind bei den Mahlzeiten aggressives Verhalten zeigt (10).

Die fachübergreifende Zusammenarbeit ist ein grosser Gewinn für die Familien, da sie sich besser unterstützt fühlen, wenn

die Fachpersonen Hand in Hand arbeiten. Eine Ansprechperson übernimmt dabei die Leitung, d. h. legt Prioritäten fest, koordiniert die Einsätze und bewertet die Situation regelmässig neu. Alle Beteiligten (u. a. Logopädin, Ernährungsberater, Pflegefachperson, Osteopathin, Ergotherapeut, Psychomotorikerin) bringen zum richtigen Zeitpunkt ihre Kompetenzen ein und ziehen sich zurück, wenn kein Handeln mehr erforderlich ist. Der Kinderarzt oder die Kinderärztin behält die übergeordnete Therapieverantwortung und muss über den Verlauf informiert werden, damit eine kontinuierliche und kohärente Betreuung gewährleistet ist. Alle verfolgen das gleiche Ziel: Essen soll nicht nur Nahrungsaufnahme sein, sondern auch ein Moment der Freude, neuer Entdeckungen und der Gemeinsamkeit.

In dieser fließenden Dynamik nähert sich das Kind erfolgreicher seinem Ziel – der Freude am Essen.

Sprechstunde nach Mass

Die Konsultation beginnt damit, den Eltern aktiv zuzuhören: Sie sollen die Vorgeschichte des Kindes frei schildern. Das schafft einen Moment, in dem die Eltern – oft zum ersten Mal – ein offenes Ohr und Verständnis erleben. Die Fachperson erklärt ihnen, dass das Kind das Essen nicht verweigert, sondern nicht essen kann. Diese Einsicht ist ein Wendepunkt. Der Blick der Eltern wandelt sich, Schuldgefühle nehmen ab, und es kann eine neue Dynamik des Verständnisses und der Zusammenarbeit entstehen (11).

Die Beobachtung ist ein integraler Bestandteil der Sprechstunde. Körperhaltung, Gesten, Interaktionen, Reaktionen auf Aufforderungen und der konkrete Ablauf einer Mahlzeit oder eines Spiels geben wertvolle Aufschlüsse. Anschliessend reformuliert die Fachperson ihre Erkenntnisse gegenüber den Eltern und je nach

Alter auch dem Kind. Dieser Ansatz bestätigt die Gefühle der Familie und erkennt an, dass die Probleme sehr real sind.

Auf der Basis dessen, was die Fachperson von Eltern und Kind erfahren oder beobachtet hat, kann sie dann Verständnisschlüssel liefern. Sie erklärt das Essverhalten des Kindes, aber auch sein allgemeines Verhalten. Hypersensibilität und Reizüberlastung sind hier prägende Elemente. Dieser Schritt ist wesentlich, denn er ermöglicht den Eltern, ihr Kind anders zu sehen. Nicht mehr als das Kind, das sich beim Essen «ständig anstellt» oder «bei dem alles kompliziert ist», sondern ein Kind, das wirkliche Schwierigkeiten hat.

Vergleich mit dem Eisberg

Besser verständlich wird dies mit dem Bild vom Eisberg. Die Nahrungsablehnung ist der sichtbare Teil, doch unter der Oberfläche verbergen sich Hypersensibilität, Ängste und sensorische Überlastung. Lässt man diesen unsichtbaren Teil ausser Acht, scheitern die Bemühungen, denn dann verfällt man schnell in eine erzwungene Ernährung und verstärkt die Widerstände des Kindes. So verstehen die Eltern, dass das Kind zunächst zu einem positiven Körper- und Mundgefühl finden muss, damit sie schrittweise eine natürliche Nahrungsaufnahme erreichen und die eigentliche Beschäftigung mit dem Essen überhaupt beginnen kann.

Mit den Eltern und dem Kind werden dann die Ziele festgelegt. Die Fachperson gibt sie nicht vor, sondern leistet Orientierung, passt an und schlägt Alternativen vor. Jede Konsultation ist individuell zugeschnitten und berücksichtigt Alter, Vorgeschichte, Kultur und Hintergrund der jeweiligen Familie.

Schritt für Schritt begleiten

Pädiatrische Essstörungen sind nicht nach ein paar Tagen behoben. Im Laufe der Kon-

sultationen bringen Eltern und Kinder ihre Schwierigkeiten zur Sprache, aber auch kleine Triumphe, und das ist sehr wichtig. Diese Gespräche stärken das Vertrauen, dienen der Festlegung neuer Ziele und der Erkundung von Alternativen. Die praktische Umsetzung erfolgt auf drei Achsen:

- **Sensorik:** zu Spielen anregen, die die Hypersensibilitäten abbauen und verschiedenartige Körpererfahrungen bieten (Knetmasse, trockener oder nasser Sand, barfuss laufen, Grimassen, durch einen Strohhalm blasen).
- **Ernährung:** ein Lieblingslebensmittel in jede Mahlzeit einbauen, niemals forcieren und sich damit abfinden, dass gekaufte Babynahrung für manche Kinder das Grundnahrungsmittel bleibt.
- **Beziehung und Familie:** Druck aus den Mahlzeiten herausnehmen, dem Kind erlauben, aufzustehen und zurückzukommen, Naschen erlauben, wenn das seine Art ist, sich zu ernähren, und die Mahlzeiten wieder zu einem geselligen Erlebnis statt einer Pflichtübung machen.

Solche neue Routinen bedeuten für die Eltern ein oft schwieriges Loslassen. Viele fühlen sich schuldig, wenn sie den Kindern mehrmals am Tag Pommes-Chips oder Schokolade geben, wo doch hausgemacht, bio und «five a day» tief verankerte Leitlinien ihrer Erziehung sind. Zu verstehen, dass bei einer pädiatrischen Essstörung nicht eine ausgewogene Ernährung das oberste Ziel ist, sondern die Freude am Munderlebnis, ist ein wichtiger Schritt. Diese oft langwierige Arbeit an der Akzeptanz ist wesentlich, damit das Kind Fortschritte machen kann.

Auch die Geschwister erleben solche Anpassungen als schwierig. Das Kind mit der Essstörung darf offenkundig naschen und appetitliche, aber ungesunde Speisen essen, am Tisch spielen oder ganz aufstehen, während sie sitzen bleiben und sich an die gewohnten Regeln halten müssen. Das führt zu Unverständnis, Eifersucht und manchmal auch zu Frustration. Wich-

tig ist, sich die Zeit zu nehmen und ihnen zu erklären, dass für die Fortschritte Zugeständnisse nötig sind und darum andere Regeln gelten.

Die ersten Therapiemonate sind für die Eltern schwierig. Nachdem sie das Problem verstanden haben, setzen sie alle Empfehlungen motiviert um, sehen aber in den ersten vier bis sechs Monaten vielleicht noch keine merkliche Veränderung. In dieser langen Zeit kommen Mutlosigkeit und Zweifel auf. Wichtig ist, sie zu unterstützen, zu ermutigen und daran zu erinnern, dass sie den Grundstein für die Freude am Essen legen, indem sie zuerst an den sensorischen Aspekten arbeiten. Kleinigkeiten, etwa dass das Kind eine Mütze oder Sonnencreme akzeptiert, sind bereits Anzeichen für Fortschritte.

Am Ende der Therapie findet das Kind Freude am Essen mit der Familie, und die Familie erlebt entspanntere Mahlzeiten. Die Ernährung wird jedoch über Jahre ein heikles Thema bleiben. Krankheiten, Reisen oder aufwühlende Ereignisse können die Schwierigkeiten erneut hervorrufen. Dann jedoch sind die Eltern in der Lage, das etablierte, fachübergreifende Netzwerk wieder zu reaktivieren.

Fazit

Letztlich geht der Nutzen über das Essverhalten hinaus: Das Kind findet zu Vertrauen und Autonomie zurück, die Eltern werden tatsächlich entlastet und das Essen ist wieder ein Moment des Miteinanders. Möglich wird diese positive Entwicklung nur durch eine umfassende, koordinierte Betreuung, bei der jede Fachperson zur richtigen Zeit ihre Kompetenzen einbringt, um das Kind und seine Familie auf dem Weg zur Freude am Essen zu begleiten (12).

Literaturverzeichnis auf Seite 8

Les troubles alimentaires pédiatriques: une pathologie encore trop méconnue



Julie Champenois
Infirmière spécialisée dans
les troubles alimentaires
pédiatriques
Professeure HEdS, Fribourg
juliechampenois.ch

Nous avons tous entendu des phrases telles que «un enfant ne se laisse pas mourir de faim», «tant qu'il grandit et prend du poids, tout va bien», ou «ne le force pas à manger, il aura le déclic». Pourtant, certains enfants ne mangent pas, non pas parce qu'ils ne veulent pas, mais parce qu'ils ne peuvent pas (1).

Les troubles alimentaires pédiatriques (TAP) sont de véritables problèmes cliniques, distincts de la néophobie alimentaire, une étape normale du développement entre 18 mois et 6 ans, où l'enfant devient temporairement plus sélectif (2).

Une problématique fréquente et préoccupante

Les difficultés alimentaires figurent parmi les motifs fréquents de consultation en pédiatrie. Plus de 50% des mères considèrent qu'au moins un de leurs enfants «mange mal» (3). Ces situations entraînent rapidement stress et culpabilité parentale (4). Dans 3 à 10% des cas, ces difficultés précoces évoluent vers des troubles persistants, parfois sévères (5).

Malgré leur fréquence, les TAP demeurent méconnus et souvent banalisés, ce qui retarde leur diagnostic et accroît la détresse des familles.

La définition internationale des TAP

En 2019, le TAP est défini comme une altération de l'absorption de nutriments par voie orale, inadaptée à l'âge de l'enfant, et qui persiste au moins deux semaines (6). Il est qualifié d'aigu s'il dure

entre deux semaines et trois mois et de chronique au-delà.

Cette altération est associée à au moins une des dimensions suivantes: dysfonction nutritionnelle (dénutrition, carences, nutrition entérale), médicale (pathologie sous-jacente type insuffisance cardiaque, atrésie de l'œsophage), développementale (retard de motricité orale, nécessité d'adapter la texture, stratégies de compensation), psychosociale (difficultés relationnelles autour du repas) (6).

Cette définition confère au TAP un statut clinique reconnu (6, 7).

Prévalence et conséquences

La prévalence des TAP est estimée entre 2,7 et 4,3% chez les enfants de moins de 5 ans (8); elle atteint 20 et 33% chez ceux atteints de maladies chroniques (atrésie de l'œsophage, cardiopathies, mucoviscidose...) et de neuro-atypies, montrant que la problématique est particulièrement fréquente dans les contextes de vulnérabilité médicale (9).

Au-delà des aspects nutritionnels, les répercussions sont psychosociales: atteinte de l'estime de soi, tensions familiales, comportements parentaux oscillant entre démission et hypercontrôle, avec parfois du forcing alimentaire. Le stress parental est particulièrement élevé lorsque l'enfant exprime des comportements agressifs lors des repas (10).

La collaboration interprofessionnelle constitue un atout majeur pour les familles, qui se sentent soutenues lorsqu'elles voient les professionnels avancer ensemble. Un référent joue alors le rôle de fil conducteur: il définit les priorités, coordonne les interventions et réévalue régulièrement la situation. Chaque intervenant (logopédiste, diététicien, infirmier, ostéopathe, ergothérapeute, psychomo-

tricien, etc.) apporte ses compétences au moment opportun, puis se retire lorsque son action n'est plus nécessaire. Le pédiatre conserve la responsabilité du suivi global et doit être tenu informé de l'évolution, garantissant la continuité et la cohérence des soins. Tous partagent un même objectif: faire en sorte que, bien au-delà des apports nutritionnels, le repas devienne un moment de plaisir, de découverte et de partage.

Cette dynamique fluide permet à l'enfant de progresser efficacement vers son objectif: trouver le plaisir de manger.

Une consultation sur mesure

La consultation débute par une écoute active des parents: ils retracent librement l'histoire de leur enfant. Ce moment permet aux parents de se sentir entendus et compris, souvent pour la première fois. Le professionnel spécialisé dans les TAP leur explique que leur enfant ne refuse pas de manger, mais qu'il ne le peut pas. Cette prise de conscience change tout: le regard parental se transforme, la culpabilité diminue et une nouvelle dynamique de compréhension et de collaboration peut s'installer (11).

L'observation fait partie intégrante de la consultation. Posture, gestes, interactions, réactions aux sollicitations et déroulement concret d'un repas ou d'un jeu donnent au professionnel des informations précieuses. Il reformule ensuite ses constats avec les parents et, selon l'âge, avec l'enfant. Cette approche permet de valider ce que la famille ressent et de reconnaître que les difficultés sont bien réelles.

Grâce à ce qu'il a perçu des parents et observé de l'enfant, le professionnel référent peut ensuite donner des clés de décryptage: il explique le comportement de l'enfant vis-à-vis de la nourriture mais aussi son

comportement global, marqué par ses hypersensibilités et surcharges sensorielles. Cette étape est fondamentale car elle permet aux parents de voir leur enfant autrement, non plus comme «celui qui embête à chaque repas» ou «celui avec qui tout est compliqué», mais comme un enfant qui vit de réelles difficultés.

L'iceberg

La métaphore de l'iceberg est utilisée pour une meilleure compréhension: les refus alimentaires sont la partie visible, mais sous la surface se cachent les hypersensibilités, les peurs et les surcharges sensorielles. Si on ne prend pas en compte cette partie invisible, la prise en charge échoue, car on tombe vite dans le forçage alimentaire, ce qui renforce les défenses de l'enfant. Les parents comprennent alors qu'avant même de travailler sur la nourriture, il faut aider l'enfant à retrouver des sources de plaisir dans son corps et sa bouche, pour que manger devienne progressivement naturel.

Enfin, les objectifs sont fixés avec l'enfant et ses parents. Le professionnel référent n'impose pas, mais oriente, ajuste et propose des alternatives. Chaque consultation est individualisée, tenant compte de l'âge, de l'histoire, de la culture et du contexte de chaque famille.

Accompagner pas à pas

Les TAP ne se résolvent pas en quelques jours. Au fil des consultations, les parents et l'enfant expriment leurs difficultés mais aussi leurs petites victoires, essentielles. Ces échanges permettent de renforcer la confiance, de fixer de nouveaux objectifs et de trouver d'autres pistes. Les pistes pratiques s'articulent autour de trois axes:

- **Le premier est sensoriel:** encourager les jeux qui diminuent l'hypersensibilité et diversifient les expériences corporelles (pâte à modeler, sable sec ou mouillé, marcher pieds nus, grimaces, souffler dans une paille).
- **Le second est alimentaire:** inclure à chaque repas un aliment apprécié, ne jamais forcer, et accepter que, pour certains enfants, les préparations commerciales pour nourrissons restent l'aliment de base de l'enfant.
- **Le troisième est relationnel et familial:** réduire la pression autour des repas, autoriser l'enfant à sortir et revenir à table, accepter le grignotage si c'est sa façon de s'alimenter, et redonner au repas son rôle de convivialité plutôt que de performance.

Accepter ce rythme implique souvent un lâcher-prise difficile pour les parents. Beaucoup se sentent coupables de donner à leur enfant des chips ou du chocolat plusieurs fois par jour, alors que le «fait maison», le bio ou la règle des «cinq fruits et légumes» sont profondément ancrés dans leurs repères éducatifs. Comprendre que, dans le cadre d'un TAP, l'objectif prioritaire n'est pas l'équilibre alimentaire, mais trouver du plaisir dans la bouche est une étape clé. Ce travail d'acceptation, parfois long, est essentiel pour que l'enfant puisse avancer.

Les frères et sœurs vivent aussi ces ajustements de façon difficile. Ils observent que l'enfant avec un TAP peut grignoter, manger des aliments appétissants, mais peu équilibrés, jouer à table ou la quitter quand eux doivent rester assis et respecter les règles habituelles. Cela génère incompréhension, jalousie et parfois frustration. Il est important de prendre le temps de leur expliquer que les règles sont différentes parce que ces aménagements sont nécessaires pour progresser.

Les premiers mois de la prise en charge sont difficiles pour les parents. Après avoir compris le problème et s'être engagés avec motivation, ils appliquent toutes les recommandations, mais ne voient parfois aucun changement tangible avant parfois quatre à six mois. Cette attente génère découragement et doutes. Les soutenir, les encourager et leur rappeler qu'ils sont en train de construire les fondations du plaisir alimentaire, en travaillant d'abord sur l'aspect sensoriel, est essentiel. De petits signes (acceptation d'un chapeau ou d'une crème solaire) montrent déjà les progrès de l'enfant.

À la fin de l'accompagnement, l'enfant retrouve du plaisir à manger avec sa famille, et celle-ci vit les repas plus sereinement. Toutefois, l'alimentation restera un point sensible pendant plusieurs années: les difficultés vont réapparaître lors d'une maladie, d'un voyage, ou d'un événement perturbateur. Les parents savent alors qu'ils peuvent réactiver le réseau établi.

Conclusion

En fin de parcours, les bénéfices dépassent l'alimentation: l'enfant retrouve confiance et autonomie, les parents vivent un réel soulagement et les repas redeviennent un moment de partage. Cette évolution positive n'est possible que grâce à une prise en charge globale et coordonnée, où chaque professionnel apporte ses compétences au bon moment pour accompagner l'enfant et sa famille vers le plaisir de manger (12).

Bibliographie voir page 8

Bibliographie

- 1) Stéphanie Putigny, «Ne dites jamais qu'un enfant ne se laisse pas mourir de faim», Librinova (2021)
- 2) Koletzko, B. (2013). Food neophobia: Development and determinants. *The Lancet*, 381(9877), 2276-2277. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60719-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60719-9)
- 3) Kerzner, B., Splaun, D., & Woolfson, S. (2015). A practical approach to classifying and managing feeding difficulties. *National Association for the Support of Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition*.
- 4) Manikam, R., & Perman, J. A. (2000). Pediatric feeding disorders. *Journal of Clinical Gastroenterology*, 30(1), 34-46. <https://doi.org/10.1097/00004836-200001000-00007>
- 5) Goulet, O., Vidailhet, M., Turck, D., & Cochat, P. (Éds.) (2012). *Alimentation de l'enfant en situations normale et pathologique (2^e éd.)*.
- 6) Goday, P. S., Huh, S. Y., Silverman, A., Lukens, C. T., Dodrill, P., Cohen, S. S., Phalen, J. A. (2019). Pediatric feeding disorder: Consensus definition and conceptual framework. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 68(1), 124-129. <https://doi.org/10.1097/MPG.0000000000002188>
- 7) Inforalite (2025, octobre 30). Difficultés alimentaires du jeune enfant. <https://www.inforalite.fr/pros/difficultes-alimentaires-du-jeune-enfant>
- 8) Kovacic, K., Rein, L. E., Szabo, A., Kommareddy, S., Bhagavatula, P., & Goday, P. S. (2021). Pediatric feeding disorder: A nationwide prevalence study. *The Journal of Pediatrics*, 228, 126-131. e3. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2020.07.047>
- 9) Champenois, J. (2024, septembre). Qu'est-ce qu'un trouble de l'oralité alimentaire? [PowerPoint]. Formation CAS, Haute École de Santé, Fribourg, Suisse.
- 10) Silverman, A. H., Erato, G., & Goday, P. (2021). The relationship between chronic paediatric feeding disorders and caregiver stress. *Journal of Child Health Care*, 25(1), 69-80. <https://doi.org/10.1177/1367493520905381>
- 11) Orality alimentaire (2025, octobre 30). Mon enfant a des hauts-le-cœur. <https://oralite-alimentaire.fr/mon-enfant-a-des-hauts-le-coeur>
- 12) Grevesse, P., & Hermans, D. (2025, octobre). Le trouble alimentaire pédiatrique, physiopathologie, évaluation et traitement. De Boeck Supérieur, Orthophonie.
- 13) Girard Barbier, E. (2024, septembre). Evaluation des difficultés d'alimentation [PowerPoint]. Formation CAS, Haute École de Santé, Fribourg, Suisse.
- 14) Arvedson, J. C., Brodsky, L., & Macias, M. (2019). Pediatric feeding disorders: Diagnosis and management. *The Clinical Neurophysiologist*, 33(7), 1229-1244. <https://doi.org/10.1080/13854046.2019.1642644>
- 15) Champenois, J. (2024, novembre). La consultation infirmière pour les enfants avec un TAP [PowerPoint]. Formation CAS, Haute École de Santé, Fribourg, Suisse.
- 16) Fries, L. R., Martin, N., & van der Horst, K. (2017). Parent-child mealtime interactions associated with toddlers' refusals of novel and familiar foods. *Physiology & Behavior*, 176, 93-100. <https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2017.03.001>
- 17) McCurtin, A. (2017). Pediatric feeding disorders: A review of the literature and interventions. *Journal of Pediatric Nutrition*, 10(2), 34-42.
- 18) Vaughn, A. L. (2016). Assessing pediatric feeding disorders: A comprehensive review of assessment tools and approaches. *Journal of Pediatric Feeding and Swallowing*, 2(1), 55-70. <https://doi.org/10.1080/00000000.2016.0000000>
- 19) Academy of Nutrition and Dietetics (2013). Guide de poche du manuel de référence de la terminologie internationale de diététique et de nutrition (TIDN): terminologie normalisée pour le processus de soins en nutrition (1^{ère} éd., I. Galibois, Trad.). De Boeck Supérieur. ISBN 978-2-8041-8038-6
- 20) Office fédéral de la sécurité alimentaire et des affaires vétérinaires (OSAV) (2024, septembre 9). Besoins nutritionnels. <https://www.blv.admin.ch/blv/fr/home/lebensmittel-und-ernaehrung/ernaehrung/empfehlungen-informationen/haehrstoffe/hauptnaehrstoffe.html>
- 21) Hengartner, H. (2020, décembre 21). Diagnostic et traitement de la carence en fer chez l'enfant avec ou sans anémie: résumé et recommandations de consensus du groupe de travail hématologie pédiatrique du SPOG. *Revue professionnelle pédiatrie suisse*.
- 22) Fewtrell, M., et al. (2017, janvier). Complementary Feeding: A Position Paper by the European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (ESPGHAN) Committee on Nutrition. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 64(1), 119-132. <https://doi.org/10.1097/MPG.0000000000001391>
- 23) Leblanc, V., Dupeux-Barbançe, L., Collardeau, M., & Ricaud, A. (2024). Mon enfant ne mange pas! Et si l'il n'y arrivait pas? Comprendre ses difficultés alimentaires pour mieux l'aider au quotidien. Larousse.
- 24) Boîte à idées pour oralité malmenée du jeune enfant (2025, octobre 30). [PDF document].
- 25) Amuse-bouche pour difficultés alimentaires de l'enfant (2025, octobre 30). [PDF document].
- 26) Blog Hoptoys (2025, octobre 30). Des massages quotidiens pour stimuler et/ou désensibiliser la zone buccale. <https://www.bloghoptoys.fr/download/massages-de-zone-buccale>
- 27) Sentosphère (2025, octobre 30). Le loto des saveurs (Sentosphère). https://www.sentosphere.fr/fr/jeux-du-gout/4-le-loto-des-saveurs-3373910001076.html?srsltid=AfmBOoLuzoclHtsfRs0EX2D-XN_OwBIDw9zMffOJfhSgG1WflnLI0H
- 28) Hoptoys (2025, octobre 30). Plateau Match-up (Hoptoys). <https://www.hoptoys.fr/aides-au-repas/jeu-de-plateau-collation-match-up-p-15860.html>
- 29) Ergomums (2025, octobre 30). Site web d'Ergomums. <https://www.ergomums.com/>

Pour plus de clarté dans la jungle alimentaire



SVDE ASDD

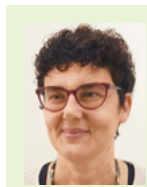


Plus d'infos:



Journée des diététicien-ne-s
11 mars 2026

I disturbi alimentari pediatrici: una patologia ancora poco conosciuta



Julie Champenois
Infermiera specializzata in
disturbi alimentari pediatrici
Docente HEdS, Friburgo
juliechampenois.ch

Capita spesso di sentire frasi come «nessun bambino si lascia morire di fame», «finché cresce e prende peso, va tutto bene» oppure «non forzarlo a mangiare, prima o poi si deciderà da solo». Eppure ci sono bambine/i che non mangiano, non perché non vogliono, ma perché non riescono a farlo (1).

I disturbi alimentari pediatrici (DAP) rappresentano un problema clinico vero e proprio, diverso dalla neofobia alimentare, che è una tappa normale dello sviluppo tra i 18 mesi e i 6 anni, quando il bambino diventa temporaneamente più selettivo (2).

Un problema frequente e preoccupante

Le difficoltà alimentari sono tra le cause più frequenti di consultazione pediatrica. Oltre il 50% delle madri ritiene che almeno uno dei suoi figli «mangi male» (3). I genitori che vivono situazioni di questo tipo incorrono facilmente in stress e senso di colpa (4). Nel 3–10% dei casi, queste difficoltà precoci evolvono verso disturbi persistenti, talora gravi (5).

Nonostante la loro frequenza, i DAP sono ancora poco conosciuti e spesso banalizzati, il che ne ritarda la diagnosi e aumenta la disperazione delle famiglie.

La definizione internazionale di DAP

Nel 2019 il DAP è stato definito come «un disturbo dell'assunzione orale di nutrienti, inappropriato per l'età del bambino e della durata di almeno due settimane» (6). Il disturbo è considerato acuto se dura da

due settimane a tre mesi e cronico oltre tale periodo.

Il DAP è associato ad almeno una delle caratteristiche seguenti: disfunzione nutrizionale (denutrizione, carenze, nutrizione enterale), medica (patologia sottostante, come insufficienza cardiaca, atresia dell'esofago), evolutiva (ritardo della motricità orale, necessità di adattamento della consistenza degli alimenti, strategie di compensazione), psicosociale (difficoltà relazionali al momento dei pasti) (6).

Questa definizione conferisce al DAP uno status clinico riconosciuto (6, 7).

Prevalenza e conseguenze

Si stima che la prevalenza dei DAP vari dal 2,7 al 4,3% nelle/nei bambine/i di età inferiore ai 5 anni (8), mentre sale al 20 al 33% in quelle/i con patologie croniche (atresia dell'esofago, cardiopatie, fibrosi cistica, ecc.) e neuroatipicità, a dimostrazione del fatto che il problema è particolarmente frequente nei contesti di vulnerabilità medica (9).

Al di là degli aspetti nutrizionali, le ripercussioni sono di tipo psicosociale: riduzione dell'autostima, tensioni familiari, comportamenti genitoriali che oscillano tra la resa e l'ipercontrollo, fino ad arrivare talvolta a costringere il bambino ad alimentarsi. Lo stress genitoriale è particolarmente accentuato quando la/il bambina/o manifesta comportamenti aggressivi al momento dei pasti (10).

La collaborazione interdisciplinare rappresenta una risorsa importante per le famiglie, che si sentono supportate quando vedono che è in atto un percorso professionale condiviso. Il ruolo di filo conduttore viene assunto da una persona referente che definisce le priorità, coordina gli interventi e rivaluta periodicamente la situazione. Ciascuna delle figure professionali

coinvolte (logopedista, dietista, infermiera/e, osteopata, ergoterapista, psicomotricista, ecc.) apporta le proprie competenze al momento opportuno, per poi ritirarsi quando il suo intervento non è più necessario. La/Il pediatra mantiene la responsabilità del follow-up globale e deve essere informata/o dei vari sviluppi, per garantire la continuità e la coerenza dei trattamenti. Tutte le persone coinvolte lavorano insieme per fare in modo che, a prescindere dell'apporto nutrizionale, il pasto diventi un momento di piacere, scoperta e condivisione.

Questa dinamica fluida permette alla/al bambina/o di progredire efficacemente verso il proprio obiettivo: scoprire il piacere di mangiare.

Una consulenza su misura

La consulenza inizia con un ascolto attivo dei genitori, che ripercorrono liberamente la storia della figlia o del figlio. Questa interazione permette ai genitori di sentirsi ascoltati e compresi, spesso per la prima volta. La/Il professionista con specializzazione in DAP spiega loro che la/il bambina/o non rifiuta il cibo, bensì non è in grado di mangiare. Questa presa di coscienza cambia tutto: lo sguardo dei genitori si trasforma, il senso di colpa diminuisce e si può instaurare una nuova dinamica di comprensione e di collaborazione (11).

L'osservazione è parte integrante della consulenza. Postura, gesti, interazioni, reazioni alle sollecitazioni e svolgimento concreto di un pasto o di un gioco forniscono informazioni preziose alla/al professionista, che così può riformulare le proprie conclusioni insieme ai genitori e, a seconda dell'età, insieme alla/al bambina/o stessa/o. Questo approccio permette di convalidare ciò che sente la famiglia e di riconoscere che le difficoltà sono reali.

Mettendo insieme ciò che ha percepito dai genitori e osservato nella/nel bambina/o,

la/il professionista inizia a fornire alcune chiavi di decifrazione: spiega il comportamento della/del bambina/o nei confronti del cibo, ma anche il suo comportamento globale, caratterizzato da ipersensibilità e sovraccarichi sensoriali. Questa tappa è fondamentale, perché permette ai genitori di vedere la propria figlia o il proprio figlio da un'altra ottica, non più come «quella/o che ci fa impazzire a ogni pasto» o «quella/o sempre difficile da gestire», ma come una persona con reali difficoltà.

L'iceberg

Per agevolare la comprensione del problema si utilizza la metafora dell'iceberg: il rifiuto del cibo è la parte visibile, sotto la quale si nascondono le ipersensibilità, le paure e i sovraccarichi sensoriali. Se non ci si rende conto dell'esistenza di questa parte invisibile, la presa a carico fallisce, perché si ricade presto nella forzatura alimentare, che a sua volta rafforza i meccanismi di difesa della/del bambina/o. I genitori capiscono quindi che, prima di lavorare sul cibo, bisogna aiutare la/il bambina/o a ritrovare una fonte di piacere nel corpo e nella bocca, in modo tale che mangiare diventi pian piano un'azione naturale.

Infine, si stabiliscono degli obiettivi con la/il bambina/o e i suoi genitori. La/Il professionista di riferimento non impone nulla ma dà un orientamento, adegua e propone alternative. Ogni consulenza è personalizzata e tiene conto dell'età, della storia, della cultura e del contesto della famiglia.

Un accompagnamento passo passo

I DAP non si risolvono in pochi giorni. Nell'ambito delle consulenze, i genitori e la/il bambina/o raccontano le proprie difficoltà, ma anche le loro piccole vittorie, che sono fondamentali. Questi scambi permettono di rinsaldare la fiducia, di stabilire nuovi obiettivi e di trovare nuove modalità di intervento. Gli interventi pratici si articolano in tre diversi percorsi:

- **Il primo è sensoriale:** incoraggiare le attività ludiche che riducono l'ipersensibilità e diversificano le esperienze corporee (giocare con la pasta da modellare o con la sabbia asciutta o bagnata, camminare a piedi nudi, fare delle smorfie, soffiare in una cannuccia).
- **Il secondo è alimentare:** inserire ad ogni pasto un alimento gradito, non forzare mai la/il bambina/o a mangiare e accettare il fatto che, in alcune situazioni, i preparati commerciali per neonati restano l'alimento base.
- **Il terzo è relazionale e familiare:** ridurre la pressione al momento dei pasti, concedere alla/al bambina/o di alzarsi da tavola e tornare a sedersi, lasciarla/o spilluzzicare se questo è il suo modo di nutrirsi ed eliminare l'ansia da prestazione per restituire al pasto il suo ruolo conviviale.

Spesso accettare questa dinamica richiede ai genitori il difficile compito di «mollare la presa». Molti provano un senso di colpa quando danno alla propria figlia o al proprio figlio delle patatine o del cioccolato più volte al giorno, perché il «cibo fatto in casa», gli alimenti biologici o la regola delle «cinque porzioni di frutta e verdura» sono profondamente radicati nei loro principi educativi. È fondamentale comprendere che, quando si ha a che fare con un DAP, l'obiettivo prioritario non è una dieta equilibrata, bensì sviluppare il piacere di mangiare. Questo lavoro di accettazione, talvolta lungo, è determinante perché la/il bambina/o possa fare progressi.

Anche le sorelle e i fratelli vivono con difficoltà queste concessioni. Vedono che alla/il bambina/o con DAP è permesso spilluzzicare, mangiare alimenti appetitosi ma poco equilibrati, giocare a tavola o alzarsi da tavola, mentre loro devono restare seduti e rispettare le regole consuete. Questo genera incomprensione, gelosia e a volte frustrazione. È importante prendersi del tempo per spiegare loro che queste concessioni sono necessarie per fare pro-

gressi, ed è per questo che si applicano regole diverse.

I primi mesi della presa a carico sono difficili per i genitori. Una volta compreso il problema, si sentono motivati a risolverlo e applicano tutte le raccomandazioni ricevute, ma talvolta ci vogliono dai quattro ai sei mesi prima di vedere dei cambiamenti concreti. Questa attesa demoralizza e fa sorgere dubbi. È dunque essenziale supportare e incoraggiare i genitori, ricordando loro che stanno gettando le basi del piacere di mangiare, e lavorare innanzi tutto sull'aspetto sensoriale. Piccoli segnali come l'accettazione di un cappello o di una crema solare sono già sufficienti a dimostrare i progressi della/del bambina/o.

Alla fine del percorso di accompagnamento, la/il bambina/o ritrova il piacere di mangiare insieme alla sua famiglia, che d'ora in poi vivrà più serenamente il momento dei pasti. Tuttavia, l'alimentazione resterà un punto dolente per parecchi anni: i problemi possono ripresentarsi in occasione di una malattia, di un viaggio o di un evento disturbante. Ma in questi casi i genitori sanno che possono riattivare la rete di supporto già creata.

Conclusione

Alla fine del percorso, i benefici vanno ben oltre la nutrizione: la/il bambina/o ritrova fiducia e autonomia, i genitori si sentono realmente sollevati e i pasti tornano ad essere un momento di condivisione. Questa evoluzione positiva è possibile solo con una presa a carico globale e coordinata, in cui ogni professionista apporta le proprie competenze al momento giusto per accompagnare la/il bambina/o e la sua famiglia verso la scoperta del piacere di mangiare (12).

Bibliografia sulla pagina 8

**Für mehr Klarheit im
Ernährungdschungel**

**Tag der Ernährungsberater/innen
11. März 2026**



SVDE ASDD



Mehr Infos:



**Per più chiarezza nella
giungla alimentare**

**Giornata delle dietiste e dei dietisti
11 marzo 2026**



SVDE ASDD



Maggiori info:



Esstörungen bei Kindern früher erkennen und besser begleiten



Christelle Ducrest, BSc
Ernährungsberaterin SVDE
HFR Freiburg
Praxis Nutripassion,
Freiburg



Géraldine Darbellay
HF Ernährungsberaterin SVDE
Universitätsspital Genf (HUG)
Gesundheits- und
Bewegungssprechstunde

Die klinischen Anzeichen einer pädiatrischen Essstörung sind sehr unterschiedlich. Oft führt der Leidensdruck die Eltern in die Sprechstunde, da sich die ganze Familiendynamik um die Mahlzeiten dreht. Sätze wie «Er hat nie Hunger», «Sie isst nur, wenn sie abgelenkt ist», «Er hat nur Milch gern» oder «Sie isst nicht ausgewogen und will nichts Neues probieren» sollten aufhorchen lassen (3). Auch Mangelernährung, selektives Essverhalten oder pädiatrische Adipositas sind Gründe für einen Termin bei der Ernährungsberatung und erfordern eine eingehende Untersuchung im Hinblick auf dieses Thema.

Die vermeidend-restriktive Essstörung bei Kindern (ARFID) stellt sich klinisch dar als dauerhafte Ablehnung zahlreicher Nahrungsmittel, deutliche Vermeidung bestimmter Texturen, begrenzte Aufnahme von fester Nahrung oder Angstreaktionen bei Tisch. Diese Zeichen sind im Kontext der Entwicklung zu betrachten: Bei Neugeborenen zeigen sich pädiatrische Dysphagie oder Fütterstörungen als nicht effektives oder ermüdendes Saugen, ab Einführung von Beikost durch Ablehnung von Brei. Später kann das Kind keine stückige Kost essen oder lehnt sie kategorisch ab, oft verbunden mit Würgereiz oder Erbrechen (9).

Um die Ursachen der Störung zu verstehen und sie angemessen zu behandeln, muss zuerst die Vorgeschichte in Bezug auf

Ernährung, Gesundheitsprobleme und Entwicklung erforscht werden. Die Beurteilung der Lebensumstände des Kindes – Familienkonstellation, Betreuungsmodalitäten, Ort und Abläufe der Mahlzeiten – ermöglicht einen Einblick in die Ernährungsdynamik und das Erleben der Eltern. Ein offenes Ohr für den Leidensdruck und die Schuldgefühle der Eltern ist entscheidend, um eine therapeutische Allianz herzustellen.

Verschiedene medizinische Faktoren im frühen Kindesalter, darunter Refluxösophagitis, Eingriffe im Mund- oder Rachenraum (nasogastrale Sonde, Frenektomie), Lebensmittelallergien oder wiederholte Schmerzepisoden können die Mundempfindung beeinträchtigen. Die Untersuchung der Mundfunktionen (tiefliegende Zunge, Mundatmung, Schnarchen, Schlafapnoe) kann Störungen erkennen lassen, die dem negativen Erleben der Nahrungsaufnahme zugrunde liegen. Der Ablauf des Stillvorgangs (Dauer, Saugverhalten, Verweigerung der Trinkflasche) liefert Hinweise auf eine sensorische Überempfindlichkeit. Darüber sollten die Eltern informiert werden, damit sie die Störung besser verstehen (9, 13).

Der Beginn der Beikost ist eine entscheidende Phase der Früherkennung. Dazu gehören etwa die Ablehnung von Brei, eine langwierige Gewöhnung, Brechreiz oder mangelndes Interesse an neuen Texturen. Die Beurteilung sollte auf problematische Texturen, die Schluck- und Kauqualität, aber auch das allgemeine Verhalten des Kindes bei den Mahlzeiten eingehen (13).

Eine genaue Beobachtung der täglichen Mahlzeiten ist unerlässlich, etwa in Bezug auf die Positionierung des Kindes, Dauer, Mengen, Genuss oder Vermeidung und Strategien der Eltern (Ablenkung, Spiel, Bildschirm, Belohnungen usw.) (14). Wichtig in dieser Phase sind eine wohlwollende, nicht urteilende Haltung und eher offene Fragen, um der Familie keine Schuld zuzuweisen. Die Beurteilung der Mundmotorik und

-sensorik vervollständigt das Bild. Dazu zählen das Zulassen von Objekten im Mund, etwa Sauger, Spielsachen oder Finger, die Reaktion auf Berührung oder Geschmack sowie die Identifikation von Überempfindlichkeiten. Anhand dieser Informationen können geeignete Massnahmen zur Desensibilisierung ergriffen werden (13, 15).

Auch ein kurzes Video der Mahlzeit (Flasche, Stillen oder feste Nahrung) ist sehr nützlich, um die Eltern-Kind-Interaktion zu beobachten und oftmals übersehene Zeichen aufzuspüren, darunter Brechreiz, Hypersensibilität, die Abneigung, sich die Hände schmutzig zu machen, Ekel, Weinen, Gereiztheit, eine störende Zungenstellung oder ein verkürztes Zungenbändchen (13, 16, 17, 18).

Pädiatrische Essstörungen können sich in verschiedenen Ernährungsdiagnosen ausdrücken (19). Oft ist zu beobachten, dass die Zufuhr über den Mund sowohl quantitativ als auch qualitativ unzureichend ist. Wählerisches Essverhalten ist eine häufige Erscheinung und kann zu spezifischen Mängeln an Makro- (Proteine, Lipide, Kohlenhydrate) oder Mikronährstoffen (Vitamine und Mineralien) führen. Dadurch entsteht ein Ungleichgewicht, sei es wegen exzessiver oder ungenügender Zufuhr.

Klinisch kann sich die Störung in Funktionsstörungen wie Schluck- und Kaubeschwerden oder Stillproblemen äussern. Sie kann auch Gewichtsanomalien verursachen, von Mangelernährung und Untergewicht bis hin zu Adipositas, oder bewirken, dass das Grössenwachstum nicht in den erwarteten Normen liegt, d.h., meist zu langsam ist.

Und schliesslich wird die ARFID bei Kindern auf der Verständnis- und Überzeugungsebene oft mit einer Störung des Essverhaltens und der Wahl unerwünschter Nahrungsmittel in Verbindung ge-

bracht, was die beobachteten Essprobleme verstärken oder fortbestehen lassen kann.

Pädiatrische Essstörungen und Adipositas: ein ungeahnter Zusammenhang?

Im weiteren Rahmen dieses familienzentrierten Ansatzes und kohärenter Massnahmen ist auch das Thema pädiatrische Adipositas von Interesse. Wenn das Kind grösser wird, können seine Anpassungsstrategien zu einer Überernährung führen. In diesem Zusammenhang suchen die Familien dann ärztlichen Rat wegen pädiatrischer Adipositas und Fehlernährung.

Das übliche Vorgehen bei dieser Problematik beruht auf der therapeutischen Schulung und Schaffung eines strukturierter elterlichen Rahmens. In der multidisziplinären Begleitung werden vor allem die Unterstützung der Eltern, das Setzen und Einhalten von Grenzen sowie die Förderung einer ausgewogenen Ernährung hervorgehoben. Dieser Ansatz stösst jedoch bei Kindern und Jugendlichen mit ARFID oft an Grenzen.

Über den normativen Ansatz hinaus müssen die sensorischen, psychologischen und kontextuellen Besonderheiten der jungen Patientinnen und Patienten einbezogen werden. Sogenanntes launenhaftes Verhalten rührt oft von einer Anpassungsstrategie her. Selektives Essverhalten, oft als Widerstand wahrgenommen, kann auf eine pädiatrische Essstörung hinweisen.

Essen vor dem Bildschirm oder Softdrinkkonsum können auch invasive Sinnesreize abmildern oder das Schlucken erleichtern.

All dies legt nahe, das selektive Essverhalten genauer zu betrachten, beim Kind wie auch in der Familiengeschichte, um die Anpassungsfunktion dahinter zu verstehen. Diese Strategien zu erkennen ist der erste Schritt hin zu einer wirksamen Begleitung ohne Schuldzuweisungen.

Die CAS-Weiterbildung zum Thema pädiatrische Essstörungen hat für uns dazu geführt, unsere klinische Praxis zu überdenken: Primäres Ziel ist nicht mehr, vom Kind zu verlangen, «von allem» zu essen, sondern es geht zunächst darum, seine Strategien zu erkennen und sein sensorisches und emotionales Erleben zu erforschen. Dieser Ansatz ist besonders relevant für Kinder mit Autismus-Spektrum-Störungen oder ARFID, die oft wegen pädiatrischer Adipositas in die Behandlung kommen.

Der normative Diskurs um «ausgewogene Ernährung» kann Überdross oder Leidensdruck erzeugen. Jugendliche kennen die Empfehlungen, erleben sie aber als belastend. Viele möchten «essen wie die anderen», bleiben aber in ihren sensorischen Einschränkungen gefangen. Die Eltern fühlen sich hilflos, und die medizinischen Fachkräfte reproduzieren mangels Früherkennung oft ungeeignete Strategien.

Ein häufiges Beispiel ist, dass ein Kind «mehr Gemüse essen soll», was ohne Abklärung einer Dysphagie dann zu unge-

eigneten Massnahmen führen kann. In diesen Situationen stellt sich die Frage nach dem Behandlungskontinuum, vor allem beim Übergang ins Erwachsenenalter.

Die Behandlung einer pädiatrischen Adipositas darf sich nicht auf einen strengeren elterlichen Rahmen beschränken. Hinter widerständigem Verhalten verbergen sich oft Ess- und Schluckstörungen. Eine wirksame Therapie verzichtet auf Schuldzuweisungen den Familien gegenüber, erkennt die Komplexität des Ernährungsverhaltens an und stützt sich auf einen individuellen, multidisziplinären Ansatz. Dabei geht es nicht nur um Regeleinhaltung, sondern darum, das Kind in seiner Einzigartigkeit zu begleiten, um die therapeutische Allianz zu stärken und die langfristige Betreuungsqualität sicherzustellen.

Die Einbeziehung der Eltern in die Therapie und ihre Teilhabe an der Psychoedukation ist von wesentlicher Bedeutung. Die Tischregeln und die Haltung der Eltern sind zentrale Punkte, die bei der Ernährungsberatung genauer zu betrachten sind. Therapieteams und andere Fachpersonen, die mit dem Kind zu tun haben, achten ihrerseits genauer auf alle Eingriffe, die den Mundraum des Kindes betreffen, etwa die Einführung einer Magensonde oder eine Frenektomie.

Literaturverzeichnis auf Seite 8

STARKMACHER FÜR IHRE PATIENT:INNEN

FORTIMEL® PLANTBASED PROTEIN 2 kcal



Gute Verträglichkeit. bei 96 % der Patientinnen, von medizinischem Fachpersonal bestätigt.¹



Sehr hohe Therapietreue. 95% der Patient:innen nahmen die für sie verordnete Menge an Fortimel® PlantBased ein.²



PROTEINREICH

20 g hochwertiges pflanzliches Protein auf Basis von 30 % Erbse & 70 % Soja*, 400 kcal & 10 µg Vitamin D in 200 ml

2 süsse & 2 salzige Sorten: Ananas-Kokos, Cappuccino/Mocca, Erbse mit frischer Note & Kürbis-Karotte

Vollbilanziert & rückerstattungsfähig



Entdecken Sie unser Fortimel® Portfolio. Für jedes Bedürfnis ein Produkt – mit köstlicher Geschmacksvielfalt.
nutricia.cc/ch-med-fortimel



INFORMATIONS
 EN FRANÇAIS :
nutricia.cc/ch-fortimel-plantbased

*Die Proteinqualität ist gleichwertig zu Standard-Trinknahrungen auf Basis von Milchprotein und entspricht dem von der FAO 2013 empfohlenen Aminosäure-Referenzmuster für Erwachsene² – bestätigt durch PDCAAS (Protein Digestibility Corrected Amino Acid Score) 1.

¹ Vierwöchige Interventionsstudie bei Patienten mit Risiko für Mangelernährung (Delsoglio M, et al. Abstract no. ESPEN24-LB-2626, präsentiert auf dem ESPEN Kongress, Mailand, 07.-10. September 2024).
² Report of Joint FAO/WHO/UNU Expert Consultation on Protein and Amino Acid Requirements in Human Nutrition. 2013.

Fortimel Trinknahrungen sind Lebensmittel für besondere medizinische Zwecke (bilanzierte Diät). Zum Diätmanagement bei krankheitsbedingter Mangelernährung. Nur unter ärztlicher Aufsicht zu verwenden.

TAP: repérer tôt pour mieux accompagner le développement de l'enfant



Christelle Ducrest, BSc
Diététicienne ASDD
HFR Fribourg
Cabinet Nutripassion,
Fribourg



Géraldine Darbellay
Diététicienne ASDD dipl. ES
Hôpitaux Universitaires
de Genève
Consultation Santé et
Mouvement

Les manifestations cliniques du TAP chez l'enfant sont hétérogènes. La consultation est souvent motivée par la détresse parentale, traduisant une dynamique familiale centrée sur les repas. Des phrases telles que «il n'a jamais faim», «il ne mange que s'il est distrait», «seul le lait l'intéresse», ou encore «il ne mange pas équilibré, il ne veut rien goûter» doivent alerter (3). Dénutrition, sélectivité alimentaire ou encore obésité pédiatrique sont autant de portes d'entrée vers nos consultations diététiques et doivent conduire à un dépistage approfondi sur ce thème.

Sur le plan clinique, le TAP se traduit par un refus persistant de nombreux aliments, un évitement marqué des textures, une ingestion limitée de solides ou des réactions anxieuses à table. Ces signes doivent être replacés dans une perspective développementale: succion inefficace ou fatigable dès la période néonatale, refus des purées à la diversification, puis impossibilité ou refus catégorique d'accepter les morceaux, souvent accompagnés de réflexes nauséux ou de vomissements (9).

L'exploration des antécédents alimentaires, médicaux et développementaux est indispensable pour comprendre la genèse du trouble et adapter la prise en charge. L'évaluation du milieu de vie de l'enfant – composition familiale, conditions de garde, lieux et rituels des repas – permet d'appré-

hender la dynamique alimentaire et le vécu parental. Écouter la souffrance et la culpabilité des parents est une étape clé pour instaurer une alliance thérapeutique.

Plusieurs facteurs médicaux précoces peuvent altérer la relation à la bouche: reflux gastro-œsophagien, interventions orales (pose de SNG, frénectomie), allergies alimentaires ou épisodes douloureux répétés. L'examen de la fonction orale (position linguale basse, respiration buccale, ronflements, apnées du sommeil) aide à repérer des dysfonctions à l'origine d'un vécu alimentaire négatif. L'analyse du déroulement de l'allaitement (durée, succion, refus du biberon) oriente la recherche d'une hypersensibilité sensorielle, information essentielle à transmettre aux parents pour favoriser la compréhension du trouble (9, 13).

La diversification alimentaire constitue une étape cruciale du dépistage: refus de purées, lenteur d'acceptation, réflexes vomitifs ou absence d'intérêt pour les textures nouvelles. L'évaluation doit préciser les textures problématiques, la qualité de la déglutition et de la mastication, ainsi que le comportement général de l'enfant face aux repas (13).

Une observation fine des repas quotidiens est indispensable: position de l'enfant, durée, quantités, plaisir ou évitement, stratégies parentales (distraction, jeu, écrans, récompenses, etc., 14). Cette étape doit s'inscrire dans une posture bienveillante et non jugeante, en privilégiant les questions ouvertes pour déculpabiliser les familles.

L'évaluation oro-motrice et sensorielle complète le bilan: acceptation des objets dans la bouche (tétine, jouets, doigts), réactions au toucher ou aux goûts, identification des sens hypersensibles. Ces éléments permettent d'orienter les interventions vers une désensibilisation adaptée (13, 15). Enfin, la demande d'une courte vidéo de

repas (biberon, tétée ou solides) s'avère très utile pour observer les interactions parents-enfant et repérer des signes souvent méconnus: réflexes nauséux, hypersensibilité, refus de se salir les mains, dégoût, pleurs, irritabilité, position de la langue ou frein restrictif (13, 16, 17, 18).

Les TAP peuvent se traduire par divers diagnostics nutritionnels (19). Sur le plan des apports, il est fréquent d'observer un apport oral insuffisant, tant en quantité qu'en qualité. La sélectivité alimentaire, caractéristique fréquente des TAP, peut entraîner des carences spécifiques, qu'elles soient en macronutriments (protéines, lipides, glucides) ou en micronutriments (vitamines, minéraux), générant ainsi un déséquilibre nutritionnel, qu'il soit excessif ou insuffisant.

Cliniquement, ces troubles peuvent se manifester par des difficultés fonctionnelles telles que des troubles de la déglutition, de la mastication ou de l'allaitement. Ils peuvent aussi se traduire par des anomalies de la croissance pondérale, allant de la dénutrition et du poids insuffisant à une obésité, ou par un taux de croissance non conforme aux normes attendues (souvent trop lent).

Enfin, sur le plan des connaissances et des croyances, les TAP sont souvent associés à une perturbation des comportements alimentaires et à des choix alimentaires non souhaitables, qui peuvent renforcer ou entretenir les difficultés nutritionnelles observées.

TAP et obésité: un lien inattendu?

Dans la continuité de cette approche centrée sur la famille et la cohérence des interventions, il est alors intéressant d'aborder la question de l'obésité pédiatrique. En grandissant, les stratégies d'adaptation mises en place par les enfants peuvent amener une suralimentation. Dans ce

cadre, les familles sont amenées à consulter pour une obésité pédiatrique et un déséquilibre alimentaire.

La prise en charge de cette problématique repose traditionnellement sur l'éducation thérapeutique et la mise en place d'un cadre parental structuré. Les suivis pluridisciplinaires mettent en avant le soutien parental, l'importance de poser et de maintenir des limites, ainsi que la promotion d'une alimentation équilibrée. Toutefois, cette approche atteint parfois ses limites face à des profils d'enfants et d'adolescents présentant des TAP.

Il est nécessaire de dépasser une approche normative pour intégrer les spécificités sensorielles, psychologiques et contextuelles des jeunes patients. Certains comportements dits «capricieux» relèvent souvent de stratégies d'adaptation. La sélectivité alimentaire, vécue comme une opposition, peut traduire un TAP. Les repas devant un écran ou la consommation de soda peuvent aussi apaiser des sensations envahissantes ou faciliter la déglutition.

Ces éléments invitent à évaluer la sélectivité alimentaire, chez l'enfant comme dans l'histoire familiale, afin d'en comprendre la

fonction adaptative. Reconnaître ces stratégies est la première étape vers un accompagnement efficace et déculpabilisant.

Le CAS concernant les TAP nous a conduit à repenser notre pratique clinique: il ne s'agit plus de contraindre l'enfant à «manger de tout», mais de reconnaître ses stratégies et d'explorer son vécu sensoriel et émotionnel. Cette approche s'avère particulièrement pertinente pour les enfants avec autisme ou TAP, fréquemment rencontrés en consultation d'obésité pédiatrique.

Le discours normatif du «manger équilibré» peut générer lassitude et souffrance. Les adolescents connaissent les recommandations mais les vivent comme une pression. Beaucoup souhaitent «manger comme les autres» tout en restant prisonniers de leurs contraintes sensorielles. Les parents se sentent impuissants, et les soignants, démunis, reproduisent parfois des stratégies inadaptées faute de repérage précoce.

Un exemple fréquemment rencontré est celui de l'enfant adressé «pour manger des légumes», sans évaluation du TAP, menant à une prise en charge inappropriée. Ces situations interrogent au sujet de la

continuité des soins, notamment lors du passage à l'âge adulte.

La prise en charge de l'obésité pédiatrique ne peut se limiter à un cadre parental strict. Derrière des comportements d'opposition se cachent parfois des TAP. Un accompagnement efficace repose sur la déculpabilisation des familles, la reconnaissance de la complexité des conduites alimentaires et une approche individualisée et pluridisciplinaire. L'enjeu n'est pas seulement de faire respecter des règles, mais de comprendre et d'accompagner l'enfant dans sa singularité pour renforcer l'alliance thérapeutique et la qualité du suivi à long terme.

Il est essentiel d'inclure les parents dans la prise en charge et de les faire bénéficier de psychoéducation. Revoir la posture à adopter à table et l'attitude parentale est un point clé de l'intervention diététique. Du côté des équipes soignantes et autres professionnels impliqués autour de l'enfant, nous serons très attentifs à tout acte qui touche la bouche de l'enfant, telle une pose de SNG, une frénectomie, etc.

Bibliographie voir page 8



Nestlé® Good food, Good life



Éditions revues et actualisées



Les Nutri-Facts font peau neuve !

Vos brochures nutrition iconiques, actualisées.

Protéines, fibres, hydratation... et bien plus encore !

Les brochures Nutri-Facts, connues pour leur format clair en 10 questions/réponses, ont été entièrement mises à jour pour intégrer les dernières recommandations nutritionnelles et les avancées scientifiques du domaine.

Pourquoi les Nutri-Facts ?

- ✓ Format pratique et pédagogique
- ✓ Réponses aux questions les plus fréquentes
- ✓ Outil idéal pour les consultations, l'éducation nutritionnelle, ou l'approfondissement d'un thème spécifique

A commander gratuitement dès maintenant

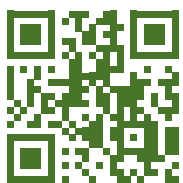
www.nestle.ch/fr/alimentation/brochuresnutrition





Egal ob Erbsenzählerin oder Kalorienschätzer.

**Wir haben das richtige
Ernährungs-Fachwissen für alle.**



Interessiert an fachspezifischen Infos rund um die
Ernährung, Milch und Gesundheit? Jetzt entdecken:

[swissmilk.ch/nutrition](https://www.swissmilk.ch/nutrition)

swissmilk

DAP: diagnosi precoce per accompagnare meglio lo sviluppo del bambino



Christelle Ducrest, BSc
Dietista ASDD
Hôpital fribourgeois (HFR),
Friburgo
Studio Nutripassion, Friburgo



Géraldine Darbellay
Dietista ASDD dipl. SS
Ospedali universitari di
Ginevra (HUG)
Specialista in salute e motricità

Le manifestazioni cliniche dei disturbi alimentari pediatrici (DAP) nei bambini sono eterogenee. Il motivo alla base di una consulenza è spesso l'angoscia dei genitori, che si traduce in una dinamica familiare incentrata sui pasti. Frasi come «non ha mai fame», «mangia solo se lo distraigo», «vuole solo il latte» oppure «non mangia in modo equilibrato, non vuole assaggiare niente» devono mettere in allerta (3). La denutrizione, la selettività alimentare e anche l'obesità pediatrica sono tutti problemi che spingono le famiglie a richiedere una consulenza nutrizionale e richiedono indagini approfondite.

Sul piano clinico, il DAP si esprime in un rifiuto persistente di numerosi alimenti, una tendenza accentuata a evitare alcune consistenze, un'ingestione limitata di cibi solidi o reazioni ansiose a tavola. Questi segni devono essere inquadrati in ottica evolutiva: suzione inefficace o faticosa fin dal periodo neonatale, rifiuto delle puree nella fase di svezzamento, seguiti dall'impossibilità o dal rifiuto categorico di accettare cibo in pezzi, spesso con riflessi di nausea o vomito concomitanti (9).

L'analisi dei trascorsi alimentari, medici ed evolutivi della/del bambina/o è indispensabile per comprendere la genesi del disturbo e adeguare la presa a carico. La valutazione dell'ambiente in cui vive la/il bambina/o (composizione del nucleo fa-

miliare, condizioni di accudimento, luoghi e rituali dei pasti) permette di comprendere la dinamica alimentare e il vissuto genitoriale. Prestare ascolto alla sofferenza e al senso di colpa dei genitori è una tappa fondamentale per creare un'alleanza terapeutica.

Esistono svariati fattori medici precoci che possono alterare la relazione con il cibo: reflusso gastroesofageo, interventi a livello del cavo orale (applicazione di un sondino nasogastrico, frenulectomia), allergie alimentari o episodi dolorosi ripetuti. L'esame della funzionalità orale (posizione bassa della lingua, respirazione con la bocca, russamento, apnee notturne) aiuta a individuare le disfunzioni all'origine di un vissuto alimentare negativo. L'analisi dello svolgimento dell'allattamento (durata, suzione, rifiuto del biberon) orienta la ricerca di un'eventuale ipersensibilità sensoriale, un'informazione essenziale da comunicare ai genitori per favorire la comprensione del disturbo (9, 13).

La diversificazione alimentare nello svezzamento rappresenta una tappa cruciale per la diagnosi del disturbo a partire da fattori come rifiuto delle puree, lentezza nell'accettazione, riflesso faringeo o assenza di interesse per alimenti dalle consistenze nuove. La valutazione deve individuare le consistenze problematiche, la qualità della deglutizione e della masticazione, oltre al comportamento generale della/del bambina/o al momento dei pasti (13).

È indispensabile osservare con attenzione lo svolgimento dei pasti quotidiani, rilevando la postura della/del bambina/o, la durata e le quantità, le sensazioni di piacere o rifiuto e le strategie genitoriali (tecniche di distrazione, giochi, schermi, ricompense, ecc.) (14). In questa fase bisogna assumere un atteggiamento benevolo e non giudicante, privilegiando le

domande aperte per aiutare le famiglie a liberarsi dal senso di colpa.

Completa il quadro una valutazione oromotoria e sensoriale: accettazione di oggetti all'interno della bocca (tettarella, giocattoli, dita), reazioni al tatto o al gusto, identificazione dei sensi ipersensibili. Questi elementi permettono di orientare gli interventi verso una desensibilizzazione mirata (13, 15).

Infine è molto utile avere a disposizione un breve video dei pasti (allattamento al seno, biberon o alimenti solidi) per osservare le interazioni genitori-bambina/o e individuare alcuni segnali spesso ignorati, in particolare riflesso della nausea, ipersensibilità, rifiuto di sporcarsi le mani, disgusto, pianti, irritabilità, posizione della lingua o frenulo restrittivo (13, 16, 17, 18).

I DAP sono riconducibili a diverse diagnosi nutrizionali (19). A livello di apporto, si osserva frequentemente un apporto orale insufficiente, in termini sia quantitativi che qualitativi. La selettività alimentare, che è una caratteristica frequente dei DAP, può comportare carenze specifiche di macronutrienti (proteine, lipidi, glucidi) o di micronutrienti (vitamine, minerali), generando in tal modo uno squilibrio nutrizionale, sia in eccesso che in difetto.

Sul piano clinico, i DAP possono manifestarsi con difficoltà funzionali, come disturbi della deglutizione, della masticazione o dell'allattamento. Possono anche causare anomalie della crescita ponderale, che spaziano dalla denutrizione e dal sottopeso fino all'obesità, nonché un tasso di crescita non conforme alle attese (spesso la crescita è troppo lenta).

Infine, sul piano delle conoscenze e delle credenze, i DAP sono spesso associati a comportamenti alimentari disfunzionali e a scelte alimentari non opportune, che

possono rafforzare o perpetuare le difficoltà nutrizionali osservate.

DAP e obesità: un legame inaspettato?

Sulla scia di questo approccio incentrato sulla famiglia e sulla coerenza degli interventi, è interessante affrontare la questione dell'obesità pediatrica. Con la crescita, le strategie di adattamento messe in atto dalla/dal bambina/o possono portare a una sovralimentazione. In tale contesto, le famiglie richiedono una consulenza nutrizionale per obesità pediatrica e equilibrio alimentare.

La presa a carico di questo problema si basa tradizionalmente sull'educazione terapeutica e sulla creazione di un quadro genitoriale strutturato. Il follow-up multidisciplinare punta soprattutto sul sostegno ai genitori, sull'importanza di porre e mantenere dei limiti, oltre che sulla promozione di un'alimentazione equilibrata. Tuttavia, questo approccio si scontra talvolta con la realtà di bambine/i e adolescenti con DAP.

Bisogna superare l'approccio normativo per integrare le specificità sensoriali, psicologiche e contestuali delle/dei giovani pazienti. Alcuni comportamenti definiti «capricciosi» sono spesso frutto di strategie di adattamento. La selettività alimentare, vissuta come un'opposizione, può essere espressione di un DAP. Anche i pasti da-

vanti a uno schermo o il consumo di bibite gassate possono attenuare sensazioni invadenti o facilitare la deglutizione.

Questi elementi invitano a valutare la selettività alimentare, sia nella/nel bambina/o che nella storia familiare, per comprenderne la funzione adattiva. Riconoscere queste strategie è la prima tappa verso un accompagnamento efficace e non colpevolizzante.

Il CAS sui DAP ci ha indotto a ripensare la nostra pratica clinica: non si tratta più di costringere la/il bambina/o a «mangiare di tutto», ma di riconoscere le sue strategie e di esplorare il suo vissuto sensoriale ed emotivo. Questo approccio si rivela particolarmente adatto alle/ai bambine/i con DAP o autismo, che incontriamo spesso nelle consulenze nutrizionali in tema di obesità pediatrica.

Un discorso sulle regole del «mangiare sano» può generare apatia e sofferenza. Le persone adolescenti conoscono le raccomandazioni, ma le vivono con un senso di pressione. Molte di loro desiderano «mangiare come gli altri», pur restando prigioniere dei propri vincoli sensoriali. I genitori si sentono impotenti e il personale curante, privo degli strumenti necessari, finisce a volte per riproporre strategie inadeguate, in mancanza di una diagnosi precoce.

Un esempio frequente è quello delle/dei bambine/i inviate/i per «mangiare le ver-

ture», senza una valutazione del DAP, con conseguente presa a carico inappropriata. Queste situazioni pongono interrogativi sulla continuità delle cure, in particolare al momento del passaggio all'età adulta.

La presa a carico dell'obesità pediatrica non può ridursi al solo quadro genitoriale. Dietro comportamenti di opposizione si celano talvolta dei DAP. Un accompagnamento efficace si fonda sulla decolpevolizzazione delle famiglie, sul riconoscimento della complessità dei comportamenti alimentari e su un approccio personalizzato e multidisciplinare. L'obiettivo non è solo fare rispettare le regole, ma anche comprendere e accompagnare la/il bambina/o nella sua unicità per rafforzare l'alleanza terapeutica e la qualità del follow-up a lungo termine.

È essenziale coinvolgere i genitori nella presa a carico e offrire loro l'opportunità di un percorso psicoeducativo. Rivedere gli schemi da adottare a tavola e l'atteggiamento dei genitori è un punto chiave dell'intervento della/del dietista. Il team curante e le altre figure professionali che si occupano della/del bambina/o dovranno prestare molta attenzione a qualsiasi tipo di intervento a livello del cavo orale, come l'applicazione di un sondino nasogastrico, una frenulectomia, ecc.

Bibliografia sulla pagina 8

Ansätze zur praktischen Begleitung einer pädiatrischen Essstörung



Marilyne Seydoux-Perroud, BSc
Ernährungsberaterin SVDE
Universitätsdiplom in Kinder- und Jugendernährung, Paris
Leiterin der Praxis Nutri-
passion, Freiburg



Julie Champenois
Pflegefachfrau mit
Spezialisierung
pädiatrische Essstörung
Dozentin, HEdS Freiburg
juliechampenois.ch

Ausgehend von unseren Erfahrungen als Pflegefachfrau respektive Ernährungsberaterin stellen wir nachfolgend zwei komplementäre Ansätze zur Begleitung von Kindern mit vermeidend-restriktiver Essstörung (ARFID) vor. In unseren Sprechstunden und Praxis-Workshops bieten wir den Familien therapeutische und konkrete Unterstützung. In unserem jeweiligen Berufsbereich helfen wir den Kindern, die Freude am Essen zu entdecken, und den Eltern, wieder Selbstvertrauen zu fassen.

Marilyne Seydoux-Perroud ist Ernährungsberaterin. Hier stellt sie ihren Ernährungsansatz und ihre Praxisworkshops mit ARFID-betroffenen Kindern vor.

In meiner freien Praxis beginnt die Einzelberatung mit dem betroffenen Kind und dessen Eltern mit einer genauen Bestandsaufnahme der Ernährung, um die Prioritäten festzulegen: die Behandlung einer möglichen Mangelernährung, die Erkennung von einem Nährstoffmangel, der je nach Alter ein Risiko darstellt, die Psychoedukation der Eltern und praktische Workshops zu den Ernährungsproblemen. Neben der Analyse der Makronährstoffzufuhr muss bei der Ernährungsevaluation des Säuglings oder Kleinkindes insbesondere auf die Versorgung mit Eisen und DHA geachtet werden, bei älteren Kindern auf Kalzium, Eisen und Vitamin B12.

Wichtig ist auch, die Eltern zu beruhigen, wenn die Zufuhr an Früchten und Gemüse weit unter den Empfehlungen liegt, da dies nur ganz selten einen echten Mangel hervorruft. Statt Gesundheitsgeboten sollte wieder stärker die Freude am Essen in den Mittelpunkt rücken. Bei Kindern über zehn Jahren muss auch die Dauer und Intensität einer verminderten Aufnahme an Mikronährstoffen analysiert werden (20, 21, 22).

In den praktischen Workshops geht es um die Beobachtung der Familiendynamik, die Rahmenbedingungen der Mahlzeiten und die Eltern-Kind-Interaktionen. Dies verfolgt mehrere Ziele:

- **Für das Kind:** in einem spielerischen, sicheren Rahmen ausserhalb der gewohnten Mahlzeiten positive Erfahrungen mit der Nahrung in Verbindung bringen.
- **Für die Eltern:** ein Moment der Ruhe, in dem die Fachperson übernimmt und zugleich Verhaltensweisen zeigt, die sie ausprobieren können.
- **Für die Fachperson:** die Beobachtung der Eltern-Kind-Dynamik und Überprüfung spezifischer Verhaltensweisen in einem kontrollierten Umfeld.

Jeder Workshop richtet sich nach dem Alter und der Entwicklung des Kindes zum Therapiezeitpunkt (23).

Babys

Babys werden oft an die Ernährungsberatung überwiesen, wenn die Probleme mit der Nahrungsaufnahme eine Wachstumsverzögerung verursachen, was häufig ab der Einführung der Beikost bemerkt wird. Nach der Anamnese wird das Baby beim Stillen oder beim Füttern mit der Schoppenflasche oder dem Löffel beobachtet. Danach folgt ein Workshop. Körper- und Gesichtsmassagen, allenfalls begleitet von Kinderreimen, desensibilisieren das Baby und geben Gelegenheit, seine Reaktionen zu beobachten. Anschliessend wer-

den kleine Nahrungsmengen auf einem feststehenden Teller präsentiert. Das Kind kann sie frei mit den Händen erkunden. Die Fachperson oder der Elternteil kann löffelchenweise davon anbieten.

Diese Art Workshop ergänzt die Beobachtung von Sensibilitäten, der Reaktion beim Einführen in den Mund, des Schluckvorgangs und der Körperhaltung der Eltern. Daraus ergeben sich dann oft konkrete Ratschläge, praktische Anpassungen oder bei Bedarf eine Zuweisung an eine andere Fachperson (Logopäde, Psychomotorikerin, Ergotherapeut, Stillberaterin usw.).

Kleinkinder (1–3 Jahre)

Vertraute Gegenstände, Plüschtiere und spezifisches Material für die sensorische Entwicklung helfen dabei, die Aufmerksamkeit von der Nahrung wegzulenken. Vorbereitete Sensorikerfahrungen (Gesichtsmassagen, Tierlaute, in einen Trinkhalm blasen) erlauben eine schrittweise Annäherung an den Mundraum (24, 25). Metaphorische Spiele oder Geschichten, in denen Nahrungsmittel als Personen auftreten, regen das Kind zur Erkundung an, während die Eltern zu Hause bestimmte Routinen (Massagen, sensorisches Spiel) nachmachen können, um das Lernen zu verstärken (26).

Kinder (4–10 Jahre)

Für grössere Kinder eignet sich ein kombinierter Workshop aus sensorischem Ansatz und Nahrungsentdeckung. Ich verwende zum Beispiel ein Lottospiel mit verschiedenen Bonbon-Geschmacksrichtungen, damit die Wahrnehmungen uneingeschränkt von der Textur erkundet werden können. Ein Memory- oder «Wer ist es?»-Spiel mit echten Esswaren regt zu Neugier und zum Verbalisieren an (siehe Abb. 1) (27, 28).

Kochworkshops sind besonders beliebt. Sie fördern Autonomie und freies Auswählen

und verfolgen einen umfassenden sensorischen Ansatz: Gemeinsam mit dem Kind wählt man einfache Rezepte und mögliche Alternativen aus. Zuvor werden die Regeln festgelegt. Spielerische Pausen bieten eine Auszeit zur Gefühlsregulierung. Am Ende bekommt das Kind etwas mit nach Hause, das es mit der Familie teilen kann, und vielleicht auch ein Notizheft, in dem seine Erfahrungen festgehalten sind.

Diese Workshops sind Teil einer evolutiven Begleitung, die nach Bedarf pausiert und wieder aufgenommen werden kann. Dies hängt in der Regel von Motivationsfaktoren des Kindes oder der Eltern ab, etwa soziale Anlässe, Ferienlager, Reisen oder Bemerkungen aus dem Umfeld.

Jugendliche

Bei der Begleitung von Jugendlichen und insbesondere in praktischen Einzelkochworkshops muss berücksichtigt werden, dass die Essstörung eine identitätsstiftende Dimension birgt und diese Verletzlichkeit fest in der Entwicklung zur/zum jungen Erwachsenen verankert ist. Die therapeutische Allianz ist ein wesentlicher Faktor, der die weitere Kontinuität der sensorischen Exposition gewährleistet.

Julie Champenois ist spezialisierte Pflegefachfrau für kindliche Ernährung. Sie beschreibt die Umsetzung von Sensorik- und Kochworkshops, die eine praktische und aufmerksame Begleitung der Familie fördern.

Sensorik- und Kochworkshops für Kinder mit ARFID

Nach mehreren Jahren ARFID-Spezialberatung habe ich festgestellt, dass manche Kinder trotz genauer Ratschläge keine Fortschritte machen. Aufgrund von Erschöpfung und mentaler Belastung fiel es den Eltern schwer, die Übungen daheim durchzuführen. Als Unterstützung habe ich für Kinder, die bereits wegen einer Essstörung in Behandlung sind, Sensorikworkshops (6 Monate bis 2 Jahre) und Kochworkshops (3 bis 8 Jahre) eingerichtet. Mein Ziel war, eine Eltern-Kind-Aktivität anzubieten, die den Aufwand

gering hält, ein ruhiges Setting bietet und von einer Fachperson begleitet wird. Die Workshops verleihen dem Essen wieder Sinn und Freude und vermitteln gleichzeitig konkrete Strategien, wie zum Beispiel sich die Hände an einem Tuch abzuwischen, statt die Aktivität zu unterbrechen.

Diese gemeinsamen Momente sind keine Freizeit, sondern Teil des therapeutischen Vorgehens. Das Kind experimentiert, beobachtet, ahmt nach, die Eltern finden zu Selbstvertrauen und Motivation zurück.

Sensorik-Workshops (6 Monate bis 2 Jahre)

In den Workshops, die ich leite, Sorge ich für eine spielerische, positive Umgebung. Das Kind kann verschiedene Sensorikmaterialien wie Getreideprodukte, Griess, Reis, Mehl, Kräuter frei erkunden. Nach Bedarf gehören auch Knetmasse, Schaum, Malsachen oder Riechspiele zum Angebot (24, 25).

Jede Aktivität regt einen oder mehrere Sinne an und fördert die Toleranz verschiedener Texturen – ein wesentlicher Schritt für die orale Entwicklung. Die Fachperson bewertet die einzelnen Versuche und hilft den Eltern, zu beobachten und Geduld zu haben. Manche Kinder fassen kaum etwas an, andere sind begeistert bei der Sache. Jedes geht in seinem Tempo vor, ohne Zwang oder Leistungsdruck.



Abbildung 1: Imbiss-Teller-Spiel (28)

Kochworkshops (2–4 Jahre und 4–8 Jahre)

In kleinen Gruppen (maximal vier Eltern-Kind-Paare) erhält jedes Kind einen eigenen Platz und ein einfaches, altersgerechtes Rezept. Guetzi, Muffins oder gefüllte Tomaten vermitteln sensorische Erfahrungen und fördern die Motorik.

Die Kinder schneiden, rühren und raspeln, die Eltern beobachten, ermutigen sie und teilen ihre Zweifel und Erfolge. Der Austausch zwischen den Familien schafft ein Supportnetzwerk und entdramatisiert.

Ich beobachte das Verhalten rund um das Essen, unterstütze die Eltern, passe die Vorschläge an und gebe meine Beobachtungen an andere Beteiligte weiter (Kinderärztin, Logopäde, Ergotherapeutin, Ernährungsberater usw.). Dieser interdisziplinäre Austausch fördert die kohärente Betreuung.

Der Workshop schliesst während der Backzeit mit einer Spiel- oder Austauschrunde. Am Ende nehmen alle ihr Werk mit nach Hause – etwas, das Stolz und Wert vermittelt.

Diese multidisziplinären Workshops sind einfach umzusetzen und stellen einen praktischen und wertschätzenden Ansatz zur Begleitung von Kindern mit ARFID dar. Sie schaffen wieder Freude am Essen, stellen einen sensorischen Bezug zum Nahrungsmittel her und geben den Familien, die oft erschöpft und isoliert sind, wieder Selbstvertrauen.

Schlussbemerkung

Die Sprechstunden und Workshops geben Kindern wie Eltern Orientierungshilfen, um in ihrem eigenen Tempo weiterzumachen. Die Erfahrungen sind konkrete Anhaltspunkte, die zu Hause in einer ruhigeren Atmosphäre erneut umgesetzt werden können. Unser gemeinsames Ziel ist, wieder Vertrauen zu schaffen, die Mahlzeiten zu Momenten des Miteinanders zu machen und die Freude am Essen im Alltag zu verankern (24, 25, 29).

Literaturverzeichnis auf Seite 8



Nestlé® Good food, Good life



Die Nutri-Facts erstrahlen in neuem Glanz!

Die ikonischen Ernährungsbroschüren – jetzt in aktualisierter Form erhältlich!

Proteine, Ballaststoffe, Flüssigkeitszufuhr und vieles mehr!

Die Nutri-Facts-Broschüren, bekannt für ihr klares Format mit 10 Fragen und Antworten, wurden vollständig überarbeitet, um die neuesten Ernährungsempfehlungen und wissenschaftlichen Erkenntnisse zu integrieren.

Warum Nutri-Facts?

- ✓ Praktisches und pädagogisches Format
- ✓ Antworten auf häufig gestellte Fragen
- ✓ Ideales Werkzeug für Beratungsgespräche, Ernährungsschulungen oder zur Vertiefung eines spezifischen Themas

Jetzt kostenlos bestellen

www.nestle.ch/de/ernaehrung/ernaerungsbroschueren



Accompagnements pratiques autour des troubles alimentaires pédiatriques



Marilyne Seydoux-Perroud, BSc
Diététicienne ASDD
DU – nutrition de l'enfant et de l'adolescent, Paris
Responsable du cabinet Nutripassion, Fribourg



Julie Champenois
Infirmière spécialisée dans les troubles alimentaires pédiatriques
Professeure HEdS, Fribourg
Juliechampenois.ch

Introduction

À partir de nos expériences respectives d'infirmière et de diététicienne, nous présentons deux approches complémentaires pour accompagner les enfants présentant un trouble alimentaire pédiatrique. À travers les consultations et les ateliers pratiques, nous soutenons les familles dans un cadre à la fois thérapeutique et concret. Chacune, selon sa profession, aide l'enfant à découvrir le plaisir de manger et les parents à retrouver confiance.

Marilyne, diététicienne, présente son approche nutritionnelle et ses ateliers pratiques auprès d'enfants présentant un TAP.

Dans ma pratique indépendante, la consultation en individuel avec des enfants souffrant de TAP et leurs parents débute par une évaluation nutritionnelle précise afin d'identifier les priorités de travail: traitement d'une éventuelle dénutrition, dépistage des carences nutritionnelles à risque selon l'âge, psychoéducation parentale et ateliers concrets autour des difficultés alimentaires. Au-delà de l'analyse des apports en macronutriments, l'évaluation nutritionnelle du nourrisson et du jeune enfant doit accorder une attention particulière au statut en fer et en acides gras DHA, ainsi qu'au calcium, fer et vitamine B12 chez l'enfant plus âgé. Il est important de ras-

surer les parents que les apports en fruits et légumes, souvent bien inférieurs aux recommandations, ne signifient que très rarement une réelle carence, afin de recentrer l'accompagnement sur le plaisir alimentaire plutôt que sur les injonctions de santé. Chez les enfants de plus de 10 ans, l'analyse doit également prendre en compte la durée et l'intensité des restrictions d'apports en micronutriments (20, 21, 22).

Les ateliers concrets suivent une observation du fonctionnement familial, du cadre des repas et des interactions parent enfant. Ils poursuivent plusieurs objectifs:

- **Pour l'enfant**, associer des expériences positives à l'alimentation dans un cadre ludique et sécurisant, en dehors du repas habituel.
- **Pour le parent**, offrir un moment apaisé où le professionnel prend le relais, tout en proposant des attitudes à tester.
- **Pour le professionnel**, observer la dynamique parent-enfant et valider les comportements spécifiques dans un contexte contrôlé.

Chaque atelier est adapté à l'âge de l'enfant et à son parcours au moment de la prise en charge (23).

Le nourrisson

Un nourrisson est souvent adressé à la consultation diététique pour un retard de croissance lié à une difficulté alimentaire, fréquemment repérée lors de la diversification. Après l'anamnèse et l'observation d'une tétée, d'un biberon ou d'un repas, un atelier est proposé. Des massages corporels et faciaux, avec ou sans comptine, permettent de désensibiliser le bébé et d'observer ses réactions.

De petites quantités d'aliments sont ensuite présentées dans une assiette sécurisée. L'enfant explore librement avec les

maisons. Le professionnel ou le parent peut proposer de petites cuillérées.

Ce type d'atelier complète l'observation des sensibilités, des réactions de mise en bouche, de la déglutition et de la posture parentale. Ils débouchent souvent sur des conseils matériels, des ajustements de pratiques et, si besoin, une orientation vers d'autres professionnels (logopédiste, psychomotricien, ergothérapeute, consultante en lactation, etc.).

Les jeunes enfants (1–3 ans)

L'utilisation d'objets familiers, de doudous et d'un matériel spécifique au développement de la sensorialité aide à détourner l'attention des aliments. Des préparations sensorielles (massages du visage, bruits d'animaux, souffler dans une paille) permettent une approche progressive de la bouche (24, 25). Des jeux métaphoriques ou des histoires personnifiant les aliments encouragent l'enfant à explorer, tandis que les parents peuvent reproduire certaines routines (massages, jeux sensoriels) à la maison pour renforcer les apprentissages (26).

Les enfants (4–10 ans)

Les plus grands bénéficient d'ateliers combinant approche sensorielle et découverte alimentaire. J'utilise par exemple le loto des saveurs, avec des bonbons aux goûts variés pour explorer les perceptions sans contrainte de texture. Je stimule la curiosité et la verbalisation avec un «memory» ou un «qui est-ce» utilisant de vrais aliments (voir figure 1; 27, 28).

Les ateliers cuisine, particulièrement appréciés, favorisent l'autonomie, le choix et l'approche sensorielle globale: des recettes simples sont sélectionnées avec l'enfant, avec des alternatives possibles, les règles sont définies à l'avance. Des pauses ludiques à visée échappatoire permettent de



Figure 1: Jeu de plateau de collation (28)

réguler les émotions. L'enfant repart avec une préparation à partager en famille et, parfois, un cahier pour consigner ses expériences.

Ces ateliers s'inscrivent dans un suivi évolutif, ponctué de pauses et de reprises selon les besoins. Ceux-ci sont généralement liés aux leviers motivationnels de l'enfant et ses parents tels que les événements sociaux, les camps, les remarques de l'entourage, les voyages.

Adolescents

Dans la prise en charge des adolescents et notamment la réalisation d'ateliers de cuisine concrets en individuel, la dimension identitaire liée à leurs difficultés alimentaires doit être prise en compte, témoignant de l'ancrage de cette fragilité dans leur développement de jeune adulte. L'alliance thérapeutique constitue un levier essentiel pour assurer la continuité de l'exposition sensorielle.

Julie, infirmière spécialisée dans l'alimentation de l'enfant, décrit la mise en place d'ateliers sensoriels et culinaires favorisant un accompagnement concret et bienveillant des familles.

Ateliers sensoriels et culinaires pour enfants présentant un TAP

Après plusieurs années de consultations spécialisées auprès d'enfants présentant des TAP, j'ai constaté que, malgré des

conseils précis, certains progressaient peu. La fatigue parentale et la charge mentale rendaient les exercices difficiles à reproduire à la maison.

Pour répondre à ce besoin, j'ai créé des ateliers sensoriels (6 mois–2 ans) puis culinaires (3–8 ans), destinés aux enfants déjà suivis pour un TAP. Leur objectif: offrir une activité parent-enfant sans contrainte matérielle, dans un cadre apaisé, accompagnée par un professionnel. Ces ateliers redonnent du sens et du plaisir à l'alimentation tout en proposant des stratégies concrètes, comme s'essuyer sur un linge plutôt que d'interrompre l'activité.

Ces temps partagés, loin d'être récréatifs, s'inscrivent dans une démarche thérapeutique: l'enfant expérimente, observe, imite; le parent retrouve confiance et motivation.

Ateliers sensoriels (6 mois–2 ans)

Ces ateliers que j'encadre offrent un environnement ludique et bienveillant. L'enfant explore librement différents matériaux sensoriels: céréales, semoule, riz, farine, herbes aromatiques, etc. Les propositions évoluent selon les besoins: pâte à modeler, mousse, peinture ou jeux d'odeurs (24, 25).

Chaque activité stimule un ou plusieurs sens et favorise la tolérance aux textures, essentielle au développement de l'oralité. Le professionnel valorise chaque tentative et soutient le parent dans l'observation et la patience: certains enfants touchent à peine, d'autres plongent avec enthousiasme. Chacun avance à son rythme, sans contrainte ni attente de performance.

Ateliers cuisine (2–4 ans et 4–8 ans)

En petits groupes (quatre binômes maximum), les enfants disposent d'un poste individuel avec une recette simple adaptée à leur âge. Cookies, muffins ou tomates farcies deviennent supports d'expériences sensorielles et de motricité.

Les enfants coupent, mélangent, râpent; les parents observent, encouragent, par-

tagent leurs doutes et leurs réussites. L'échange entre familles crée un réseau de soutien et de dédramatisation.

J'observe les comportements alimentaires, soutiens le parent, ajuste les propositions et transmets mes observations aux autres intervenants (pédiatre, logopédiste, ergothérapeute, diététicien, etc.). Ces échanges interdisciplinaires renforcent la cohérence de l'accompagnement.

Pendant la cuisson, un temps de jeu ou d'échange clôture l'atelier. Chaque binôme repart avec sa préparation, symbole de fierté et de valorisation.

Ces ateliers pluridisciplinaires, simples à mettre en œuvre, constituent une approche concrète et bienveillante pour accompagner les enfants présentant des TAP. Ils aident à restaurer le plaisir de manger, à retisser le lien sensoriel avec l'aliment et à redonner confiance aux familles, souvent épuisées et isolées.

Conclusion

À travers ces consultations et ateliers, l'enfant et sa famille trouvent des repères pour avancer à leur rythme. Les expériences vécues deviennent des points d'appui concrets à reproduire à la maison, dans un climat plus serein. Notre objectif commun est de redonner confiance, de transformer les repas en moments partagés et d'ancrer le plaisir de manger au quotidien (24, 25, 29).

Bibliographie voir page 8

Percorsi pratici di accompagnamento per i disturbi alimentari pediatrici



Marilyne Seydoux-Perroud, BSc
Dietista ASDD
Diploma universitario in alimentazione del bambino e dell'adolescente, Parigi
Responsabile dello studio Nutripassion, Friburgo



Julie Champenois
Infermiera specializzata in disturbi alimentari pediatrici
Docente HEdS, Friburgo
juliechampenois.ch

Introduzione

A partire dalle nostre esperienze personali come infermiera e dietista, presentiamo due approcci complementari per accompagnare le/i bambine/i con disturbi alimentari pediatrici (DAP). Attraverso consulenze e laboratori pratici, supportiamo le famiglie in un contesto sia terapeutico sia di vissuto quotidiano. Ognuna di noi, in base alla sua professione, aiuta la/il bambina/o a scoprire il piacere di mangiare e i genitori a ritrovare fiducia.

Marilyne, dietista, presenta il suo approccio nutrizionale e i suoi laboratori pratici rivolti a bambine/i con DAP.

Nella mia attività indipendente, la consulenza individuale rivolta a bambine/i con DAP e ai loro genitori inizia con una valutazione nutrizionale precisa per individuare le priorità di lavoro: trattamento di un'eventuale denutrizione, individuazione dei rischi di carenza nutrizionale in base all'età, psicoeducazione genitoriale e laboratori pratici sulle difficoltà alimentari. Al di là dell'analisi degli apporti di macronutrienti, la valutazione nutrizionale deve prestare particolare attenzione al dosaggio di ferro e acidi grassi DHA nel lattante e nel bambino piccolo, e al dosaggio di calcio, ferro e vitamina B12 nel bambino più grande. È importante rassicurare i genitori sul fatto che un apporto di frutta e ver-

dura spesso ben al di sotto delle raccomandazioni non comporta quasi mai una carenza vera e propria; ciò che conta è ri-orientare il percorso di accompagnamento sul piacere del cibo piuttosto che sulle regole salutistiche. Nei bambini di età superiore ai dieci anni, l'analisi deve tenere conto anche della durata e dell'intensità delle restrizioni nell'apporto di micronutrienti (20, 21, 22).

I laboratori pratici prevedono l'osservazione delle dinamiche familiari, dello svolgimento dei pasti e delle interazioni genitore-bambina/o. Gli obiettivi sono molteplici:

- **Per la/il bambina/o**, associare all'alimentazione esperienze positive in un contesto ludico e rassicurante, al di fuori del pasto abituale.
- **Per il genitore**, offrire un momento di calma in cui la/il professionista si fa carico della gestione del problema, proponendo comportamenti da sperimentare.
- **Per la/il professionista**, osservare le dinamiche genitore-bambina/o e convalidare i comportamenti specifici in un contesto controllato.

Ogni laboratorio è strutturato in funzione dell'età della/del bambina/o e del suo percorso al momento della presa a carico (23).

Lattante

Le/I lattanti vengono spesso inviate/i alla consulenza nutrizionale per un ritardo della crescita legato a una difficoltà alimentare, rilevata in molti casi durante lo svezzamento. Dopo l'anamnesi e l'osservazione dell'allattamento al seno o al biberon o di un pasto, viene proposto un laboratorio. L'esecuzione di massaggi corporei e facciali, accompagnati o meno da una filastrocca, permette di desensibilizzare il bebè e di osservare le sue reazioni.

Successivamente, vengono presentate alla/il bambina/o piccole quantità di cibo in un piatto antiribaltamento. La/Il bambina/o

le esplora liberamente con le mani, e la/il professionista o il genitore possono provare a offrirle/gli qualche cucchiata.

Questo tipo di laboratorio completa l'osservazione delle sensibilità, delle reazioni all'introduzione del cibo in bocca e dell'atteggiamento genitoriale. Spesso i laboratori si concludono con consigli pratici, piccole modifiche nella gestione del pasto e, all'occorrenza, nell'indirizzamento verso altre figure professionali (logopedista, psicomotricista, ergoterapista, specialista dell'allattamento, ecc.).

Bambino piccolo (1–3 anni)

L'utilizzo di oggetti familiari, di un peluche o di un materiale specifico per lo sviluppo della sensorialità aiuta a distogliere l'attenzione dal cibo. L'esposizione a stimoli sensoriali (massaggiare il viso, riprodurre il verso di animali, soffiare in una cannucchia) permette un approccio graduale all'introduzione del cibo nella bocca (24, 25). Giochi metaforici o storie che hanno per protagonisti gli alimenti incoraggiano la/il bambina/o a esplorare; a casa, i genitori possono riprodurre alcune routine particolari (massaggi, giochi sensoriali) per consolidare quanto appreso (26).

Bambino più grande (4–10 anni)

Per i più grandi organizziamo laboratori che abbinano l'approccio sensoriale alla scoperta del cibo. Io, per esempio, uso la «tombola dei sapori», con caramelle di vari gusti per esplorare le percezioni senza il vincolo delle consistenze. Stimolo la curiosità e la verbalizzazione con giochi come «Memory» o «Indovina chi» utilizzando alimenti veri (v. fig. 1) (27, 28).

I laboratori di cucina, particolarmente apprezzati, favoriscono l'autonomia, la scelta e l'approccio sensoriale globale: insieme alla/al bambina/o vengono selezionate ricette semplici, con possibili alternative, e si

definiscono le regole in anticipo. Pause ludiche per evadere e distrarsi permettono di controllare meglio le emozioni. La/Il bambina/o porta a casa una preparazione da condividere con la famiglia e, talvolta, un quaderno per annotare le proprie esperienze.

Questi laboratori si inseriscono in un percorso evolutivo, intervallato da pause e riprese secondo necessità, generalmente legate ai fattori motivazionali della/del bambina/o e dei suoi genitori, come per esempio eventi sociali, campi vacanza, osservazioni della propria cerchia personale o viaggi.

Adolescente

Nella presa a carico di adolescenti, e in particolare nella realizzazione di laboratori di cucina pratici in modalità individuale, bisogna considerare la dimensione identitaria legata alle loro difficoltà alimentari, che testimonia il radicamento di questa fragilità nello sviluppo verso l'età adulta. L'alleanza terapeutica è un fattore essenziale per assicurare la continuità dell'esposizione sensoriale.

Julie, infermiera specializzata nell'alimentazione del bambino, descrive la realizzazione dei laboratori sensoriali e culinari che favoriscono percorsi di accompagnamento concreto e amorevole per le famiglie.

Laboratori sensoriali e culinari per bambine/i con DAP

Dopo diversi anni di consulenze specializzate rivolte a bambine/i con DAP, mi sono resa conto che, malgrado i miei consigli puntuali, alcune/i di loro non facevano grandi progressi. La fatica dei genitori e il carico mentale causavano difficoltà nel ripetere gli esercizi a casa. Per ovviare a questo problema, ho creato dei laboratori sensoriali (dai 6 mesi ai 2 anni) e culinari (dai 3 agli 8 anni) destinati alle/ai bambine/i con DAP già seguite/i. L'obiettivo è offrire un'attività genitore-bambina/o senza vincoli materiali in un'atmosfera rilassata, con la presenza di una/un professionista. Questi laboratori restituiscono senso e piacere all'alimentazione proponendo



Figura 1: Gioco del vassoio a scomparti (28)

strategie concrete, come asciugarsi con uno strofinaccio invece di interrompere l'attività.

Questi momenti condivisi, lunghi dall'essere ricreativi, si inseriscono in un'ottica terapeutica: la/il bambina/o sperimenta, osserva e imita, mentre il genitore ritrova fiducia e motivazione.

Laboratori sensoriali (dai 6 mesi ai 2 anni)

I laboratori che organizzo offrono un contesto ludico e amorevole. La/Il bambina/o esplora liberamente diversi materiali sensoriali, come cereali, semolino, riso, farina, erbe aromatiche, ecc. Le proposte cambiano a seconda dei bisogni e includono pasta da modellare, schiuma, pittura e giochi olfattivi (24, 25).

Ogni attività stimola uno o più sensi e favorisce la tolleranza alle consistenze, essenziale per lo sviluppo dell'oralità. La/Il professionista elogia ogni tentativo e incoraggia il genitore a osservare e allenare la pazienza: alcune/i bambine/i toccano a malapena il materiale proposto, altre/i vi immergono le mani con entusiasmo. Ognuno procede al proprio ritmo, senza vincoli né ansia da prestazione.

Laboratori di cucina (dai 2 ai 4 anni e dai 4 agli 8 anni)

Le/I bambine/i, divisi in piccoli gruppi (quattro coppie al massimo), dispongono di una postazione individuale con una ricetta semplice adeguata alla loro età. Biscotti, muffin o pomodori farciti diventa-

no il mezzo per vivere esperienze sensoriali e motorie. Le/I bambine/i tagliano, mescolano, grattugiano; i genitori osservano, incoraggiano, condividono perplessità e successi. Lo scambio tra famiglie crea una rete di supporto e aiuta a sdrammatizzare.

Osservo i comportamenti alimentari, sostengo i genitori, adeguo le proposte e trasmetto le mie osservazioni alle altre figure professionali coinvolte (pediatra, logopedista, ergoterapista, dietista, ecc.). Questi scambi interdisciplinari contribuiscono alla coerenza del percorso di accompagnamento. Durante la cottura, un momento di gioco o di scambio conclude il laboratorio. Ogni coppia di partecipanti torna a casa con ciò che ha preparato, sentendosi fiera e valorizzata.

Questi laboratori multidisciplinari, semplici da realizzare, sono un approccio concreto e amorevole per accompagnare le/i bambine/i con DAP. Aiutano a ritrovare il piacere di mangiare, a ricostruire il legame sensoriale con il cibo e a ridare fiducia alle famiglie, spesso esauste e isolate.

Conclusione

Attraverso questi laboratori e consulenze nutrizionali, la/il bambina/o e la sua famiglia trovano punti di riferimento per fare progressi con i propri ritmi. Le esperienze vissute diventano spunti validi e concreti da replicare a casa, in un clima più sereno. Il nostro obiettivo comune è restituire fiducia, trasformare i pasti in momenti condivisi e consolidare il piacere di mangiare nella quotidianità (24, 25, 29).

Bibliografia sulla pagina 8

NutriDays

Kongress der Ernährungsberatung
Congrès de la diététique

PRESENTS

FFHS

Fernfachhochschule
Schweiz

Mitglied der SUPSI

«BÜHNE FREI FÜR DEINE FORSCHUNG!»

SCIENCE

SLAM

AN DEN NUTRIDAYS

27. MÄRZ 2026,
ABENDS

HOL DIR DAS
PREISGELD!

MELDE DICH JETZT AN UND
WERDE TEIL EINES
UNVERGESSLICHEN ABENDS!

MEHR INFOS





Adrian Rufener

Präsident
Président
Presidente



Liebe Kolleginnen und Kollegen

Kurz vor Weihnachten hat uns eine Nachricht erreicht, die uns tief bewegt: der Tod unseres Ehrenmitglieds Anna-Barbara Sterchi. Noch vor wenigen Monaten durften wir sie an der Generalversammlung zum Ehrenmitglied ernennen – ein Moment der Freude, der nun in trauriger Erinnerung steht.

Anna hat über vier Jahrzehnte unseren Berufsstand geprägt. Mit ihrem unermüdlchen Engagement, ihrer Wärme und ihrer Leidenschaft hat sie Spuren hinterlassen, die weit über ihre aktive Zeit hinaus wirken werden. Für viele war sie nicht nur eine Kollegin, sondern eine Freundin und Mentorin. Im Namen des Vorstands und des gesamten Verbands spreche ich den Angehörigen unser herzliches Beileid aus. Wir danken der SpitERB und insbesondere Maya Rühlin herzlich, dass sie einen Nachruf verfasst haben, den ihr in diesem NutrilInfo findet. Bei unserer nächsten Generalversammlung werden wir gemeinsam und würdevoll Abschied nehmen – und uns daran erinnern, wie viel Anna uns gegeben hat.

Gerade in solchen Momenten wird klar, wie wichtig Zusammenhalt ist. Umso mehr freut es mich, dass wir bei der Zertifizierung der neuen Rollen als APD-CH auf der Zielgeraden sind – ein Meilenstein für uns alle. Ich freue mich auf Larissa Flückigers Präsentation an den NutriDays.

Die NutriDays finden dieses Jahr in einem neuen Format statt. Fabienne Bischof und das OK haben mit viel Herzblut daran gearbeitet. Ein Highlight wird der Science Slam am Freitagabend sein – meldet euch bis am 30. Januar an!

Lasst uns Anna-Barbara in liebevoller Erinnerung behalten und mit Energie und Zuversicht in die Zukunft gehen.

Chères collègues, chers collègues

Nous avons appris une bien sombre nouvelle peu avant Noël: le décès de notre membre d'honneur Anna-Barbara Sterchi. Il y a quelques mois encore, nous la nommons membre d'honneur à l'occasion de l'assemblée générale, un moment de joie désormais teinté d'une grande tristesse.

Anna aura marqué de son sceau quarante ans de notre association par son engagement sans faille, sa chaleur humaine et une passion sans borne, perceptibles encore aujourd'hui. Pour beaucoup d'entre nous, elle n'était pas seulement une collègue, mais aussi une amie et une mentore. Au nom du comité et de l'ensemble de l'association, je tiens à adresser à ses proches nos plus sincères condoléances. Nous remercions le groupe SpitERB, et en particulier Maya Rühlin, pour la rédaction de la rubrique nécrologique que vous trouverez dans ce NutrilInfo. Tou-te-s ensemble, nous rendrons hommage à Anna et nous remémorerons tout ce qu'elle a fait pour nous lors de notre prochaine assemblée générale.

C'est justement dans de tels moments que la cohésion fait sens. Pour moi, c'est d'autant plus un plaisir de pouvoir annoncer que la certification de nouveaux rôles de DPA-CH est imminente: il s'agit d'une grande avancée pour nous tou-te-s. Je me réjouis de la présentation de Larissa Flückiger lors des NutriDays.

Qui auront lieu cette année sous un nouveau format. Fabienne Bischof et le CO y ont travaillé d'arrache-pied. Le Science Slam du vendredi soir promet d'être un grand moment: inscrivez-vous avant le 30 janvier!

Gardons en mémoire le meilleur souvenir d'Anna-Barbara, et envisageons l'avenir avec force et confiance.

Care colleghe e cari colleghi

Natale è ormai alle porte e purtroppo abbiamo ricevuto una notizia che ci addolora profondamente: Anna-Barbara Sterchi ci ha lasciati. A soli pochi mesi dall'ultima Assemblée generale nella quale era stata nominata membro onorario della nostra associazione: un evento felice, il cui ricordo ci riempie ora di tristezza.

Anna è stata attiva in seno alla nostra associazione professionale per oltre 40 anni, contribuendo in maniera determinante al suo sviluppo. Il suo impegno instancabile, il suo calore e la sua passione hanno lasciato un segno indelebile e ci accompagneranno per tanti anni ancora. Per molte e molti di noi era ben più di una collega: era un'amica e una mentore. A nome del Comitato direttivo e di tutta l'associazione rivolgo le mie più sentite condoglianze a tutta la sua famiglia. Un grazie sincero al gruppo SpitERB e in particolare a Maya Rühlin per aver redatto il necrologio pubblicato in questo numero della nostra rivista. Durante la prossima Assemblée generale ci congederemo da Anna nel modo in cui merita e rievocheremo insieme tutto quello che ci ha dato.

È in momenti come questi che si capisce quanto sia importante essere uniti. Per questo sono lieto che la certificazione della qualifica di APD in Svizzera sia ormai in dirittura d'arrivo: una pietra miliare per tutte e tutti noi. Grazie a Larissa Flückiger per la presentazione che terrà ai NutriDays.

Nel 2026 i NutriDays assumeranno un nuovo formato, risultato dell'impegno e della passione di Fabienne Bischof e del comitato organizzativo. Un evento da non perdere sarà lo Science Slam di venerdì sera. Non dimenticate di iscrivervi entro il 30 gennaio! Che il ricordo di Anna-Barbara ci accompagni sempre guardando al futuro con energia e fiducia.

Im stillen, respektvollen Andenken an Anna-Barbara Sterchi (28. November 1959 bis 30. November 2025)



Kurz vor den Festtagen hat uns die traurige Nachricht über den plötzlichen Tod von Anna-Barbara erreicht, die uns tief bewegt, fassungslos und betroffen macht.

Ihr Leitspruch «An die Realisierung meiner Träume glauben» lässt uns an viele realisierte Visionen und Träume von Anna-Barbara erinnern – sie hat unsere Berufsentwicklung, Positionierung und Sichtbarkeit in der klinischen und freiberuflichen Ernährungstherapie in der Vergangenheit, in der Gegenwart und für die Zukunft bleibend geprägt. Sie war eine Visionärin, Pionierin und Wegbereiterin mit Herzblut.

Mit Dankbarkeit, Wertschätzung und grossem Respekt lassen wir einige Wegspuren und realisierte Träume Revue passieren.

Die ersten Schritte

Anna schloss ihre Ausbildung zur Ernährungsberaterin 1980 an der Schule für Ernährungsberatung am Inselspital in Bern ab. Neun Jahre später, im Jahr 1989, über-

nahm Anna die Leitung der Ernährungsberatung für Erwachsene am Inselspital Bern.

Pionierleistungen, Engagements und Erfolge

Anna hat den grossen Wandel in der Ernährungsberatung – von der Diätassistent/in, die vorwiegend in der Diätküche tätig war, zur Ernährungsberater/in und -therapeut/in und zur Fachexpert/in nicht nur mitgeprägt, sondern aktiv vorangetrieben.

2011 schloss sie den berufsbegleitenden Studiengang Executive MBA Health Service Management ab und übernahm fortan die Gesamtleitung der Ernährungsberatung am Inselspital mit vier Teams, 17 Vollzeitstellen und 24 Mitarbeitenden sowie jährlich rund 22 Bachelors-Studierenden.

Daneben waren ihr die interdisziplinäre und interprofessionelle Zusammenarbeit und die Etablierung von Ernährungsteams ein grosses Anliegen. In diesen Bereichen wirkte sie aktiv bei Studien, im Ernährungsteam und in der Ernährungskommission im Inselspital mit, und schrieb Artikel und Buchkapitel dazu. Sie war eine Wegbereiterin der Ernährungsmedizin.

Doch Anna hat nicht nur ihre beruflichen Tätigkeiten im Inselspital ausgeweitet. 2013 gründete sie das Netzwerk Nutricare, um die wohnortnahe Ernährungsberatung zu etablieren. Im Jahr 2019, nach 30 Jahren in leitender Funktion, übernahm sie eine neue Rolle in der Insel Gruppe AG als Therapieexpertin und Bildungsverantwortliche Ernährung und Diätetik und widmete sich verstärkt ihrer freiberuflichen Tätigkeit.

Zudem war Anna über 20 Jahre prägend für die Arbeit der Schweizer Selbsthilfeorganisation Pankreaserkrankungen und stand ihr seit 2019 als Präsidentin vor. Es war ihr stets sehr wichtig, Patient/innen

darin zu unterstützen, sich zu vernetzen und auszutauschen, mehr über ihre Krankheit zu lernen, und eine beratende Rolle in der Planung von wissenschaftlichen Studien einzunehmen.

Die Netzwerkerin und Berufsentwicklerin

Darüber hinaus war Anna ein Gründungsmitglied und über 25 Jahre lang aktiv in der Interessensgruppe SpitERB des SVDE und hat so massgeblich dazu beigetragen, dass die Herausforderungen der klinischen Ernährungsberatung auch auf politischer und fachlicher Ebene gehört wurden. Für ihre grosse Arbeit wurde Anna an der versammelten GV 2025 in Aarau zum Ehrenmitglied gewählt.

Ihr Einfluss zählte nicht nur innerhalb des Inselspitals, sondern reichte auch darüber hinaus: Sie wurde als erste Vertreterin des SVDE im Vorstand der Gesellschaft für Ernährungsmedizin und Metabolismus (GESKES) gewählt, wo sie 10 Jahre im Vorstand war. Im SVDE hat Anna 20 Jahre in der Tarifkommission mitgearbeitet und entscheidend zur Weiterentwicklung der Ernährungsberatung in der Schweiz beigetragen (Bis 1998 war die Ernährungsberatung keine kassenpflichtige Leistung).

Besonders hervorzuheben ist ihr Engagement bei der Einführung von Swiss DRG im Jahr 2012, wo sie eine Schlüsselrolle spielte, um die Leistungen der Ernährungsberatung im neuen DRG-System abzubilden, was insbesondere für das Mangelernährungsmanagement einen Meilenstein bedeutete. Als Leiterin der Arbeitsgruppe DRG und Ernährung gelang es ihr, zentrale Stakeholder für die Gruppe zu gewinnen, um die Ernährung in allen wichtigen Bereichen der klinischen Ernährung abzubilden. Sie dachte dabei immer auch an andere Ausrichtungen (Psychiatrie und Rehabilitation) und setzte sich dafür ein, bei all ihren Engagements die verschiedenen Sprach-

regionen zu berücksichtigen. Durch ihr grosses Netzwerk und ihre beharrliche Art hat sie das Thema Ernährung und DRG entscheidend geprägt. Als Autorin von Fachartikeln und Organisatorin von Fortbildungen hat sie massgeblich zur Wissensvermittlung beigetragen.

Berufskollegin und Freundin

Was Anna besonders auszeichnete, ist nicht nur ihre Fachkompetenz, sondern auch ihre menschliche Seite. Ihre besonnene Art, ihre Empathie und ihre Fähigkeit, sich für ein Ziel einzusetzen und dieses –

auch gegen Widerstände – zu verfolgen, sind vorbildlich.

Anna hat über vier Jahrzehnte unseren Berufsstand geprägt. Mit ihrem unermüdlchen Engagement, ihrer Wärme und ihrer Leidenschaft hat sie Spuren hinterlassen, die weit über ihre aktive Zeit hinauswirken werden. Für viele war sie nicht nur Kollegin, sondern auch Freundin und Mentorin.

Im Namen aller ehemaligen und aktuellen SpitERB-Kolleg/innen und des gesamten Verbandes sprechen wir den Angehörigen unser herzliches Beileid aus.

Anna, du hast mit deinem unermüdlchen Einsatz und deinem Engagement einen unschätzbaren Beitrag zur Professionalisierung unseres Berufes und zur Etablierung einer fachkompetenten und personenzentrierten Ernährungstherapie geleistet. Dafür danken wir dir von ganzem Herzen.

In ewiger und herzlicher Verbundenheit.

Im Namen der SpitERB SVDE:

Maya Rühlin
Cornelia Albrecht
Karin Dubi
Nick Vonzun

En mémoire d'Anna-Barbara Sterchi (28 novembre 1959 au 30 novembre 2025)

Peu de temps avant les fêtes de fin d'année, l'annonce du décès subit d'Anna-Barbara nous a profondément bouleversé-e-s.

Sa devise «Il faut croire en ses rêves» nous rappelle bien des visions et rêves qu'Anna-Barbara a pu réaliser. Elle n'a eu de cesse de contribuer au développement de notre profession, à son positionnement et à sa visibilité dans la thérapie nutritionnelle clinique et pour l'exercice à titre indépendant. Véritable pionnière et visionnaire, elle a ouvert la voie avec passion et ténacité.

C'est avec gratitude, reconnaissance et un infini respect que nous passons en revue certaines étapes de son parcours et quelques-uns de ses rêves accomplis.

Premiers pas dans le métier

En 1980, Anna obtient son diplôme de diététicienne à la École de conseil nutritionnel de l'Inselspital de Berne. Neuf ans plus tard, en 1989, elle reprend la direction du service de conseil diététique pour adultes de l'Inselspital de Berne.

Des contributions pionnières et des engagements couronnés de succès

Anna ne s'est pas contentée de suivre la grande mutation du conseil diététique, du statut d'assistante diététique travaillant essentiellement en cuisine diététique pour arriver au profil de diététicien-ne/thérapeute nutritionnel-le et d'expert-e en diététique: elle l'a activement lancée et accompagnée.

En 2011, elle a achevé sa formation en cours d'emploi en Executive MBA Health Service Management et a alors repris la direction générale du service de conseil diététique de l'Inselspital, qui comprenait 4 équipes, dont 17 temps pleins et 24 collaboratrices ainsi que quelque 22 étudiant-e-s en bachelor chaque année.

Tout au long de ce parcours, elle s'est engagée en faveur d'une collaboration interdisciplinaire et interprofessionnelle ainsi que pour l'établissement d'équipes de diététicien-ne-s. Dans ces domaines, elle a pris activement part à des études, au sein de

l'équipe de diététicien-ne-s et de la commission de diététique de l'Inselspital, et rédigé des articles ainsi que des chapitres d'ouvrage. Elle a agi en pionnière pour la thérapie nutritionnelle.

Rappelons qu'Anna a également élargi son activité professionnelle en dehors de l'Inselspital. En 2013, elle a créé le réseau Nutricare afin de promouvoir le conseil diététique à proximité du domicile. En 2019, après 30 ans à un poste de direction, elle a repris une nouvelle fonction chez Insel Gruppe AG en tant qu'experte thérapeutique et responsable de la filière Nutrition et Diététique et s'est consacrée plus pleinement à son activité indépendante.

Pendant 20 ans, Anna a également fortement contribué au travail de l'Organisation suisse d'entraide pour les maladies du pancréas, dont elle a été présidente à partir de 2019. Elle n'a cessé d'inciter ses patient-e-s à intégrer un réseau et à échanger, à en apprendre plus sur leur maladie et à tenir un rôle de conseil dans la planification des études scientifiques.

Créatrice de réseau et fer de lance de la profession

Anna était avant tout membre fondateur et fut pendant plus de 25 ans active dans le groupe d'intérêt SpitErb de l'ASDD, permettant ainsi que les défis du conseil diététique clinique soient aussi entendus sur la scène politique et professionnelle. L'étendue de son travail a été saluée à l'occasion de l'AG 2025, à Aarau, où elle fut élue membre d'honneur.

Anna a influencé d'autres sphères que l'Inselsspital: elle fut notamment la première représentante de l'ASDD au sein du comité de la Société Suisse de Nutrition Clinique et Métabolisme (SSNC), où elle a œuvré pendant dix ans. Pour l'ASDD, Anna a travaillé 20 ans dans la commission spécialisée Tarifs et a contribué de façon décisive au développement du conseil diététique en Suisse. (Jusqu'en 1998, le conseil diététique n'était pas une prestation remboursée par les caisses.)

Soulignons ici son engagement sans faille lors de l'introduction de Swiss DRG en 2012, dans laquelle elle a joué un rôle clé pour représenter les prestations du

conseil diététique dans le nouveau système DRG, ce qui a constitué un jalon important pour la gestion de la malnutrition. En sa qualité de responsable du groupe de travail DRG et nutrition, elle a réussi à convaincre des parties prenantes importantes pour le groupe afin de représenter la nutrition dans tous les domaines de la nutrition clinique. Elle ne perdait jamais de vue les autres orientations (psychiatrie et réadaptation) et avait à cœur de toujours prendre en considération l'ensemble des régions linguistiques. Son vaste réseau et sa ténacité lui ont permis de fortement influencer le thème de la nutrition et des DRG. En tant qu'auteure d'articles spécialisés et organisatrice de formations continues, elle a fortement encouragé la transmission de savoir.

Une collègue de travail et une amie

Anna n'était pas seulement une collègue compétente, elle était aussi dotée d'une grande humanité. Sa sagesse, son empathie et sa capacité à s'engager pleinement pour atteindre un objectif, contre vents et marées, servent de modèle.

Anna aura influencé 40 ans d'existence de notre profession. Elle a à jamais marqué de son sceau notre association, par son grand dévouement, sa chaleur humaine et une passion sans borne. Pour beaucoup d'entre nous, c'était une amie et une mentore.

Au nom de tou-te-s ses ancien-ne-s et actuel-le-s collègues du SpitERB et de l'ensemble de l'association, nous adressons à ses proches nos plus sincères condoléances.

Anna, grâce à ton engagement à toute épreuve, tu as été un fer de lance pour la professionnalisation de notre métier et l'établissement d'une thérapie nutritionnelle compétente, spécialisée et centrée sur les patient-e-s. Nous t'en remercions du fond du cœur.

Avec notre cordiale et éternelle reconnaissance.

Au nom du SpitERB de l'ASDD,
Maya Rühlin
Cornelia Albrecht
Karin Dubi
Nick Vonzun

In memoria di Anna-Barbara Sterchi (28 novembre 1959 al 30 novembre 2025)

A pochi giorni dalle feste abbiamo appreso che Anna-Barbara Sterchi ci ha lasciati. La sua improvvisa scomparsa ci addolora e colpisce nel profondo. È difficile trovare le parole per esprimere il nostro sgomento.

Anna-Barbara credeva fermamente nei suoi sogni – una convinzione che ci riporta alla mente le numerose visioni e ambizioni che è riuscita a realizzare. Il suo impegno ha segnato in modo indelebile lo sviluppo della nostra figura professionale, il nostro posizionamento e la nostra visi-

bilità sia nella pratica clinica che nella libera professione, e il suo contributo passato e presente continuerà a dare frutti anche in futuro. Con il suo spirito visionario e pionieristico, ha percorso i tempi animata da una grande passione.

Ricordandola con gratitudine, stima e profondo rispetto, ripercorriamo i momenti più salienti del suo cammino e alcuni dei sogni che ha realizzato.

La formazione e le prime esperienze lavorative

Anna ha frequentato la scuola di dietetica presso l'Inselsspital di Berna, diplomandosi nel 1980, e nove anni dopo ha assunto la direzione della consulenza nutrizionale per adulti presso lo stesso Inselsspital di Berna.

Un lavoro pionieristico segnato da grande impegno e molti successi

Anna si è prodigata per promuovere attivamente il grande cambiamento che ha portato dalla figura dell'assistente die-

tista impegnata prevalentemente nella cucina dietetica alla figura attuale di dietista esperta.

Nel 2011 ha concluso l'Executive MBA Health Service Management, frequentato parallelamente al lavoro, e ha assunto la direzione generale della consulenza nutrizionale presso l'InselSpital con 40 team, 17 posti a tempo pieno e 24 collaboratrici/tori, più una ventina di studentesse e studenti di bachelor all'anno.

Anche la collaborazione interdisciplinare e interprofessionale e la creazione di team dedicati alla nutrizione erano molto importanti per lei. A tale proposito partecipava attivamente a studi e collaborava con il team e la commissione per la nutrizione presso l'InselSpital, scrivendo articoli e capitoli di libri. Con il suo lavoro e il suo impegno ha preparato la strada alla medicina nutrizionale.

Ma non si è limitata ad ampliare le sue attività professionali all'InselSpital: nel 2013 ha fondato la rete Nutricare per offrire una consulenza nutrizionale di prossimità. Nel 2019, dopo aver ricoperto per 30 anni un ruolo direttivo, ha deciso di assumere la nuova funzione di terapeuta esperta e responsabile della formazione in nutrizione e dietetica dell'Insel Gruppe AG per poter così dedicarsi maggiormente alla sua attività indipendente.

Anna si è inoltre prodigata per oltre 20 anni nelle attività dell'organizzazione svizzera di autoaiuto per le malattie del pancreas (SSP), di cui era presidente dal 2019. Per lei è sempre stato molto importante aiutare le persone malate affinché imparino a fare rete, approfondire la conoscenza della loro malattia e assumere un ruolo di consulenza nella pianificazione degli studi scientifici.

Una creatrice di reti e promotrice dello sviluppo professionale

Anna è stata anche membro fondatore del gruppo di interesse SpitERB dell'ASDD, nel quale ha ricoperto un ruolo attivo per oltre 25 anni, contribuendo in modo determinante a far sì che le sfide della consulen-

za nutrizionale clinica fossero ascoltate anche dagli attori politici e dai professionisti della salute. Per ringraziarla del suo grande impegno, l'assemblea generale riunita lo scorso 4 aprile ad Aarau l'aveva eletta membro onorario dell'ASDD.

La sua forte influenza si è estesa anche al di fuori dell'InselSpital e dell'ASDD: Anna è stata la prima rappresentante della nostra associazione professionale a essere eletta nel Comitato direttivo della Società Svizzera di Medicina Nutrizionale e Metabolismo (SSNC), dove è rimasta per dieci anni. Ha inoltre lavorato per 20 anni nella Commissione tariffaria dell'ASDD, fornendo un apporto decisivo allo sviluppo della consulenza nutrizionale in Svizzera (fino al 1998 le prestazioni di consulenza nutrizionale non erano rimborsate dalle casse malati).

Particolarmente degno di nota è il suo impegno nella fase di introduzione di SwissDRG nel 2012: in tale contesto, Anna ha svolto un ruolo chiave per includere le prestazioni della consulenza nutrizionale nel nuovo sistema, un traguardo fondamentale soprattutto per la gestione della malnutrizione. Come responsabile del gruppo di lavoro DRG e nutrizione, è riuscita a coinvolgere stakeholder essenziali per il gruppo, al fine di includere la nutrizione in tutti gli ambiti importanti della nutrizione clinica. In tale contesto ha sempre considerato anche altre discipline (psichiatria e riabilitazione) e ha sempre tenuto conto delle diverse regioni linguistiche della Svizzera. Con la sua ampia rete e la sua tenacia ha impresso una svolta decisiva alla nutrizione e al sistema DRG. Come autrice di articoli specialistici e organizzatrice di corsi di formazione continua ha contribuito in misura determinante alla trasmissione delle conoscenze.

Una collega e un'amica

Anna era conosciuta e apprezzata non solo per le sue competenze professionali, ma anche per il suo lato umano. Il suo carattere calmo, la sua empatia, la sua capacità di impegnarsi per un obiettivo e di perseguirlo anche quando incontrava resistenze erano esemplari.



Anna ha avuto un'influenza determinante sulla nostra professione per oltre 40 anni. Con il suo instancabile impegno, il suo calore umano e la sua passione ha lasciato un segno indelebile che ci accompagnerà per tanti anni ancora. Per molte e molti di noi era ben più di una collega: era un'amica e una mentore.

A nome dei membri ed ex membri del gruppo di interesse SpitERB e dell'intera associazione, esprimiamo le nostre più sentite condoglianze a tutta la sua famiglia.

Anna, con la tua inesauribile dedizione e il tuo impegno hai dato un contributo inestimabile alla professionalizzazione del nostro lavoro e al consolidamento di una terapia nutrizionale competente e centrata sulla persona. Per tutto questo ti ringraziamo di cuore.

Con eterno e sincero affetto.

A nome del gruppo di interesse SpitERB dell'ASDD,
Maya Rühlin
Cornelia Albrecht
Karin Dubi
Nick Vonzun

Herzliche Gratulation den 52 Bachelor- und 1 Masterabsolvent/innen des Studiengangs Ernährung und Diätetik am Departement Gesundheit der Berner Fachhochschule

Andrea Mahlstein, MSc
Leiterin Bachelors-Studiengang
Ernährung und Diätetik

Dr. Undine Lehmann
Leiterin Masters-Studiengang
Ernährung und Diätetik

Im Rahmen der Abschlussfeier des Departements Gesundheit der Berner Fachhochschule vom 29. Oktober 2025 im «National» in Bern feierten 52 Bachelor- und 1 Masterabsolvent/innen ihren erfolgreichen Abschluss.

Ein Saal voller strahlender Gesichter – das war die Kulisse der diesjährigen Abschlussfeier, welche die Absolvent/innen im Kreise ihrer Angehörigen und Freund/innen sowie den Mitarbeitenden des Fachbereichs Ernährung und Diätetik erleben durften. Nach einem lehrreichen und intensiven Studium dürfen alle Absolvent/innen zu Recht stolz auf ihren Studienabschluss sein.

Im Rahmen der Abschlussfeier wurden folgende herausragende Leistungen im BSc Ernährung und Diätetik prämiert:

Die beste Gesamtleistung im Bachelor-Studiengang Ernährung und Diätetik erbrachte Milena Lörtscher. Sie schloss ihr Studium mit der Note 5,6 ab. Für diese hervorragende Leistung erhielt sie den von der Insel Gruppe AG gesponserten Preis von CHF 1000. Überreicht wurde der Preis von Rachel Strahm, Ernährungsberaterin und Berufsbildungsverantwortliche im Bereich Ernährung und Diätetik.

Die Auszeichnung für die beste Bachelor-Thesis erhielten Remo Fischer und Flurina Pauli. Ihre Arbeit greift ein in der Gesellschaft populäres Thema auf, wobei ein Aspekt beleuchtet wurde, der bisher kaum untersucht war. Remo Fischer und Flurina Pauli haben den Zusammenhang zwischen einer tiefen Cholinaufnahme

und Depressionen bei veganer Ernährung untersucht. Dabei haben sie auf internationaler Ebene Daten aufgearbeitet und dadurch wichtige Erkenntnisse für Ernährungsempfehlungen, für die Einzelberatung, aber auch für zukünftige Präventionsstrategien erarbeitet.

Die Arbeit wurde vom Schweizerischen Verband der Ernährungsberater/innen (SVDE) mit einem Preis von CHF 500 prämiert, den Larissa Flückiger, Vorstandsmitglied des SVDE, den stolzen Preisträger/innen überreichte.

Absolvent/innen des BSc Ernährung und Diätetik 2025:

à Porta Eveline, Adefris Hermon, Amherd-Brunner Jennifer, Bircher Leonie, Brunold

Sara, Bühler Kevin, Daven Maude, De Lorenzis Alessia, Derungs Leonie, Dotta Cheyenne, Dunst Rebecca, Dürr Vanessa, Eicher Lina, Eralil Tania, Erdin Sofia, Fischer Remo, Fritschi Anina, Grau Isidor, Guntern Medea, Hug Anna-Lea, Hussein Schawin, Jenni Lara, Julen Chiara, Kälin Celina, Krongrava Saichun, Langenegger Sina, Leutert Annik, Liechti Tania, Löffler Hanna, López López Laura, Lörtscher Milena, Lüchinger Jasmin, Pauli Flurina, Perotto Livio, Pfenninger Salome, Riede Fabienne, Riolo Carla, Rippstein Lea, Rizzo Naval Alexander, Rudolf Livia, Schaffner Saskia, Schneider Olivia, Steimann Annalena, Steinhauer Sarina, Straumann Larissa, Strub Jeannine, Sutter Silja, Upper Julian, Vogt Michelle, Walker Sarah, Walther Céline, Waser Indira





Im MSc Ernährung und Diätetik wurden folgende grossartige Leistungen prämiert:

Die beste Gesamtleistung im Master-Studiengang Ernährung und Diätetik erzielte Eveline Hunkeler. Sie schloss ihr Studium mit der Note 5,8 ab. Für diese hervorragende Leistung erhielt sie den von der Insel Gruppe AG gesponserten Preis von CHF 1000, der von Rachel Strahm überreicht wurde.

Die Auszeichnung für die beste Master-Thesis ging ebenfalls an Eveline Hunkeler für ihre Arbeit «Mögliche Master-of-Science-Rollen für Ernährungsberater/innen – eine qualitative Erhebung». Die Arbeit wurde

vom SVDE mit einem Preis von CHF 500 prämiert, den Larissa Flückiger überreichte.

Stellvertretend für die Absolventin des MSc Ernährung und Diätetik 2025 Eveline Hunkeler nahm die Studiengangsleiterin Undine Lehmann die Preise entgegen, da die Absolventin leider nicht zugegen sein konnte. Die Preise wurden der Absolventin übermittelt.

Das Team des Fachbereichs Ernährung und Diätetik gratuliert allen Absolvent/innen herzlich zum erfolgreichen Abschluss des Studiums und wünscht ihnen viel Freude und Erfolg im Berufsleben.



Berner Fachhochschule
Departement Gesundheit
Fachbereich Ernährung und Diätetik
Murtenstrasse 10
3008 Bern

www.gesundheit.bfh.ch/ernaehrung

Cérémonie de remise des diplômes du Master en Sciences de la santé HES-SO-UNIL, orientation Nutrition et diététique – quatre nouveaux diplômé-e-s

Angéline Chatelan

Diététicienne ASDD, Professeure associée, filière Nutrition et diététique, Haute école de santé de Genève, responsable de l'orientation Nutrition et diététique.

Le 2 décembre dernier, la HES-SO Master, la filière Nutrition et diététique de la Haute école de santé de Genève et l'ASDD ont eu l'honneur de participer à la cérémonie de remise des diplômes du Master en Sciences de la santé. Cette promotion compte quatre lauréat-e-s de l'orientation Nutrition et diététique: Simon Besse, Laeticia Guyot, Maeva Mercier et Dehlia Neuenschwander. Nous tenons à les féliciter chaleureusement pour leur engagement et leur rigueur profession-

nelle au cours des modules ainsi que la qualité de leur travail de master (TM). Nous remercions aussi les directions et codirections des TM pour leur proposition de projets de recherche riches et variés et leur supervision experte.

Le Prix ASDD du meilleur TM a été décerné cette année à Dehlia Neuenschwander pour son étude qualitative portant sur les facteurs favorisant l'adoption de nouvelles habitudes alimentaires cardioprotectrices en prévention secondaire et tertiaire auprès des patients de l'hôpital fribourgeois. Les autres TM ont exploré des sujets variés, tels que:

- Les comportements alimentaires et l'indice de masse corporelle chez la femme enceinte

- L'expérience, les pratiques et la construction TM la mixité de genre dans les métiers de diététicien-ne-s et physiothérapeutes (interprofessionnel) et
- La consommation de boissons ultra-transformées en Suisse et son lien avec l'obésité.

L'intégralité de ces travaux est accessible en ligne sur le site www.hes-so.ch/mcsca. Par ailleurs, il est possible de suivre, via Teams, les soutenances publiques des prochains TM prévues en février et juin 2026. Les annonces des soutenances sont aussi faites sur ce site ou à demander à angelina.chatelan@hesge.ch.



Bravo aux diplômé-e-s 2025 en Nutrition et diététique!

Pasqualina Riggillo

Diététicienne ASDD dipl. ES, maître d'enseignement HES et responsable de la filière Nutrition et diététique à la Haute école de santé, Genève

Le 25 novembre 2025, la Haute école de santé de Genève (HEdS-Genève) a célébré la réussite de 39 nouvelles diététiciennes et nouveaux diététiciens!

Après trois années d'études intenses et passionnantes, les diplômé-e-s rejoignent la profession, prêts à faire rayonner leurs compétences dans les domaines de la santé, de la prévention et de la durabilité alimentaire.

Les nouveaux professionnel-le-s qui nous rejoignent aujourd'hui sont:

Tomoka Akiyama, Alexandra Andrade, Micheel Batbayar, Mélissa Baume, Talla Beye, Camille Bovier, Tamara Chirenti, Melissa Courlet, Gregh Croisier, Alexandre Da Silva, Julie Dubouloz, Mélissa Durand, Aurélia Feiner, Sara Freitas Pinto, Sebastian Gamez, Théo Gassilloud, Mélanie Gay,

Sarah Gomes, Manon Gonseth, Elena Guibbaud, Tifène Haag, Nada Haddadi, Jordane Herren, Arthur Hess, Tatiana Jeanbourquin, Mariela Jolidon, Filipe Marques Fonseca, Froska Mitrova, Axelle Nicoulin, Ariane Nocent, Pauline Rehbein, Chloé Ricklin, Estelle Ricoul-Mangel, Sophie Rochat, Victoria Ruiz, Laura Schambacher, Sugan Singh, Mayla Tornare, Linsey Varas et Raphaëlle Weibel.

Les enseignant-e-s et collaborateur/trices de la filière saluent une promotion dont le parcours s'est distingué par l'engagement, la solidarité et la curiosité scientifique qui ont marqué cette volée 2025.

Pasqualina Riggillo, responsable de la filière, souligne «des travaux de Bachelor d'une grande qualité et une génération de jeunes professionnel-le-s attentifs aux enjeux contemporains de la nutrition».

Deux prix d'honneur ont été remis:

- Le Prix de l'Association Suisse des diététicien-ne-s diplômé-e-s (ASDD) à Chloé Ricklin et Axelle Nicoulin pour leur travail sur l'impact du jeûne intermittent

sur la santé des femmes avant la ménopause;

- et le Prix de l'Association Vaudoise d'Aide et de Soins à Domicile (AVASAD) à Melissa Courlet et Linsey Varas pour leur étude sur les messages des réseaux sociaux autour de l'alimentation et du poids pendant la grossesse.

Toutes nos félicitations aux diplômé-e-s 2025! La filière leur souhaite de belles perspectives professionnelles et de continuer à nourrir la santé avec passion!





Online-Infoveranstaltungen
 17.3. + 22.4.2026 | 18.00 Uhr

Master of Science in Ernährung und Diätetik

Lust auf mehr? Mit dem Master-Studium in Ernährung und Diätetik setzen Sie Ihren Karrierekompass selbst.

Sie entscheiden, in welche Richtung es gehen soll. Wir helfen Ihnen, Ihr Studium entsprechend Ihren Karrierevorstellungen zielführend zu gestalten.

Liegt Ihr Fokus im stationären oder ambulanten Setting? Oder interessiert Sie die Forschung oder die Privatwirtschaft? Möchten Sie neue Einsatzgebiete im Schweizer Gesundheitswesen erschliessen oder sehen Sie sich in einer erweiterten Rolle als Advanced Practice Dietitian?

Das Master-Studium begleitet Sie zu Ihrem Ziel und punktet gleichzeitig mit einem spannenden, flexiblen Curriculum, das professionsspezifische und interprofessionelle Studieninhalte vereint.

➔ **Besuchen Sie unsere Infoveranstaltungen oder vereinbaren Sie ein persönliches Beratungsgespräch.**

bfh.ch/msc-ernaehrung

► Gesundheit



Label «Ernährungsberater/in SVDE»

Mit dem Ziel, den Beruf aufzuwerten, stellt der SVDE seinen Mitgliedern seit einigen Jahren ein Logo zur Verfügung, das diese als Ernährungsberater/innen SVDE ausweist und sie den gesetzlich anerkannten Gesundheitsberufen zuordnet.

Dieses ergänzende Logo besteht aus einem Häkchen, das vom Schriftzug Ernährungsberater/in SVDE (oben) und Schweizer Gesundheitsberuf (unten) umschlossen wird. Das Logo gibt es in Schwarz oder in Blau.

Unsere Mitglieder finden weitere Informationen sowie das Logo auf www.svde-asdd.ch > Beruf > Logo und Label Ernährungsberater/in SVDE > Logo Ernährungsberater/in SVDE.

Label «Diététicien-nes ASDD»

Afin de valoriser la profession, l'ASDD met à disposition de ses membres depuis quelques années un logo permettant d'identifier les diététicien-ne-s ASDD comme des professionnels de la santé reconnus légalement.

Ce logo complémentaire est composé d'un vu encerclé par le texte Diététicien-ne ASDD profession suisse de la santé. Ce logo est disponible en noir ou en bleu.

Nos membres trouveront de plus amples informations et le logo sur www.svde-asdd.ch > Profession > Logo et label Diététicien-ne ASDD > Logo Diététicien-ne-s ASDD.



SVDE ASDD



KURSÜBERSICHT VUE D'ENSEMBLE DES COURS PANORAMICA DEI CORSI

Datum Date Data	Ort Lieu Luogo	Veranstaltung Manifestation Manifestazione	SVDE-Punkte Points ASDD Punti ASDD
21.01.2026	Online	Genussvoll erfolgreich in der Praxis	2
22.01.2026	Online	Kontrovers diskutiert: Detox – Marketing-Gag oder reale Entgiftung?	2
22.01.2026	Online	Diabetes vorbeugen und managen – Wie ernähre ich mich richtig?	2
23.–24.01.2026	Online	Wirkungsspektrum Ernährungsmanagement bei Lipödem	7
23.–24.01.2026	Online	Vegane Vollwerternährung	13
23.–05.02.2026	Online	Ernährungstherapie bei Essstörungen: Einsteigerseminar	11
24.01.2026	Online	Adipositas – Ursachen, Folgen und die Ernährungstherapie	3
26.01.2026	Online	Schwarzkümmel – Ein uraltes Hausmittel neu entdeckt	2
26.01.–02.02.2026	Online	Histamin – Unverträglich oder unverzichtbar	5
27.01.2026	Zürich	12. Ernährungssymposium: Evidence-based practice in der Ernährungsberatung/-therapie	4
27.01.2026	Online	Scheinfasten – die Wissenschaft hinter dem Fasten mit Essen	1
27.01.2026	En ligne	Webinaire 2/3: Femmes, nutrition et maladies cardio-vasculaires	2
29.01.2026	Aarau	Fortbildungstag des Fachverbands AKJ – Ergänzung zur multiprofessionellen Therapie	6
29.01.2026	Camorino	Le maladie metaboliche in età pediatrica	4
29.01.2026	En ligne	Bromatech Mini Webinar Series: Rôles du microbiote lors de troubles digestifs: Études sur la gastrite, le reflux gastro-œsophagien et le SIBO	1
30.01.2026	Zürich	Pacing: DIE entscheidende Strategie bei erschöpften Menschen	8
30.01.2026	Online	Frühkindliche Regulationstörungen mit Schwerpunkt Fütterstörungen	7
30.01.2026	Online	Muskeln aufbauen mit Ernährung und Training	6
30.01.–10.02.2026	Online	Erfolgreich sein in der betrieblichen Gesundheitsförderung	10
01.02.–15.03.2026	Zürich	Bewegungsanalyse	18
02.02.2026	Online	GLP-1: Ohne Ernährungstherapie geht es nicht	6
03.02.2026	Online	Die Rolle von pflanzlichem Protein in der klinischen Ernährung	1
05.02.2026	Online	Alkohol und Gesundheit – Das Gläschen Wein zu einem guten Essen – Freund oder Feind?	2
05.02.2026	Genf	Symposium Microbiote Feeding the microbiota	3
05.02.2026	Lugano	La terapia individuale multiprofessionale strutturata dell'obesità pediatrica	6
05.02.–11.06.2026	St-Aubin FR	... Quand les images nourrissent l'espoir... Utilisation des cartes Dixit auprès de personnes présentant des TCA	6
06.02.2026	Online	ARFID: Nein, meine Suppe' ess ich nicht	4
06.02.2026	Wädenswil	Fachtagung Food Service Perspektiven	4
06.–07.02.2026	Online	Ernährung bei Krebs – was ist möglich, was ist sinnvoll? In Theorie und Praxis	6
06.–19.02.2026	Online	Cellulite, Lipohypertrophie und Lipödem: Ein Thema für Ernährungsfachkräfte!	11
09.02.2026	Online	Gut durch die Wechseljahre – so kann Ernährung helfen	6
10.02.2026	En ligne	Rôle du microbiote dans le stress, l'anxiété et la fatigue chronique	2
10.02.2026	En ligne	Webinaire 3/3: Femmes et ménopause	2
11.02.2026	Online	SIBO als versteckte Ursache von Verdauungsproblemen	2
12.02.2026	Online	Kontrovers diskutiert: Fakten-Check – Was steckt hinter der aktuellen Null-Alkohol-Empfehlung?	2
12.02.2026	Lausanne	«Foody Brain – Brainy Food: Unraveling Links Between Cravings, Reward, and Obesity in the Brain»	4
13.02.2026	Zürich	Anders denken, handeln, sein – ADHS und die sechs Lebensdimensionen	8
13.02.2026	Online	Lebensmitteltoxikologie: Verborgene Gefahren auf unserem Teller – von Arsen über Quecksilber, Schimmelpilzgifte bis Mikroplastik	3
13.02.2026	Online	REDS bei Sportlerinnen – Das ist für Ernährungsfachkräfte wichtig	4
14.02.2026	Online	Fastentechniken unter der Lupe	6
16.02.2026	Online	Sanddorn – Die Vitamin-C-Bombe aus der Natur	2

Alle Kurse und Details finden Sie auf unserer Webseite unter Bildung/Fortbildungsangebot.

Vous trouverez tous les cours et les détails sur notre site web sous Formation/Offre de formation continue.

Tutti i corsi e i dettagli sono disponibili sul nostro sito web alla Formazione/Offre de formation continue (FR).



NutriDays

Kongress der Ernährungsberatung
Congrès de la diététique

PRESENTS

FFHS

Fernfachhochschule
Schweiz

Mitglied der SUPSI

«PLACE À TA RECHERCHE!»

SCIENCE

SLAM

AUX NUTRIDAYS

27 MARS 2026,
LE SOIR

EMPOCHE LA
RÉCOMPENSE !

**INSCRIS-TOI DÈS MAINTENANT
ET FAIS PARTIE D'UNE
SOIRÉE INOUBLIABLE !**

PLUS D'INFOS



OMEGAlife®

AUS DER KRAFT DES MEERES

NEU

OMEGA life® Vegan Liquid
Die pflanzliche Quelle
für essenzielle Omega-3-Fettsäuren



- ✓ Mit Algenöl und Ahiflower®
- ✓ Mit einem angenehmen, natürlichen Mango-Geschmack
- ✓ Über 2'400 mg Omega-3-Fettsäuren pro Tagesdosis
- ✓ Geeignet für Kinder*, Jugendliche, Veganer und Vegetarier
- ✓ Nahrungsergänzungsmittel mit EPA, DHA, Vitamin D und Vitamin E

Nahrungsergänzungsmittel sind kein Ersatz für eine abwechslungsreiche und ausgewogene Ernährung und eine gesunde Lebensweise.

* Das Öl ist für Kinder oft einfacher einzunehmen als Kapseln. Um einem Mangel vorzubeugen, eignen sich 250 mg Omega-3-Fettsäuren pro Tag.

omega-life.ch



DOETSCH
GREYER

Free From: unbeschwert geniessen.

Mehr als
600
gluten- und
lactosefreie
Produkte



free
from

Seit über 15 Jahren finden Sie bei
Coop das grösste gluten- und lactosefreie
Sortiment der Schweiz.

coop

Für mich und dich.