



Le « mangeur difficile » : le tout-petit ou l'enfant d'âge préscolaire qui ne mange pas

Alexander KC Leung, Valérie Marchand, Reginald S Sauve; Société canadienne de pédiatrie, comité de nutrition et de gastroentérologie

Environ 25 % à 35 % des tout-petits et des enfants d'âge préscolaire sont décrits par leurs parents comme des enfants qui ne mangent pas beaucoup ou des mangeurs « difficiles » (1-4). Les repas et les problèmes d'alimentation des enfants sont une source courante de conflit entre les parents et l'enfant et peuvent inquiéter considérablement les parents. Cependant, la majorité de ces enfants ont un appétit qui convient à leur âge et à leur rythme de croissance (4). Les pédiatres et les médecins de famille sont en position idéale pour enseigner aux parents comment nourrir leurs enfants de manière efficace et pour leur donner des conseils préventifs afin d'éviter de transformer l'heure des repas en champ de bataille quotidien ou de renforcer les comportements alimentaires problématiques.

L'ÉTIOLOGIE

Pendant sa première année de vie, un nourrisson moyen prend 7 kg et grandit de 21 cm. Pendant sa deuxième année de vie, il prend environ 2,3 kg et grandit de 12 cm, la plupart des tout-petits atteignant un poids moyen de 12,3 kg et une taille de 87 cm à deux ans (5). Entre deux et cinq ans, la prise de poids diminue. Les enfants prennent de 1 kg à 2 kg et grandissent de 6 cm à 8 cm par année (5). Au cours de cette période, la plupart des tout-petits et des enfants d'âge préscolaire voient leur appétit diminuer (4). Certains parents confondent le poids moyen (le 50^e percentile) avec le poids normal. Il n'est pas rare de constater que le poids et la taille de l'enfant se situent dans la plage normale (entre le 3^e et le 97^e percentile) ou même au-dessus de la moyenne, mais que les attentes des parents en matière de croissance soient excessives. Les enfants ayant une petite structure osseuse peuvent avoir des besoins nutritionnels moins élevés (4).

La plupart des mangeurs difficiles ne naissent pas ainsi. Les efforts parentaux pour inciter les petits mangeurs à manger davantage peuvent avoir l'effet opposé. Les personnes qui s'occupent de l'enfant peuvent exercer des pressions pour qu'il mange, sans tenir compte de la diminution physiologique de l'appétit qui se produit entre un et cinq ans (4). L'appétit des enfants a tendance à être erratique pendant cette période. Même si la consommation alimentaire des tout-petits et des enfants d'âge préscolaire varie considérablement aux repas pendant la journée, leur apport énergétique quotidien total demeure relativement constant (6). Les enfants en bonne santé ont une capacité remarquable de maintenir leur équilibre énergétique au fil du temps lorsqu'on leur propose un assortiment d'aliments nutritifs (6). Les parents qui pensent que leur enfant est anormalement petit ou vulnérable sur le plan nutritionnel sont plus susceptibles de réagir de manière exagérée aux variations d'appétit de l'enfant (7).

Tandis que les tout-petits cherchent à acquérir un sentiment d'autonomie, ils préfèrent manger seuls et deviennent sélectifs

dans leurs choix d'aliments (8). Si on exerce des pressions pour qu'ils mangent ou qu'on les force à manger, leur besoin d'autonomie peut les inciter à y résister (7).

Les jeunes enfants ont tendance à être néophobes, c'est-à-dire qu'ils n'aiment pas les nouveaux aliments (8), ce que leurs parents perçoivent souvent comme caractéristique d'un mangeur difficile. Malgré les réactions initiales négatives aux nouveaux aliments, ils apprennent à les accepter au fil du temps et avec des expositions répétées et neutres (7,9).

Une consommation excessive de liquides (p. ex., lait, jus de fruit) ou de sucreries peut réduire l'appétit de l'enfant aux repas et aux collations, remplacer des aliments plus calorifiques et plus nutritifs et, chez certains enfants, provoquer un retard de croissance (10,11). Le grignotage entre les repas et les collations déjà planifiés peut également nuire à l'appétit de l'enfant.

Chez certains enfants, le refus de manger peut constituer un moyen d'attirer l'attention (4). Ce comportement peut également être indicateur d'un problème dans la relation entre le parent et l'enfant (7). Selon certaines données, un environnement familial dysfonctionnel serait inversement proportionnel à l'apport nutritionnel de l'enfant (12).

Le refus de manger peut également être attribuable à des techniques d'alimentation maladroites. Des stratégies comme les menaces, les remontrances, les réprimandes, les punitions, les plaidoyers, le chantage ou la coercition réduisent l'apport alimentaire plutôt que de l'augmenter (8,13). Les louanges ou un regard aimant sont considérés comme des moyens positifs pour inciter l'enfant à développer ses goûts alimentaires (4,13).

La plupart des enfants aiment imiter les autres. La famille et les camarades de l'enfant constituent des modèles pour l'acquisition des préférences et des habitudes alimentaires. Si un membre de la famille ou un autre enfant refuse un aliment donné, le tout-petit peut imiter ce comportement (4). L'observation de la famille et du groupe de camarades se révèle efficace non seulement pour inciter un enfant récalcitrant à manger, mais peut également constituer un moyen important pour élargir la variété des aliments acceptés. (14).

L'atmosphère aux repas est importante pour le comportement alimentaire de l'enfant. Une attitude d'encadrement et de tolérance a un effet positif, tandis que la distraction et les querelles sont négatives (15). Le fait d'insister sur des comportements et des manières à table qui ne sont pas adaptés à l'âge de l'enfant peuvent également nuire à son alimentation (3).

L'ÉVALUATION CLINIQUE

Il est nécessaire d'obtenir une anamnèse détaillée pour déterminer si le refus de manger est attribuable à une diminution physiologique de l'appétit ou à une cause organique. Les antécédents alimentaires détaillés des trois à sept jours précédents peuvent contribuer à

évaluer l'apport calorifique de l'enfant. Il faut prendre note de la portion habituelle, du temps nécessaire pour terminer un repas normal et de l'atmosphère aux repas. Si des aliments précis sont mangés une journée et refusés le lendemain, le problème provient souvent d'attentes irréalistes (4). La diminution de l'appétit qui sous-tend une maladie organique se manifeste souvent de manière abrupte et s'associe à tous les types d'aliments. Il est important de procéder à une évaluation fonctionnelle complète pour écarter la possibilité de nombreuses maladies aiguës ou chroniques liées à l'anorexie. Certains médicaments sont également responsables d'une perte d'appétit.

Il est essentiel d'effectuer un examen physique détaillé pour rechercher les signes d'une mauvaise alimentation et pour écarter une maladie sous-jacente responsable de la perte d'appétit. Il faut prendre des mesures exactes du poids et de la taille et les comparer avec les mesures antérieures, déterminer le poids par rapport à la taille ou l'indice de masse corporelle. Si l'enfant semble en bonne santé et grandit normalement, le refus de manger est habituellement d'ordre physiologique. Même si, d'ordinaire, l'examen physique confirme le bien-être général de l'enfant, la plupart des parents ne seront pas convaincus par des paroles rassurantes si elles ne sont pas précédées d'un examen physique attentif de leur enfant.

LA PRISE EN CHARGE

Dans la mesure du possible, il faut traiter la ou les causes sous-jacentes du refus de manger. Lorsque ce refus découle d'attentes parentales irréalistes, les conseils suivants peuvent se révéler utiles :

1. Rassurez les parents en leur expliquant qu'il est normal de remarquer une baisse d'appétit chez les enfants de deux à cinq ans, dont la consommation d'aliments diminue pour s'adapter à un rythme de croissance plus lent.
2. Expliquez-leur que même si les parents sont responsables des aliments offerts à l'enfant, celui-ci est responsable de la quantité d'aliments qu'il consomme (7). Autrement dit, les parents devraient choisir des aliments nutritifs d'une texture et d'un goût satisfaisants compte tenu de l'âge de l'enfant et lui offrir des repas et des collations structurés, tout en lui permettant de choisir les portions et les aliments qu'il mangera. Les parents doivent faire preuve de flexibilité et permettre les préférences alimentaires, dans une mesure raisonnable, pourvu que leur enfant grandisse de manière satisfaisante. Même si l'apport alimentaire des tout-petits peut fluctuer considérablement d'une journée à l'autre, ceux-ci peuvent maintenir une croissance stable (3).
3. Soulignez qu'il est bon de commencer par servir des portions relativement petites de chaque aliment au repas. Règle générale, on peut offrir une cuillerée à soupe de chaque aliment par année de l'enfant et lui en servir plus selon son appétit (15). Si l'enfant finit tout ce qui se trouve dans son assiette, on peut lui proposer une nouvelle portion.
4. Soulignez qu'il est préférable de servir les collations à mi-chemin entre les repas et qu'il faut les oublier si le moment ou la portion risque de nuire à l'appétit de l'enfant au repas suivant (16). Il faut choisir des collations denses en éléments nutritifs et éviter d'offrir des jus avec la collation. Les enfants ne devraient PAS être autorisés à grignoter tout au long de la journée ou à boire une trop grande quantité de lait ou de jus. Ces deux pratiques s'associent à une moins grande consommation d'aliments aux repas.
5. Rappelez aux parents que manger doit être une activité agréable. Les enfants ne doivent pas être forcés à manger ou

même incités à le faire (14,17). Le chantage, les menaces et les punitions n'ont aucune place dans une saine alimentation (4).

6. Suggérez de limiter à 20 minutes le temps que passe le tout-petit à table (14). Une fois le repas terminé, il faut ranger tous les aliments (18) et n'en offrir de nouveaux qu'au repas suivant ou à la collation planifiée suivante (18). Il est alors peu probable d'essayer un refus (3).
7. Soulignez que pour stimuler leur appétit, les enfants ont besoin de faire l'exercice et de jouer. Cependant, ils sont moins susceptibles de bien manger s'ils sont fatigués ou surstimulés (16). En avertissant les enfants de dix à 15 minutes avant le repas, les parents les aident à s'y préparer et à se calmer avant de manger (4).
8. Rappelez aux parents qu'il ne faut pas permettre des distractions comme les jouets, les livres ou la télévision à table pendant les repas (4,19).
9. Les parents doivent insister seulement sur les manières à table qui conviennent à l'âge et à l'étape de développement de l'enfant. Les repas doivent permettre de passer un moment agréable en famille. Les parents doivent tenter de ne pas faire de la discipline un enjeu pendant le repas. Un enfant qui pleure ou est bouleversé est peu susceptible de bien manger.
10. Le fait de manger en famille procure au tout-petit une expérience sociale agréable et l'occasion d'apprendre par l'imitation. Les enfants aiment la compagnie des membres de leur famille et dépendent de leur présence pour adopter de bonnes habitudes alimentaires (7). Les repas devraient se passer en famille, dans la mesure du possible.
11. Des stimulants de l'appétit comme la cyproheptadine ne sont généralement pas indiqués pour traiter des refus isolés de manger, et il ne faut jamais les envisager simplement pour soulager l'anxiété des parents. On peut prescrire des suppléments de vitamines ou de minéraux si la qualité du régime alimentaire laisse à désirer. Lorsqu'un enfant grandit bien, il n'a absolument pas besoin de suppléments nutritionnels comme les préparations lactées spéciales pour les tout-petits et les enfants. Les préparations lactées spéciales pour les tout-petits ne remplacent pas la consommation d'aliments sains, telle qu'elle est recommandée dans le Guide alimentaire canadien (www.santecanada.gc.ca/guidealimentaire).

REMERCIEMENTS : Le comité de la pédiatrie communautaire de la SCP a révisé le présent point de pratique.

RÉFÉRENCES

1. Burklow KA, Phelps AN, Schultz JR, McConnell K, Rudolph C. Classifying complex pediatric feeding disorders. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 1998;27(2):143-7.
2. Reau NR, Senturia YD, Lebailly SA, Christoffel KK; Pediatric Practice Research Group. Infant and toddler feeding patterns and problems: Normative data and a new direction. *J Dev Behav Pediatr* 1996;17(3):149-53.
3. Satter E. The feeding relationship: Problems and interventions. *J Pediatr* 1990;117(2 Pt 2): S181-9.
4. Leung AK, Robson WL. The toddler who does not eat. *Am Fam Physician* 1994;49(8):1789-800.
5. Needlman RD. Growth and development. In: Behrman RE, Kliegman RM, Jenson HB, éd. *Nelson Textbook of Pediatrics*, 16e éd. Philadelphie: WB Saunders, 2000:23-50.
6. Birch LL, Johnson SL, Andresen G, Peters JC, Schulte MC. The variability of young children's energy intake. *N Engl J Med* 1991;324(4):232-5.
7. Satter E. Feeding dynamics: Helping children to eat well. *J Pediatr Health Care* 1995;9(4):178-84.

8. Cerro N, Zeunert S, Simmer KN, Daniels LA. Eating behaviour of children 1.5-3.5 years born preterm: Parents' perceptions. *J Paediatr Child Health* 2002;38(1):72-8.
9. Birch LL, Marlin DW. I don't like it; I never tried it: Effects of exposure on two-year-old children's food preferences. *Appetite* 1982;3(4):353-60.
10. Dennison BA. Fruit juice consumption by infants and children: A review. *J Am Coll Nutr* 1996;15(5 Suppl):4S-11S.
11. Smith MM, Lifshitz F. Excess fruit juice consumption as a contributing factor in nonorganic failure to thrive. *Pediatrics* 1994;93(3):438-43.
12. Kintner M, Boss PG, Johnson N. The relationship between dysfunctional family environments and family member food intake. *J Marriage Fam* 1981;43(3):633-41.
13. Carruth BR, Skinner J, Houck K, Moran J III, Coletta F, Ott D. The phenomenon of "picky eater": A behavioral marker in eating patterns of toddlers. *J Am Coll Nutr* 1998;17(2):180-6.
14. Skuse D. Identification and management of problem eaters. *Arch Dis Child* 1993;69(5):604-8.
15. Birch LL, Marlin DW, Rotter J. Eating as the "means" activity in a contingency: Effects on young children's food preference. *Child Dev* 1984;55(2):431-9.
16. Shea S, Stein AD, Basch CE, Contento IR, Zybert P. Variability and self-regulation of energy intake in young children in their everyday environment. *Pediatrics* 1992;90(4):542-46.
17. Gottesman MM. Helping toddlers eat well. *J Pediatr Health Care* 2002;16(2):92-6.
18. Finney JW. Preventing common feeding problems in infants and young children. *Pediatr Clin North Am* 1986;33(4):775-88.
19. Douglas J. 'Why won't my toddler eat?' *Practitioner* 1998;242(1588):516, 520-2.

COMITÉ DE NUTRITION ET DE GASTROENTÉROLOGIE DE LA SCP

Membres : Dana L Boctor MD; Jeffrey N Critch MD (président); Manjula Gourishankar MD; Daniel Roth MD; Sharon L Unger MD; Robin C Williams MD (représentante du conseil)

Représentants : Jatinder Bhatia MD, American Academy of Pediatrics; Genevieve Courant IP, M. Sc., Comité canadien pour l'allaitement; A George F Davidson MD, Human Milk Banking Association; Tanis Fenton, Les Diététistes du Canada; Jennifer McCrea, Santé Canada; Jae Hong Kim MD (ancien membre); Lynne Underhill M. Sc., Bureau des sciences de la nutrition, Santé Canada

Auteurs principaux : Alexander KC Leung MD, Valérie Marchand MD (présidente sortante), Reginald S Sauve MD

Les recommandations contenues dans le présent document ne sont pas indicatrices d'un seul mode de traitement ou d'intervention. Des variations peuvent convenir, compte tenu de la situation. Tous les documents de principes et les points de pratique de la Société canadienne de pédiatrie sont régulièrement révisés. Consultez la zone *Documents de principes* du site Web de la SCP (www.cps.ca) pour en obtenir la version complète à jour.