



QUAND L'ENFANT REFUSE DE MANGER : FAUT-IL S'INQUIÉTER ?

Si l'« apprentissage » alimentaire s'intègre au développement physique et psychomoteur du jeune enfant, des difficultés alimentaires passagères peuvent surgir, sans répercussion sur sa croissance et sa santé. Celles-ci peuvent inquiéter tant l'accueillant-e que les parents et être source de tension...

Cet article propose des points de vigilance ainsi que des pistes concrètes pour éviter que ces difficultés ne s'aggravent.

L'alimentation du tout petit, exclusivement liquide au départ, va se modifier avec l'introduction d'aliments semi-liquides (bouillies, purées) puis solides, à croquer puis à mâcher, en passant par des textures mixtes (aliments écrasés, présence de morceaux encore tendres). Cet apprentissage prendra environ deux ans. L'appétit, propre à chaque enfant (il existe des « petits » mangeurs et des enfants plus gourmands), change d'un repas à l'autre, en fonction de son âge et de son activité physique mais aussi en fonction de ses émotions (joie, colère, dégoût...). Les enfants respectent naturellement les signaux de faim et satiété. Vers l'âge de deux ans, certains enfants veulent affirmer leur autonomie, par exemple en refusant de manger ou en sélectionnant ce qu'ils acceptent de manger pendant ou en-dehors des repas.

Des refus alimentaires répétés sont devenus un motif de consultation médicale très fréquent. Les parents, parfois sur conseil d'un-e professionnel-le, y mentionnent que l'enfant refuse certains aliments (le plus souvent les légumes), voire qu'il restreint ses menus à quelques aliments (pâtes, laitages...), qu'il recrache les morceaux. Les repas se prolongent (plus d'une demi-heure), le jeune enfant reste passif, attendant qu'on le nourrisse. Les repas deviennent sources de conflits.



Vers 2 ans = phase d'opposition qui peut se manifester par des difficultés liées à l'alimentation. On assiste également à un ralentissement physiologique de la courbe de croissance staturo-pondérale, qui peut se traduire par une diminution de l'appétit chez l'enfant. Pas de quoi s'inquiéter...

En milieu d'accueil, si dans la plupart des cas, ces difficultés sont passagères, liées à l'évolution de l'enfant et à sa prise d'autonomie, elles demandent cependant de la part de l'accueillant-e une certaine vigilance. Il est essentiel de communiquer avec les parents à ce propos. En partageant les observations des professionnel-le-s et des parents, ces difficultés pourront être objectivées pour envisager de manière concertée, et sans dramatisation, des pistes de solutions.

Par ailleurs, si la situation perdure, certains signes doivent retenir l'attention du personnel d'accueil comme :

- **une sélectivité** : il refuse de manière générale les liquides ou les solides, certaines textures ou certains aliments en particulier (nouveaux ou inconnus').
- **des moments de repas difficiles répétés** : l'enfant se cambre ou se raidit, il est irritable, il est passif, il pleure, il est stressé... la durée des repas s'allonge ou au contraire, il s'arrête de manger et se braque si l'on insiste.

1 Voir Flash Accueil n°30 : « Goûts et dégoûts chez l'enfant. Physiologie, influences, éducation »

- **des troubles fonctionnels** : l'enfant a du mal à gérer certaines textures, il ne mastique pas, il gobe les aliments, il tousse, il s'étouffe, il bave plus qu'habituellement, il est nauséux, régurgite plus ou vomit.

Selon Patel², des problèmes d'alimentation se rencontrent chez 25 à 35% des enfants dont 1 à 5% seulement présenteraient un réel trouble alimentaire avec répercussion sur la croissance et le développement. On parle alors de trouble alimentaire pédiatrique, aigu s'il dure entre deux semaines et trois mois, chronique au-delà de trois mois. Il s'agit de difficultés (refus ou incapacité) à consommer une quantité et/ou une variété d'aliments adaptés à son âge pour maintenir des apports nutritionnels adéquats et assurer une croissance harmonieuse.

Parmi ce faible pourcentage d'enfants, certains combinent des conditions médicales et/ou des troubles sensori-moteurs (malformations diverses entre autres oro-faciales ou digestives, retard psychomoteur, prématurité ou petit poids de naissance...). Ces derniers devront être pris en charge le plus tôt possible par une équipe pluridisciplinaire, médicale et paramédicale (rééducation, suivi psychologique, diététique...) pour éviter les répercussions sur la croissance et le développement mais aussi l'émergence de comportements inappropriés. La prise en charge doit nécessairement inclure un accompagnement parental, et une collaboration avec le milieu d'accueil.



QUELS SONT LES FACTEURS ET INDICATEURS IMPLIQUÉS DANS L'« APPRENTISSAGE » ALIMENTAIRE ?

LA FAMILIARISATION ALIMENTAIRE³

Les études démontrent que le fait de présenter régulièrement l'aliment (jusqu'à 9 fois !) est associé à une acceptation progressive de celui-ci.

Laisser l'enfant manipuler, sentir, observer l'aliment aide aussi à sa reconnaissance et son acceptation.

Un épisode de fausse-déglutition avec sensation d'étouffement (introduction trop rapide de morceaux) peut par contre amener à des blocages.

Il faut donc prévoir une progression dans la texture⁴, adaptée aux compétences de l'enfant. Certains enfants ont aussi un réflexe nauséux important (réflexe primitif qui a pour objectif d'éviter l'ingestion de substances non comestibles), ils auront besoin de davantage de temps dans leur apprentissage.



LA SÉCURITÉ PSYCHIQUE DE L'ENFANT ET SON SENTIMENT DE BIEN-ÊTRE

Le fait de prendre son repas avec une personne que l'enfant connaît, avec qui il a créé des liens et avec qui il a des repères peut le rassurer. Lors du repas, l'adulte se rend disponible. C'est un instant privilégié d'interactions et de plaisir.

LA CATÉGORISATION

L'enfant va reconnaître, comparer et associer les goûts (découverts à la maison), textures et apparences et se familiariser avec de nouveaux aliments par comparaison avec d'autres déjà familiers.

L'IMITATION

Le fait qu'un adulte ou d'autres enfants mangent les mêmes aliments en même temps dans un contexte serein (notion de repas) va le rassurer et l'inciter à faire de même. Le repas doit rester un plaisir : toute contrainte physique (être coincé dans un relax par exemple) ou incitation excessive à manger peut engendrer un stress ou des angoisses aboutissant à des blocages.

L'ASSOCIATION SAVEUR-NUTRIMENT

L'enfant va privilégier les aliments plus énergétiques et plus facilement délaissés ceux qui le sont moins, les légumes par exemple. Sauf en cas de maladie, il va spontanément ajuster les quantités à ses besoins. Donner des aliments mixés⁵ ou des purées trop longtemps peut contribuer au fait qu'en mangeant trop rapidement, il aura tendance à manger davantage, le signal de satiété tardant par rapport aux quantités ingurgitées.

2 Patel MR, Assessment of pediatric feeding disorders In Handbook of Crisis Intervention and Developmental Disabilities 2013 (pp. 169-182). Springer, New York, NY.

3 Voir Flash Accueil n°30 : « [Goûts et dégoûts chez l'enfant. Physiologie, influences, éducation](#) »

4 Voir Flash Accueil n°36 : « [Diversification et textures alimentaires](#) »

5 Voir Flash Accueil n°36 : « [Diversification et textures alimentaires](#) »

EN PRATIQUE, QUE FAIRE FACE À UN ENFANT QUI REFUSE DE MANGER ?
i Brochure même pas faim


- Prendre du recul, relativiser, objectiver : il est important que les professionnel-le-s échangent entre eux/elles en y associant, si besoin, le médecin traitant, le pédiatre ou la consultation pour enfants. La notion de bien manger étant souvent variable d'une personne à une autre. Il convient d'observer et d'objectiver les faits, ainsi que leur récurrence, et de ne pas se contenter d'impressions. Pour l'équipe, il s'agira également de questionner le contexte dans lequel se prend le repas et de réfléchir aux conditions de celui-ci. Il est aussi intéressant de s'interroger sur ce qui est transcrit dans les observations journalières et transmis aux parents en fin de journée (notions de quantité, de présentation de l'assiette, attitude de l'enfant...).
- Échanger avec les parents pour connaître les habitudes à la maison, ce qui favorise son alimentation, ainsi que ses goûts et aversions alimentaires.
- Réfléchir avec eux sur ce qui peut être mis en place dans le milieu d'accueil pour leur enfant. Si, le cas échéant, un suivi médical nécessite des aménagements organisationnels, il importera d'y réfléchir en équipe avec les parents et professionnels de la santé.
- Adopter une routine et des repères : des horaires de repas réguliers (à la maison et dans le milieu d'accueil) avec un rituel (lavage des mains, bavoir...) en prévoyant une période de retour au calme avant le repas. Il s'agit d'enrober ce moment afin que petit à petit la séquence soit intégrée par l'enfant.
- Éviter qu'il ne boive du lait (ou de la soupe) dans les deux heures précédant le repas.
- Présenter de petites portions de nourriture dans son assiette. Le repas peut être complété avec du lait dans un premier temps, ensuite augmenter progressivement les portions.
- Faire de ce moment, un moment d'activité pour l'enfant, où en fonction de son âge et son développement, l'adulte sera attentif à lui laisser une place active.
- En fonction de l'âge, le laisser guider dans les quantités à mettre dans son assiette ou le laisser se servir lui-même, encourager ses initiatives.

- Mettre en petites quantités les aliments nouveaux ou qu'il apprécie moins pour qu'il puisse se familiariser et développer de nouveaux goûts.
- Ne pas prolonger le repas au-delà de 30 minutes, ne pas insister pour qu'il mange davantage.
- S'il n'a pas bien mangé, éviter de lui donner des aliments avant la prochaine heure de repas mais lui proposer de l'eau.
- Le laisser manipuler les aliments avec les doigts⁶. Cette étape permet de le rassurer.



Si ces difficultés alimentaires restent légitimement la préoccupation première des professionnel-le-s et des parents, il importe également, notamment dans la communication avec ces derniers que les professionnel-le-s ne se limitent pas à ces aspects. Pourvoir aborder le jeu, le développement global, la motricité ou les interactions que cet enfant peut avoir avec les adultes ou les autres enfants amèneront les professionnel-le-s à mettre en lumière également les compétences de cet enfant. Pouvoir aborder ces dimensions amènent les professionnel-le-s et les parents à développer un autre regard sur l'enfant qui devient alors compétent, ce qui ne peut que le soutenir davantage.

Pascale GREVESSE,
Logopède et conférencière sur les troubles
alimentaires pédiatriques,
Thérèse SONCK,
Conseillère pédiatre ONE,
en collaboration avec Nathalie CLAES,
Diététicienne ONE
et Julie NAUWELAERTS,
Conseillère pédagogique ONE



⁶ Voir Flash Accueil n°25 : « Frites de légumes colorés – Finger-food »