

UNIVERSITE TOULOUSE III – PAUL SABATIER

FACULTE DE MEDECINE

Année 2019

THESE

POUR LE DIPLOME D’ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

SPECIALITE MEDECINE GENERALE

Présentée et soutenue publiquement le 3 décembre 2019

PAR Naïra ADAM et Elise ROBLIN

**Difficultés et attentes des parents autour de la diversification alimentaire
de leur nourrisson.**

DIRECTEUR DE THESE : Docteur Denis PEREZ

JURY :

Professeur Emmanuel MAS

Président

Docteur Odile BOURGEOIS

Assesseur

Docteur Leila LATROUS

Assesseur

Docteur Brigitte ESCOURROU

Assesseur

Docteur Denis PEREZ

Assesseur



TABLEAU du PERSONNEL HU
des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier
au 1^{er} septembre 2018

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Yves	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. MAZIERES Bernard
Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Doyen Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel	Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire	M. ADER Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. OLIVES Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. ALBAREDE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. PASCAL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. ARLET Jacques	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER Georges
Professeur Honoraire	M. ARLET-SUAU Elisabeth	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. BARRET André	Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. PUEL Jacqueline
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. PUEL Pierre
Professeur Honoraire	M. BOCCALON Henri	Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel
Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. QUERLEJ Denis
Professeur Honoraire	M. BONEU Bernard	Professeur Honoraire	M. RAILHAC Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. REGIS Henri
Professeur Honoraire	M. BOUTAULT Franck	Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude
Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe	Professeur Honoraire	M. ROCHE Henri
Professeur Honoraire	M. CARATERO Claude	Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre
Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre	Professeur Honoraire	M. ROLLAND Michel
Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel
Professeur Honoraire	M. CHABANON Gérard	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard	Professeur Honoraire	M. SARRAMON Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. SIMON Jacques
Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. CLANET Michel	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. CONTE Jean	Professeur Honoraire	M. TREMOULET Michel
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA Michel	Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. DABERNAT Henri	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. VOIGT Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. DALY-SCHWEITZER Nicolas		
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric		
Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges		
Professeur Honoraire	Mme DELISLE Marie-Bernadette		
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline		
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean		
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel		
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.		
Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique		
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy		
Professeur Honoraire	M. ESCANDE Michel		
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri		
Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean		
Professeur Honoraire	M. ESQUERRE J.P.		
Professeur Honoraire	M. FABIÉ Michel		
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean		
Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard		
Professeur Honoraire	M. FOURNIE Bernard		
Professeur Honoraire	M. FOURTANIER Gilles		
Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard		
Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques		
Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle		
Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles		
Professeur Honoraire	M. GHISOLFI Jacques		
Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis		
Professeur Honoraire	M. GUIRAUD CHAUMEIL Bernard		
Professeur Honoraire	M. HOFF Jean		
Professeur Honoraire	M. JOFFRE Francis		
Professeur Honoraire	M. LACOMME Yves		
Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques		
Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche		
Professeur Honoraire	M. LARENG Louis		
Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy		
Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck		
Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Yves		
Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul		
Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François		
Professeur Honoraire	M. MANELFE Claude		

Professeurs Émérites

Professeur ADER Jean-Louis
Professeur ALBAREDE Jean-Louis
Professeur ARBUS Louis
Professeur ARLET-SJAU Elisabeth
Professeur BOCCALON Henri
Professeur BONEU Bernard
Professeur CARATERO Claude
Professeur CHAMONTIN Bernard
Professeur CHAP Hugues
Professeur CONTÉ Jean
Professeur COSTAGLIOLA Michel
Professeur DABERNAT Henri
Professeur FRAYSSE Bernard
Professeur DELISLE Marie-Bernadette
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard
Professeur JOFFRE Francis
Professeur LAGARRIGUE Jacques
Professeur LARENG Louis
Professeur LAURENT Guy
Professeur LAZORTHES Yves
Professeur MAGNAVAL Jean-François
Professeur MANELFE Claude
Professeur MASSIP Patrice
Professeur MAZIERES Bernard
Professeur MOSCOVICI Jacques
Professeur MURAT
Professeur ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur SALVAYRE Robert
Professeur SARRAMON Jean-Pierre
Professeur SIMON Jacques

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN

37 allées Jules Guesde - 31062 TOULOUSE Cedex

P.U. - P.H.

Doyen : D. CARRIE

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1ère classe

2ème classe

M. ADOUE Daniel (C.E)	Médecine Interne, Gériatrie
M. AMAR Jacques	Thérapeutique
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie
M. AVET-LOISEAU Hervé	Hématologie, transfusion
Mme BEYNE-RAUZY Odile	Médecine Interne
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie
M. BLANCHER Antoine	Immunologie (option Biologique)
M. BONNEVILLE Paul (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.
M. BOSSAVY Jean-Pierre (C.E)	Chirurgie Vasculaire
M. BRASSAT David	Neurologie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique
M. CALVAS Patrick (C.E)	Génétique
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie
M. CHAIX Yves	Pédiatrie
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie
M. DAHAN Marcel (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Readapt Fonct.
M. DEGUINE Olivier (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. DJUCOMMUN Bernard	Cancérologie
M. FERRIERES Jean (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie
M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie
M. GAME Xavier	Urologie
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation
M. ZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie
Mme LAMANT Laurence (C.E)	Anatomie Pathologique
M. LANG Thierry (C.E)	Biostatistiques et Informatique Médicale
M. LANGIN Dominique (C.E)	Nutrition
M. LAUWERS Frédéric	Anatomie
M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine Interne
M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie
M. MALAUAUD Bernard	Urologie
M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique
M. MARCHOU Bruno	Maladies Infectieuses
M. MAZIERES Julien	Pneumologie
M. MOLINIER Laurent	Epidémiologie, Santé Publique
M. MONASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie
Mme MOYAL Elisabeth	Cancérologie
Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie
M. OSWALD Eric	Bactériologie-Virologie
M. PARANT Olivier	Gynécologie Obstétrique
M. PARIENTE Jérémie	Neurologie
M. PARINAUD Jean (C.E)	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.
M. PAUL Carle	Dermatologie
M. PAYOUX Pierre	Biophysique
M. PAYRASTRE Bernard (C.E)	Hématologie
M. PERON Jean-Marie	Hépatogastro-Entérologie
M. PERRET Bertrand (C.E)	Biochimie
M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie
M. RECHER Christian	Hématologie
M. RISCHMANN Pascal	Urologie
M. RIVIERE Daniel (C.E)	Physiologie
M. SALES DE GAUZY Jérôme	Chirurgie Infantile
M. SALLES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie
M. SANS Nicolas	Radiologie
Mme SELVES Janick	Anatomie et cytologie pathologiques
M. SERRE Guy (C.E)	Biologie Cellulaire
M. TELMON Norbert (C.E)	Médecine Légale
M. VINEL Jean-Pierre (C.E)	Hépatogastro-Entérologie

P.U. Médecine générale

M. OUSTRIC Stéphane

Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie
M. BONNEVILLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. BUREAU Christophe	Hépatogastro-Entéro
Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
Mme CHARPENTIER Sandrine	Médecine d'urgence
M. COGNARD Christophe	Neuroradiologie
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. LOPEZ Raphael	Anatomie
M. MARTIN-BLONDEL Guillaume	Maladies infectieuses, maladies tropicales
M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
Mme RUYSSSEN-WITRAND Adeline	Rhumatologie
Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
Mme TREMOLLIÈRES Florence	Biologie du développement
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie

P.U. Médecine générale

M. MESTHÉ Pierre

Professeur Associé Médecine générale

M. ABITTEBOUL Yves

M. POUTRAIN Jean-Christophe

Professeur Associé en Neurologie

Mme PAVY-LE TRAON Anne

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL

133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : E. SERRANO

P.U. - P.H. Classe Exceptionnelle et 1ère classe		P.U. - P.H. 2ème classe	
M. ACAR Philippe	Pédiatrie	M. ARBUS Christophe	Psychiatrie
M. ACCADBLED Franck	Chirurgie Infantile	M. AUSSEIL Jérôme	Biochimie et biologie moléculaire
M. ALRIC Laurent (C.E)	Médecine Interne	M. BERRY Antoine	Parasitologie
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie	M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie
M. ARNAL Jean-François	Physiologie	M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique	Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
M. BUJAN Louis (C. E)	Urologie-Andrologie	M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique et des brûlés
Mme BURARIVIERE Alessandra	Médecine Vasculaire	M. CHAYNES Patrick	Anatomie
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépto-Gastro-Entérologie	Mme DALENC Florence	Cancérologie
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie	M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. CARON Philippe (C.E)	Endocrinologie	M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire	M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie	M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie	M. GARRIDO-STÖWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
M. COURBON Frédéric	Biophysique	Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique
Mme COURTADE SAIDI Monique	Histologie Embryologie	M. HUYGHE Eric	Urologie
M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire	Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
M. DELABESSE Eric	Hématologie	M. LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. DELORD Jean-Pierre	Cancérologie	M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie	M. MAURY Jean-Philippe	Cardiologie
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice	Thérapeutique	M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie	M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. GALINIER Michel (C.E)	Cardiologie	M. REINA Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. GLOCK Yves (C.E)	Chirurgie Cardio-Vasculaire	M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie	M. SOLER Vincent	Ophthalmologie
M. GRAND Alain (C.E)	Epidémiologie. Eco. de la Santé et Prévention	Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis	Chirurgie plastique	Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie	M. TACK Ivan	Physiologie
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie	M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. KAMAR Nassim	Néphrologie	M. YSEBAERT Loic	Hématologie
M. LARRUE Vincent	Neurologie		
M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie	P.U. Médecine générale	
M. MALECAZE François (C.E)	Ophtalmologie	Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve	
M. MARQUE Philippe	Médecine Physique et Réadaptation		
Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie	Professeur Associé de Médecine Générale	
M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation	M. BOYER Pierre	
M. OTAL Philippe	Radiologie		
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile	Professeur Associé en Pédiatrie	
M. RITZ Patrick	Nutrition	Mme CLAUDET Isabelle	
M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie		
M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale		
M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie		
M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie		
M. SAILLER Laurent	Médecine Interne		
M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie		
M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie		
M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie		
M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail		
M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie		
M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive		
Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie		
Mme URO-COSTE Emmanuelle	Anatomie Pathologique		
M. VAYSSIERE Christophe	Gynécologie Obstétrique		
M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie		
Professeur Associé de Médecine Générale			
M. STILLMUNKES André			

M.C.U. - P.H.

M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile
M. APOIL Pol Andre	Immunologie
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie
Mme BERTOLI Sarah	Hématologie, transfusion
M. BIETH Eric	Génétique
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition
Mme CASSAGNE Myriam	Ophthalmologie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie
M. CAVAIGNAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
Mme CHANTALAT Elodie	Anatomie
M. CONGY Nicolas	Immunologie
Mme COURBON Christine	Pharmacologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie
Mme de GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie
Mme DE MAS Véronique	Hématologie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie
M. GANTET Pierre	Biophysique
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
M. HAMDÏ Safouane	Biochimie
Mme HITZEL Anne	Biophysique
M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale
Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
Mme MOREAU Marion	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
M. TAFANI Jean-André	Biophysique
M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie
M. VIDAL Fabien	Gynécologie obstétrique

M.C.U. Médecine générale

M. BRILLAC Thierry
Mme DUPOUY Julie

M.C.U. - P.H

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire
M. GAMBUS Jean-Pierre	Hématologie
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
Mme CAUSSE Elizabeth	Biochimie
M. CHASSAING Nicolas	Génétique
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme CORRE Jill	Hématologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie
Mme GALINIER Anne	Nutrition
Mme GALLINI Adeline	Epidémiologie
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
M. GASQ David	Physiologie
M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction
Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie
Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme MAUPAS SCHWALM Françoise	Biochimie
M. MIEUSSET Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. MOULIS Guillaume	Médecine interne
Mme NASR Nathalie	Neurologie
M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
M. RONGIERES Michel	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme VALLET Marion	Physiologie
M. VERGEZ François	Hématologie

M.C.U. Médecine générale

M. BISMUTH Michel
Mme ESCOURROU Brigitte

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr FREYENS Anne
Dr IRI-DELAHAYE Motoko
Dr CHICOU LAA Bruno

Dr BIREBENT Jordan
Dr BOURGEOIS Odile
Dr LATROUS Leila

Nos remerciements

A Monsieur le Professeur Mas,

Vous nous faites l'honneur de présider notre jury de thèse, votre avis expert concernant l'alimentation de l'enfant est essentiel pour nous. Veuillez trouver dans ce travail l'expression de notre reconnaissance et de notre profond respect.

A Madame le Docteur Bourgeois,

Vous nous faites l'honneur de juger notre travail de thèse, nous vous remercions pour votre disponibilité et votre avis précieux en tant que responsable du pôle d'éducation thérapeutique du département de médecine générale de la faculté de médecine de Toulouse-Rangueil. Veuillez trouver l'expression de notre sincère gratitude et de notre profond respect.

A Madame le Docteur Latrous,

Vous nous faites l'honneur de juger notre travail de thèse en votre qualité de responsable du pôle santé de l'enfant et de l'adolescent du département de médecine générale de la faculté de médecine de Toulouse- Rangueil. Veuillez trouver dans ce travail l'expression de notre profonde reconnaissance.

A Madame le Docteur Escourrou,

Merci de nous faire l'honneur de juger notre travail de thèse. Merci pour votre disponibilité, vos conseils avisés concernant ce travail, notre exercice futur ainsi que pour la valeur de votre enseignement au sein du département de médecine générale. En espérant continuer de profiter de votre expertise d'une manière ou d'une autre, veuillez trouver dans ces quelques lignes l'expression de notre profonde gratitude.

A Madame le Docteur Delahaye,

Même si tu n'es pas là ce jour pour juger notre travail, merci beaucoup pour ton investissement dans le cadre de ce travail, ton aide précieuse tout au long de notre travail et ta disponibilité. Trouve dans ces quelques lignes toute l'expression de notre reconnaissance.

A notre directeur de thèse, Monsieur le Docteur Denis Perez,

Nous avons l'honneur que tu diriges notre travail. Merci pour ta patience, ta disponibilité, ton ouverture d'esprit et tout ton travail de relecture. Tu nous as soutenues, accompagnées et guidées dans cet apprentissage commun de la méthode qualitative, pas toujours simple. Nous sommes fières d'être les premières dont tu as accepté la direction de thèse. Nous te souhaitons un épanouissement plein, autant au niveau personnel que professionnel et universitaire.

Aux parents,

Merci pour ces entretiens, nous avons appris beaucoup grâce à vous. Tous ces moments enrichiront à coup sûr notre pratique future. Veuillez trouver dans ce travail l'expression de notre profond engagement professionnel.

Aux médecins généralistes qui nous ont permis de recruter, Dominique Le Meitour, Marc Dupui, Anne Robin, l'équipe de la Case de Santé, Nelly Millon, Samuel Durliat, Eve Masseboeuf, Aurélie Godineau, Igor Durliat,

Merci de nous avoir aidées à recruter les parents pour ce travail de thèse. Veuillez trouver dans ce travail l'expression de notre sincère gratitude et de notre profond respect.

Remerciements de Naïra

A ma famille,

A mes parents, grandir aussi bien entourée m'a permis de vivre ces études paisiblement. Merci de m'avoir toujours laissé faire ce que je voulais dans tous les domaines, donné les moyens d'accéder à mes rêves et m'avoir inculqué des valeurs fortes comme la tolérance, le partage et le vivre ensemble. On a traversé ensemble les bons comme les mauvais moments mais de tout ça je ne garde que le positif... J'espère qu'on vivra encore longtemps des voyages, de l'associatif, des soirées déguisées, des maquillages, des fous rires, des « baillottes », des débats politiques qui n'en finissent plus, du « bon manger », des coins à champignons et du bon vin ! Pour tout, MERCI d'être vous et d'être là.

A mon frère, Nimay et sa Juju, même si vous êtes aujourd'hui à l'autre bout de la France dans le grand Nord, on a fait ensemble les quatre cents coups, les soirées et séjours entre la Lettonie, Lille, Berlin, Paris ou Le Menoux (notre ter-ter à nous !). Merci pour cette complicité et d'être le meilleur petit frère du monde (et le plus atta-chiant avec tes provoc) et la meilleure belle-sœur (la plus belle aussi et la plus têtue ☺) ! #génance #kiffance

A Mami et Papi Cako, merci pour l'ouverture d'esprit, la culture bolivienne, pour l'invention d'un langage spécial « carrasco-brunaud », pour les tartes, pour les dimanches poulets patates ensembles, pour les marches qui n'en finissaient plus, pour les heures à écouter les théories sur le monde d'un papi artiste. Je suis fière d'être votre petite fille à tous les deux. Soyez sûrs qu'on fera perdurer tout cet art et les valeurs que vous nous avez transmises le plus longtemps possible. « La vie il faut la vivre et non pas la subir ».

Au presque frère et sa moitié, Pakit'et Marlinouche, on n'est pas du genre effusion de sentiment dans la famille. Mais quand même... du 1 au 4 octobre y'a pas beaucoup de différence ! On a formé et je crois qu'on forme encore un beau trio de branquignols avec Nimay. Merci pour les fous rires, tes « enflammages » et imitations (est-ce que tu crois qu'ils l'ont fait ?), on ne dira jamais assez que tu aurais dû faire un one-man-show mon Pakit' ! Marlinouche, je lève mon verre à toutes ces années depuis la seconde et jusqu'à l'internat, il

fallait bien qu'un cousin passe par là pour que nos destins de Tic et Tac restent liés, et merci de le supporter au quotidien (il va râler que j'écrive ça !).

A toute la famille Carrasco, Tupak et Patri pour Bétera et sa fête du basilic après la P1 (avec ce squat d'un mois chez vous!) mais aussi toutes les soirées papotages et rigolades, Tati Wawa et Éric pour les multiples séjours parisiens ou à Champagne et le sauvetage des cellules souches dans votre frigo, Titine et le grand Arnaud pour St Flo et St Lary mais aussi les imitations de poules, Marc pour les voitures de loc' et les rallyes qu'on faisait avec, Arthur pour tes pantalons trop serrés (aïe je hurle !), Wahyad pour l'indo et les soirées flambages (Goodbye Marylou !), Nano pour les œufs de Mickey, Elio pour les barres de rires en soirée, Kiki pour les seules soirées filles entre cousines, Waky pour tes danses endiablées, Antzo pour ton agilité aux boules, Zoé Eliot et Oscar pour les jeux mais surtout les bouées à Eguzon, Yuyu pour tous tes dessins, Maïta pour avoir été notre nounou à tous, il me faudrait une page entière pour tous vous remercier correctement. Merci pour les grandes colos et fêtes au Menoux : les souvenirs avec vous sont inoubliables. Pour sûr, il y en aura plein d'autres à venir.

A la familia Boliviana, Rodolfo, Eli, Arawi y Tupac, gracias por la descubierta de Bolivia cuando era nina y todos los momentos pasados en Francia o aca. La distancia no nos importa, los sentimientos se quedan. Y que los anos que vienen los pasamos juntos : Mejor Impossible !

A toute la famille Adam, Tata Simone merci d'avoir toujours été là, de m'avoir gavée de gâteaux Saint-Michel, de cadeaux en tout genre, et de me faire rire malgré toi ! Tonton Jean-Claude et Odile, merci pour l'aide en maths au collège, de me faire rire à chaque fois qu'on mange ensemble et d'être l'un l'autre aussi passionnés lorsque vous parlez ! Mami Jeanine, même si tu n'es plus là, je n'oublie pas les week-ends à Blois.

A la famille Irondelle-Suchaud, Pascale, Bertrand, Charlotte, Pierre, Chanchan, Jean-Paul, j'espère qu'on aura encore plein de moments ensemble à partager. Les fêtes à Saint-Privat ou les foies gras à Limoges sont toujours un plaisir grâce à vous !

A mon meilleur pote mais aussi mon meilleur tout court (j'avais envie d'écrire loukoum mais tu vas me gronder), Berguito, merci d'être un panda et d'aimer les lamas, mais aussi les girafes, Torget l'élan, les lions mais surtout les Ironnelles. Merci pour les voyages, les surprises, les jeux de société et la rue du Coural. Merci de me laisser faire « pas comme tout le monde », de m'écouter râler sur les injustices de la société et d'avoir la même soif de découvrir le monde. On avance doucement tous les deux... D'ailleurs, la Nouvelle-Calédonie approche : encore une belle page à écrire ensemble je l'espère !

A mes amis :

A ceux de ChâtX, Hanane ma kaïra, Céline ma maitre, Luc le boutin, Amélie ma chips, Ma Moot et ma Chag', on s'est rencontrés jeunes et les meilleurs restent. C'est comme ça qu'on dit à la té-ci. Après la ZUP St-jean, le lycée PMC (i'm singing in the rain), le centre aéré du Pêchereau et les soirées au bord de l'étang, vous êtes toujours dans ma vie. Je trinque à vous !

Aux Poitevins, Vincent Mister Diot, élu meilleur président du Poitou et meilleur festoyeur de saint-valentin, ma bande de meufs qui parle tout le temps et qui a perdu les vaches à Amsterdam ainsi que leurs copains tout aussi insupportables (Momo (prout !) et Pak, Marlinouche et Pakit, Ion (n'oublie pas ta serviette !) et Nico), Marie alias BB, Stellou ma co-auteurice des histoires tordues, Sophie Eric pour les soirées endiablées et Marie Carbo qui fait les meilleurs mojitos de tout Cuba. Sans vous Poitiers et les études auraient été beaucoup moins drôles. Merci d'être aussi bargeots et de danser sur du Julien Doré. J'aurai toujours une pensée pour Anne-So.

A ceux de Toulouse, les Saint-gironais avec qui ce nouveau chapitre a débuté, Lizou, Luc notre Artiste-bédéiste-paysagiste-charpentiste-boxiste-rêviste et Malinou la mascotte, Juju la sœur Papaye-couturière-accordéoniste (non je ne suis pas un homme...) , Don Lucas le plus roux des Alsaciens qui (comme les boliviens) déteste les chiliens, Nansen et Marin dont j'espère ce sera la première dédicace dans une thèse, Nico le plus Bervitch de tous ainsi que sa Noisette danseuse de Hip-hop et meilleure traileuse de la bande, Arthur le vieux Réhel, Anna et Léon, Koko le roi et bien sûr Bergui. Il y a aussi Célia pour les soirées l'amour est dans le pré, les colocs Chloé et son Nain pour les parties de pétanque que j'ai gagnées, Agathe et Simon les néo-colocs qui nous suivent même quand on change de maison (il est où le bébé ? il est mort le bébé...), les plus beaux et fous des mariés Bert' (et sa bague

perdue), Hélène (notre criminologue attirée) et leur gros Fifou , les Kilipotes qu'on n'arrête plus de voir « bongo flav(er) » Martin et Chloé.

Ça va faire 5 ans que vous me régalez et j'espère que ce n'est pas fini !

Aux Aveyronnais, Ma Jojo, Charles et Michou merci de m'avoir accueillie, merci pour toutes ses heures à m'écouter parler lorsque je rentrais le soir fatiguée, emmenée au yoga, fait partager vos repas et votre savoir-faire durant une année entière dans cette ferme de rêve au « Glandou » le bien nommé, Sandra de m'avoir supportée en tant que stagiaire pendant 1 an, de m'avoir fait manger avec ta famille et toi tout ces midis, Jean-Marie pour ces 6 mois à tes côtés à Réquista, pour ta confiance, gentillesse et ce professionnalisme qui t'honore.

A l'Ariège, ma terre d'accueil, et tous ceux qui m'ont fait m'y sentir bien : Blandoche (ma traileuse préférée et partageuse de café : qu'est-ce qu'on se marre !) Franck, Steph et Laurent (le Perudo et la raclette vous attendent chez les kanaks !), JM, Mathilde et Lilly, Nath et Gauthier, Aline et François, Ninie Tilia et Ines, JP (et Sylvie) notre coloc national qui n'est ariégeois que 2 jours par semaine et me prépare à l'occasion de bons petits plats en m'aidant à allumer le feu, et les médecins que je remplace : Robert (le roi du potager), Marc, Dominique (merci pour tous tes conseils), Brigitte, Julie... A tous, merci pour les soirées, les repas, les bons plans, les tomates, les sorties escalades et les randos !

A Lizou, ma première co-interne, ma co-thésarde, ma co-loc, ma co-pine, bref ma Coco quoi ! Tu es la plus bolivienne de nous deux, une co-boliviana en quelque sorte, si tu vois ce que je veux dire... ? On a réussi à finir ce travail à deux et c'est donc la plus belle des manières de finir l'internat que j'ai débuté avec toi ! Merci d'être une fille positive et solaire, merci de toujours être là (même quand t'es brute et que tu casses des trucs !).

Remerciements d'Elise

Merci à ma famille,

A mes parents, pour votre ouverture d'esprit et votre optimisme, merci pour les valeurs transmises et votre soutien quotidien dans mes choix. Au rire de ma mère et à la guitare de mon père.

A mon frère, ses moqueries, son autodérision, et sa bonne humeur, à Mel' merci de supporter Rémi, à Abel, le plus mignon et à celle à venir la plus mignonne.

A ma mamie adorée Marcelle merci pour ta confiance et ta gentillesse, à Roger dont l'humour m'a toujours inspirée, à Paul et Marguerite aux doigts de fée.

Aux Casteras, Lina, Cassandra et Romain le couz' merci de votre aide.

A Luc, merci d'avoir été sur la route de mon périple ariègeois, merci pour ce lien complice et sincère. Merci pour ta créativité et tous ces questionnements existentiels.

A Mali.

Merci à mes ami(e)s, votre amitié est indispensable, merci pour les fous rires, les débats, les remises en question, l'entraide, les retrouvailles, les chansons, les bon repas, les fêtes, les voyages ici et ailleurs, que cela dure encore longtemps.

A la bande à petit bonhomme : Ju' la plus enthousiaste toujours partante, Titia la plus belle princesse de la jungle, Yvanovitch le plus rital surtout le plus bronzé, Jonhny be good le plus gentil, Camcam la plus bilingue, Cléclé le plus beau grand écart, Michelle ma plus belle, Anaïs la plus maman, Olivier le plus acrobate des poubelles, Mathilde la plus blonde, Pascal le plus blond vénitien, Lulu et Mathieu les plus beaux mollets. Merci d'être là depuis plus de 10 ans, nous nous sommes éparpillés mais pour mieux nous retrouver.

Aux poitevins en transit : Les Rodriguos, Mama, Oliv', Rémi, sylv', merci encore pour ce voyage qui n'a pas fini d'alimenter mes pensées futures. A Mélanie merci pour cette fin d'étude avec toi et la médiathèque, à nos retrouvailles dans des lieux improbables. A Chloé et à Alexandra ma doudou adorée, à ces petites années en quatuor. Merci à tous pour vos énergies, vos réflexions et vos remises en question perpétuelles pendant nos études.

To the Erasmus people : the pointers, Urša, Santi, Javi, Maggy, Merljin, the police polish girls, thank you for accompanying me through this erasmus adventure and accepting me despite my english accent. Thank you for being still here the same as usual. Far from the eyes but close to the heart.

A la Tribu : les Libermans terre d'accueil escalquinoise maintenant déplacée merci d'avoir contribués à mes beaux débuts toulousains, les Quinquins, les Dumasdelages, les Dupuis, les Dupics, les Villemonteils, les Riris, les Debieuvres, les Mazeaux, les Brunauds, c'est une fierté de grandir à vos côtés. Merci de m'avoir transmis et de continuer à me transmettre toutes ces valeurs de partage et de solidarité, vous êtes un bel exemple d'amitié.

Aux colocs et leurs bidous merci pour vos belles idées collectives en germination.

Aux Toulousains : Merci aux koki mynight dit les Bannis de faire partie de mon quotidien : Juju ma sœur papaye la meilleure couturière, Don Lucas ou j'en ai rien à foutre, le beau Marin alors qu'il habite même pas à côté de la mer, Nansen l'aventurier, Berguy ou les bons petits plats tu nous en fait des tas, Bertroud le grand beauf déconneur tu fais aussi des bons repas, Lénou ma belle mariée catastrophe et amie d'enfance précieuse, à Fifou gros bidou, Simon violoniste à ses heurrres perrrdues, Agathe the feeling ou mes beaux délires avec toi, Ludo l'amoureux des voitures, la petite Juju chieuse attachante de la tribu, reine des bœufs bourguignons. A Nico mon copain de cuisine à la cannelle et sa petite noisette, Arthur champion d'échec de Meurthe et Mozelle et le prince Kossi, merci pour ces beaux souvenirs à l'internat Saint Gironnais. Et à Chloé, cavalière révolutionnaire, témoin n°1, tu as bien facilité mon arrivée à Toulouse...

Mention spéciale pour Naïra, sans qui cette thèse n'aurait pas pu aboutir, merci pour cette relation sincère, merci à toi de m'avoir accompagné dans mon parcours d'internat, et merci d'être là au quotidien. M'en donné, qu'est-ce que tu veux que j'te dise ? Encore de belles aventures nous attendent si tu vois ce que je veux dire !

Table des matières

LISTE DES ABREVIATIONS :	1
INTRODUCTION	2
MATERIEL ET METHODE	5
1. Etude qualitative	5
2. Echantillonnage	5
2.1. Critères de sélection	5
2.2. Modalités de recrutement	6
2.3. Type d'échantillonnage	6
3. Recueil des données	7
3.1. Conditions de recueil	7
3.2. Guide d'entretien	7
3.3. Retranscription	8
4. Analyses	8
5. Ethique	9
6. Réflexivité	10
RESULTATS	11
1. Caractéristiques des participants	11
2. Déroulement des entretiens	11
3. Difficultés rencontrées au cours de la diversification	13
3.1. Contenu du repas	13
3.2. Environnement social et matériel	17
3.3. Aspects psycho-affectifs mis en jeu lors de la diversification	21
3.4. Représentations, rôles et croyances concernant l'alimentation	22
4. Attentes des parents concernant le médecin généraliste	24
4.1. Conseils alimentaires	24
4.2. Ecoute et réassurance	24
4.3. Relation de confiance	25

4.4.	Disponibilité du généraliste	25
4.5.	Le généraliste identifié comme non spécialiste de la diversification	25
4.6.	Utilisation de supports	26
4.7.	Autres attentes des parents.....	26
DISCUSSION		28
1.	Pratiques de la diversification	28
1.1.	Respect des recommandations	28
1.2.	Messages clés à transmettre aux parents et aux professionnels de la petite enfance	30
1.3.	Qualité alimentaire : Le fait-maison, une valeur sûre / petits-pots, complément utile	32
1.4.	Rôles de la diversification : diversité alimentaire et éducation	34
2.	Obstacles à une « bonne » diversification : Influences et inégalités.....	38
2.1.	Organisation familiale et sociale.....	38
2.2.	Inégalité sociales et géographiques d'accès à une alimentation saine.....	39
2.3.	Influence du marketing agro-alimentaire.....	40
3.	Soutien parental : Relation aux médecins, informations, prévention	41
3.1.	Relation médecin généraliste / parents	41
3.2.	Sources d'informations	43
3.3.	Prévention et accompagnement	44
4.	Forces et faiblesses de l'étude.....	48
4.1.	Limites et Biais	49
4.2.	Forces de l'étude	50
CONCLUSION.....		52
BIBLIOGRAPHIE.....		54

LISTE DES ABREVIATIONS :

ANSES	Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail.
ARS	Agence Régionale de Santé.
CNA	Conseil National de l'Alimentation.
CREDOC	Centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie.
EFSA	European Safety Food Authority (autorité européenne de sécurité des aliments).
ESPGHAN	European Society for Paediatric Gastroenterology Hepatology and Nutrition (société européenne de gastroentérologie, hépatologie et nutrition pédiatrique).
ETP	Education Thérapeutique du Patient.
HCSP	Haut Conseil de la Santé Publique.
INPES	Institut national de prévention et d'éducation à la santé.
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques.
LAEP	Lieu d'accueil enfants-parents
OMS	Organisation Mondiale de la Santé.
ONE	Office national des naissances.
PMI	Protection Maternelle Infantile.
PNNS	Plan National Nutrition Santé.

INTRODUCTION

La diversification alimentaire du nourrisson est définie par l'introduction d'aliments solides et liquides autres que le lait, selon l'OMS (Organisation mondiale de la santé) (1). C'est une étape importante dans le développement de l'enfant : « une phase d'adaptation physiologique, sensorielle et psychoaffective à une alimentation autonome et omnivore » (2). Elle est profondément influencée par les habitudes familiales et le milieu socio culturel dans lequel le nourrisson évolue (3).

Les recommandations concernant la diversification alimentaire, aussi bien sur l'âge de début que sur le type d'aliment à introduire, ont considérablement évolué en fonction des études scientifiques et des transformations sociétales (4). Il a été démontré qu'un certain degré de maturation des fonctions rénales et digestives, acquis vers 4 mois, est nécessaire au nourrisson pour métaboliser une alimentation autre que le lait (5). L'évolution physiologique et le développement psychomoteur sont également importants pour le processus de diversification (propulsion des aliments vers l'arrière de la cavité buccale vers 4-6 mois, tenue assise vers 6 mois, réflexe de mastication et dentition vers 7-9 mois) (6). De 0 à 3 ans les besoins énergétiques du nourrisson sont très importants en raison d'une croissance très rapide. Par exemple ses besoins lipidiques sont 3 à 5 fois supérieurs à ceux de l'adulte (rapportés au poids) (7).

Une alimentation inappropriée comme par exemple une diversification trop précoce ou un excès de sucre est néfaste pour le nourrisson (8). Il peut y avoir des conséquences à court et long terme sur le développement psychomoteur de l'enfant et sur sa croissance staturo-pondérale (9) ainsi que sur ses habitudes alimentaires futures (10).

Ainsi, en janvier 2017, la société européenne de gastro-entérologie pédiatrique (ESPGHAN) préconise une introduction d'aliments solides ou liquides autres que le lait entre 4 mois révolus et 6 mois (11). Elle indique aussi que les habitudes culturelles et familiales doivent être prises en compte sur le type d'aliment introduit. Tous les aliments y compris ceux considérés comme allergisants ou le gluten (existence d'une fenêtre de tolérance entre 4 et 6 mois) doivent être introduits en variant au maximum les goûts et les textures. Le lait de vache ne doit pas être introduit avant 12 mois, car pauvre en fer. L'ajout de sucre ou de sel doit être évité ainsi que l'apport de boissons sucrées. Les aliments doivent avoir une consistance et une texture appropriée en rapport avec le développement de l'enfant en assurant une progression rapide de

son autonomie pour s'alimenter. Les parents sont encouragés à être à l'écoute des sensations de faim ou de satiété de leur enfant, en évitant la nourriture récompense ou de remplacer des refus alimentaires par d'autres aliments (12).

En France, le PNNS (le plan national nutrition santé) détermine les objectifs de santé publique en terme de nutrition et émet des recommandations envers les professionnels et les parents (13). Lors de la réévaluation du PNNS 2017-2021 le HCSP (haut conseil de la santé publique) constate des inégalités sociales de santé en lien avec l'alimentation et une prévalence élevée de l'obésité chez l'enfant. Il porte une attention particulière à l'alimentation dans l'enfance avec un souhait d'agir sur l'environnement (familial, culturel, social, économique) (14).

En pratique quotidienne, entre 4 mois révolus et 6 mois un aliment à la fois est introduit traditionnellement les légumes sous forme de purée, puis des fruits cuits mixés donnés à la petite cuillère, ou sous forme de bouillon de légumes à la place du lait dans les biberons. Vers 7-8 mois, vient l'introduction de viande, poisson et œuf (un groupe de ses aliments à la fois et un seul repas par jour). Une cuillère à café de matière grasse sous forme d'huile végétale ou beurre est à ajouter pour l'apport en acide gras essentiels. Les quantités sont augmentées progressivement jusqu'à obtenir 4 repas par jour vers 8 mois dont deux diversifiés. Le lait reste la base de l'alimentation avec un maintien de biberons quotidiens avec du lait infantile ou allaitement maternel à la demande (1). Une supplémentation en vitamine D est recommandée de 0 à 18 mois, ainsi qu'en fluor en fonction du risque carieux (15).

D'autre part, des approches alternatives, comme la diversification menée par l'enfant, gagnent en popularité ainsi que les régimes végétariens qui nécessitent des conseils adaptés en termes nutritionnels (16).

En 2018, 758 000 naissances ont eu lieu en France ce qui fait de la France le pays le plus fécond d'Europe (17). Les besoins de suivi et prévention pédiatrique sont réels. Dans le même temps, au vu des prévisions démographiques, l'offre médicale devrait croître moins vite que la demande au cours des dix prochaines années (18). Les médecins généralistes sont donc sollicités dans le suivi du nourrisson en partie du fait du manque de couverture pédiatrique sur le territoire (1 enfant sur 5 a accès à un pédiatre libéral) (19) et d'une diminution des

consultations de protection maternelle infantile (PMI) (900 000 enfants vus en 1995 contre 450 000 enfants en 2016) (20).

Dans ce contexte l'objectif principal de notre étude est d'identifier les difficultés des parents au cours de la diversification alimentaire et l'objectif secondaire est d'identifier les attentes des parents concernant la place du médecin généraliste.

MATERIEL ET METHODE

1. Etude qualitative

La recherche qualitative est la plus adaptée pour notre question de recherche car elle recueille la parole des personnes, permettant une démarche interprétative. Cette méthode permet d'explorer l'expérience personnelle des parents dans la diversification alimentaire ainsi que leurs émotions. Elle peut contribuer à une meilleure compréhension de leurs fonctionnements et de leurs attentes. Elle permet également un abord plus élargi des déterminants des soins (21).

Nous avons donc mené une étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés à l'aide d'un guide d'entretien évolutif sur un échantillonnage raisonné de parents de nourrissons en cours de diversification de mars 2018 à juillet 2019.

2. Echantillonnage

2.1. Critères de sélection

Les critères d'inclusion étaient : d'être parent de nourrisson en début ou en cours de diversification alimentaire, dont le médecin généraliste effectue principalement le suivi du nourrisson.

Les critères d'exclusion étaient : parent dément, suivi effectué seulement par le pédiatre ou le médecin de PMI, nourrisson n'ayant pas encore débuté la diversification, parent ne comprenant ou ne parlant pas le français, refus de participer.

2.2. Modalités de recrutement

Le recrutement des participants se faisait par le médecin généraliste qui suivait le nourrisson. Les médecins généralistes ont été contactés par téléphone ou rencontrés au cabinet par les chercheuses. Une fiche explicative pour leur expliquer l'étude leur était remise ainsi qu'une fiche explicative pour les parents (*Annexe 1*). Les parents qui donnaient leur accord pour participer devaient signer une autorisation de transmission de leurs coordonnées (*Annexe 2*). Cette autorisation était remise aux chercheuses. Celles-ci les contactaient par téléphone pour définir ensemble les modalités de l'entretien (date, lieu...).

Les participants n'étaient pas tous au courant que les chercheuses étaient internes en médecine générale. Cette information n'était pas communiquée de manière spontanée mais à la demande des participants.

2.3. Type d'échantillonnage

Pour l'échantillonnage, une méthode raisonnée (procédure d'échantillonnage non probabiliste consistant à sélectionner des participants considérés comme typiques de la population cible) en recherche de variation maximale a été choisie.

La technique boule de neige a également été utilisée pour enrichir les profils (identification des sujets d'intérêt à partir de personnes qui connaissent d'autres personnes susceptibles d'être de bons participants à cette enquête) (22).

La variation a été recherchée pour : sexe du parent, sexe et âge du nourrisson, place du nourrisson dans la fratrie, statut socio-économique, habitudes alimentaires familiales, situation familiale (célibataire, mariés, en couple, monoparentalité, recomposée...), milieux de vie (rural, urbain, semi-rural).

Ces caractéristiques ont été recueillies en début d'entretien pour mettre à l'aise les participants.

La taille de l'échantillon n'a pas été fixée à l'avance car elle dépendait de la saturation des données.

3. Recueil des données

3.1. Conditions de recueil

Les entretiens individuels ont été réalisés de mars 2018 à juillet 2019. Les entretiens ont été enregistrés sur dictaphone et Smartphone après rappel du sujet de l'étude (l'alimentation du nourrisson). Le fait que le participant ait la possibilité de se retirer de l'étude à tout instant et l'anonymisation des données étaient aussi indiqués au début de l'entretien.

Les entretiens ont été menés par les deux chercheuses pour les 4 premiers entretiens, l'une en tant que chercheuse active et l'autre comme témoin observatrice. Pour une question de facilité logistique, les autres entretiens ont été conduits par une des deux chercheuses seulement. Des collations étaient amenées quand cela était possible pour plus de convivialité.

3.2. Guide d'entretien

La grille initiale de guide d'entretien ainsi que les évolutions qui ont été apportées en cours d'étude sont présentées en *Annexe 3*.

Un premier guide d'entretien a été réalisé et testé au cours du premier entretien. Les questions se sont révélées trop directives concernant la diversification alimentaire. Les axes de discussion comprenaient trop de questions fermées qui ne permettaient pas la totale expression du participant.

Quatre grands axes (questions ouvertes), avec des relances si nécessaires, ont alors été choisis pour laisser libre court à l'expression du participant. Les questions ont été orientées sur l'environnement du repas en général, les modalités pratiques de la diversification, le vécu émotionnel de cette période par le parent et les attentes concernant le médecin généraliste.

Après le 2^{ème} entretien, nous avons décidé d'affiner quelques relances, ce qui a entraîné une modification de la grille d'entretien.

Après le 4^{ème} entretien nous avons remis en question notre manière de mener les entretiens afin de créer un espace de discussion le plus ouvert possible. Nous avons donc créé une fiche personnelle pour un entretien de qualité (23). Cette fiche contenait des modalités pratiques pour mener un entretien (*Annexe 4*).

Après le 4^{ème} entretien nous avons également décidé d'arrêter de faire des courts résumés de l'entretien à l'oral : après 30-40 minutes de discussion, ceci paraissait pesant et redondant pour les participants mais aussi pour nous.

3.3. Retranscription

La retranscription de tous les entretiens a été réalisée dans les jours suivants par une chercheuse et vérifiée par la deuxième. Les enregistrements ont été retranscrits dans leur intégralité avec les silences, le non-verbal. La lettre X a été utilisée pour tout ce qui est identité de personne. Pour les lieux, les parenthèses avec description du lieu ont été utilisées, sans citer le nom de celui-ci. Elles ont été également utilisées pour décrire des émotions (exemple : (rires)). Les interventions des chercheuses ont été retranscrites en gras, en non gras le discours du/des parents. Lorsque les deux parents étaient présents le discours du père était en non gras souligné et celui de la mère en non gras non souligné. Les interventions d'une tierce personne ou les interruptions ont été retranscrites en italique. La saisie des entretiens a été faite par les chercheuses via Microsoft Word®.

L'ensemble des entretiens est compilé dans le livret joint à ce travail.

4. Analyses

L'analyse a été double longitudinale et transversale (24).

L'analyse a été d'abord longitudinale, entretien par entretien. Elle a été rapide après chaque entretien et notée sur un carnet avec description du contexte de l'entretien, les éléments

d'observation, le ressenti de la chercheuse, ainsi que les idées déjà évoquées et les idées nouvelles.

L'analyse a été également transversale sur le mode d'analyse thématique. Les entretiens ont été découpés en unité de sens correspondant aux verbatims. Ce codage a été effectué par chaque chercheuse de manière indépendante. Ces codes étaient mis en commun dans un tableur Microsoft Excel® sur Google Drive® (*Annexe 5*). Les codes ont ensuite été regroupés en catégories pour former des thèmes. L'utilisation de couleur était effectuée : orange pour une des chercheuses et vert pour l'autre, le noir était ensuite utilisé lorsqu'un consensus était trouvé. Le rouge était utilisé quand il y avait désaccord. Le directeur de thèse était alors sollicité pour une triangulation des données.

Lorsque les entretiens n'apportaient aucune nouvelle thématique, les chercheuses ont eu le sentiment subjectif d'arriver à saturation des données. Un entretien a été nécessaire pour confirmer cela. L'analyse des caractéristiques des participants n'a pas permis d'identifier de caractéristique manquante qui aurait pu apporter d'autres informations. La saturation des données a donc été atteinte.

5. Ethique

L'avis favorable du comité d'éthique du département universitaire de médecine générale de Toulouse a été reçu le 29/04/2018 (*Annexe 6*). Un formulaire de consentement a été signé par chaque participant après informations orale et écrite en début d'entretien (*Annexe 7*). Les données ont été anonymisées.

6. Réflexivité

Un travail réflexif a été initié par les chercheuses au début de l'étude et tout au long de leur travail de recherche. Une réflexion a été effectuée autour des raisons personnelles de cette recherche, des idées reçues et des résultats attendus à ce sujet. Un carnet de bord était tenu par chacune.

RESULTATS

Nous avons effectué 16 entretiens individuels. Pour 6 d'entre eux, les deux parents étaient présents. Pour l'un d'entre eux, seul le père était présent. Pour les 9 autres, seule la mère était présente.

1. Caractéristiques des participants

Les caractéristiques des participants sont disponibles dans le tableau 1.

2. Déroulement des entretiens

Nous n'avons pas eu de refus de la part des participants, lorsqu'ils étaient contactés par téléphone.

Les entretiens individuels ont duré entre 17 et 45 minutes soit une durée moyenne de 33 minutes et une durée médiane de 30 minutes.

Deux entretiens ont été réalisés par téléphone à la demande des participants.

Au bout de 15 entretiens nous sommes arrivées à saturation des données empiriques, aucun nouveau thème ou nouvelle catégorie ne ressortait. Nous avons décidé de réaliser un dernier entretien : celui-ci a confirmé cette saturation.

A travers ces 16 entretiens, cette étude a mis en lumière quatre grands thèmes ayant provoqué des difficultés parentales au cours de la diversification de l'enfant :

- Le contenu du repas,
- L'environnement social et matériel,
- Les aspects psycho-affectifs mis en jeu lors de la diversification,
- Les représentations, rôles et croyances concernant l'alimentation.

• **Tableau 1 Caractéristiques des participa**

	Parent(s) interrogé(s)	Age parents	Age nourrisson	Fratrie	Mode de vie	Catégorie professionnelle	Régime	Autres caractéristiques
1	Mère	34 ans/36 ans père	14 mois	Unique	Rural	Agriculteurs	0	
2	Mère	41 ans/39 ans père	18 mois	3 enfants	semi rural	Employés grande surface	0	
3	Mère et père	37 ans/44 ans père	16 mois	3 enfants	Rural	Médecin / sans emploi	0	
4	Père	27 ans	13 mois	Unique	Rural	Electromécanicien	0	Père célibataire
5	Mère et père	24 ans/ 27 ans père	15 mois	Unique	urbain	Intermittents du spectacle	0	
6	Mère	27 ans / 29 ans père	3 mois et demi	2 enfants	Rural	Vendeuse/ouvrier bâtiment	0	Famille recomposée
7	Mère	36 ans/ 37 ans père	14 mois	Unique	Rural	Sans emploi/ouvrier bâtiment	Végétariens	Origine flamand, France depuis 5 ans
8	Mère	30 ans/ 32 ans père	10 mois	Unique	semi rural	Orthophoniste/agent EDF	0	
9	Mère	33 ans/ 33 ans père	12 mois	Unique	urbain	Ingénieurs	0	
10	Mère	42 ans	12 mois	Jumeaux	urbain	Logistique spectacle	0	Mère célibataire
11	Mère et père	32 ans/ 49 ans père	6 mois	Unique	Rural	ASH/sans emploi	0	Famille recomposée et père a 2 enfants
12	Mère	40 ans / 41 ans père	9 mois	9 enfants	semi rural	IDE/ingénieur agronome	0	Catholiques protestants pratiquants
13	Mère	38 ans	13 mois	3 enfants	urbain	ASH, congé parental	0	Célibataire, origine Côte d'Ivoire
14	Mère et père	39/41 ans	15 mois	Unique	urbain	Comptable/enseignante	Sans porc	Allaitement, origine Maghreb
15	Mère et père	32/31 ans	6 mois	2 enfants	semi rural	Institutrice/fonctionnaire	0	Mère en congé parental
16	Mère et père	28/29 ans	5 mois et demi	unique	Rural	Secrétaire médicale/pépiniériste	0	

3. Difficultés rencontrées au cours de la diversification

3.1. Contenu du repas

Identifier les besoins nutritionnels du nourrisson et donc équilibrer le contenu du repas est une des difficultés observées par les parents lors de la diversification surtout au début ou lors de l'introduction de nouveaux aliments.

3.1.1. Interaction avec l'allaitement

Le passage de l'allaitement à la diversification peut s'avérer difficile pour certaines mères. On note une difficulté d'adaptation. L'allaitement a un côté pratique pour les mamans et engendre un certain confort. Ceci peut donc rendre la mise en place de la diversification plus compliquée à leurs yeux.

« Je pense que... Si aussi y a des difficultés au niveau de l'alimentation c'est que y a toujours cette relation avec la tétée. » (E1) / « Quand il faut passer à l'alimentation bah... on commence et c'est une autre discipline, c'est moins facile que le sein ! » (E12)

3.1.2. Grands principes de diversification

La théorie concernant la diversification paraît connue des parents mais il existe un fossé entre la théorie et la pratique. Ainsi, le début de diversification peut être vecteur de difficulté.

« C'est-à-dire que dans les livres on nous dit il faut commencer par ça, il faut faire ci, faut faire... mais euh faut faire par rapport à l'enfant et puis à nous. » (E1) / « y'en a qui disent 4 mois y'en a qui disent 6 mois à quel moment ? Je sais plus qu'est-ce que je peux faire et tout... nous on introduit même si entre guillemet c'est trop tard ou trop tôt... j'en sais rien. »

(E15) / « On a débuté 15 jours... Et là il y a eu un blocage. Donc il voulait plus du tout. Dès qu'on posait un pot il refusait. » (E14)

La diversification se fait par étape de manière progressive, suivant l'âge du nourrisson.

« On a fait petit à petit » (E4) « et là on a commencé les légumineuses mais depuis pas très longtemps depuis Juin, donc à 12 mois quoi lentilles petits pois » (E5)

3.1.3. L'introduction de nouveaux aliments : défi et astuces parentales !

L'introduction de nouveaux aliments peut être compliquée. D'où le développement d'astuces parentales pour réessayer, tenter une nouvelle fois lorsque l'enfant a refusé l'aliment en question.

« Le fromage elle y arrive toujours pas, mais j'ai essayé et je ressaierai. » (E2) / « Eh ben, lui faire goûter la semaine d'après ou d'une manière différente ! » (E5) / « si elle regarde pas trop, ou la bouche est ouverte, et hop ! Je mets vite là-dedans (rires) et comme ça elle veut quand même ! » (E7)

3.1.4. Les boissons

Le lait est essentiel et reste la base de l'alimentation malgré la diversification. Le refus de la prise d'eau est souvent évoqué. Certains parents décrivent un manque d'information concernant la diversification des boissons.

« Alors lui il a mis vraiment beaucoup de temps à boire un peu de l'eau. [...] Oui que du lait. Que du lait. » (E3) / « C'est vrai je sais pas pourquoi on pourrait pas faire ça...orange pressée, c'est bien non ? » (E5) / « On a continué à la nourrir normalement... 'fin comme avant avec les biberons et on lui présentait ça en plus, avant le biberon pour euh... voir si ça l'intéressait. » (E9)

3.1.5. Définir les quantités

Définir les quantités dites « normales » en fonction de l'âge peut être un vrai casse-tête. Les quantités mangées par l'enfant sont une préoccupation importante. Ainsi, en fonction de l'âge et du stade de développement de l'enfant, il leur semble difficile d'évaluer seuls la quantité « juste » à donner pour que l'enfant ait ce dont il a besoin pour un développement optimal.

« Est ce que c'est une quantité suffisante ou pas... est ce que... Oui, ça a été plus là-dessus mes interrogations au début : quelle quantité ? quelle quantité est normale ? » (E10) / « Au début on se pose la question sur les quantités, la quantité à donner. » (E16)

3.1.6. Définir la texture : peur de l'étouffement

Trouver la texture idéale en fonction de l'âge et du goût de l'enfant n'est pas chose aisée. L'introduction des morceaux est facteur d'anxiété parentale avec peur de l'étouffement. Pourtant certains parents privilégient le début avec des morceaux mous.

« on lui a juste donné des grosses bouts, on a commencé par une banane je crois en premier, une banane et euh des carottes bouillies. » (E7) / « Non ça j'ai attendu... j'avais peur qu'ils s'étouffent » (E10) / « Les petits morceaux et tout ça, c'était difficile » (E13)

3.1.7. La diversité alimentaire est primordiale

Les parents témoignent de manière générale de l'importance de diversifier les goûts, le type et les catégories d'aliments. Il leur semble primordial de varier au maximum l'alimentation pour générer de bonnes habitudes futures et que l'enfant goûte à la plus grande diversité possible d'aliments.

« on essaie de faire quelque chose de varié » (E4) / « du coup j'alterne les viandes : bœuf, porc, jambon et œuf poisson, j'alterne... » (E8)

3.1.8. Importance de la qualité alimentaire et difficultés à la réalisation

L'alimentation de l'enfant, la qualité alimentaire et les produits frais sont une priorité. Beaucoup de parents privilégient « le fait maison ». Pourtant sa réalisation peut les mettre en échec dans certaines situations. Il reste difficile à réaliser du fait d'un manque de temps. Les pots industriels sont aussi gage de qualité pour certains parents. L'achat de produits biologiques et/ou locaux pour l'alimentation de l'enfant est retrouvé pour certains participants.

« Après on achète pas du caviar tout ça... mais voilà on achète des produits frais, on essaie de faire du bio. » (E8) / « [les petits pots] c'est vrai que c'est un gain de temps et pis là j'suis sûr des vitamines, cuisiner pour bébé apparemment c'est pas tellement évident ... » (E2) / « Donc en gros je prends des trucs industriels quand on a la flemme (rires) » (E9) / « Parce que tout le monde dit qu'un enfant c'est le fait-maison ça lui f'ra manger de tout, ça c'est de la connerie, ça dépend du gosse » (E2)

3.1.9. Respect des besoins nutritionnels spécifiques de l'enfant

Les parents reconnaissent que l'enfant n'a pas la même alimentation qu'un adulte. La crèche ou le mode de garde peut être utile à l'équilibre nutritionnel de l'enfant. La nourriture « spéciale bébé » est identifiée comme nécessaire dans certains cas pour couvrir les besoins de l'enfant.

« C'est assez rare qu'on lui fasse quand même la même chose que nous... » (E5) / « on a acheté des choses spéciales pour les bébés des petits des trucs pour faire des bouillies » (E7) / « chez moi je fais pas de viande ils le mangent à la crèche en fait, pour le moment ça leur suffit en fait comme apport. » (E10)

Pour les végétariens, il est important de rechercher des substituts aux protéines animales.

« on cherche des alternatives aussi pour comme végétarien on veut bien qu'elle ait assez de protéines, du coup des haricots, des lentilles, soja » (E7)

3.1.10. Eviter les erreurs alimentaires

On retrouve chez la majorité des parents des notions d'interdits alimentaires en lien avec l'âge du nourrisson. Le sucre est considéré comme une addiction difficilement évitable, le gluten n'est pas introduit avant les 6 mois chez certains parents. L'ajout de matière grasse est rare chez les participants. Le sel n'est pas ajouté dans les aliments, il est identifié comme néfaste. Certains aliments ne sont pas donnés, ou donnés de manière isolée pour limiter les risques d'allergie qui restent mal connus.

« c'est trop tôt le sucre c'est comme une drogue. » (E15) / « Parce qu'avant 6 mois, tu peux pas donner avec gluten. » (E16) / « on lui fait plutôt un truc sans sel » (E5) / « Ah oui, les fruits secs, amandes, noisettes, tout ça on n'a pas encore donné parce que j'ai un peu... on a un peu un a priori que c'est allergène et qu'il faut attendre... » (E5)

Malgré tout, il arrive aux parents de céder sur certains aliments non recommandés, ce qui peut être source de culpabilité.

« Malheureusement elle a goûté les Curly® (rires)... Et elle a beaucoup aimé ! » (E1)

3.2. Environnement social et matériel

3.2.1. Composition familiale

En fonction de la composition familiale, les difficultés peuvent être majorées. En effet pour une famille monoparentale, le fait d'être seul(e) peut compliquer cette période. Pour le premier enfant d'une famille, l'anxiété est accentuée. Dans le cas de jumeaux, la gestion du quotidien peut être sportive ! Les parents décrivent plus de facilités à diversifier l'alimentation lorsqu'il s'agit des cadets d'une fratrie.

« surtout quand on est une famille monoparental aussi. Là c'est un autre débat mais des fois c'est difficile. » (E13) / « j'ai le souvenir pour mon premier enfant on est tout seul, on se sent tout seul » (E13) / « Quand on a 2 bébés à gérer c'est pas possible y'en a toujours un faut faire quelque chose, on n'a pas une demi-heure là ! » (E11) / « Cette fois c'était

beaucoup plus rapide que les autres, on a moins fait attention. Oui, par rapport aux autres j'ai fait beaucoup moins attention » (E3)

3.2.2. Habitudes familiales

Les habitudes familiales influent beaucoup sur les difficultés ressenties au cours de la diversification. Pour la majorité des participants, c'est la mère qui s'occupe de l'alimentation. Du coup, la place du père est plus difficile à définir. Par ailleurs les habitudes culinaires, culturelles, religieuses des parents influencent beaucoup l'alimentation et donc les goûts du nourrisson.

« la mère c'est la mère nourricière et papa c'est papa copain. » (E8) / « le papa il était très content aussi de pouvoir donner à manger parce que il était parfois frustré que lui il avait pas de seins ! (Rires) » (E7) / « mais quand c'est des aliments un peu plus bizarre comme par exemple l'avocat, j'y tiens pas plus que ça à c'qui mange de l'avocat donc je vais pas spécialement insister » (E5) / « Aujourd'hui une viande qu'il mange pas c'est le...le porc. Ça c'est pour des convictions religieuses » (E14)

3.2.3. Entourage social et familial : pas toujours simple !

En fonction des rapports familiaux, les conseils de la famille ou belle-famille sont acceptés voire importants ou dans certains cas peu ou pas pris en compte. Les différences générationnelles avec les parents, grands-parents peuvent être un poids. Le mode de garde (nourrice ou crèche) influence aussi l'alimentation de l'enfant parfois en désaccord avec les parents. Par ailleurs, les comparaisons avec l'entourage paraissent inéluctables.

« oui hein moi j'appelle ma mère automatiquement si y'a des trucs, les mères, ouais si ça aide bien. Elles ont l'expérience... » (E2) / « Ils [les beaux-parents] donnaient des conseils de loin mais euh... après j'avoue que j'ai pas beaucoup écouté... » (E1) « ce qui est peut-être un peu déstabilisant c'est les différents sons de cloche de manière générale avec un enfant » (E5) / « Beh c'est un peu avec le conseil de tout le monde, nous dans nos amis il y a quand même beaucoup de personnes qui sont déjà parents. » (E16)

3.2.4. Difficultés organisationnelles

L'achat de nourriture pour l'enfant requiert une certaine discipline. Préparer les repas spécifiques pour l'enfant prend du temps. D'où un recours fréquent aux petits pots ou plats cuisinés par manque de temps et facilité d'organisation. La prise alimentaire peut aussi provoquer un certain désordre.

« Euh... notre organisation idéale ça serait de préparer les menus le dimanche soir pour la semaine et que mon mari fasse les courses sauf que voilà... ça pour l'instant avec les travaux, toujours pareil, c'est quelque chose qu'on n'a pas réussi à mettre en place... » (E8) / « Vraiment par contre c'est difficile les repas : faut être très patient parce que les repas ça dure dans le temps, il faut qu'il ait le temps de bien manger et tout, c'est compliqué... » (E14) / « J'aimerais pouvoir prendre un peu plus le temps pour faire des plats moi-même mais c'est vrai qu'en général c'est des petits pots » (E1) / « c'est de l'organisation après c'est un peu le chantier dans ma cuisine y'en a partout... » (E10)

3.2.5. Gestion du budget

Même si le coût peut être important, pour une grande majorité de parents, le budget n'apparaît pas comme une contrainte : la qualité alimentaire prime sur le budget alloué à l'alimentation.

« Alors ça représente un budget ! (Rires) alors j'ai pas chiffré mais parce que moi là-dessus je compte pas mais... ça représente quand même ! » (E15) / « on privilégie plutôt budget alimentation qu'autre chose. » (E13) /

Malgré tout, des difficultés financières peuvent être ressenties comme un obstacle au choix des aliments.

« On connaît un groupe de surgelés qui fait des bons produits mais c'est pas toujours à notre portée financière. » (E12) / « les petits pots ça coûte quand même assez cher quoi » (E9)

3.2.6. Influence de la publicité de l'industrie agro-alimentaire

Le marketing fait par l'industrie agro-alimentaire est parfois source de questionnement pour les parents. Par ailleurs l'étiquetage réalisé par les marques est utilisé par les parents comme repère.

« Ya beaucoup de lobbying autour de ça et c'est difficile à gérer. » (E12) / « après moi je m'aide vachement des étiquetages, souvent c'est écrit sur les pots, si c'est des pots bébé, c'est écrit c'est à partir de tel âge. » (E10)

3.2.7. Environnement matériel : multiplicité des ressources

Les parents utilisent des sources multiples d'information pour s'aider dans cette période, l'absence d'homogénéité est souvent évoquée. Internet est la source la plus utilisée surtout pour des idées de recettes. Mais il est difficile de vérifier la véracité des informations trouvées. Le carnet de santé et des livres sur l'alimentation sont aussi utilisés.

« puis y'a les différents supports que tu peux trouver, alors dans le carnet de santé c'est ça, dans le livre donné par euh j'sais pas quoi la PMI, c'est un peu différent donc tu dis bon... » (E5) / « Internet y a des bons côtés y a des mauvais... parce que les gens pff critiquent beaucoup de choses sans connaître les personnes ; C'est beaucoup de critiques, y a pas grand-chose de constructif. » (E6) / « j'ai juste été voir sur internet pour des idées de recettes de petits pots » (E16) / « Euh... du coup on l'a introduit quand ils me l'ont dit sur le carnet de santé euh... » (E8)

3.3. Aspects psycho-affectifs mis en jeu lors de la diversification

3.3.1. Modification du lien à l'enfant lors de la diversification

Certaines mamans rapportent un changement dans la relation à leur enfant lorsque l'alimentation solide est débutée, ce qui entraîne une certaine nostalgie. L'alimentation peut vraiment peser dans les relations parents/enfants.

« bon d'un côté elle grandit, c'est vrai que chaque étape est super mais sur le moment ça fait un petit pincement au cœur, on va dire ! (Rires) » (E1) / « La fin du bébé, du nourrisson... parce que... on se rend compte qu'en fait quand on leur donne à manger, c'est le moment où on interagit le plus avec eux. » (E6) / « Après c'est vrai que les relations qui se jouent... je vois bien ce qui se joue en terme de relations avec l'enfant. » (E8)

3.3.2. La diversification : processus naturel mais facteur d'anxiété parentale

Certains parents décrivent la diversification comme quelque chose de naturel, plutôt simple. Mais pour la plupart, c'est un processus stressant, surtout au début, avec une pression forte et une peur de l'erreur. Lorsque l'enfant refuse de manger, c'est un facteur d'anxiété parentale important. La peur que l'enfant s'étouffe au moment de l'introduction des morceaux est aussi une angoisse souvent retrouvée.

« J'dirai assez facile, plutôt marrant de justement pouvoir lui faire goûter des trucs différents. » (E5) / « c'est vrai que des fois c'est un peu stressant de se dire mois à 6 mois elle veut pas manger ça... » (E13) / « et puis oui... on a toujours peur de mal faire... » (E1) / « C'était beaucoup de stress... beaucoup de stress... » (E15) / « Non ça j'ai attendu j'avais peur qu'ils s'étouffent avec » (E10)

3.3.3. L'enfant : un être humain à part entière

Pour les parents, chaque enfant est unique, différent des autres. Le moment du repas est donc propice à l'affirmation de la personnalité de l'enfant et de ses goûts : il peut y avoir opposition. L'état de fatigue de l'enfant peut engendrer plus de difficultés à le faire manger. Mais pour éviter le conflit, les parents préfèrent en général ne pas forcer l'enfant. Il est donc nécessaire de respecter le rythme et les envies de l'enfant le plus possible pour éviter les complications quant à la prise alimentaire.

« Tous les enfants sont différents. » (E6) / « C'est quand même sur les temps du repas donc euh... maintenant qu'il s'affirme là. » (E8) / « Je la force pas. » (E6) / « l'enfant a aussi son rythme c'est ça que je veux respecter quand même. » (E13) / « Moi je l'observe beaucoup j'essaie de voir comment il mange, je sens quand il en veut plus, il le montre, il est très expressif. » (E15)

3.4. Représentations, rôles et croyances concernant l'alimentation

3.4.1. Représentations personnelles et sociétales

Des idées reçues incitent les parents à comparer l'alimentation de leur nourrisson à d'autres, classant parfois leur nourrisson « hors norme » : mange trop, pas assez, goût accentué pour certains aliments non recommandés... Les normes alimentaires parentales sont définies par des comparaisons à l'entourage, des représentations personnelles, sociétales et culturelles. Les repas sont définis selon des principes et règles alimentaires, plus ou moins validées scientifiquement.

« c'est pas un bébé typique parce qu'elle veut pas de fromage. » (E7) / « parce que moi on m'disais tu nourris ta fille qu'aux p'tit pots, ça s'trouve elle mangera jamais après... beh c'est celle qui mange le mieux ! (rires) » (E2) / « un bébé ça mange à 6 mois ou à 8 mois : il faut qu'il ait des dents pour manger. » (E6)

3.4.2. Lien alimentation-santé

Bien manger signifie être en bonne santé pour la plupart des parents. Une bonne prise de poids est un indicateur de bonne alimentation et reste une préoccupation parentale importante. Certains aliments sont identifiés comme mauvais pour la santé, en particulier le sucre et le gras. Au contraire, certains aliments sont reconnus par les parents comme ayant une valeur thérapeutique et utilisés en tant que tels.

« il faut qu'il mange bien de toute façon, la santé c'est...voilà quoi » (E13) / « Puis, je me disais si elle en mange pas elle va pas grossir... » (E1) / « on aimerait bien attendre le plus loin possible parce que c'est bien agressif le sucre et elle aura encore assez dans sa vie de ça » (E7) / « et pour oui calmer son reflux, moi je voulais le soulager, j'avais l'impression qu'en lui donnant du solide ça allait le faire respirer un peu quoi » (E15) / « En mettant des légumes ou de la salade car ça favorise l'endormissement. » (E12)

3.4.3. Rôles donnés à l'alimentation

Les parents associent l'alimentation à la notion de plaisir, avec la nécessité d'une bonne ambiance à table. La découverte de l'alimentation solide par le nourrisson est une période d'apprentissage qui peut parfois devenir un défi pour la famille. L'alimentation solide va engendrer le développement de nouvelles capacités motrices chez le nourrisson : gestion de la motricité fine, de la déglutition... Elle peut avoir un rôle éducatif et permettre d'asseoir l'autorité parentale. Elle permet aussi l'autonomisation de l'enfant.

« c'est très important d'avoir une bonne ambiance autour d'une table et de rigoler , de pas être trop sévère, de laisser l'enfant jouer un peu aussi avec la nourriture » (E7) / « j'trouve que ça lui permet de développer plein de choses en fait : j'ai bien vu sur la motricité fine, le fait d'attraper des légumes à 9-10 mois » (E5) / « Il mange ce qu'il y a à manger et si c'est trop compliqué il sort de table. On a pris ce parti. » (E8) / « c'est elle aussi qui le fait qui le met dans sa bouche » (E7)/ « j'essaye tout le temps de varier les plaisirs (rire) » (E2)

4. Attentes des parents concernant le médecin généraliste

4.1. Conseils alimentaires

Les grands principes de diversification, sans conseils précis, sont attendus. Les parents sont en demande de conseils personnalisés. Ceci est d'autant plus prégnant quand il existe un régime alimentaire particulier. Au vu des préoccupations environnementales actuelles, la saisonnalité des aliments semble aussi importante. Lorsqu'il s'agit du premier enfant, des conseils plus approfondis sont nécessaires pour rassurer.

« fin que les grandes lignes des choses à quel moment on doit introduire quoi, si y'a des choses qui sont vraiment contre-indiqué, clairement il faut qu'on ait les infos. » (E9) / « pas mettre de barrières avec des chiffres. Ces chiffres c'est nul. » (E8) / « peut-être aussi pour les végétariens c'est bien d'avoir un peu d'informations sur quoi faire gaffe, quoi donner un peu plus, euh ... » (E7) / « on oublie les saisons : quels fruits et légumes on trouve à quelles saisons ? » (E6) / « Ça vous rassure, j'm'en suis servis plutôt pour la première, le premier bébé comme c'est la première fois vous savez pas trop hein... » (E2)

4.2. Ecoute et réassurance

Le médecin généraliste a un rôle important dans la réassurance parentale. Il se doit d'être présent pour apaiser les inquiétudes, et sécuriser les parents dans leur rôle. Il est important pour les parents que le médecin les déculpabilise. La culpabilité reste en effet un sentiment très vivace: l'écoute active paraît donc un bon moyen de les tranquilliser et asseoir leur légitimité en tant que parent.

« le généraliste le jour même si on a un souci on peut être très rassurés et avoir des bons conseils » (E14) / « il [le médecin généraliste] me dit : ne le pousse pas, après surtout toi ne te rend pas malade, ne t'en fais pas. » (E6) / « Donc déculpabiliser les mamans j pense que ça serait bien... (E2)

4.3. Relation de confiance

La relation de confiance est nécessaire pour que les conseils soient utilisés à bon escient. Ce rapport engendre donc la mise en place d'un dialogue ouvert, un espace de discussion où les parents se sentent prêts à exposer leurs doutes, leurs croyances et prendre en compte les conseils donnés.

« trouver quelqu'un en qui t'as confiance c'est de te dire bon bah ce médecin j'veis écouter ce que lui il m'dit et puis...voilà » (E5)

4.4. Disponibilité du généraliste

Le médecin généraliste est souvent consulté du fait de la disponibilité de ses horaires de consultation. Le médecin généraliste apparaît plus joignable qu'un pédiatre. D'ailleurs, d'après les parents, les délais de rendez-vous sont plus rapides que pour le pédiatre.

« Parce que le généraliste est beaucoup plus disponible qu'un pédiatre déjà » (E14)

4.5. Le généraliste identifié comme non spécialiste de la diversification

Cependant, pour certains, les conseils ne sont pas forcément attendus du médecin généraliste qui paraît moins à même de les délivrer que le pédiatre.

« et bon du coup c'n'est qu'un médecin généraliste » (E9) / « il a pas de pédiatre et on est suivi par notre généraliste et euh c'est vrai que du coup on fait jamais un point précis » (E5)

4.6. Utilisation de supports

Même si pour certains parents les conseils oraux peuvent suffire, pour la plupart, la nécessité d'un support à consulter pour les conseils alimentaires semble important. Le support écrit reste demandé. Le carnet de santé est donc une ressource qui reste très importante. Mais l'utilisation des nouvelles technologies est attendue avec une communication claire sur internet.

« oraux, en même temps y'a pas 10 000 trucs à dire hein ! (Rires) » (E2) / « Je crois que des listes comme nous on a ça c'est vraiment pratique des listes avec euh... ces légumes-là tu peux manger à 6 mois, ces légumes là ou ces fruits-là à 8 mois, 10 mois, 12 mois euh ça donne un peu une structure. » (E7) / « les aliments qui constipent ou qui ont tendance à plutôt, c'est surtout du bouche à oreille on se passe cette info-là entre autre mais ça ça pourrait être utile de les avoir écrit en dur quelque part, que ce soit pas que sur internet où t'es jamais trop sûr. » (E9) / « le carnet de santé il faut que les médecins il pense à redire : « regardez il y a toutes les infos dedans. » (E15) / « communication aussi sur internet, parce qu'on est quand même très connectés donc quelque chose de ressource en fait, de central, euh... » (E1)

4.7. Autres attentes des parents

Les conseils peuvent aussi être attendus en dehors du monde médical.

« pour moi c'est absolument pas un problème médical l'alimentation. » (E12)

4.7.1. Ateliers d'échanges

Les conseils sont plutôt envisagés comme un partage d'expériences entre parents. Ils peuvent se présenter sous forme d'ateliers d'échanges.

« après les p'tits conseils pratiques c'est plus entre mamans et entre...donc c'est pas des conseils médicaux et euh toute façon on teste des trucs. » (E9) / « tout ce qui est atelier ça pourrait être vraiment bénéfique » (E8) / « créer des cafés pour les parents, pour pouvoir se parler, pour pouvoir échanger, des cafés l'après-midi, inviter des parents. » (E13)

4.7.2. Numéro « vert »

Pour gérer les inquiétudes et se rassurer, certains parents aimeraient qu'il existe une « hotline » dédiée à l'alimentation de leur nourrisson.

« créer je sais pas moi pouvoir permettre aux parents de... par exemple un numéro quand on a des inquiétudes, on peut appeler » (E13)

4.7.3. Application utilisable sur smartphone

Certains parents imaginent la création d'applications à utiliser depuis leur téléphone.

« il pourrait y avoir... mais je pense que ça doit déjà exister, des sortes d'applications en rentrant les coordonnées de l'enfant qu'est-ce qu'il peut manger aujourd'hui quels aliments, proposer des recettes, des idées pour introduire des nouvelles choses » (E10)

DISCUSSION

1. Pratiques de la diversification

1.1. Respect des recommandations

Dans notre étude, nous avons pu remarquer que les principes généraux de diversification étaient respectés en grande majorité par les parents.

En premier lieu, l'âge de diversification était compris entre 4 et 6 mois, sauf pour une personne interrogée. Ceci concorde avec les premiers résultats de l'étude ELFE, étude française nationale consacrée au suivi de l'enfant ayant débutée en 2011, qui retrouve un âge moyen de diversification à 5,3 mois (25).

On retrouve aussi une médiane de 5 mois pour la diversification alimentaire dans l'étude Epifane, étude prospective française menée en 2012 (26). On note d'ailleurs que seulement 13% des nourrissons sont diversifiés avant 4 mois et 67% le sont avant 6 mois.

Le lait maternel et lait infantile demeuraient dans notre étude la base de l'alimentation du nourrisson.

En effet, quel que soit l'âge de la diversification, il est impératif que le lait maternel ou les laits infantiles restent l'aliment de base des nourrissons jusqu'à l'âge d'un an (27). La société française de pédiatrie recommande une consommation de lait maternel ou lait infantile permettant d'assurer les apports recommandés en acides gras essentiels (2).

Par la suite, l'ordre d'introduction des aliments était correct. Les quantités étaient progressives et les parents introduisaient un aliment à la fois. Ceci concorde avec l'étude

Epifane : à l'âge d'un an, 95% des enfants consomment régulièrement des fruits et légumes, de la viande et du poisson ainsi que des produits céréaliers (26).

Dans notre étude les parents décrivent des difficultés à l'introduction des morceaux par peur de la fausse route ou de l'étouffement.

L'introduction coïncide souvent avec l'apparition des premières dents. Les capacités d'alimentation orale se développent entre 5 et 10 mois, lorsque l'enfant est stimulé par de nouvelles textures (28). Environ un quart des enfants expérimentent des difficultés avec les aliments en morceaux. Cependant, ces difficultés ne doivent pas être interprétées par les parents comme une raison de retarder l'introduction de textures plus solides (29).

Dans notre étude, certains parents utilisent la diversification menée par l'enfant. Elle consiste en l'introduction des aliments de la table familiale dès le début de la diversification en laissant à l'enfant le choix de l'aliment qu'il saisira avec les mains au lieu de lui présenter une purée avec utilisation de la cuillère (30). Elle consiste à proposer des morceaux mous et maniabiles sans passer par l'étape purée. Les avantages supposés seraient une meilleure autonomie de l'enfant dans son alimentation, un meilleur contrôle des sensations de satiété (31) avec une diminution du risque de surpoids, et un meilleur apprentissage de la déglutition. Les inconvénients supposés autour de cette méthode est sa sécurité avec des risques de fausses routes et d'étouffement, ainsi que son impact sur la croissance avec un risque d'anémie (32). Un autre désavantage serait aussi l'impact économique négatif de cette méthode. En effet, l'enfant joue avec sa nourriture et du gaspillage peut être constaté en fin de repas. Aucune étude scientifique fiable ne permet de conclure à ce jour sur cette méthode.

Le respect des recommandations chez les parents était concordant avec les résultats d'autres études sur le même sujet. Il serait intéressant de voir si ce respect des recommandations perdure dans une population plus diversifiée concernant la culture culinaire, l'environnement socio-économique précaire ou en termes de difficultés d'accès au système de santé.

1.2. Messages clés à transmettre aux parents et aux professionnels de la petite enfance

Les croyances populaires ont toujours existé, transmises à travers les générations, et l'alimentation n'échappe pas à son lot d'idées reçues. Ce travail a permis de les mettre en évidence. Nous proposons donc quelques messages clés, scientifiquement actualisés, à rappeler aux parents ainsi qu'aux professionnels de la petite enfance concernant la diversification alimentaire des nourrissons. Ils permettraient d'une part d'harmoniser les discours des professionnels à ce sujet et d'autre part, de répondre de manière objective aux croyances populaires.

1.2.1. Le « gras » diabolisé : des bienfaits à rappeler

Dans notre étude, les parents, par crainte de l'obésité, identifient le « gras » comme dangereux pour leur enfant.

Selon un avis de l'EFSA (Autorité Européenne de Sécurité des Aliments) de 2009, l'apport en lipides recommandé de 7 à 11 mois doit correspondre à environ 40% de l'apport énergétique total (33). En effet, les lipides représentent une source d'énergie importante pour le jeune enfant et jouent un rôle majeur dans le développement et le fonctionnement du tissu nerveux. Les acides gras essentiels et leurs dérivés à longue chaîne ont aussi des fonctions métaboliques multiples et interviennent dans la régulation de nombreux gènes (7).

Les sources de matières grasses doivent être variées à raison de 5 à 7 g/jour (6 à 8 ml= 1 bonne cuillère à café) (34). Hors, l'étude Nutri-bébé (35) menée en 2013 par le secteur français de l'alimentation de l'enfance (groupement d'industriels) rapporte qu' à partir de 12 mois plus de 80% des enfants ont des apports en lipides inférieurs aux apports moyens recommandés par l'EFSA.

Dans ce cadre il faut donc renforcer l'information du grand public concernant l'utilité des lipides dans le développement de l'enfant (36).

1.2.2. Le sucre : un plaisir à limiter

Pour les parents, le sucre est assimilé à une addiction, néfaste pour la santé de l'enfant et pour son alimentation future.

Le rôle du goût sucré est de détecter des aliments riches en énergie directement assimilable. De ce fait, il active aussi le centre du plaisir dans le cerveau (37). Mais on constate de plus en plus que la consommation de sucres libres (notamment sous la forme de boissons sucrées, sucre ajouté dans les préparations, miel, jus de fruits) augmente l'apport énergétique global et risque de réduire la consommation d'aliments contenant des calories plus intéressantes sur le plan nutritionnel tout en conduisant à un régime alimentaire malsain et à une prise de poids (38).

Un autre sujet de préoccupation est lié à la relation qui existe entre l'apport de sucres libres et les caries dentaires. (39) Chez l'enfant, l'OMS recommande donc de ramener l'apport en sucres libres à moins de 10 % de l'apport énergétique total (40).

Il est donc intéressant de rappeler aux parents l'existence des « sucres cachés » ainsi que leurs méfaits sur la santé de leurs enfants.

1.2.3. Aliments allergisants : n'ayons pas peur !

Les risques d'allergies concernant certains aliments et les règles d'introduction semblent mal connus. En effet, pour éviter de faire une erreur, la plupart des parents évite l'introduction de ces aliments dits allergisants.

Pourtant, l'étude européenne PASTURE menée en 2012 montre que plus le nombre d'aliments introduits dans la première année de vie est grand, moins il y a d'eczéma à l'âge d'un an (41).

Par ailleurs, différentes études de cohortes ont aussi montré que l'introduction retardée des aliments allergisants n'a aucun effet sur la prévention de l'allergie (42) et peut même être responsable d'eczéma, d'asthme (43) ou d'allergies alimentaires (44).

Ainsi, dans la prévention primaire qui vise à prévenir l'allergie chez un nourrisson, il est maintenant admis que l'introduction des aliments dans la « fenêtre d'opportunité », située entre quatre à six mois de vie, permettrait de réduire ce risque d'allergie (45).

1.2.4. Le gluten : controverses et retour en arrière

Chez certains parents l'introduction du gluten est retardée par peur d'intolérance ou maladie cœliaque future.

De fait, il a été longtemps conseillé de débiter l'introduction du gluten après l'âge de 6 mois, dans le but de diminuer le risque ou de retarder l'apparition de la maladie cœliaque (46).

Cependant en 2005, une étude observationnelle américaine a mis en évidence une relation inattendue : l'introduction du gluten avant l'âge de 3 mois révolus, mais aussi après l'âge de 6 mois révolus, était associée à une augmentation du risque de développer des marqueurs sériques de la maladie cœliaque pendant les 10 premières années de la vie par rapport à une introduction du gluten réalisée entre 3 et 6 mois révolus (47). Suite à deux études européennes (Italienne et suédoise) publiée en 2014, les résultats de l'étude américaine ont été confirmés (48).

L'idéal pour l'introduction du gluten serait de poursuivre l'allaitement maternel et d'introduire le gluten à partir de 4 mois et avant 7 mois (49).

1.3. Qualité alimentaire : Le fait-maison, une valeur sûre / petits-pots, complément utile

La qualité alimentaire est au cœur des préoccupations actuelles avec les nombreuses crises sanitaires des années 90 (crise de la vache folle, épidémies de listérioses...) et avec l'augmentation de l'obésité et de la « malbouffe ». A cela s'ajoute les conséquences néfastes sur la santé et sur l'environnement de l'utilisation d'engrais et de pesticides. Ceci a engendré le développement rapide des aliments et produits dit biologiques synonyme de qualité alimentaire dans l'opinion publique.

Dans beaucoup d'entretiens, les parents défendent l'intérêt du fait maison et de l'achat de produits frais, locaux et/ou biologiques pour préparer les repas.

Comparativement dans l'étude Nutri-Bébé (35), en début de diversification, les légumes étaient faits-maison dans 44 % des cas, et les fruits dans 31 %. D'autre part, l'ESPGHAN (société européenne de gastroentérologie, hépatologie et de nutrition pédiatrique) estime qu'un repas « fait-maison » peut offrir l'opportunité d'une plus grande variété de textures et de saveurs tout en correspondant aux habitudes socioculturelles familiales (27).

En mai 2019, l'ANSES (agence nationale de sécurité sanitaire) ajoute que l'intérêt du « fait-maison » réside aussi dans le contrôle des ingrédients utilisés pour les préparations (36).

Le manque de temps et la facilité d'organisation sont souvent les raisons données par les parents lorsqu'ils utilisent des petits pots industriels.

Dans l'étude Nutri-Bébé, 64% des mères alternaient le fait-maison avec les aliments spécifiques bébés industriels (50). Dans un article de 2013 paru dans archives pédiatriques, pour 75% des parents les aliments pour bébés ont souvent un intérêt avant 12 mois. Seulement 38% considèrent qu'ils ont une supériorité nutritionnelle sur le fait-maison (51).

Notons que les offres industrielles pour les moins de 3 ans sont contrôlées par la réglementation européenne, et sont donc dans l'obligation d'être « appropriées à l'objectif nutritionnel particulier auquel ils sont destinés » (52). Par ailleurs, la directive 2006/125/CE (53) précise une limite en pesticides très inférieure aux teneurs autorisées par la réglementation pour les aliments courants (54).

Cependant, en juillet 2019, une enquête de l'OMS Europe, menée dans 3 pays de l'union européenne (Autriche, Hongrie, Bulgarie) et en Israël, montre que dans ces pays la moitié (ou plus) des produits pour nourrissons commercialisés fournissaient plus de 30 % des calories provenant des sucres totaux et environ un tiers d'entre eux comptaient du sucre, des jus de fruits concentrés ou d'autres édulcorants parmi leurs ingrédients (55).

Hors comme rappelé précédemment, un apport élevé en sucre peut augmenter le risque de surpoids et de caries dentaires, et une exposition précoce aux produits sucrés peut créer une préférence nocive pour les aliments sucrés pour le reste de la vie du nourrisson (56).

Dans ce contexte, même si ces produits sont dans l'obligation d'être adaptés aux nourrissons, ils doivent rester des aliments de complément à l'alimentation faite maison qui reste une valeur sûre en ce qui concerne le contrôle des ingrédients utilisés (en appliquant des mesures d'hygiène adéquates pour réduire le risque microbiologique), la variété de goûts et de textures (57).

Ainsi, les parents, conscients de l'impact d'une bonne qualité alimentaire sur la santé, se préoccupent de ce qui arrive dans la bouche de leur nourrisson en privilégiant les denrées les plus qualitatives possibles et d'origine connue. Cependant, cette valeur du « bien manger », très en vogue actuellement, est à pondérer en fonction du milieu social des parents.

Il serait donc intéressant d'intégrer la qualité alimentaire dans les discussions autour de la diversification alimentaire du nourrisson menées lors des consultations afin d'évaluer les représentations alimentaires parentales et accompagner les parents dans cette démarche de santé publique qu'est l'éducation au « bien manger ».

1.4. Rôles de la diversification : diversité alimentaire et éducation

1.4.1. La diversité alimentaire gage d'une alimentation équilibrée plus tard

Les parents témoignent en grande majorité, dans notre étude, de la nécessité de diversifier au maximum l'alimentation. Pour une grande majorité de produits, l'acceptation se fait sans refus de la part du nourrisson.

D'ailleurs, ces résultats sont concordants avec une étude de 2013 (Lange et al.) : 90 % des aliments testés durant la diversification et jusqu'à 15 mois sont acceptés par les enfants (58).

Dans notre étude, lors d'un refus alimentaire (néophobie alimentaire), les parents ont tendance à répéter la prise de l'aliment en question. Ces comportements spontanés vont dans le bon sens étant donné qu'une étude réalisée avec des enfants de 7 mois montre qu'au moins huit expositions sont nécessaires pour qu'un aliment initialement rejeté soit accepté (59).

Dans ce cadre, pour gérer la néophobie alimentaire, une publication de Nicklaus et Monnery-Patris de 2018 (60) suggère deux stratégies :

- une stratégie reposant sur l'aliment : il s'agit d'augmenter la familiarité de l'aliment, sans nécessairement le faire goûter, en multipliant l'exposition visuelle (par exemple en emmenant l'enfant au marché), en lisant des livres sur l'aliment, en réalisant des jeux sensoriels avec les aliments, en cuisinant, jardinant, etc.
- une stratégie reposant sur le contexte des repas : il s'agit de garder une ambiance calme (sans distraction comme des jouets ou des écrans) et chaleureuse, dans laquelle les parents ne forcent pas l'enfant à manger, mais montrent l'exemple en consommant eux-mêmes les aliments ou en demandant à d'autres de montrer l'exemple.

L'ANSES recommande donc une diversité autant dans la variété que dans la catégorie d'aliments au cours de cette fenêtre favorable qu'est la période de 5 à 18 mois (36).

Ceci est d'autant plus important que les comportements alimentaires établis durant la période des mille premiers jours peuvent prédire le comportement alimentaire jusqu'au début de l'âge adulte (61).

1.4.2. Education : Influence sur le comportement alimentaire de l'enfant

Les pratiques parentales concernant la diversification diffèrent dans notre étude suivant le style d'éducation parentale : permissif ou plus autoritaire. L'autonomisation de l'enfant est un des enjeux de cette période. Les parents adaptent donc en grande majorité leurs « règles » au comportement de leur enfant.

Une étude parue en 2011 montre qu'une éducation stricte avec beaucoup de contrôle parental réduit les capacités de l'enfant à autoréguler ses apports alimentaires et sont associées à plus de comportements « difficiles » (62). En effet, la pression parentale sur l'alimentation au

moyen de récompenses ou de « forçage » alimentaire peut influencer ses goûts alimentaires (63).

Il est à noter aussi que les comportements de l'enfant sont liés aux interactions avec d'autres personnes. Ainsi l'autonomisation passe par le mimétisme : le parent sert de modèle à l'enfant (64).

Le repas familial collectif autour d'une table décrit comme le modèle français prend dès lors tout son sens dans cette période charnière et peut contribuer à limiter le risque d'obésité (65).

Plusieurs études chez les adolescents ont mis en évidence des liens positifs entre le bon déroulement des repas familiaux et leur comportements alimentaires (consommation de fruits et légumes, absence de grignotages) (66).

Les repas en famille, habitudes à prendre dès le plus jeune âge, ont donc un rôle important à jouer dans la prévention des comportements malsains et du contrôle du poids chez les enfants.

1.4.3. Tendances actuelles et régime végétarien

Nous avons pu interroger dans notre étude un couple qui effectue une diversification végétarienne pour leur enfant en rapport avec des convictions personnelles environnementales. Ils sont donc dans l'obligation de trouver des substituts pour que l'alimentation de leur enfant reste équilibrée et pour lesquels ils sont demandeurs de conseils.

Une évaluation du comportement alimentaire réalisée en 2019 par le CREDOC (Centre de Recherche pour l'Étude et l'Observation des Conditions de vie) sur la population d'Ile-de-France révèle une modification de la consommation. La mode actuelle prône « l'alimentation santé », le local et le bien-être animal (67). Les français ont tendance à diminuer fortement la consommation de certains aliments comme la viande et peuvent parfois imposer ces restrictions aux moins de 3 ans (68).

Aux Etats-Unis, l'académie de nutrition et de diététique se positionne en 2016 au sujet de la diversification végétarienne : « Avoir une alimentation végétarienne très tôt peut permettre d'instituer de saines habitudes pour le reste de la vie » (69). Cependant, ce type

d'alimentation impose chez le nourrisson un suivi et une planification importante pour éviter tout troubles du développement (70).

Chez le nourrisson, la ration de protéines attendues est comprise entre 5 à 6 % de l'apport énergétique total journalier (70). Un excès de protéines est lié au risque d'obésité ultérieure (9).

Pour les diversifications avec un régime végétarien, les apports protéiques doivent être accrus de 30 à 35 % jusqu'à l'âge de 2 ans pour assurer les apports de base en acides aminés essentiels : la digestibilité des protéines végétales (légumineuses, oléagineuses, céréales) est généralement inférieure à celle des protéines animales, et leur teneur en acides aminés essentiels est moins bien adaptée (71).

Les nutriments auxquels il convient de faire attention au cours de la diversification végétarienne comprennent le fer, le zinc, la vitamine B12 et, pour certains, le calcium ainsi que la vitamine D (72) pour éviter tout trouble du développement ultérieur (69).

Il est donc indispensable de discuter des convictions parentales en termes d'alimentation, de les sensibiliser aux besoins nutritionnels des nourrissons et aux risques de carences en cas d'éviction d'un groupe d'aliment. Des conseils sont alors nécessaires pour compléter les nutriments manquants avec un suivi diététique régulier.

2. Obstacles à une « bonne » diversification : Influences et inégalités

2.1. Organisation familiale et sociale

La famille reste la base du modèle alimentaire. On observe dans notre étude que le partage alimentaire se déroule autour de la table, en famille. Les habitudes alimentaires, le fonctionnement et la composition familiale influent sur la façon de diversifier.

Selon la littérature, la transmission des valeurs s'effectue dans la fratrie à travers l'observation des aînés qui doivent s'imposer comme des modèles d'identification (73). Les pratiques alimentaires en lien avec les habitudes culturelles familiales influencent fortement les préférences alimentaires de l'enfant (74).

Dans notre étude, les mères restent le principal agent du « manger quotidien », que ce soit en termes de décisions d'achat ou de préparation. En entretien, les pères déclarent qu'ils sont plus amenés à faire les courses. Le rôle du père est souvent lié au jeu ou la découverte concernant de nouveaux aliments.

Ceci est concordant avec une enquête ethnographique menée en France au sein de 20 familles entre 2007 et 2010 (75). L'expérience de la mère et sa culture va influencer ses pratiques et choix éducatifs alimentaires (76).

En ce qui concerne le rôle paternel, le numéro de janvier-février 2010 de la revue *Early Child Development and Care*, relate qu'il s'agit d'une « relation dont la spécificité consiste en l'ouverture au monde et en la stimulation par l'apprentissage du risque et de la découverte » (77).

Dans le même temps, les parents interrogés prennent les remarques effectuées au sujet de l'alimentation plutôt comme des reproches si le lien parents / grands-parents est compliqué (différence générationnelle) soit comme des conseils avisés dans le cas contraire.

D'après une publication de sociologie de l'alimentation de 2006, parmi les familles de catégories sociales « favorisées », la recherche d'une conformation aux récentes normes

diététiques est recherchée. Cette recherche se situe parfois en rupture avec le modèle alimentaire de leurs propres parents (75).

A contrario, dans les milieux défavorisés, si les pratiques observées peuvent dans certains cas se conformer aux recommandations, les grands-parents sont souvent très présents dans l'alimentation quotidienne des enfants et sont vus comme des partenaires (78).

Dans notre étude, nous n'avons pas retrouvé de manière tranchée un conflit générationnel en lien avec la classe sociale.

2.2. Inégalité sociales et géographiques d'accès à une alimentation saine

Dans notre étude, les parents interrogés estiment que le budget n'est pas limitant concernant l'alimentation des enfants et y consacrent une bonne part de leur budget total.

Les achats alimentaires représentent aujourd'hui de l'ordre de 20 % du budget des ménages en France selon les dernières données INSEE (institut national de la statistique et étude économique) de 2006. A cela s'ajoute 10 % à 15 % de dépenses liées directement à l'alimentation : transports pour aller faire ses courses, énergie et appareils liés à l'alimentation, dépenses de restauration collective (cantines, restaurants, etc.) (79).

Dans notre thèse, la définition de la qualité et le mode d'approvisionnement alimentaire est différent d'une classe sociale à l'autre. Le mode de vie rural ou urbain engendre aussi des différences d'appréciations quant à la qualité alimentaire et à la définition de l'alimentation « biologique ».

Tout d'abord les normes nutritionnelles sont perçues différemment selon les milieux sociaux. L'alimentation constitue en effet un espace où se forment les goûts et les identités collectives (73).

Les travaux de sociologie de l'alimentation, s'appuyant sur la série d'enquêtes de consommation alimentaire menées par l'INSEE entre 1967 et 1991, mettent en évidence des lignes de clivage dans l'alimentation des Français et tendent à opposer d'une part l'alimentation paysanne et l'alimentation des non-paysans, d'autre part l'alimentation

populaire et l'alimentation bourgeoise (3). Les résultats du Baromètre Santé Nutrition de 2008 indiquent que les milieux aisés ont une alimentation plus diversifiée (80).

Une étude parue en France en 2019 indique que l'âge d'introduction du gluten et de la viande était plus tardif et l'arrêt du lait infantile, plus précoce lorsque le niveau d'études de la mère était plus bas. Le nombre moyen de fruits et légumes donnés était plus faible lorsque la mère avait un niveau socio-économique plus bas ou était multipare (81).

Dans notre étude, même si les parents indiquent ne pas se limiter sur le budget alimentaire, dans la littérature il est clairement démontré que le budget alimentaire des personnes pauvres est insuffisant pour se procurer une alimentation équilibrée. Les personnes soumises à de très fortes contraintes budgétaires n'ont pas d'autre choix que de se tourner vers une alimentation trop riche en énergie et faible en nutriments essentiels, y compris pour leurs enfants (82).

L'environnement économique et physique (accès à des transports, milieu rural/urbain, présence et distance des marchés d'alimentation...) font partis des déterminants de la sécurité alimentaire d'une famille engendrant des inégalités sociales évidentes.

Ainsi, dans le but de limiter ces inégalités, on pourrait imaginer des ateliers d'échanges concrets sur la diversification menés en collaboration avec les parents, à l'aide de recettes englobant les contraintes budgétaires et/ou physiques de ceux-ci, en partant de produits bruts, non transformés.

2.3. Influence du marketing agro-alimentaire

Dans notre étude, certains parents se questionnent sur l'influence des lobbys dans l'alimentation de leur enfant. L'étiquetage est utilisé pour se repérer sur les compositions, textures et portions à donner en fonction des âges.

Dans l'étude de Mehta et al. (2010), les parents ont aussi exprimé leurs craintes de voir les messages publicitaires exploiter la crédulité de leurs enfants (83). En effet le marketing tient une place importante dans l'industrie de l'alimentation pour bébé. On peut le voir, comme

le rappelle la société française de pédiatrie, dans le développement de ce marché par les industriels qui utilisent des préparations rappelant les recettes familiales (51).

L'étude « nutri-Bébé » a révélé que 30% des enfants de moins de 3 ans et 15% des enfants de moins de un an mangeait devant des écrans (84). Un rapport publié en 2002 par l'agence britannique des normes alimentaires actualisé en 2008 par l'OMS, a en effet établi un lien direct entre le *marketing* alimentaire et les préférences alimentaires des enfants qui y sont exposés (risque d'obésité ultérieure établie) (85) (86).

En France, la loi du 20 Décembre 2016 interdit depuis le 1^{er} janvier 2018 dans les programmes jeunesse destinés aux enfants de moins de douze ans les messages publicitaires d'aliments peu sains pour la santé de l'enfant (87).

3. Soutien parental : Relation aux médecins, informations, prévention

3.1. Relation médecin généraliste / parents

Dans notre étude, les parents attendent du médecin généraliste des conseils alimentaires sur les grands principes d'introduction d'aliments en fonction de l'âge, des conseils approfondis pour le premier enfant, ainsi qu'une écoute avec réassurance et déculpabilisation.

Une thèse de 2016, menée à Lille, sur la pratique de la diversification alimentaire et le rôle du médecin généraliste, retrouvait les mêmes attentes avec un rôle de conseil et de confiance (88).

Les représentations des parents sur le professionnel assurant le suivi de la santé de leur enfant de 0 à 2 ans ont été étudiées dans la thèse qualitative d'Alice Gaspar de 2015. Les principales attentes de ceux-ci étaient une relation de qualité et centrée sur l'enfant, le respect de la déontologie, les compétences du professionnel et sa disponibilité (89).

Dans notre étude, le médecin généraliste est vu par certains parents comme non spécialiste dans ce domaine. Cependant, il paraît plus disponible que le pédiatre pour les parents.

Le suivi de l'enfant fait partie du champ d'activité du médecin généraliste comme rappelé dans le référentiel des compétences du médecin généraliste (90).

Du fait de la démographie médicale, le généraliste est amené à suivre de plus en plus d'enfants. Les stages d'internat ont été ainsi modifiés pour que l'interne en médecine générale ait dans son cursus un stage de pédiatrie ambulatoire ou hospitalier. Pourtant, la qualité de ce stage n'est pas homogène sur le territoire français.

Dans la thèse de Lille de 2016 (88), on retrouve, comme dans notre travail, des parents qui voyaient le médecin généraliste comme quelqu'un de non spécialiste avec des informations non actualisées.

Une thèse de Bordeaux de 2015 interroge cette fois les médecins généralistes sur le suivi du nourrisson de moins de 24 mois. Elle met en évidence une diversité des pratiques des médecins généralistes dans ce suivi. Alors que la moitié d'entre eux jugent la formation initiale insuffisante et inadaptée en pédiatrie de ville, la réalisation de formations complémentaires sur ce thème dépend essentiellement de l'intérêt que les médecins y portent. Il en résulte certaines lacunes ne permettant pas une prise en charge optimale des nourrissons (91).

Depuis janvier 2016, les parents d'enfants de moins de 16 ans sont invités à leur choisir un médecin traitant. Ce médecin traitant de l'enfant peut être un généraliste, un pédiatre, ou tout autre spécialiste qui suit l'enfant (sauf médecin de PMI). Le rôle de ce médecin traitant est la coordination des soins, de veiller au bon développement de l'enfant et d'assurer une prévention personnalisée (92).

Dans ce contexte il serait licite de renforcer le lien généraliste / pédiatre de ville, et de compléter la formation initiale pour le médecin généraliste.

Dans ce sens, la stratégie nationale de santé 2018-2022 menée par le Ministère des solidarités et de la santé (93) a pour objectif premier la prévention. Elle promet donc de mettre en place une formation initiale et continue basée sur la prévention et la transversalité des parcours. De même, la réforme du troisième cycle des études médicales de 2017, rend obligatoire, en

ce qui concerne la médecine générale, un stage « enfant » de six mois ambulatoire ou hospitalier (94).

Il faut donc espérer que ces stratégies soient appliquées correctement et permettent de faire progresser les compétences du médecin généraliste. Cependant, il convient de ne pas non plus oublier que la médecine générale est une spécialité qui, par définition, est vaste. Ainsi, les médecins généralistes adaptent leur pratique à leurs préférences et objectifs professionnels en regard de leur type de patientèle. Ceci peut expliquer la non mise à jour des connaissances dans ce domaine chez certains de nos pairs.

Un travail interdisciplinaire dans le domaine de l'alimentation du nourrisson semble donc légitime pour homogénéiser l'information et les conseils délivrés aux parents (95). Comme le rappelle un rapport du ministère de la santé et des sports de 2008 « la mutualisation des savoirs », par l'utilisation du numérique et de la télé-expertise, pourrait être une clef dans la coopération interdisciplinaire (96), ici entre pédiatre et médecin généraliste.

Dans ce rôle de prévention en santé en lien avec l'alimentation du nourrisson, la place du médecin généraliste se définit encore une fois comme celui de pivot en soins primaires. Il peut permettre un bon relais d'informations uniformisées selon des données scientifiques actualisées et rendre les parents acteurs d'une « bonne » diversification à travers une prise en charge globale.

3.2. Sources d'informations

Dans notre étude, les parents ont recours à plusieurs sources d'informations : médecin généraliste, entourage, internet et le carnet de santé ont été les plus cités. Cependant le manque d'homogénéisation et d'actualisation des informations est relevé.

En ce qui concerne internet, une étude réalisée par la société française de pédiatrie s'est intéressée à la fiabilité des sites traitant de diversification alimentaire. 86 % des parents jugent internet de manière fiable, mais les recherches sont souvent longues et décevantes. Plusieurs sites internet ont été étudiés, les informations sont partiellement en accord avec les

recommandations françaises et les pédiatres restent les meilleurs référents de la diversification alimentaire (97).

Le carnet de santé dans notre étude est utilisé comme source fiable pour l'âge d'introduction des aliments, mais il n'est pas du tout cité par certains parents. D'autres trouvent que le médecin généraliste ne l'utilise pas suffisamment. Le carnet de santé (*Annexe 8*), dont une nouvelle version a été éditée en 2018, propose un schéma récapitulatif des recommandations du PNNS (14). A noter qu'il n'avait pas été actualisé depuis 12 ans. La non mise à jour régulière des recommandations peut être un obstacle à son utilisation.

Dans ce contexte, la création d'une plateforme informatique (application et site internet) gouvernemental (dirigé par exemple par l'INPES (Institut national de prévention et d'éducation pour la santé)) dédiée à la diversification alimentaire pourrait être un bon début pour permettre un regroupement d'informations mises à jour et validées scientifiquement. Des informations sur la qualité alimentaire et son importance dans le développement de l'enfant devraient y être consultables.

Pour l'instant, en consultation, les parents déclarant préférer des conseils sur la diversification à type d'orientation (grands principes) plutôt que trop directifs, le médecin généraliste peut s'aider du site modéré par la faculté de médecine de Toulouse « *Pediadoc* » comme source d'information synthétique, à jour des recommandations.

3.3. Prévention et accompagnement

Dans notre étude, ressort le besoin d'un partage d'expériences entre parents. La création d'atelier d'échange, de café-parent a été évoquée. Pour certains parents, les astuces pratiques du quotidien concernant l'alimentation ne relèvent pas du monde médical.

Nous ne retrouvons pas l'évocation de ces ateliers d'échange dans les autres thèses qualitatives sur la diversification alimentaire.

La prépondérance des forums internet avec des nombreux questionnements parentaux en matière de diversification laisse penser que le besoin de partage entre parents est réel et que la réponse n'est pas toujours attendue ou obtenue du corps médical (98).

3.3.1. Initiatives existantes en France et à l'étranger

Le CNA (conseil national de l'alimentation) émet la recommandation suivante : recenser les initiatives pertinentes mises en place par les acteurs privés et les pouvoirs publics pour aider les parents à mieux nourrir leur enfant (Bébé Nut, Atelier kangourou...) et en assurer la diffusion auprès des personnels de santé concernés (99).

A ce jour, il n'existe pas de recensement de ces initiatives éparses en France. Nous avons répertorié ci-dessous quelques initiatives trouvées grâce à internet.

Le kit pédagogique BBnut est un outil d'animation pour échanger sur l'alimentation du jeune enfant (de la naissance à 3 ans). Créé initialement avec la participation d'un pédiatre pour intervenir auprès des publics précarisés, BBnut est accessible aux personnes illettrées (100).

Le programme « bavoir et tablier » (soutenu par Annexe Kangourou® et Blédina®) a pour objectif d'aider les parents à cuisiner simplement du fait maison sans les culpabiliser, de 4 à 24 mois. L'ambition est de trouver des partenaires afin de mettre en place directement dans les crèches le fait maison (101).

La Mutualité Française Occitanie mène, en partenariat avec l'ARS (agence régionale de santé) Occitanie, un programme de prévention sur l'alimentation du jeune enfant dans les crèches de la région. Enfants, parents et professionnels bénéficient ainsi d'informations pour renforcer leurs connaissances sur l'alimentation et échanger avec des spécialistes de la petite enfance (102).

Il existe également des initiatives privées associatives de café-parents avec une volonté d'échanges entre parents, mélanges entre salon de thé et espace de jeux.

De plus les lieux d'accueil enfants parents (LAEP), en lien avec la PMI, sont des lieux d'accueil gratuit pour les parents et leurs enfants de 0 à 4 ans, en présence de professionnels de la petite enfance. Le but est de soutenir les parents et d'aider à la socialisation de l'enfant.

Ces lieux sont peu connus et difficiles à trouver sur internet, avec des créneaux d'ouvertures pendant les heures de travail.

En Belgique Wallonne, l'ONE (office de la naissance et de l'enfance), comparable à la PMI en France, est l'organisme de référence pour toutes les questions relatives à l'enfance. Il existe des activités collectives de soutien à la parentalité et de promotion de la santé. Ces rencontres se font le plus souvent dans un seul et même espace aménagé, parfois mobile. Sur le site de l'ONE, les lieux de rencontre parents-enfants sont répertoriés (103).

Au Québec, des Maisons des Familles sont nées dans les années 1980, à l'initiative de parents. Elles se sont construites sur un modèle communautaire où les expériences de chacun permettent de nourrir une réflexion collective. Il en existe aujourd'hui 288 au Canada (104).

En France depuis 2009, 14 maisons des familles se sont créées, basées sur le modèle québécois, lieux d'accueil et d'échange pour les familles, où chacun peut partager son expérience, s'enrichir de celles des autres et trouver un soutien. Les équipes développent des initiatives et des pratiques novatrices adaptées aux besoins identifiés par et avec les familles (105). A Toulouse, la première maison des familles a ouvert ses portes en Septembre 2019.

Il est intéressant pour un professionnel de santé de connaître les initiatives existantes dans son environnement proche pour collaborer ou réorienter les parents en cas de besoins exprimés.

3.3.2. Ateliers d'éducation thérapeutique / santé communautaire

Selon l'OMS, « l'ETP (éducation thérapeutique du patient) vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique » (106). Différents niveaux d'interventions dans la démarche sont possibles pour les professionnels de santé, ceci nécessite une coordination et une transmission d'information.

La démarche de l'ETP, impulsée par un professionnel de santé, est au préalable d'évaluer les besoins des personnes, leurs attentes, leurs croyances. Ceci permet donc de favoriser

leur implication pour définir un programme personnalisé avec des priorités d'apprentissage (107).

Par ailleurs selon l'OMS, « la santé communautaire est le processus par lequel les membres d'une collectivité, géographique ou sociale, conscients de leur appartenance à un même groupe, réfléchissent en commun sur les problèmes de leur santé, expriment leurs besoins prioritaires et participent activement à la mise en place, au déroulement et à l'évaluation des activités les plus aptes à répondre à ces priorités ». Cette vision participative de la santé est inscrite dans la constitution de l'OMS : « une opinion publique éclairée et une coopération active de la part du public sont d'une importance capitale pour l'amélioration de la santé des populations » (108). En pratique, les applications peuvent prendre plusieurs formes, toujours portées par la communauté de référence : groupes de réflexion, de travail, de sensibilisation, lieux d'accueil, projets de santé de proximité...

En France la santé communautaire ne fait pas l'objet d'un cadre législatif précis. Elle vise à mobiliser la capacité des personnes à s'impliquer et non à leur demander directement de participer, comme pourrait le faire un chef de projet dans une opération « classique » (109).

Au Québec, le programme « Y'a personne de parfait » vise non seulement à augmenter les éléments de savoir factuel, mais aussi de savoir-être (attitudes) et de savoir-faire (comportements) des parents. Il fait davantage appel à la discussion et aux activités de groupe plutôt qu'à l'enseignement traditionnel de type magistral. Les animateurs sollicitent l'expérience des parents et s'efforcent d'amener chacun d'eux à participer aux discussions. L'analyse démontre clairement que le programme a été à l'origine de nombreux acquis au plan des habiletés parentales, de l'élargissement du réseau de relation et d'entraide des parents. Il a aussi permis d'augmenter la capacité des parents à se prendre en main et à consulter au besoin les ressources existantes (110).

3.3.3. Comment intégrer cette volonté d'échange entre parents dans la pratique du médecin généraliste ?

Dans ce cadre nous trouvons donc intéressant d'adapter des ateliers et des groupes d'échanges à la diversification alimentaire dans une démarche de prévention en santé.

On pourrait pour cela envisager une prise en charge plus globale éco-systémique autour de l'alimentation de l'enfant (111).

Il serait intéressant de développer avec les parents, en partenariat avec les professionnels de la petite enfance et le réseau des maisons de familles, des ateliers collectifs correspondant aux besoins parentaux exprimés autour de l'alimentation du nourrisson. Cette volonté pourrait être intégrée dans le cadre de la stratégie santé 2018-2022 conduite par les ARS.

En conclusion, comme l'avait déjà énoncé le rapport Bouchard en 1991 « après l'enfant lui-même, ce sont les parents qui sont les maîtres d'œuvre de son développement. À ce titre, ils ont des responsabilités mais ils ont aussi besoin que la société les soutienne dans leur rôle » (112).

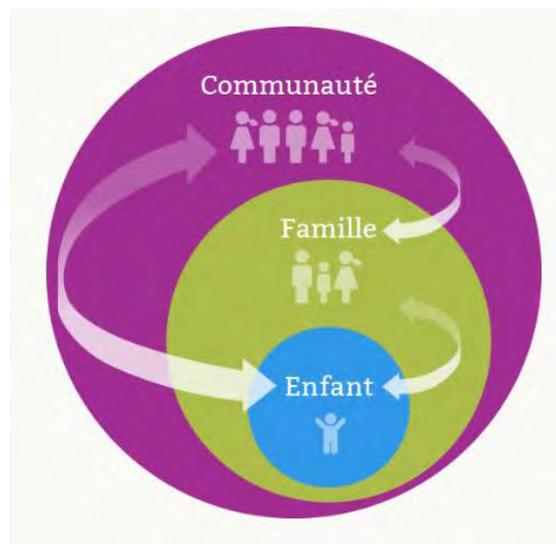


Figure 1. Approche éco-systémique de l'enfant

4. Forces et faiblesses de l'étude

4.1. Limites et Biais

4.1.1. Biais lié à la méthode qualitative

Tous les entretiens n'ont pas pu être menés à 2 chercheuses, ce qui aurait été intéressant pour noter au mieux les attitudes non verbales des parents (23).

Il existe un biais lié à l'appropriation progressive de la méthode : en effet pour les deux chercheuses il s'agissait de la première étude menée en recherche qualitative.

Par ailleurs, un focus group aurait pu être constitué afin de réaliser une triangulation des méthodes.

4.1.2. Biais lié à l'échantillonnage

Nous avons recherché un échantillonnage raisonné le plus diversifié possible.

Cependant, il est forcé de constater la prédominance du sexe féminin dans les parents ayant répondu à nos entretiens.

De plus, seuls les parents intéressés par le sujet et investis dans la prise en charge de leurs enfants ont répondu positivement à la proposition d'entretien ; cela peut donc introduire un autre biais dans notre étude.

4.1.3. Biais lié aux entretiens

La qualité des tout premiers entretiens s'est révélée moyenne. La chercheuse principale ne maîtrisait pas encore correctement la méthode de l'entretien semi-dirigé et la relance du questionnement. En effet, en recherche qualitative, la qualité de l'entretien dépend de la capacité du chercheur à faire émerger des idées nouvelles, à stimuler l'échange, à reformuler. Ces qualités s'acquièrent au fur et à mesure de la réalisation des entretiens (23).

Une discussion entre les chercheuses après chaque entretien et la rédaction d'une fiche d'aide à la réalisation d'un entretien de qualité a permis d'améliorer la qualité de ceux-ci.

Il existe aussi un biais de jugement par le fait que certains parents connaissaient le statut d'étudiant en médecine de la chercheuse principale, ce qui a pu influencer leur témoignage.

4.1.4. Biais lié au recueil de données

La méthode de recueil de données avec enregistrement a pu limiter les réponses des parents, ils se sont peut-être exprimés moins librement.

Les participants ont tous choisi le lieu de l'entretien, ils se sont souvent déroulés au domicile et parfois en présence des enfants. De fait, certains entretiens ont pu être interrompus par une tierce personne. Ceci a pu avoir un impact sur leurs déclarations.

De même, sur demande de deux participants, l'entretien a été téléphonique. Ceci a entraîné un biais dans le recueil des données non verbales.

4.1.5. Biais lié à la méthode d'analyse

Il existe un biais lié à la découverte de la méthode.

Notre position d'interne en médecine a pu influencer notre analyse.

Le travail de réflexivité et la triangulation des données ont tenté de réduire cette subjectivité.

4.2. Forces de l'étude

4.2.1. Etude qualitative

Cette étude qualitative permet, grâce aux questions ouvertes, de prendre en compte le ressenti des répondants.

En offrant des possibilités d'expression libre, elle autorise l'émergence d'idées originales et génère des hypothèses inductives sur le thème, en dialogue avec les recommandations officielles en la matière

Les entretiens individuels ont permis une expression plus libre des parents car ils n'étaient pas confrontés au regard et au jugement d'autres parents.

4.2.2. Critères de validité scientifique

Cette étude a été menée par deux chercheuses afin de croiser les interprétations et augmenter la validité interne de l'étude.

La retranscription et le codage ont été exécutés rapidement après l'entretien, de manière à ne perdre aucune information.

La saturation des données a été obtenue après 15 entretiens. Un entretien supplémentaire a été effectué, ne rapportant aucune nouvelle idée.

4.2.3. Recrutement

Une diversification des classes sociales, cultures, milieux de vie, composition familiale a été recherchée afin d'obtenir un panel d'expériences variées.

Seuls les parents d'enfants en cours de diversification étaient concernés pour éviter tout biais de mémorisation.

CONCLUSION

La diversification alimentaire du nourrisson est une étape primordiale dans son développement et un déterminant de sa santé actuelle et future. Le médecin généraliste a un rôle de prévention et de conseil important. L'objectif de notre étude était d'identifier les difficultés des parents au cours de la diversification alimentaire et leurs attentes concernant le médecin généraliste.

Tout d'abord, le contenu du repas pouvait être un casse-tête pour les parents en ce qui concerne les textures, les quantités, les boissons afin de respecter les besoins nutritionnels spécifiques du nourrisson. L'introduction de nouveaux aliments en fonction de l'âge relevait parfois d'un défi parental nécessitant des astuces pour préserver la diversité alimentaire. Même si le processus de diversification paraissait instinctif pour beaucoup et dépendait de la personnalité du nourrisson, il pouvait être facteur d'anxiété parentale principalement en cas de refus alimentaire et pour l'introduction des morceaux. Le poids du nourrisson était une préoccupation majeure. Certains aliments étaient identifiés comme mauvais pour la santé en particulier le sucre et le gras.

De plus, l'alimentation de l'enfant était influencée par les habitudes socio-culturelles familiales, le lien à l'entourage et les difficultés organisationnelles. La mère jouait un rôle important dans le « bien manger ». La multiplicité des ressources (grands-parents, assistance maternelle, crèche, amis, internet, carnet de santé, médecin...) et les messages publicitaires agro-alimentaire pouvaient être source de questionnement chez les parents quant à la fiabilité et l'actualisation des informations divulguées.

Dans ce contexte, les parents attendaient du médecin généraliste un rôle de conseils clairs, à jour des recommandations, personnalisés surtout en cas de régimes particuliers ou premier enfant. L'écoute et la réassurance leur paraissaient primordiales. Pour certains, le partage d'expériences entre pairs leur semblait utile.

La formation initiale et continue des médecins généralistes doit donc se renouveler afin, d'une part d'uniformiser les discours concernant la diversification alimentaire et d'autre part de délivrer des conseils actualisés scientifiquement. La télé-expertise et l'utilisation d'outils numériques pourraient être la clef d'une organisation de soutien parental en réseau avec les pédiatres et autres professionnels de la petite enfance.

Dans ce contexte, une approche multidisciplinaire pourrait impliquer les parents dans des ateliers d'échanges autour de l'alimentation du nourrisson.

Il serait donc pertinent de mener un travail de « recherche-action » sur ce thème (identifier les besoins en mettant en lien acteur et chercheur pour établir un plan d'action aboutissant à un changement à analyser et critiquer) afin d'accompagner au mieux les parents et assurer ainsi la meilleure diversification alimentaire possible pour le nourrisson.

BIBLIOGRAPHIE

1. Organisation mondiale de la santé. 2018. Alimentation du nourrisson et du jeune enfant [Internet]. WHO. [consulté le 7 déc 2016]. [internet] Disponible sur: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs342/fr/>
2. Comité de Nutrition de la Société Française de Pédiatrie, Bocquet A , Bresson JL , Briend A. Alimentation du nourrisson et de l'enfant en bas âge : Réalisation pratique. Arch Pédiatr 2003;10 :76-81. In.
3. INSERM. Inégalités sociales de santé en lien avec l'alimentation et l'activité physique [Internet] [cité 8 janv 2018]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/information-en-sante/expertises-collectives/inegalites-sociales-sante-en-lien-avec-alimentation-et-activite-physique>
4. TURCK D. Historique de la diversification alimentaire. Arch Pédiatrie. 2010.
5. Lemale J. Diversification alimentaire. Wwwem-Premiumcomdatatraitestmtm-37504 [Internet]. 10 févr 2015 [cité 3 juill 2019]; Disponible sur: <https://www-em--premium-com-s.docadis.ups-tlse.fr/article/955678/resultatrecherche/2>
6. PEDIADOC. Développement psychomoteur : 6 mois [Internet]. [cité 4 juill 2019]. Disponible sur : <http://pediadoc.fr/age/7/3/6-mois-developpement-psychomoteur>
7. Briend A, Legrand P, Bocquet A, Girardet J-P, Bresson J-L, Chouraqui J-P, et al. Lipid intake in children under 3 years of age in France. A position paper by the Committee on Nutrition of the French Society of Paediatrics. /data/revues/0929693X/v21i4/S0929693X14000414/ [Internet]. 26 mars 2014 [cité 4 juill 2019] Disponible sur : <https://www.em-consulte.com/en/article/883583>
8. Bidat E, Benoist G. Prévention des allergies alimentaires : la diversification en 2019. [Internet]. 16 mars 2019 [cité 3 juill 2019]; Disponible sur: <https://www-em--premium-com-s.docadis.ups-tlse.fr/article/1281651/resultatrecherche/4>
9. Koletzko B, von Kries R, Closa R, Escribano J, Scaglioni S, Giovannini M, et al. Lower protein in infant formula is associated with lower weight up to age 2 y: a randomized clinical trial. Am J Clin Nutr. juin 2009;89(6):1836-45.
10. Mennella JA, Ventura AK. Early feeding: setting the stage for healthy eating habits. Nestle Nutr Workshop Ser Paediatr Programme. 2011;68:153-63; discussion 164-168.
11. Complementary Feeding: A Commentary by the ESPGHAN Committee... : Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition [Internet]. LWW. [cité 8 nov 2016]. Disponible sur: http://journals.lww.com/jpgn/Fulltext/2008/01000/Complementary_Feeding__A_Commentary_by_the_ESPGHAN.21.aspx

12. Fewtrell M, Bronsky J, Campoy C, Domellöf M, Embleton N, Fidler Mis N, et al. Complementary Feeding: A Position Paper by the European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (ESPGHAN) Committee on Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* janv 2017;64(1):119.
13. Ministère des solidarités et de la santé. Programme National Nutrition Santé. 2011. [Internet]. [cité 4 juill 2019]. Disponible sur: <https://www.mangerbouger.fr/PNNS/Guides-et-documents>
14. Haut conseil de la santé publique. Pour une politique nationale nutrition santé en France : PNNS 2017-2021. 2017. Col. avis et rapports [Internet]. [cité 6 févr 2018]. Disponible sur: <http://sf-nutrition.org/wp-content/uploads/2017/11/PNNS-2017-2021.pdf>
15. Haute autorité de santé. Stratégie de prévention de la carie dentaire. Synthèse et recommandations. 2010 [Internet]. [cité 23 sept 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2010-10/corriges_synthese_carie_dentaire_version_postcollege-10sept2010.pdf
16. Van Winckel M, Vande Velde S, De Bruyne R, Van Biervliet S. Clinical practice: vegetarian infant and child nutrition. *Eur J Pediatr.* déc 2011;170(12):1489-94.
17. INSEE. Bilan démographique 2018 [Internet]. [cité 3 juill 2019]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3692693?sommaire=1912926>
18. Ministère des Solidarités et de la Santé. Les médecins d'ici à 2040 : une population plus jeune, plus féminisée et plus souvent salariée [Internet]. [cité 3 juill 2019]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/les-medecins-d-ici-a-2040-une-population-plus-jeune-plus-feminisee-et-plus>
19. Valleteau de Moulliac J. La pédiatrie libérale enjeux, difficultés et perspectives. 2013 [Internet]. [cité 23 sept 2019]. Disponible sur: <http://www.academie-medecine.fr/wp-content/uploads/2015/02/pages-de-1143-a-1152.pdf>
20. Peyron M. Pour sauver la PMI, agissons maintenant ! . 2019 [Internet]. [cité 23 sept 2019]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2018-102r-pmi.pdf>
21. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P. Introduction à la recherche qualitative. *Exercer.* 2008;84;19:4.
22. Letrilliart L, Bourgeois I, Vega A. et al. Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative. *La revue francophone de médecine générale.* 2009;88 : 106-112 [Internet]. [cité 4 juill 2019]. Disponible sur: <https://www.exercer.fr/search?s=qualitative&page=16>
23. Blanchet A., Gotman A. L'entretien 2^{de} édition. armand colin. 2015. (128).
24. Rondeau K., Paillé P. L'analyse qualitative pas à pas : gros plan sur le déroulé des opérations analytiques d'une enquête qualitative. 2016. [Internet]. [cité 13 janv 2017]. Disponible sur: http://www.unifr.ch/socsem/cours/compte_rendu/M%E9thodo.analyse.entretiens.pdf

25. Bournez M, Ksiazek E, Wagner S, Kersuzan C, Tichit C, Gojard S, et al. Factors associated with the introduction of complementary feeding in the French ELFE cohort study. *Matern Child Nutr.* 2018;14(2):e12536.
26. Unité de surveillance et d'épidémiologie nutritionnelle. Epifane : épidémiologie en France de l'alimentation et de l'état nutritionnel des enfants pendant leur première année de vie. [Internet]. [cité 4 juill 2019]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/recherche/#search=epifane>
27. Fewtrell M, Bronsky J, Campoy C, Domellöf M, Embleton N, Fidler Mis N, et al. Complementary Feeding: A Position Paper by the European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (ESPGHAN) Committee on Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2017;64(1):119-32.
28. Gisel EG. Effect of food texture on the development of chewing of children between six months and two years of age. *Dev Med Child Neurol.* 1991;33(1):69-79.
29. Schwartz C, Vandenberghe-Descamps M, Sulmont-Rossé C, Tournier C, Feron G. Behavioral and physiological determinants of food choice and consumption at sensitive periods of the life span, a focus on infants and elderly. *Innov Food Sci Emerg Technol.* 1 avr 2018;46:91-106.
30. Megan H Pesch MD. Baby-led weaning: Introducing complementary foods in infancy [Internet]. *Contemporary Pediatrics.* 2019 [cité 25 juin 2019]. Disponible sur: <https://www.contemporarypediatrics.com/article/baby-led-weaning-introducing-complementary-foods-infancy>
31. Brown E. Early influences on child satiety-responsiveness: the role of weaning style. 2015 . *Pediatric Obesity - Wiley Online Library* [Internet]. [cité 4 juill 2019]. Disponible sur: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.2047-6310.2013.00207.x>
32. Morison BJ, Taylor RW, Haszard JJ, Schramm CJ, Williams Erickson L, Fangupo LJ, et al. How different are baby-led weaning and conventional complementary feeding? A cross-sectional study of infants aged 6-8 months. *BMJ Open.* 06 2016;6(5):e010665.
33. EFSA . Scientific Opinion on the appropriate age for introduction of complementary feeding of infants. *EFSA J.* 1 déc 2009;7(12):n/a-n/a.
34. ANSES. Actualisation des apports nutritionnels conseillés pour les acides gras. Rapport d'expertise collective. [Internet]. 2011 [cité 3 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.anses.fr/fr/system/files/NUT2006sa0359Ra.pdf>
35. Société française des aliments de l'enfance. Résultats du 2 e volet de l'Étude Nutri-Bébé . 2013 – Apports nutritionnels chez les 0 à 3 ans. [Internet]. 15 oct 2014 [cité 4 juill 2019]; Disponible sur: <https://www-em--premium-com-s.docadis.ups-tlse.fr/article/931271/resultatrecherche/9>
36. Direction générale de la santé. Avis de l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail relatif à l'actualisation des repères

alimentaires du PNNS pour les enfants de 0 à 3 ans [Internet]. 2017 [cité 3 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.anses.fr/fr/system/files/NUT2017SA0145.pdf>

37. Briand L. Le goût : de la molécule à la saveur. INRA. 2017:21.
38. Malik VS, Pan A, Willett WC, Hu FB. Sugar-sweetened beverages and weight gain in children and adults: a systematic review and meta-analysis. *Am J Clin Nutr.* oct 2013;98(4):1084-102.
39. Laitala M-L, Vehkalahti MM, Virtanen JI. Frequent consumption of sugar-sweetened beverages and sweets starts at early age. *Acta Odontol Scand.* mars 2018;76(2):105-10.
40. Organisation mondiale de la santé. Apport en sucres chez l'adulte et l'enfant [Internet]. [cité 17 oct 2018]. Disponible sur: http://www.who.int/nutrition/publications/guidelines/sugars_intake/fr/
41. Roduit C, Frei R, Loss G, Büchele G, Weber J, Depner M, et al. Development of atopic dermatitis according to age of onset and association with early-life exposures. *J Allergy Clin Immunol.* juill 2012;130(1):130-136.e5.
42. Zutavern A, Brockow I, Schaaf B, Bolte G, von Berg A, Diez U, et al. Timing of solid food introduction in relation to atopic dermatitis and atopic sensitization: results from a prospective birth cohort study. *Pediatrics.* févr 2006;117(2):401-11.
43. Zutavern A, von Mutius E, Harris J, Mills P, Moffatt S, White C, et al. The introduction of solids in relation to asthma and eczema. *Arch Dis Child.* avr 2004;89(4):303-8.
44. Ierodiakonou D, Garcia-Larsen V, Logan A, Groome A, Cunha S, Chivinge J, et al. Timing of Allergenic Food Introduction to the Infant Diet and Risk of Allergic or Autoimmune Disease: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA.* 20 sept 2016;316(11):1181-92.
45. Prescott SL, Smith P, Tang M, Palmer DJ, Sinn J, Huntley SJ, et al. The importance of early complementary feeding in the development of oral tolerance: concerns and controversies. *Pediatr Allergy Immunol Off Publ Eur Soc Pediatr Allergy Immunol.* août 2008;19(5):375-80.
46. Turck D, Dupont C, Vidailhet M, Bocquet A, Briand A, Chouraqui J-P, et al. Diversification alimentaire : évolution des concepts et recommandations. *Arch Pédiatrie.* mai 2015;22(5):457-60.
47. Norris JM, Barriga K, Hoffenberg EJ, Taki I, Miao D, Haas JE, et al. Risk of celiac disease autoimmunity and timing of gluten introduction in the diet of infants at increased risk of disease. *JAMA.* 18 mai 2005;293(19):2343-51.
48. Vriezinga SL, Auricchio R, Bravi E, Castillejo G, Chmielewska A, Crespo Escobar P, et al. Randomized feeding intervention in infants at high risk for celiac disease. *N Engl J Med.* 2 oct 2014;371(14):1304-15.

49. Ivarsson A, Persson LA, Nyström L, Ascher H, Cavell B, Danielsson L, et al. Epidemic of coeliac disease in Swedish children. *Acta Paediatr Oslo Nor* 1992. févr 2000;89(2):165-71.
50. Société française des aliments de l'enfance. Enquête Nutri-Bébé 2013 Partie 1. Présentation et considérations méthodologiques | Comportements alimentaires et apports nutritionnels chez les 0-3 ans [Internet]. [cité 3 janv 2017]. Disponible sur: <http://nutri-bebe-sfae.com/articles-francais/enquete-nutri-bebe-2013-partie-1-presentation-et-considerations-methodologiques>
51. Ghisolfia J, Bocquet A., , Bressonc JL, Briend A., , Chouraouie JP, Darmaunf D., et al. Les aliments industriels (hors laits et céréales) destinés aux nourrissons et enfants en bas âge : un progrès diététique ? *Arch Pédiatrie* 2013.205 :23-532 [Internet]. Disponible sur: http://www.sfpediatrie.com/sites/default/files/recommandations/aliments_industriels-cnsfp-archpediatr-2013.pdf
52. Directive 2009/39/CE du Parlement Européen et du Conseil du 6 mai 2009 relative aux denrées alimentaires destinées à une alimentation particulière (refonte) Texte présentant de l'intérêt pour l'EEE. :9.
53. Commission Européenne. Directive 2006/125/CE de la commission du 5 décembre 2006 concernant les préparations à base de céréales et les aliments pour bébés destinés aux nourrissons et aux enfants en bas âge [Internet]. déc 5, 2006. Disponible sur: <https://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2006:339:0016:0035:FR:PDF>
54. Commission Européenne. Règlement (CE) No 178/2002 du parlement européen et du conseil du 28 janvier 2002 établissant les principes généraux et les prescriptions générales de la législation alimentaire, instituant l'Autorité européenne de sécurité des aliments et fixant des procédures relatives à la sécurité des denrées alimentaires [Internet]. janv 28, 2002. Disponible sur: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/PDF/?uri=CELEX:32002R0178&from=FR>
55. WHO European Region. Commercial foods for infants and young children in the WHO European Region A study of the availability, composition and marketing of baby foods in four European countries [Internet]. 2019 [cité 4 sept 2019]. Disponible sur: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/406452/CLEAN_Commercial-foods_03July_disclaimer_LV.pdf?ua=1
56. OMS Europe. Les aliments pour bébés ont une forte teneur en sucre et sont commercialisés de manière inappropriée pour les nourrissons [Internet]. 2019 [cité 4 sept 2019]. Disponible sur: <http://www.euro.who.int/fr/media-centre/sections/press-releases/2019/whoeurope-studies-find-baby-foods-are-high-in-sugar-and-inappropriately-marketed-for-babies>
57. ANSES. Avis de l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail relatif à l'actualisation des repères alimentaires du PNNS pour les enfants de 0 à 3 ans [Internet]. 2019 [cité 4 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.anses.fr/fr/system/files/NUT2017SA0145.pdf>

58. Lange C, Visalli M, Jacob S, Chabanet C, Schlich P, Nicklaus S. Maternal feeding practices during the first year and their impact on infants' acceptance of complementary food. *Food Qual Prefer.* 1 sept 2013;29(2):89-98.
59. Maier A, Chabanet C, Schaal B, Leathwood P, Issanchou S. Food-related sensory experience from birth through weaning: contrasted patterns in two nearby European regions. *Appetite.* sept 2007;49(2):429-40.
60. Nicklaus S, Monnery-Patris S. Food neophobia in children and its relationships with parental feeding practices/styles. In: Reilly S, éditeur. [Internet]. Woodhead Publishing; 2018 [cité 4 sept 2019]. p. 255-86. Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9780081019313000136>
61. Nicklaus S, Remy E. Early Origins of Overeating: Tracking Between Early Food Habits and Later Eating Patterns. *Curr Obes Rep.* 1 juin 2013;2(2):179-84.
62. Schwartz C, Scholtens PAMJ, Lalanne A, Weenen H, Nicklaus S. Development of healthy eating habits early in life. Review of recent evidence and selected guidelines. *Appetite.* déc 2011;57(3):796-807.
63. Goulet O, Turck D, Vidailhet M. Alimentation de l'enfant en situations normale et pathologique. *Doin*; 2012. 1013
64. Liberman Z, Woodward AL, Sullivan KR, Kinzler KD. Early emerging system for reasoning about the social nature of food. *Proc Natl Acad Sci.* 23 août 2016;113(34):9480-5.
65. Tavoularis G, Mathé T. Le modèle alimentaire français contribue à limiter le risque d'obésité. *CREDOC.* 2010. Consommation et modes de vie n°232: 0295-9976 [Internet]. 2012 [cité 9 oct 2019]. Disponible sur: <http://sante.lefigaro.fr/actualite/2012/04/29/18099-mangez-famille-pour-prevenir-lobesite>
66. Neumark-Sztainer D, Hannan PJ, Story M, Croll J, Perry C. Family meal patterns: Associations with sociodemographic characteristics and improved dietary intake among adolescents. *J Am Diet Assoc.* 1 mars 2003;103(3):317-22.
67. Centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie. Que mangent les Franciliens en 2019 [Internet]. 2019 [cité 3 sept 2019]. Disponible sur: [<https://www.credoc.fr/publications/que-mangent-les-franciliens-en-2019>]
68. Centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie. Les nouvelles générations transforment la consommation de viande [Internet]. 2018 [cité 3 sept 2019]. Disponible sur: [<https://www.credoc.fr/publications/les-nouvelles-generations-transforment-la-consommation-de-viande>]
69. Melina V, Craig W, Levin S. Position of the Academy of Nutrition and Dietetics: Vegetarian Diets. *J Acad Nutr Diet.* déc 2016;116(12):1970-80.

70. AFSSA. Apport en protéines : consommation, qualité, besoins et recommandations [Internet]. 2007 [cité 5 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.anses.fr/fr/system/files/NUT-Ra-Proteines.pdf>
71. Hörnell A, Lagström H, Lande B, Thorsdottir I. Protein intake from 0 to 18 years of age and its relation to health: a systematic literature review for the 5th Nordic Nutrition Recommendations. *Food Nutr Res* [Internet]. 23 mai 2013 [cité 25 oct 2016];57(0). Disponible sur: <http://www.foodandnutritionresearch.net/index.php/fnr/article/view/21083>
72. Gibson et al. rosaline. Is iron and zinc nutrition a concern for vegetarian infants and young children in industrialized countries? | *The American Journal of Clinical Nutrition* | Oxford Academic [Internet]. 2014 [cité 5 sept 2019]. Disponible sur: https://academic.oup.com/ajcn/article/100/suppl_1/459S/4576648
73. Régnier F, Masullo A. Obésité, goûts et consommation. *Rev Fr Sociol.* 1 déc 2009;Vol. 50(4):747-73.
74. Scaglioni S, Salvioni M, Galimberti C. Influence of parental attitudes in the development of children eating behaviour. *Br J Nutr.* févr 2008;99 Suppl 1:S22-25.
75. Mathiot L. L'alimentation des enfants du point de vue de leurs parents : des représentations du risque différenciées selon l'appartenance sociale des familles. *Sociol Sociétés.* 2014;46(2):133-54.
76. Bordet J, Bénony-Viodé C, Pierrehumbert B, Bénony H, Sanchez S. Alimentation et transmission mère-enfant. *Champ Psy.* 2011;n° 60(2):63-78.
77. Martial A. Nouveaux pères et nouvelles paternités : le regard des sciences sociales [Internet]. *ERES*; 2017 [cité 5 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/accueillir-les-peres-en-perinatalite--9782749254715-page-45.htm>
78. Gojard S, Lhuissier A, Régnier F. Sociologie de l'alimentation. [Internet]. [cité 5 sept 2019]; Disponible sur: <http://journals.openedition.org/lectures/1599>
79. Garnon P. Alimentation et mondialisation. 2012;N° 215-216(3):209-24.
80. Ministère des solidarités et de la santé. Baromètre santé nutrition [Internet]. 2018 [cité 5 sept 2019]. Disponible sur: [<https://www.promosante-idf.fr/sinformer/ressources-documentaires/barometre-sante-nutrition>]
81. Maillier A, Boichon A, Bois C, Destombe S. Diversification alimentaire et statut socio-économique. *Sante Publique (Bucur).* 23 mai 2019;Vol. 31(1):61-70.
82. Castetbon K., Position socioéconomique et alimentation. *InvS.2012* [Internet]. [cité 9 oct 2019]. Disponible sur: <http://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/6522/?sequence=11>
83. Handsley E. Parents' and Children's Perceptions of the Ethics of Marketing Energy-Dense Nutrient-Poor Foods on the Internet: Implications for Policy

- to Restrict Children's Exposure. Public Health Ethics [Internet]. [cité 10 sept 2019]; Disponible sur: https://www.academia.edu/14062359/Parents_and_Childrens_Perceptions_of_the_Ethics_of_Marketing_Energy-Dense_Nutrient-Poor_Foods_on_the_Internet_Implications_for_Policy_to_Restrict_Childrens_Exposure
84. Secteur Français des Aliments de l'Enfance. Que révèle le volet « comportement » de Nutri-Bébé 2013 ? Un paradoxe : des aliments spécifiques plus longtemps, des aliments inadaptés trop tôt. [Internet] 2014 [cité 3 janv 2017]. Disponible sur: <http://www.secteurfrancaisdesalimentsdelenfance.com/revele-volet-comportement-nutri-bebe-2013/>
 85. Inserm. Agir sur les comportements nutritionnels : Réglementation, marketing et influence des communications de santé. [Internet]. 2017 [cité 12 sept 2019] p. XVI-413 p. (Collection Expertise collective. EDP Sciences). Disponible sur: <https://www.inserm.fr/information-en-sante/expertises-collectives/agir-sur-comportements-nutritionnels>
 86. Cairns G, Angus K, Hastings G, World Health Organization. The extent, nature and effects of food promotion to children: a review of the evidence to December 2008. Geneva: World Health Organization; 2009.
 87. Loi n° 2016-1771 du 20 décembre 2016 relative à la suppression de la publicité commerciale dans les programmes jeunesse de la télévision publique - Article 2. 2016-1771 déc 20, 2016.
 88. Pinte-Masy M. Pratique de la diversification alimentaire et rôle du médecin généraliste: Étude qualitative auprès de mères d'enfants de 6 mois à 3 ans. [Internet]. Lille 2 droit et santé; 2016 [cité 3 sept 2019]. Disponible sur: <https://pepitedepot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/f0c36cec-2b67-41f7-8c73-a8564c8aebda>
 89. Gaspar A. Représentations des parents sur le professionnel assurant le suivi de la santé de leur enfant de 0 à 2 ans, à travers leurs attentes et leur ressenti. Le médecin généraliste répond-il aux attentes des parents dans l'offre de santé ? [Internet]. Lille 2 droit et santé; 2014 [cité 12 sept 2019]. Disponible sur: <https://pepitedepot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/9dbbc718-b805-4431-82c2-a91e568b4f69>
 90. CNOM. Document de Références en médecine générale à l'usage des Commissions de qualification du CNOM [Internet]. 2008. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/referentiel_medecine_generale_.pdf
 91. Cassol É. Le rôle du médecin généraliste dans le suivi du nourrisson de moins de 24 mois: étude menée auprès de 14 médecins généralistes exerçant en Ile-de-France et en Aquitaine. 2015;83.
 92. AMELI. Les examens de suivi médical de l'enfant et de l'adolescent [Internet]. [cité 10 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/sante-prevention/enfants-et-adolescents/examens-de-suivi-medical-de-lenfant-et-de-ladolescent/les-examens-de-suivi-medical-de-lenfant-et-de-ladolescent>

93. Ministère des solidarités et de la santé. Stratégie nationale de santé 2018-2022 [Internet]. 2018. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_sns_2017_synthesev6-10p.pdf
94. SRP-IMG. Réforme de 3ème cycle. 2017 [Internet]. [cité 9 oct 2019]. Disponible sur: <http://www.srp-img.com/?p=2052>
95. Observatoire national de la démographie des professions de santé. Prise en charge de la santé de l'enfant [Internet]. 2013 [cité 9 oct 2019]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ONDPS_Prise_en_charge_de_la_sante_de_l_enfant_mars_2013.pdf
96. Simon P., Acker D. La place de la télémédecine dans l'organisation des soins [Internet]. Ministère de la santé et des sports; 2008 [cité 9 oct 2019]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_final_Telemedecine.pdf
97. Banti T., Carsin A., Chabrol B., Fabre A. Diversification alimentaire : l'information disponible sur Internet est-elle en accord avec les recommandations des sociétés savantes ? Arch pédiatrie. 2016. 23:7 p706-713 [Internet]. [cité 3 janv 2017]. Disponible sur: <http://www.mpedia.fr/upload/revue/pdf-76-diversif-alimentaire-internet.pdf>
98. Fievet E, Drahi E. Diversification alimentaire du nourrisson et forums informatiques: pour les parents, quels éléments apportent de la confiance à l'information délivrée sur les forums Internet. Université de Tours. 2013.
99. Conseil national de l'alimentation. Suivi des recommandations des avis antérieurs du CNA relatifs à la politique nutritionnelle. Avis n°76 [Internet]2017 [cité 15 févr 2018]. Disponible sur: [http://www.cna-alimentation.fr/v2/wp-content/uploads/2017/03/CNA_Avis76.pdf]
100. Codes 91 Essonne. BBnut l'alimentation des tout-petits de 0 à 3 ans. 2009 [Internet]. [cité 15 févr 2018]. Disponible sur: <http://www.pipsa.be/outils/detail-2139613928/bb-nut.html>
101. Bavoir & Tablier [Internet]. Bavoir & Tablier. [cité 9 oct 2019]. Disponible sur: <http://www.bavoiretablier.com/>
102. La Mutualité Française Occitanie s'investit dans des programmes prévention [Internet]. Mutualité Française Occitanie. [cité 9 oct 2019]. Disponible sur: <https://occitanie.mutualite.fr/programmes/3181/>
103. Office de la naissance et de l'enfance.Lieux de rencontre enfants-parents [Internet]. [cité 8 oct 2019]. Disponible sur: <https://www.one.be/public/0-1-an/vie-de-famille/lieux-de-rencontre-enfants-parents/>
104. Fédération québécoise des organismes communautaires famille. Mission. 2008[cité 9 oct 2019]. Disponible sur: <http://www.fqocf.org/a-propos/mission/>
105. Maison des Familles. Présentation. 2008 [cité 9 oct 2019]. Disponible sur: <https://www.maisondesfamilles.fr/presentation/>

106. OMS Europe. Therapeutic patient education : continuing education programmes for health care providers in the field of prevention of chronic diseases : report of a WHO working group. 1998 [cité 12 sept 2019]; Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/108151>
107. Haute autorité de santé. Éducation thérapeutique du patient Définition, finalités et organisation: Juin 2007. Obésité. mars 2009;4(1):39-43.
108. Organisation mondiale de la santé. Constitution de l'organisation mondiale de la santé. Documents fondamentaux. 2006 [Internet]. [cité 12 sept 2019]. Disponible sur: [https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_fr.pdf]
109. Direction générale de la santé. Fiche 5 : la santé communautaire- rapport d'étude juillet 2011.Planete publique. 2011 [Internet]. [cité 12 sept 2019]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Etude_Planete_publique_05_Sante_communautaire.pdf
110. Institut national de santé publique du Québec. Les CLSC et la prévention auprès des enfants de 0 à 12 ans e t de leur famille [Internet]. 1996. Disponible sur: <http://www.santecom.qc.ca/Bibliothequevirtuelle/santecom/35567000022209.pdf>
111. Absil G., Vandoorme C., Demarteau M. Bronfenbrenner, l'écologie du développement humain. Réflexion et action pour la promotion de la santé. Université de Liège.2004. [Internet]. [cité 12 sept 2019]. Disponible sur: <https://orbi.uliege.be/bitstream/2268/114839/1/ELE%20MET-CONC%20A-243.pdf>
112. Bouchard J. Un québec fou de ses enfants. Ministère de la santé et des services sociaux du Québec. 1991. [Internet]. [cité 9 oct 2019]. Disponible sur: <https://www.aqcpe.com/content/uploads/2016/06/1991-un-quebec-fou-de-ses-enfants.pdf>

ANNEXES

ANNEXE 1 : fiche parents / fiche médecin généraliste

Parents : Madame, Monsieur,

Nous sommes étudiantes à la faculté de Toulouse.

Nous réalisons une étude au sujet de l'alimentation du nourrisson. Nous souhaiterions recueillir votre vécu de cette période. C'est votre avis qui nous intéresse. Cet entretien sera enregistré, mais il restera anonyme. Si vous acceptez nous souhaiterions vous téléphoner pour vous expliquer le déroulement de cet entretien. Pour cela, il conviendra de compléter et signer l'autorisation ci-jointe. Les informations que vous nous transmettez seront exclusivement utilisées par nos soins et ne pourront être communiquées à des tiers.

En vous remerciant chaleureusement par avance de votre participation, Bien cordialement,

Elise ROBLIN / Naïra ADAM *Etudiantes à l'université Paul Sabatier Toulouse*

Médecins : Chère Consœur, cher Confrère,

Nous sommes internes en médecine générale à la faculté de Toulouse Rangueil, nous sollicitons votre aide pour réaliser notre thèse sur la diversification alimentaire du nourrisson. Du fait de la démographie médicale, le médecin généraliste est amené à suivre de plus en plus de nourrissons. De plus le changement à plusieurs reprises des recommandations en terme de diversification alimentaire peut être une source de confusion pour les familles et les médecins.

L'objectif de notre thèse est **d'identifier les difficultés** que rencontrent les parents au cours de la diversification alimentaire afin d'adapter au mieux l'information délivrée à ce sujet par le médecin généraliste. Dans ce but, nous aimerions réaliser des entretiens avec des parents de nourrisson en cours de diversification alimentaire suivis par vous-même, et sélectionnés par vos soins, selon les critères ci-dessous :

-être parent d'un nourrisson débutant ou en cours de diversification

- les plus diversifiés en terme : d'âge, de sexe, de nombre d'enfants, de place du nourrisson dans la fratrie, de situation familiale (monoparental, mariés, homoparental, recomposée), de statut socio-économique, d'héritage culturel familial, de milieux de vie (urbain, semi-rural, rural).

Si un de vos patient correspond aux critères susmentionnés et est intéressé pour réaliser un entretien avec nous :

-Merci de remettre la fiche explicative relative à l'enquête

- Faire remplir l'autorisation de transmission des coordonnées aux parents que nous récupérerons à votre cabinet, afin de contacter les parents volontaires (*condition indispensable à la valeur éthique de notre étude*). Signée en 2 exemplaires (le deuxième exemplaire au verso de la fiche explicative)

En vous remerciant infiniment par avance de votre collaboration, Bien cordialement,

ANNEXE 2 : autorisation de transmission des données au médecin généraliste

Autorisation de contact par les chercheurs

Je soussigné(e).....

autorise mon médecin traitant à transmettre mes coordonnées à Naïra ADAM / Elise ROBLIN pour organiser un entretien concernant l'alimentation de mon nourrisson.

Adresse mail :

.....
.....

Numéro de téléphone :

.....
.....

Mes données seront anonymisées et ne seront pas utilisées pendant l'étude

Je pourrais me retirer à tout moment de l'étude.

Date :

Signature :

Cette fiche sera remise en main propre aux chercheurs susmentionnés.

ANNEXE 3 : Evolution des guides d'entretien

>>GUIDE D'ENTRETIEN n°1 :

Introduction, présentation, conditions de l'étude :

Bonjour, je suis Elise/Naira étudiante à la faculté de Toulouse, merci beaucoup de me recevoir.

Comme vous le savez déjà, avec une autre chercheuse, nous faisons une étude sur l'alimentation du nourrisson en réalisant des entretiens avec les parents pour connaître leur expérience personnelle sur le sujet. Pendant l'entretien, nous allons discuter de l'alimentation en général et de votre nourrisson, ce qui nous intéresse vraiment c'est votre expérience à vous. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise façon de répondre. Si vous êtes d'accord, nous allons enregistrer l'entretien, pour nous faciliter la prise de note et mieux vous écouter. Tout ce qui sera dit restera parfaitement confidentiel. Il sera complètement anonyme. Dans l'étude vos noms et celui du médecin généraliste seront remplacés par des pseudonymes. Je vais juste vous demander de signer cette fiche de consentement pour l'enregistrement. Ceci ne vous engage à rien, à tout moment vous pouvez vous rétracter et même à la fin de l'entretien, vous pouvez décider que vous ne souhaitez plus participer et j'effacerai l'enregistrement.

Avez-vous des questions avant de commencer ?

I-Présentation du parent :

Tout d'abord, puis-je vous demander : - votre sexe, - votre âge, - votre profession, avez-vous suivi des études ?- votre statut marital,- le nombre d'enfants que vous avez - Ont-ils été allaité au sein ou au biberon ?

II- Représentation du parent concernant la diversification alimentaire

Consigne initiale : Que vous évoque ces deux mots : diversification alimentaire ?

Relances : *Si le parent ne sait pas ce qu'est la diversification alimentaire : j'aimerais que vous me racontiez comment s'est passé l'introduction des aliments solides pour votre enfant ? Quelle est votre expérience personnelle à ce sujet ? Comment se passe en pratique la diversification alimentaire de votre enfant (étapes, nombre de repas, quantité, à quel âge, ordre d'introduction des aliments...) ? Comment se déroule les repas avec votre enfant (seul avec un parent, en famille, mange avec quel ustensile...) ?*

III-Difficultés rencontrées au cours de la diversification

Consigne initiale : Quelles sont les difficultés que vous rencontrez concernant l'alimentation de votre enfant ?

Relances : *Quelles craintes aviez-vous avant de débiter la diversification ? Quelles hésitations sont apparues au cours de l'introduction des aliments ? J'aimerais que vous me parliez de vos moments de doutes à ce sujet.*

IV-Facilitateurs lors des différentes phases de diversification

Consigne initiale : Comment vous a-t-on aidé lors de cette étape ?

Relances : *Quels sont vos besoins en tant que parent lors des différentes étapes de ce processus ? J'aimerais que vous me parliez des personnes qui vous ont accompagné au cours de la diversification alimentaire de votre enfant.*

V-Idées pour améliorer le confort des parents lors des étapes de diversification

Consigne initiale : Pensez-vous qu'il y ait des améliorations à apporter pour vous aider dans cette étape ?

Relance : *Quel type d'aide vous serait utile ? Que pensez-vous de l'avis donné à ce sujet par votre médecin généraliste ?*

Conclusion : Résumé bref de l'entretien. « Voyez-vous autre chose à ajouter ? »

Remerciements. Arrêt de l'enregistrement.

>> GUIDE D'ENTRETIEN N°2 :

Tout d'abord, puis-je vous demander à chacun : - votre sexe, - votre âge, - ce que vous faites dans la vie ? est ce que vous avez un emploi ? avez-vous suivi des études ?- le nombre d'enfants ? votre situation maritale - Votre bébé était allaité au sein ou au biberon ? Si allaitement, combien de temps ?

II- Alimentation et mode de vie

Consigne initiale : *A la maison comment se passe les repas en général avec votre (vos) enfants ?*

Relance : *Y a-t-il un moment dédié aux repas ? En famille ? Les enfants mangent-ils avant vous ? Comment composez-vous les repas ? Comment se passe la préparation des repas ? Est-ce que vous cuisinez ou achetez des plats préparés/surgelés ? Est-ce que vous mangez souvent à l'extérieur de la maison*

III- La diversification alimentaire en pratique

Consigne initiale : J'aimerais que vous me racontiez comment s'est passé l'introduction des aliments solides pour votre enfant ?

Relance : *-âge de début ? -j'aimerais que vous me parliez du/de :-type de nourriture (petits pots, fait maison, à l'extérieur de la maison) -la prise du repas, ustensile/biberon...-la texture des repas (liquide, épaisse, morceaux...) -et en ce qui concerne les/le -légumes/fruits -viandes/poissons :-graisses : huiles, beurres... -goût sucré/salé -céréales, pain, biscottes... -boissons -aliments non introduits - et par rapport à l'aîné(e), en pratique (changement ou la même chose) ?*

IV- Facilitateurs lors des différentes phases de diversification

Consigne initiale : En pratique, comment avez-vous pris l'initiative de passer à l'alimentation solide ?

Relance : *Quand est-ce que vous avez commencé à vous intéresser à cette période ? comment ? Avec quels supports ? quelles personnes ? famille, amis ? Comment avez-vous décidé de commencer à tel âge ? tel type d'aliment ? Pour vous accompagner dans l'alimentation ? Quels types d'aides recevez-*

vous ? Le suivi chez le médecin généraliste ? quelle fréquence ? Est-ce différent de/des aîné(e) ?

V-Vécu personnel de la diversification

Consigne initiale : Comment définir cette période selon vous sur le plan émotionnel ?

Relance : (aux deux parents) *Qu'est ce qui a été facile, difficile ? vraiment votre ressenti personnel ? Quelles hésitations ou certitudes sont apparues avant ou au cours de l'introduction des aliments ? J'aimerais que vous me parliez de vos moments de joies et/ou de doutes à ce sujet*

VI-Idees pour améliorer le confort des parents lors des étapes de diversification

Consigne initiale : De votre point de vue, qu'est ce qui pourrait être mis en place pour vous aider davantage dans cette période ?

Relance : *Quel type d'aide vous semblerait-utile ? Que pensez-vous de l'avis donné à ce sujet par votre médecin généraliste ?*

>>GUIDE D'ENTRETIEN n°3 :

I-Présentation du/des parents :

Tout d'abord, puis-je vous demander à chacun :- votre âge - ce que vous faites dans la vie ? est ce que vous avez un emploi ? avez-vous suivi des études ? - votre situation familiale : (si en couple demander âge et profession du conjoint) - le nombre d'enfants : - quel âge a votre nourrisson ? - Votre bébé était allaité au sein ou au biberon ? Si allaitement, combien de temps ? ça s'est bien passé ? -contexte de vie : habitat ? maison, appartement, logement stable ? rural ? citadin ? -Mode de garde s'il y a ? -Régime alimentaire particulier ?

II- Alimentation et mode de vie

Consigne initiale : On aimerait parler avec vous du contexte (de l'environnement) du repas en général, avant de parler du fond.

Relance : *Y a-t-il un moment dédié aux repas ? En famille ? Les enfants mangent-ils avant vous ? Le lieu où le nourrisson mange ? Comment composez-vous les repas ? Comment se passe la préparation des repas ? Est-ce que vous cuisinez ou achetez des plats préparés/surgelés ? Est-ce que vous mangez souvent à l'extérieur de la maison ? Et les courses alimentaires vous faites comment ? Au niveau du budget comment vous gérez ?*

III- La diversification alimentaire en pratique

Consigne initiale : J'aimerais que vous me racontiez comment s'est passé l'introduction des aliments solides pour votre enfant ?

Relance :-âge de début ? -j'aimerais que vous me parliez du/de : -type de nourriture (petits pots, fait maison, à l'extérieur de la maison) -la prise du repas, ustensile/biberon...-la texture des repas (liquide, épaisse, morceaux...) -et en ce qui concerne les/le : -légumes/fruits -viandes/poissons -grasses : huiles, beurres... -goût sucré/salé -céréales, pain, biscottes... -boissons -aliments non

introduits -Astuces si enfant n'aime pas un aliment - et par rapport à l'aîné(e), en pratique (changement ou la même chose) ?

IV- Facilitateurs lors des différentes phases de diversification

Consigne initiale : En pratique, comment avez-vous pris l'initiative de passer à l'alimentation solide ?

Relance : *Quand est-ce que vous avez commencé à vous intéresser à cette période ? comment ? Avec quels supports, télévisuel, internet, livre ? quelles personnes ? famille, amis ? Comment avez-vous décidé de commencer à tel âge ? tel type d'aliment ? Pour vous accompagner dans l'alimentation ? Quels types d'aides recevez-vous ? Le suivi chez le médecin généraliste ? quelle fréquence ? Est-ce différent de/des aîné(e) ? Quels sont les freins pour vous pour l'accès à une alimentation saine selon vous ?*

V-Vécu personnel de la diversification

Consigne initiale : Comment définir cette période selon vous sur le plan émotionnel ?

Relance : *(aux deux parents) Qu'est ce qui a été facile, difficile ? vraiment votre ressenti personnel ? Quelles hésitations ou certitudes sont apparues avant ou au cours de l'introduction des aliments ? J'aimerais que vous me parliez de vos moments de joies et/ou de doutes à ce sujet,-Place du père/mère ? si en présence d'un seul parent ou séparé*

VI-Idées pour améliorer le confort des parents lors des étapes de diversification

Consigne initiale : De votre point de vue, qu'est ce qui pourrait être mis en place pour vous aider davantage dans cette période ?

Relance : *Quel type d'aide vous semblerait-utile ? Que pensez-vous de l'avis donné à ce sujet par votre médecin généraliste ?*

ANNEXE 4 : Fiche personnelle pour un entretien de qualité

-environnement > temps : disponibilité de l'interviewer aussi bien que l'interviewé pas entre midi et deux, pas sur une journée de travail pour l'interviewer > lieu : lieu familier pour l'interviewé, positionnement face à face, gateaux pour la convivialité

-entretien :> présentation : présenter le pourquoi de la recherche et pourquoi la cette personne : étude sur l'alimentation du nourrisson, vécu personnel de cette période, car elle a un nourrisson en plein dans cette période> clarifier qui parle et qui parle pas, ne pas avoir d'observateur extérieur à l'entretien à par le chercheur observateur.

> consignes :

-faire : j'aimerais que vous nous parliez, comment , quelle est la représentation ?reformuler les consignes avec les relances du guide mais laisser ouvert le plus possible.

-ne pas faire : questions fermés les « est ce que » ou les questions qui amènent à une seule réponse et coupe le discours « c'était quoi ? », « quel âge ? » « quel type ? » qui entraînent un discours directif.

>interventions pendant le discours de la personne :

-faire :

Réitérations : en écho reprendre la dernière phrase (donc le bébé prend des petits pots...)

Déclarations en interprétant ou en complétant, répétez les propos en interprétant (comme vous l'avez dit plus haut, c'est difficile pour vous de vous rappelez l'âge de l'introduction)

Interrogations : possibilité d'interroger pour compléter le discours (qu'est ce que vous pensez du fait de se focaliser sur l'âge de chaque introduction de tel ou tel aliment)

Inviter l'autre à développer : oui et puis, quoi encore, qu'est ce qu'on peut dire encore , quelles idées encore...

« Silence positif » est mieux que couper la parole avec un oui ou un d'accord, ou montrer une compassion en disant oui je comprend.

Si on est perdu , reprendre une réponse précédente et inviter la personne à développer : j'aimerais que vous développiez sur les petits pots.

-ne pas faire :

des interventions pendant le discours « oui » « ouai » « d'accord » (parfois peut paraître condescendant et pas adapté)

influencer le discours et inventions de justification du discours de l'interviewé (ex : parce que l'enfant n'aime pas ? (raison inventée par l'interviewer)

>>> Objectif : avoir moins de gras dans la retranscription de l'entretien <<<

A	B	C	D	G
1	THEMES sous thèmes	CATEGORIE	CODE naira elise/pas d'accord/d'accord	entretien n°3
2		alternative au lait	jus de fruit allongé avec eau	
3			lait végétale (avoine riz...)	
4			manque d'informations	
5		la diversification des boissons	difficulté à faire boire autre chose que le lait à l'enfant	140 : Alors lui il a mis vraiment beaucoup de temps à boire un peu de l'eau. 142-143 :
6		peut aussi être une difficulté	difficulté dans le choix des laits en poudres	
7			difficulté à faire boire au bébé d'autre boisson que l'eau	260 : un bébé qui boit pas beaucoup c'est la croix et la bannière
8			le lait est essentiel malgré la diversification le lait est la base de la diversification	38 : Et le matin le bibi toujours.
9			lait maternel comme référence	
10		lait base de l'alimentation de l'enfant	questionnement sur les biberons	
11			adaptabilité de la quantité de lait et produits laitiers	
12			l'alimentation lactée était difficile	
13			aide du lait pour débiter l'alimentation solide : transition	158 : Avec un mélange de lait
14			toxicité eau du robinet	
15			eau seulement	
16			refus de l'eau	
17		eau principale	eau identifiée comme alternative principale au lait	
18		notion de tolérance spécifique	fenêtre de tolérance spécifique à certains aliments	215-216 ils sont hyper perméables à toutes ces choses-là et du coup ça se pass
19			repas normal quand les grandes catégories d'aliments	
20		catégories d'aliments	pomme de terre identifiée comme une base à la purée	
21			sucré identifié comme une saveur à introduire tardivement	
22			distinction en salé/sucré	
23			il existe une théorie de la diversification bien définie	99 : C'est toujours le même processus en fait :
24			introduction tardive des légumineuses	
25			notion de norme dans le début de la diversification	
26		théorie connue par les parents	association début de diversification à un âge	94 : Donc euh... C'est vers 4 mois qu'on a commencé. 208 : ... 4 mois, à partir de 4 mo
27		pour début de diversification	début de la diversification par une saveur unique	94 : On a commencé par la compote... euh... compotes de fruits. 96 : Ou par le sucré.

ANNEXE 6 : Avis du comité d'éthique



Département
Universitaire
Médecine
Générale

Faculté de Médecine de Toulouse
13 Avenue des Arcades
31000 Le Monastère
Téléphone : 05.65.42.58.69
Tél. Port : 06.88.05.55.52

Commission Ethique du Département de Médecine Générale de Midi Pyrénées

Secrétariat : *Dr Motoko DELAHAYE*
30 Avenue des Arcades, 12000 Le Monastère
Tél. : 05.65.42.58.69 – Tél. Port : 06.88.05.55.52 – motoko.delahaye@dumg-toulouse.fr

Président : Mme Laurencine VIEU
Secrétaire : Mme Motoko DELAHAYE

AVIS A LA COMMISSION ÉTHIQUE DU DÉPARTEMENT UNIVERSITAIRE DE MÉDECINE GÉNÉRALE DE MIDI-PYRENEES

Renseignements concernant le demandeur :

Nom : ADAM Naïra/ ROBLIN Elise
Qualité: interne en médecine générale
Adresse : 1 rue sainte catherine 31400 toulouse
Courriel : adam.naira@gmail.com / elise.roblin@gmail.com
Numéro de téléphone : 06.31.26.93.94 / 06.23.65.50.22

Renseignements concernant le promoteur :

Nom : Faculté de médecine de Toulouse Rangueil, DUMG, Dr Denis Perez
Qualité : Maître de stage universitaire
Adresse : 22 rue segala, 12450 La Primaube

Titre complet de la recherche :

Difficultés et attentes des parents autour de la diversification alimentaire chez leur nourrisson

AVIS DE LA COMMISSION (Réservé à la Commission)

AVIS FAVORABLE

N° 2018 - 018

LE 29/4/2018

Dr Motoko Delahaye

ANNEXE 7 : Consentement des participants

**AUTORISATION POUR L'ENREGISTREMENT AUDIO
ET L'EXPLOITATION DES DONNEES ENREGISTREES
*ALIMENTATION DU NOURRISSON***

Présentation de l'étude :

Merci de participer à notre étude sur la diversification alimentaire du nourrisson.

Notre objectif est de recueillir votre opinion pour comprendre comment vous avez vécu cette période.

Cet entretien sera enregistré, mais il restera anonyme : la transcription des données utilisera des pseudonymes et remplacera toute information pouvant amener à votre identification.

Vous pourrez à tout moment mettre fin à l'entretien et vous retirer de l'étude si vous le souhaitez.

Autorisation :

Je soussigné(e) _____

-autorise par la présente Mlle ROBLIN Elise et Mlle ADAM Naira à enregistrer en audio l'entretien réalisé le _____.

-autorise l'utilisation de ces données, sous leur forme transcrite et anonymisée.

À _____, le _____

Signature du participant :

ANNEXE 8 : Tableau diversification du carnet de santé 2018

CHEZ L'ENFANT DE 0 À 3 ANS¹

D'après les recommandations du Programme national nutrition santé (PNNS).

	1 ^{er} mois	2 ^e mois	3 ^e mois	4 ^e mois	5 ^e mois	6 ^e mois	7 ^e mois	8 ^e mois	9 ^e mois	10 ^e mois	11 ^e mois	12 ^e mois	2 ^e année	3 ^e année
Lait	Lait maternel exclusif ou * Lait 1 ^{er} âge * exclusif ²						* Lait 1 ^{er} âge * ou * Lait 2 ^e âge * ²			Lait maternel ou * Lait 2 ^e âge * 500 ml/j ³		* Lait 2 ^e âge * ou * de croissance * ² (ou les deux toute l'année)		
Produits laitiers⁴							Yaourt ou fromage blanc nature → Fromages.							
Fruits							Tous très mûrs							
Légumes							Tous : purée lissée							
Pommes de terre							Purée							
Légumes secs												15-18 mois : en purée ⁴		
Farines infantiles (céréales)														
Pain, produits céréaliers										Pain, pâtes fines, semoule, riz ⁴				
Vianes⁵, poissons, très cuits							Tous, mixés et très cuits ⁴ , 10 g) → 2 cuillères à café			Hachés et très cuits : 20 g) → 4 cuillères à café		30 g) → 6 cuillères à café très cuits		
Œufs							1/4 (dur)			1/3 (dur)		1/2		
Matières grasses ajoutées							Huile (olive, colza, etc.) ou beurre (1 cuillère à café d'huile ou 1 noisette de beurre au repas)							
Boissons	Eau pure : proposer à volonté									Eau pure				
Sel												Peu pendant la cuisson ; ne pas resaler à table		
Produits sucrés⁶												À limiter		

1. Si il existe dans votre famille un risque d'allergie, parlez-en à votre médecin avant toute diversification.
2. Appellations réglementaires : préparation pour nourissons, préparation de suite et aliment prêt à consommer à la demande en biberon.
3. Eau de source.
4. Biscuits, bonbons, céréales-déjeunés, desserts lactés, chocolats, boissons sucrées, confitures.
5. 4. À adapter en fonction de la capacité de mastication, de déglutition et de la tolérance digestive de l'enfant.
6. Limiter les charcuteries, sauf le jambon blanc.

Difficultés et attentes des parents au cours de la diversification alimentaire de leur nourrisson.

Introduction : La diversification alimentaire du nourrisson, définie par l'introduction d'aliments solides et liquides autres que le lait, est une étape importante impactant la vie actuelle et future de l'enfant. Objectif : Décrire les difficultés et les attentes parentales lors de cette période. Méthode : Le travail s'appuie sur une étude qualitative par entretiens semi-dirigés de parents de nourrisson en cours de diversification alimentaire, menée de Mars 2018 à Juillet 2019. Résultats et discussion : 16 entretiens ont été menés. Déterminer le contenu du repas, identifier les besoins nutritionnels, adapter les quantités et les textures sont les principales difficultés rencontrées et peuvent être la source d'anxiété parentale. La qualité alimentaire leur paraît primordiale avec l'intérêt du fait-maison et des produits biologiques. Les déterminants de la sécurité alimentaire tels que l'environnement économique et physique sont également des facteurs influençant cette période. Ces résultats sont concordants avec la littérature qui met en évidence des inégalités sociales de santé en lien avec l'alimentation. Le médecin généraliste grâce à sa disponibilité et sa relation de confiance apparaît comme un bon relai d'informations. La création d'ateliers d'échange avec les parents semble également être un bon levier pour faire face aux difficultés parentales durant cette période. Conclusion : Cette étude constitue un pré-requis pouvant mener à un travail de « recherche-action » sur ce thème mettant en lien les différents acteurs de la petite enfance afin d'accompagner au mieux les parents dans cette étape.

Difficulties and expectations of parents during infant complementary feeding.

Introduction : Complementary feeding, defined by the introduction of solid and liquid foods other than milk formula or breast feeding, is an important step impacting the child's present and future life. Objective: The objective of this study is to describe the parental difficulties and expectations during this period. Method: This work was based on a qualitative study using semi-structured interviews among parents of infants undergoing complementary feeding held from March 2018 to July 2019. Results and discussion: 16 interviews were conducted. Determining the content of the meal, identifying nutritional needs, adapting quantities and textures are the main difficulties encountered and can be the source of parental anxiety. The food quality seems to them to be essential with the interest of home made and organic products. Determinants of food security such as the economic and physical environment are also factors influencing this period. They are found in the literature with the highlighting of social inequalities in health related to food. The general practitioner thanks to his availability and his relationship of trust appears as a good relay of information. The creation of exchange workshops with parents also appears to be a good lever to deal with parental difficulties during this period. Conclusion: This study constitutes a required knowledge for carrying out "action research" work on this theme linking the various actors of early childhood in order to best support parents and thus ensure the best complementary feeding.

Discipline administrative : MEDECINE GENERALE

Mots clés : Diversification alimentaire, nourrisson, alimentation solide, parents, médecin généraliste.

Key words : Complementary feeding, Infant, solid food, parents, general practitioner.

Faculté de médecine de Rangueil - 133 route de Narbonne - 31062 Toulouse cedex 04 - France

Directeur de Thèse : Dr Denis PEREZ