



UNIVERSITE LILLE 2 DROIT ET SANTE
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année 2016

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Pratique de la diversification alimentaire et rôle du médecin généraliste:
Étude qualitative auprès de mères d'enfants de 6 mois à 3 ans.**

Présentée et soutenue publiquement le 16 juin 2016 à 14h
au Pôle Formation

Par Marie Pinte-Masy

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Dominique Turck

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Frédéric Gottrand

Madame le Professeur Monique Romon

Monsieur le Professeur Patrick Lerouge

Directeur de Thèse :

Madame le Docteur Thérèse Delannoy-Duminil

Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Liste des abréviations

AET : Apport Énergétique Total

AUEC : Attestation Universitaire d'Étude Complémentaire

CIER : Comité Interne d'Éthique de la Recherche médicale

CNIL : Comité National de l'Informatique et des Libertés

CREDOC : Centre de Recherche pour l'Étude et l'Observation des Conditions de vie

DES : Diplôme d'Etudes Supérieures

EFSA : European Food Safety Authority

ESPGHAN : Société Européenne de Gastro-entérologie Pédiatrique, Hépatologie et Nutrition

GHICL : Groupement Hospitalier de l'Institut Catholique de Lille

INPES : Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé

INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques

HAS : Haute Autorité de Santé

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PMI : Protection Maternelle Infantile

PNNS : Programme National Nutrition Santé

SAP : Stage Auprès du Praticien

SASPAS : Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée

SRO : Soluté de Réhydratation Orale

Table des matières

Introduction	1
I. Généralités	3
A. Définitions	3
B. Pourquoi attendre 4 mois révolus ?	4
C. Conséquences d'une diversification inadaptée	5
II. L'évolution des recommandations	6
III. Les recommandations actuelles	8
A. Théorie	8
B. Pratique	10
IV. Le médecin généraliste	13
V. Les enjeux de la thèse	14
Matériels et méthodes	15
I. La méthode qualitative	15
II. Les entretiens semi-dirigés	16
III. Recrutement	17
A. Critères d'inclusion	17
B. Critères d'exclusion	17
C. Modalités du recrutement	17
IV. Guide d'entretien	19
V. Entretien	20
A. Déroulement	20
B. Enregistrement	21
C. Retranscription	22
D. Analyse	23
VI. Critères de scientificité	23
VII. Comité d'éthique	24
VIII. Bibliographie	24
IX. Objectifs	25
A. Principal	25
B. Secondaires	25
Résultats	26
I. Profil des participants	26
II. La diversification alimentaire selon les parents	28
A. La pratique	28
B. Les laits	34
C. Les connaissances sur les recommandations	35
D. Les problèmes rencontrés, les questions pratiques	37
E. Les regrets	38
F. Les avantages et buts de la diversification	39
III. Les sources de conseils	40
A. Médicales	41
B. La famille et amis	41
C. Le carnet de santé	42
D. Autres ressources	42

IV. Le rôle du médecin généraliste.....	43
A. Les avantages et points forts du médecin traitant.....	43
B. Les points faibles du médecin traitant selon les parents	44
C. Éléments facilitateurs	45
D. Les manques et regrets des parents	46
Discussion	47
I. Limites et biais méthodologiques.....	47
A. Biais liés au recrutement.....	47
B. Biais liés aux entretiens.....	48
C. Biais lié au recueil des données.....	48
D. Biais lié à la méthode	49
II. Forces de l'étude	50
A. Méthode qualitative	50
B. Critères de scientificité	51
C. Recrutement.....	51
III. Discussion des résultats	52
A. La pratique de la diversification	52
B. Les sources de conseils	57
C. La place du médecin généraliste.....	59
IV. Pistes de réflexion	63
A. Notre rôle sur le plan nutritionnel.....	63
B. Les supports.....	63
C. Formation	64
D. Une politique de santé dédiée à l'enfant.....	65
Conclusion.....	67
Références bibliographiques	70
Annexes	74

RESUME

Contexte : Durant de nombreuses années, les conseils concernant la diversification alimentaire n'ont pas cessé d'évoluer. En 2008, une mise au point des recommandations est proposée par la Société Européenne de Gastroentérologie, Hépatologie et Nutrition. Des études ont confirmé que l'introduction de nouveaux aliments, dès la 17ème semaine de vie, ne favorisait pas l'allergie, mais accentuait la tolérance. Il est actuellement préconisé d'introduire des aliments à partir du 4ème mois pour tout enfant.

Objectif : Comment les parents réalisent-ils la diversification alimentaire vis-à-vis de ces recommandations, et quel peut être le rôle du médecin généraliste ?

Méthode : Étude qualitative avec analyse thématique, réalisée par entretiens semi-dirigés auprès de 16 parents d'enfants de 6 mois à 3 ans. La variance maximale a été recherchée dans l'échantillon. L'analyse des données, à l'aide du logiciel N VIVO 11, a été réalisée avec triangulation des chercheurs.

Résultats : Les parents semblaient perdus face aux nouvelles recommandations et à la notion de fenêtre d'opportunité. L'introduction dès 4 mois des aliments allergisants était peu pratiquée. Peu d'erreurs étaient commises. Une rupture de l'alimentation adaptée vers les 12 mois de l'enfant et l'importance du fait maison étaient observées.

Le carnet de santé ne leur semblait pas actualisé et ils regrettaient leur manque de questionnement sur ce sujet. Le médecin généraliste avait toute sa place dans cette étape, selon les parents, mais ils émettaient des doutes quant à l'actualisation de ses connaissances.

Conclusion : Face aux questionnements des parents, le rôle de médecin généraliste devrait consister à rappeler les recommandations actuelles, interroger les parents sur leur pratique, dépister leurs erreurs, insister pour une alimentation adaptée jusqu'à l'âge de 3 ans. La consultation pourrait s'appuyer sur le carnet de santé mis à jour ou sur tout autre support adapté.

INTRODUCTION

Pour 93% des mères, nourrir son enfant est une source de joie. Cependant, 1/3 de ces mères avouent avoir rencontré des difficultés durant cette étape [1]. Cette déclaration n'a rien d'étonnant quand on constate, d'une part que les idées reçues persistent « *Les protéines, ça fait grandir, il faut donc lui en donner beaucoup* » « *Il faut absolument limiter les apports en gras* » [2] et d'autre part que les sources d'information se multiplient (professionnels de santé, famille et proches, internet, médias et industriels).

En fait, depuis des décennies, les recommandations en matière de nutrition, et notamment de diversification alimentaire du nourrisson ne cessent d'être modifiées. Malgré les efforts des autorités de santé via, par exemple, le PNNS (Projet National Nutritionnel et Santé) et les professionnels de santé de la petite enfance, les parents peuvent par conséquent se sentir perdus.

Du reste, au cours de mes diverses expériences en consultation de médecine générale et également dans mon entourage personnel, j'ai été confrontée aux questions des parents sur ce thème, et malgré la formation reçue, je me suis heurtée aussi à ce manque de clarté.

La place du médecin généraliste, de par sa proximité avec la famille, reste prépondérante pour guider les parents dans cette étape, et ils attendent de lui des réponses claires et adaptées. Pour améliorer la qualité de cet accompagnement, il me semblait important de laisser s'exprimer les parents sur le sujet, sur cette question du quotidien.

L'objectif du travail, par le biais d'une méthode qualitative, était de dresser l'état des lieux des pratiques actuelles de la diversification alimentaire du nourrisson, et d'analyser le rôle du médecin généraliste auprès des parents. Le résultat escompté était le suivant : adapter la pratique du médecin généraliste aux attentes des parents et mettre en évidence les erreurs et les lacunes qu'il aura à corriger.

I. Généralités

A. Définitions

L'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) rappelle en 2015 que les deux premières années de vie d'un enfant sont particulièrement importantes, car une nutrition optimale pendant cette période aura pour effet de réduire le taux de morbidité et de mortalité, ainsi que le risque de maladies chroniques, et de contribuer à un meilleur développement général. [3]

La diversification alimentaire est définie par l'OMS comme l'introduction de tout autre aliment solide ou liquide que le lait maternel, sauf les suppléments en vitamines et minéraux ou le SRO (soluté de réhydratation). Elle doit se réaliser à partir de 6 mois dans un but nutritionnel, car le lait maternel n'est plus suffisamment riche en énergie, protéines, zinc, fer, oligo-éléments et vitamines liposolubles A et D. [4]

Dans le cadre de notre société européenne, nous utiliserons la définition suivante formulée en 2008 par l'ESPGHAN (Société Européenne de Gastro-entérologie Pédiatrique, Hépatologie et Nutrition) : l'introduction d'aliments solides lorsque l'enfant est allaité ou reçoit des préparations pour nourrissons. Elle doit commencer entre 4 et 6 mois. Ses objectifs sont évidemment nutritionnels, mais visent également la prévention des allergies alimentaires, de la maladie cœliaque et du diabète de type 1. [4]

B. Pourquoi attendre 4 mois révolus ?

La diversification est une étape primordiale dans le développement de l'enfant sur le plan sensoriel, nutritif, psychologique, neurologique et bien sûr social. Elle suppose cependant une maturation préalable des systèmes rénal et digestif principalement. Plusieurs études soutiennent que ces systèmes sont opérationnels à partir de 4-6 mois.

Voici quelques facteurs limitant la diversification plus tôt [5] :

- un réflexe physiologique de protrusion des aliments est observé avant la période des 3-4 mois, qui empêche toute progression d'aliment solide dans la bouche ;
- la sécrétion d'amylase pancréatique est nulle à la naissance et significative vers 4-6 mois ;
- vers 7-9 mois, des mouvements masticatoires fonctionnels apparaissent parallèlement au développement de la dentition ;
- sur le plan rénal, les capacités d'élimination des déchets azotés sont faibles durant les premiers mois de vie.

C. Conséquences d'une diversification inadaptée

Lors de l'étape de la diversification alimentaire du nourrisson, des comportements inadaptés tant par des excès que par des carences peuvent avoir des conséquences à plus ou moins long terme sur le comportement alimentaire futur de l'enfant, sa croissance, sa corpulence et ses risques allergiques. [5]

- Un apport faible en produits lactés (lait, yaourts ou desserts lactés) induit un risque de **carence en calcium** indispensable pour la croissance du squelette et des dents. Une consommation de 500 ml de lait de croissance est donc recommandée à partir de 6 mois jusqu'aux 3 ans de l'enfant.
- La **carence en fer** est majorée par l'utilisation de lait de vache dans l'alimentation lactée du nourrisson comparativement aux laits enrichis en fer (lait de croissance ou préparations). Les signes cliniques se manifestent plus tard : anémie associée ou non à la pâleur, asthénie, irritabilité, susceptibilité des enfants aux infections ORL chroniques et pulmonaires. [6]
- Certaines études affirment qu'une **consommation importante de protéines** durant la petite enfance serait en lien avec un surpoids ou une obésité future, tandis que d'autres infirment ces conclusions. Par principe de précaution, il est donc actuellement exclu de proposer un régime hyper-protéiné pour les enfants en bas âge. [7]
- Une **carence en acides gras essentiels** est fréquente chez les nourrissons. C'est la conséquence d'une alimentation orientée par la crainte de surpoids et des pathologies cardio-vasculaires. Ce régime n'a pas démontré son intérêt à être débuté auprès des nourrissons. Les apports d'acides gras essentiels ont pour objectif majeur d'obtenir un développement et fonctionnement cérébral optimal. [7]

II. L'évolution des recommandations

Les interrogations relatives à l'introduction des aliments chez le nourrisson sont anciennes et multiples. Le Professeur Turck a détaillé en 2015 l'historique de l'évolution des recommandations. [8] En voici la synthèse :

- Avant l'ère industrielle, l'introduction des aliments était tardive (vers 2 ans).
- Un tournant notable a lieu au début du XXe siècle. Jundell, en 1923, conseille une pratique de la diversification alimentaire plus précoce (6 mois), afin de garantir une meilleure croissance staturo-pondérale ; préconisation confirmée en 1937 par l'Association Médicale Américaine.
- Par la suite, l'introduction des aliments a été proposée de plus en plus tôt, jusqu'en 1970, où l'on conseillait de débiter à 3 mois.
- Entre 1980 et les années 2000, un recul vers l'âge de 4 mois est observé suite à l'augmentation des pathologies allergiques et maladies auto-immunes. Le terme de « marche allergique » (manifestations se succédant dans le temps et pouvant évoluer vers des formes plus graves) est évoqué et l'alimentation des premiers mois de vie est mise en cause dans ce phénomène. Par principe de précaution, les allergologues ont donc proposé des introductions plus tardives (9, voire 12 mois) des aliments allergisants (œuf, poisson, arachide, fruits exotiques).
- Dans les années 2000, le doute s'installe. Plusieurs études dont celle d'A. Zutarvern en 2008, sur une cohorte de 3 097 nouveau-nés suivis pendant 6 ans, concluent à l'absence d'effet préventif d'une diversification tardive sur l'asthme, la rhinite, l'allergie alimentaire. *A contrario*, la diversification après 6 mois augmente le risque d'allergie alimentaire. [9]

- En 2014, l'équipe de Caroline Roduit met en évidence qu'une plus grande diversité d'aliments complémentaires introduits dans la première année de vie est inversement associée à l'asthme avec un effet dose-réponse. [10]
Selon Prescott et Al., il existerait donc une fenêtre d'opportunité optimale (pas avant 4 mois ni après 6 mois) pour introduire les aliments allergisants. [11]
- Concernant l'introduction du gluten : elle a longtemps été conseillée après 6 mois, afin de diminuer le risque de maladie cœliaque. À partir de 2005, plusieurs études ont mis en évidence une augmentation du risque de cette maladie si l'introduction débutait avant 3 mois ou après 6 mois.

III. Les recommandations actuelles

A. Théorie

Les règles concernant la diversification ont donc été réactualisées en 2008 par l'ESPGHAN [12]. Elles reposent sur la notion d'une fenêtre d'opportunité entre 17 et 24 semaines (soit entre 4 et 6 mois), idéale pour débiter la diversification en vue d'une introduction de tolérance chez des enfants ayant un risque allergique.

Voici en résumé les recommandations actuelles [4,13] :

- Augmentation de la part des lipides pour 45-50 % de l'apport énergétique total (AET) au même titre que les glucides. Il est conseillé d'ajouter systématiquement des huiles (colza, noix ou olive) à chaque repas et de donner des poissons gras 2 fois par semaine.
- L'apport en protéines (viande et œuf par exemple) est de ce fait diminué pour 4 à 6 % de l'AET.
- Alimentation lactée exclusive (lait maternel ou préparation) jusqu'à 4-6 mois, puis apports laitiers sur 3 repas par jour. Le lait de vache ne sera jamais introduit avant 1 an.
- L'ordre d'introduction reste identique : légumes puis fruits cuits, ensuite viandes et poissons.
- Introduction à partir de 4 mois des légumes.
- Introduction des fruits cuits et mixés entre 4 et 8 mois, puis écrasés. Les morceaux seront introduits à partir de 12 mois. Les fruits crus pourront être donnés rapidement s'ils sont bien mixés.
- Pour 1/3 de la quantité du repas, introduction progressive des féculents.

- Le gluten sera introduit entre 4 et 7 mois. Il est recommandé de débiter par une cuillère de céréales dans le biberon ou par l'adjonction d'une cuillère de semoule, le midi par exemple.
- Toutes les viandes (sauf la charcuterie) et tous les poissons peuvent être introduits à partir de 5 mois.
- L'œuf dur entier est à proposer à partir de 5 mois.
- Concernant les enfants à risque d'atopie (ayant un parent au 1er degré aux antécédents atopiques avérés), les règles seront les mêmes. La prescription de lait hypoallergénique ne serait pas justifiée, sauf dans des cas rares d'antécédent familial d'allergie à la protéine de lait de vache avant la réalisation de tests cutanés.
- Introduction d'un seul aliment à la fois, notamment pour les aliments reconnus pour être les plus allergisants.
- Les apports en excès de sel et sucres sont à proscrire.
- La vitamine D devra être supplémentée jusqu'à 18 mois, tous les jours.

B. Pratique

Voici ce qui peut être proposé aux parents [14] :

1. à 4 mois

Allaitement ou 210 ml de lait 1^{er} âge.

Possibilité d'ajouter des apports d'eau faiblement minéralisée et sans sucre si l'enfant a soif.

Possibilité d'ajouter également 2 cuillères à café de céréales, sans gluten, dans le biberon du soir, s'il n'est pas assez rassasié.

2. à 5 mois

Allaitement ou 210/240 ml de lait 1^{er} âge.

Possibilité d'ajouter 2 cuillères à café de céréales ou farine, avec gluten, dans le biberon du matin ou du soir.

Entre 4 et 6 mois : commencer à introduire les légumes, généralement au repas de midi, puis les fruits. Deux possibilités :

- Donner quelques cuillères à café de purée de légumes avant ou après le biberon de midi, puis augmenter progressivement les quantités jusqu'à l'équivalent d'un petit pot maison ou industriel de 130 g et 150 ml de lait.
- Introduire les légumes dans le biberon de lait du midi, en remplaçant tout d'abord l'eau du biberon de lait par l'eau de cuisson des légumes ; les jours suivants, ajouter progressivement les légumes mixés en diminuant légèrement le nombre de mesures de lait.

Quinze jours après le début des légumes, proposer les fruits, à la cuillère avant ou après le biberon de l'après-midi :

- sous forme de compotes de fruits maison en choisissant des fruits bien mûrs, cuits et mixés, sans sucre ajouté ;
- ou en utilisant des petits pots industriels de fruits (100 g environ).

3. à 6 mois

Le matin :

Une tétée ou un biberon de 240/270 ml de lait 2^{ème} âge.

Possibilité d'ajouter 1 à 2 cuillères à soupe de farine ou céréales, avec gluten, dans le biberon.

Le midi :

Un repas mixé, à la cuillère (ou dilué dans un biberon) :

- Soit une purée de légumes maison. Changer de légume chaque jour et en proposer un seul à la fois. Ajouter une cuillère à café d'huile végétale crue dans les légumes (soit un mélange d'huiles végétales, soit en alternance : colza, noix, soja, maïs, olive) ou une noisette de beurre frais ou une cuillère à café de crème fraîche.

Ajouter 10 g de viande (soit 2 cuillères à café de viande mixée) ou 10 g de poisson 2 fois par semaine ou 10 g d'œuf dur (jaune et blanc).

Terminer par un dessert de fruits crus (ou cuits).

- Soit un petit pot industriel de 200 g : légumes-viande ou légumes-poisson et un petit pot de 130 g de fruits.

A 16h :

Tétée et/ou un laitage bébé (yaourt ou petit-suisse) ± biscuit et un peu de fruits.

Le soir :

Au choix, composer avec :

- une tétée
- un biberon de 240 ml de lait 2^{ème} âge avec 1 à 2 cuillères à soupe de farine ou céréales avec gluten
- un biberon de soupe avec 5 mesures de lait 2^{ème} âge
- une purée de légumes à la cuillère suivie d'un biberon de 120/150 ml de lait 2^{ème} âge
- des fruits.

4. à 9 mois

- Introduire les petits morceaux (de légumes, de fruits, de fromage).
- Varier le type de céréales : semoule, petites pâtes, vermicelles...

IV. Le médecin généraliste

Pour réaliser leur mission de suivi pédiatrique, les médecins généralistes peuvent se référer aux recommandations de l'HAS (Haute Autorité de Santé) publiées en 2005. L'accent est mis sur le suivi staturo-pondéral via le dépistage de l'obésité et sur d'autres items tels que le dépistage des troubles psycho-comportementaux et psycho-affectifs, les troubles du langage, les troubles de l'audition et les troubles visuels et le repérage du saturnisme. [15]

Ensuite, depuis 1945 et le décret du 2 mars 1973, 20 visites et 3 certificats obligatoires doivent être réalisées dans la petite enfance, permettant d'aborder le sujet nutritionnel : [16]

- Dans les 8 jours qui suivent la naissance : un examen obligatoire qui donne lieu au premier certificat de santé
- Du 1er au 6^{ème} mois : six examens obligatoires (une fois par mois)
- À 9 mois : un examen obligatoire qui donne lieu à un certificat de santé
- À 1 an : un examen obligatoire
- Entre 1 an et 2 ans : deux examens obligatoires
- À 2 ans : un examen obligatoire qui donne lieu au troisième certificat de santé.
- Entre 2 ans et 6 ans : huit examens obligatoires (deux fois par an).

V. Les enjeux de la thèse

Compte tenu de ses impacts sur le développement de l'enfant, l'alimentation du nourrisson doit répondre à des règles précises. Cette fonction vitale est totalement dépendante des parents et des professionnels de santé qui les entourent. Il est donc fondamental que ces règles soient connues de ces derniers et réactualisées régulièrement.

Ce travail qualitatif vise à mettre en évidence la pratique actuelle de la diversification alimentaire par les parents face aux recommandations récentes. Il étudie également le rôle du médecin généraliste dans cette étape et les attentes des parents envers celui-ci.

MATERIELS ET METHODES

I. La méthode qualitative

Le choix de la méthode de recherche, qu'elle soit quantitative ou qualitative, relève d'une même démarche scientifique avec élaboration d'une hypothèse, d'une question et d'une méthode adaptée pour y répondre. [17] La recherche qualitative est plus appropriée lorsque les facteurs observés sont subjectifs (sentiments, émotions ou comportements), donc difficiles à mesurer. [17] Les données obtenues étant principalement langagières, l'objectif global est d'élaborer des concepts permettant de comprendre les phénomènes sociaux. [18]

Cette étude s'est attachée à connaître les expériences des parents concernant l'étape de la diversification alimentaire et d'évaluer la place du médecin généraliste dans cette étape. Elle cherchait à répondre aux questions soulevées par l'exercice du quotidien en recueillant des données verbales permettant une démarche interprétative. [17] Il ne s'agissait pas de faire une généralisation des résultats mais une observation du comment, du quoi et du pourquoi [19], des interactions entre les différents acteurs, du ressenti des parents sur ce sujet afin de les guider au mieux dans cette étape.

La personne présente à l'entretien est qualifiée de « participant » ou « enquêté » : il s'agit de la personne qui fait l'objet de l'analyse. On étudie son expérience, son vécu, son ressenti et le « chercheur » ou « interviewer » conduit l'entretien.

II. Les entretiens semi-dirigés

L'entretien individuel semi-dirigé est une méthode de recueil de données d'une personne seule en face à face. [20] Il s'agit d'un moment privilégié d'écoute, d'empathie, de partage, d'intimité permettant de se livrer plus facilement que dans des focus group. La relation de confiance établie avec l'interviewer permet de recueillir un récit en s'appuyant sur le canevas d'entretien du chercheur. [21]

L'entretien était réalisé à l'aide d'un canevas d'entretien structuré, mais les questions ouvertes, pour la plupart, n'étaient pas été nécessairement posées dans un ordre préétabli. L'objectif était de laisser l'enquêté s'exprimer de manière libre, en veillant à ne pas s'écarter du champ de l'étude et en ne lui coupant pas la parole. L'enquêté était également libre d'aborder spontanément d'autres questions du guide d'entretien. [22]

Les données verbales ont été enregistrées et intégralement retranscrites afin de collecter des verbatims (compte rendu intégral, mot à mot, d'un entretien, pouvant comporter des caractères spéciaux pour indiquer les expressions non verbales). [23]

III. Recrutement

A. Critères d'inclusion

Tous les parents d'enfant de 6 mois à 3 ans, sur base du volontariat et habitant dans la Région Nord-Pas-de-Calais-Picardie.

B. Critères d'exclusion

La barrière de la langue pouvait être un frein à la compréhension de l'entretien ; en effet quelques participants volontaires ne maîtrisant pas suffisamment la langue française n'ont pas été inclus.

Les entretiens ont été réalisés en dehors de toute consultation pour une pathologie aiguë.

C. Modalités du recrutement

Les participants des entretiens ont été contactés par le biais de leur médecin traitant ou directement par le chercheur.

Le recrutement a été réalisé selon la technique d'un échantillonnage raisonné (procédure d'échantillonnage non probabiliste consistant à sélectionner des participants considérés comme typiques de la population cible) et technique de la boule de neige (identification des sujets d'intérêt à partir de personnes qui connaissent d'autres personnes susceptibles d'être de bons participants à cette enquête). [20]

Les participants étaient des patients d'un cabinet de médecine générale.

Le recrutement a été effectué principalement dans les salles d'attente, par téléphone, ou lors d'une consultation pour une pathologie aiguë, afin obtenir un accord pour un rendez-vous ultérieur spécifiquement dédié à ce travail.

Les lieux de recrutement ont été mes lieux de stages ambulatoires, notamment en SASPAS, ou lors de remplacements en médecine générale.

Le recrutement a été réalisé en milieu semi-rural dans des communes en périphérie de Lille et en milieu urbain dans le quartier de Lille-Sud. Les participants étaient de confessions, cultures et milieux sociaux divers.

16 participants ont été interrogés sous la forme d'entretiens semi-dirigés individuels.

Dans la recherche qualitative, ce n'est pas la quantité de personnes interrogées qui compte mais leur qualité, car la composition de l'échantillon doit permettre la diversité des expériences vécues. [24]

IV. Guide d'entretien

Le canevas d'entretien a été élaboré suite à deux entretiens non directifs (ou compréhensifs) basé sur un guide d'entretien très court. Cette première approche permet de défricher le sujet et ses résultats alimentent la construction d'un guide d'entretien. [22]

Les entretiens débutaient par une série de questions sur la situation familiale du participant puis se poursuivaient sur le canevas qui comportait 18 questions ouvertes et 6 questions fermées. (cf annexes)

Ce dernier n'était pas posé dans un ordre préétabli et évoluait afin de développer, ou préciser les idées des participants. Généralement, il était demandé aux participants d'expliquer comment ils avaient réalisé la diversification dans les grandes lignes, puis dans le détail. Une seconde partie concernait les connaissances sur les recommandations. Puis la dernière partie abordait leur relation avec leur médecin généraliste dans cette étape.

Il a parfois été nécessaire de reformuler les questions ou le thème général de l'étude, afin de recentrer l'entretien.

V. Entretien

A. Déroulement

Les entretiens se sont déroulés de deux façons : soit au domicile des parents avec leur accord, soit dans le cabinet médical pour les autres lors de rendez-vous pris par avance.

L'entretien débutait par une explication au participant du sujet du travail de thèse, sur la technique d'enregistrement et d'analyse des données. Une anonymisation des données leur était garantie, ainsi que la possibilité de se retirer de l'étude, ou d'avoir accès à leurs données.

Une fiche d'information ainsi qu'un formulaire de consentement étaient signés en double exemplaire. (cf annexes)

L'enregistreur (téléphone portable Samsung) était placé au centre de la table.

Les entretiens se sont déroulés de juillet 2015 à février 2016. Les personnes qui ont participé étaient toutes des mères. La durée moyenne d'un entretien était de 15 minutes.

A la fin de l'entretien, la discussion se poursuivait souvent autour du ressenti de l'enquêté ainsi que par des questions pratiques sur le thème.

B. Enregistrement

Les entretiens doivent toujours être enregistrés.

L'enregistrement permet de dépasser les « impressions » laissées par l'entretien, qui peuvent être suscitées sur quelques moments marquants ne correspondant pas forcément à l'essentiel de ce qui a été dit. Il donne accès à l'ensemble du discours du participant, afin de faire ressortir la parole exacte de ce dernier. [20]

L'enregistrement était réalisé par le biais du logiciel présent sur le téléphone portable.

Les enregistrements ont été dans un second temps envoyés par mail sur un compte mail pour pouvoir être conservés sous forme de fichier et lus à un volume suffisant pendant la retranscription.

Les entretiens ainsi que les fichiers ont été détruits dès la fin du codage et de l'analyse des données.

C. Retranscription

La retranscription des données est la première étape de l'analyse, consistant à représenter sous forme écrite des données orales ou visuelles et permettant de s'approprier progressivement les propos du participant. [23] Elle était effectuée rapidement après la réalisation de l'entretien, afin de ne perdre aucune donnée non verbale.

Les enregistrements étaient écoutés soit via l'ordinateur soit sur le téléphone portable puis retranscrits mot à mot, le plus fidèlement possible, à l'aide de logiciels de rédaction Microsoft Word et Libre Office. Pour un entretien de 15 minutes, 2 heures de retranscription étaient nécessaires.

Les participants étaient désignés par un numéro (1,2 ...) correspondant à la chronologie des entretiens afin de leur garantir l'anonymat. Leurs noms propres ont été remplacés par les initiales et les noms des médecins par X ou Y.

D. Analyse

L'analyse des entretiens retranscrits a également été réalisée rapidement afin de modifier, si nécessaire, le canevas d'entretien.

Après plusieurs lectures, le contenu des entretiens a été codé à l'aide du logiciel QSR N-VIVO 11 : opération qui consiste à transformer des données brutes (faits observés, paroles recueillies,...), en une première formulation signifiante (code), dont le sens reste proche du sens commun. [20] Dans cette étude, 345 nœuds ou codes ont été mis en évidence. Les nœuds ainsi mis en évidence, ont été classés par thème selon le principe de l'analyse thématique.

VI. Critères de scientificité

Les critères de scientificité sont validés par la méthode d'analyse via des logiciels, la rigueur de la méthode et des résultats.

Pour plusieurs entretiens, deux chercheuses ont réalisé séparément un codage mis en commun par la suite, ce qui constitue une triangulation des chercheurs et donc renforce la validité interne.

La saturation des données correspondant au fait de ne pas retrouver de nouvelles idées lors de nouveaux entretiens a été obtenue au bout du quatorzième entretien. Les deux derniers entretiens ont permis de valider cette saturation.

L'hétérogénéité des sources a été recherchée dans cette étude afin d'en garantir l'objectivité. [19]

VII. Comité d'éthique

La recherche a été validée par le comité interne d'éthique de la recherche médicale du GHICL (Groupe Hospitalier de l'Institut Catholique de Lille) et transmise au CNIL.

Les participants ont reçu une feuille d'information sur le travail et ont été invités à signer un formulaire de consentement. (cf annexes)

VIII. Bibliographie

La recherche bibliographique a été réalisée à l'aide du logiciel Zotero sur les plateformes informatiques de PUBMED, Google Scholar, em-consulte, Google ainsi qu'à la bibliothèque universitaire de Lille 2.

IX. Objectifs

A. Principal

L'objectif principal était de connaître la pratique actuelle de la diversification alimentaire et d'évaluer la place du médecin généraliste dans cette étape selon les parents.

B. Secondaires

Le travail a permis de mettre en évidence les différentes sources d'informations des parents ainsi que leurs doutes et regrets sur la pratique de la diversification alimentaire.

Les parents ont également relevé les objectifs selon eux de la diversification alimentaire.

RESULTATS

I. Profil des participants

Entretien	Age	Profession	Lieu de vie	Culture	Situation Familiale	Nombre d'enfants	Age des enfants
1	30	Salariée (Création)	Semi-rural	Européenne	Mère seule	1	2 ans et demi
2	29	Institutrice	Ville	Européenne	Mariée	2	4 et 2 ans
3	28	Sage-Femme	Ville	Européenne	Mariée	1	17 mois
4	27	Médecin rééducateur	Ville	Européenne	Mariée	1	8 mois et demi
5	26	Salariée (Manutention)	Semi-rural	Européenne	Concubinage	1	10 mois et demi
6	25	Infirmière	Semi-rural	Européenne	Concubinage	1	7 mois et demi
7	29	Salariée (Informatique)	Semi-rural	Européenne	Pacsée	1	9 mois
8	33	Puéricultrice auxiliaire	Ville	Orientale	Mariée	4	11, 10, 6 et 2 ans
9	26	Sans emploi	Ville	Africaine	Concubinage	1	1 an
10	28	Sans emploi	Ville	Africaine	Mère seule	3	5, 2 ans et 3 mois

Entretien	Age	Profession	Lieu de vie	Culture	Situation Familiale	Nombre d'enfants	Age des enfants
11	39	Sans emploi	Ville	Européenne	Mariée	4	6, 4 et 2 ans (jumeaux)
12	30	Chargée de clientèle	Ville	Orientale	Mariée	2	16 jours et 2 ans 3 mois
13	27	Infirmière	Ville	Européenne	Divorcée	1	2 ans et demi
14	30	Assistante de direction	Rural	Européenne	En cours de divorce	2	4 et 2 ans
15	37	Assistante maternelle	Rural	Européenne	Mariée	1	17 mois
16	28	Institutrice	Rural	Européenne	Mariée	2	2 ans et demi et 8 mois

Les personnes qui ont participé à l'enquête étaient toutes des mères.

L'âge des participantes variait de 25 à 37 ans.

Les lieux de vie ont été classés en trois catégories : rural, semi-rural et ville.

Les participantes ont toutes été recrutées auprès d'un cabinet de médecine générale, l'enfant était donc suivi par son médecin traitant et parfois non exclusivement par le pédiatre ou par la PMI.

Les profils professionnels, familiaux et culturels étaient très variés.

II. La diversification alimentaire selon les parents

Elle était définie par les parents :

1 « *C'est le moment où le bébé commence à manger autre chose que le lait.* »

A. La pratique

1. Quand

Les parents interrogés avaient introduit les premiers aliments à des moments variés, mais principalement aux alentours des 6 mois :

8 « *à l'âge de 6 mois* »

L'introduction la plus hâtive :

5 « *3 mois et demi* »

et la plus tardive :

10 « *vers l'âge de 9 mois* »

Après 1 an, les enfants mangeaient globalement la même chose que les parents :

15 « *Vers 12 mois, ils mangent comme nous.* »

Quelques parents se sentaient obligés de débiter la diversification pour des raisons médicales (allergie aux protéines de lait de vache, reflux gastro-œsophagien) :

2 « *On avait fait des tests parce qu'on pensait à l'allergie au lait de vache, donc lui, la diversification, ça a été un soulagement.* »

Mais en majorité ils la réalisaient quand le lait ne suffisait plus :

16 « *J'avais l'impression qu'en fait qu'il avait besoin, que le lait il n'en avait plus envie. »*

2. Quoi

Les céréales étaient ajoutées au lait pour obtenir une meilleure satiété dès 4 mois :

7 « *Elle avait du mal à s'endormir, on se demandait si elle était assez calée. »*

4 « *On peut commencer à introduire des céréales, je crois, dès 4 mois. »*

et pour une maman sans gluten avant 6 mois :

6 « *Je crois qu'à 5 mois, c'est sans gluten. »*

L'aliment principal pour débiter la diversification était la carotte :

1 « *Donc j'ai commencé par les carottes, parce que ça a un petit goût sucré. »*

Les légumes avaient été introduits vers 6 mois principalement :

8 « *Vers 6-7 mois. »*

Les fruits étaient généralement proposés quelques jours après les légumes :

2 « *Et au bout d'une grosse semaine, on a commencé les fruits au goûter. »*

et cuits au début :

15 « *Toujours des fruits cuits au début. »*

La viande était proposée vers 7 mois :

6 « *Récemment ici il y a une semaine, donc à 7 mois et demi.* »

et en même temps que le poisson :

3 « *Poisson en même temps que la viande.* »

et en quantité modérée :

8 « *Moi je dis trop donner de viande, ce n'est pas bon.* »

Le pain était introduit entre 8 et 10 mois au moment de l'arrivée des dents :

9 « *Du pain, on a donné assez tardivement. On a commencé à 9 mois.* »

L'œuf également tardivement après 8 mois :

4 « *L'œuf, c'est tout récent, c'est là à 8 mois.* »

Les mères ne le donnaient pas de façon spontanée :

16 « *Parce que je sais pas ça me paraissait plus compliqué.* »

Peu de mères l'avaient introduit dès le début de la diversification :

11 « *Ils avaient pas de dents pour la viande, donc ça remplace aussi la viande, les œufs.* »

Les parents attachaient de l'importance aux aliments frais :

8 « *Je faisais pas en petits pots. Rien que des légumes frais.* »

voire même provenant du potager :

1 « *Le potager, c'était plus disponible, c'était plus facile.* »

Les aliments étaient les plus variés possible :

4 « *En diversifiant, enfin tous les légumes possibles.* »

L'eau était la boisson principale :

8 « *Éviter les boissons sucrées et gazeuses.* »

3. Comment

Les parents introduisaient un aliment à la fois :

16 « *En mettant un aliment à la fois, que j'ai changé tous les 3-4 jours. »*

pour surveiller l'apparition d'allergie :

2 « *On introduit un aliment différent à chaque fois, pas deux nouveaux aliments le même jour, comme ça si jamais on a une allergie, on sait à quel aliment. »*

Le fait maison restait majoritaire :

9 « *Je le fais moi-même (repas) de A à Z. »*

Les petits pots industriels étaient utilisés pour les aspects pratique et diversifié :

3 « *Quelque chose qu'il n'a pas l'habitude de manger chez nous. »*

1 « *La semaine pour la crèche, il mange des petits plats. C'est une question de rapidité, de facilité aussi. »*

Le mode de cuisson était la vapeur principalement :

7 « *J'ai tendance à cuire soit à la vapeur soit à l'eau. »*

Les parents n'ajoutaient que peu ou pas de matière grasse :

11 « *Je mets un petit peu d'huile pour faire revenir ma viande et après c'est tout, mais je mets aucune matière grasse. »*

Certains essayaient les épices :

7 « *J'introduis des fois quelques épices, du style j'ai essayé du cumin. »*

Il n'y avait pas d'ajout de sel dans les préparations :

1 « *Ne pas trop saler les aliments pour bébé. »*

Les aliments étaient mixés jusqu'à 1 an :

8 « *Mixé, j'ai donné quand même jusqu'à un an. »*

Les quantités étaient progressives :

1 « *On préconise des quantités pour les enfants : les 20 grammes de viande, puis après ça évolue selon l'âge de l'enfant, mais 100 grammes de fruits et légumes au début, puis les 200 grammes, pour arriver à des doses de plus en plus importantes selon l'âge. »*

S'il y avait un refus alimentaire, les parents insistaient :

8 « *Je lui propose et j'essaye qu'il goûte ne serait-ce que un petit peu. »*

sans trop forcer :

9 « *Mais après, ça se voit qu'il aime pas, donc faut stopper. »*

Ils reproposaient systématiquement quelques jours après :

7 « *Par contre, on réessaye un autre, typiquement les haricots verts, la première fois, c'est pas du tout passé, donc j'ai réessayé un autre jour. »*

4. Le rituel du repas

L'enfant mangeait à des horaires précis :

6 « *Il a ses heures fixes. »*

mais parfois plus tôt que les parents :

4 « *Il mange plutôt un peu avant, une heure, une demi-heure avant. »*

mais souvent en même temps que les parents :

12 « *Oui, depuis le premier repas, il a mangé en même temps que nous. »*

Le repas était un moment en famille :

3 « *On est tous les deux à table autour de lui. »*

5. Les interdits

Plusieurs parents n'interdisaient aucun aliment à leur enfant :

5 « *Aucun, elle a pas d'interdiction alimentaire. »*

Pour d'autres, les aliments avec risque d'étouffement étaient proscrits :

4 « *Le pain, tout ce qui est semoule, enfin non broyé en tout cas. »*

Pas de sucreries :

1 « *Tout ce qui est sucreries, bonbons, gâteaux. »*

Pas de produits frits :

3 « *Tout ce qui est produit de friture. »*

Enfin, certains parents avouaient qu'il était difficile de toujours interdire :

1 « *C'est vrai que l'on craque toujours à un moment donné. »*

B. Les laits

La durée de l'allaitement maternel était variable et presque toutes les mères avaient essayé :

13 « Elle a eu l'allaitement exclusif jusque 1 an, enfin du lait maternel jusque 4 mois en exclusif, et après jusque 1 an. »

Les catégories de lait en fonction de l'âge étaient respectées :

8 « 1er âge, 2ème âge et après, 3ème âge. Pour le 3ème âge, c'est le lait de croissance. »

Un des critères de choix du lait reposait sur le prix :

4 « Moins cher »

ou sur l'absence d'huile de palme :

3 « Il n'y avait pas d'huile de palme dedans. »

Le lait de croissance était variablement utilisé et souvent remplacé par du lait demi-écrémé :

11 « Demi-écrémé. Comme ça c'est un petit peu sucré. »

La quantité de lait après la diversification était évoquée :

3 « On a retenu que c'était 500 ml de lait par jour en plus des repas. »

car :

14 « Je trouve que le lait, c'est important. »

C. Les connaissances sur les recommandations

Les parents paraissaient perdus face aux règles actuelles :

8 « *On ne sait plus sur quel pied danser.* »

1. Dates d'introduction

La diversification alimentaire, pour la majorité des mères, devait théoriquement débuter à 4 mois :

4 « *Je crois qu'elle peut commencer dès 4 mois.* »

ou à 6 mois pour les autres :

3 « *On doit commencer la diversification à 6 mois.* »

2. Généralités

La notion d'introduction d'un aliment à la fois était acquise :

2 « *On savait que c'était une chose à la fois.* »

La diversité des apports de fruits et légumes était évoquée :

1 « *5 fruits et 5 légumes par jour, ça on l'entend beaucoup.* »

3. Allergies

Peu de mères avaient évoqué la notion de fenêtre d'opportunité concernant le risque allergique :

7 « *D'après ce que j'ai compris sur les allergies, le fait de commencer la diversification assez tôt, ça serait moins allergisant pour les enfants.* »

Par contre, pour le reste des parents, s'il y avait un risque allergique, il fallait débiter la diversification plus tard vers 6 mois :

3 « *Pour l'enfant dont les parents sont allergiques, il faut commencer vraiment à 6 mois et pas avant.* »

Quant aux aliments allergisants, les parents en commençaient plus tard l'introduction, mais sans donner de date précise :

4 « *Je crois que c'est plus tard, mais je sais pas trop.* »

4. Gluten

La majorité des mères n'avaient pas connaissance des recommandations sur l'introduction du gluten :

9 « *Je sais pas du tout.* »

Par contre quelques-unes évoquaient le changement récent de la date d'introduction :

4 « *On peut l'introduire plus tôt parce que ça diminuerait le risque allergique après et donc je crois que c'est à partir de 4 mois qu'on peut l'introduire.* »

Pour les autres, il fallait retarder son introduction :

1 « *On m'a toujours dit qu'il fallait attendre un peu avant d'introduire des aliments avec du gluten.* »

D. Les problèmes rencontrés, les questions pratiques

Les parents avaient rencontré des refus face à certains aliments, mais la majorité des enfants n'étaient pas difficiles :

5 « *J'ai pas trop de problèmes, parce qu'elle est pas difficile.* »

Offrir une alimentation variée n'était pas aisée au quotidien :

1 « *C'est beaucoup plus compliqué à gérer quand on fait à manger soi-même.* »

Cuisiner toujours des aliments frais était impossible :

1 « *Il fallait vraiment des produits de 1^{ère} fraîcheur, ça c'était assez compliqué.* »

Doute sur les recommandations concernant les féculents :

3 « *J'ai su après coup que c'était pas forcément une bonne idée de commencer trop vite les féculents.* »

Doute sur la quantité de lait à donner :

3 « *Quelle quantité de lait il devrait boire ?* »

Doute sur les quantités des différents aliments en fonction de l'âge :

13 « *La quantité qui est recommandée par rapport à la viande, c'est très peu et c'est vrai que c'est difficile à gérer.* »

Quel assaisonnement donner :

4 « *Puis sur aussi les sauces, enfin l'assaisonnement.* »

Doute sur la date d'introduction de l'œuf :

7 « Les œufs, je ne les ai pas encore introduits. Quand est-ce que je peux les introduire? Je me suis pas renseignée et on me l'a pas dit. »

Et la façon de l'introduire :

15 « Est-ce qu'on sépare le blanc du jaune ? »

Concernant le choix du lait industriel, les mères évoquaient des difficultés :

1 « Donc on en a essayé plusieurs avant de tomber sur le lait qui faisait un peu tout et qui a marché. »

E. Les regrets

Disposer d'un carnet de santé où les recommandations n'étaient pas à jour :

4 « Dans le carnet de santé, il y a un de tableau d'introduction des aliments, mais est-ce qu'il est à jour, je sais pas trop, enfin je crois que moi, j'ai un vieux carnet de santé de 2005. »

Avoir omis de questionner suffisamment sur le sujet :

9 « Je pense que j'ai pas pris le temps de poser certaines questions. »

Avoir diversifié trop tôt :

5 « Je l'aurais pas fait si rapidement (3 mois et demi). »

Manquer de temps pour cuisiner quand il y avait une activité professionnelle :

7 « Je cuisinais plus avant ma reprise du boulot. »

Recevoir via des publicités ou les produits industriels des informations contradictoires par rapport aux recommandations actuelles :

8 « *Quand on voit des pubs à la télé pour les enfants sur certains aliments, on ne sait plus.* »

F. Les avantages et buts de la diversification

Un des buts fondamentaux de la diversification était l'augmentation des apports nutritionnels pour assurer la croissance de l'enfant :

4 « *Pour suppléer à ce que le lait n'apportera plus.* »

L'apprentissage des nouveaux goûts était primordial pour les parents :

9 « *Pour son développement de palais, comprendre et connaître les goûts.* »

L'enfant développait sa motricité :

2 « *Il mange à la cuillère, après ça travaille la motricité.* »

L'enfant développait son autonomie :

13 « *ça autonomise petit à petit l'enfant.* »

L'enfant apprenait les différentes textures :

3 « *Parfois je faisais écrasé fourchette, parfois au mixeur, ça dépend.* »

En cuisinant pour leurs enfants, les parents avaient une alimentation plus équilibrée :

2 « *En fait, on se force à faire des légumes pour lui. Donc nous du coup, ça nous apprend à bien manger.* »

III. Les sources de conseils

Les sources d'informations étaient très variées, mais les parents se limitaient à une source lorsqu'ils avaient confiance :

14 « *Un moment donné, on est bien obligé de faire confiance à une personne et pas à trois, parce que les avis divergent tellement.* »

Les parents se montraient autonomes dans cette étape de diversification et se fiaient à leur instinct :

4 « *Je demande pas forcément beaucoup de conseils, des fois, j'essaie un peu empiriquement aussi.* »

Pour un deuxième enfant, les parents demandaient moins de conseils et reproduisaient le schéma de leur première expérience :

11 « *Tout au début, le premier enfant. J'avais que 22 ans, donc c'est que là où j'avais posé pas mal de questions.* »

Le partage d'expériences était fondamental :

14 « *Pour moi, le meilleur, c'est le partage d'expériences, ou un échange oral avec un médecin traitant, ou avec des gens compétents. Les meilleurs conseils sont ceux de vive voix, partager des expériences et puis parler à des professionnels de santé.* »

A. Médicales

Les conseils des professionnels de santé étaient globalement suivis mais adaptés :

4 « *Je me définirai comme pas très scrupuleuse par rapport aux conseils donnés, enfin je les suis pas forcément à la lettre. »*

Si les parents devaient demander des conseils, le médecin généraliste arrivait en première position :

1 « *D'abord mon médecin. »*

puis le pédiatre :

7 « *J'ai suivi ce que le pédiatre me disait au fur à mesure. »*

Le rôle de la PMI était également reconnu :

8 « *Ils font des bilans à la PMI et on nous donne des conseils aussi. »*

B. La famille et amis

Les couples et amis de même génération étaient souvent sollicités :

1 « *Après, j'en ai pas mal parlé à d'autres amies qui venaient d'avoir des bébés, qui me demandaient des conseils. »*

Les conseils des parents paraissaient non adaptés :

3 « *Parce que, en plus, nos parents, ils sont plus trop à la page.»*

C. Le carnet de santé

Pour certains parents, il occupait une place primordiale pour les parents :

16 « *Heureusement qu'il y avait le carnet de santé, le carnet de santé, c'est la mine d'or.* »

Ils se référaient au tableau d'introduction des aliments :

4 « *Moi, je m'en suis servi, enfin j'ai regardé ce fameux tableau, oui, c'est essentiellement cela qui m'avait servi.* »

Par contre, d'autres parents ne le feuilletaient jamais :

14 « *Le carnet de santé, il y a des conseils et j'ai jamais ouvert. Pourtant, j'ai dû le feuilleter à un moment donné.* »

D. Autres ressources

Le personnel de la petite enfance était sollicité également, crèche ou assistante maternelle :

2 « *La crèche, quand on posait des questions, ils répondaient. Ils sont en contact avec des enfants, ils connaissent mieux le fonctionnement de l'enfant que nous.* »

Ensuite, les parents attachaient beaucoup d'importance aux informations découvertes sur internet via des forums ou des sites de puériculture :

2 « *Beaucoup sur internet.* »

Enfin certains parents avaient évoqué comme ressources les publicités de puériculture, les livres de recettes et le service de la maternité.

IV. Le rôle du médecin généraliste

Comme nous l'avons précédemment remarqué, le médecin généraliste était une des sources de conseils pour les parents.

Ce dernier avait des responsabilités dans ce domaine et les parents avaient des attentes envers lui :

1 « *Des bons conseils et puis oui, qu'il aide au bon fonctionnement de la diversification et au fait qu'après il mange bien.* »

A. Les avantages et points forts du médecin traitant

Le médecin généraliste semblait être compétent en matière d'alimentation du nourrisson :

3 « *J'ai pas ressenti de vide.* »

Les parents avaient confiance en leur médecin :

15 « *On parle plus facilement avec son médecin, on est plus en confiance.* »

Et suivaient donc ses conseils :

1 « *C'est le médecin qui m'a dit comment faire et j'ai suivi vraiment ses recommandations.* »

L'enfant, durant sa première année de vie, était suivi régulièrement par le médecin :

3 « *C'est très adapté parce que on voit le médecin généraliste souvent la première année avec un bébé. Du coup, il arrive en plein dedans et justement, c'est au moment où on se pose les questions.* »

Les parents recevaient toujours des réponses à leurs questions :

5 « *J'ai toujours eu des réponses aux questions que je me posais.* »

et se sentaient confortés dans leurs idées et actes :

16 « *Ça me conforte dans ce que je sais, enfin je me dis que si je faisais quelque chose de vraiment mal, elle me le dirait.* »

Le médecin généraliste avait une vision globale de l'enfant :

7 « *C'est les mieux placés pour voir la santé de l'enfant et tout ça.* »

B. Les points faibles du médecin traitant selon les parents

La formation du médecin généraliste semblait non actualisée :

8 « *Je sais que les médecins traitants ont l'habitude de travailler avec des enfants, mais on devrait plus les former parce que, à chaque fois, y a toujours des nouvelles réformes, y a toujours des choses qui changent et les médecins traitants sont pas toujours à la page.* »

Le médecin généraliste n'était pas le spécialiste dans ce domaine :

2 « *Pour moi, le généraliste, il est pas formé pour ça.* »

Tous les médecins n'étaient pas à l'aise sur cette question :

1 « *Mon premier médecin, c'était pas la même chose, on voyait que c'était pas son sujet de prédilection.* »

Après le suivi rapproché du nourrisson les premiers mois, la fréquence de consultation chez le médecin diminuait :

3 « *Puis après, les examens obligatoires ils s'espacent.* »

Les parents ne voyaient pas toujours l'intérêt de questionner leur médecin :

6 « Avec mon médecin traitant, j'en parle pas forcément. »

car il était plus consulté pour des pathologies aiguës :

13 « On en a pas parlé avec mon médecin traitant et je vais le voir quand elle fait de la fièvre, etc. Donc en fait, on aborde pas le sujet à ce moment-là. »

Les discours et conseils variaient d'un médecin à l'autre, ce qui déroutait parfois les parents :

1 « Bien que j'avais 2 médecins à l'époque. Et les 2 médecins n'étaient pas pour la même diversification. »

C. Éléments facilitateurs

Le médecin examinait systématiquement l'enfant :

2 « Il pesait, mesurait pour faire les courbes. »

Le médecin traitant était proche de ses patients :

15 « C'est eux (médecins généralistes) qui généralement connaissent le mieux l'enfant, qui connaissent le mieux les habitudes de la famille. »

Le médecin généraliste conseillait sur les questions pratiques du quotidien :

7 « Vraiment toutes les questions de la vie de l'enfant. »

15 « On parle de tout et de rien avec son médecin. »

Le médecin généraliste était plus disponible que le pédiatre :

7 « Il y a des fois où c'était chargé, il nous prenait pas (le pédiatre). »

D. Les manques et regrets des parents

Les parents avaient évoqué la nécessité de faire un bilan des étapes passées et un planning des suivantes à chaque consultation sur le sujet :

7 « *Il n'y a pas forcément un bilan de ce qui a été fait, ou c'est très rapide.* »

Certains médecins n'utilisaient pas le carnet de santé :

4 « *Rappeler aux gens dans le carnet de santé, montrer la page, parce que certaines personnes ne le feuilletent pas, je pense.* »

Les médecins auraient dû utiliser un support :

4 « *C'est vrai que ça serait bien qu'on ait juste un petit feuillet qu'on puisse coller sur le frigo pour avoir des grands repères.* »

Le médecin n'évoquait pas systématiquement le sujet lors d'une consultation :

1 « *Parce que c'était pas systématique, c'était pas le médecin qui disait systématiquement : voilà qu'est-ce que mange votre enfant ?* »

DISCUSSION

I. Limites et biais méthodologiques

A. Biais liés au recrutement

Un des biais à mettre en évidence est le sexe des participants. Seules des mères ont collaboré à l'étude car lors du recrutement, les mères étaient plus souvent présentes aux consultations (16 mères).

De plus, seules les mères intéressées par le sujet et investies 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.

Certains entretiens ont été menés chez des mères d'enfant âgé de moins d'un an, la diversification était en cours, ce qui limitait les réponses, car certaines étapes n'avaient pas encore été réalisées.

B. Biais liés aux entretiens

La qualité des tout premiers entretiens s'est révélée médiocre. En effet, certaines interlocutrices répondaient hors sujet ou ne comprenaient pas les questions ; de plus, 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. [24] Les réponses étaient au début insuffisamment fournies et peu de nouvelles idées émergeaient. La refonte du canevas a donc été nécessaire afin de faciliter la prise de parole et d'enrichir la récolte d'informations.

Il existe aussi un biais de jugement par le fait que certaines mères connaissaient le statut de médecin de la chercheuse principale, ce qui influençait leur témoignage.

C. Biais lié au recueil des données

La méthode de recueil de données avec enregistrement a pu limiter les réponses des parents : s'ils se sont sentis mal à l'aise, ils se sont peut-être exprimés moins librement.

D. Biais lié à la méthode

Les entretiens n'ont pas pu être menés à 2 chercheurs, ce qui aurait été intéressant pour noter au mieux les attitudes non verbales des participantes. La méthode de recueil de données s'affine sur le regard porté sur une situation. L'objectif est d'observer au plus près les pratiques, avec le minimum de filtres et sans que la situation soit modifiée du fait de l'observation. [23]

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

II. Forces de l'étude

A. Méthode qualitative

En 2008, une recherche quantitative prospective a été consacrée à Lille au sujet, interrogeant les mères au moyen d'un questionnaire. [25]

Un travail de thèse en 2013 à Lille, a également eu pour objet une revue de la littérature, permettant de faire le point sur les recommandations. [26]

D'autres études ont interrogé les médecins généralistes sur ce thème, comme celle réalisée en 2013 dans la région de Strasbourg. [27]

Pour compléter ces études, cette enquête 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 sur le thème en dialogue avec les recommandations officielles en la matière.

B. Critères de scientificité

Le codage des entretiens à plusieurs garantit une triangulation des chercheurs et renforce 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 14 entretiens. Deux entretiens supplémentaires ont été effectués, ne rapportant aucune nouvelle idée.

C. Recrutement

Selon les critères d'inclusion, seuls les parents d'enfants âgés de 6 mois à 3 ans étaient concernés pour éviter tout biais de mémorisation.

Une diversification des classes sociales et cultures, milieux semi-rural et rural favorisés et urbain défavorisé, a été recherchée afin d'obtenir un panel d'expériences variées.

III. Discussion des résultats

A. La pratique de la diversification

1. Les principes généraux sont respectés

Dans cette étude, nous avons remarqué que peu d'erreurs sont commises et, même si des doutes persistent, les mères se fient à leur instinct et à leur enfant, la diversification se déroule correctement.

La date de début de la diversification alimentaire selon les recommandations actuelles, était connue des parents (entre 4 et 6 mois), mais plutôt réalisée vers 6 mois. Ces constats confirment ceux de l'enquête Nutri-Bébé 2013 interrogeant les mères de 1188 enfants de moins de 26 mois [28] : 31% démarraient la diversification à 4 mois et 90% avaient consommé un aliment autre que le lait dans les 6 premiers mois. [29]

L'ordre d'introduction des aliments était correct. Les quantités étaient progressives et les mères introduisaient un aliment à la fois.

Selon notre étude, le premier aliment donné était la carotte pour presque toutes les mères interrogées. Dans l'étude Nutri-Bébé 2013 [29], à la question : « quels sont les 3 premiers aliments introduits ? », les réponses étaient : les légumes autres que la pomme de terre seule pour 77%, les fruits à 68%, les laitages à 42%, les céréales à 32%, la pomme de terre à 20%, viande ou poisson à 13%, riz et pâtes à 7% et enfin les desserts lactés à 2%.

Les mères ont déclaré introduire les viandes et poissons un peu plus tard, vers 7 mois. Nous l'avons vu précédemment, une introduction vers 5 mois est possible.

2. Les mères doutent

Le mode de cuisson était adapté, vapeur essentiellement, les ajouts de matières grasses et de sel sont peu fréquents dans notre panel. Or, il est maintenant admis que les apports de lipides doivent être systématiques, en quantités modérées à chaque repas.

Dans la crainte d'une obésité future, notre société suggère d'imposer aux nourrissons des restrictions alimentaires qui n'ont pas lieu d'être [7], et donc les mères spontanément s'interdisent les ajouts de matières grasses lorsqu'elles cuisinent. Il est observé qu'à partir de 12 mois, 80% des enfants ont des apports en lipides inférieurs aux recommandations de l'EFSA (European Food Safety Authority), notamment acide linoléique et acide alpha-linolénique précurseurs de la majorité des acides gras polyinsaturés. [29]

Dans notre étude, la consommation de lait de croissance était variable et la quantité à donner était parfois source de questionnement pour les mères. Probablement pour des raisons économiques, plusieurs parents utilisaient, après le lait deuxième âge, du lait demi-écrémé. Un article récent du Professeur Turck rappelle que la consommation de 250 ml par jour de lait de croissance de 1 à 3 ans permettrait d'apporter la quantité de tous les nutriments suffisante, hormis la vitamine D. [30] Pour soutenir cette utilisation de lait de croissance, il serait judicieux de baisser le prix d'achat et/ou de développer des aides financières.

3. La diversification à l'épreuve des représentations parentales

Vers l'âge d'un an, un lâcher-prise est observé. L'enfant mangeait, selon notre étude, globalement comme les adultes. Cela s'explique, selon l'étude Nutri-Bébé [29], par le mimétisme de l'enfant à cet âge, l'acquisition de la marche et l'évolution des moments et lieux du repas dans le rythme de vie actuel.

Il apparaît également que les interdits alimentaires sont rares et que peu de parents évoquent le principe d'une alimentation spécifique jusqu'à 3 ans. Or un rapport de l'EFSA rappelle l'intérêt d'une alimentation adaptée jusqu'à 3 ans. Des carences en fer, vitamine D et certains acides gras essentiels ainsi qu'une surconsommation de protéines et de sel sont observées dans le cas contraire. [31]

Une autre modification de comportement se voit confirmée par l'étude : le fait maison avec des produits frais, venant du potager, était préféré des parents et de l'enfant. Dans l'étude Nutri-Bébé [29], 64% des mères donnaient à la fois des aliments spécifiques pour bébés, des aliments non spécifiques pour bébés et des aliments faits maison. En début de diversification, les légumes étaient faits maison dans 44 % des cas, et les fruits dans 31 %.

Une évaluation du comportement alimentaire réalisée en 2007 par le CREDOC (Centre de Recherche pour l'Étude et l'Observation des Conditions de vie) [32] révèle une modification des représentations alimentaires. La mode actuelle prône « l'alimentation santé ». Les Français proscrivent certains aliments comme le fromage, la viande et imposent ces restrictions aux moins de 3 ans.

Parce qu'elles proposent régulièrement du fait maison, plusieurs mères ont évoqué la difficulté d'offrir continuellement une alimentation équilibrée et variée à cause de leur manque de temps (reprise du travail). Rappelons que les offres industrielles pour les moins de 3 ans constituent une aide non négligeable et contrôlée par la réglementation « cadre diététique » relative aux aliments destinés à des groupes particuliers de population (directive 2009/39/CE, décret 91/827 du 29 août 1991) et la réglementation spécifique aux aliments de l'enfance.

Un article de 2013 rappelle cependant que le bénéfice nutritionnel de ces produits ne doit pas être surestimé, et qu'ils doivent ne constituer qu'un support à l'alimentation familiale, afin de limiter la consommation de produits non adaptés pour adulte. [33]

4. A propos du gluten et des allergies alimentaires

Peu de parents connaissaient les dates d'introduction du gluten et souvent, il est introduit vers 6 mois par des céréales avec gluten.

Un article, paru en 2015, de Dutau et Lavaud relève des incertitudes concernant le principe de fenêtre d'opportunité. Selon les études PREVENTCV et CELIPREV, les recommandations européennes actuelles ne seraient pas justifiées. Il n'y aurait pas d'influence de la date d'introduction chez des enfants à haut risque de maladie cœliaque, l'allaitement exclusif ou partiel ne retarde, ni ne diminue le risque d'apparition de la maladie et il semblerait que l'introduction tardive (12 mois) du gluten pourrait empêcher la maladie. [34] D'autres études sont donc nécessaires pour pouvoir conclure et aiguiller au mieux les parents.

Au sujet des risques d'allergies, les parents évoquaient presque tous la solution de débiter plus tardivement la diversification ainsi que l'introduction des aliments allergisants. En se basant sur le discours des dernières décennies, ils estimaient qu'une introduction plus tardive de ces aliments protégerait leurs enfants de risques d'intolérance ou d'allergie. La société d'allergologie rappelle en 2014 [35] qu'un allaitement au sein prolongé ainsi qu'une consommation importante de fruits et légumes et du fait maison contribuent à diminuer le risque d'allergies, notamment alimentaires.

Une étude récente de 2014 [36] portant sur 3000 nouveau-nés finlandais confirme qu'une faible diversité alimentaire entre les 3^e et 6^e mois de vie est associée à une augmentation du risque de rhinite allergique ($\times 1,91-2,16$, $p=0,02$) et une faible diversité alimentaire après le 6^e mois de vie, à une augmentation des risques de dermatite atopique ($\times 1,20-1,35$, $p=NS$), de rhinite allergique ($\times 2,43-3,10$, $p<0,001$) et d'asthme ($\times 1,38-2,49$, $p=0,008$).

B. Les sources de conseils

Les sources d'informations sont variées pour les mères interrogées dans notre étude et nous pouvons comparer nos résultats à ceux de l'étude Nutri-Bébé 2013 [29] :

- Un des faits marquants de l'étude est que les mères se faisaient confiance et testaient, initiaient des aliments dans le respect des besoins du nourrisson résultat confirmé dans l'étude de 2013 : les mères agissaient tout d'abord selon leur instinct et leur expérience (76 %).
- Nous confirmons que les mères primipares demandaient plus de conseils que les multipares : en 2013, les mères plus jeunes ou primipares se fiaient davantage à leur médecin et à l'entourage (61 % recouraient aux conseils médicaux et 52%, à ceux de l'entourage). En revanche, les mères multipares et les plus âgées se basaient plus sur leur expérience (87 % des multipares et 82 % des plus de 35 ans).
- Dans notre enquête, le médecin généraliste restait la source médicale de référence. Contrairement aux résultats de l'étude Nutri-Bébé, où le pédiatre et les médecins de PMI étaient sollicités pour 58% des parents et le généraliste pour 14%. Cependant, notre recrutement a été effectué dans des cabinets de médecine générale les enfants étaient donc suivis par leur généraliste, ce qui peut induire notre résultat.
- Internet et les médias avaient une place non négligeable dans la recherche de sources d'informations par les mères interrogées, mais nous confirmons qu'ils étaient moins souvent évoqués que les professionnels de santé, le remarque également l'étude de 2013 : 22% des sources de conseils.

- Le carnet de santé semblait être une source très variable d'information. En effet, certaines mères s'y référaient et d'autres ne le feuilletaient pas du tout. Des doutes étaient émis quant à l'actualisation de ce support. Ce que relève aussi l'étude de 2013 : 17% des parents utilisaient le carnet de santé.
- Enfin, certains parents ont évoqué la nécessité de partager leurs expériences, principalement avec des parents du même âge en première intention ou avec leur famille, comme pour 31% des parents de l'étude Nutri-Bébé, puis dans une moindre mesure, via les forums internet ou avec les professionnels de la petite enfance.

Une enquête de 2011 réalisée auprès de 230 parents fréquentant la PMI du Val-De-Marne [37] s'est intéressée à la différence de perception de messages alimentation-santé diffusés en PMI. Elle met en évidence que, si une majorité d'adultes considéraient qu'ils avaient reçu suffisamment de conseils sur la nutrition, 25% estimaient ne pas avoir bien perçu ces conseils. 80% des personnes ayant bien perçu les messages les trouvaient utiles, pour 68% ils étaient faciles à suivre, et 77% avaient envie de les suivre. Les messages retenus cités spontanément par les parents étaient : réduire les sucreries et les fritures, éviter les grignotages. Enfin, il fut demandé aux personnes où elles puisaient les renseignements. Parmi les cinq réponses les plus mentionnées, la télévision et la famille ont été citées par 24% des personnes interrogées, le médecin de ville par 15%, les revues et journaux par 14% et internet par 12%.

C. La place du médecin généraliste

Selon l'INSEE, en 2015, les médecins généralistes étaient au nombre de 102 485 dont 69 010 libéraux, pour 7 861 pédiatres dont 3 123 libéraux. [38] 13% de la totalité des consultations en médecine générale concernent des enfants. [39]

La thèse d'Emilie Cassol réalisée en 2015 [40] interrogeait les médecins généralistes sur le suivi du nourrisson de moins de 24 mois. Les résultats montraient que le suivi du nourrisson relevait pleinement de leur mission. Les praticiens se sentaient responsables d'une prise en charge globale et d'une relation de confiance avec la famille. Les praticiens mettaient en évidence l'importance des stages hospitaliers et des expériences personnelles pour compléter leur formation théorique considérée de qualité. Un des thèmes les plus importants lors de la consultation était l'alimentation, mais ils évoquaient des limites que l'évolution rapide des références imposait à leurs compétences.

1. Confiance et satisfaction

Il apparaît dans nos résultats que les parents avaient confiance en leur médecin traitant et étaient, pour la plupart, satisfaits du suivi de leur enfant.

La thèse de Xavier Bénet de 2014 [41] a étudié la confiance des parents dans le suivi de leur enfant assuré par le médecin généraliste. 60 à 75% des parents ont répondu avoir « tout à fait confiance » en leur médecin et 93% des parents faisaient confiance à ses conseils nutritionnels. Enfin, l'étude révélait que le fait d'obtenir un rendez-vous rapidement et la qualité de l'écoute du médecin étaient des facteurs prédictifs de confiance totale.

Dans leur questionnement sur le plan nutritionnel, les parents de notre enquête avouaient obtenir systématiquement des réponses de la part de leur médecin de famille. Ils n'hésitaient pas à reposer des questions et insistaient si la réponse n'était pas précise.

La confiance dans le médecin traitant, surtout celle accordée pour leur enfant, était primordiale pour les mères interrogées. Certaines ont confié avoir « testé » plusieurs médecins avant de se sentir à l'aise.

Tout l'enjeu est donc pour nous de développer cette relation de confiance et de la maintenir dans la durée afin de prendre en charge de façon optimale l'enfant.

2. Pourquoi choisir le médecin généraliste ?

Les points forts du généraliste pour le suivi de leur enfant, mis en évidence par les mères dans notre étude, étaient :

- La réalisation d'un examen clinique systématique de leur enfant, à chaque consultation, avec le suivi des courbes staturo-pondérales, notamment dans le carnet de santé. Dans les recommandations de bonne pratique de l'HAS, il est bien rappelé la nécessité de ce suivi. [15] (cf annexe)
- La fréquence rapprochée des consultations lors des premiers mois de vie, permettant de guider la parentalité dans les premiers pas et notamment sur le plan nutritionnel. Nous avons cité précédemment les visites obligatoires à effectuer par le médecin ; ces consultations sont donc approuvées par les parents.

- L'avantage de la proximité du médecin de famille. C'est celui qui connaît l'histoire de la famille, ses interactions et est par conséquent à même d'ajuster ses discours et actions. Les patients ont besoin de sentir cette relation personnalisée qui les lie à leur médecin.
- Des explications concrètes et adaptées à chaque enfant, se basant par exemple sur les expériences personnelles, notamment sur le plan nutritionnel, ce qui est apprécié des mères.
- La prise en charge globale de l'enfant, c'est-à-dire de la naissance à l'adolescence et sur les plans tant physique que psychologique et familial.
- L'utilisation du carnet de santé par le médecin traitant était appréciée par les mères. Le carnet permet également une transmission d'informations entre les différents professionnels de santé.
- La disponibilité du médecin généraliste, car il prenait du temps pour ses patients et pouvait adapter son agenda pour les recevoir rapidement.

La thèse de Marie Parent, réalisée en 2015 [42], s'est attachée à interroger les parents sur le suivi médical de leur enfant. Le choix du médecin généraliste, par rapport au pédiatre ou la PMI, s'expliquait principalement par sa disponibilité et proximité, le temps accordé à la consultation, ainsi que le savoir-faire et ses conseils pratiques. Cependant, concernant la nutrition, les parents avouaient recevoir plus de conseils de la PMI.

D'autres facteurs facilitants sont mis en évidence dans la thèse de Mélanie Artufel-Meiffrez de 2013 [43] : l'accessibilité du cabinet médical, des jours et horaires d'ouverture correspondant aux emplois du temps des enfants et des parents, une possibilité de visite à domicile et le tarif conventionné en secteur 1 des consultations d'enfant chez le médecin généraliste.

3. Quelques doutes persistent

- Les discours étaient parfois divergents, et cela était déroutant pour certaines mères. En effet, en consultant plusieurs professionnels de santé (pédiatre, PMI et médecin traitant), elles obtenaient des réponses différentes et de ce fait, soit faisaient confiance à un seul spécialiste, soit mixaient les recommandations à leur convenance.
- Il apparaît dans nos résultats que malgré la confiance accordée au médecin traitant, ce dernier n'était pas considéré par les parents comme spécialiste des enfants. Dans la thèse de Marie Parent [42], les parents estimaient que le pédiatre était le spécialiste qui détenait les connaissances théoriques. Le suivi du médecin généraliste était perçu par certains parents comme moins approfondi que celui du pédiatre.
- Les parents avaient regretté d'avoir posé trop peu de questions au médecin traitant et qu'ils sollicitaient plutôt ce dernier pour des pathologies aiguës.
- De plus, tous les médecins n'étaient pas à l'aise avec le thème ; certaines mères avouaient devoir poser les questions en premier, car le sujet n'était pas abordé systématiquement lors d'une consultation.
- Un autre point négatif mis en évidence par les mères était le manque d'actualisation des connaissances des généralistes. Car justement, leurs discours divergeaient de ceux des pédiatres et de la PMI.

IV. Pistes de réflexion

A. Notre rôle sur le plan nutritionnel

En 2009, selon le baromètre santé de l'INPES, 70,8% des médecins généralistes considéraient que leur rôle de prévention en matière d'alimentation était essentiel. [44]

Une étude irlandaise a interrogé en 2014 [45] plusieurs professionnels de la petite enfance, dont 179 médecins généralistes, concernant leurs conseils sur la diversification alimentaire. Cette enquête révélait que des conseils pertinents et cohérents des différents professionnels de santé étaient essentiels pour que les parents se sentent plus assurés dans cette étape. La formation actualisée et interdisciplinaire serait fondamentale pour ces professionnels. Elle pourrait être assurée par le développement des e-formations.

B. Les supports

Plusieurs parents ont regretté le manque de support ou la faible utilisation du carnet de santé pour les guider en la matière. De plus, selon eux, le tableau présent dans les carnets (cf annexe) ne semblait pas actualisé. Or, ce dernier correspond au PNNS n°3 (2011-2015) (cf annexe) et donc aux recommandations de l'ESPGHAN [46]. Certains éclaircissements pourraient cependant être apportés, notamment au sujet de l'introduction du gluten, de l'oeuf et de la supplémentation en vitamine D.

Un autre support est utile et peut être proposé aux parents : « Le guide des parents : de la naissance à trois ans », disponible sur le site <http://www.mangerbouger.fr>. On y trouve un tableau d'introduction actualisé et des exemples de menus adaptés. [47]

C. Formation

Vu les changements successifs des recommandations, notre formation en tant que professionnel de santé se doit d'être actualisée régulièrement, car les parents attendent de nous un discours unique et cohérent.

Actuellement, notre formation théorique se résume, au deuxième cycle, à l'étude de l'item numéro 45 (UE 2) sur l'alimentation et besoins nutritionnels du nourrisson et de l'enfant. Puis, au cours du troisième cycle de médecine générale, certaines facultés ne dispensent que peu de cours sur ce thème, d'autres n'en proposent aucun. Enfin, en tant que médecin généraliste, nous pouvons suivre des formations médicales continues (FMC) ou diplômes complémentaires universitaires (comme l'AUEC de pédiatrie pratique à la Faculté de Médecine Henri Warembourg à Lille).

Un travail de thèse de Julie Céline Rigaut, réalisé en 2010 dans la région de Strasbourg, interrogeait les médecins généralistes sur ce sujet. Selon eux, la première source de formation en pédiatrie était leur expérience professionnelle, donc de terrain (87,8%) et seule la moitié d'entre eux avaient actualisé leurs connaissances lors de FMC ou diplômes universitaires [27]. Il serait donc judicieux de majorer les stages ambulatoires, notamment au cours du DES, qui se limitent actuellement à 3 mois, le plus souvent lors du stage combiné de Gynécologie-Pédiatrie, et à 6 mois de SAP ± 6 mois lors du SASPAS.

A cet effet, une réforme de la loi de santé de 2015 de Marisol Touraine a été votée et propose un DES de médecine générale en 4 ans, mais les lieux de stage supplémentaires ne sont pas clairement définis. [48]

D. Une politique de santé dédiée à l'enfant

En 2013, un rapport de l'observatoire national de la démographie des professionnels de santé (ONDPS) [49] portant sur la prise en charge de la santé de l'enfant estime indispensable une politique de santé spécifiquement dédiée à l'enfant. Pour la mettre en œuvre, il faudrait redéfinir les besoins de la santé de l'enfant et les parcours de soins appropriés. Cette commission insiste notamment sur la nécessité de renforcer la formation de tous les professionnels de santé en contact avec l'enfant, en particulier les médecins généralistes, puéricultrices et infirmières.

Concernant la tranche d'âge de la petite enfance (de 1 mois à 6 ans), le dispositif actuel de santé est marqué par des changements trop fréquents d'intervenants (pédiatre avant 2 ans souvent, puis médecin généraliste et PMI) qui sont préjudiciables à la continuité de soins. Notre travail démontre effectivement que les parents semblaient perdus face aux conseils variés sur le plan nutritionnel des professionnels de santé. La commission propose de préciser plus clairement les rôles et objectifs des intervenants afin d'uniformiser le suivi de l'enfant. Enfin, la commission pense opportun que soit redéfini le calendrier des âges clés auxquels doivent intervenir des consultations médicales obligatoires et spécifiques : il serait réduit à 9 examens entre 1 mois et le 6ème anniversaire, répartis aux âges clés de la surveillance du développement de l'enfant : M1, M2, M3, M4, M9, M18, M24, 4ème année, 6ème année.

Le rapport Sommelet de 2006 [50] évoquait déjà des pistes quant à la répartition des consultations entre les différents acteurs (cf annexes). Ce rapport proposait également une formation médicale continue interdisciplinaire, comme dans l'étude irlandaise citée précédemment [45], ainsi qu'une rédaction des référentiels incluant tous les professionnels de santé.

Un travail et un suivi de l'enfant interdisciplinaires semblent donc primordiaux pour définir cette politique de santé de l'enfant et ainsi transmettre aux parents le même discours. Rappelons que la thèse de Marie Parent [42] mettait en évidence que le suivi pluridisciplinaire était bénéfique pour la santé de l'enfant et permettait ainsi aux parents de compléter leurs informations (notamment sur le plan nutritionnel).

CONCLUSION

Notre travail nous a permis de construire et de mener une enquête afin d'obtenir un reflet actuel de la pratique de la diversification alimentaire du nourrisson. Les mères que nous avons rencontrées ont été agréablement surprises de pouvoir discuter de leurs expériences personnelles grâce à cette approche qualitative.

Cette étude démontre que les mères semblent perdues face aux recommandations récentes et aux discours divergents. Pour autant, de façon assez instinctive, elles commettent peu d'erreurs. Elles regrettent surtout de s'être trop peu informées sur le sujet, notamment auprès des professionnels de santé.

Dans notre panel, la diversification est réalisée globalement vers 6 mois. Une introduction plus tardive des aliments allergisants, comme l'œuf et le gluten, est pratiquée comparativement à la notion récente de fenêtre d'opportunité. Autre fait important, vers 12 mois, l'enfant semble manger comme ses parents et il y a peu d'interdits alimentaires. Le lait de vache est encore trop souvent utilisé à partir d'un an par rapport au lait de croissance, plus adapté.

Le courant actuel du fait maison est suivi par la majorité des mères, ce qui s'explique probablement tant par une question de prix, que par un souci d'alimentation plus naturelle.

Pour les conseils nutritionnels, le carnet de santé est utilisé de façon variable et les mères pointent le manque d'actualisation de ce dernier. Concernant leurs sources d'information, le médecin traitant a toute sa place dans cette étape, mais les mères émettent des doutes quant à la mise à jour de sa formation.

Le nombre restreint de pédiatres libéraux ainsi que le recours moins de plus faible fréquence à la PMI donnent au médecin généraliste une responsabilité de transmission d'informations nutritionnelles et médicales actualisées. Notre vigilance en tant que professionnel de santé nous fera donc mettre en évidence, à chaque consultation, les bonnes pratiques et vérifier qu'elles soient bien assimilées par les parents. Notre consultation doit s'appuyer sur le carnet de santé, outil indispensable du bon suivi pédiatrique, et rappeler les changements récents. Il s'avère également nécessaire d'insister sur l'importance d'une alimentation adaptée ainsi que d'apports suffisants de lait de croissance, si possible jusqu'aux 3 ans de l'enfant, et encadrer le fait maison afin d'éviter les carences ou apports inadaptés. Enfin, selon les récentes découvertes, dans le cas d'enfants au terrain atopique, il ne faudrait plus conseiller de retarder la diversification ni les laits hypoallergéniques.

Pour suivre au mieux l'enfant, la politique de santé doit être clarifiée en se penchant sur les questions suivantes : quels doivent être les acteurs et dates clés des consultations pour ce suivi nutritionnel ? Comment s'assurer de la bonne transmission des recommandations ? Comment mettre en place un suivi pluridisciplinaire efficace ?

La réponse réside sans doute dans une approche concertée : une étude interdisciplinaire avec pédiatre, PMI et médecin généraliste, voire puéricultrice pourrait nous aider à faire un état des lieux des recommandations nutritionnelles dispensées par ces professionnels de santé et ainsi les comparer puis élaborer un plan global de prise en charge.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Enquête Amour et Nutrition par le Laboratoire Gallia sur le lien maman-bébé. Cubes & Petits pois. [cité 22 janv 2016]. Disponible sur : <http://www.cubesetpetitspois.fr/amour-et-nutrition-enquete-laboratoire-gallia/>
- [2] Seen B. Bien manger - 4 idées reçues sur la diversification alimentaire [Internet]. [cité 22 janv 2016]. Disponible sur : <http://www.goodgout.fr/coin-parents-abecedaire-de-la-diversification-4-idees-recues-sur-la-diversification-alimentaire-163.html>
- [3] OMS. Alimentation du nourrisson et du jeune enfant. Aide-mémoire N°342. Juillet 2015. [cité 14 déc 2015]. Disponible sur : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs342/fr/>
- [4] Juchet A, Chabbert A, Pontcharraud R, Sabouraud-Leclerc D, Payot F. Diversification alimentaire chez l'enfant : quoi de neuf ? Rev Fr Allergol. Oct 2014;54(6):462-8
- [5] Lemale J. Diversification alimentaire. EMC - Traité de Médecine Akos 2015;10(2):1-8 [Article 8-0308]
- [6] Toutain F, Le Gall E, Gandemer V. La carence en fer chez l'enfant et l'adolescent: un problème toujours d'actualité. Arch Pédiatrie. Oct 2012;19(10):1127-31
- [7] Tounian P. Diversification alimentaire : idées reçues et preuves scientifiques. Archives de Pédiatrie 2010;17: S230-S22
- [8] Turck D, Dupont C, Vidailhet M, Bocquet A, Briend A, Chouraqui J-P, et al. Diversification alimentaire : évolution des concepts et recommandations. Arch Pédiatrie. Mai 2015;22(5):457-60
- [9] Zutavern A, Brockow I, Schaaf B, von Berg A, Diez U, Borte M, et al. Timing of Solid Food Introduction in Relation to Eczema, Asthma, Allergic Rhinitis, and Food and Inhalant Sensitization at the Age of 6 Years: Results From the Prospective Birth Cohort Study LISA. PEDIATRICS. Mai 2007
- [10] Roduit C, Frei R, Depner M, Schaub B, Loss G, Genuneit J, et al. Increased food diversity in the first year of life is inversely associated with allergic diseases. J Allergy Clin Immunol. avr 2014;133(4):1056-64.e7
- [11] Prescott SL, Smith P, Tang M, et al. The importance of early complementary feeding in the development of oral tolerance: concerns and controversies. Pediatr Allergy Immunol 2008;19:375–80
- [12] Agostoni C, Decsi T, Fewtrell M, Goulet O, Kolacek S, Koletzko B, et al. Complementary feeding: a commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition. J Pediatr Gastroenterol Nutr. janv 2008;46(1):99-110

- [13] Gottrand F. Diversification alimentaire : nouvelles recommandations. Archives de Pédiatrie 2009;16:2-4
- [14] Mpédia.fr, site conçu par l'AFPA. (consulté le 15 mars 2016). Diversification alimentaire. [en ligne] Disponible sur le site: <http://www.mpedia.fr/theme-201-diversification.html>
- [15] HAS. Recommandations pour la pratique clinique. Propositions portant sur le dépistage individuel chez l'enfant de 28 jours à 6 ans, destinées aux médecins généralistes, pédiatres, médecins de PMI et médecins scolaires. Service des recommandations professionnelles. Septembre 2005. [cité le 15 mars 2016] Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_451143/fr/propositions-portant-sur-le-depistage-individuel-chez-l-enfant-de-28-jours-a-6-ans-destinees-aux-medecins-generalistes-pediatres-medecins-de-pmi-et-medecins-scolaires
- [16] Dr Isabelle BOHL. Santé de l'enfant et de l'adolescent. Prises en charge. Rapport adopté lors de la session du Conseil national de l'Ordre des médecins du 20 octobre 2011
- [17] Aubin-Auger I., Mercier A., Baumann L., Lehr-Drylewicz A-M., Imbert P., Letrilliart L. et le groupe de recherche universitaire qualitative médicale francophone. Introduction à la recherche qualitative. GROUM-F exercer 2008 ;84:142-5. 2008
- [18] Ringsted C, Hodges B, Scherpbier A. « La boussole de la recherche » : Une introduction à la recherche en éducation médicale : Guide AMEE n° 56. Pédagogie Médicale. févr 2013;14(1):49-72.
- [19] Dumez H. Qu'est-ce que la recherche qualitative ? Le Libellio d'Aegis, 2011, 7 (4-Hiver), pp.47-58. <hal-00657925>
- [20] Letrilliart L, Bourgeois I, Vega A, Cittée J, Lutsman M. Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative. Première partie : d'« Acteur » à « Interdépendance ». exercer 2009; 87:74-9
- [21] Imbert G. L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie. Rech Soins Infirm. 2010 ;102(3):23
- [22] Groupe universitaire de recherche qualitative médicale francophone. (consulté le 15 oct 2015) La recherche qualitative. [en ligne] Disponible sur : <http://www.groumf.fr/>
- [23] Letrilliart L, Bourgeois I, Vega A, Cittée J, Lustman M. Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative. Deuxième partie : de « Maladie » à « Verbatim ». exercer 2009; 88:106-12
- [24] Coté L, Turgeon J. Comment lire de façon critique les articles de recherche qualitative en médecine. Pédagogie médicale. Mai 2002 ; 3:81-90
- [25] Pagniez L. La diversification alimentaire du nourrisson : étude prospective sur 6 mois [Thèse d'exercice : Médecine]. Lille, France : Université du droit et de la santé ; 2008
- [26] Gourmez-Martin P, Pourbaix B. Age de la diversification alimentaire souhaitable pour limiter l'atopie : revue de la littérature [Thèse de Médecine générale]. Lille, France : Université du droit et de la santé ; 2013

- [27] Rigaut J céline. La diversification alimentaire du nourrisson : enquête de pratique auprès des médecins généralistes et des parents [Thèse de Médecine générale]. Strasbourg, France: Université de Strasbourg : Faculté de médecine; 2010
- [28] Tavoularis G. Enquête Nutri-Bébé 2013. Partie 1. Présentations et considérations méthodologiques. Archives de Pédiatrie 2015; 22(10suppl):10S5-10S6
- [29] Résultats du 2e volet de l'Étude Nutri-Bébé SFAE 2013 – Apports nutritionnels chez les 0 à 3 ans. J Pédiatrie Puériculture. oct 2014;27(5):265-9
- [30] Turck D. Quelle place pour les laits de « Croissance »? Archives de Pédiatrie 2015;22(HS2):85-86
- [31] Girardet J-Ph. Pourquoi poursuivre une alimentation spécifique après 1 an? Archives de Pédiatrie 2015;22(HS2):81-82
- [32] Hébel P, Pilorin T. Comment les discours nutritionnels influencent-ils les représentations de l'alimentation ? Cah Nutr Diététique. mars 2012;47(1):42-9
- [33] Ghisolfi J, Bocquet A, Bresson J-L, Briend A, Chouraqui J-P, Darmaun D, et al. Les aliments industriels (hors laits et céréales) destinés aux nourrissons et enfants en bas âge : un progrès diététique ? Arch Pédiatrie. mai 2013;20(5):523-32
- [34] Dutau G, Lavaud F. Existe-t-il réellement une fenêtre d'opportunité pour la diversification alimentaire ? L'exemple de la maladie cœliaque à la lumière de publications récentes. Revue française d'allergologie 55 (2015) 1-4
- [35] Ponvert C. Quoi de neuf en allergologie pédiatrique en 2014 ? Épidémiologie générale, diagnostic (précoce), traitement, anaphylaxie, allergie alimentaire, médicamenteuse et aux venins et salives d'insectes (une revue de la littérature internationale 2014). Revue Française d'allergologie 55(2015) 413-433
- [36] Nwaru BI, Takkinen H-M, Kaila M, Erkkola M, Ahonen S, Pekkanen J, et al. Food diversity in infancy and the risk of childhood asthma and allergies. J Allergy Clin Immunol. Avr 2014;133(4):1084-91
- [37] Rovillé-Sausse, F., Leroux, M. C., Perriot, Y., 2011, Différences de perception des messages alimentation-santé diffusés en centres de Protection Maternelle et infantile (PMI) en France. Antropo, 25, 23-34
- [38] Bilan démographique 2015. INSEE 2015
- [39] Franc C, Le Vaillant M, Rosman S, Pelletier-Fleury N. La prise en charge des enfants en médecine générale : typologie des consultations. DRESS Août 2007
- [40] Cassol E. 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. [Thèse de médecine générale]. Bordeaux, France : Université de Bordeaux ; 2015
- [41] Bénét X. La confiance des parents vis à vis de leur médecin généraliste pour la prise en charge de leur enfant. Une étude descriptive aux urgences pédiatriques du CHU de Rouen. [Thèse de Médecine générale]. Rouen, France : Université de Rouen ; 2014

- [42] Parent M. Suivi pédiatrique en médecine générale : attentes et ressenti des parents d'enfants de 0 à 6 ans. Région Nord-Pas-De-Calais. [Thèse de Médecine générale]. Lille, France : Université de Lille 2 Droit et Santé ; 2015
- [43] Mélanie Artufel-Meiffret. La consultation pédiatrique en médecine générale : expériences, perception et attentes de parents d'enfants de 0 à 6 ans : enquête qualitative auprès de 16 parents dans les Alpes-Maritimes. [Thèse de Médecine]. Nice, France : Université de Nice-Sophia Antipolis. Faculté de Médecine ; 2013
- [44] Gautier A. dir. Baromètre santé médecins généralistes 2009. Saint-Denis : Inpes, coll. Baromètres santé, 2011 : 266 p
- [45] Allcutt C, Sweeney M-R. An exploration of knowledge, attitudes and advice given by health professionals to parents in Ireland about the introduction of solid foods. A pilot study. BMC Public Health. 21 avr 2010; 10:201.
- [46] Carnet_de_sante.pdf [Internet] Disponible sur : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/carnet_de_sante.pdf
- [47] Guide PNNS nutrition de la naissance à 3 ans 2004.pdf [Internet]. Disponible sur : <http://www.mangerbouger.fr/content/download/3815/101721/version/2/file/890.pdf>
- [48] Druais P-L. « La place et le rôle de la Médecine générale dans le système de santé ». Travaux réalisés à la demande de Madame la Ministre des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes. Rapport remis à Madame Marisol Touraine, Le 15 mars 2015.
- [49] Berland Y. ONDPS. Prise en charge de la santé de l'enfant : synthèse des travaux de la commission. Mars 2013.
- [50] Sommelet D. L'enfant et l'adolescent, enjeux de société et priorité du système de santé. Oct 2006; p1-950

ANNEXES

Annexe 1 : Grille d'entretien

Inclusion parents enfant de 6 mois à 3 ans

Questions générales

- âge(s), nombre d'enfants
- catégorie socioprofessionnelle du parent
- âge du parent
- composition familiale

Quand avez-vous réalisé la diversification alimentaire ?

Comment l'avez-vous réalisée ?

En quoi selon vous cette étape est-elle importante pour votre enfant ?

Que savez-vous sur les recommandations actuelles concernant la diversification ?

Votre enfant est-il allergique ?

Que savez-vous sur l'introduction du gluten ?

Que savez-vous de la diversification chez des enfants ayant un risque allergique ?

Quand avez-vous introduit les légumes ? la viande ? les fruits ? le pain ? l'œuf ? le poisson ?

Faites-vous la cuisine pour lui ?

Quels aliments sont-ils proscrits, interdits pour lui ?

L'avez-vous allaité ?

Quel type de lait avez-vous choisi ? Pourquoi ?

Votre enfant mange-t-il la même chose que vous ?

Votre enfant mange-t-il en même temps que vous ?

Que faites-vous quand il refuse un aliment ?

Où et auprès de qui allez-vous chercher des conseils sur ce sujet ?

Que demandez-vous à votre médecin sur ce sujet ?

Et ses réponses vous conviennent-elles ?

Comment utilisez-vous les conseils et informations de votre médecin ?

En quoi la médecine générale vous paraît-elle adaptée pour vous aider dans cette étape ?

Quelles sont les questions auxquelles vous n'avez pas eu de réponse ?

Que manque-t-il aux médecins généralistes dans cette prise en charge selon vous ?

Quelle est la place du carnet de santé pour vous dans cette étape ?

A refaire, qu'auriez-vous fait autrement ?

Annexe 2 : Formulaire de consentement des participants

Je soussigné(e), Monsieur ou Madame

Prénom.....

Nom.....

Certifie avoir reçu et compris toutes les informations relatives à ma participation et avoir eu un délai de réflexion avant de consentir à participer à l'étude médicale

« **Pratique de la diversification alimentaire et rôle du médecin généraliste** » Faculté de Médecine et de Maïeutique
56 rue du Port 59046 LILLE



Numéro de code :

Consentement de participation à une étude médicale

Accepte un enregistrement audiophonique des entretiens. Celui-ci sera détruit dès la fin du travail.

Cette étude médicale est réalisée dans le cadre d'une thèse et d'un mémoire de médecine générale soutenus par PINTE-MASY Marie interne de médecine générale à la Faculté de médecine et de Maïeutique de Lille.

Fait en double exemplaire à Le

Signature :

Annexe 3 : Fiche d'information donnée aux participants

Faculté de médecine et de Maïeutique
56 rue du Port 59046 LILLE

Nom de l'étudiant : PINTE MASY
Prénom de l'étudiant : Marie
Tel : 03 20 13 41 30



Numéro de code :

Information pour participation à une étude médicale

Dans le cadre de la thèse et du mémoire que je dois réaliser au cours de mes études je réalise un travail de recherche médicale :

« La diversification alimentaire en pratique et le rôle médecin généraliste dans cette étape, étude qualitative dans le nord de la France auprès des parents »

Pour mener à bien cette recherche, j'ai besoin de recueillir des données par le biais d'entretiens et c'est la raison pour laquelle je vous ai contacté.

Pour participer à ce travail, il est important que vous sachiez :

- Que votre participation n'est pas obligatoire et se fait sur la base du volontariat ;
- Que vous avez le droit de vous retirer de l'étude à tout moment si vous le souhaitez, sans en supporter aucune responsabilité ;
- Que vous avez le droit de refuser de répondre à certaines questions qui vous seront posées ;
- Que les données recueillies seront traitées de manière confidentielle ; et que si elles devaient être utilisées pour donner lieu à une publication, elles seraient anonymes ;
- Qu'à tout moment vous pouvez avoir accès aux données vous concernant ;
- Que je me tiens à votre disposition pour répondre à vos questions concernant les objectifs du travail une fois le recueil des données effectuées ;
- que les éventuels enregistrements seront détruits dès la fin des travaux ;

Cette recherche est réalisée dans le respect des règles de bonnes pratiques cliniques et de la législation nationale en vigueur.

Les données de santé vous concernant feront l'objet d'un traitement informatique destiné à l'évaluation scientifique de la recherche. Elles seront transmises dans des conditions garantissant leur confidentialité, c'est-à-dire de manière **anonymisée**. En vertu des articles 39, 40 et 56 de la loi n° 78-17 du 06 Janvier 1978 modifiée par la loi 2004-801 du 06 août 2004 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous pourrez exercer vos différents droits dont celui d'accès, d'interrogation, de rectification et d'opposition concernant la levée du secret médical auprès du médecin qui vous propose de participer à la recherche. Par ailleurs, conformément à l'article L.1111-7 du Code de la Santé Publique, les données de santé vous concernant peuvent vous être communiquées par le médecin de la recherche et pourront également, dans des conditions assurant leur confidentialité, être transmises aux autorités de santé, à d'autres entités de cet organisme, responsable de l'étude.

Fait en double exemplaire à Le.....
Signature

Annexe 4 : Avis favorable CIER GHICL



Avis du comité interne d'éthique de la recherche médicale (CIER) du GHICL

Numéro d'ordre de l'avis : 2015/12/15

Intitulé de la recherche : La diversification alimentaire en pratique et le rôle du médecin généraliste dans cette étape.

Investigateur ou responsable du projet : Melle PINTE MASY marie, thèse médecine FMM

Promoteur : GHICL

Lieu où se déroule la recherche : NPdC

Personnes ayant délibéré :

- ✓ Le président de la CME du GHICL : Professeur Decoster
- ✓ Le responsable du DRM et/ou le coordinateur des études cliniques : Mme Magali DEMILLY
- ✓ Un expert médical : Dr Lansiaux

Avis du comité d'éthique du GHICL

Les demandes de modifications et les recommandations du CIER émises lors de la session du 15/12/2015 ayant été prises en compte, le bureau restreint du CIER délivre à cette étude un :

Avis favorable sans restriction

Le président du comité d'éthique du GHICL

Nom : LANSIAUX

Date : 08/01/16

Signature :

Amélie LANSIAUX, MD, PhD
Head of GHICL Medical Research Department
Phone : + 33 320 225 741
Cell Phone : + 33 626 242 763
mail : lansiaux.amele@ghicl.riet

Le président de la CME du GHICL

Nom : DEMILLY Magali

Date : 08/01/16

Signature :

DEMILLY Magali
Responsable Adjoint du DRM
Département de la Recherche Médicale
GHICL-FMM
Hôpital Saint Philibert
Rue du Grand But - BP 249 - 59462 Lomme Cedex
Tél. : 03 20 22 52 69 - Fax : 03 20 22 57 67

Annexe 5 : Carnet de santé, tableau d'introduction des aliments

Repères d'introduction des aliments
chez l'enfant de 0 à 3 ans*

Surveillance médicale

D'après les recommandations du Programme National Nutrition Santé (PNNS)

Pas de consommation
 Début de consommation possible
 Début de consommation recommandée

	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 1 ^{er} âge » ou « lait 2 ^e âge »**		lait maternel exclusif ou « lait 1 ^{er} âge » exclusif**		« lait 1 ^{er} âge » ou « lait 2 ^e âge »**		Lait maternel ou « Lait 2 ^e âge » 500 ml/j**								« Lait 2 ^e âge » ou « de croissance »**
Produits laitiers	ou fromage blanc nature														
Fruits	Yaourt														
Légumes	Tous: très mûrs														
Pommes de terre	Tous: purée lisse														
Légumes secs	Purée														
Farines infantiles (céréales)	Sans gluten														
Pain, produits céréaliers	Avec gluten														
Viandes, poissons	Pain, pâtes fines, semoule, riz***														
Céufs	Tous, mixés: ***** 10 g/j = 2 cuillères à café														
M.G. ajoutées	Hachés: 20 g/j = 4 cuillères à café														
Boissons	Huile (olive, coiza...) ou beurre (1 cuillère à café d'huile ou 1 noisette de beurre au repas)														
Sel	Eau pure: proposer en cas de fièvre ou de forte chaleur														
Produits sucrés *****	Eau pure														
	Peu pendant la cuisson ; ne pas resaler à table														
	Sans urgence ; à limiter														

*** A adapter en fonction de la capacité de mastication et de déglutition, et de la tolérance digestive de l'enfant.

**** Limiter les charcuteries, sauf le jambon blanc.

***** Biscuits, bonbons, crèmes desserts, desserts lactés, chocolats, boissons sucrées, confiture, miel...

Annexe 6 : Guide PNNS : Le guide nutrition de la naissance à trois ans, extraits

Le début de la diversification

**À PARTIR DE 6 MOIS DANS L'IDÉAL,
EN TOUT CAS JAMAIS AVANT 4 MOIS...**

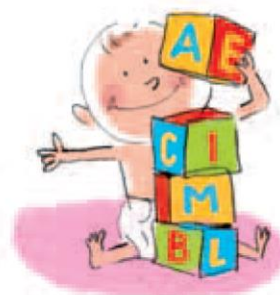
Jusqu'à 6 mois, l'allaitement exclusif au lait maternel, ou au « lait » infantile, couvre tous les besoins alimentaires de votre bébé. Autrefois, la diversification alimentaire des bébés se faisait plus tôt, vers 4 mois voire avant. Mais, aujourd'hui, il est fortement recommandé de ne pas la commencer avant 6 mois.

POURQUOI À CET ÂGE ?

- ➔ Après 6 mois, le lait maternel ou le « lait » infantile ne suffit plus à couvrir tous les besoins de l'enfant. Il faut commencer à diversifier son alimentation.
- ➔ À 6 mois, votre bébé commence à savoir mastiquer des aliments un peu plus solides et il peut mieux les déglutir.
- ➔ Ses capacités digestives sont plus développées.
- ➔ On s'est rendu compte que la diversification avant 4 mois pouvait entraîner des allergies alimentaires chez tous les enfants, notamment ceux nés dans une famille prédisposée.

Lisez aussi Comment prévenir les risques d'allergie alimentaire ?, p. 36

À partir de 6 mois (début du 7^e mois), votre enfant est heureux de découvrir de nouvelles saveurs.



**4 mois
=
4 mois révolus**

Lorsqu'on parle de nombre de mois, on parle en mois révolus. Ainsi :
4 mois = 4 mois révolus, c'est-à-dire jusqu'au début du 5^e mois.
6 mois = 6 mois révolus, c'est-à-dire jusqu'au début du 7^e mois.

21 Nourrir mon enfant de 6 mois à 3 ans



COMMENT RÉUSSIR CETTE PHASE DE DIVERSIFICATION ?

Il n'existe pas une seule façon ! Tout dépend de votre bébé, mais aussi de vos choix. Voici des pistes pour que tout se déroule bien...

Chacun son rythme !

Tous les bébés sont différents. Certains sont contents de découvrir de nouveaux aliments. D'autres sont moins ravis, et la diversification prend un peu plus de temps. Pas de panique : vous pouvez continuer à lui donner du lait pour assurer ses apports alimentaires. Il n'est pas à quelques jours près !

Ne le forcez pas...

Respectez ses goûts et ses préférences. C'est la meilleure manière de ne pas créer de dégoût ou d'opposition systématique au moment des repas. Il refuse un aliment ? N'insistez pas et proposez-le lui à nouveau quelques jours plus tard. Tenez compte de son humeur... et de la vôtre !

Du liquide au solide...

Ce n'est pas toujours facile de passer du liquide au solide, car les bébés n'aiment pas toujours changer leurs petites habitudes. À vous d'être patiente, en l'habituant progressivement à différentes textures...

Un changement à la fois

N'introduisez qu'un changement à la fois : un nouveau goût, une nouvelle forme (solide ou liquide), biberon ou cuillère. Pas de carotte à la petite cuillère si les carottes et la cuillère sont inconnues de votre bébé...

DIVERSIFICATION MODE D'EMPLOI

Le lait, toujours le lait

Le lait doit rester la base de l'alimentation de votre enfant. Donnez-lui au moins 500 ml de lait (le vôtre ou un « lait » infantile 1^{er} âge) par jour. Très progressivement, supprimez une partie d'une tétée ou d'un biberon, puis une tétée ou un biberon entier. Attendez encore une voire deux semaines pour supprimer, toujours progressivement, une deuxième tétée ou un biberon.

Vous arriverez ainsi, vers 8 mois, à donner à votre bébé quatre repas par jour, dont deux repas diversifiés (et pas plus) et deux tétées ou deux biberons de lait.

Lorsque votre bébé a un repas diversifié complet, vous pouvez passer à un « lait » 2^e âge (ou continuer à l'allaiter).

Moins de repas mais des quantités plus importantes à chaque repas

Votre enfant, petit à petit ou du jour au lendemain, refusera un de ses biberons ou une tétée. Il passe assez tôt, spontanément, de 6 à 5 « prises alimentaires » par jour, puis, pendant cette première période de diversification, de 5 à 4 « prises alimentaires » quotidiennes. Selon l'appétit de votre enfant, il faut donc maintenir des apports alimentaires suffisants, en augmentant les quantités.

Des produits laitiers équivalents

Vous pouvez donner de temps en temps, à la place d'une tétée ou d'un biberon, du yaourt ou du fromage blanc, si votre bébé les apprécie. Utilisez de préférence jusqu'à 18 mois des laitages « destinés aux enfants en bas âge ». Leur qualité nutritionnelle est plus adaptée aux besoins de votre enfant que celle des laitages classiques.



23 *Nourrir mon enfant
de 6 mois à 3 ans*



Les petits pots pour bébés

Ils sont soumis à la réglementation des « aliments destinés aux nourrissons et enfants en bas âge » ; ils répondent à des normes très strictes de fabrication, d'hygiène et de composition. La réglementation, ayant pour principe qu'« en matière de contaminants, les aliments adaptés à l'enfant doivent présenter des garanties supérieures à celles qu'offrent les aliments de consommation courante correspondants », impose notamment des taux minimaux de pesticides et de nitrates.

COMMENT INTRODUIRE LES LÉGUMES ?

Que choisir ?

Des légumes bien tolérés par l'estomac de votre bébé : les haricots verts, les épinards, les courgettes sans pépins et sans peau, des blancs de poireaux, les carottes.

À éviter à cet âge

Les légumes riches en fibres, comme la partie verte des poireaux, les salsifis... plus difficiles à digérer.

Quelle préparation ?

La cuisson se fait à l'eau ou à la vapeur, sans ajout de sel. Les légumes doivent être mixés.

Quand et comment lui donner ?

Ils peuvent être introduits au repas de midi, en complément du lait. Donnez-les soit au biberon, soit à la petite cuillère. Si vous optez pour le biberon, voici la marche à suivre :

- Faites une soupe de légumes, non moulinée.
- Remplacez l'eau de l'un des biberons (le plus souvent celui de midi) par le bouillon de légumes : 210 g de bouillon + sept mesures de lait, ou introduisez directement un peu de légumes mixés dans le lait.
- Les jours suivants, augmentez les doses de légumes et diminuez légèrement la quantité de lait.
- Au bout de deux semaines, vous proposerez à votre bébé un biberon de soupe épaisse : 150 ml d'eau ou de bouillon, 5 mesures de lait + 130 g de légumes (purée maison ou petit pot ou purée surgelée sans adjonction de sel).
- Pensez à utiliser une tétine 2^e âge, à fente élargie.

**COMMENT INTRODUIRE LA VIANDE,
LE POISSON ET LES ŒUFS ?**

La viande et le poisson sont une source de fer privilégiée pour votre enfant, dont les besoins sont importants à cet âge.

Que choisir ?

- Toutes les viandes, dont le jambon cuit sans couenne, en limitant les abats et la charcuterie.
- Tous les poissons : gras, maigres, frais ou surgelés, mais pas les poissons panés. Pensez à les varier.

Quelle préparation ?

Les œufs doivent être consommés durs.
Au début, mixez ou écrasez très finement tous ces aliments.
Vous pouvez aussi alterner avec des petits pots.

Quelle quantité ?

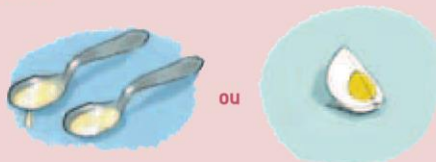
La quantité sera augmentée progressivement au fur et à mesure que votre enfant grandit. Un élément du groupe viande/poisson/œuf par jour suffit.

**Pour vous faire
une idée**

Un petit pot de 100 g de légumes-viande ou légumes-poisson apporte 10-15 g de viande ou de poisson.



Bon à savoir



Quantité de 6 à 8 mois : 10 g par jour, soit l'équivalent de 2 cuillères à café de viande ou de poisson ou 1/4 d'œuf dur.

25 Nourrir mon enfant
de 6 mois à 3 ans



COMMENT INTRODUIRE LES BOISSONS ?

L'eau

C'est la seule boisson nécessaire quand votre enfant a soif. Utilisez la même eau que pour préparer son biberon.



Les jus de fruits

Autrefois, on donnait du jus de fruits très tôt aux bébés nourris au biberon car les « laits » pour nourrissons n'étaient pas enrichis en vitamines et minéraux comme aujourd'hui. Aujourd'hui, c'est inutile avant 6 mois (et tout à fait déconseillé avant 4 mois), et même après 6 mois, ils ne sont pas indispensables.

COMMENT INTRODUIRE LES FRUITS ?



À midi, ou en complément du biberon ou de la tétée de l'après-midi, vous pouvez préparer une compote maison en utilisant des fruits bien mûrs, crus ou cuits, et mixés, sans ajouter de sucre. Vous pouvez aussi utiliser un petit pot. Puis, assez vite, vous pourrez proposer à votre bébé des fruits crus ou cuits écrasés, toujours sans ajouter de sucre (poire, fraise, pêche, banane, etc.)



COMMENT INTRODUIRE LES FÉCULENTS ?

Les farines infantiles

Il n'est plus recommandé aujourd'hui de donner des farines infantiles à un bébé avant 6 mois, comme cela pouvait se faire notamment dans le biberon du soir pour qu'il dorme

plus longtemps. Ajoutées en trop grande quantité dans le biberon, elles peuvent en effet déséquilibrer les apports nutritifs.

Mais si votre enfant est un « petit mangeur », vous pouvez éventuellement commencer à lui en proposer (mélangées à un laitage ou une soupe de légumes), en petites quantités, à partir de 6 mois (et jamais avant 4 mois), lorsqu'il accepte un repas diversifié. Elles fournissent en effet de l'énergie sous peu de volume. Si vous souhaitez en donner entre 4 et 6 mois, utilisez des farines 1^{er} âge sans gluten.



Pâtes, pommes de terre...

Dès 6 mois, les pommes de terre cuites à la vapeur peuvent être moulinées et mélangées à la soupe de légumes. Elles en adoucissent le goût.

Les pâtes, le pain, la semoule de blé et les biscuits en quantité modérée, ne seront pas proposés avant 7 mois révolus.

COMMENT INTRODUIRE

LES MATIÈRES GRASSES AJOUTÉES ?

Quand ?

Jamais avant 6 mois.

Que choisir ?

- Plutôt des matières grasses végétales : huile de colza, d'olive, de tournesol...
- Une cuillère à café d'huile ou une noisette de beurre à chaque repas.
- Éviter les fritures.

27 *Nourrir mon enfant
de 6 mois à 3 ans*

2 EXEMPLES DE MENUS À PARTIR DE 6 MOIS		
LE MATIN		
<ul style="list-style-type: none"> • Lait maternel ou un biberon de 240 ml (8 mesures) de lait 2^e âge ou 250 ml de lait 2^e âge liquide. Cette ration peut être adaptée selon l'appétit de l'enfant. 	<p>Apport lacté</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Lait maternel ou un biberon de 240 ml (8 mesures) de lait 2^e âge ou 250 ml de lait 2^e âge liquide. Cette ration peut être adaptée selon l'appétit de l'enfant.
À MIDI		
<ul style="list-style-type: none"> • Purée de légumes « maison » (sans adjonction de sel) + une noisette de beurre (au biberon ou à la cuillère). • Viande ou poisson mixé : 10 g/j (2 cuillères à café) ou 1/4 d'œuf dur (jaune et blanc). • Un fruit cuit (compote maison ou petit pot) (il n'y a aucune obligation de terminer le pot). 	<p>Repas mixé à la cuillère (ou biberon si l'enfant préfère) :</p> <p>légumes + viande + dessert</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Un « petit pot » de légumes-viande ou légume-poisson (sans aucune obligation de terminer le pot). • Un laitage : yaourt, fromage blanc... (de préférence laitages « destinés aux enfants en bas âge » car leur teneur en protéines est réduite, et ils sont enrichis en fer, acides gras essentiels et vitamines).
À 16 HEURES		
<ul style="list-style-type: none"> • Un laitage : yaourt, fromage blanc... • Une compote (maison ou petit pot) dans le biberon ou à la cuillère. 	<p>Apport lacté</p> <p>+ +/- produit céréalier + fruit</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Lait maternel ou un biberon de 240 ml (8 mesures) de lait 2^e âge ou 250 ml de lait 2^e âge liquide, avec, éventuellement, 1 cuillère à soupe de « farines infantiles ». • Un fruit : cru (banane mixée) à la cuillère.
LE SOIR		
<ul style="list-style-type: none"> • Lait maternel ou un biberon de 240 ml (8 mesures) de lait 2^e âge ou 250 ml de lait 2^e âge liquide. • +/- une compote. 	<p>Apport lacté</p> <p>+ fruit et/ou légumes</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Un biberon de soupe (+ 1 cuillère à café d'huile). • Un laitage : yaourt, fromage blanc...

La deuxième phase de diversification de 8/12 mois à 3 ans

Votre enfant a maintenant une alimentation variée, qui va se rapprocher petit à petit de la vôtre, mais dans des quantités adaptées à son âge. Mais il a encore des besoins spécifiques et des capacités physiologiques limitées, et ne mangera pas comme les grands avant l'âge de 3 ans.

QUELS ALIMENTS CHOISIR ?

Du lait

Toujours au moins 500 ml de « lait » 2^e âge, par jour jusqu'à 1 an (voire au-delà). Après 1 an, ne dépassez pas 800 ml de lait (et autres produits laitiers) : consommer trop de protéines n'est pas souhaitable.

Les produits laitiers (yaourts, fromage blanc...), donnés de temps en temps, peuvent être pris dans l'évaluation des apports de lait quotidien. Utilisez de préférence des laitages « destinés aux enfants en bas âge » jusqu'à 18 mois : ils sont enrichis en fer, vitamines et acides gras essentiels. Vous pouvez aussi commencer à donner un peu de fromage.

Des aliments de chaque groupe

- À partir de 8-12 mois, chaque jour :
 - des fruits et des légumes
 - des produits céréaliers : riz, pâtes, pain, blé, semoule...
- De 8 à 12 mois, une portion d'environ 20 g de viande, ou de poisson ou 1/2 œuf (20 g = 4 cuillères à café)



Décodez son attitude...

Votre enfant ne mange pas que pour se nourrir. Parfois, il demande à manger pour que vous vous occupiez de lui, ou parce qu'il a envie d'un câlin. Quand il refuse, c'est la même chose : ce n'est pas toujours parce qu'il n'aime pas mais parce qu'il a envie de s'opposer. Décodez ses demandes et ses refus demande du temps et de l'attention.

Pour le plaisir

• Assaisonnez les aliments avec des aromates et des herbes pour leur donner du goût et égayer les papilles de votre enfant. Manger est un des plaisirs de la vie !

• Privilégiez si possible le « fait maison ». Mais sachez que les petits pots industriels présentent toutes les qualités nutritionnelles et de sécurité.

- Après 1 an, la portion sera d'environ 30 g (=6 cuillères à café).
- Un peu de matières grasses, en privilégiant celles d'origine végétale.
- Les légumes secs (lentilles, haricots...) en purée : pas avant 15-18 mois.

À limiter

- Sucre, miel et chocolat : le moins possible.
- Les aliments riches en graisse.

À éviter

- Les fritures.



Le bon réflexe

Limitez nettement la quantité de sel lorsque vous cuisinez et ne resalez pas les petits pots. Ils sont contrôlés et assez salés pour votre enfant.



QUELLE QUANTITÉ LUI DONNER ?

Faites-lui confiance et laissez-le faire sur les quantités. Dès ses premiers mois, il sait manger exactement à sa faim. Un enfant se régule généralement non seulement sur un repas, mais sur la journée : quand il mange trop à un repas, il mange moins au suivant. Ce que ne sait pas toujours faire un adulte...

COMBIEN DE FOIS PAR JOUR ?

De 6-8 mois jusqu'à la fin de l'adolescence, le rythme recommandé est : petit déjeuner, déjeuner, goûter et dîner. Ce rythme est une bonne habitude à transmettre très tôt, en évitant de donner des aliments à votre enfant en dehors des repas, même s'il a peu mangé lors d'un repas.

QUELLES BOISSONS ?

Avec la diversification, votre enfant a besoin de boire beaucoup plus, parce que les nouveaux aliments introduits contiennent moins d'eau que le lait. Que lui donner ?

- La seule boisson recommandée est l'eau pure : de l'eau faiblement minéralisée, au robinet (si votre mairie confirme qu'elle est bonne) ou en bouteille.
- S'il la refuse, c'est qu'il n'a pas soif.
- Les jus de fruits ne sont pas indispensables.
- Évitez de lui donner des sodas (même « light »), des sirops, qui apportent beaucoup de sucre. Votre enfant risque de s'habituer à en boire, car le goût sucré flatte son palais, et refuser de prendre de l'eau ensuite.

À la découverte des goûts

- Avant 2 ans, l'enfant est curieux de nouvelles saveurs et les accepte facilement. Profitez-en pour lui faire découvrir toute une palette de goûts différents, introduire de nouveaux légumes. Après 2 ans, il devient plus difficile... Armez-vous de patience !
- Tenez compte de ses goûts, sans le forcer à avaler un aliment qui lui déplaît ou à finir son assiette.



Bon à savoir

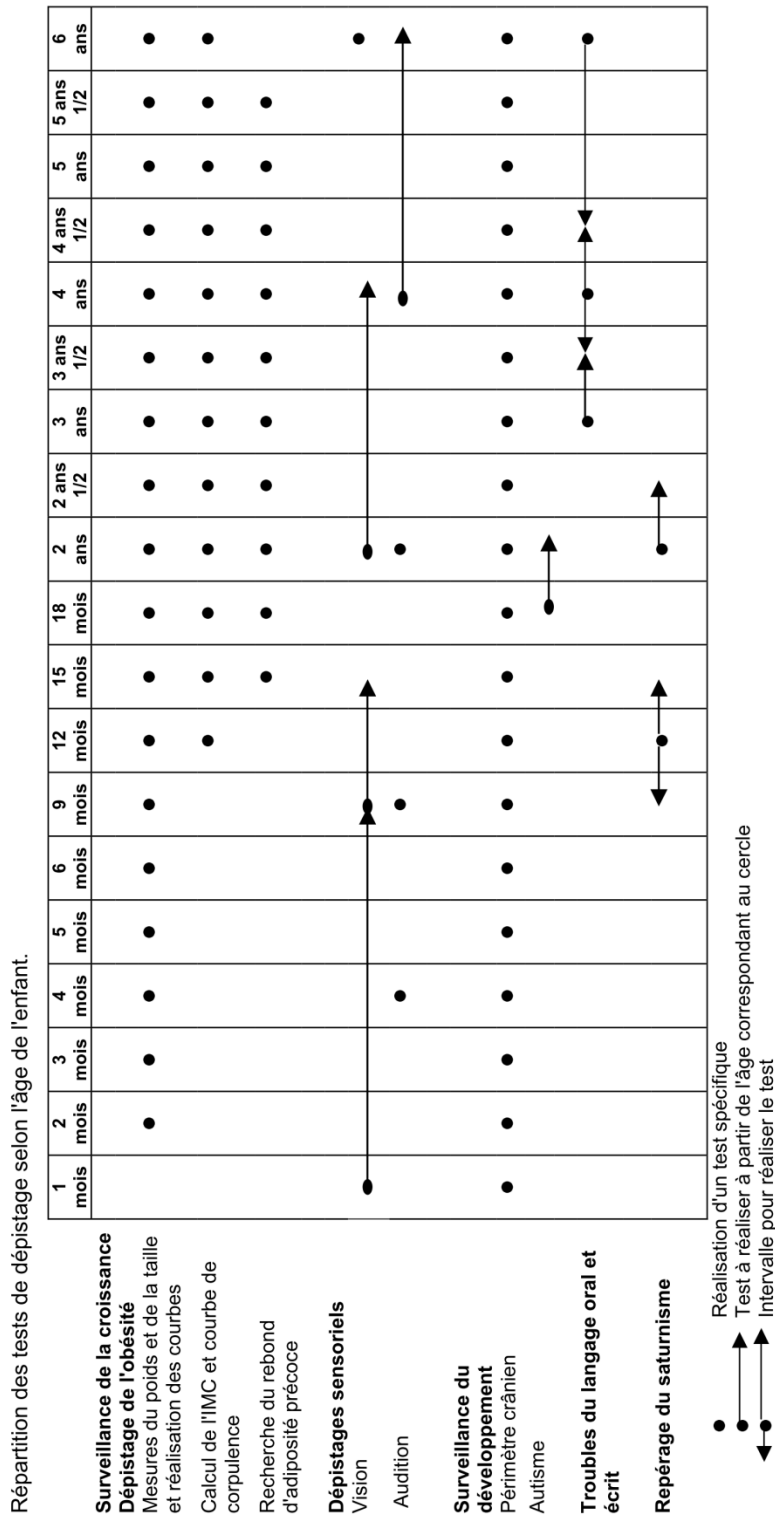
Ne donnez pas des tisanes ou des boissons à base d'extraits naturels de plantes (camomille, tilleul, fleur d'oranger...) sans l'avis de votre médecin. Sachez que certaines sont très sucrées (jusqu'à 5 g pour 100 ml) et habituent votre enfant à ce goût. Elles peuvent ainsi favoriser les caries et le surpoids.

2 EXEMPLES DE MENUS 8 – 12 MOIS		
LE MATIN		
<ul style="list-style-type: none"> • Lait maternel ou un biberon de 240 ml (8 mesures) de lait 2^e âge ou 250 ml de lait 2^e âge liquide. Cette ration peut être adaptée selon l'appétit de l'enfant. 	Apport lacté	<ul style="list-style-type: none"> • Lait maternel ou un biberon de 240 ml (8 mesures) de lait 2^e âge ou 250 ml de lait 2^e âge liquide.
À MIDI		
<ul style="list-style-type: none"> • Purée de légumes « maison » (sans adjonction de sel) + 1 cc huile ou noisette de beurre (au biberon ou à la cuillère). • Viande ou poisson mixé : 20 g/j (4 cuillères à café) ou 1/3 d'œuf dur (jaune et blanc) selon la taille. • Un fruit cuit en petit pot (aucune obligation de terminer le pot). 	Repas mixé à la cuillère (ou biberon si l'enfant préfère) : légumes + viande + dessert	<ul style="list-style-type: none"> • Un « petit pot » de légumes-viande ou légume-poisson (sans aucune obligation de terminer le pot). • Un fruit cuit : compote maison.
La texture lisse, mixée, hachée, ou en morceaux est à adapter à la maturité et au désir de l'enfant. Il est nécessaire de respecter ses goûts et son appétit.		
À 16 HEURES		
<ul style="list-style-type: none"> • Un laitage : yaourt, fromage blanc... (de préférence laitages « destinés aux enfants en bas âge » car leur teneur en protéines est réduite, et ils sont enrichis en fer, acides gras essentiels et vitamines). • Fruit cuit, mixé; texture homogène, lisse ou compote (maison ou petit pot). 	Apport lacté + +/-produit céréalier + fruits	<ul style="list-style-type: none"> • Lait maternel ou un biberon de 240 ml (8 mesures) de lait 2^e âge ou 250 ml de lait 2^e âge liquide. avec, éventuellement, 1 cuillère à soupe de « farines infantiles ». • Une croûte de pain. • Un fruit : cru très mûr.
LE SOIR		
<ul style="list-style-type: none"> • Lait maternel ou un biberon de 150 ml de lait (5 mesures). • Des légumes à la cuillère avec éventuellement un peu de fromage râpé. 	Apport lacté + fruits et/ou légumes	<ul style="list-style-type: none"> • Un biberon de 250 ml de soupe. • Un laitage : yaourt, fromage blanc...
Si vous souhaitez donner de la viande ou du poisson ou de l'œuf à votre enfant midi et soir, donnez-lui alors une demi-portion à chaque fois (2 cc à midi, 2 cc le soir). cc = cuillère à café		

2 EXEMPLES DE MENUS APRÈS 1 AN		
LE MATIN		
<ul style="list-style-type: none"> • 250 ml de « lait » 2^e âge ou de croissance au biberon. • Une tartine de pain [+/- beurre et confiture]. • Un fruit. 	<p>Apport lacté + produit céréalier + fruit</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 250 ml de « lait » 2^e âge ou de croissance avec éventuellement de la poudre chocolatée au bol. • Des céréales peu sucrées. • Jus d'un fruit pressé ou un 1/2 verre de jus sans sucre ajouté.
<p>Selon le goût de l'enfant, il est possible de garder 1 ou 2 biberons de lait par jour ou de les remplacer par des repas à la cuillère. Une quantité quotidienne de 500 ml de lait est souhaitable. Il est préférable de ne pas dépasser 800 ml par jour de lait + équivalents pour limiter l'excès d'apport de protéines.</p>		
À MIDI		
<ul style="list-style-type: none"> • Crudités. • Pâtes. • Environ 30 g de viande ou poisson [6 cuillères à café] ou 1/2 œuf. • Beurre [1 noisette]. • Un fruit : lamelles ou morceaux, à croquer. 	<p>Légumes + produit céréalier + 1 élément du groupe viande-poisson-œuf + matières grasses + dessert</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Légumes verts. • Pain. • 1/2 œuf. • 1 cc d'huile [colza, olive, soja, tournesol...]. • Un laitage : yaourt, fromage blanc [préférer les laitages « destinés aux enfants en bas âge » car leur teneur en protéines est réduite, et ils sont enrichis en fer, acides gras essentiels et vitamines].
<p>Le repas peut être mixé et donné à la cuillère [ou au biberon si l'enfant préfère]. La texture [lisse, mixée, hachée ou en morceaux] est à adapter à la maturité et au désir de l'enfant. Il est nécessaire de respecter ses goûts et son appétit.</p>		
À 16 HEURES		
<ul style="list-style-type: none"> • 250 ml de « lait » de suite ou de croissance au biberon. • Une compote. 	<p>Apport lacté + produit céréalier et/ou fruit</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Une portion de fromage. • Une tartine de pain. • Un fruit.
LE SOIR		
<ul style="list-style-type: none"> • Un biberon de 250 ml de soupe. • Un laitage : yaourt, fromage blanc. • Une compote. 	<p>Fruits et/ou légumes + Apport lacté +/- produit céréalier</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Légumes verts. • Riz. • 250 ml de « lait » de suite ou de croissance au biberon.

Annexe 7 : Recommandation pour la pratique clinique portant sur dépistage individuel de l'enfant de 28 jours à 6 ans, HAS septembre 2005

Proportions d'un groupe de travail portant sur le dépistage individuel chez l'enfant de 28 jours à 6 ans



HAS/Service des recommandations professionnelles/Septembre 2005

Annexe 8 : Extrait du rapport Sommelet 2006, proposition

2^{ème} Partie - 2^{ème} Chapitre : Prévention, éducation pour la santé, promotion de la santé

Cette proposition tient compte également du rôle que peut jouer les médecins de PMI entre 0 et 6 ans et de la complémentarité qui doit exister entre le généraliste et le pédiatre.

BILANS DE SANTE : PROPOSITION DE REPARTITION ENTRE LES ACTEURS

Calendrier	Acteur	Gratuité
Anténatale (3 ^{ème} trimestre grossesse)	Pédiatre Gynéco-obstétricien Sage-femme	-
Néonatale : - Naissance - 8 jours	Pédiatre Pédiatre PMI	+ +CS8 j
1 mois	Pédiatre PMI	+
2 et 3 mois	Pédiatre ou Généraliste PMI	+
4 mois	Pédiatre PMI	+
de 5 à 8 mois	Généraliste ou Pédiatre PMI	+
9 mois	Pédiatre PMI	+CS9 m
10 et 11 mois	Généraliste ou Pédiatre PMI	-
12 mois	Pédiatre PMI	+
15 mois	Généraliste ou Pédiatre PMI	+
18 mois	Pédiatre ou Généraliste PMI	+
2 ans	Pédiatre ou Généraliste PMI	+CS24 m
3-4 ans	PMI (école maternelle) Pédiatre ou Généraliste	+
5-6 ans	MEN* (école maternelle) Pédiatre/Généraliste Chirurgien-dentiste	+ +
8 ans	Pédiatre ou Généraliste	+
10 ans	Généraliste ou Pédiatre	-
12-13 ans	Pédiatre ou Généraliste Chirurgien-dentiste	Expérimental gratuit
15-18 ans	Pédiatre ou Généraliste Chirurgien-dentiste	- gratuit

* MEN = médecin de l'Education Nationale

AUTEUR : Nom : PINTE-MASY

Prénom : Marie

Date de Soutenance : Jeudi 16 Juin 2016

Titre de la Thèse : Pratique de la diversification alimentaire et rôle du médecin généraliste : Étude qualitative auprès de mères d'enfants de 6 mois à 3 ans.

Thèse - Médecine - Lille 2016

Cadre de classement : Médecine Générale

DES + spécialité : DES de médecine générale

Mots-clés : Diversification alimentaire, Nourrisson, Parents, Recommandations, Médecine Générale

Résumé :

Contexte : Durant de nombreuses années, les conseils concernant la diversification alimentaire n'ont pas cessé d'évoluer. En 2008, une mise au point des recommandations est proposée par la Société Européenne de Gastroentérologie, Hépatologie et Nutrition. Des études ont confirmé que l'introduction de nouveaux aliments, dès la 17ème semaine de vie, ne favorisait pas l'allergie, mais accentuait la tolérance. Il est actuellement préconisé d'introduire des aliments à partir du 4ème mois pour tout enfant.

Comment les parents réalisent-ils la diversification alimentaire vis-à-vis de ces recommandations et quel peut être le rôle du médecin généraliste ?

Méthode : Étude qualitative avec analyse thématique, réalisée par entretiens semi-dirigés auprès de 16 parents d'enfants de 6 mois à 3 ans. La variance maximale a été recherchée dans l'échantillon. L'analyse des données, à l'aide du logiciel N VIVO 11, a été réalisée avec triangulation des chercheurs.

Résultats : Les parents semblaient perdus face aux nouvelles recommandations et à la notion de fenêtre d'opportunité. L'introduction dès 4 mois des aliments allergisants était peu pratiquée. Peu d'erreurs étaient commises. Une rupture de l'alimentation adaptée vers les 12 mois de l'enfant et l'importance du fait-maison étaient observées. Le carnet de santé ne leur semblait pas actualisé et ils regrettaient leur manque de questionnement sur ce sujet. Le médecin généraliste avait toute sa place dans cette étape, selon les parents, mais ils émettaient des doutes quant à l'actualisation de ses connaissances.

Conclusion : Face aux questionnements des parents, le rôle de médecin généraliste devrait consister à rappeler les recommandations actuelles, interroger les parents sur leur pratique, dépister leurs erreurs, insister pour une alimentation adaptée jusqu'à l'âge de 3 ans. La consultation pourrait s'appuyer sur le carnet de santé mis à jour ou sur tout autre support adapté.

Composition du Jury :

Président : Pr Dominique TURCK

Assesseurs : Pr Frédéric GOTTRAND

Pr Monique ROMON

Pr Patrick LEROUGE

Dr Thérèse DELANNOY-DUMINIL