

UNIVERSITÉ DE LILLE  
**FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG**  
Année : 2023

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT  
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**La diversification alimentaire menée par l'enfant : attitude des médecins généralistes dans les Hauts-de-France**

Présentée et soutenue publiquement le 29 juin 2023 à 16 heures  
au Pôle Formation  
par **Océane PRINCET**

---

**JURY**

**Président :**

**Monsieur le Professeur Christophe BERKHOUT**

**Assesseurs :**

**Monsieur le Docteur Maurice PONCHANT**

**Directeur de thèse :**

**Monsieur le Docteur Charles CAUET**

---



## **AVERTISSEMENT**

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

## TABLE DES MATIÈRES

<b>Abréviations</b> .....	6
<b>Résumé</b> .....	7
<b>Introduction</b> .....	8
<b>Matériels et méthodes</b> .....	11
<b>Résultats</b> .....	14
<b>Modèle explicatif</b> .....	33
<b>Discussion</b> .....	34
<b>Conclusion</b> .....	42
<b>Bibliographie</b> .....	43
<b>Annexes</b> .....	48
<i>Annexe n°1</i> : Fiche de thèse.....	49
<i>Annexe n°2</i> : Lettre d'informations aux médecins.....	51
<i>Annexe n°3</i> : Guides d'entretien Version 1.....	52
<i>Annexe n°4</i> : Guide d'entretien Version 2.....	53
<i>Annexe n°5</i> : Guide d'entretien Version 3 .....	54
<i>Annexe n°6</i> : Récépissé de déclaration.....	55
<i>Annexe n°7</i> : Réflexion autour des catégories conceptuelles.....	56
<i>Annexe n°8</i> : Grille SRQR.....	57
<i>Annexe n°9</i> : Modélisation des résultats Version 1 .....	58
<i>Annexe n°10</i> : Journal de bord .....	59

## LISTE DES ABREVIATIONS

AUEC	Attestation Universitaire d'Etudes Complémentaires
CNIL	Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
CPP	Comité de Protection des personnes
DME	Diversification alimentaire menée par l'enfant
DMG	Département de Médecine Générale
DU	Diplôme Universitaire
EBM	Evidence based Medicine
EHS	Enseignements Hors Stages
GEP	Groupe d'Echange de Pratiques
MSP	Maison de Santé Pluridisciplinaire
MSU	Maître de Stage des Universités
SASPAS	Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée
SRQR	Standards of Reporting Qualitative Research

## RÉSUMÉ

### **Contexte :**

La diversification alimentaire menée par l'enfant est une méthode de diversification récente, très en vogue actuellement. Le médecin généraliste joue un rôle important dans le suivi de l'enfant et donc de conseil lors du début de la diversification. L'objectif de cette étude était de s'intéresser à l'attitude des médecins généralistes vis-à-vis de la DME.

### **Méthode :**

Une étude qualitative par entretiens individuels compréhensifs a été menée dans les Hauts-de-France entre juin 2022 et avril 2023 auprès de médecins généralistes installés. Cette étude a été menée par théorisation ancrée avec triangulation des données.

### **Résultats :**

Un total de 9 entretiens a permis d'atteindre la suffisance des données. Les médecins généralistes rapportaient plusieurs avantages à la DME, en particulier l'autonomisation de l'enfant et la diminution des troubles de l'oralité. Il existait cependant des limites à cette technique, en particulier la nécessité de compréhension des parents, une surveillance importante lors des repas et le manque d'expérience des médecins. Cela rendait alors la DME difficile à proposer spontanément.

### **Conclusion :**

La DME apparaît comme une technique de diversification discutable parmi les médecins généralistes. De nombreux avantages associés à cette technique ne sont pas appuyés par des références scientifiques. Cela freine les médecins dans la promotion de la DME. Les médecins généralistes préfèrent avoir un rôle de guide auprès des parents et s'adapter à leurs demandes plutôt que de leur proposer spontanément une technique controversée.

## INTRODUCTION

*« Que ton alimentation soit ta première médecine ». Hippocrate*

L'alimentation joue un rôle primordial dans le développement de l'enfant. Elle est un axe clé de santé publique à l'heure actuelle. (1) D'une manière générale, des études montrent que l'émergence de pathologies chroniques non transmissibles est liée à l'alimentation. (2)

La diversification alimentaire de l'enfant consiste à l'introduction d'une alimentation autre que le lait. C'est une étape cruciale du développement de l'enfant car elle entraîne d'importants changements nutritionnels, sensoriels et psychologiques. (3,4)

Aujourd'hui, un nouveau concept correspondant aux « Mille premiers jours de l'enfant » émerge. Cette période, allant de sa conception à ses deux ans, devient déterminante pour sa santé future. (5,6) Cette période constitue une fenêtre d'opportunité pour son développement autant d'un point de vue alimentaire qu'environnemental. (7) Le gouvernement a émis des recommandations en 2019 à ce sujet et a lancé une campagne de santé publique en mettant à disposition des parents des outils d'accompagnement.(8)

Actuellement, les recommandations de Santé Publique France (9) publiées en 2021 rappellent qu'il est important de débiter la diversification alimentaire entre quatre et six mois, y compris pour les aliments allergisants. (10) Elles préconisent également d'introduire un maximum de textures dès l'âge de six mois.

Depuis les années 2000, la diversification alimentaire menée par l'enfant (DME) se fait de plus en plus connaître. Cette technique de diversification, intitulée en anglais "Baby Led Weaning" nous vient des pays anglo-saxons et tout particulièrement de Gill Rapley, infirmière en puériculture. (11,12) Elle consiste à ne présenter que des aliments solides à l'enfant, qu'il va prendre lui-même dans la main, sans passer par l'étape des purées ou compotes. Elle peut débiter à partir de 6 mois environ, dès l'instant où l'enfant présente un tonus suffisant pour tenir assis dans une chaise haute et qu'il

parvient à attraper des aliments pour les mettre à la bouche. Dans les dernières recommandations françaises sur la diversification alimentaire, la DME est désormais mentionnée. (13)

Cette technique vise à encourager l'autonomie de l'enfant et l'introduction dès que possible des morceaux. Elle aurait pour but de stimuler davantage la motricité fine, la préhension et la coordination.

Certaines études prônent la DME dans la mesure où celle-ci permettrait de limiter le surpoids et l'obésité. En effet, les enfants seraient davantage attirés par des aliments sains et les parents seraient moins inquiets concernant le poids de leur enfant. (14)

En revanche, d'autres études semblent contradictoires, dans la mesure où les différences identifiées ne sont pas significatives concernant l'indice de masse corporelle (IMC) des bébés ayant bénéficié de la DME. (15)

Cela peut constituer une limite pour les professionnels de santé à proposer cette technique devant le manque de preuve. (16,17)

Par ailleurs, une étude rapportait que les professionnels étaient parfois sceptiques à l'idée de proposer la DME devant le risque d'étouffement ou de carence. (18) Mais d'autres études étaient rassurantes sur l'absence de différence significative du risque d'étouffement en comparaison avec la diversification traditionnelle.(19–21) Il en va de même concernant le risque de carence, en particulier la carence en fer, à propos de laquelle on peut trouver des données tout à fait rassurantes en faveur de la DME. (22,23)

Cependant, il faut noter qu'il n'existe que peu d'études sur le sujet et qu'elles peuvent comporter de nombreux biais dans la mesure où il s'agit souvent d'études rétrospectives déclaratives.

D'autre part, de nombreux ouvrages sur la DME sont désormais à disposition des parents.

(11,12,24–26) Ils s'informent davantage grâce aux réseaux sociaux plutôt qu'en échangeant avec les professionnels de santé, alors que ces derniers pourraient, de par leurs connaissances scientifiques,



être en mesure d'offrir de meilleurs conseils concernant la DME. Une étude récente mettait en avant le fait que l'un des freins à la DME, selon les parents, était le manque d'approbation et de connaissances des médecins à ce sujet.

L'objectif principal de cette étude était donc d'analyser l'attitude des médecins généralistes concernant la DME.

## MATERIELS ET METHODES

### I. Type d'étude

Il s'agissait d'une étude qualitative avec analyse inspirée de la théorisation ancrée de données issues d'entretiens individuels de type semi-directifs. (27)

### II. Population cible et recrutement

Cette étude s'adressait à des médecins généralistes installés dans les Hauts-de-France. Ils ont été recrutés par échantillonnage raisonné théorique entre juin 2022 et avril 2023.

Chaque participant a été recruté directement après un appel téléphonique ou un mail, où le sujet de la thèse était présenté de façon globale. La question de recherche n'était pas connue. Le chercheur n'avait pas de relation particulière avec les participants.

Les critères d'inclusion étaient d'être un médecin généraliste, installé, exerçant dans la région des Hauts-de-France. Les médecins généralistes ont été caractérisés par leur genre, leur tranche d'âge, leur durée d'installation, leur mode d'exercice.

### III. Guide d'entretien

Un premier guide d'entretien a été élaboré selon la bibliographie faite au préalable (Annexe 3). Le document comportait deux branches au sein du même questionnaire selon la réponse apportée par le participant à la question n°5.

Ce document a été évolutif et actualisé au fur et à mesure des entretiens, avec des ajustements sur les questions ouvertes. Il aura fallu trois versions pour arriver au guide d'entretien final (Annexes 4 et 5).

#### **IV. Réalisation des entretiens et recueil des données**

Chaque entretien a été réalisé en présentiel jusqu'au 26 avril 2023, dans un lieu choisi par le participant. Il s'agissait d'entretiens semi-dirigés de type semi-directifs. Ils ont tous été enregistrés à l'aide de l'outil « dictaphone » d'un smartphone de type iPhone®.

Un journal de bord a été tenu tout au long de la recherche, comme outil de réflexivité.

Les entretiens ont été poursuivis jusqu'à suffisance des données. Deux entretiens supplémentaires ont été réalisés afin de la confirmer. Elle était atteinte lorsque les entretiens n'apportaient plus de nouvelles propriétés permettant de compléter une catégorie conceptuelle existante ou d'en suggérer une nouvelle. Le modèle d'explication rendait alors compte de tous les aspects du phénomène étudié.

#### **V. Analyse des données**

Chaque enregistrement audio était ensuite retranscrit intégralement, de façon anonymisée, à l'aide d'un ordinateur portable de type MacBook Air de marque Apple® et du logiciel de traitement de texte Microsoft Word® pour constituer le verbatim.

Les verbatims ont été analysés à l'aide du logiciel Microsoft Excel® selon le principe de la théorisation ancrée. La triangulation des données a été réalisée avec une autre interne en médecine générale. L'analyse a été réalisée selon les principes de C. Lejeune. (28) Le codage ouvert avec la réalisation d'étiquettes expérientielles puis de propriétés ont permis la création de catégories conceptuelles amenant à la réalisation d'un modèle intégratif.

#### **VI. Cadre légal et éthique**

Avant chaque début d'entretien, le consentement oral de chaque participant a été recueilli concernant l'enregistrement audio et la retranscription de chaque entretien. Aucun refus n'a été constaté. Chaque participant pouvait mettre fin à l'entretien dès qu'il le souhaitait. Les données ont toutes été anonymisées. Les enregistrements audios ont été détruits.

Cette étude a fait l'objet d'une déclaration auprès de l'université de Lille (Annexe 6). Ce travail n'a pas nécessité la consultation du Comité de Protection des Personnes (CPP). Elle n'a pas nécessité non plus de déclaration de conformité auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL), puisqu'elle utilise une méthodologie de référence MR-004 (29).

## RÉSULTATS

### I. Description de l'échantillon

Au total, 9 médecins généralistes installés dans les Hauts-de-France ont participé à l'étude dont 5 femmes et 4 hommes, la parité était respectée.

Les entretiens ont duré entre 10 minutes et 2 secondes et 51 minutes et 34 secondes pour une durée moyenne de 22 minutes et 58 secondes et une durée médiane de 19 minutes et 26 secondes.

La moyenne d'âge était de 40 ans environ. Un seul médecin interrogé exerçait dans une zone rurale.

Tableau 1 : Caractéristiques des médecins interrogés

	Date	Âge	Installation	Sexe	Localisation	Type d'exercice	Activités	Formations
E1	21/06/2022	~35 ans	Depuis 8 ans	F	Semi rurale	MSP	Pédiatrie uniquement	multiples formations autour du dvpt de l'enfant
E2	19/08/2022	~60 ans	Depuis 30 ans	H	Rurale	MSP multi sites	Variées	Activité universitaire
E3	23/11/2022	45 ans	Depuis 11 ans	H	Urbaine	Cabinet pluripro	Variées	Maître de stage
E4	06/03/2023	~30 ans	Depuis 1 an	F	Urbaine	Cabinet pluripro	Variées, surtout gériatrie	AUEC pédiatrie, DU urgences pédiatriques
E5	21/03/2023	~30 ans	Depuis 6 ans	H	Semi rurale	Cabinet pluripro	Variées	En cours de formation pour être MSU
E6	23/03/2023	44 ans	Depuis 12 ans	H	Urbaine	Cabinet pluripro	Variées	AUEC pédiatrie
E7	30/03/2023	~40 ans	Depuis 16 ans	F	Urbaine	Cabinet pluripro	Pédiatrie / gynéco	AUEC pédiatrie
E8	04/04/2023	44 ans	Depuis 14 ans	H	Urbaine	Cabinet seul	Variées	
E9	26/04/2023	33 ans	Depuis 2 ans	F	Urbaine	Cabinet de groupe	Variées	AUEC pédiatrie

Tableau 2 : Caractéristiques des entretiens

	Durée	Lieu entretien	Conditions
E1	51'34	Au cabinet, en salle de pause	Pendant qu'une étudiante menait une consultation avec interruption de l'entretien à 2 reprises
E2	34'28	Au cabinet, en salle de pause	Pendant qu'une étudiante SASPAS menait les consultations, avec interruption de l'entretien à 1 reprise
E3	24'40	A son domicile	Autour d'un café
E4	15'50	Au cabinet	Pendant la pause méridienne
E5	22'15	Au cabinet	Sur une plage de consultation
E6	12'04	Au cabinet	Sur une plage de consultation
E7	16'32	Au cabinet	Sur une plage de consultation
E8	19'26	Au cabinet, en salle de pause	Dans son cabinet pendant que son N1 menait une consultation
E9	10'02	Au cabinet	Sur une plage de consultation

## II. Le médecin généraliste : une personnalité unique

### A. Les connaissances du médecin généraliste

#### 1) Le savoir du médecin généraliste

Le médecin généraliste a **des connaissances** de par sa formation théorique. Son rôle est de **transmettre** pour accompagner les familles des patients.

*E1 : “Donc déjà il faut bien leur dire qu’avant 4 mois c’est inutile et qu’après 6 mois c’est trop tard”*

*E2 : “Il faut d’abord pour ça habituer les parents à préparer les textures et donc surtout parler de ça.”*

*E5 : “J’explique les avantages et les inconvénients.”*

#### 2) La médecine générale : une spécialité très vaste

De par la complexité de cette spécialité, les médecins généralistes reconnaissent **ne pas tout savoir** et **orienter vers d’autres confrères** en cas de doutes pour assurer au mieux le suivi du patient.

*E8 : “La médecine générale c’est le métier où le nombre de référentiels métier est le plus vaste en termes de questions du quotidien, on est à plusieurs centaines de questions sur lesquelles on est censés être pertinents, et forcément on a toujours besoin de formation, toujours besoin de connaissances, on a toujours besoin de faire mieux.”*

*E2 : “Les grands principes, oui je les connais mais pas dans le détail parce que d’abord on peut pas tout savoir donc je ne connais pas tout.”*

*E7 : “On est une profession qui est hétérogène car nos pratiques sont hétérogènes. Donc on a tous des orientations, c’est pas grave mais c’est important d’en être conscient. Mais j’espère que malgré tout que si un parent soumet l’idée à un médecin généraliste de la DME il ne sera pas complètement fermé, il s’informerá ou passera la main si besoin.”*

### 3) Les connaissances sur la diversification alimentaire

Les médecins généralistes rapportent **avoir des connaissances limitées** sur les recommandations concernant la diversification alimentaire, et plus précisément sur la DME.

*E3 : “je connais pas bien les recommandations officielles et les études vis-à-vis de ça”*

*E5 : “Alors déjà je lui ai répondu, ça m’a fait marrer que je ne savais pas ce que c’était que la DME à l’époque. Donc elle [la patiente] était un peu déçue.”*

*E6 : “Enfin si j’ai vu un article passer récemment mais je dois avouer que je ne l’ai même pas lu. (Rires). Et je n’ai pas creusé.”*

### **B. L’importance de l’expérience personnelle**

Les médecins généralistes s'appuient sur les **expériences personnelles** ce qui leur permet de mieux accompagner les patients.

*E2 : “Moi je vois mes petites filles, à partir de 7-8 mois, tu donnes lorsque tu dois aller vite des choses mixées, simples et quand tu as un peu plus de temps, que le moment du dessert arrive, tu prends une clémentine et tu lui donnes un quartier à manger tout seul car sinon dans tous les cas, elles vont essayer de le piquer pour faire comme toi.”*

*E3 : “J’ai un enfant, enfin un de mes 3 enfants, qui a manqué au moins 2 fois de s’étouffer avec des morceaux où je suis allée rechercher avec mon doigt au fond de sa gorge ; des morceaux qui étaient coincés et qu’il devenait tout bleu. Du coup j’ai quelques réticences vis-à-vis de ça et j’explique aux parents que j’ai déjà entendu parler de la DME mais que à titre personnel je ne suis pas complètement favorable.”*

*E9 : “Je pense que le fait d’avoir des enfants ça aide, enfin c’est même sûr que ça aide. C’est comme tout en médecine générale, une expérience ça aide. Je ne l’ai jamais faite pour mes enfants donc je suis moins à l’aise avec ça pour la présenter.”*

*E7 : “Moi j’ai eu des jumeaux et moi mes jumeaux ils mangeaient des radis à 6 mois (rires).”*

## C. Le médecin généraliste : un être en formation

### 1) Une formation initiale jugée insuffisante

Les médecins généralistes rapportent que lors de leur formation initiale, et au cours de l'internat, le **sujet de la diversification alimentaire** et notamment de la DME pour les jeunes diplômés **n'était pas suffisamment abordé.**

*E3 : "J'ai un peu de mal à parler de la formation initiale car plus les années passent plus j'en suis éloigné donc ça a probablement dû changer. Mais à mon époque, c'était vraiment pas terrible du tout du tout. C'était vraiment insuffisant."*

*E1 : "Après si c'était universitaire ça serait encore mieux, si on pouvait parler d'oralité alimentaire au cours des études de médecine générale sur la pédiatrie ça serait génial. Mais il me semble que même au cours de l'internat de pédiatrie il n'en est pas question, donc c'est catastrophique."*

*E2 : "Je pense que la diversification on l'a fait une fois en GEP, et si le GEP est bien fait, on doit pouvoir s'en souvenir. Cependant on ne le répète pas assez et on oublie que ça a été fait. Il existe aussi une EHS sur la santé de la femme et de l'enfant, où cela doit être abordé aussi."*

*Probablement que les EHS sont très mal faits et on devrait peut-être le travailler davantage."*

### 2) Importance de l'enseignement

Ils soulignent que **l'enseignement est primordial** pour un médecin généraliste et doit être poursuivi tout au long de la carrière.

*E2 : "Je pense qu'il faut malgré tout faire un effort sur cette tranche d'âge-là, et c'est d'ailleurs en réflexion au sein du DMG à Lille. Je ne pense pas qu'il faut un cours particulier sur la diversification alimentaire car on a quand même vite fait le tour du sujet."*

*E3 : "C'est vraiment important de se former au cours des années. Ça pourrait être chouette de favoriser l'échange entre confrères et qu'il y ait des formations."*



### 3) En demande d'une information sur la DME

Les médecins généralistes sont demandeurs d'une **information rapide et concise sur la DME** afin d'avoir un meilleur avis sur le sujet et de pouvoir le proposer aux parents.

*E4 : "Je pense que ça serait bien d'avoir plus d'infos sur la DME car on ne connaît surtout que la diversification alimentaire classique."*

*E5 : "Surtout une information globale sur le fait que ça existe, que tu as telles ou telles études qui sont sorties."*

## III. Le rôle du médecin généraliste

### A. La relation médecin patient

Il existe un éloignement de l'attitude paternaliste : ce sont désormais les patients qui guident l'attitude du médecin généraliste. Il doit donc être attentif pour **s'adapter à ses patients** et leur donner les informations au bon moment, lorsqu'ils sont réceptifs.

*E1 : "Ca implique un enchevêtrement de psychologique et de diversification qui est énorme et il faut vraiment savoir où en sont les parents par rapport à l'alimentation, quelles sont leurs craintes, quelles sont leur représentation de la diversification alimentaire pour bien s'adapter et donner les bons conseils."*

*E2 : "En fait, dès qu'elles sont prêtes à accepter la diversification, je commence à l'aborder."*

*E1 : "La formation des médecins généralistes c'est compliqué car quand on est médecin généraliste on se forme à ce que l'on voit souvent donc si on voit un bébé par semaine, y'a aucune raison de se former."*

## B. Le médecin généraliste : le pilier central

### a. Importance du suivi de l'enfant

Les médecins évoquent l'**importance du rôle du médecin généraliste dans le suivi de l'enfant.**

Ce suivi régulier permet de connaître l'enfant et de pouvoir déceler les besoins des parents et de l'enfant.

*E1 : "Après c'est vrai que moi j'ai la chance de voir les patients au quotidien, tous les mois pendant une demi-heure donc forcément ça facilite."*

*E3 : "On soigne mieux des gens qu'on connaît bien et qu'on voit régulièrement."*

*E1 : "Alors moi personnellement je pense que c'est vraiment le rôle du médecin généraliste. C'est pour ça que je pense que le rôle du médecin est central à condition qu'il soit bien formé."*

### b. Temps dédié à la diversification lors d'une consultation

Il a été mis en évidence que le **temps que l'on accordait à une consultation de suivi** pour l'enfant conditionne en grande partie la possibilité de développer de façon approfondie le sujet de la diversification alimentaire. Les médecins sont parfois contraints à se focaliser davantage sur la prise en soin somatique.

*E1 : "C'est un moment important et nous dans le cadre du suivi on fait des consultations d'une demi-heure."*

*E6 : "Je vais pas loin par manque de temps. Sur une consultation de 15 minutes, je préfère encore faire l'examen somatique, neurologique, sensoriel plutôt que ne pas examiner l'enfant et discuter longtemps de la diversification."*

*E2 : "Je pense que c'est vraiment ça le problème de la consultation du médecin généraliste et souvent la diversification alimentaire est demandée en fin de consultation et bien il ne faut pas faire ça en 30 secondes mais souvent tu fais ça en 10 - 15 minutes et tu refais encore la prochaine fois."*

c. Un chef d'orchestre pour encourager l'interprofessionnalité

La majeure partie des médecins sont **favorables à l'interprofessionnalité** pour aborder davantage le sujet de la diversification alimentaire.

E3 : *“Je ne serais pas du tout opposé à ce qu'une infirmière de pratiques avancées, si il y en avait sur la pédiatrie, puisse prendre le temps d'expliquer.”*

E4 : *“C'est peut-être plus les orthophonistes qui s'intéressent à ça.”*

E5 : *“Bah je pense que c'est un peu comme tout, plus c'est partagé comme rôle et mieux c'est. [...] Mais par exemple c'est pareil pour les Alzheimer, pour l'obésité, pour tout, plus on est nombreux, plus on ramène des messages. Mais le problème c'est qu'il faut qu'on soit tous accordés et que les messages soient à peu près identiques et que ça ne parte pas dans tous les sens.”*

**B. L'ouverture d'esprit du médecin généraliste**

Le médecin généraliste est un humain à part entière et a des opinions sur les différents sujets. Il va au travers de discussions avec les patients leur **transmettre ses préférences**. Cependant il est important pour le médecin généraliste de rester ouvert et de **remettre en question ses connaissances et son opinion** pour proposer un meilleur suivi aux enfants.

E2 : *“Certains pédiatres veulent le régime méditerranéen de l'enfant, moi je leur dis qu'ici on est en Flandres, l'enfant a faim, on lui propose à manger et puis on voit ce que ça donne. Comme je suis un vieux médecin je ne m'y suis pas mis à la DME”*

E3 : *“Après je ne sais pas si je suis dans le juste mais pour moi les dents qui sont nécessaires à mâcher sont les molaires donc à partir du moment où on n'a pas de molaires ce n'est pas l'idéal pour prendre des morceaux.”*

### C. Rôle de guide pour le patient

De nos jours, les patients ont accès à un nombre d'informations. Le médecin généraliste doit endosser le **rôle de guide** pour les aider à **déceler les vraies ou fausses croyances** et les accompagner au mieux selon leurs demandes.

*E3 : "Que les grands-mères vont dire tout et n'importe quoi et que les copines un peu moins n'importe quoi parce que c'est plus récent et que si elles voient 3 ou 4 professionnels de santé, elles auront 3 ou 4 discours différents."*

*E2 : "S'ils veulent, ça je l'ai déjà fait, je propose qu'ils viennent dans mon cabinet et on le fait ensemble."*

*E7 : "Si pour eux, il y a des endroits qui sont obscurs et bien on en discute ensemble, si pour eux en revanche c'est déjà très éclairé et bah c'est tout."*

*E2 : "Il faut aussi un petit peu sonder ce que les parents en pensent et comment eux le vivent et ça ça fait partie aussi des consultations et il faut vraiment l'avoir en tête."*

Les parents ont **peur de mal appliquer la DME** et de **mettre en danger leur enfant**. Ils ont besoin d'être rassurés.

*E2 : "Ce que fait une maman avec son cœur c'est toujours bien fait."*

*E2 : "Et moi je leur dis que la nature est bien faite, qu'il faut que l'enfant soit en position assise et que ça va bien se passer."*

*E8 : "Ça c'est toujours un accompagnement sur le long terme, c'est leur dire que de toute façon c'est toujours angoissant, c'est vrai que de toute façon quand on est parent on est toujours angoissé."*

D'autres parents s'inquiètent de **respecter à la lettre les principes de la DME**. Le médecin généraliste est en mesure de les rassurer et de réduire la pression autour de la DME.

*E1 : "C'est pratique de pouvoir sortir un petit pot du commerce quand y'a besoin sans avoir à se poser trop de questions. Il y a aussi beaucoup de mamans qui se mettent une pression incroyable"*

*sur les petits pots maison, ça leur apporte une charge de travail supplémentaire et beaucoup de temps et parfois au détriment du temps passé avec le bébé.”*

#### **IV. L'UNICITÉ DE LA FAMILLE**

**L'enfant et son évolution** sont les premiers critères pour débiter la diversification.

*E1 : “Donc déjà il faut qu'on sente le bébé prêt à débiter la diversification. Je leur dis aussi que si le bébé ne veut pas, ce n'est pas grave, on attend une semaine de plus et on réessaye.”*

*E5 : “J'ai aussi un enfant qui n'était juste pas prêt pour le faire dans le sens où c'est un glouton et il faut que ça aille vite. C'est vraiment genre, lui il rentre à 19h, il hurle tant qu'il n'a pas à manger et il prend son 270ml de lait direct, et il le finit en 5 minutes à peine, le plus rapidement possible et après derrière le repas faut que ça enchaîne.”*

*E7 : “Chaque enfant étant différent. Si on voit qu'il a beaucoup de haut le cœur ou des choses comme ça, le but c'est de s'adapter.”*

Quelles que soient les capacités de l'enfant, **l'intérêt des parents** est également nécessaire pour appliquer correctement la diversification alimentaire.

*E1 : “j'essaie toujours de recentrer les patients sur ce qu'ils ont envie de faire eux”*

*E5 : “ça dépend aussi de s'ils travaillent ou s'ils ne travaillent pas, s'ils ont la possibilité de le faire ou pas. C'est sûr qu'il y a un cadre idéal mais ça se heurte toujours un peu à comment est-ce que les patients peuvent faire eux.”*

*E8 : “En médecine c'est de réussir à injecter ce que nous on a envie d'avoir dans les représentations et le mode de fonctionnement des parents, donc d'abord explorer leur représentation, leur mode de vie, leurs connaissances, savoir comment eux souhaitent faire.”*

Les médecins **ne parlent pas spontanément de la DME** aux parents. Ils attendent que la demande vienne d'eux.

*E1 : “Je le propose ou plutôt j’en parle quand on commence à parler de la diversification et que les gens me parlent de la DME en me demandant “voilà je voudrais faire ça, qu’est-ce que vous en pensez?””*

*E4 : “c’est plus les parents qui me posent des questions s’ils en ont entendu parler.”*

*E8 : “parce qu’en fait, encore une fois, je pense qu’il faut l’idée pour que quelque chose marche. Alors si eux me le demandent, je peux leur dire qu’il n’y a pas de contre-indication.”*

Les parents qui mentionnent la DME en consultation sont **bien renseignés**.

*E4 : “Et puis en général les parents qui veulent faire la DME, c’est des gens qui se sont à fond renseignés dessus, qui sont au taquet. Donc je pense pas qu’ils vont se lancer comme ça, sans savoir.”*

*E6 : “j’ai remarqué qu’ils se débrouillent très bien tout seuls.”*

*E7 : “Parce que je pense que quand même les gens qui se dirigent vers la DME, après c’est peut-être moi qui ait un préconçu là-dessus, mais à mon sens, enfin c’est ce que je retrouve parmi mes patients mais ce sont des gens qui déjà ont l’intention de cuisiner, qui ont l’intention de faire des trucs pour leur enfant par eux-mêmes.”*

En revanche, avec **l’influence des réseaux sociaux et les informations** avec un manque de preuves, le médecin doit **démentir certaines idées reçues**.

*E1 : “En général surtout maintenant avec les réseaux sociaux, Instagram et tout ça, les mamans ont envie de calquer sur ce qu’elles voient des influenceuses sur leur propre façon de faire”*

*E3 : “Il y en a beaucoup qui me disent “on m’a dit qu’il fallait commencer le salé avant le sucré sinon il aimera pas”. Moi je leur dis que je ne connais pas beaucoup de gens qui dans leur vie ne mangent pas de fruits et de légumes parce qu’ils auraient commencé par manger des fraises donc je crois que c’est des idées reçues.”*

Pour répondre aux interrogations des parents, il est essentiel de **comprendre leur contexte** et de s'adapter à leurs **capacités de compréhension**.

*E2 : “Je n’ai pas de préférence mais je pense qu’il faut s’adapter au contexte socio-économique du couple.”*

*E4 : “Mais vraiment je pense que ça dépend des parents, de comment on les connaît. Je fais un peu au feeling.”*

*E5 : “Après il y a aussi des patients où je sais qu’ils ne vont pas vraiment être capables de le faire, ou alors en tout cas de bien le faire donc voilà...il faut qu’il y ait les capacités intellectuelles pour pouvoir le faire.”*

Dans tous les cas, les parents doivent **apprendre à se faire confiance** pour découvrir la diversification avec leur enfant.

*E2 : “Je n’ai pas fait de supports particuliers pour dire, faut faire ci ou faut ça. Je leur dis plutôt que ça doit se faire de façon naturelle.”*

*E3 : “Mais je leur dis que c’est à eux de faire leur choix et leur propre expérience.”*

*E8 : “Mais que c’est le premier pas vers des choses nouvelles et que des choses nouvelles y en aura tout le temps dans la vie et que faut faire confiance à l’enfant et faut se faire confiance en tant que parent et que à partir du moment où on est attentif, on est aimant, on est encadrant et on fait preuve d’un peu de bon sens, il n’y a pas de risque majeur.”*

La mise en place de la DME doit être faite avec une **implication des parents**. La diversification doit venir renforcer la relation parents-enfant, même si pour certaines mères l’arrêt de l’allaitement est compliqué.

*E1 : “On refait un petit peu ce que l’on a vécu dans l’enfance, il y a un très gros impact familial et culturel.”*

*E2 : “Alors moi je pense que la DME doit se faire avec une relation parents-enfant saine, pas de culpabilité, pas de culpabilisation pendant le temps”*

*E5 : “Les gens qui posent la question sur la DME sont des gens qui sont très investis dans leur enfant avec une pression et une charge mentale parentale qui est super importante.”*

*E1 : “Le problème c’est qu’elles vont la proposer un peu à contrecœur car elles, ce qu’elles veulent surtout pas arrêter c’est cet allaitement qui les valorise et donc elles vont proposer à contre cœur.*

*Du coup l’enfant va prendre des toutes petites quantités et ce sont des enfants qui vont développer des troubles de l’oralité car on va louper la fourchette des 8 mois pour commencer les morceaux.*

*Ça c’est un peu particulier mais c’est un peu une déviance qui peut arriver chez ces femmes qui ont besoin de cette valorisation. Bien que chez les mamans qui sont très intéressées par l’allaitement exclusif et par la DME on se retrouve plus souvent qu’on ne le pense dans cette situation.”*

## **V. LA DIVERSIFICATION MENÉE PAR L’ENFANT**

### **A. Les conditions de la DME**

#### *a. Les principes*

La DME peut être décrite par deux grands principes : **les capacités de l’enfant et la taille des morceaux** qu’on lui donne.

*E1 : “La DME le grand principe c’est de laisser l’enfant découvrir par lui-même en saisissant la nourriture en apportant à la bouche lui-même. Cela nécessite déjà des compétences toniques et développementales importantes.”*

*E4 : “la DME c’est plutôt à partir de 6 mois je crois et qu’ils savent se tenir assis.”*

*E9 : “Ce que je connais de la DME c’est des aliments que l’enfant peut prendre dans la main, de la taille de la paume de la main, qu’il apporte à la bouche, les fruits, les légumes, tout ça.”*

*E8 : “le laisser explorer le mieux qu’il peut, tout ce qu’il peut, pour essayer dans son apprentissage d’avoir du goût, de la texture, des envies, de l’autonomie et voilà, parce que c’est bien beau de*



*faire de la diversification menée par l'enfant, si c'est pour scroller sur son téléphone à côté, je suis pas persuadé qu'on en ait tout le bénéfice."*

*b. L'attitude des enfants dans la DME*

Au-delà de son âge et de sa capacité à tenir assis, l'enfant doit surtout être **curieux** et **avoir envie d'essayer de nouveaux aliments**.

*E1 : "Il faut que ce soit des enfants qui ont repéré comment les parents mangent et qu'ils ont envie de faire pareil. Il faut vraiment leur demander "est-ce que votre enfant est curieux de l'alimentation ? Est ce qu'il réclame ce que vous vous mangez ?" Si c'est le cas, on peut être sûr que la DME va se passer super bien."*

*E7 : "S'ils ne savent pas trop et bah je vais leur dire qu'on peut le faire dès maintenant et surtout vous testez. Vous voyez comment ça se passe avec l'enfant."*

La DME est une technique spécifique de diversification mais **ne doit pas être exclusive**. Les parents sont encouragés à **varier les techniques de diversification**.

*E1 : "Après il y a DME exclusive et DME non exclusive, moi ce que je conseille c'est de la DME non exclusive, on n'a pas besoin d'être exclusif pour ça"*

*E2 : "On ne peut pas faire de la DME exclusive chaque jour mais on peut en faire par exemple le week-end quand on a un peu de temps."*

*E4 : "partiellement comme méthode de diversification ça me semble vraiment bien et faisable."*

**B. Les avantages de la DME**

La DME a un intérêt nutritionnel, elle permet à l'enfant de découvrir de nombreux aliments, goûts, textures. Mais en donnant de **l'autonomie à l'enfant**, on lui permet aussi de **développer sa motricité**.

*E1 : “Par contre faire découvrir les textures, faire découvrir les aliments par la main avant d’arriver à la bouche c’est très très très intéressant.”*

*E7 : “De leur préciser qu’on peut quand même passer par des morceaux et qu’il y a un côté ludique avec l’enfant qui porte l’aliment à la bouche. Et puis en plus ça travaille la motricité fine.”*

*E8 : “Mais plus les panels seront ouverts en termes de goûts, en termes de textures, en termes de couleurs, et plus on aura une alimentation qui sera diversifiée, moins on aura de troubles de l’oralité, et troubles du poids chez l’enfant et à l’âge adulte”*

### **C. Les limites de la DME**

La DME a plusieurs inconvénients, qui peuvent la rendre trop **contraignante** pour certains parents.

Ils doivent être **disponibles pour surveiller** leur enfant lorsqu’il mange des morceaux.

*E7 : “Par contre ce que je leur dis, c’est qu’il faut toujours rester à côté de l’enfant. C’est pas des repas où on va pouvoir partir faire autre chose.”*

*E5 : vraiment pas le temps, alors là clairement.*

Le risque d’un manque de surveillance est l’**étouffement**, qui est mentionné par les parents, d’après les médecins interrogés.

*E3 : “Je leur dis juste d’être vigilant, de rester à côté pour limiter le risque d’étouffement. Mais c’est la seule chose que je leur dis je crois.”*

*E4 : “Bah je pense que si c’est fait dans de bonnes conditions y’a pas de raison de s’inquiéter. Et puis de toute façon le gamin il a un réflexe nauséux donc ça doit bien se passer.”*

*E5 : “Bah moi à chaque fois je leur sors les études et c’est ce qui marche le mieux. De ce qui est marqué dans les études, il n’y a pas plus de risque d’étouffement.”*

*E1 : “donc chez ces parents très anxieux il faut réussir à les apaiser vis-à-vis des morceaux et leur dire “mais oui vous pouvez lui tenir une framboise, lui tenir une fraise voilà et la découvrir et si jamais vous voyez qu’il y a un gros bout qui se détache vous allez le récupérer tranquillement avec*

*vosre petit doigt. C'est pas un aspirateur qui va tout avaler et s'étouffer mais c'est vrai qu'il faut en parler"*

Une autre inquiétude des parents est le **côté salissant** de cette technique de diversification.

Contrairement à l'étouffement, cet aspect est avéré mais ne doit pas rebuter les parents.

*E1 : "Car il y a beaucoup de mamans qui sont avec le paquet de lingettes juste à côté, à essuyer au fur et à mesure à peine qu'il y a un petit peu d'aliments sur la table. Il ne faut pas montrer à l'enfant que l'alimentation est dégoûtante, il ne faut pas que ça rebute les parents. Si déjà les parents sont dégoûtés, ça ne va pas marcher."*

*E2 : "on peut le faire, l'enfant s'amuse mais c'est un carnage"*

*E8 : "pour pas que quand on mange on tolère que effectivement on aille jusqu'à l'autre bout de la pièce parce qu'on considère que c'est rigolo au départ de jouer avec la nourriture et qu'il faut se tarter le ménage derrière et que c'est bien pour son développement."*

La DME pose des **contraintes qui ne sont pas acceptables pour tous les parents**.

*E2 : "Je pense que ce n'est pas adapté à tous les couples. Il y a des couples quand même qui veulent des cadres stricts avec une structure. La diversification menée par l'enfant c'est un peu libre et y'a des couples qui ne sont pas prêts à ça."*

*E5 : "le problème du stress chez les parents"*

Au-delà des contraintes, les médecins peuvent ne pas être convaincus par l'intérêt de cette méthode, notamment à cause d'un **réel manque de preuves scientifiques** sur le sujet.

Le médecin généraliste reproche à la DME de manquer de preuves scientifiques. Cela freine l'adhésion à cette méthode de diversification. L'Evidence Based Medicine (EBM) fait partie intégrante de la formation théorique en médecine et s'affiche comme l'un des piliers essentiels. Or dans le

cadre de la DME, les différentes études étant pour la plupart très controversées, il est difficile de l'encourager sans preuve.

*E2 : “En fait ce sont des effets mode, là en l'occurrence c'est l'alimentation mais il y a un tas d'autres trucs qui passent dans la presse grand public ou alors sur les réseaux sociaux et qu'on croit dur comme fer mais qui n'ont rien de prouvé et donc on ne sait pas si on fait bien ou pas. Mais tant qu'on ne sait pas si on fait bien on ne peut pas le préconiser.”*

*E5 : “Euh concernant le développement de l'enfant je t'avoue que dans les études que j'ai vues, je ne sais pas, j'ai l'impression que ce n'est pas encore très bien tranché là-dessus. Mais j'ai l'impression qu'au niveau des études il n'y a rien de prouvé scientifiquement en terme de développement.”*

*E8 : “C'est assez dur dans la littérature d'avoir des choses qui soient réellement clairement établies, t'as jamais d'essais cliniques randomisés dans toute la doc sur la diversification. C'est soit des études de cohorte, soit des cas témoins, et en général c'est assez rétrospectif. Tout ça c'est pas vraiment EBM, je pense pas, mais c'est un peu la synthèse de mes lectures.”*

## **VI. L'AMBIGUÏTÉ SUR LA DME**

Les avis des médecins interrogés sont hétérogènes quant à la pratique de la DME. Certains la voient comme une méthode utile et appréciée des parents.

*E4 : “Après oui je pense que ça peut-être sympa, c'est une autre façon d'aborder l'alimentation”*

*E7 : “Mais c'est vrai que du coup ça ne m'a pas inquiété, et d'autant plus quand les patients sont arrivés avec des questions sur la DME et qu'on a donné un titre à la DME. Mais même avant clairement je me suis jamais retenue de leur donner des morceaux”*

*E1 : “La tendance vraiment des gens c'est que ça marche et même que ça marche très très bien surtout s'ils sont accompagnés. Les parents veulent absolument recommencer pour les autres enfants et ils sont très contents en général.”*

D'autres, en revanche, **ne comprennent pas l'intérêt** pour cette méthode spécifique de diversification.

*E2 : "Ce que j'en ai lu m'a laissé perplexe. Je pense que c'est controversé. Moi j'ai trouvé que c'était de la masturbation intellectuelle."*

*E6 : "Mais je me suis quand même dit "tiens, l'enfant mène sa diversification lui-même, très bien, pourquoi pas, original". (ton ironique) mais je ne vois pas trop pourquoi je pourrais être contre."*

*E8 : "Et voilà, je pense pas qu'il y ait d'avantages intrinsèques à la DME."*

*E4 : "Parce que sinon franchement (sourir) c'est juste impossible, chez la nounou. Donc bon quand on en a 4 à garder c'est pas possible. Ou alors faut être mère au foyer mais c'est encore une autre vie."*

Ils **n'abordent pas spontanément la DME** avec les parents.

*E2 : "Alors c'est pas dans ma structure, ce ne sont pas des choses que je propose."*

*E9 : "Je la propose pas spontanément donc non pas vraiment."*

## **VII. L'UTILISATION DE SUPPORT**

Les médecins interrogés utilisent des supports qui parlent de l'alimentation de l'enfant, mais aucun support n'évoque spécifiquement la DME.

*E1 : "J'avais un interne qui avait fait un truc sur la diversification alimentaire, c'était pas mal, je m'étais dit que je l'emploierai mais finalement je ne l'ai jamais utilisé, donc non j'ai pas de support."*

*E3 : "Après je m'aide de 2-3 trucs que j'ai ici au cabinet, des choses comme ça de Santé publique France (montre le document "Pas à pas votre enfant mange comme un Grand"). Après je leur dis que dans le carnet de santé il y a des choses qui sont intéressantes donc autant s'en servir."*

*E7 : "J'en ai jamais ressenti l'utilité et j'en ai jamais vu sur la DME non plus."*

*E9 : "Oui il y a mpedia, le site mpedia. Et il y a le carnet de santé aussi, des fois moi-même je leur montre."*

## VIII. IMPORTANCE DE LA LIBERTÉ DANS LA DIVERSIFICATION

Les recommandations sur l'alimentation évoluent régulièrement, et c'est ainsi que de nouvelles méthodes de diversification comme la DME apparaissent. Les médecins interrogés **émettent des réserves sur le suivi des recommandations.**

*E3 : “Les recommandations c'est important, c'est intéressant mais quand on voit que pendant des années et des années on a conseillé aux parents de coucher les enfants sur le ventre. On se dit bien qu'il faut les prendre avec des pincettes et que ce qui est vrai un jour n'est pas forcément vrai toujours”*

*E8 : “L'idée c'est que, si tu prends un peu de recul, c'est drôle, tu te rends compte que les vérités d'aujourd'hui, c'est nos erreurs de demain, et quand tu regardes un peu en arrière sur la diversification il y a un peu tout et son contraire qui ont pu être dit, avec des niveaux de preuve qui sont extrêmement variables.”*

De manière générale, ils promeuvent le fait de **garder une certaine flexibilité autour des règles** établies, qui peuvent être vues au final comme des suggestions.

*E3 : “Pour moi il n'y pas de bonne ou de mauvaise façon de faire. Plus le temps passe, moins j'essaie de leur fixer de règles et je leur dis que toutes les familles sont différentes et que toutes les organisations sont différentes.”*

*E1 : “Il faut toujours faire attention en pédiatrie à ne pas s'enfermer dans des dogmes et les techniques seules c'est souvent dangereux. Ce qu'il faut c'est toujours faire des techniques intégratives en prenant un petit peu de ci, un petit peu de ça et en faisant sa propre cuisine qui nous convient à nous en tant que parent”*

*E7 : “Je ne suis jamais extrême. Mais je leur dirais quand même que “sachez bien, on peut tout moduler, que ce n'est pas grave si au milieu de tout ça on met une compote, on met une purée. Enfin s'il y a des grands-parents autour, ça va être plus compliqué. Donc il ne faut non plus que parce qu'on a envie d'une méthode alimentaire, qu'il faut que ça exclut l'entourage par exemple.”*

*E8 : “J’ai toujours du mal à comprendre certaines prescriptions très dirigistes de médecins et de pédiatres qui vont dire “il faut d’abord commencer par tel ou tel aliment, il faut commencer par telle ou telle texture, il faut commencer à telle heure, il faut que ce soit tel repas”.”*

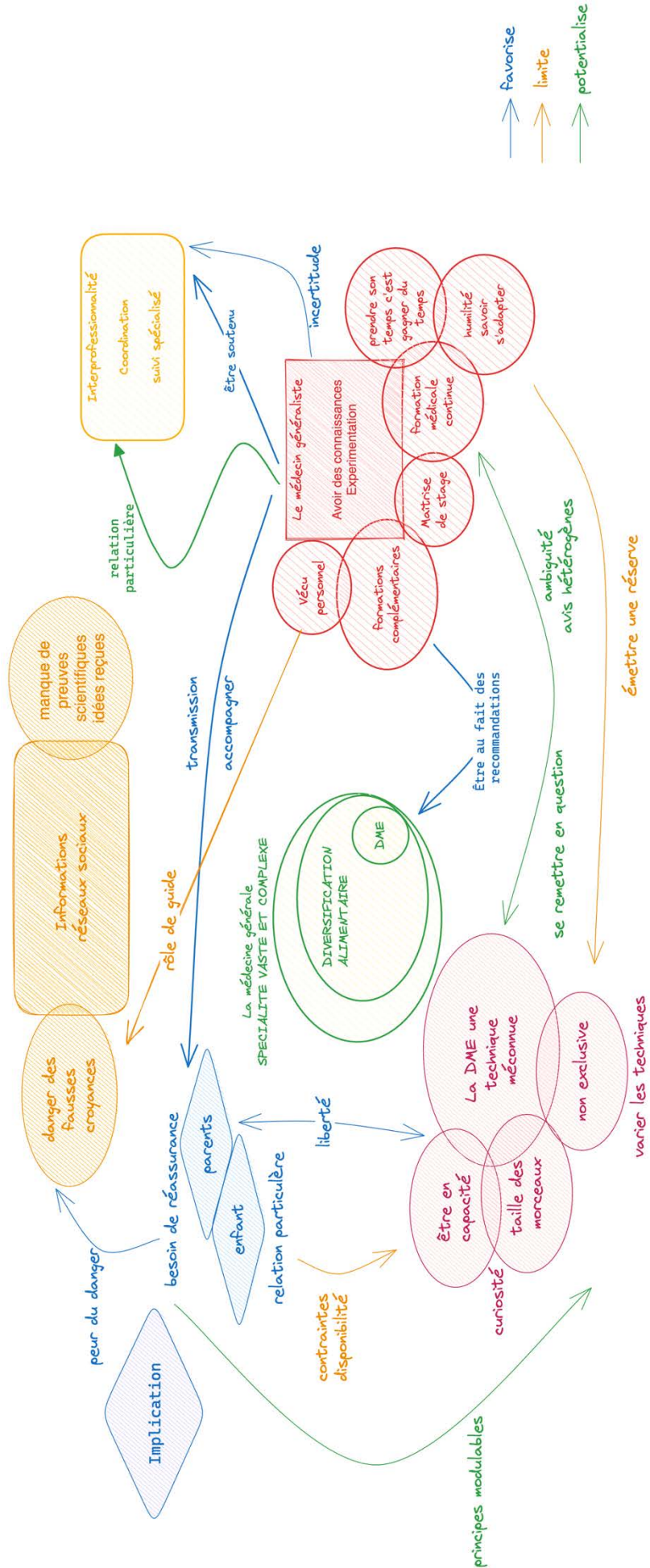
Tout cela est fait dans le **but de laisser libres les parents**, pour qu’ils se sentent à l’aise avec les choix qu’ils font, plutôt qu’essayer de suivre un ensemble de règles.

*E2 : “Ce qui fonctionne c’est sûr c’est de laisser libres les gens donc de laisser libres les parents.”*

*E4 : “Alors moi je les guide pas beaucoup, je les laisse faire comme ils veulent.”*

*E6 : “Vraiment c’est eux qui voient l’enfant manger et c’est eux qui se rendent compte de ce qu’il est capable de faire en fait. Alors j’en parle quand même, je donne les guides mais je les laisse plutôt se débrouiller à ce sujet-là.”*

# MODELE EXPLICATIF





## DISCUSSION

### I. Résultats principaux

Le médecin généraliste apparaît comme un pilier central dans la prise en soin de l'enfant et son suivi au fil du temps. Au travers de ce rôle, il ressort principalement qu'il aborde la diversification alimentaire de l'enfant pour accompagner les parents. Cependant il a été mis en évidence que les médecins généralistes n'étaient pas toujours à l'aise avec ce sujet et qu'ils prenaient peu de temps pour l'aborder en l'absence de demandes particulières des parents.

Concernant la DME, tous les médecins rapportent avoir déjà entendu parler de ce terme, et la plupart en connaissait les grands principes. Cependant, très peu la proposaient spontanément aux parents. Les médecins interrogés expliquaient ne pas connaître suffisamment cette méthode et ne pas avoir suffisamment d'expérience pour la proposer spontanément. Cette technique apparaît comme controversée dans la littérature avec un manque de preuves scientifiques évidente. La formation théorique des médecins étant basée sur l'EBM, cela apparaît comme un frein pour promouvoir cette technique. De plus, l'évolution de la relation médecin-patient vers une relation longitudinale encourage une adaptation du médecin aux envies et aux possibilités du patient, plus particulièrement lorsqu'il s'agit d'alimentation de l'enfant. Le médecin généraliste préfère être à l'écoute des demandes et des besoins pour ensuite jouer un rôle de guide et de conseiller afin d'obtenir une meilleure adhésion des parents.

### II. FORCES ET LIMITES DE L'ÉTUDE

#### A. Forces de l'étude

##### 1) Originalité de l'étude

Cette étude apparaît comme novatrice car l'attitude des médecins généralistes sur la DME n'avait jamais été étudiée dans les Hauts-de-France. Une étude visant à explorer le choix des parents vis-à-vis de la méthode de diversification alimentaire avait été réalisée en 2019. (30) Une étude parallèle a vu le jour en 2022 dans l'Hérault. (31)

## 2) Représentativité de l'échantillon

Les participants ont été recrutés par échantillonnage raisonné théorique permettant d'éclairer le phénomène observé et de refléter les différentes expériences. La parité était respectée, les différentes tranches d'âge étaient représentées ainsi que les différents lieux d'exercice.

## 3) Recueil des données

La méthode de recueil inspirée par la théorisation ancrée a permis d'atteindre la suffisance des données. La réalisation d'entretiens semi-dirigés compréhensifs laissait place à l'expression des sentiments de l'interlocuteur.

## 4) Triangulation des données

L'ensemble des données a été triangulé avec une interne de médecine générale, ce qui a permis de limiter la subjectivité des résultats.

## 5) Grille SRQR

Cette étude a retrouvé 19 critères de la grille SRQR sur 21. (32) (Annexe 8)

## **B. Limites de l'étude**

### 1) Durée des entretiens

La durée moyenne des entretiens était de 22 minutes et 58 secondes avec une médiane à 19 minutes et 26 secondes, qui semble mieux représenter la durée des entretiens puisqu'un a été particulièrement long (51 min 34 sec).

La durée apparaît comme courte, puisqu'il est préconisé, selon le livre de Jean-Pierre LEBEAU sur la recherche qualitative, d'avoir une durée moyenne de 32 minutes. (27)

Cette durée d'entretien peut s'expliquer en partie par le manque de temps des participants qui réalisaient pour la plupart l'entretien sur une plage de consultation de 15 minutes.

## 2) Manque d'expérience du chercheur

Le manque d'expérience du chercheur en recherche qualitative a limité sa capacité à réagir promptement lors des entretiens. De plus, le chercheur a interrogé des médecins expérimentés rendant parfois la posture d'investigateur complexe. Un entretien test avait été réalisé au préalable.

## 3) Répartition géographique / type d'exercice

La majeure partie des participants avait une activité urbaine ou semi rurale. Un seul participant exerçait en zone rurale.

## 4) Âge des participants

La population interrogée était une population plutôt jeune avec une moyenne d'âge de 40 ans alors que l'âge moyen des médecins généralistes dans les Hauts-de-France est de 50,2 ans. (33) Cela amène donc à s'interroger sur le fait que ce sujet intéresse peut-être davantage les jeunes médecins généralistes. De plus, ils ont peut-être accepté davantage de participer à cette étude car la DME leur était déjà connue.

# **III. DISCUSSION AUTOUR DES RÉSULTATS PRINCIPAUX**

## **A. Les connaissances du médecin généraliste**

### 1) Connaissances alimentaires

Tous les médecins ayant participé à notre étude connaissaient au moins le nom la DME et la majorité voyait cette technique de diversification intéressante d'un point de vue de l'autonomie et de la stimulation sensorielle. La DME met en avant le fait de laisser l'enfant libre sur les quantités qu'il mange sans le forcer. Un des participants mettait en avant l'importance des connaissances alimentaires des parents afin de proposer une meilleure alimentation à leur enfant et une compréhension du chemin de l'aliment avant d'arriver dans notre assiette. Une étude sur le comportement des enfants allait également dans ce sens. (34) Par ailleurs, un participant rapportait l'importance de l'absence de restriction alimentaire de la part des parents afin de proposer une alimentation équilibrée. Plusieurs études mettaient également cet aspect en lumière. (35–37)

## 2) Conditions de la DME

Parmi les prérequis à la DME, tous les participants mettaient en avant l'importance de l'utilisation d'aliments adaptés en taille et en texture. Leurs connaissances sur la DME étaient précises, nécessitant un tonus suffisant, ce qui correspondait en moyenne à un âge 6 mois, comme on peut le trouver dans différents ouvrages disponibles au grand public. (11,23)

De plus, plusieurs participants indiquaient ne pas pouvoir proposer la DME à tous les parents dans la mesure où cela nécessitait une certaine compréhension et de la surveillance continue lors des repas. Beaucoup avaient des connaissances théoriques sur le sujet mais des interrogations persistaient sur l'intérêt de la méthode car ils rapportaient un manque d'expérience à la fois personnelle et professionnelle.

## **B. Les principes de la DME**

### **a. Avantages**

#### 1) Développement psychomoteur

Les avantages mis en avant par les médecins généralistes rejoignent ceux décrits dans une étude néo-zélandaise de 2012.(18) Celle-ci rapportait le côté ludique de l'alimentation, la stimulation de la motricité fine ainsi que l'autonomie. Cependant, aucune étude prouvant une différence significative sur les avantages attribués à la DME n'a été trouvée.

Une participante affirmait que la DME avait un effet positif sur la mastication et le langage. Or, à ce jour, il n'existe pas d'étude significative en ce sens. (38,39)

Il existe cependant une piste de recherche suite à une étude faite par une orthophoniste qui tend à dire que la DME améliorerait la production syllabique des enfants. Cependant, cette étude nécessite d'être approfondie avant de pouvoir conclure à un intérêt significatif. (40)

Plusieurs médecins généralistes ont rapporté que l'avantage principal de la DME était une diminution des troubles de l'oralité. Cependant, dans la littérature, nous n'avons retrouvé aucune étude allant dans ce sens. Devant l'importance grandissante de ces troubles, il semblerait judicieux de réaliser des études complémentaires à ce sujet. (41) De plus, il n'est pas prouvé que la DME permettrait de limiter la néophobie alimentaire.(42)

## 2) Obésité

Il a été rapporté que la DME pouvait avoir un impact positif pour réduire l'IMC des enfants et limiter l'obésité. Dans la littérature, les études sont discordantes à ce sujet. Une étude indique que l'IMC des enfants ayant suivi la DME présente un IMC plus faible et sont attirés par des aliments plus sains. (43) Cependant, une autre étude n'a pas retrouvé de différence significative.(15) Plusieurs participants mettaient en avant l'importance pour les enfants de reconnaître la sensation de satiété. Ils suggéraient le fait que de manger doucement grâce à la DME permettait de favoriser cet aspect et donc de limiter par ce biais l'obésité. Cet aspect a été retrouvé dans la littérature mais cette étude nécessiterait davantage de recherches scientifiques. (44)

Il est à noter qu'il peut exister un biais parmi les parents qui indiquent pratiquer la DME. En effet, la plupart d'entre eux pratiquent une DME mixte à défaut d'une DME exclusive, ce qui tend à fausser les résultats.(45,46) Compte tenu de l'importance croissante de l'obésité, il semblerait intéressant de mener des études quantitatives pour mesurer l'impact de la DME sur l'IMC des enfants.

## 3) Étouffement

Les médecins interrogés semblaient peu inquiets du risque d'étouffement, mettant en avant l'existence du réflexe nauséux. Ils s'appuyaient également sur la littérature pour confirmer leur avis. (21)

Ils soulignaient la nécessité de surveillance de la part des parents et l'importance de leurs capacités de compréhension. Ils rapportaient qu'il s'agissait du rôle du médecin traitant de rassurer les parents à ce sujet.

### **b. Inconvénients / inquiétudes**

Les recommandations actuelles encouragent une diversification alimentaire dès 4 mois afin de limiter les risques d'allergie alimentaire. (47,48)

Les médecins généralistes étaient plutôt favorables à une diversification alimentaire mixte, c'est-à-dire commencer dès 4 mois la diversification pour réduire le risque d'allergie alimentaire, sans

attendre que le tonus de l'enfant soit suffisant pour l'introduction des morceaux. Ensuite, dès que leur développement le permet, les morceaux peuvent être intégrés à l'alimentation.

L'un de nos participants émettait des inquiétudes quant aux risques de carences alimentaires et d'anémie chez les enfants suivant une DME. Les études sont contradictoires à ce sujet. (22,49)

Les enfants ayant bénéficié de la DME sont plus souvent des enfants qui ont été allaités. (50) L'un des médecins généralistes s'inquiétait du profil des mères favorables à la DME. Il trouvait que celles-ci s'infligeaient une charge mentale importante et avaient également besoin de l'allaitement en tant que reconnaissance et valorisation maternelle. Cela risquait alors de limiter ce que les enfants mangeaient lors de la diversification, avec des expériences sensorielles faibles.

Parmi les inconvénients, on notait également le côté salissant, le risque de gaspillage alimentaire et le fait de jouer avec la nourriture. Ce qui rebutait certains de nos participants à proposer cette technique. De plus, selon le mode de garde, il n'est pas toujours aisé pour les parents de réaliser ce type de diversification de façon exclusive.

Le principal frein à la promotion de cette technique était qu'il s'agissait d'un phénomène de mode sur lequel on manquait de recul et d'études scientifiques en faveur de la DME. Plusieurs d'entre eux refusaient de mettre le terme de DME en avant, mais préféraient sensibiliser les parents à la stimulation sensorielle et à l'introduction précoce des morceaux à travers la diversification alimentaire.

### **C. La DME au cours d'une consultation**

Les participants de notre étude connaissaient ce concept. Une étude néo-zélandaise mettait en avant que les médecins généralistes ne connaissaient pas tous la DME. Cette étude date de 2012, et la connaissance de la DME a donc probablement évolué au cours des 10 dernières années. (18) Par ailleurs, dans notre étude, l'âge moyen des médecins généralistes interrogés était d'environ 40 ans, ce qui correspond à un âge moyen inférieur à celui des médecins en France en 2022 (33). Nos participants étant eux-mêmes jeunes parents, potentiellement à la recherche de ce type d'information, seraient plus à même d'être au courant de ce concept récent.

Les médecins interrogés rapportaient leur manque de connaissances sur la DME et le manque d'expérience, ce qui entraînait un frein à la proposer spontanément en consultation. Cela rejoint un travail effectué en 2019. (18)

Il est analysé que peu de parents parlent spontanément de la DME aux médecins et que la discussion ne vient pas forcément dans ce sens. Cela était retrouvé dans une étude. (20)

Finalement, une minorité de médecins propose la DME en consultation, surtout par manque de preuves scientifiques, mais aussi par manque de temps au cours de la consultation. Seul l'un d'entre eux ne la propose pas du fait d'une peur trop importante des fausses routes. Ce phénomène étant récent, ils rapportent ne pas avoir été formés et donc que ce n'est pas dans leurs habitudes de la proposer.

Ils sont cependant plutôt favorables à une diversification mixte. Aucun participant n'était favorable à une DME exclusive, ce qui rejoint la littérature. (45)

Au travers notre étude, nous retrouvions plutôt une envie des médecins généralistes de laisser les parents libres de la diversification alimentaire de leur enfant et de leur proposer un accompagnement selon leurs demandes. Ils expriment également l'importance de connaître les parents à qui la DME est proposée pour s'assurer de leurs capacités de compréhension.

#### **D. Les connaissances des parents**

Les parents s'informent plus via les différents ouvrages disponibles et les réseaux sociaux sur la diversification alimentaire. Ils se tournent vers le médecin généraliste pour obtenir davantage d'informations. Un travail réalisé en 2019 mettait en avant que le manque de connaissances des médecins était un frein pour les parents à réaliser la DME. (18) Selon notre étude, ce résultat est discutable car ce n'est pas l'avis exprimé par les médecins interrogés. En effet, ceux-ci mettaient en avant qu'un suivi optimal nécessitait de sonder les envies des parents en premier lieu pour ensuite pouvoir répondre à leurs demandes en termes de diversification.

Il y a tellement de sujets à aborder au cours du développement de l'enfant qu'il est nécessaire que les parents soient acteurs lors des consultations, et qu'ils posent les questions aux médecins, ce qui encourage une relation longitudinale.

## **E. Intérêt d'une information**

Les médecins interrogés rapportaient l'envie d'une information, sous forme par exemple d'une plaquette, à destination des médecins généralistes, pour les aider à mieux guider les parents en cas de demandes sur la DME. Cependant, ils soulignaient l'importance de preuves scientifiques nécessaires avant d'en faire la promotion.

## **IV. PERSPECTIVES**

Au travers de cette étude, il ressort un manque de preuves scientifiques concernant la DME. Il pourrait être intéressant de réaliser plusieurs études, de préférence quantitative, sur la DME et la diminution du risque d'obésité, ainsi que sur la DME et la diminution des troubles de l'oralité. En effet, ce sont des aspects qui apparaissent fréquemment dans le discours des médecins généralistes. Or, il n'existe à ce jour aucune étude scientifique permettant de l'affirmer.

Il pourrait être intéressant de réaliser une étude en miroir en interrogeant les patients et les médecins sur les avantages et les limites de la DME au travers d'un même questionnaire. Cela permettrait de mieux cibler les différents besoins.

Les médecins généralistes sont actuellement demandeurs d'une information sur la DME. Il pourrait être intéressant d'élaborer une feuille d'informations sur la DME, et d'en mesurer son utilité.



## CONCLUSION

La DME apparaît comme une technique de diversification discutable parmi les médecins généralistes. De nombreux avantages associés à cette technique ne sont pas appuyés par des références scientifiques. Cela freine les médecins dans la promotion de la DME.

Les médecins généralistes préfèrent avoir un rôle de guide auprès des parents et s'adapter à leurs demandes plutôt que de leur proposer spontanément une technique controversée. Il semblerait alors nécessaire d'explorer de façon plus précise les avantages mis en avant afin de pouvoir conclure ou non à un réel intérêt de la méthode.

## BIBLIOGRAPHIE

1. Alimentation du nourrisson et du jeune enfant [Internet]. [cité 27 mai 2023]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding>
2. ANSES. Actualisation des repères du PNNS : étude des relations entre consommation de groupes d'aliments et risque de maladies chroniques non transmissibles. Maisons-Alfort; 2016.
3. Lemale J. Diversification alimentaire. AKOS Traité Médecine. 2015;1-8.
4. Turck D, Dupont C, Vidailhet M, Bocquet A, Briend A, Chouraqui JP, et al. Diversification alimentaire : évolution des concepts et recommandations. Arch Pédiatrie. mai 2015;4580(5):457.
5. Simeoni U. Le développement et les 1000 premiers jours : une opportunité de prévention précoce en santé. Spirale. 2019;92(4):42-4.
6. Schwarzenberg SJ, Georgieff MK, COMMITTEE ON NUTRITION, Daniels S, Corkins M, Golden NH, et al. Advocacy for Improving Nutrition in the First 1000 Days to Support Childhood Development and Adult Health. Pediatrics. 1 févr 2018;141(2):e20173716.
7. Laurent Storme, Sylvie Deghilage, Julia Tepel, Dominique Turck, Vincent Prevot, Michel Cosson, et al. Le fœtus et son environnement : rôle des professionnels pour préserver le capital santé des adultes de demain. Bull Académie Natl Médecine. mai 2018;6542(5):817.
8. Ministère des Solidarités et de la Santé. Les 1000 premiers jours : Là où tout commence [Internet]. 2020. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport-1000-premiers-jours.pdf>
9. Santé publique France accompagne les parents pour prendre en main les nouvelles recommandations sur la diversification alimentaire des tout-petits [Internet]. [cité 27 mai 2023]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/presse/2021/sante-publique-france-accompagne-les-parents-pour-prendre-en-main-les-nouvelles-recommandations-sur-la-diversification-alimentaire-des-tout-petits>
10. Nwaru BI, Erkkola M, Ahonen S, Kaila M, Haapala AM, Kronberg-Kippilä C, et al. Age at the Introduction of Solid Foods During the First Year and Allergic Sensitization at Age 5 Years. Pediatrics. 1 janv 2010;125(1):50-9.
11. Rapley G, Murkett T. Baby Led Weaning : The Essential Guide to Introducing Solid Foods and

Helping Your Baby to Grow Up a Happy and Confident Eater. Reprint edition. New York: Experiment Llc; 2010. 239 p.

12. Zalejski C, Rapley G. Le Grand livre de la DME. Illustrated edition. Vergèze: Thierry Souccar; 2020. 208 p.

13. Brochure-SPF-Mangerbougerfr.pdf [Internet]. [cité 27 mai 2023]. Disponible sur: <https://www.mangerbouger.fr/content/show/1500/file/Brochure-SPF-Mangerbougerfr.pdf>

14. Brown A, Lee M. Maternal Control of Child Feeding During the Weaning Period: Differences Between Mothers Following a Baby-led or Standard Weaning Approach. *Matern Child Health J.* nov 2011;15(8):1265-71.

15. Taylor RW, Williams SM, Fangupo LJ, Wheeler BJ, Taylor BJ, Daniels L, et al. Effect of a Baby-Led Approach to Complementary Feeding on Infant Growth and Overweight: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Pediatr.* 1 sept 2017;171(9):838-46.

16. P T. Diversification menée par l'enfant : utile ou futile ? [Internet]. *Réalités Pédiatriques.* 2021 [cité 27 mai 2023]. Disponible sur: <https://www.realites-pediatriques.com/diversification-menee-par-lenfant-utile-ou-futile/>

17. Cameron S, Heath AL, Taylor R. How Feasible Is Baby-Led Weaning as an Approach to Infant Feeding? A Review of the Evidence. *Nutrients.* 2 nov 2012;4(11):1575-609.

18. Cameron SL, Heath ALM, Taylor RW. Healthcare professionals' and mothers' knowledge of, attitudes to and experiences with, Baby-Led Weaning: a content analysis study: Table 1. *BMJ Open.* 2012;2(6):e001542.

19. Brown A. No difference in self-reported frequency of choking between infants introduced to solid foods using a baby-led weaning or traditional spoon-feeding approach. *J Hum Nutr Diet.* août 2018;31(4):496-504.

20. Fu X, Conlon CA, Haszard JJ, Beck KL, Von Hurst PR, Taylor RW, et al. Food fussiness and early feeding characteristics of infants following Baby-Led Weaning and traditional spoon-feeding in New Zealand: An internet survey. *Appetite.* nov 2018;130:110-6.

21. Fangupo LJ, Heath ALM, Williams SM, Erickson Williams LW, Morison BJ, Fleming EA, et al.

A Baby-Led Approach to Eating Solids and Risk of Choking. *Pediatrics*. 1 oct

2016;138(4):e20160772.

22. Dogan E, Yilmaz G, Caylan N, Turgut M, Gokcay G, Oguz MM. Baby-led complementary feeding: Randomized controlled study. *Pediatr Int*. déc 2018;60(12):1073-80.
23. Daniels L, Taylor RW, Williams SM, Gibson RS, Fleming EA, Wheeler BJ, et al. Impact of a modified version of baby-led weaning on iron intake and status: a randomised controlled trial. *BMJ Open*. juin 2018;8(6):e019036.
24. Mantault Roberdel A. *La DME: Le guide complet de la diversification alimentaire menée par l'enfant*. Hachette Pratique; 2021. 175 p. (Tout Savoir Sur).
25. Darjo L. *L'atelier DME - Diversification alimentaire menée par l'enfant - La méthode et les réponses à toutes les questions des parents*. Illustrated edition. First; 2021. 128 p.
26. Talbot A, Bergevin E, Richard ME. *Petites mains grande assiette*. Montréal, Canada: Editions La Semaine; 2017. 234 p.
27. Lebeau JP, Aubin-Auger I, Cadwallader JS, Londe JG de la, Lustman M, Mercier A, et al. *Initiation à la recherche qualitative en santé*. Saint-Cloud: Global Média Santé & CNGE; 2021. 192 p.
28. Lejeune C. *Manuel d'analyse qualitative. Analyser sans compter ni classer* [Internet]. Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur; 2019. 162 p. (Méthodes en sciences humaines; vol. 2e éd.).  
Disponible sur: <https://www.cairn.info/manuel-d-analyse-qualitative--9782807323582.htm>
29. *Recherches n'impliquant pas la personne humaine, études et évaluations dans le domaine de la santé* Méthodologie de référence MR-004 | CNIL [Internet]. [cité 1 juin 2023]. Disponible sur: <https://www.cnil.fr/fr/declaration/mr-004-recherches-nimpliquant-pas-la-personne-humaine-etudes-et-evaluations-dans-le>
30. Friart L. *Diversification alimentaire: pourquoi les parents choisissent-ils la diversification menée par l'enfant ?* [Internet] [Thèse d'exercice de médecine]. [Lille]: Université de Lille; 2019.  
Disponible sur: [https://pepite-depot.univ-lille.fr/RESTREINT/Th\\_Medecine/2019/2019LILUM329.pdf](https://pepite-depot.univ-lille.fr/RESTREINT/Th_Medecine/2019/2019LILUM329.pdf)
31. Mandrille C. *La diversification menée par l'enfant : point de vue des médecins s'occupant d'enfants dans le département de l'Hérault* [Internet] [Thèse d'exercice de médecine]. [Montpellier]: Université de Montpellier; 2022 [cité 5 janv 2023]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas->

32. Thébaud V, Dargentas M. Traduction française des normes SRQR pour rendre compte des recherches qualitatives. *Kinésithérapie Rev.* janv 2023;23(253):18-22.
33. Démographie des professionnels de santé - DREES [Internet]. [cité 1 juin 2023]. Disponible sur: <https://drees.shinyapps.io/demographie-ps/>
34. Scaglioni S, Arizza C, Vecchi F, Tedeschi S. Determinants of children's eating behavior. *Am J Clin Nutr.* déc 2011;94(6 Suppl):2006S-2011S.
35. Birch LL, Fisher JO, Davison KK. Learning to overeat: maternal use of restrictive feeding practices promotes girls' eating in the absence of hunger. *Am J Clin Nutr.* août 2003;78(2):215-20.
36. Faith MS, Scanlon KS, Birch LL, Francis LA, Sherry B. Parent-child feeding strategies and their relationships to child eating and weight status. *Obes Res.* nov 2004;12(11):1711-22.
37. Fisher JO, Birch LL. Restricting access to palatable foods affects children's behavioral response, food selection, and intake. *Am J Clin Nutr.* juin 1999;69(6):1264-72.
38. Le Révérend BJD, Edelson LR, Loret C. Anatomical, functional, physiological and behavioural aspects of the development of mastication in early childhood. *Br J Nutr.* févr 2014;111(3):403-14.
39. Oller DK, Eilers RE, Neal AR, Schwartz HK. Precursors to speech in infancy: the prediction of speech and language disorders. *J Commun Disord.* 1999;32(4):223-45.
40. Marie Poindron. Babillage et Oralité Alimentaire: Etude des productions syllabiques d'enfants diversifiés classiquement ou avec la Diversification Menée par l'Enfant [Mémoire de Grade Master 2]. Université Claude Bernard Lyon 1; 2018.
41. Thibault C. L'éducation gnoso-praxique orale précoce au sein de l'accompagnement orthophonique chez le jeune enfant né prématuré. *Contraste.* 2015;41(1):253-70.
42. Watson S, Costantini C, Clegg ME. The Role of Complementary Feeding Methods on Early Eating Behaviors and Food Neophobia in Toddlers. *Child Care Pract.* 2 janv 2020;26(1):94-106.
43. Townsend E, Pitchford NJ. Baby knows best? The impact of weaning style on food preferences and body mass index in early childhood in a case-controlled sample. *BMJ Open.* 2012;2(1):e000298.

44. Brown A, Lee MD. Early influences on child satiety-responsiveness: the role of weaning style. *Pediatr Obes.* févr 2015;10(1):57-66.
45. Cameron SL, Taylor RW, Heath ALM. Parent-led or baby-led? Associations between complementary feeding practices and health-related behaviours in a survey of New Zealand families. *BMJ Open.* 9 déc 2013;3(12):e003946.
46. Alpers B, Blackwell V, Clegg ME. Standard v. baby-led complementary feeding: a comparison of food and nutrient intakes in 6-12-month-old infants in the UK. *Public Health Nutr.* oct 2019;22(15):2813-22.
47. Ierodiakonou D, Garcia-Larsen V, Logan A, Groome A, Cunha S, Chivinge J, et al. Timing of Allergenic Food Introduction to the Infant Diet and Risk of Allergic or Autoimmune Disease: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA.* 20 sept 2016;316(11):1181-92.
48. Bidat E, Benoist G. Prévention des allergies alimentaires : la diversification en 2019. *Rev Fr Allergol.* 1 juin 2019;59(4):341-5.
49. Hanindita MH, Widjaja NA, Irawan R, Hidayat B. Comparison between baby led weaning and traditional spoon-feeding on iron status in breastfed infants. *Carpathian J Food Sci Technol.* 31 déc 2019;96-100.
50. Brown A, Lee M. A descriptive study investigating the use and nature of baby-led weaning in a UK sample of mothers. *Matern Child Nutr.* janv 2011;7(1):34-47.

## **ANNEXES**



Fiche de thèse (Version de Juin 2020) Titre provisoire de la thèse

**Ressenti des médecins généralistes des Hauts de France sur la diversification menée par l'enfant.**

Auteur de la thèse

NOM Prénom : DURAND PRINCET Océane

Promotion : Rabelais

Adresse électronique universitaire : [oceane.durand.etu@univ-lille.fr](mailto:oceane.durand.etu@univ-lille.fr)

Adresse électronique secondaire : [oceane.durandprincet@gmail.com](mailto:oceane.durandprincet@gmail.com)

Numéro de téléphone : 0761600657

Directeur de thèse Dr CAUET Charles : [Docteur.cauet@gmail.com](mailto:Docteur.cauet@gmail.com)

**Contexte** (max 800 caractères)

Cette première section de texte doit faire la synthèse de l'exploration de votre champ de recherche, pour en définir le cadre, l'état des connaissances, les principales publications, et pour aboutir à la justification de la pertinence de votre question de recherche. C'est principalement cette partie de votre fiche qui doit se référencer à la littérature que vous avez exploitée

La diversification alimentaire de l'enfant est un concept étudié depuis de nombreuses années et qui a également beaucoup évolué. Depuis une vingtaine d'années, une nouvelle méthode de diversification est proposée initialement dans les pays anglo-saxons et au Canada : « La diversification alimentaire menée par l'enfant » (DME). En France, cette technique est encore peu connue et peu pratiquée. Une thèse récente montre qu'un des freins principaux à l'extension de cette technique est le manque de connaissances des médecins généralistes sur ce sujet alors que la DME a prouvé de nombreux avantages dans le développement de l'enfant et une prévention dans certains troubles du développement ou l'obésité.

**Question de recherche** (200 caractères)

Dans cette seconde section, vous devez exposer votre question de recherche **sous forme interrogative**. La question de recherche doit exposer au moins l'objet de votre étude, la population dans laquelle vous réaliserez votre étude et la durée du recueil de données. La question de recherche doit se situer dans le domaine de la spécialité médecine générale/soins premiers

**Quel est le ressenti des médecins généralistes dans les Hauts de France sur la Diversification menée par l'enfant (DME) ?**

**Méthode** (max 1200 caractères)

Dans cette section vous devez décrire la méthode expérimentale que vous allez utiliser pour



répondre à votre question de recherche. De cette méthode dépendront le [plan et la grille d'évaluation](#) de votre thèse

Recherche qualitative selon la méthode inspirée de la théorisation ancrée basée sur la réalisation d'entretiens semi-dirigés à destination des médecins généralistes installés en cabinet dans les Hauts-de-France.

Chaque entretien sera basé sur un guide d'entretien pouvant évoluer au fur et à mesure des entretiens.

Les entretiens seront réalisés en présentiel ou en distanciel et seront dans tous les cas enregistrés.

La réalisation des entretiens sera poursuivie jusqu'à suffisance des données.

Chaque entretien sera retranscrit afin de composer le verbatim.

L'analyse des verbatims permettra de créer des étiquettes expérientielles et des propriétés découlant sur la réalisation de catégories conceptuelles. Un modèle explicatif pourra ainsi être proposé selon les résultats. Une triangulation des données sera réalisée à l'aide d'un autre médecin connaissant la technique.

#### [But :](#)

Dans cette dernière section, vous devez indiquer à qui profiteront les résultats de votre étude : aux patients ? à la spécialité Médecine Générale / Soins premiers ? à l'élaboration d'une nouvelle étude dans le cadre de la spécialité ? à d'autres corps sociaux ?

Les résultats de l'analyse profiteront aux médecins généralistes des Hauts-de-France ainsi qu'à la spécialité de médecine générale. Cela pourrait également intéresser les pédiatres.

#### [Mots clés :](#)

Diversification menée par l'enfant (DME) / Baby led weaning (BLW)

Médecin généraliste / general practitioner

Trouble du comportement alimentaire du petit enfant

Obésité

Annexe 2 : Lettre d'information aux médecins

Bonjour,

Je suis Océane PRINCET, étudiante en DES de médecine générale.

Dans le cadre de ma thèse, je souhaite réaliser un entretien semi-dirigé sur la diversification alimentaire menée par l'enfant.

Il s'agit d'une recherche scientifique ayant pour but d'étudier le ressenti des médecins généralistes à ce sujet.

Si vous le souhaitez, je vous propose de participer à l'étude. Pour y répondre, vous devez être un médecin généraliste installé dans les Hauts-de-France. Votre participation à l'étude est facultative. Vous pouvez mettre fin à votre participation à tout moment.

Conformément à la réglementation sur la protection des données personnelles, vous pouvez exercer vos droits d'accès, rectifications, effacements et d'opposition sur les données vous concernant.

Pour assurer une sécurité optimale, ces données vous concernant seront traitées dans la plus grande confidentialité et ne seront pas conservées au-delà de la soutenance de ma thèse.

Cette étude fait l'objet d'une déclaration portant le n°2023 - 078 au registre des traitements de l'Université de Lille.

Pour toute demande, vous pouvez contacter le délégué à la protection des données à l'adresse suivante : [dpo@univ-lille.fr](mailto:dpo@univ-lille.fr). Sans réponse de notre part, vous pouvez formuler une réclamation auprès de la CNIL.

Merci à vous !

Merci beaucoup pour votre participation ! Pour accéder aux résultats scientifiques de l'étude, vous pouvez me contacter à cette adresse : [oceane.durand.etu@univ-lille.fr](mailto:oceane.durand.etu@univ-lille.fr).

Bien cordialement,

Océane PRINCET

**Question brise-glace :** Quelles sont les différentes techniques de diversification alimentaire à votre connaissance ?

- 1) A quel moment du développement de l'enfant, abordez-vous le sujet de la diversification alimentaire de l'enfant ?
- 2) Connaissez-vous les grands principes de la DME ? *(Si non : exposer rapidement la technique pour ne pas les laisser dans le flou et bloquer l'entretien)*
- 3) Comment présentez-vous la DME aux parents des patients ? *(ou autre méthode de diversification alimentaire si DME inconnue)*
- 4) Comment leur conseillez-vous de préparer les repas ? Avant eux ? En même temps qu'eux ? Avec les mêmes aliments ? *(DME connue ou pas)*
- 5) Quelles sont vos réticences à proposer cette méthode aux parents ? ou à certains parents ? Pourquoi ? *(DME connue ou pas)*

*Si DME totalement inconnue, passez directement à la question 9 :*

- 6) Quels sont pour vous les avantages principaux de cette méthode aussi bien sur du court terme que du long terme ?
- 7) Comment rassurez-vous les parents inquiets concernant le risque d'étouffement ?
- 8) Encouragez-vous cette méthode comme seule méthode de diversification ou conseillez-vous aux parents d'associer la méthode classique de diversification avec les purées et de compléter avec des aliments en morceaux ?
  
- 9) Quels sont les supports que vous conseillez aux parents pour qu'ils puissent se documenter par eux-mêmes sur le sujet (ou sur la diversification en général) pour faire le lien avec votre consultation ? *(DME connue ou pas)*
- 10) Quel est pour vous le rôle du médecin généraliste dans le cadre de la DME ? ou dans le cadre de la diversification alimentaire ? *(DME connue ou pas)*
- 11) Que serait-il utile à apporter aux médecins généralistes selon vous afin de promouvoir la DME ? *(DME connue ou pas)*
- 12) Quels sont les retours d'expériences aussi bien personnels que professionnels que vous pourriez me raconter concernant la DME ?
- 13) Avez-vous d'autres choses que vous voudriez ajouter sur ce sujet ?

---

**Fin de l'entretien : Demander au médecin de se présenter :**

- Âge médecin / Genre
- Durée d'installation ? Mode d'exercice ?
- Zone d'activité ? urbaine ? rurale ?
- Activité "spécialisée" de pédiatrie ? Formations complémentaires en pédiatrie ?
- Activités autres (pro / perso)

**Question brise-glace :** Quelles sont les différentes techniques de diversification alimentaire à votre connaissance ?

- 1) A quel moment du développement de l'enfant, abordez-vous le sujet de la diversification alimentaire de l'enfant ?
- 2) Connaissez-vous les grands principes de la DME ? *(Si non : exposer rapidement la technique pour ne pas les laisser dans le flou et bloquer l'entretien)*
- 3) Comment présentez-vous la DME aux parents des patients ? *(ou autre méthode de diversification alimentaire si DME inconnue)*
- 4) Comment leur conseillez-vous de préparer les repas ? Avant eux ? En même temps qu'eux ? Avec les mêmes aliments ? *(DME connue ou pas)*
- 5) *Si DME non proposée* : comment abordez-vous l'introduction des morceaux ?
- 6) Quelles sont vos réticences à proposer cette méthode aux parents ? ou à certains parents ? Pourquoi ? *(DME connue ou pas)*

*Si DME totalement inconnue, passez directement à la question 11 :*

- 7) Quels sont selon vous les critères qui sont requis pour une DME bien menée?
- 8) Quels sont pour vous les avantages principaux de cette méthode aussi bien sur du court terme que du long terme ?
- 9) Comment rassurez-vous les parents inquiets concernant le risque d'étouffement ?
- 10) Encouragez-vous cette méthode comme seule méthode de diversification ou conseillez-vous aux parents d'associer la méthode classique de diversification avec les purées et de compléter avec des aliments en morceaux ?
- 11) Quels sont les supports que vous conseillez aux parents pour qu'ils puissent se documenter par eux-mêmes sur le sujet (ou sur la diversification en général) pour faire le lien avec votre consultation ? *(DME connue ou pas)*
- 12) Quel est pour vous le rôle du médecin généraliste dans le cadre de la DME ? ou dans le cadre de la diversification alimentaire ? *(DME connue ou pas)*
- 13) Que serait-il utile à apporter aux médecins généralistes selon vous afin de promouvoir la DME ? *(DME connue ou pas)*
- 14) Quels sont les retours d'expériences aussi bien personnels que professionnels que vous pourriez me raconter concernant la DME ?
- 15) Avez-vous d'autres choses que vous voudriez ajouter sur ce sujet ?

---

Fin de l'entretien : Demander au médecin de se présenter :

- Âge médecin / Genre
- Durée d'installation ? Mode d'exercice ?
- Zone d'activité ? urbaine ? rurale ?
- Activité "spécialisée" de pédiatrie ? Formations complémentaires en pédiatrie ?
- Activités autres (pro / perso)

**Question brise-glace :** Quelles sont les différentes techniques de diversification alimentaire à votre connaissance ?

- 1) A quel moment du développement de l'enfant, abordez-vous le sujet de la diversification alimentaire de l'enfant ?
- 2) Connaissez-vous les grands principes de la DME ? *(Si non : exposer rapidement la technique pour ne pas les laisser dans le flou et bloquer l'entretien)*
- 3) Comment présentez-vous la DME aux parents des patients ? *(ou autre méthode de diversification alimentaire si DME inconnue)*
- 4) Comment leur conseillez-vous de préparer les repas ? Avant eux ? En même temps qu'eux ? Avec les mêmes aliments ? *(DME connue ou pas)*
- 5) *Si DME non proposée* : comment abordez-vous l'introduction des morceaux ?
- 6) Quelles sont vos réticences à proposer cette méthode aux parents ? ou à certains parents ? Pourquoi ? *(DME connue ou pas)*

*Si DME totalement inconnue, passez directement à la question 11 :*

- 7) Quels sont selon vous les critères qui sont requis pour une DME bien menée ?
- 8) Quels sont pour vous les avantages principaux de cette méthode aussi bien sur du court terme que du long terme ?
- 9) Comment rassurez-vous les parents inquiets concernant le risque d'étouffement ?
- 10) Encouragez-vous cette méthode comme seule méthode de diversification ou conseillez-vous aux parents d'associer la méthode classique de diversification avec les purées et de compléter avec des aliments en morceaux ?
  
- 11) Quels sont les supports que vous conseillez aux parents pour qu'ils puissent se documenter par eux-mêmes sur le sujet (ou sur la diversification en général) pour faire le lien avec votre consultation ? *(DME connue ou pas)*
- 12) Quel est pour vous le rôle du médecin généraliste dans le cadre de la DME ? ou dans le cadre de la diversification alimentaire ? *(DME connue ou pas)*
- 13) Que serait-il utile d'apporter aux médecins généralistes selon vous afin de promouvoir la DME ? *(DME connue ou pas)*
- 14) Quels sont les retours d'expériences aussi bien personnels que professionnels que vous pourriez me raconter concernant la DME ?
- 15) *Si DME est inconnue et expliquée au cours de l'entretien* : Pensez-vous proposer la DME maintenant que vous avez entendu parler de ce sujet ? Pourquoi ?
- 16) Avez-vous d'autres choses que vous voudriez ajouter sur ce sujet ?

---

**Fin de l'entretien :** Demander au médecin de se présenter :

- Âge médecin / Genre
- Durée d'installation ? Mode d'exercice ?
- Zone d'activité ? urbaine ? rurale ?
- Activité "spécialisée" de pédiatrie ? Formations complémentaires en pédiatrie ?
- Activités autres (pro / perso)



## RÉCÉPISSÉ ATTESTATION DE DÉCLARATION

Délégué à la protection des données (DPO) Jean-Luc TESSIER

Responsable administrative Yasmine GUEMRA

La délivrance de ce récépissé atteste que vous avez transmis au délégué à la protection des données un dossier de déclaration formellement complet. Vous pouvez désormais mettre en œuvre votre traitement dans le strict respect des mesures qui ont été élaborées avec le DPO et qui figurent sur votre déclaration.

Toute modification doit être signalée dans les plus brefs délais: [dpo@univ-lille.fr](mailto:dpo@univ-lille.fr)

### Responsable du traitement

<b>Nom</b> : Université de Lille	<b>SIREN</b> : 130 029 754 00012
<b>Adresse</b> : 42 Rue Paul Duez 590000 - LILLE	<b>Code NAF</b> : 8542Z <b>Tél.</b> : +33 (0) 3 62 26 90 00

### Traitement déclaré

<b>Intitulé</b> : Ressenti des médecins généralistes sur la diversification alimentaire menée par l'enfant (DME)
<b>Référence Registre DPO</b> : 2023-078
<b>Responsable scientifique</b> : M. Charles CAUET <b>Interlocuteur</b> : Mme Océane DURAND PRINCET

Fait à Lille,

Le 4 mai 2023

Jean-Luc TESSIER

Délégué à la Protection des Données

## Annexe 7 : Réflexion autour des catégories conceptuelles

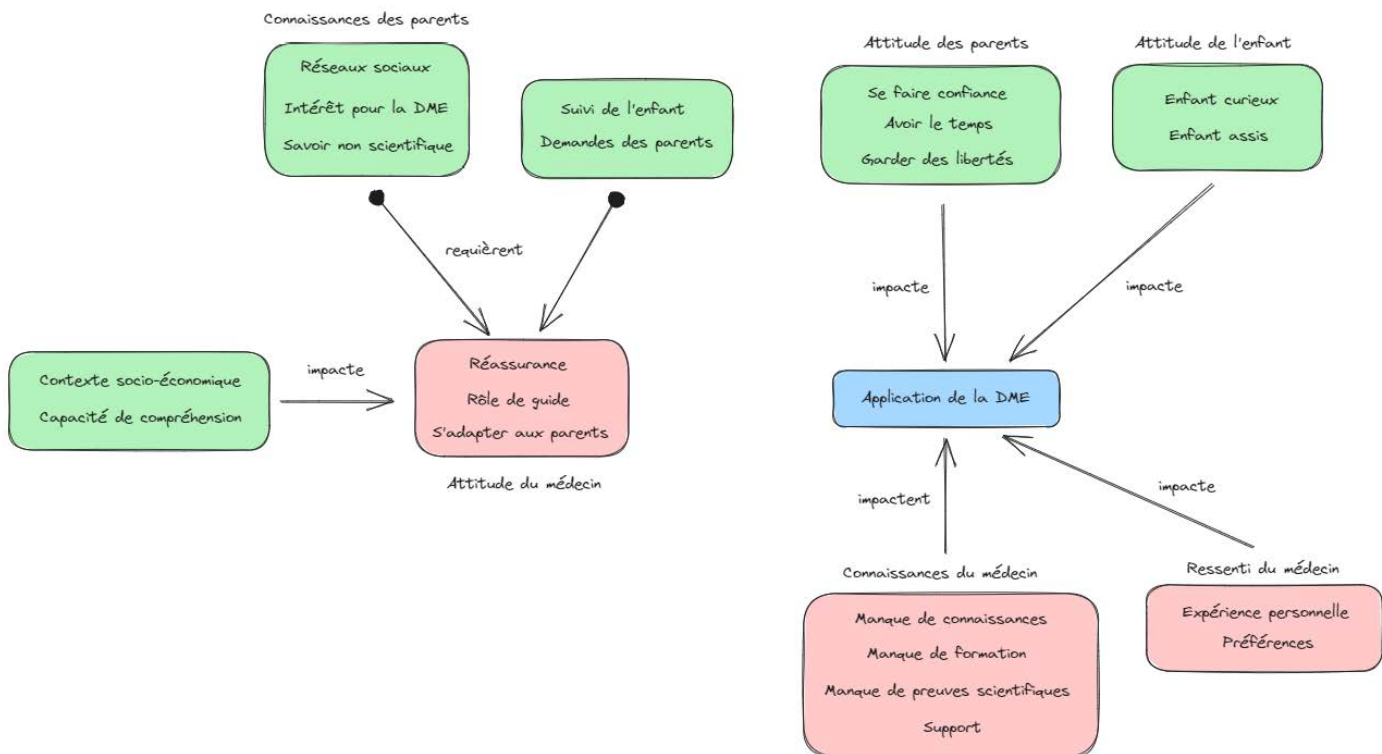
Propriétés dimensions	Catégorie conceptuelles
Savoir/être sachant Transmettre son savoir Assumer ne pas tout savoir / Connaître les limites de ses connaissances Peu de connaissances sur la diversification alimentaire Peu de connaissances sur la DME	Savoir
Expérience personnelle Manque d'expérience sur le sujet Partage d'expérience	Expérience
En demande d'informations prouvées En demande d'une information sur la DME Importance de l'enseignement Manque de connaissances sur la formation initiale Manque de temps pour la formation	Formation
Connaissances des parents sur le sujet Demande des parents sur la DME S'adapter à l'enfant S'adapter à son interlocuteur (capacités du parent) S'adapter aux parents S'écouter en tant que parents / Se faire confiance	Chaque patient ou famille est unique
Dimension psycho-affective de la diversification Impact familial et culturel Relation parent-enfant (anxiété) Revalorisation maternelle au travers de l'alimentation	Représentation de l'alimentation
Assumer ses préférences / Partager ses opinions Attitude paternaliste Diffuser le bon message au bon moment Encourager l'interprofessionnalité Importance du suivi de l'enfant Pilier central du médecin généraliste Prendre le temps nécessaire en consultation Relation de confiance Relation médecin patient (longitudinale) Remise en question de sa pratique S'adapter aux besoins de sa patientèle	Rôle du médecin
Accompagnement des parents Etre à l'écoute des parents Faciliter la diversification / Limiter les contraintes/la pression Guider les patients Rassurer les parents	Rôle de guide
Avantages de la DME Intérêt de la diversification Stimulation sensorielle Varier les techniques de diversification	Avantages (DME)
Contrainte DME : nécessité de surveillance / manque de temps Côté salissant de la technique Limites de la DME Manque de preuves scientifiques Peur de l'étouffement	Limites DME
Attitude des enfants dans la DME (curiosité) Principes/conditions de la DME (expérience sensorielle)	Conditions DME
Esprit critique sur la DME Favorable à la DME Manque d'intérêt Ne pas proposer la DME Non faisabilité de la DME exclusive Retour favorable sur la DME	Ambiguïté sur la DME
(Absence de) support Promouvoir le carnet de santé	Support
Esprit critique sur les recommandations Eviter le jugement Eviter les règles, dogmes Influence des réseaux sociaux Laisser libres les parents Lutter contre les idées reçues	Liberté

## Annexe 8 : Grille SRQR

N°	Objet	Item
<b>Titre et résumé</b>		
S1	Titre	Description concise de la nature et du sujet de l'étude. Il est recommandé d'identifier l'étude comme qualitative ou d'indiquer le type d'approche (ex : ethnographique, théorisation ancrée /grounded theory) ou les méthodes de recueil des données (ex : entretien de recherche, focus group).
S2	Résumé	Résumé des éléments clés de l'étude en utilisant le format requis par la revue ciblée ; cela inclut typiquement : le contexte, l'objet, les méthodes, les résultats et conclusions.
<b>Introduction</b>		
S3	Formulation du problème	- Description et importance du problème /phénomène étudié. - Passage en revue d'une théorie appropriée et de travaux empiriques afférents. - Énonciation du problème.
S4	Objectif ou question de recherche	Objectif de l'étude et objectifs spécifiques ou questions.
<b>Méthodes</b>		
S5	Approche qualitative et paradigme de recherche	- Type d'approche qualitative (ex. ethnographique, théorisation ancrée /grounded theory, étude de cas, phénoménologie, recherche narrative) et éventuellement champ théorique. - Identifier le paradigme de recherche (ex. post-positiviste, constructiviste /interprétatif) est également recommandé. - Justifications <sup>b</sup> .
S6	Caractéristiques et réflexivité des chercheurs	- Caractéristiques des chercheurs ayant pu influencer la recherche, y compris les caractéristiques personnelles, les qualifications /expériences, la relation avec les participants, les postulats de départ et/ou présupposés. - Exploration de l'interaction potentielle ou réelle entre les caractéristiques du chercheur et les questions de recherche, l'approche, les méthodes, les résultats et/ou la transférabilité (i.e., l'applicabilité des résultats à d'autres contextes empiriques).
S7	Contexte	- Cadre /terrain de l'étude et facteurs contextuels marquants. - Justifications <sup>b</sup> .
S8	Stratégie d'échantillonnage	- Comment et pourquoi les participants, les documents ou les événements étudiés ont été sélectionnés. - Critères de décision utilisés pour la taille de l'échantillon (ex. saturation de l'échantillon). - Justifications <sup>b</sup> .
S9	Questions éthiques relatives aux êtres humains.	- Informations relatives à l'autorisation par un comité d'éthique approprié et à l'obtention de consentement des participants, ou justification de l'absence de tels éléments. - Autres renseignements relatifs aux questions de confidentialité et de sécurité des données.
S10	Méthodes de recueil de données	- Types de données recueillies. - Détails des procédures de collecte de données, incluant le cas échéant : les dates de début et d'arrêt de la collecte et de l'analyse des données, le processus itératif (i.e., l'adaptation des outils de recueil lors du processus de va-et-vient entre le terrain et les outils de recueil), la triangulation des sources / méthodes, et la modification des procédures en réponse à l'évolution des résultats de l'étude. - Justifications <sup>b</sup> .
S11	Instruments et outils de recueil des données	- Description des instruments de recueil (ex. guides d'entretien, questionnaires à questions ouvertes) et des outils utilisés (ex. enregistreurs audio) pour la collecte des données. - Préciser si et comment les outils ont changé au cours de l'étude.
S12	Unités d'étude	- Nombre et caractéristiques pertinentes des participants, documents ou événements inclus dans l'étude. - Niveau de participation (cela pourrait être rapporté dans les résultats)
S13	Traitement des données	Méthodes de traitement des données avant et pendant l'analyse, y compris retranscription, saisie des données, gestion et sécurité des données, vérification de la qualité des données, codage des données et anonymisation /dé-identification des extraits cités.
S14	Analyse des données	Méthodes de traitement des données avant et pendant l'analyse, y compris retranscription, saisie des données, gestion et sécurité des données, vérification de la qualité des données, codage des données et anonymisation /dé-identification des extraits cités.
S15	Techniques pour améliorer la fiabilité	- Procédure par laquelle les inférences, les thèmes, etc., ont été identifiés et développés, y compris l'implication des chercheurs dans l'analyse des données. - Généralement, besoin de se référer à un paradigme ou à une approche spécifique. - Justifications <sup>b</sup> .
<b>Résultats</b>		
S16	Synthèse et interprétation	- Principaux résultats (ex. interprétations, inférences et thèmes). - Peut inclure le développement d'une théorie ou d'un modèle, ou la mise en perspective avec des recherches ou des théories antérieures.
S17	Liens avec des données empiriques	Éléments appuyant les résultats (ex. citations, notes de terrain, extraits de texte, photographies).
<b>Discussion</b>		
S18	Mise en perspective avec des travaux antérieurs, implications, transférabilité et contribution(s) au domaine d'étude	- Bref résumé des principaux résultats - Explication de la manière avec laquelle les résultats et les conclusions sont en lien, soutiennent, élaborent ou réfutent les conclusions de travaux de recherche antérieurs. - Discussion de la portée de la recherche quant à l'application /généralisabilité des résultats. - Montrer en quoi la recherche contribue de façon singulière au corps de connaissances dans une discipline ou un domaine
S19	Limites	Fiabilité et limites des résultats
<b>Autres</b>		
S20	Conflits d'intérêts	- Sources potentielles d'influence ou influence perçue lors de la réalisation de l'étude et des conclusions. - Comment celles-ci ont été gérées.
S21	Financement	- Sources de financement et autres soutiens. - Rôle du financeur dans le recueil des données, l'interprétation et la rédaction des résultats.



## Annexe 9 : Modélisation des résultats - version 1



## Annexe 10 :

### JOURNAL DE BORD DE THÈSE

**Printemps 2021** : J'ai envie de faire une thèse sur l'alimentation de l'enfant. Initialement, réflexion autour des laits maternels. Finalement, je me suis intéressée plutôt à la diversification alimentaire de l'enfant, et plus particulièrement à la DME.

**Septembre 2021** : Après quelques lectures, et une assez vague idée de question de recherche, discussion avec Charles CAUET suite à un GEP avec Maurice PONCHANT à propos du sujet. Charles était intéressé par le sujet et a tout de suite accepté d'être mon directeur de thèse.

A la suite de cette discussion, poursuite des recherches de façon plus intensive pour faire la bibliographie et mieux orienter la question de recherche.

Sur les conseils de Charles, suite à une thèse faite en 2019 sur la DME et le versant patient et le peu de références scientifiques sur la DME, nous décidons de partir une étude qualitative sur le ressenti des médecins généralistes sur la DME.

Les grandes idées au départ sont les suivantes :

Étude qualitative avec entretiens téléphoniques avec médecins généralistes

- Connaissances de la DME : conditions nécessaires pour débiter
- Avis sur le DME
- Conseillent-ils la DME aux parents ?
- Inquiétudes face à cette méthode ?
- Avantages qu'il pensent trouver à travers cette méthode ?
- Ont-ils pratiqué cette méthode personnellement ?

Public concerné : Trouver des médecins généralistes d'âge varié

→ Poursuite des recherches bibliographiques.

#### **ENTRETIEN AVEC CHARLES LE 23 DECEMBRE 2021**

Faire un entretien semi-dirigé plutôt en présentiel pour plus d'authenticité

1<sup>ère</sup> partie : montrer quelle est cette technique, leurs connaissances

2<sup>ème</sup> partie : qu'en pensent-ils ? comparer méthode classique ? d'accord pour le mettre en pratique ?

Résultats en attente : Oui c'est une bonne technique ? Non ce n'est pas intéressant et surtout les raisons de leur avis.

Prévoir d'organiser environ 10-15 entretiens avec des médecins généralistes pour atteindre la suffisance des données

- Prévoir de faire un petit topo à l'oral rapidement si aucune connaissance sur la DME
- Envoyer la lettre d'information aux médecins qui acceptent de faire l'entretien
- Les convoquer pour un entretien individuel dans le lieu qui les arrange

Méthodologie : Théorisation ancrée / faire un échantillonnage raisonné et varié :

- Médecins qui pratiquent la pédiatrie ou non / âge varié des médecins / pas besoin de connaître la DME, aucune connaissance requise sur le développement de l'enfant

Objectif principal : comprendre l'avis des MG sur la DME

→ Faire la fiche de thèse

Conseil de faire un entretien test avec un médecin généraliste qui pratique beaucoup de pédiatrie et connaît bien cette méthode

Questionnement : Trouble de l'oralité chez l'enfant : la faute des morceaux introduits trop tardivement ? Études dans ce sens ?

→ Rédaction de la fiche de thèse terminée

#### **ENTRETIEN AVEC CHARLES LE 10 MARS 2022 :**

A réfléchir :

- Fiche de thèse : ok pour envoi avec bibliographie
- Contrat de publication ? : choix 2
- Demande autorisation CNIL ? Comité d'éthique du CNGE ? : non nécessaire
- Préparation canevas interrogatoire
- Prévoir lettre d'information expliquant le but / déroulement de l'étude ? : à remettre avant le début d'entretien ?

A la fin de l'entretien : demander au médecin de se présenter / Interrogatoire

- Age médecin / Genre / Lieu de l'entretien
- Durée installation ? Mode d'exercice ?
- Durée de l'entretien
- Zone d'activité ? urbaine ? rurale ?

Modalités entretiens :

- Prévoir demande de consentement de l'interrogé au préalable
- Prévoir moyen d'enregistrement
- Prévoir moyen pour retranscrire à l'écrit les enregistrements : Via Google ou via Word ?
- Prévoir de noter aussi les éléments de communication non verbale

Loi Jardé ? : non concerné dans ma thèse mais à noter dans la méthodologie éventuellement

Poursuivre le journal de bord (notes) tout au long du travail

Faire un pré test avec une personne que je connais (pour s'entraîner à l'interview) : parents/ami/médecin

Guide d'entretien :

Structurer le guide d'entretien et mettre en place la question « brise-glace » pour initier l'interview

Questions ouvertes (jamais fermées)

Conseil utilisation livre sur la recherche qualitative

Prévoir entretien entre 15 et 40 min

Interroger Dr B (Médecin généraliste spécialisée pour les enfants) : A prendre comme entretien test.

Pour l'échantillonnage : 2 possibilités

- Échantillonnage raisonné : je choisis ce médecin ou celui-ci pour telle raison
- Échantillonnage par effet boule de neige : demander à la personne interviewée qui pourrait répondre à mes questions
  - Limite : reste proche du médecin généraliste en général

Plutôt s'orienter vers un échantillonnage raisonné mais possibilité de demander après chaque entretien, de conseiller 1 ou 2 médecins à éventuellement interroger pour faciliter le réseau

**Mes idées de questions pour le guide d'entretien :**

Connaissez-vous la DME ?

Comment présentez-vous les DME aux parents des patients ?

Avez-vous des réticences à proposer cette méthode aux parents ? ou à certains parents ?

Quels sont pour vous les avantages principaux de cette méthode aussi bien sur du court terme que du long terme ?

Avez-vous eu l'occasion de mettre en place à titre personnel cette méthode ?

Encouragez-vous cette méthode comme seule méthode de diversification ou conseillez-vous aux parents d'associer la méthode classique de diversification avec les purées et de compléter avec des aliments en morceaux ?

Demander au médecin de se présenter mais plutôt à la fin :

- Age médecin / Genre
- Durée installation ? Mode d'exercice ?
- Zone d'activité ? urbaine ? rurale ?
- Activités autres (pro / perso)

à Encore besoin de trouver une question brise-glace ++

Objectif principal : Quel est le ressenti ?

Objectif secondaire : sensibilisation des MG à la DME

**Fiche de thèse envoyée le 12 mars 2022 :** Validation de la fiche de thèse le 24 mars (par les 3 jurys)

Finalisation du 1<sup>er</sup> guide d'entretien pour 1<sup>er</sup> interrogatoire

**ENTRETIEN AVEC CHARLES LE 8 MAI 2022 :**

1<sup>er</sup> guide d'entretien validé auprès de Charles.

**Nouvelles étapes :**

- Faire valider ma thèse au niveau éthique
  - Contacter par mail Arnaud Lagache (DPO : délégué de la protection des données) : transmettre le guide d'entretien + fiche de thèse + autres documents ?

→ Mail envoyé le 08/06, attente du récépissé, à joindre en annexe de la thèse.

**Contact Dr B pour réalisation du 1<sup>er</sup> entretien test**

- Mail envoyé le 8/05 à RDV prévu le 21/06
- Privilégier entretien en présentiel pour le non verbal (difficultés selon les emplois du temps respectifs à trouver des dates avec les stages, mais nettement plus riche à faire en présentiel donc décision de pas de visio).
- S'entraîner à la maison à faire l'entretien sans le guide d'entretien pour plus de fluidité
- Enregistrement dictaphone (x2 au cas où l'un tombe en panne)

**Réflexions autour de la recherche qualitative et les différentes options :**

- Prélever un échantillon utile, pas forcément représentatif car but de comprendre un phénomène à donc sélectionner des participants permettant certains éclairages du phénomène avec diversité d'expérience
- Échantillonnage raisonné à variation maximale : non concernée

- A n'utiliser que pour des analyses thématiques dans l'analyse inductive générale, permet de travailler avant de lancer une recherche quantitative
- Échantillonnage homogène : utiliser en phénoménologie à non concernée également
  - Prélever une population ciblée par la question de recherche des participants ayant vécu le phénomène à étudier
- **Échantillonnage théorique : analyse par théorisation ancrée** : correspond à mon idée de thèse
  - Échantillonnage orienté par la théorie au fur et à mesure de son émergence
  - 1<sup>er</sup> participant : sera dans la population d'intérêt pour la question de recherche initiale. Une fois l'analyse ouverte et axiale, une hypothèse intermédiaire va émerger et servira à recruter le participant suivant, il n'y a donc pas d'a priori initial sur les caractéristiques des participants de l'étude.
  - = démarche d'échantillonnage purement inductive

### ENTRETIEN TELEPHONIQUE AVEC CHARLES DU 1<sup>ER</sup> JUILLET 2022 :

- Debrief du 1<sup>er</sup> entretien
  - Discussion autour de l'analyse du verbatim ?
  - Prévoir la triangulation avec Camille

#### A faire :

- **Zotero à mettre à jour ++++**
- Continuer à faire de la recherche bibliographique
- **Rédaction de l'introduction** :
  - À faire maintenant et être concis +++
- Rédaction de la thèse :
  - Plutôt modèle court, type thèse article : Faire des phrases simples < 15 mots, enlever le bois mort, ne pas faire de Proust ! Thèse d'environ 50-60 pages max
- Rédaction de la méthodo
- **Entretien n°1** : 1<sup>er</sup> entretien à prendre à ne pas prendre à part entière ?? à Normalement il faut d'abord l'analyser avant de commencer le suivant mais finalement faire un entretien 1 bis pour retrouver un médecin moins expert. A réfléchir selon les autres entretiens si finalement on l'intègre.
- **Trouver un entretien 1 bis** : Avoir un entretien 1 bis avant de traiter ce sujet
- Poursuite de la méthode d'échantillonnage raisonnée avec médecins trouvés par moi-même
- **Revoir la question brise-glace** à finalement non modifiée

Réflexion autour du Jury de thèse. 3 ou 4 personnes, Charles me propose de demander au Dr PONCHANT et réfléchir à un président de thèse, Professeur BERKHOUT ou un pédiatre PUPH si éventuellement intéressé.

Poursuite des entretiens après la période estivale : fin août. Beaucoup de difficultés à caler les RDV avec les horaires d'internat et les disponibilités des médecins

→ Prévoir à mon retour de voyage fin février de dédier environ 2 jours par semaine OFF sans remplacement pour se consacrer à ma thèse et avancer plus efficacement sur les entretiens.

Triangulation systématique avec Camille après chaque entretien et avant d'organiser le suivant : fonctionne bien, très peu d'idées divergentes.

### APPEL TELEPHONIQUE AVEC CHARLES FIN MARS 2023 :

- Bonne avancée sur les entretiens
- Saturation des données qui semble atteinte. Donc prévoir de faire 2 entretiens supplémentaires pour valider cela.
- Fixation de la date de thèse.
- Jury ok avec documents pour la fac à jour.
- Introduction + méthodo ok
- Finalisation des 2 derniers entretiens avec triangulation avec Camille
- Objectif : avoir fini fin avril les entretiens idéalement

#### Courant avril 2023 :

Analyse complète de tous les résultats avec la méthode des posts-it

Retranscription des phrases du verbatim dans tableau Excel avec création de toutes les propriétés conceptuelles selon les propriétés dimensions

### VISIO AVEC CHARLES LE 1<sup>ER</sup> MAI 2023

- Analyse des résultats ok
- Propriétés conceptuelles ok
- Saturation des données confirmée

#### A faire :

- Rédaction des résultats et de la discussion avec références bibliographiques.
- Choisir les parties de verbatims les plus parlantes pour illustrer chaque résultat.

- Nouvelle vérification de toutes mes références bibliographiques dans Zotero, vérifier qu'elles sont bien conformes
- Réflexion autour de la modélisation des résultats

### VISIO AVEC CHARLES LE 29 MAI 2023

- Résultats et discussion terminés
- Poursuite réflexion autour de la modélisation
- Rédaction du résumé

### Début juin :

Envoi de la version finale de ma thèse avec mise en page à Charles pour relecture

RDV pris avec Aline MAZIN pour validation de bibliographie : tout est validé le 8 juin

Relectures de mon manuscrit par plusieurs personnes pour éviter coquilles ou fautes d'orthographe.

Puis envoi de ma version finale de thèse à Charles pour dernières corrections, conseils + modélisation des résultats.

Analyse anti-plagiat le 14 juin puis impression et remise de ma thèse aux jurys.

**AUTEURE : Nom : PRINCET**

**Prénom : Océane**

**Date de soutenance : 29 juin 2023**

**Titre de la thèse : La diversification alimentaire menée par l'enfant : attitude des médecins généralistes dans les Hauts-de-France**

**Thèse - Médecine - Lille 2023**

**Cadre de classement : Médecine Générale**

**DES + FST/option : Médecine Générale**

**Mots-clés : Diversification alimentaire menée par l'enfant (DME) / Baby led weaning (BLW) Médecin généraliste / general practitioner, suivi de l'enfant / child follow-up**

### **Résumé**

**Contexte :** La diversification alimentaire menée par l'enfant est une méthode de diversification récente, très en vogue actuellement. Le médecin généraliste joue un rôle important dans le suivi de l'enfant et donc de conseil lors du début de la diversification. L'objectif de cette étude était de s'intéresser à l'attitude des médecins généralistes vis-à-vis de la DME.

**Méthode :** Une étude qualitative par entretiens individuels compréhensifs a été menée dans les Hauts-de-France entre juin 2022 et avril 2023 auprès de médecins généralistes installés. Cette étude a été menée par théorisation ancrée avec triangulation des données.

**Résultats :** Un total de 9 entretiens a permis d'atteindre la suffisance des données. Les médecins généralistes rapportaient plusieurs avantages à la DME, en particulier l'autonomisation de l'enfant et la diminution des troubles de l'oralité. Il existait cependant des limites à cette technique, en particulier la nécessité de compréhension des parents, une surveillance importante lors des repas et le manque d'expérience des médecins. Cela rendait alors la DME difficile à proposer spontanément.

**Conclusion :** La DME apparaît comme une technique de diversification discutable parmi les médecins généralistes. De nombreux avantages associés à cette technique ne sont pas appuyés par des références scientifiques. Cela freine les médecins dans la promotion de la DME. Les médecins généralistes préfèrent avoir un rôle de guide auprès des parents et s'adapter à leurs demandes plutôt que de leur proposer spontanément une technique controversée

### **Composition du Jury :**

**Président : Monsieur le Professeur Christophe BERKHOUT**

**Assesseurs : Monsieur le Docteur Maurice PONCHANT**

**Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Charles CAUET**