

Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2019/2020

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE (décret du 16 janvier 2004)

présentée et soutenue publiquement
le 29 juin 2020 à Poitiers
par **Morgane ABGRALL**

Titre

Exploration des besoins biopsychosociaux des parents et leurs ressources
au cours de la diversification alimentaire de leur enfant.

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur Ludovic GICQUEL

Membres : Monsieur le Professeur Frédéric MILLOT
Madame le Docteur Florence RETAUD

Directrice de thèse : Madame le Docteur Marion ALBOUY-LLATY

Table des matières

Remerciements	6
Liste des abréviations et des acronymes	8
Introduction	9
Matériel et méthode	12
I. Schéma d'étude.....	12
II. Population de l'étude	12
1. Sélection des participants	12
2. Echantillonnage.....	13
3. Prise de contact.....	13
III. Contexte	13
IV. Recueil des données.....	13
V. Analyses des données.....	14
Résultats	15
I. Caractéristiques de la population de l'étude	15
II. Les besoins liés aux caractéristiques individuelles et les ressources personnelles mobilisées	16
1. Besoin de connaissances lié au questionnement des parents.....	16
2. Besoin de réassurance lié à l'anxiété	16
3. Besoin d'expériences lié à la curiosité ou à la capacité de chercher l'information	18
4. Les supports mobilisés	19
III. L'environnement social	20
1. Besoin de soutien physique et moral.....	20
2. Besoin d'échanges.....	21
3. Les ressources humaines : les proches, les professionnels et les réseaux.....	21
IV. Les facteurs environnementaux et socio-économiques.....	22
1. Besoin de temps pour s'occuper d'un enfant	22
2. L'alimentation : le fait-maison et les produits industriels.....	22
3. Le budget : différent d'un foyer à l'autre.....	23
4. Les ressources mobilisées : le temps de travail et les supports matériels.....	24
V. Les facteurs culturels.....	25
1. Les différences intergénérationnelles.....	25
2. Les différences ethniques.....	25
3. La place de la femme dans la société.....	26
Discussion	27
I. Discussion de la méthode : Forces et faiblesses de l'étude	27
1. Forces de l'étude	27
2. Limites et biais de l'étude.....	28

II. Discussion des résultats : Les besoins des parents en matière de diversification alimentaire et leurs ressources (personnelles, familiales)	29
1. Les caractéristiques de l'individu	29
2. L'environnement social	30
3. Les facteurs environnementaux et socio-économiques	32
4. Les facteurs culturels.....	33
III. Perspectives.....	34
1. L'information de qualité.....	34
2. La cohésion des professionnels.....	35
3. Ateliers d'échanges de proximité.....	36
Conclusion	38
Références bibliographiques	39
Figures.....	43
Tableaux.....	46
Annexes.....	48
Annexe I : Fiche d'invitation aux parents	48
Annexe II : Questionnaire quantitatif parents.....	49
Annexe III : Guide d'entretien focus group semi-dirigé parents	51
Annexe IV : Guide d'entretien individuel semi-dirigé parents	52
Annexe V : Formulaire d'information des participants	54
Annexe VI : Formulaire de consentement des participants.....	55
Résumé et mots-clés.....	56
Serment.....	57

Le Doyen,

Année universitaire 2019 - 2020

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE**Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers**

- BOULETI Claire, cardiologie (**absente jusque début mars 2020**)
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie – virologie
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie – réanimation
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- DROUOT Xavier, physiologie
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRASCA Denis, anesthésiologie-réanimation
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique
- GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GILBERT Brigitte, génétique
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- HOUETO Jean-Luc, neurologie
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
- ISAMBERT Nicolas, oncologie
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique t cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, oncologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation (**en détachement**)
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
- LECLERE Franck, chirurgie plastique, reconstructrice
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- MACCHI Laurent, hématologie
- MCHAIK Jiad, chirurgie infantile
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MIGEOT Virginie, santé publique
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, anesthésiologie – réanimation
- NEAU Jean-Philippe, neurologie
- ORIOT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie
- PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
- PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie

- ROBERT René, réanimation
- ROBLLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLLOT Pascal, médecine interne
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SAULNIER Pierre-Jean, thérapeutique
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- SILVAIN Christine, hépato-gastro-entérologie
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie
- THILLE Arnaud, réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- WAGER Michel, neurochirurgie
- XAVIER Jean, pédopsychiatrie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY-LLATY Marion, santé publique
- BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie – virologie
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail (**en détachement**)
- BILAN Frédéric, génétique
- BOISSON Matthieu, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- CASTEL Olivier, bactériologie - virologie – hygiène
- CAYSSIALS Emilie, hématologie
- COUDROY Rémy, réanimation
- CREMNITER Julie, bactériologie – virologie
- DIAZ Véronique, physiologie
- FROUIN Eric, anatomie et cytologie pathologiques
- GARCIA Magali, bactériologie-virologie
- JAVAUQUE Vincent, néphrologie
- KERFORNE Thomas, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- LAFAY Claire, pharmacologie clinique
- MARTIN Mickaël, médecine interne
- PALAZZO Paola, neurologie
- PERRAUD Estelle, parasitologie et mycologie
- SAPANET Michel, médecine légale
- THULLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités

- PELLERIN Luc, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités de médecine générale

- BINDER Philippe

Professeurs associés de médecine générale

- BIRAULT François
- FRECHE Bernard
- MIGNOT Stéphanie
- PARTHENAY Pascal
- VALETTE Thierry
- VICTOR-CHAPLET Valérie

Maitres de Conférences associés de médecine générale

- AUDIER Pascal
- ARCHAMBAULT Pierrick
- BRABANT Yann

Enseignants d'Anglais

- DEBAIL Didier, professeur certifié

Professeurs émérites

- ALLAL Joseph, thérapeutique (08/2020)
- BATAILLE Benoît, neurochirurgie (08/2020)
- CARRETIER Michel, chirurgie générale (08/2021)
- DORE Bertrand, urologie (08/2020)
- GIL Roger, neurologie (08/2020)
- GOMES DA CUNHA José, médecine générale (08/2021)
- GUILHOT-GAUDEFROY François, hématologie et transfusion (08/2020)
- HERPIN Daniel, cardiologie (08/2020)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (16/02/2021)
- MARECHAUD Richard, médecine interne (24/11/2020)
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (08/2021)
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire (08/2020)
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (08/2020)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (08/2021)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOT Catherine, hématologie – transfusion
- BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, oncologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- EUGENE Michel, physiologie (ex-émérite)
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- GUILLET Gérard, dermatologie
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (ex-émérite)
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (ex-émérite)
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- PAQUEREAU Joël, physiologie
- POINTREAU Philippe, biochimie
- POURRAT Olivier, médecine interne (ex-émérite)
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- TOURANI Jean-Marc, oncologie
- VANDERMARCCQ Guy, radiologie et imagerie médicale

Remerciements

A Monsieur le Professeur Ludovic GICQUEL,

Vous me faites l'honneur de présider mon jury de thèse. Votre avis expert en tant que chef du Pôle Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent m'est essentiel. Veuillez trouver dans ce travail l'expression de ma reconnaissance et de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur Frédéric MILLOT,

Je vous remercie de votre présence et de l'intérêt que vous avez accepté de porter à mon travail de thèse. Veuillez recevoir l'expression de ma sincère gratitude et de mon profond respect.

A Madame le Docteur Florence RETAUD,

Je te remercie d'avoir accepté de participer à mon jury de thèse et pour tout ton soutien depuis mon entrée en PMI. Par ta bienveillance et ton expérience tu m'as permis de développer mes compétences. Que ce travail puisse être le témoignage de toute ma sincère gratitude.

A Madame le Docteur Marion ALBOUY-Llaty,

J'ai l'honneur que vous dirigiez mon travail de thèse. Je vous remercie pour votre enthousiasme, votre encadrement et vos remarques constructives à l'égard de ce travail. Que ce travail puisse être l'expression de ma profonde et respectueuse gratitude.

Aux parents rencontrés,

Merci pour votre disponibilité et votre volontariat. Veuillez trouver dans ce travail le témoignage de mon profond engagement professionnel.

Aux professionnels de santé et de la petite enfance,

Merci aux Dr Florian DESHAYES, Dr Brigitte LAMOME, Dr Estelle DUBOIS, Dr Julia MAUHOURET ainsi qu'à tous les médecins généralistes investis pour diffuser les invitations. Merci à l'ensemble des équipes de PMI de la Vienne et en particulier aux professionnels de la MDS de Jaunay-Marigny, Châtellerauld et Poitiers. Merci également aux professionnels des lieux d'accueil de la petite enfance de la Vienne.

Aux professionnels du réseau de la CPAM,

Merci pour votre disponibilité et votre intérêt vis-à-vis de mon travail. J'espère sincèrement que le travail de partenariat se poursuivra dans l'avenir.

A mes supers collègues,

Un grand merci à mes collègues de la MDS de Jaunay-Marigny, pour tout ce que vous m'apportez au quotidien, tant sur le plan personnel que professionnel. Mention spéciale pour mes collègues de PMI : vous êtes géniales !

A mes parents,

Pour votre soutien depuis le début. Pour m'avoir appris tant de choses essentielles dans la vie, entre autre la persévérance et l'ouverture d'esprit. Merci pour tous ces moments partagés ensemble. Merci pour tout.

A ma sœur,

Pour son soutien et tous ces bons moments. Heureuses propriétaires et bientôt voisines, je te souhaite de croiser le bonheur sur ce nouveau chemin.

A mes grands-parents, mon papy Emile

Pour toute leur affection et leur enseignement depuis mon enfance. J'espère avoir encore la chance de profiter de ces moments avec vous.

A Pierre-Antoine,

Merci de ta confiance, de ton amour... Une rencontre il y a plus de dix ans, de nombreux chapitres qui nous ont enseignés la patience, permis de trouver l'équilibre... Nous voilà prêts pour la suite des aventures.

A la famille Kraimps,

Je vous remercie de m'avoir accueillie si chaleureusement parmi vous. Les innombrables souvenirs partagés avec vous me sont précieux. Merci pour tout.

A ma Muguette,

Tant d'années et une amitié toujours aussi florissante ! Je te suis profondément reconnaissante pour ton soutien infaillible et pour toutes ces conversations à refaire le monde. Je te souhaite de trouver la sérénité et l'épanouissement après toutes ces épreuves traversées.

A mes supers copines de fac,

Pensée particulière pour ma Binôme *Twinkle twinkle little star*

Naira, reste Nanar du 36 ^^ Marlaine, merci pour ce nez ^^ ; Marie, merci d'être avec moi dans la top liste de l'alphabet ! Marion, garde la base de la conversation ! Estelle, j'espère qu'où que tu sois tu prendras le passage secret jusque chez moi... Merci pour tous ces incroyables moments !! Les soirées internat, les conversations au CREM, de Bordeaux aux pistes de Peyragudes, d'Amsterdam à Paris en passant par Madrid et la Bolivie Kiss ...

Løve

A mes copines rochelaises,

J'ai toujours une pensée pour chacune, Chloé, Camille, Marie... A quand l'ouverture de notre pôle enfance ?!

A ma coloc de choc, à mes co internes,

A ma quiche préférée... Merci pour ces bonnes et « mauvaises » aventures ! Tu es super, ne change rien ! Rochefort, Saintes ou Poitiers... Merci à tous pour les fous rires, les week-ends et tous les autres bons souvenirs.

Aux copains de Poitiers,

Merci à tous, merci pour les soirées à Treillet, Dampierre, Oléron... Pas merci pour le son ! Merci à Julia, Manon, Atcha ... A très vite pour un thé, des conseils brico, trocs de graines !

Liste des abréviations et des acronymes

AA : Allaitement artificiel

AFPA : Association Française de Pédiatrie Ambulatoire

AM : Allaitement maternel

ARS : Agence Régionale de Santé

CAF : Caisse d'Allocation Familiale

CHU : Centre Hospitalier et Universitaire

CNAF : Caisse Nationale des Allocations Familiales

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

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

DME : Diversification Menée par l'Enfant

HCSP : Haut Conseil de la Santé Publique

IMC : Indice de Masse Corporelle

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PMI : Protection Maternelle et Infantile

PNNS : Programme National Nutrition et Santé

RAM : Relais des Assistantes Maternelles

TISF : Technicien(ne) de l'Intervention Sociale et Familiale

Introduction

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la diversification alimentaire par l'introduction de tout aliment solide ou liquide autre que le lait maternel, dans le régime du nourrisson, à l'exception des suppléments en vitamines et minéraux, de l'eau de boisson et des solutés de réhydratation orale (1).

Comme le décrit D. Turck, la diversification alimentaire est une phase d'adaptation physiologique, sensorielle et psychoaffective à une alimentation autonome et omnivore (2). Cette étape majeure dans le développement de l'enfant est soumise à l'influence des habitudes familiales et de l'environnement socio-culturel de ce dernier (3).

Au cours de ces dernières années, les recommandations concernant la diversification alimentaire ont fréquemment été modifiées en lien avec les études scientifiques et l'évolution de notre société.

En 2017, de nouvelles recommandations européennes ont été mises à jour (4).

Il est désormais bien établi que la diversification doit être débutée entre 4 et 6 mois révolus. Cela correspond à une période où le réflexe de protrusion diminue permettant ainsi la progression d'aliments solides dans la bouche. En même temps, les capacités du système digestif et rénal de l'enfant augmentent. La notion de « fenêtre de tolérance » entre 4 et 6 mois permet l'inclusion de tous les aliments, y compris les plus allergisants et le gluten, en petites quantités, quel que soit le terrain atopique (5).

L'allaitement maternel doit être encouragé pour être maintenu les premiers mois et le lait de vache n'est pas recommandé avant 12 mois afin d'éviter les carences en fer (6).

L'introduction des textures doit suivre le développement de l'enfant (7). De plus, les enfants ont des comportements très adaptatifs dans le domaine alimentaire : ils éprouvent du plaisir à consommer ce qui est nourrissant, sont attirés par les odeurs avec lesquelles ils ont été familiarisés pendant leur vie intra utérine ou la phase de l'allaitement et se montrent très peu sélectifs. Cette période d'ouverture est donc idéale pour apprendre à l'enfant à apprécier une large variété d'aliments (8).

Cette période est influencée très tôt par le milieu socio-culturel de l'enfant bien que les études manquent concernant le nourrisson (9). Aujourd'hui, les parents sont encouragés à nourrir leur enfant en réponse aux signaux de faim et de satiété de celui-ci, en évitant d'utiliser l'alimentation comme un réconfort ou une récompense.

D'autre part, si l'alimentation de l'enfant met en jeu la dimension psychosociale, elle constitue également un déterminant de sa santé actuelle et future.

En effet, de plus en plus d'études mettent en évidence un lien entre la croissance pondérale rapide de l'enfant et la surcharge pondérale de l'enfant et de l'adulte (10). Il apparaît aussi important d'être attentif à la qualité des aliments donnés au nourrisson qu'à la quantité. Ainsi l'ajout de sel et de sucre ne sont pas recommandés tout comme les boissons sucrées (jus de fruits par exemple) (11).

La plupart des études mettent en parallèle les pratiques et les recommandations concernant la diversification alimentaire (4,12), certaines focalisent sur les difficultés rencontrées durant de cette période (12). Tout ceci met en évidence le défi parental que représente l'alimentation de leur enfant tant sur le plan physiologique que sur le plan psychologique et sociologique.

Le modèle de Maslow nous présente l'organisation des besoins humains par une hiérarchie pyramidale où, à la base, on retrouve les besoins physiologiques élémentaires et à son sommet, on retrouve les besoins psychologiques et affectifs d'ordre supérieur. Ce sont ces besoins qui créent la motivation humaine. Le lien entre les divers niveaux de besoins est différent selon les personnes (13).

Par ailleurs, l'intégration du modèle biopsychosocial est de plus en plus fréquente dans la pratique médicale. Ce modèle remonte à la fin des années 1970 et permet de considérer la subjectivité du patient comme pouvant contribuer à la précision du diagnostic et à l'amélioration de son état de santé, contrairement au modèle biomédical qui ne conçoit la maladie qu'en termes de paramètres biologiques (14).

De manière plus globale, l'offre alimentaire, l'aménagement du territoire, le marketing, les normes sociales ont un effet déterminant sur les comportements de santé et contribuent aux inégalités de santé (15). Cependant, à notre connaissance, peu d'études scientifiques sur la diversification alimentaire prennent en compte les perspectives psychologiques et sociales dans leurs résultats, c'est-à-dire les déterminants de santé. Ceux-ci ont été définis par l'OMS en 1999, et sont présentés selon le modèle de Dahlgren et Whitehead (16). Différents niveaux d'influence de nombreux facteurs ayant des effets sur la santé et sur lesquels il est possible d'agir apparaissent : l'individu à travers son mode de vie, la communauté à travers son soutien aux changements de comportements, les politiques locales au travers l'aménagement du territoire et les politiques socio-économiques, environnementales et sanitaires.

La nutrition, qui comprend à la fois l'alimentation mais aussi l'activité physique, constitue un levier majeur pour améliorer le niveau de santé de la population (17).

En janvier 2017, le Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP) a publié l'actualisation des recommandations nutritionnelles du Programme National Nutrition Santé (PNNS) pour les adultes. Il permet de souligner l'intérêt des déterminants liés aux modes de vie, eux-mêmes liés aux autres niveaux de déterminants : consommer des fruits à coque, des légumineuses, privilégier les produits issus d'une agriculture limitant les pesticides, pratiquer différents types d'activité physique. Cependant, malgré la mise en place de campagnes de sensibilisation depuis les années 2000 telles que : « manger 5 fruits et légumes par jour », « ne pas manger trop gras trop sucré trop salé », le comportement alimentaire de la population française a peu évolué entre 2006 et 2015 (18).

De plus, les inégalités sociales de santé en nutrition subsistent car il est constaté des disparités de comportements alimentaires en fonction de l'âge, du sexe, du niveau d'étude ou encore de la région (19).

C'est donc pour approfondir la place des déterminants de santé lors de la diversification alimentaire que l'objectif principal de ce travail consiste à explorer les besoins biopsychosociaux des parents au cours de cette période. L'objectif secondaire est d'identifier les différentes ressources qu'utilisent les parents pour les accompagner durant cette période dans le but d'exposer des principes d'actions d'éducation en santé sur ce thème.

Matériel et méthode

I. Schéma d'étude

Nous avons choisi une étude qualitative. Celle-ci est particulièrement appropriée lorsque les facteurs observés sont difficiles à mesurer objectivement. Elle consiste à recueillir des données verbales permettant ainsi une démarche interprétative. Dans cette étude, cette méthode a permis d'explorer les expériences personnelles des parents et leurs besoins lors de la période de diversification alimentaire de leur enfant. Ceci a contribué à une meilleure compréhension de leur fonctionnement et un abord plus élargi des déterminants de santé (20).

Nous avons choisi initialement la technique d'entretien de groupe ou « focus group » qui permet de recueillir auprès des participants leurs représentations, besoins, attentes ou de mieux comprendre leurs opinions et leurs comportements. La dynamique de groupe permet d'explorer et de stimuler différents points de vue par la discussion. Par le débat, les participants sont amenés à faire émerger des idées nouvelles, à réfléchir à d'autres perspectives de façon interactive (21).

Malheureusement, il a été difficile de constituer un groupe de parents malgré la diffusion large auprès des cabinets de médecine générale, des centres de Protection Maternelle et Infantile (PMI), des réseaux sociaux... Un seul focus group a finalement pu être réalisé en septembre. Il était composé de quatre mamans, d'un animateur (la chercheuse) et d'un observateur (interne en santé publique). Malgré l'esprit convivial et le petit nombre de personnes il est apparu un biais de désirabilité sociale potentiellement imputable à la nature des questions.

Nous avons donc décidé de poursuivre l'étude qualitative par des entretiens individuels semi-dirigés.

II. Population de l'étude

La population cible était les parents d'enfant de 4 à 36 mois ayant débuté la diversification alimentaire. La population source dont a été issu l'échantillon comprenait les parents ayant consulté en PMI ou en médecine générale dans la Vienne.

1. Sélection des participants

Les critères d'inclusion de cette étude étaient les suivants : parents d'enfant de 4 à 36 mois ayant débuté la diversification alimentaire.

Les critères d'exclusion étaient : parents dont l'enfant a moins de 4 mois ou plus de 36 mois, ceux dont l'enfant n'a pas commencé la diversification alimentaire, parents ne comprenant ou ne parlant pas bien le français.

La chercheuse, médecin généraliste remplaçante travaillant en cabinet libéral et en PMI, n'a pas proposé d'entretiens aux parents d'enfants suivis au sein de son exercice.

2. Echantillonnage

Contrairement à une étude quantitative, nous n'avons pas cherché à obtenir un échantillon le plus représentatif possible. Nous avons donc utilisé l'échantillonnage raisonné qui consiste à sélectionner des participants considérés comme typiques de la population cible. L'autre technique utilisée a été celle de l'effet boule de neige. La recherche de diversité des profils des familles a été effectuée (nombre et âges des enfants, âge et origines des parents, situation socio-économique familiale, lieu de vie, type d'allaitement) afin d'obtenir un échantillonnage dit « en recherche de variation maximale ».

3. Prise de contact

Une affiche d'invitation à un entretien individuel (Annexe I) a été diffusée dans les cabinets de médecine générale, dans les centres de PMI ainsi qu'auprès des structures d'accueil collectif de la Vienne (crèches, Relais des Assistantes Maternelles (RAM) etc) et via les réseaux sociaux (associations parents d'élèves). Par le biais de cette affiche les parents souhaitant participer contactaient la chercheuse par mail ou par téléphone. Lors de cet échange était convenu la date et le lieu de rencontre pour réaliser cet entretien.

III. Contexte

La chercheuse a effectué les entretiens soit au domicile des parents, soit à la permanence médico-sociale de Buxerolles à la convenance des parents. Chaque entretien a été agrémenté d'une collation (boissons et gâteaux) pour favoriser un climat convivial. L'entretien s'est déroulé en présence du nourrisson sept fois.

IV. Recueil des données

Pour le focus group, il a été établi un questionnaire quantitatif permettant de recueillir les caractéristiques des participants (Annexe II) ainsi qu'un guide d'entretien. Ce dernier s'est basé sur quatre grands axes composés de questions autour du repas pour commencer puis sur le déroulement de la diversification alimentaire afin d'arriver aux besoins parentaux et aux ressources utilisées (Annexe III). Des questions de relance permettaient de poursuivre l'entretien. Certaines ont été rajoutées pour le guide d'entretien individuel (Annexe IV).

Ce premier guide a servi de base pour le deuxième utilisé lors des entretiens individuels suivants. La présentation du parent, réalisée à l'oral pour les entretiens individuels, a été étoffée avec une information sur le type d'allaitement. Quelques précisions concernant les relances ont été apportées. Le guide d'entretien individuel a été testé en conditions réelles avec un parent test volontaire, ce qui a permis de vérifier la richesse des réponses et de poursuivre les entretiens suivants sans le modifier.

Les entretiens individuels semis-structurés se sont déroulés de décembre 2019 à février 2020. Ils débutaient par une présentation synthétique de la chercheuse et du projet de recherche.

Une fiche d'informations sur le caractère anonyme des données recueillies et sur la possibilité de retrait de l'étude à tout moment a été délivrée à chaque participant (Annexe V).

Les entretiens, allant de 18 à 75 minutes, ont balayé les quatre thèmes spécifiés à l'avance mais chaque entretien a nécessité l'utilisation de relances en fonction de l'échange (22).

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

Les enregistrements des entretiens ont été effectués via la fonction dictaphone du smartphone et de la tablette de la chercheuse. Ils ont été expliqués aux participants en début d'entretien et un consentement écrit des participants a été recueilli avant de le démarrer (Annexe VI).

Des notes ont été collectées dans un cahier de terrain au cours du focus group. Finalement cela a été abandonné pour les entretiens individuels afin de préserver le naturel de l'échange entre le participant et la chercheuse.

La taille de l'échantillon n'a pas été fixée à l'avance car elle dépendait de la saturation des données. Au bout du dixième entretien individuel effectué, aucune nouvelle thématique n'était retrouvée. Le sentiment subjectif de la chercheuse était d'arriver à saturation des données. Deux autres entretiens individuels ont été réalisés et ont permis de confirmer cette saturation.

La retranscription de tous les entretiens a été effectuée par la chercheuse dans les jours suivants. Il s'agit d'une retranscription mot pour mot, du non verbal et des silences. Une lettre a été utilisée pour nommer une personne ou une ville afin de préserver l'anonymat. L'attitude non verbale est écrite en italique entre parenthèses. Les interruptions d'entretien ont été notées entre crochets. Tout ceci a été retranscrit via le logiciel de traitement de texte Microsoft Word®.

V. Analyses des données

Les entretiens ont été traités selon le principe d'analyse de contenu. L'analyse a débuté par un codage axial des verbatims pour en faire émerger des notions-clés. Ils ont été ensuite classés en catégories dans des tableaux, avec l'aide du logiciel Excel®. Ces catégories ont été regroupées pour former des thèmes (voir Figures).

Le codage et triangulation des données ont été obtenus par le triple croisement de point de vue de la chercheuse, de la directrice de thèse, médecin responsable de l'Unité Transversale d'Education thérapeutique du Patient (UTEP) à la *Vie la Santé* et d'un interne de pédopsychiatrie, en stage dans le service de santé publique.

Résultats

I. Caractéristiques de la population de l'étude

Au total, 13 entretiens ont été menés (12 entretiens individuels et 1 entretien de groupe) avec 17 parents. Pour un entretien seul le père était présent, pour un autre entretien les deux parents étaient présents. Pour les onze autres, seule la mère était présente.

Les caractéristiques des participants sont détaillées dans les tableaux 1a et 1b.

L'âge moyen des parents participants aux entretiens individuels était de $32,7 \pm 5,5$ ans. Dans le focus group, trois mères sur quatre avaient entre 25 et 35 ans et une entre 36 et 45 ans.

La majorité des 17 participants était des femmes (88%), avait deux enfants (59%), vivait en milieu rural (53%). La totalité des personnes interrogées était en couple. Leurs origines étaient autres que françaises pour 18% d'entre eux.

Quarante et un pour cent des participants avaient une profession intermédiaire, 24% étaient employés ; 12% étaient des cadres ou professions intellectuelles supérieures, 12% étaient sans activité professionnelle. Les ouvriers représentaient 6% des personnes interrogées. Une participante n'a pas précisé sa profession.

La plupart des nourrissons a eu un allaitement maternel (AM) au cours des premiers mois puis un relai par un allaitement artificiel (AA), fréquemment en lien avec la reprise du travail de la mère. Quarante-quatre pour cent des nourrissons étaient gardés en milieu collectif.

De ces treize entretiens ont émergé quatre grands thèmes pour illustrer les besoins biopsychosociaux des parents et leurs ressources durant la diversification alimentaire de leur enfant :

- Les caractéristiques de l'individu
- L'environnement social
- Les facteurs environnementaux et socio-économiques
- Les facteurs culturels

II. Les besoins liés aux caractéristiques individuelles et les ressources personnelles mobilisées

1. Besoin de connaissances lié au questionnement des parents

Les parents étaient tous désireux d'informations plus détaillées sur les étapes de la diversification ou sur les quantités alimentaires afin de mieux répondre aux besoins physiologiques de leur enfant.

E3 : « bah justement j'aurais bien aimé bah recevoir cette information que c'est mieux de commencer par les légumes que par les fruits. Ça je l'ai appris très récemment en fait. »

E2 : « on sait pas forcément à quel âge, tiens ! Quelle quantité ils devraient manger en fait ! »

E7 : « je suis tombée, en fait, par hasard sur un article en regardant... de la Leche League sur la DME.. Je me suis renseignée euhh ça m'a intéressée ! J'ai trouvé la démarche.. logique ! Pour moi en tout cas, dans la continuité de l'allaitement et de ce que je voulais donner en mode éducatif »

Ils avaient aussi besoin d'apprendre certaines notions en matière de cuisine quelle que soit leur âge ou leur profession.

E4 : « J'avais envie de cuisiner moi, mais j'avais aucune idée de comment faire. »

E10 : « la lentille j'ai pas encore fait parce que les lentilles de purée je sais pas trop comment ça peut se faire, donc faut que je regarde ! »

En revanche, plus le niveau d'études s'élevait et plus la précision des informations souhaitées semblait grande.

E5 : « peut-être justifier pourquoi on apporte tel ou tel... produits ! Vitamines, euhh oligo-éléments etc. pour justifier que bah on parle des cinq fruits et légumes oui ! »

E4 : « Ce que j'aime bien avec cette pédiatre c'est qu'elle m'explique pourquoi ! Elle va me dire que dans le lait de croissance il va y avoir, je sais pas, ça va être allégé, un peu retiré en protéines, être complétement en vitamines. C'est pas juste oui ou non ! »

2. Besoin de réassurance lié à l'anxiété

Durant la période, de nombreuses craintes surgissaient. Parmi elles, la crainte de l'étouffement était l'une des principales exprimées.

FG : « Animateur: la peur de l'étouffement... B3: oui c'était vraiment une crainte en introduisant l'alimentation. Animateur: visiblement partagé par toutes les mamans qui sont là. »

E2 : « quand on commence à donner les morceaux c'est là qu'on a peur »

E7 : « ça été beaucoup plus compliqué pour mon mari (rires), qui tournait la tête! Les premiers repas il a pas voulu lui faire prendre, parce que lui il avait très peur des fausses routes! »

Certains parents étaient plutôt préoccupés par l'impact des allergies ou des carences sur la santé.

E9 : « les œufs c'est ce qui m'inquiète le plus à chaque fois c'est l'allergie à l'œuf parce que c'est quelque chose qui assez commun »

E11 : « dans ma tête je suis en train de me redemander s'il est pas en train de faire une allergie alimentaire. C'est ma principale crainte avec l'alimentation. »

E1 : « peur qu'elle ait pas les bonnes vitamines »

La remise en question de certaines mères vis-à-vis de leurs choix ou de leurs pratiques pouvait traduire un manque de confiance en soi.

E1 : « j'ai commencé par des petits pots. Peur de mal faire, peur qu'il reste des petits morceaux. »

E4 : « je n'osais pas créer toute seule de peur de faire une erreur ! »

E11 : « je me dis que ce que je fais moi c'est peut-être pas le mieux ! »

E6 : « comme tout le monde je pense qu'on a besoin d'être rassuré en fait. Je crois que c'est ça ! Besoin d'être rassuré. De se dire : ça va ! C'est bien ! »

Ce degré d'anxiété ou de confiance en soi pouvait se mettre en lien avec le parcours de vie antérieur à la période de diversification alimentaire.

E1 : « quand j'ai accouché de ma fille C.. j'ai attrapé une septicémie donc on est resté plus de temps que prévu à l'hôpital, donc ça a été assez difficile par contre, parce qu'on perd confiance en son corps »

E2 : « j'ai perdu ma maman brutalement il y a cinq ans... euh on m'a diagnostiquée une leucémie aussi ! Enfin bon voilà l'arrivée des enfants ! Il y a eu beaucoup de choses. »

E6 : « C'est que le sujet m'intéresse aussi du coup elle a jamais voulu prendre de biberon! Jamais jamais. Même avec mon lait ! Parce que j'ai tiré mon lait comme j'ai fait pour mon plus grand, mais je pense la forme biberon ne lui convenait pas ! (Rire bref). Et donc du coup on est passé assez vite à une diversification alimentaire .. en solide quoi en tout cas. »

Les représentations et les interprétations des mères s'immisçaient au moment des repas sur les notions de prendre du plaisir, bien manger, manger en famille.

E8 : « Voilà si eux ont l'image de : je suis sur ma chaise haute en train de hurler et elle veut me forcer à manger des betteraves ou que sais-je encore ? Bah après ils vont peut-être avoir du mal en grandissant

avec les repas, les repas en dehors de la maison, quelque chose de nouveau.. parce que c'est important aussi de les laisser toucher, même si à six mois j'aime pas trop faire ça parce que ça se tache »

E11 : « Je me suis dit que les purées c'était peut-être un peu triste à manger au bout d'un moment ! Donc en fait on est passé à des purées plus moulignées »

E7 : Le but c'était qu'on profite tous du repas en fait, qu'il puisse prendre son temps pour manger et qu'on discute, qu'on discute, que ce soit un moment de partage et de plaisir pour tout le monde, donc du coup dans sa chaise haute il était très bien en fait !

Enfin, les questionnements des parents allaient bien au-delà du simple sujet de la diversification alimentaire. Les préoccupations étaient globales et à chaque instant du quotidien.

E6 : « je dérive, mais ça se pose aussi sur plein d'autres sujets : vivre en ville ou vivre à la campagne ? À quelle pollution on s'expose, on expose nos enfants ? Ça revient au même en fait tout ça, c'est aussi des choix.. »

FG : « B4 : Après c'est pas que des conseils pour la diversification ça peut être aussi comme l'a dit B1 des conseils sur le sommeil, en fonction des 1000 questions qu'on peut se poser surtout quand ils sont tous petits, et qu'on débute ! (Rires). B1 : Tout se téléscopie en fait, la diversification ça va peut-être avec les premières dents, sommeil un peu perturbé, l'appétit perturbé des choses comme ça, du coup c'est pas qu'une question de « qu'est-ce que je lui donne à manger comme aliment ? » mais plus l'ensemble. Animateur : De quoi avez-vous besoin dans ces moments ? B1: d'être rassurée... »

3. Besoin d'expériences lié à la curiosité ou à la capacité de chercher l'information

Ce besoin d'expériences était utile pour permettre aux parents une prise de décision ou d'adapter leurs pratiques. Le fait d'avoir déjà connu la diversification au travers des aînés était considéré comme un bon repère. Cela permettait soit de refaire pareil soit d'évoluer dans leurs pratiques.

E2 : « mais ça aide bien d'avoir un premier enfant déjà »

E4 : « J'ai fait pareil que pour les précédents. »

E10 : « bah ! Les erreurs qu'on trouve que c'est des erreurs qu'on a fait avec le premier, ben on les refait pas avec le deuxième quoi ! »

4. Les supports mobilisés

S'informer grâce à Internet

Pour satisfaire leur besoin de connaissances en matière de diversification tous les parents se rendaient principalement sur Internet. Le type de sites consultés était varié (recommandations, site de recettes de cuisine, forum etc.).

E8 : « je regarde sur des sites pour les légumes surtout »

E11 : « j'essaye de taper des mots-clefs à peu près pertinents et ensuite j'essaye de trouver une source fiable. Donc si y'a pas des articles sur le site de l'ARS par exemple »

E10 : « après sur des blogs où il y a des mamans qui donnent des idées de recettes »

En contrepartie, la multitude de sources pouvait conduire à l'égarement des parents, surtout lorsque les avis étaient contradictoires.

E11 : « j'ai essayé de m'informer sur Internet mais j'ai trouvé un peu tout et son contraire donc j'ai redemandé au médecin »

Lorsque les sources devenaient trop abondantes, les parents s'en remettaient à un outil fondamental : leur instinct.

E9 : « Y'a tellement d'avis, d'expérience et que... c'est un mélange ! Donc du coup, enfin je pense que chaque enfant est différent donc du coup faut mieux suivre son instinct ! »

E6 : « ils savent pas donc en fait je le fais comme je le sens quoi ! Je sais que je suis dans une fourchette, je suis pas complètement à côté de la plaque »

Se rassurer grâce à l'entourage, au réseau

Les mères avaient recours, quand les rapports étaient bons, à leur propre mère.

FG : « B1 : des fois c'est ma mère qui me rassure, elle me dit : « ah tu fais bien, fais comme tu le sens » »

FG : « B2 : «la relation avec ma mère c'est toujours comme ça en général on dialogue beaucoup.. plus pour l'alimentation que pour autre chose. »

Le médecin généraliste, le pédiatre ou les professionnels de PMI étaient jugés comme de bonnes ressources en cas d'inquiétudes parentales.

E2 : « C'est important les visites chez le médecin ça rassure pas mal au niveau de la courbe de croissance, le poids. »

E6 : « et notamment mon médecin elle est très rassurante en plus ! En général elle me dit mais c'est très bien ce que vous faites ! (Rires) Donc je suis pas complètement inquiète non plus. »

Toujours en quête de réassurance, d'autres réseaux que les proches pouvaient être des ressources, notamment les groupes de parents sur les réseaux sociaux.

E2 : « on entend aussi des témoignages.. donc on se dit : « bon c'est bon on n'est pas les seuls à galérer ! » »

E7 : « Donc si j'avais besoin moi de réassurance pour telle ou telle chose, il fallait que j'aie soit sur les sites de la Leche League ou sur des sites exprès ! Je me suis aidée des groupes sur les réseaux sociaux pour avoir du soutien de parents qui faisaient le même type de diversification que moi »

Rechercher l'expérience auprès de celle des autres

L'expérience des autres parents était prise en compte, aussi bien pour les parents novices que pour les plus expérimentés.

E3 : « sur YouTube ® y'a beaucoup de mamans qui racontent la vie de leur enfant. Moi je suis beaucoup ce genre de choses »

E4 : « J'ai encore besoin pour le troisième de poser..j'ai l'impression que j'ai souvent posé les mêmes questions pour les trois en fait. »

L'avis d'autres parents ou des professionnels de santé était recherché pour leur permettre de s'orienter.

E1 : « moi je suis toujours à l'affût de tout donc j'écoute...sans jugement puis j'aime bien me faire mon propre avis et ma propre expérience. »

FG : « B3 : c'est mon médecin à qui je posais les questions il disait oui ou non. Après je me suis fiée à son expérience avec ses jumelles. Du coup ça a été une bonne ressource »

III. L'environnement social

1. Besoin de soutien physique et moral

Les mères évoquaient la lourdeur du quotidien souvent « toutes seules, tout le temps » et leur dépassement dans la gestion domestique à certains moments. Le soutien physique et moral était jugé nécessaire dans la gestion du quotidien, pour répondre aux incertitudes et à l'isolement. Le fait d'avoir une personne supplémentaire sur qui compter permettrait aux mères de les soulager.

E2 : « Au niveau de la CAF y'aurait peut-être des améliorations à faire, pour l'aide au quotidien. Moi j'aurais bien apprécié avoir une TISF ou une assistante maternelle pour m'aider la journée, pour me soulager... »

FG : « B2 : des bras supplémentaires peut-être. (Rire général). B4 : c'est vrai que j'ai rêvé aussi d'une nounou insomniaque (rire) enfin des nounous de nuit »

E8 : « Je pense aussi qu'il ne faut pas trop se mettre la pression. Faut dire ça aux parents que voilà si votre enfant il préfère prendre le biberon, bon jusqu'à un certain âge bien sûr, attendre. »

2. Besoin d'échanges

Des temps d'échanges entre parents étaient recherchés afin d'exprimer leur vécu, de partager leurs expériences, leurs connaissances, leurs doutes et rompre l'isolement.

E3 : « le fait qu'on soit deux et qu'on partage la même chose et qu'on soit dans la même étape de vie, ça m'a aidée ! »

E6 : « l'intérêt de ces échanges entre parents ça vous donne des idées aussi ! »

E7 : « ça permet aussi de sortir avec son bébé et de voir du monde et de discuter aussi, d'être dans autre chose que d'être juste à la maison. »

E8 : « permettre aux parents de se rencontrer, de se passer quelques billes »

3. Les ressources humaines : les proches, les professionnels et les réseaux

Pour les parents non isolés, le cercle familial ou les amis proches offraient un relai et faisaient figure de soutien majeur.

E1 : « ma belle-mère me garde la petite ce qui me permet d'être beaucoup plus souple »

E2 : « le soir papa est là pour m'aider, pour l'aide au repas et les biberons. »

E3 : « dans notre entourage on a personne qui vient d'avoir un bébé. »

E10 : « Bah c'est vrai que pour mon premier elle a été là et puis là c'est pour son troisième c'est plus moi qui l'ai aidée aussi ! Donc le fait de se parler, de se voir, de s'occuper donc ça fait du bien quoi ! »

Le professionnel de santé qui suivait l'enfant, que ce soit le médecin généraliste, le pédiatre ou la PMI, constituait un guide et un soutien dans cette parentalité.

E1 : « c'était la première fois que j'avais à faire au PMI, j'étais vraiment ravie, je me suis sentie soutenue et épaulée »

E4 : « Je me référais beaucoup à la pédiatre aussi. »

Lorsque l'entourage familial ou professionnel était insuffisant d'après les parents, ils se tournaient alors vers les réseaux sociaux.

E2 : « y'a sur Facebook un groupe de parents de jumeaux, donc ça aide bien aussi. [...] là c'est vraiment du vécu donc c'est les parents qui vivent des situations aussi donc c'est un complément on va dire. Ça complète bien. »

D'autres formes de soutien à la parentalité existaient au travers de groupes de parole.

FG : « B3 : Et puis mes cours de prépa à l'accouchement. On était quatre mamans en même temps et on a toujours un groupe, on échange énormément toutes les quatre, et vu que nos enfants sont nés toutes le même mois, j'ai trouvé que c'est des bonnes ressources »

E6 : « j'étais allée à...à une séance, c'était pas une séance, mais en tout cas une rencontre, à l'association d'info allaitement ! »

IV. Les facteurs environnementaux et socio-économiques

1. Besoin de temps pour s'occuper d'un enfant

Les parents cherchaient à respecter le rythme de leur enfant tout en essayant de le combiner au rythme du travail. Cela nécessitait de l'adaptation et de l'organisation !

E4 : « j'ai voulu commencer à cinq mois, mais le temps qu'il soit prêt, [...] plutôt à six mois »

E2 : « le temps qu'elles mangent, je prends le temps aussi parce que c'est important parce que le repas c'est quand même un moment de partage.. mais ça prend énormément de temps. Le temps de gérer les deux, voilà. »

E11 : « l'objectif c'est d'arriver à faire des repas un peu à l'avance parce que moi quand je reviens je le ramène de la crèche est déjà 18h passé. Il faut faire les devoirs etc. le fameux tunnel (éclat de voix) de 18h à 20h jusqu'à ce qu'ils soient couchés ! »

2. L'alimentation : le fait-maison et les produits industriels

La diversification alimentaire s'accompagnait, pour beaucoup de parents, des petits pots. Utilisés tantôt comme un moyen d'aller plus vite tantôt comme un gage de qualité nutritionnelle, le petit pot restait néanmoins pratique.

E11 : « il a eu des petits pots parfois, quand on est en voyage ou j'en avais quelques-uns à la maison s'il y avait un problème d'emploi du temps »

E9 : « je préfère qu'elle ait pas mal de vitamines, des choses comme ça, donc je prends les petits pots pour qu'elle ait vraiment tout, bien équilibré, pour le moment. »

La majorité des parents interrogés a déclaré privilégier les produits certifiés « bio » pour leur enfant et ce quel que soit le niveau socioéconomique ou le lieu d'habitation. En revanche, les lieux d'achats alimentaires ou la consommation de produits faits maison dépendaient des convictions individuelles, des milieux de vie et de l'aménagement du territoire.

E3 : « j'achète en magasin les petits pots.. de légumes bio, euhhh ou de fruits bio »

E6 : « on essaye d'acheter plutôt du frais. Et puis parce qu'on essaye d'acheter plutôt du bio aussi, des choses en tout cas raisonnées. »

E7 : « ça arrive qu'on fasse régulièrement sur le drive, et on le fait tous les deux le soir à la maison et le marché c'est vrai que c'est plutôt moi et les enfants. »

E10 : « on essaye de faire marcher les producteurs directement. Parce qu'on trouve que ce serait mieux. Puis on sait d'où ça vient quoi. »

E11 : « je fais des pâtisseries quand j'ai le temps mais sinon ils mangent des pâtisseries industrielles, gâteaux des choses comme ça. »

3. Le budget : différent d'un foyer à l'autre

Le budget de l'alimentation familiale était jugé conséquent. Que ce soit par choix ou non les familles étaient amenées à s'organiser dans leur quotidien. Un système d'entraide était parfois mis en place avec le recours aux services de proximité, surtout en zone rurale.

E10 : « la vie d'aujourd'hui je la trouve très très chère ! Et franchement quand je vois le prix des légumes!!! Voilà. Donc on fait du jardin avec mon conjoint. »

E5 : « on achète notre miel à un voisin ! »

E7 : « on a de la chance j'ai mes beaux-parents puis la grand-mère de mon mari qui nous amènent des fruits et des légumes du jardin ! »

E9 : « Je prends souvent la viande chez mes patients donc c'est des produits de ferme »

Toutefois, certaines familles exprimaient manifestement leurs difficultés financières.

E2 : « je comprends pas que pour les jumeaux on touche pas le double ! bah parce qu'on a quand même deux enfants à s'occuper ! C'est quand même double au niveau du lait, des couches. Enfin c'est... Financièrement c'est très dur ! »

E1 : « avec le budget familial des fois c'est un petit peu dur »

4. Les ressources mobilisées : le temps de travail et les supports matériels

Le recours à l'aménagement du temps de travail

Après la naissance le recours au congé parental ou à la réduction du temps de travail permettait davantage de concilier vie professionnelle et vie familiale. D'après les entretiens menés, seules les mères en ont bénéficié.

E2 : « je suis actuellement en congé parental parce qu'avec l'arrivée des jumelles qui a été une grosse surprise ça a un petit peu chamboulé »

E4 : « je suis à temps partiel, à mi-temps du fait de mon dernier »

E6 : « Quand je dis que c'est un changement important, ça me permet de travailler seulement trois jours par semaine, et pour équilibrer vie professionnelle et vie familiale c'était nécessaire ! »

En revanche, si ce temps de travail était souvent mis entre parenthèses pour pouvoir mieux se consacrer à l'enfant, il pouvait entraîner un isolement social chez les mères quel que soit leur lieu d'habitation.

E7 : « Moi j'ai repris le travail plus tard donc...j'avais besoin de voir du monde à l'extérieur »

E8 : « comme je travaille pas hormis de m'occuper de mes enfant, je m'occupe du papa, de la maison, je vois pas grand monde [...] là encore ça va parce que je vais à l'école, mais pour ma grande dès que j'avais un rendez-vous c'était la sortie ! J'étais contente ! »

Les supports matériels

Les supports matériels pour les guider dans cette période étaient nombreux. Le support informatique avec Internet était utilisé par tous les participants. Cependant le type de sites consulté était différent selon le type de catégories socioprofessionnelles : ceux qui s'appuyaient sur des sites référencés comportant les recommandations officielles étaient ceux appartenant aux catégories socioprofessionnelles dites élevées. La consultation des sites de cuisine ou des réseaux sociaux concernait principalement les catégories socioprofessionnelles dites intermédiaires ou moins élevées.

E3 : « père : si t'as fait des recherches aussi pas mal pour savoir comment faire soi-même, les purées tout ça. »

E10 : « Et après sur des blogs où il y a des mamans qui donnent des idées de recettes »

E5 : « pour tout ce qui est la partie médicale on va dire, je vais sur la ANSM, la partie, pareil, agroalimentaire je sais plus comment elle s'appelle...l'ANSES ».

Les livres de recettes, sur le développement de l'enfant et le carnet de santé étaient estimés aussi comme de bons repères pour les mères.

E4 : ce qui m'avait bien plu dans le bouquin, c'est aussi qu'on pouvait non pas mettre de sel, faut éviter, mais par contre on pouvait rajouter des épices que j'aurais pas forcément osé rajouter ! [...] Que j'aurais pas su si on pouvait en mettre pour les enfants. »

E5 : « Je regarde le tableau qu'on a dans le carnet de santé pour essayer de voir ce qu'on peut introduire ou pas ! »

V. Les facteurs culturels

1. Les différences intergénérationnelles

Les principes alimentaires et notamment les recommandations en matière de diversification alimentaire ayant évolué ces dernières années, les conseils des grands parents paraissent, aux parents actuels, non adaptés aux besoins du nourrisson. Cependant, certaines mères évoquaient la confiance qu'elles pouvaient avoir en leur propre mère.

E1 : « moi j'ai une maman qui a eu 6 enfants donc bon, bah j'ai toute confiance »

E4 : « ma maman est médecin, a longtemps été médecin de PMI, [...] et elle a eu quatre enfants. Donc en fait c'est vrai que quand j'avais des questions je posais beaucoup à ma maman. »

E6 : « la famille ça va être les parents, mes parents ou les parents de mon compagnon... Je pense que voilà effectivement tout a tellement changé que c'est difficile...d'utiliser les mêmes méthodes... »

E11 : « ma grand-mère elle donnait de la bouillie de céréales à son fils et jusqu'à ses deux ans et il a pas mangé grand-chose d'autre à part du lait et de la bouillie de céréales ! (Eclate de rire). Et du coup quand elle me voit lui donner des légumes verts, des fruits etc. elle, elle est persuadée que je vais le rendre malade en fait ! »

2. Les différences ethniques

Pour les familles d'origines ethniques différentes cela pouvait se traduire par un décalage de mode de vie et d'habitudes. Cela ne constituait donc pas toujours une ressource fiable.

E8 : « ils ont un rythme de vie différent du mien, par rapport à la culture je pense par exemple ma belle-famille, tout ça, y'a des enfants mais je demande pas... »

E1 : « avec sa grand-mère paternelle je ne fais pas l'enquête, derrière elle doit en manger certainement et je ne lui en veux pas pour ça voilà sinon j'aurais choisi un mariage différent ! (Rigole) »

E11 : « Et puis y'a l'aspect culturel de l'alimentation ! Moi je vois en fait avec mes amis on peut avoir des manières de dire ce qui est bon moralement de faire manger à un enfant ou pas, qui sont très très différentes ! »

3. La place de la femme dans la société

L'éducation des enfants est restée longtemps une tâche attribuée aux femmes. De nos jours, une évolution vers le partage des tâches semble s'instaurer.

Néanmoins au travers des entretiens menés, nous avons retrouvé que l'alimentation familiale et, par conséquent, celle de l'enfant relevait encore largement du domaine de la femme.

E2 : « y'a des papas qui cuisinent ça peut arriver. Moi le mien non ! C'est plus bricolage. Chacun les tâches. »

E11 : « mon mari ne cuisine pas du tout, du tout, du tout ! »

E12 : « elle est plus au courant de ces choses-là, moi je suis ! »

Discussion

Nos résultats montrent que les besoins des parents et les ressources mobilisées, au cours de la diversification alimentaire de leur enfant, sont de plusieurs niveaux : liés aux caractéristiques individuelles, liés à l'environnement social, liés aux conditions socio-économiques et liés aux facteurs culturels.

Ils nous ont permis de proposer des principes d'actions en éducation pour la santé.

Nous discuterons, en premier lieu, les forces et les faiblesses de notre étude puis ses résultats et ses perspectives.

I. Discussion de la méthode : Forces et faiblesses de l'étude

1. Forces de l'étude

Etude qualitative

Cette étude qualitative a permis, à la fois d'explorer et stimuler les différents points de vue, par la dynamique des échanges entre mères dans le focus group (21), et de prendre en compte le ressenti des parents, sans crainte de jugement par les autres, lors des entretiens individuels.

En offrant des possibilités d'expression libre, elle a autorisé l'émergence d'idées originales et généré des hypothèses inductives sur le thème de la diversification alimentaire, en dialogue avec les recommandations officielles à ce sujet.

Critères de validité scientifique

La retranscription a été exécutée rapidement après chaque entretien, de manière à ne perdre aucune information.

Le codage des entretiens à trois chercheurs a permis de garantir la triangulation et de renforcer la validité interne de l'étude.

La saturation des données a été obtenue après onze entretiens. Deux entretiens supplémentaires ont été effectués, ne rapportant aucune nouvelle idée bien que le dernier soit celui d'un père.

Recrutement

Seuls les parents d'enfants en cours de diversification ont été interrogés pour limiter le biais de mémorisation.

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

2. Limites et biais de l'étude

Limite liée à la méthode

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

2.1 Biais de sélection lié à l'échantillonnage

Nous avons recherché un échantillonnage raisonné le plus diversifié possible.

Cependant, la prédominance du sexe féminin dans les parents ayant répondu à nos entretiens est flagrante (quinze mères et deux pères). Ces différences dans la participation aux études scientifiques sont régulièrement retrouvées dans la littérature, car moins de pères fréquentent les lieux d'accueil de leur enfant. Ce sont les mères qui emmènent le plus souvent leur enfant en consultation et répondent davantage que les pères à ce type d'entretien.

Il est possible qu'avec un pourcentage semblable de mères et de pères les résultats diffèrent, notamment en besoin de réassurance lié au niveau d'anxiété. En effet, les québécois ont rapporté dans une étude (23) que l'état de stress parental semble être vécu sur le plan subjectif de manière très similaire par les mères et les pères. Mais en détail, le stress parental des mères est à peu près autant relié à la pression qui provient de leur environnement social qu'à la pression provenant de leur couple. Tandis que pour les pères, leur stress parental est davantage associé à la pression qui provient de leur relation avec leur conjointe ou ex-conjointe qu'à la pression sociale.

Il serait donc intéressant de comparer les besoins des pères et des mères issus d'une même famille et de mener une analyse des déterminants de ces résultats.

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

2.2 Biais d'information lié aux entretiens et à la chercheuse

Les entretiens, hormis le focus group, n'ont pas pu être menés à deux, ce qui aurait été intéressant pour observer et noter au mieux les attitudes non verbales des parents afin de limiter le biais de fixation sur l'objectif (20).

La qualité des tout premiers entretiens s'est révélée moyenne. Les premiers entretiens étaient plus longs car les mères s'écartaient du sujet du fait que la chercheuse ne maîtrisait pas encore correctement la méthode de l'entretien semi-dirigé.

En effet, en recherche qualitative, la qualité de l'entretien dépend de la capacité du chercheur à faire émerger des idées nouvelles, à stimuler l'échange, à reformuler. Ces qualités s'acquissent au fur et à mesure de la réalisation des entretiens (20).

Une relecture de la fiche-méthode de l'entretien semi-dirigé la veille de chaque entretien a permis d'améliorer la qualité de ceux-ci (22,24).

Il existe aussi un biais de jugement par le fait que les parents connaissent le statut de médecin remplaçant de la chercheuse principale, ce qui a pu influencer leur témoignage.

2.3 Biais d'information lié au recueil de données

La méthode de recueil de données avec enregistrement a pu limiter l'expression et les réponses des parents.

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

Limite liée à la méthode d'analyse

Il existe un biais lié à la découverte de la méthode. La position de médecin remplaçant de la chercheuse a pu influencer l'analyse. Le codage et la triangulation des données ont permis de réduire la subjectivité de la chercheuse.

II. Discussion des résultats : Les besoins des parents en matière de diversification alimentaire et leurs ressources (personnelles, familiales).

Le premier objectif de ce travail de thèse, était de prendre en compte les difficultés des parents, dont l'enfant est en cours de diversification alimentaire, afin d'explorer les besoins qui en découlent à ce sujet. Encore aujourd'hui, les recherches sur la diversification alimentaire du nourrisson sont davantage centrées sur les pratiques (mises en lien avec les pathologies de l'adulte) ou sur les difficultés rencontrées par les parents (12,25,26). C'est à partir de ces résultats, que les chercheurs ou cliniciens en déduisent les besoins des parents. Or les mieux placés à pouvoir définir précisément ce que nécessite la diversification alimentaire en matière de services de soutien à la famille, sont les parents eux-mêmes. Ainsi, lors d'entretiens avec les parents, il leur a été proposé d'exprimer leurs besoins parentaux non satisfaits.

1. Les caractéristiques de l'individu

Les résultats de cette enquête montrent avec force que, même si de nombreux parents se remettent en question, rencontrent des difficultés plus ou moins importantes durant la période de diversification alimentaire de leur enfant, ou se sentent démunis, ils sont toutefois rarement sans ressource.

En effet, le souci que l'enfant ait les bonnes quantités de nourriture, les bons apports nutritionnels, qu'il se développe sans problème de santé et selon son rythme constituent les sources importantes de leurs préoccupations quotidiennes. Même si, durant cette période, les principales préoccupations parentales relèvent de questions de santé, la diversification alimentaire n'est pas un acte médical. D'ailleurs, un certain nombre de parents a déjà choisi

le type de diversification en correspondance avec leurs principes éducatifs ou même débuté sans l'avis du médecin.

C'est aussi avec le début de la diversification alimentaire que naissent les « premières questions d'éducation » : questionnement sur le développement psychomoteur, l'éveil et les apprentissages de l'enfant. Dans cette étude, les principes éducatifs qui renvoient à l'autorité, sont peu exprimés ou rapportés en filigrane par le biais du déroulement des repas. Ceci suggère la sensibilité du sujet. En effet, depuis quelques années, la médiatisation des problèmes sociaux renvoie l'image de parents jugés trop « laxistes » voire « démissionnaires ». Alors que dans le même temps, la promotion d'une parentalité bienveillante, à l'écoute de son enfant et de son rythme, est aujourd'hui particulièrement valorisée par la diversification alimentaire menée par l'enfant (DME) (27,28) et l'éducation par la méthode Montessori (29). Pour autant, la plupart des parents sont plutôt dans une expérimentation quotidienne avec des questionnements permanents à la recherche de conseils pratiques plutôt que des modèles théoriques.

Toutes les mères interrogées semblent chercher à atteindre une interaction absolument positive avec leur enfant. Pour ce faire, elles mettent d'abord en œuvre une série d'astuces leur permettant de se rassurer quant à leurs propres craintes (mon bébé mange-t-il assez? trop? équilibré? sain?). Les mères régulent seules leurs éventuelles angoisses (pour privilégier le plan des interactions) en s'assurant qu'elles appliquent au moins deux des grands principes de la norme du « Bien Manger » pour les bébés, à savoir la variété et l'équilibre.

Les résultats d'une étude socio-anthropologique montrent que dans la population d'enfants sans trouble, même s'il n'y a pas de problématique particulière au niveau alimentaire pour l'enfant, les caractéristiques individuelles du parent et de l'enfant ont une influence non négligeable sur la qualité des interactions alimentaires mère-enfant (30).

Notre étude vient surtout mettre en lumière les préoccupations maternelles d'ordre plus général : à savoir que le bébé se développe bien, grandisse bien, et soit en bonne santé. Tout ceci traduit les préoccupations d'une parentalité qui a, en réalité, débuté dès le désir d'avoir un enfant.

2. L'environnement social

Dans notre étude, les récits des mères sur la période de la diversification alimentaire, mettent tous en évidence les notions de : prendre son temps, manger en famille et prendre du plaisir. Cela illustre le fait de manger ce que l'on aime, tout en partageant l'expérience alimentaire avec ses proches, et se réfère à la notion française de commensalité (31). La plupart de ces dimensions se réfèrent soit aux informations médicales entendues chez le médecin ou à la télévision, soit aux expériences alimentaires passées et présentes vécues par les mères. Ce sont des règles établies que les mères ont inscrites dans leur représentation de l'alimentation.

Par ailleurs, la multiplication de normes médicales, parentales etc. majore la déstabilisation de certains parents. Soit parce qu'ils ne savent plus ce qui est le mieux parmi des modèles parfois contradictoires, soit parce que les attentes (les leurs, celles de l'entourage, celles de la

société) sont si exigeantes et précises que des écarts peuvent être considérés comme des échecs. Ce phénomène ne peut être dissocié des fortes attentes sociales pesant sur les mères et des formes récurrentes de culpabilité qu'elles expriment dès qu'elles ont le sentiment de s'écarter des normes de la «la bonne mère».

Tout au long de la diversification alimentaire, leurs attentes d'un soutien à la parentalité concernent ainsi la réduction de la pression interne et externe induite par les normes. Elles concernent également la fiabilité et la cohérence des professionnels de santé qui les guident dans ce domaine.

Nos résultats viennent ainsi appuyer et prolonger ceux perçus dans les périodes prénatale et postnatale donc la « première parentalité » (32).

Enfin, les parents n'hésitent pas à mobiliser des ressources habituelles pour trouver ce soutien moral et physique : en s'appuyant sur leurs proches, des rencontres avec d'autres parents et des professionnels de santé, des livres mais aussi sur des modalités récentes comme l'utilisation des réseaux sociaux sur internet.

Ceci vient corroborer les résultats du baromètre numérique du Centre de Recherche pour l'Etude et l'Observation des Conditions de vie (CREDOC) 2016 qui retrouve une progression de 8% de la participation aux réseaux sociaux sur Internet, soit 66% des internautes en seulement deux ans. Un engouement est relaté pour les contenus relatifs à l'alimentation qui serait le 3ème sujet de conversation sur les réseaux (33).

Cet intérêt pour l'alimentation sur les réseaux sociaux est particulièrement marqué chez les jeunes adultes. Selon une étude Kantar – TNS de 2017, les 18 – 34 ans sont 88% à chercher des recettes sur Internet contre 80% pour l'ensemble des Français. 46% d'entre eux partagent des photos de leurs plats (plus de 50% pour les 18-24 ans), 33% utilisent une application mobile spécifique (par exemple 750g, Marmiton, etc.), 4 jeunes sur 10 de 18-24 ans utiliseraient des applications pour suivre leur alimentation ou les calories consommées (34).

De manière plus globale, l'investissement des sujets d'alimentation par les jeunes parents sur les réseaux sociaux constitue donc un levier d'action pour l'amélioration des comportements alimentaires qu'il est nécessaire de considérer. C'est pourquoi le HCSP recommande d'étendre la présence de mangerbouger.fr sur les réseaux sociaux afin de favoriser la diffusion et l'appropriation des recommandations nutritionnelles par les publics (35).

Grâce aux groupes de pairs, les parents peuvent s'aider mutuellement pour partager aussi bien leurs espérances que leurs doutes, leurs questionnements sur les connaissances appropriées en matière d'éducation ou de psychologie, sur les attitudes à prendre et sur les « bonnes pratiques » à adopter. Cette dimension communautaire leur permet de sortir du normatif et de l'isolement.

Ils s'aperçoivent ainsi que leurs soucis sont aussi ceux des autres parents. Ils trouvent des réponses à leurs interrogations ou découvrent parfois de nouveaux repères.

L'étude de Miyata, menée auprès de mères japonaises de jeunes enfants « tout-venant », montre que la participation à un groupe d'entraide en ligne peut favoriser le bien-être

psychologique et augmenter l'estime de soi en procurant du soutien et un sentiment d'appartenance (36).

Toutefois, comme le soulèvent O. Prévôt et G. Pithon, « les discussions, les échanges, qui renforcent le lien social et gratifient les affects, ne permettent pas de véritables apprentissages de connaissances, d'attitudes et de pratiques éducatives. Ces trois niveaux, constitutifs des compétences psychosociales parentales, nécessitent un soutien prolongé comportant des exercices d'entraînement à la résolution de problèmes éducatifs concrets, des évaluations personnalisées et un travail sur des habitudes familiales anciennes et difficiles à abandonner » (37).

3. Les facteurs environnementaux et socio-économiques

Nous avons vu également durant notre étude que, si tous les parents doutent, se questionnent ou cherchent des contenus d'informations fiables concernant la diversification alimentaire, les ressources mobilisées pour y répondre se différencient selon des facteurs environnementaux et socio-économiques.

Parmi les participants, certains profils de parents, plutôt de classe moyenne ou supérieure, plutôt diplômés et avec de forts principes éducatifs, effectuent des démarches de recherches personnelles. Leurs principales attentes sont de trouver des informations fiables, scientifiques, approfondies tant sur la santé, le bien-être du bébé, que l'éducation de l'enfant. Ils considèrent soit être suffisamment informés par eux-mêmes, ou par la documentation qu'ils choisissent, soit que les conseils qu'on leur donnera ne correspondront pas à leur style de parentalité. De fait, ils font peu appel à des tiers. D'un autre côté, les parents de milieux plus modestes ont plus tendance à faire appel à des professionnels qu'ils jugent disponibles, notamment les professionnels de la petite enfance. Leurs attentes sont de trouver des informations sur des personnes ressources et de rencontrer des personnes disponibles. Le principal obstacle qu'ils rencontrent dans leurs démarches de recours est en fait l'accès aux sources d'information. Ils ont ainsi plus tendance à avoir recours à leur famille.

Tout comme l'accès à l'information, l'accès à l'alimentation dite « saine » est également soumis aux déterminants socio-économiques et environnementaux. En effet les parents interrogés dans cette étude relatent le type de produits alimentaires consommés et la proportion que prend l'alimentation dans leur budget familial : cette proportion est considérée comme importante par les familles de classe supérieure mais par choix, car gage de bonne santé alors que, pour les familles plus modestes, cette proportion est fortement liée à des contraintes financières. Les parents habitant des zones rurales sont plus enclins à consommer des produits frais issus de circuits courts que ceux habitant en ville. Ces résultats correspondent à ceux issus de nombreuses études sur les inégalités sociales et l'alimentation (38,39). Or, d'autres études (40) rapportent l'intérêt d'agir précocement sur les comportements alimentaires des tous petits afin de limiter la prise de poids trop rapide, elle-même mise en cause dans la surcharge pondérale de l'enfant et l'adulte (10).

Parce que l'alimentation est un déterminant majeur de la santé et qu'elle a sa responsabilité dans les inégalités sociales de santé, les politiques nutritionnelles ont un rôle majeur à jouer dans la réduction de ces inégalités.

4. Les facteurs culturels

L'autre défi rencontré par les parents, plus particulièrement les mères, durant les premiers mois de vie de l'enfant, est celui de la conciliation entre la vie professionnelle et la vie familiale. En effet, la diversification alimentaire survient quelques mois à peine après la reprise du travail pour les mères qui étaient en congés maternité. Se posent alors de nombreuses questions sur cette possibilité de conciliation, sur le mode de garde. Cela relève parfois d'un conflit interne entre la femme et la mère. Pour y répondre, beaucoup d'entre elles se retrouvent à réduire leur temps de travail.

En plus des inégalités de genre objectivées (41) concernant le domaine enfant/travail (congé, mode de garde), les représentations sociales qui encadrent principalement la maternité, la petite enfance et la parentalité entretiennent la différenciation des responsabilités parentales. Cette division tend à culpabiliser encore une fois les mères et à renvoyer les pères au second plan.

Ainsi au travers de l'exploration des besoins parentaux durant la diversification alimentaire de l'enfant, nous avons pu mettre en évidence les ressources et les préoccupations parentales. Ces dernières sont au premier plan liées à l'alimentation et la santé de l'enfant mais elles s'inscrivent dans un champ de questionnements et d'incertitudes plus général (éveil, bien être, liens parents-enfants, conciliation enfant-travail etc.). C'est ce champ plus général qui définit la **parentalité**. L'ensemble des besoins des parents exprimés lors de la phase de diversification alimentaire reflètent *in fine* ceux vis-à-vis de cette parentalité.

Le soutien à la parentalité constitue donc un outil de prévention généraliste pour répondre à diverses problématiques, dont celle de l'acquisition de l'autonomie alimentaire par le jeune enfant. Ces résultats viennent appuyer les résultats d'une enquête menée par la Caisse Nationale des Allocations Familiales (CNAF) en 2016 sur les attentes et besoins des parents en matière d'accompagnement à la parentalité. Les parents de jeunes enfants âgés de 0 à 2 ans et de 3 à 5 ans expriment globalement plus de préoccupations concernant leur rôle de parents. Aux premiers rangs des préoccupations figurent la santé des enfants (alimentation, sommeil, maladie...) puis leur scolarité (42).

III. Perspectives

A partir de ces besoins biopsychosociaux parentaux identifiés et des ressources déjà mobilisées par les familles, nous proposons quelques pistes d'intervention basées sur des principes d'action en éducation pour la santé.

1. L'information de qualité

L'un des principaux besoins des parents pendant la phase de diversification alimentaire est d'être informé à ce sujet. Concernant cette information, les attentes sont de l'ordre de l'accessibilité et de la fiabilité.

Ainsi, pour que cette information soit délivrée à tous les parents, nous pensons d'abord qu'elle doit être donnée là où sont les parents : à la maison (sur Internet), dans les crèches, dans l'entreprise.

De plus, pour qu'elle soit accessible à tous les parents et répondre à ce besoin essentiel, il apparaît nécessaire de leur mettre à disposition des contenus, des ressources et des références validées.

Etant donné que les parents utilisent quotidiennement Internet, il serait pertinent de leur donner des sites fiables qu'ils pourraient consulter quand ils le souhaitent. C'est d'ailleurs ce qu'a mis en place l'agence Santé publique France en créant un label « Aide en santé » qui répond aux exigences du public en matière de qualité de réponse dans le champ de la santé (43).

D'autre part, il existe des sites référencés tels que : mpedia.fr de l'Association Française de Pédiatrie Ambulatoire (AFPA) ; ou encore mon-enfant.fr (géré par la CAF). Ce sont des sites où les parents peuvent, à la fois, trouver du contenu fiable sur des thématiques précises ou sur la parentalité de façon plus générale, poser leurs questions sans la peur du jugement et repérer les différentes fonctions de chaque professionnel.

Sur le thème de la diversification alimentaire, cela pourrait se traduire par distribuer des guides complets et actualisés en consultation. Celui par exemple, du PNNS (44) consacre une partie à la petite enfance (0 à 3 ans) en donnant « un mode d'emploi » sur la diversification alimentaire. Il se base sur les dernières recommandations scientifiques et les questions les plus fréquemment posées par les parents. Il donne aussi des astuces pratiques, propose des menus selon l'âge et, en parallèle, donne des renseignements sur le développement psychomoteur de l'enfant.

Se servir de supports déjà existants et connus, comme par exemple le carnet de santé, présente des avantages. Il est délivré à tous les parents à la naissance de l'enfant sur le territoire. Ils le connaissent et l'utilisent donc cela évite de se perdre dans la multitude de supports. Concernant la diversification alimentaire, celui-ci contient un tableau récapitulatif actualisé des aliments à introduire selon l'âge du nourrisson. Celui-ci a été remis à jour en 2018, en lien avec une politique de santé de l'enfant qui marque la volonté de mener des actions précoces sur les déterminants de la santé (45). Bien qu'il intègre de plus en plus d'informations sociales, éducatives, environnementales, ce carnet reste néanmoins indicatif

et normatif concernant la santé de l'enfant. Il ne peut donc suffire à lui tout seul à guider les parents mais reste un bon support pour échanger. Tous les professionnels de santé peuvent se baser dessus pour interagir avec les parents, durant la période de diversification alimentaire, mais aussi, tout au long du développement de l'enfant

Enfin, les informations délivrées doivent aussi bien comporter les thèmes qu'intéressent les parents (santé, éducation, mode de garde etc.) que les ressources humaines et matérielles qui sont à disposition. Et d'autant plus celles qui sont à proximité de chez eux afin d'augmenter leurs chances d'y recourir. Cela passe par renforcer la visibilité des lieux ressources qui incarnent les projets parentalité des territoires.

2. La cohésion des professionnels

La plupart des parents interrogés soulignent la multitude de discours auxquels ils sont confrontés dans leur parcours de parents et dont la période de diversification alimentaire en est un bon exemple. Ils évoquent la discordance entre les discours des professionnels qui les entourent voire un changement de discours de la part du même professionnel entre le(s) ainé(s) et le cadet de la fratrie. Ceci conduit les parents au sentiment d'être perdus, les renvoie à se fier à eux-mêmes et engendre parfois une anxiété.

Le soutien à la parentalité concerne une pluralité de problématiques, par conséquent il y a intérêt à développer les partenariats entre les différents acteurs pour être pertinent dans la réponse apportée aux parents.

Cela passe par la constitution d'un socle commun dans le but de réaliser des documents de référence en commun à destination des professionnels des différents secteurs : santé, petite enfance, parentalité, éducatif.

Une formation commune aux professionnels de ces secteurs favoriserait un renforcement des partenariats et leur mise en synergie. Elle comporterait un discours plus égalitaire (homme/femme), une approche de la parentalité non normative, non « jugeante » et inciterait à la réflexion sur le rapport aux normes des professionnels.

Enfin, elle permettrait d'initier une réflexion sur la place du « social » dans le « sanitaire » en sensibilisant les professionnels de santé sur les besoins et les attentes des parents pour avoir une approche plus globale de la parentalité et mieux décroiser les secteurs d'intervention. Nous proposons d'autres pistes comme celles de valoriser la complémentarité des professions entourant les parents par l'information sur les compétences de chacun et valoriser les compétences partenariales dans chacun des secteurs.

Des séminaires, comme celui organisé par la Société française de santé publique (SFSP) en novembre 2018 sur le thème de l'accompagnement à la parentalité et inégalités sociales de santé, favorisent ce travail de partenariat (46).

3. Ateliers d'échanges de proximité

En repartant du besoin d'échanges exprimé par les parents, l'atelier se présente à la fois comme un support adapté pour ce type d'interactions et, en même temps, un espace d'information et de prévention pouvant être encadré par des professionnels formés à ce type d'animation.

C'est ce qui avait déjà été proposé par le réseau de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) en 2017 en partenariat avec l'Agence Régionale de Santé de la Nouvelle Aquitaine (ARS). Les ateliers se constituaient d'un groupe d'environ dix personnes (parents, enfants de 3 à 6 ans et un professionnel du réseau).

Cela s'effectuait au sein des locaux de la PMI ou des mairies sur les communes de Montmorillon, Châtelleraut, Civray et au sein des quartiers des Couronneries et de Beaulieu à Poitiers.

Les thématiques suivantes étaient abordées et échelonnées sur trois mercredis :

- L'alimentation en général : entre variété et équilibre
- Cours de cuisine
- Activité physique : motricité et équilibre

Ce programme était dans un premier temps destiné aux enfants dont l'Indice de Masse Corporelle (IMC) était supérieur à la normale puis, finalement, a été ouvert à l'ensemble de la population grâce à la collaboration avec la PMI de la Vienne. Ceci avait pour but de promouvoir la santé dès la petite enfance (47).

Les retours des parents étaient satisfaisants car il y avait la possibilité d'inclure les enfants. La manipulation et la (re)découverte des légumes étaient également appréciées ainsi que les échanges entre parents.

Les personnes de la CPAM qui ont été interrogées sur le sujet nous ont expliqués qu'ils avaient été suspendus au profit d'autres ateliers de prévention.

La mise en place d'actions de proximité de ce type permet l'accès aux parents isolés et éloignés des services de prévention. Placer le lien social au cœur des dispositifs de soutien à la parentalité permet de répondre réellement à un besoin des parents.

Il est donc nécessaire d'encourager l'émergence de collectif et de groupes de pairs de proximité dans la lutte contre l'isolement.

Rompre l'isolement social n'est pas le seul bénéfice attendu de ces actions. Un nombre croissant d'actions de prévention et promotion de la santé visent à développer les compétences psychosociales des populations donc des enfants et des parents. Et ce à juste titre, car d'après les travaux de synthèses sur les compétences psychosociales menés par B. Lamboy et J. Guillemont, les interventions précoces développant les compétences psychosociales des parents et des enfants dès leur plus jeune âge sont parmi les stratégies de prévention les plus efficaces (48). En effet, l'accompagnement précoce des compétences parentales permet d'améliorer la qualité des liens parents-enfants et ceci a un impact positif sur le développement cognitif et émotionnel de l'enfant, mais aussi sur sa trajectoire de vie et donc sur celle de sa santé.

L'ouverture de la *Vie la Santé* en 2018, à proximité des services cliniques du Centre Hospitalier et Universitaire (CHU) de Poitiers, a permis un élan dans la promotion de la santé en proposant des actions d'éducation en santé : actions d'éducation pour la santé et actions d'éducation thérapeutique pour les personnes atteintes de maladies chroniques. Cette plateforme a été créée autour des valeurs d'empowerment des usagers (49) et d'approche positive et créatrice de santé que l'on appelle la salutogénèse (50).

Durant toute l'année, les équipes pluri professionnelles proposent des ateliers (51) sur la gestion des émotions, l'activité physique adaptée, l'alimentation, l'adaptation de la vie quotidienne, la santé sexuelle, la santé environnementale et la santé sociale.

Il serait donc tout à fait opportun de proposer des ateliers de soutien à la parentalité au sein de la *Vie la Santé* visant à faire réfléchir à la manière dont les parents définissent eux-mêmes leur rôle et construisent progressivement un sentiment de compétence ou de responsabilité parentale. De plus, afin de rendre l'accès possible à tous les parents, il pourrait être proposé de décliner cet atelier sous un format plus nomade avec, par exemple, l'utilisation d'un bus itinérant qui sillonnerait les communes de la Vienne ou via la webéducation. Cet accompagnement des parents constitue un levier plus efficace, au service de toutes les politiques de prévention et s'inscrit dans une stratégie nationale de soutien à la parentalité (52).

Conclusion

La diversification alimentaire est une étape essentielle dans le développement de l'enfant vers l'autonomie alimentaire et constitue un déterminant de sa santé tout au long de sa vie.

Cette étude a confirmé que, durant cette période de transition alimentaire, les multiples besoins des parents et leurs ressources sont liés à la fois à leurs caractéristiques individuelles. Ils sont aussi le reflet de leur environnement socioéconomique et socioculturel. La mise en évidence des besoins d'information, de réassurance et d'échanges éprouvés par les parents a permis de mettre en lumière leurs questionnements et leurs doutes quotidiens renvoyant à une dimension plus large : la parentalité.

D'autre part, la prise en compte de ces facteurs personnels, sociaux, économiques et environnementaux, constituant des déterminants de la santé, va permettre ainsi de proposer des principes d'action d'éducation pour la santé : une information fiable et accessible, un renfort de la cohésion entre les professionnels ainsi que le développement d'ateliers d'échanges de proximité.

Aussi renforcer l'accompagnement au soutien de la parentalité permettrait non seulement aux parents de répondre à leurs besoins biopsychosociaux, mais aussi de répondre à un des enjeux de santé publique : **promouvoir la bonne santé pour tous.**

Références bibliographiques

1. Organisation mondiale de la sante. Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant. Genève: OMS; 2003 p. 37.
2. Turck D, Dupont C, Vidailhet M, Bocquet A, Briend A, Chouraqui JP, et al. Diversification alimentaire: évolution des concepts et recommandations. Arch Pediatr. 2015;22(5):457-60.
3. Turck D, Girardet J-P. Historique de la diversification alimentaire. Diversif Aliment Enfant. 2010;17:S191-4.
4. Fewtrell M, Bronsky J, Campoy C, Domellöf M, Embleton N, Fidler Mis N, et al. Complementary Feeding: A Position Paper by the European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (ESPGHAN) Committee on Nutrition. J Pediatr Gastroenterol Nutr. janv 2017;64(1):119-132.
5. Juchet A, Chabbert A, Pontcharraud R, Sabouraud-Leclerc D, Payot F. Diversification alimentaire chez l'enfant : quoi de neuf ? Rev Fr Allergol. 1 oct 2014;54(6):462-8.
6. Victora CG, Bahl R, Barros AJD, França GVA, Horton S, Krasevec J, et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. The Lancet. 2016;387(10017):475-90.
7. Lemarchand L. Babillage et diversification alimentaire : pratiques et influence de l'exposition aux textures sur le contrôle oro-moteur [Thèse de doctorat de sciences du langage]. Université Lumière Lyon 2 ; Université de Montréal; 2019.
8. Rigal N. Diversification alimentaire et construction du goût. Diversif Aliment Enfant. 2010;17:S208-12.
9. Blissett J. Relationships between parenting style, feeding style and feeding practices and fruit and vegetable consumption in early childhood. Appetite. 2011;57(3):826-31.
10. Vidailhet M, Girardet J-P. Diversification alimentaire et obésité : une période à risque. Diversif Aliment Enfant. 2010;17:S204-7.
11. Golley RK, Smithers LG, Mittinty MN, Emmett P, Northstone K, Lynch JW. Diet Quality of UK Infants Is Associated with Dietary, Adiposity, Cardiovascular, and Cognitive Outcomes Measured at 7-8 Years of Age. J Nutr. 2013;143(10):1611-7.
12. Bernad C, Delort C, Dupuy A, Schwartz C, Nicklaus S, Tournier C. Diversification alimentaire du jeune enfant : étude qualitative des freins et motivations liés aux pratiques parentales. Nutr Clin Métabolisme. 2018;32:317.
13. Maslow AH. A theory of human motivation. Psychol Rev. 1943;50(4):370-96.
14. Guéné V. Le modèle biopsychosocial: de quoi parle-t-on ? Arch Mal Prof Environ. avr 2018;79(2):161-7.
15. Safon M-O, Suhard V. Les inégalités sociales de santé : bibliographie thématique. [Internet]. Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé. Paris. FRA, éditeur. Paris : IRDES; 2016. Disponible sur: <http://www.irdes.fr/EspaceDoc/DossiersBiblios/InegalitesSocialesSante.pdf>

16. Pommier J. Pourquoi certains tombent malades et d'autres pas : une vision décloisonnée avec les déterminants de santé [Internet]. Santé Environnement Nouvelle-Aquitaine. 2014 [cité 22 mars 2020]. Disponible sur: <http://www.santeenvironnement-nouvelleaquitaine.fr/autre/pourquoi-certains-tombent-malades-et-dautres-pas-une-vision-decloisonnee-avec-les-determinants-de-sante/>
17. Hercberg S, Deschasaux M, Touvier M. Nutrition et santé [Internet]. Inserm - La science pour la santé. [cité 22 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/nutrition-et-sante>
18. Équipe de surveillance et d'épidémiologie nutritionnelle (Esen). Étude de santé sur l'environnement, la biosurveillance, l'activité physique et la nutrition (Esteban 2014-2016) : Chapitre Consommations alimentaires : Volet Nutrition. Chapitre Consommations alimentaires. 2017 p. 193.
19. Étude individuelle nationale des consommations alimentaires 3 (INCA 3). Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail; 2017 juin p. 566.
20. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P. Introduction à la recherche qualitative. 2008;19(84):142-5.
21. Moreau A, Dedienne M-C, Letrilliart L. S'approprier la méthode du focus group. Rev Prat Med Gen. mars 2004;(645):3.
22. De Chanaud N. Recueil de données en recherche qualitative - LEPCAM [Internet]. [cité 3 avr 2020]. Disponible sur: https://lepcam.fr/index.php/les-etapes/protocole_quali/#zp-ID-1266-1093634-ISWS7NB5
23. Lavoie A, Fontaine C. Mieux connaître la parentalité au Québec. Un portrait à partir de l'Enquête québécoise sur l'expérience des parents d'enfants de 0 à 5 ans 2015. Institut de la statistique du Québec; 2016 mai p. 259.
24. Touboul P. Guide méthodologique pour réaliser une thèse qualitative [Internet]. 2013 [cité 1 mai 2020]. Disponible sur: https://nice.cnge.fr/rubrique.php3?id_rubrique=53
25. Salanave B, Launay C, Boudet-Berquier J, Guerrisi C, Castetbon K. Alimentation des nourrissons pendant leur première année de vie. Résultats de l'étude Epifane 2012-2013. Saint-Maurice: Institut de veille sanitaire; 2016. 58p.
26. Pinte-Masy M. Pratique de la diversification alimentaire et rôle du médecin généraliste : étude qualitative auprès de mères d'enfants de 6 mois à 3 ans [Thèse de doctorat de médecine générale]. Lille 2; 2016.
27. Brown A, Jones S, Rowan H. Baby-Led Weaning: The Evidence to Date. Curr Nutr Rep. 29 avr 2017;6.
28. Rapley G. Baby-led weaning: transitioning to solid foods at the baby's own pace. Community Pract J Community Pract Health Visit Assoc. juin 2011;84(6):20-3.
29. Rathunde K. Montessori education and optimal experience : a framework for new research. NAMTA J. 2001;26(1):11-43.
30. Bordet J. La mère, son bébé et la nourriture: approche exploratoire multidisciplinaire [Thèse de doctorat de psychologie]. [France]: Université de Bourgogne, Université de Lausanne; 2010.

31. Lahlou S. Penser manger : les représentations sociales de l'alimentation [Thèse de doctorat de psychologie]. Paris, EHESS; 1995.
32. Manier M. De jeunes parents dans la tourmente. Stratégies de recours et gestion des normes de parentalité à l'arrivée du premier enfant. Rev Polit Soc Fam. 2018;127(1):49-59.
33. Croutte P, Lautié S. Le baromètre du numérique 2016. Centre de Recherche pour l'Étude et l'Observation des Conditions de Vie; 2016 p. 244.
34. Camphuis K, Fleutiaux D, Grelot-Girard P. Food is Social 2017 : Plongez dans l'expérience Food de demain. In Paris; 2017. p. 35.
35. Groupe d'experts constitué de membres du Haut Conseil de la santé publique et de personnalités extérieures. Avis relatif aux objectifs quantifiés pour la politique nutritionnelle de santé publique (PNNS) 2018-2022. Rapport de l'HCSP. Haut Conseil de la Santé Publique; 2018 févr p. 22.
36. Miyata K. Social Support for Japanese Mothers Online and Offline. In: The Internet in Everyday Life. 2002. p. 520-48.
37. Prévôt O, Pithon G. Les attentes de parents français à l'égard du soutien à la parentalité. Rev Int Educ Fam. 2008;n° 23(1):63-80.
38. Expertise collective. Inégalités sociales de santé en lien avec l'alimentation et l'activité physique. Institut national de la santé et de la recherche médicale; 2014 p. 721.
39. Badia B, Brunet F, Carrera A, Kertudo P, Tith F. Inégalités sociales et alimentation. Quels sont les besoins et les attentes en termes d'alimentation des personnes en situation d'insécurité alimentaire et comment les dispositifs d'aide alimentaire peuvent y répondre au mieux ? FORS Recherche sociale; 2014 p. 182.
40. Redsell SA, Edmonds B, Swift JA, Siriwardena AN, Weng S, Nathan D, et al. Systematic review of randomised controlled trials of interventions that aim to reduce the risk, either directly or indirectly, of overweight and obesity in infancy and early childhood. Matern Child Nutr. 20 avr 2015;12(1):24-38.
41. Blöss T. Devoirs maternels. Actes Rech En Sci Soc. 9 août 2016;N° 214(4):46-65.
42. Crépin A, Moeneclaey J. Les attentes et besoins des parents en matière d'accompagnement à la parentalité | maison des adolescents. Caisse nationale des Allocations familiales ; Direction des statistiques, des études et de la recherche; 2016 p. 4.
43. Santé Publique France. Le label Aide en santé [Internet]. [cité 10 mai 2020]. Disponible sur: /a-propos/services/aide-a-distance-en-sante-l-offre-de-service/le-label-aide-en-sante
44. Noirot L, Costa-Prades B. Le guide nutrition des enfants et ados pour tous les parents [Internet]. 2004 [cité 9 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.mangerbouger.fr/PNNS/Guides-et-documents>
45. Le ministère des Solidarités et de la Santé. Nouveau carnet de santé de l'enfant [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2020 [cité 31 mai 2020]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/communiqués-de-presse/article/nouveau-carnet-de-sante-de-l-enfant>

46. Pierron A. Accompagnement à la parentalité et inégalités sociales de santé. Revue de la littérature. In: Agir. Paris; 2018. p. 12-5.
47. Houzelle N, Rebillon M. Promouvoir la santé dès la petite enfance: accompagner la parentalité. Saint-Denis: INPES éd.; 2014.
48. Lamboy B, Guillemont J. Développer les compétences psychosociales des enfants et des parents : pourquoi et comment ? Devenir. 2014;Vol. 26(4):307-25.
49. Roelandt J-L, Legrain S, Lefeuvre K. Le pouvoir d'agir « empowerment » des patients questionne l'éducation thérapeutique et ses acteurs. In Paris; 2017. p. 50.
50. Roy M. Pour une promotion de la santé: La salutogenèse. Spiritualitésanté. 2 janv 2013;6:44-7.
51. Les ateliers | Villa Santé du CHU de Poitiers [Internet]. [cité 22 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.chu-poitiers.fr/specialites/vie-la-sante/ateliers-et-calendrier-des-animations/>
52. Ministère des Solidarités et de la Santé. Dessine moi un parent. Direction générale de la cohésion sociale; 2018 p. 64.

Figures

Figure 1 : Arbre comportant les sous thèmes et catégories relatifs aux caractéristiques de l'individu

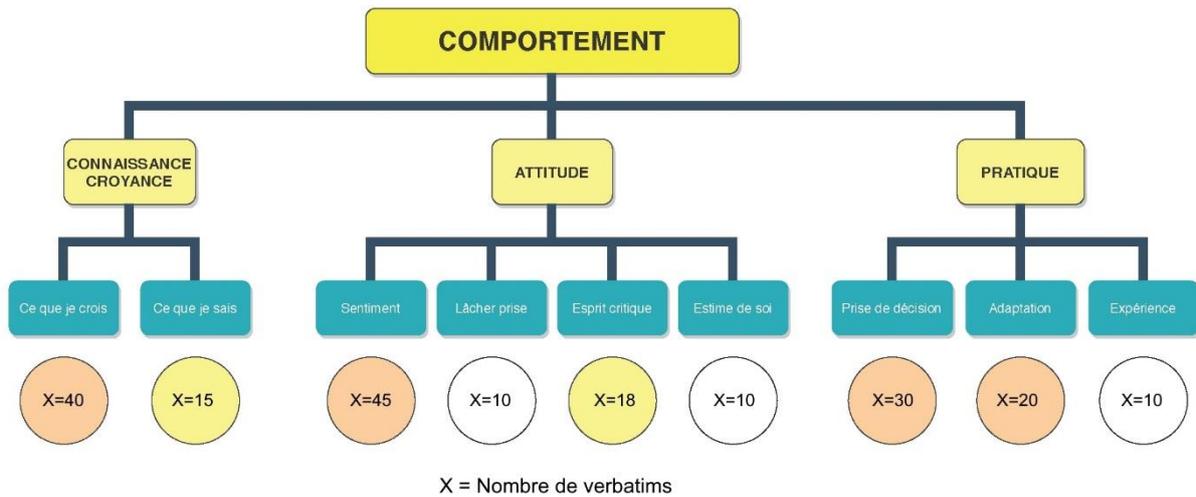


Figure 2 : Arbre comportant les sous thèmes et catégories relatifs à l'environnement social des parents interrogés

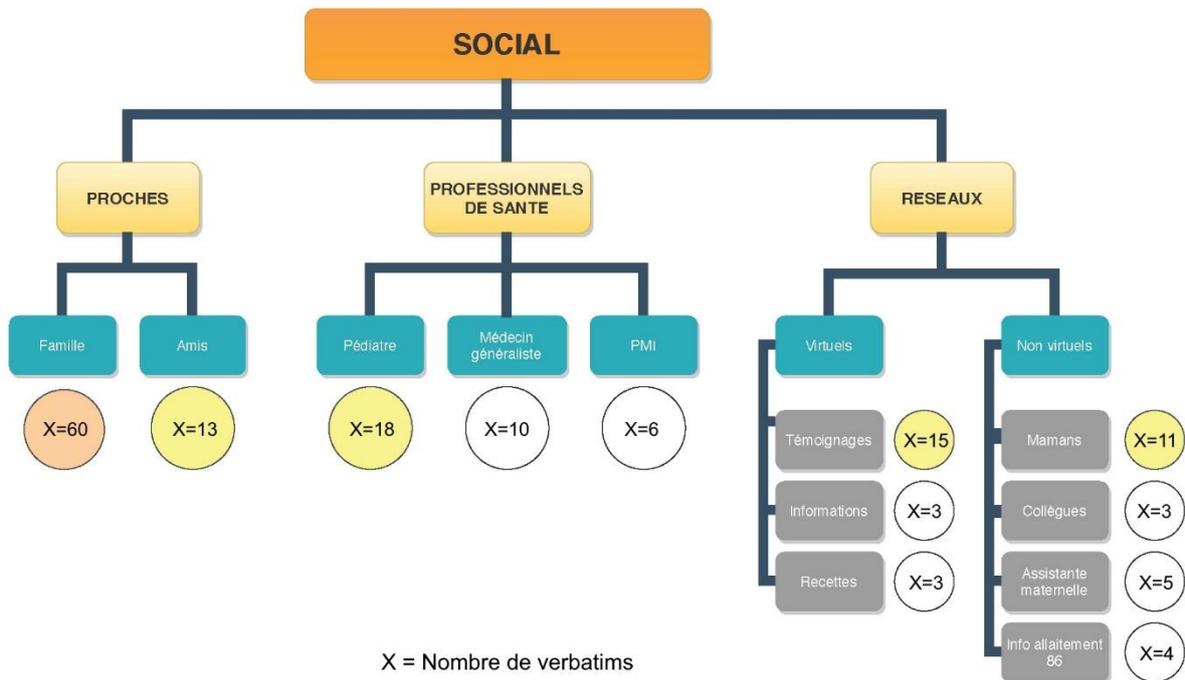


Figure 3 : Arbre correspondant aux sous thèmes et catégories relatifs à l'environnement socio-économique des parents interrogés

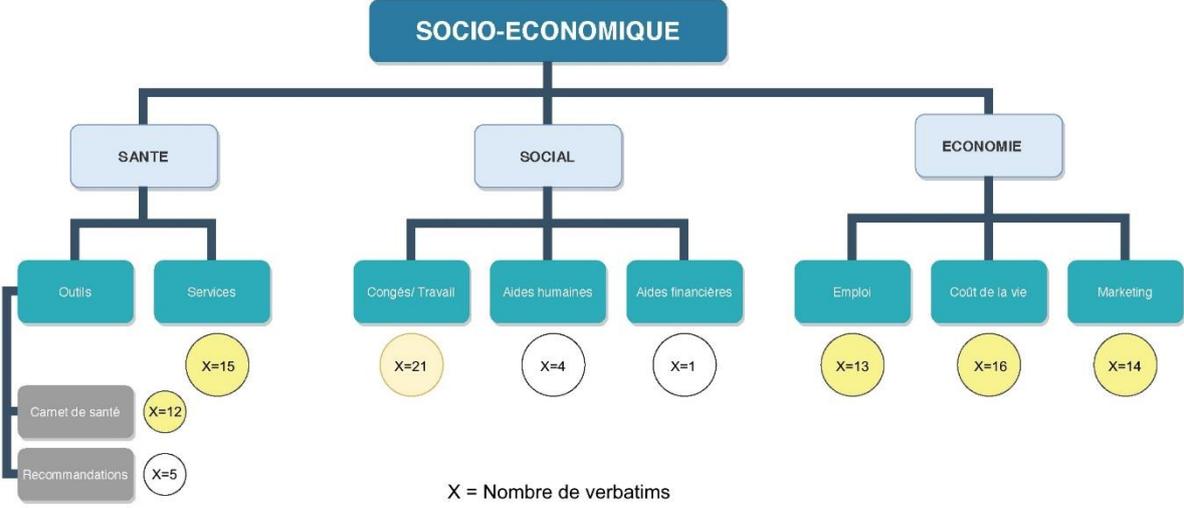


Figure 4 : Arbre correspondant aux sous thèmes et catégories relatifs à l'environnement des parents interrogés

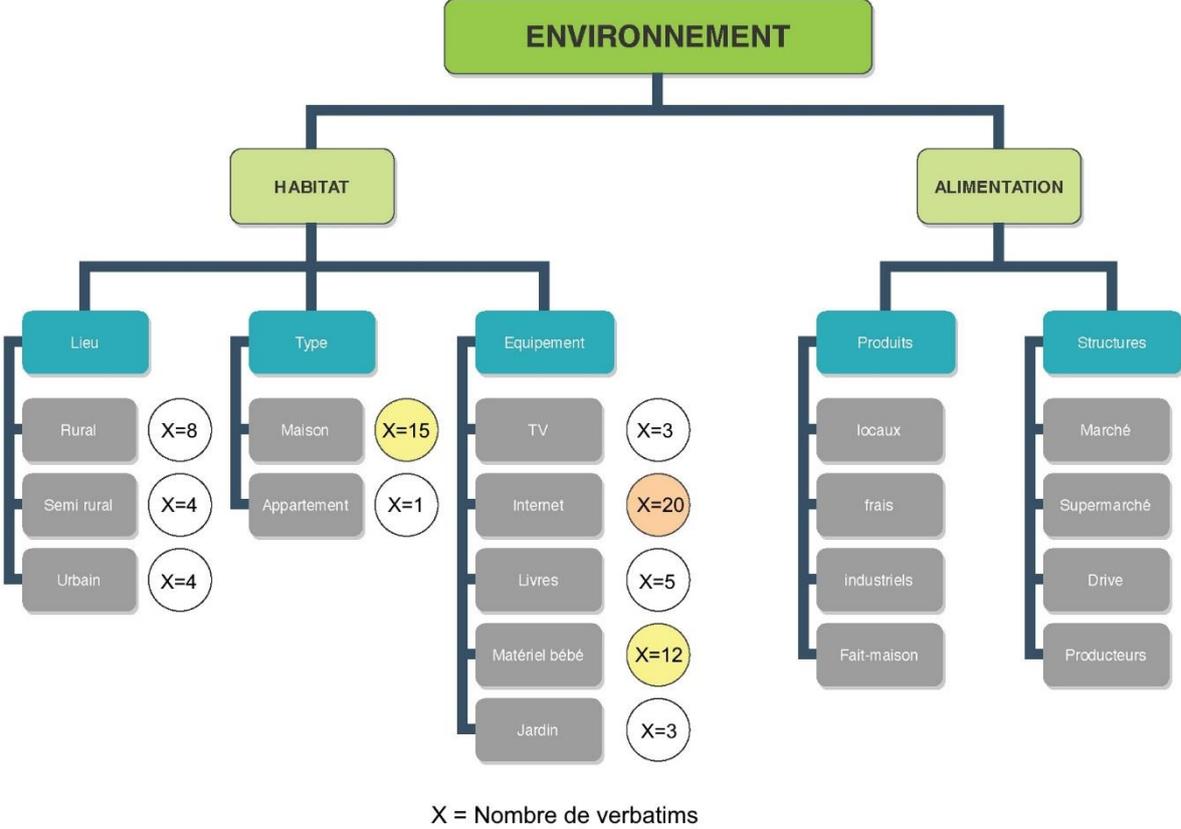
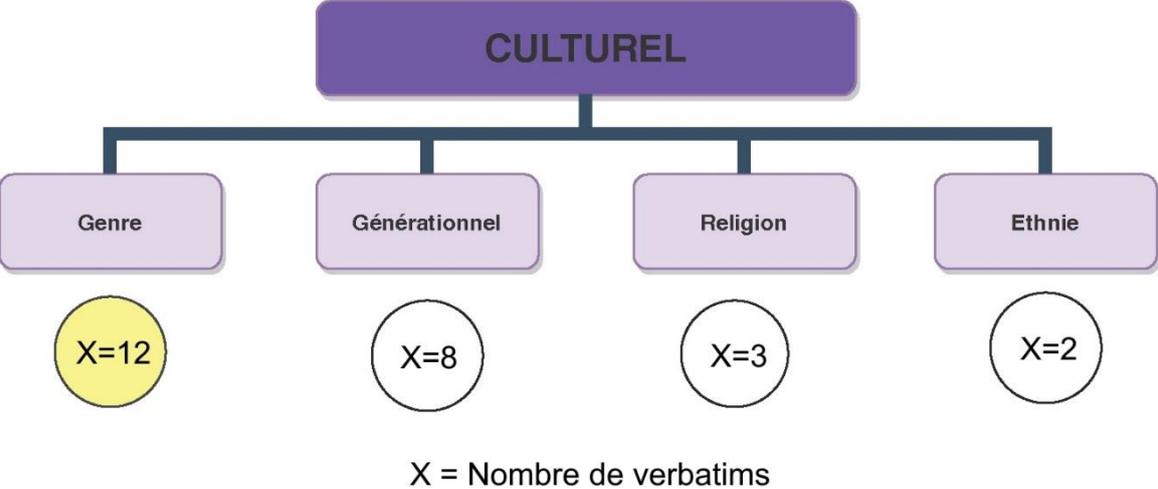


Figure 5 : Arbre correspondant aux sous thèmes et catégories relatifs au facteur culturel des parents interrogés



Tableaux

Tableau 1a : Caractéristiques des participants aux entretiens individuels

Entretien	Parent	Âge mère/père	Âge nourrisson	Nombre d'enfants	Origines mère/père	Situation familiale	Professions mère/père	Lieu d'habitation	Régime alimentaire	Allaitement du nourrisson	Mode de garde	Événement de vie
1	Maman	38	12 mois	4	Franco-marocaine-algérienne	Mariée, famille recomposée	Mère au foyer	Rural	Sans porc	Allaitement artificiel principalement	Domicile par la mère	Décès grand père et septicémie maternelle à quelques jours de l'accouchement
2	Maman	28	17 mois	3 (dont jumelles)	France	Pacs	Aide soignante / Electricien	Rural	0	Essai AM mais relai rapide par AA car jumelles	Domicile par la mère et début crèche 3x/sem	Décès brutal grand mère maternelle au début première grossesse, diagnostic leucémie chez la mère pendant grossesse jumeleire
3	Maman et papa	24 / 29	5 mois	1	France / France	En couple	Employée polyvalente / Chargé de clientèle	Rural	0	AM en cours	Domicile par la mère	Déménagements fréquents / IVG / Mère en congé parental actuellement
4	Maman	39	24 mois	4	France	Pacs	Enseignante en biologie	Urbain	0	AM jusqu'à la reprise du travail	Nourrice	Famille recomposée : le père a une ado de 16 ans, 3 enfants avec sa compagne. Mère à mi-temps
5	Maman	39 / 39	8 mois	2	France	Mariée	Ingénieur industrie pharmaceutique / Exploitant agricole	Rural	0	AM exclusif 4 mois puis mixte	Nourrice 2x/semaine sinon mère à domicile	Déménagement de région parisienne vers campagne, reconversion professionnelle et recherche d'emploi pour la mère
6	Maman	38 / 41	36 mois	2	France	Pacs	Éducateur jeunes enfants / Formateur IRTS	Rural	Éviction partielle lait de vache et blé	AM exclusif 4 mois, arrêt et relai par laitages	Assistante maternelle 3x/semaine et 1j en crèche	Mère : changement de poste après congé parental de 2 ans , reprise poste à temps partiel avec moins de responsabilité
7	Maman	34 / 34	32 mois	2	France	Mariée	Infirmière puéricultrice / Exploitant agricole	Rural	0	AM exclusif jusqu'à 6 mois, actuellement encore 1 fois/j	Assistante maternelle	Pratique la DME (diversification menée par l'enfant)
8	Maman	23 / 24	6 mois	2	Franco-marocaine/ Mayotte	Concubinage	Mère au foyer / Chef de chantier	Semi rural	Sans porc	AM en cours	Domicile par la mère, demande de crèche	Séparation avec le père, est tombée enceinte se sont remis ensemble et déménagement
9	Maman	34 / 35	6 mois	2	France	En couple	Infirmière libérale / Pompier professionnel	Rural	0	AA exclusif	Grand-mère qui est nourrice	Tombée enceinte suite à décès d'un oncle ; Opération poitrine à 17 ans chez la mère
10	Maman	30	10 mois	2	France	En couple	Assistante maternelle	Semi rural	Lait de chèvre plutôt que lait de vache	AM 6 semaines relai par AA	Domicile par la mère et crèche 1j/semaine	Mère en recherche d'emploi
11	Maman	36 / 42	19 mois	2	France/ Franco-algérienne	Concubinage	Enseignante collège / Veilleur de nuit	Urbain	Sans porc, sans cheval	AM jusqu'à 6 mois puis mixte puis AA	Crèche familiale	Déménagement
12	Papa	33	10 mois	2	France	Pacs	Assistante maternelle / Menuisier	Rural	0	AM quelques mois puis relai par AA	Domicile par la mère	Construction maison

Tableau 1b :
Caractéristiques des participants au focus group

Entretien	Parent	Âge	Âge nourrisson	Nombre d'enfants	Origines	Situation familiale	Professions	Lieu d'habitation	Régime alimentaire	Allaitement du nourrisson	Mode de garde	Événement de vie
Focus Group	Maman 1	entre 36-45 ans	8 mois	1	Estonie	En couple	Chargée d'étude	Urbain	0	AM en cours	Domicile par la mère	Mère en congé parental
	Maman 2	entre 25-35 ans	36 mois	2	France	En couple	Bac + 2 sans précision	Urbain	0	AM jusqu'à 10 mois	Assistante maternelle agréée	Mère en congé maternité
	Maman 3	entre 25-35 ans	10 mois	1	France	En couple	Infirmière	Semi rural	0	AM jusqu'à reprise du travail (3mois)	Assistante maternelle agréée	Déménagement
	Maman 4	entre 25-35 ans	13 mois	1	France	En couple	Bibliothécaire	Semi rural	0	AM jusqu'à 5 mois et demi	Assistante maternelle agréée depuis ses 6 mois	Reprise du travail à temps partiel

Annexes

Annexe I : Fiche d'invitation aux parents

La diversification alimentaire de l'enfant de 4 à 36 mois

Invitation Entretien individuel parents

Madame, Monsieur,

Je suis actuellement médecin remplaçant. J'effectue un travail de recherche sur la diversification alimentaire de l'enfant de 4 à 36 mois. J'ai pu constater dans ma pratique, en consultation, qu'il s'agit d'une période importante pour votre enfant mais aussi pour vous parents.

Ainsi, je vous propose lors d'un entretien de me faire part de votre expérience concernant la diversification alimentaire de votre enfant.

Si vous souhaitez participer à cette étude, contactez-moi :

ABGRALL Morgane

Téléphone : **06 43 26 37 00**

E-mail : morgane.abgrall@gmail.com

Merci d'avance de votre attention.

Annexe II : Questionnaire quantitatif parents

Merci de votre participation au focus groupe.

Ce questionnaire est anonyme. Il a simplement pour but de démontrer la pertinence de l'échantillon choisi.

1. Vous êtes :

- Une femme
- Un homme

2. Votre âge :

- 18-24 ans
- 25-35 ans
- 36-45 ans
- >45 ans

3. Votre pays d'origine :

4. Votre profession ou niveau d'étude :

.....
.....
.....

5. Votre situation actuelle :

- Activité à temps complet
- Activité à temps partiel
- En recherche d'emploi
- Sans profession
- En congé maternité ou paternité
- En congé parental
- Étudiant
- Autre :

6. Votre lieu de vie :

- Urbain
- Rural
- Semi-rural

7. Votre type de logement :

- Appartement

- Maison
- Autre

8. Votre situation familiale :

- En couple
- Séparé/Divorcé
- Monoparentale

9. Âge de vos enfants et préciser le terme de leur naissance :

.....
.....
.....
.....
.....

10. Mode de garde pour les enfants <3ans :

- Moi-même
- Conjoint
- Membre de la famille (grands-parents...)
- Personne tierce (voisin, ami...)
- Assistante maternelle agréée
- Employé(e) de maison
- Garde en collectivité (crèche, halte garderie ...)

11. Régime particulier de votre/vos enfant(s) <3ans :

.....
.....

12. Événement de vie important ces dernières années :

- Mariage
- Séparation / divorce
- Décès d'un proche
- Nouvelle naissance
- Déménagement
- Reprise/changement de travail
- Autre :

Annexe III : Guide d'entretien focus group semi-dirigé parents

Introduction

Présentation

Projet de recherche

Déroulement de l'entretien

1. Présentation du groupe de parents (questionnaire quantitatif anonyme)

2. Le mode de vie : autour du repas

J'aimerais parler avec vous du repas en général.

- Quelle est la place du repas dans la vie de tous les jours ?
- Comment cela se passe en pratique ? (Lieu, membres de la famille présents)
- De quelle manière préparez-vous le repas ? (Menu, produits frais/ industriels)

3. La diversification alimentaire en pratique

J'aimerais que vous me racontiez votre expérience personnelle concernant l'introduction des aliments solides pour votre bébé.

- Quand avez-vous débuté ?
- Pouvez-vous préciser :
 - La texture (mixée/ écrasée / morceaux)
 - Les catégories d'aliment (lesquels en premier ? Plusieurs en même temps ?), les huiles, les céréales ?
 - Les ustensiles utilisés (biberon/cuillère)
 - Produits frais cuisinés/ pots industriels ?
 - Les aliments non introduits
- Quelles ont été les difficultés que vous avez rencontrées ?
- Quelles craintes avez-vous eu lors des différentes étapes alimentaires ?

4. Les besoins lors des différentes étapes de la diversification alimentaire

J'aimerais que l'on aborde vos besoins en tant que parents durant cette période.

- Pouvez-vous préciser ce dont vous avez besoins dans votre quotidien (soutien, conseils, expérience)
- Qu'avez-vous fait/utilisé pour répondre à vos besoins ?

5. Les ressources possibles

Selon vous comment pourrait-on aider les parents durant cette période ?

- À quels genres d'aides aimeriez-vous faire appel ?
- Que pensez-vous d'un atelier sur la diversification alimentaire ?

Conclusion

Synthèse brève de l'entretien.

Autre chose à rajouter ?

Remerciement

Annexe IV : Guide d'entretien individuel semi-dirigé parents

Introduction

Présentation

Projet de recherche

Déroulement de l'entretien – rappel de l'anonymat et possibilité de retrait de l'étude

1. Présentation du/des parent(s)

- Âge
- Pays d'origine
- Niveau d'étude ou profession
- Statut actuel (actif/chômage/congé parental etc.)
- Lieu de vie (rural ou urbain)
- Type de logement
- Situation familiale
- Événement de vie important ces dernières années (mariage/divorce/décès/déménagement/changement de travail)
- Nombre d'enfants et leur âge (préciser né à terme ou non)
- Mode de garde
- Régime particulier de l'enfant de moins de 3 ans
- Type d'allaitement

2. Le mode de vie : autour du repas

J'aimerais parler avec vous du repas en général.

- Comment se déroule vos repas ? (Lieu / membres de la famille présents : le nourrisson mange en même temps ?)
- De quelle manière préparez-vous le repas ? (Menu, produits frais/ industriels)
- Comment faites-vous les courses et quel budget consacrez-vous à l'alimentation ?

3. La diversification alimentaire en pratique

J'aimerais que vous me racontiez votre expérience personnelle concernant l'introduction des aliments solides pour votre bébé.

- Quand avez-vous débuté ?
- Pouvez-vous préciser :
 - La texture (mixée/ écrasée / morceaux)
 - Les catégories d'aliment : quel ordre ?
 - Les ustensiles utilisés (biberon/cuillère)
 - Produits frais cuisinés/ pots industriels ?
 - Les aliments non introduits : pour quelles raisons ?
- Quelles ont été les difficultés que vous avez rencontrées ?
- Quelles craintes/ doutes/ questionnements avez-vous eu lors des différentes étapes alimentaires ?
- Si d'autres enfants : quelles modifications avez-vous apportées

4. Les besoins lors des différentes étapes de la diversification alimentaire

J'aimerais que l'on aborde vos besoins en tant que parents durant cette période.

- Pouvez-vous préciser ce dont vous avez besoins dans votre quotidien (soutien, conseils, expérience)
- Qu'avez-vous fait/utilisé pour répondre à vos besoins ?
- Vers quoi/qui vous êtes-vous tourné ?

5. Les ressources possibles

En tant que parent, comment pourrait-on aider les parents durant cette période selon vous ?

- À quels genres d'aides aimeriez-vous faire appel ?
- Que pensez-vous d'un atelier sur la diversification alimentaire ? Comment l'imaginez-vous ?

Conclusion

Synthèse brève de l'entretien.

Autre chose à rajouter ?

Remerciement

Annexe V : Formulaire d'information des participants



Faculté de médecine et de pharmacie
6 rue de la milétrie
TSA 51 115
86073 Poitiers Cedex 9

FORMULAIRE D'INFORMATION DES PARTICIPANTS

Dans le cadre de ma thèse de médecine générale que je dois réaliser au cours de mes études, je réalise un travail de recherche médicale intitulé : « *Diversification alimentaire de l'enfant de 4 à 36 mois : exploration des besoins biopsychosociaux des parents et identification de leurs ressources.* »

But de l'étude : Identifier les besoins des parents durant la période de diversification alimentaire de leur enfant.

Directrice de thèse : Dr Marion ALBOUY-LLATY, MCU-PH Epidémiologie, Prévention, Enseignant-Chercheur au CIC 1402 Inserm Axe HEDEX, Médecin coordonnateur de la Vie la Santé et de l'UTEP

Investigateur principal : Morgane ABGRALL, médecin généraliste remplaçante

Engagement de l'investigateur : Votre participation n'est pas obligatoire et se fait sur la base du volontariat. Vous avez le droit, à tout moment, de vous retirer de l'étude. Vous avez également le droit de refuser de répondre à certaines questions qui vous seront posées. Les informations recueillies sont utilisées de manière anonyme afin d'assurer leur confidentialité, même en cas de publication. Ces données sont exclusivement destinées à la recherche médicale et seront effacées à l'issue de l'étude. Vous gardez à tout moment la possibilité de refuser leur exploitation.

Je me tiens à votre disposition pour répondre à vos questions concernant les objectifs du travail une fois le recueil des données effectué.

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

Fait en double exemplaire à, le
Signature

Annexe VI : Formulaire de consentement des participants

Je soussigné(e),

-Certifie avoir reçu et compris toutes les informations relatives à ma participation et avoir eu un délai de réflexion avant de consentir à participer à l'étude médicale « *Diversification alimentaire de l'enfant de 4 à 36 mois* »

-Autorise, par la présente, Melle ABGRALL Morgane à réaliser un enregistrement audio phonique de entretien du Celui-ci sera détruit dès la fin du travail.

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

Fait à , le

Signature

Résumé et mots-clés

Introduction : La diversification alimentaire de l'enfant est une étape importante du développement de l'enfant. Elle est influencée par les habitudes familiales, culturelles mais aussi par l'environnement socio-économique. L'objectif de l'étude était d'explorer les besoins biopsychosociaux des parents durant cette période et identifier leurs ressources en vue de proposer des principes d'action en éducation pour la santé.

Méthode : Etude qualitative avec analyse de contenu réalisée par entretiens semi-dirigés auprès de 17 parents d'enfants de 4 à 36 mois, habitant la Vienne. L'analyse des données a été réalisée avec triangulation des chercheurs.

Résultats : Quatre grands thèmes ont émergé des entretiens : les besoins des parents et leurs ressources mobilisées sont liés aux caractéristiques de l'individu, à l'environnement social, aux facteurs environnementaux, socio-économiques et culturels.

Discussion : Les doutes, les questionnements des parents sur l'alimentation et la santé de leur enfant traduisent de façon plus générale un besoin de soutien à la parentalité. Pour répondre à ce besoin nous proposons de renforcer l'accès, la fiabilité et la cohérence des informations délivrées par l'ensemble des partenaires ainsi que des ateliers d'échanges à destination des parents.

Conclusion : La diversification alimentaire est une étape essentielle dans le développement de l'enfant vers l'autonomie. Elle constitue ainsi à la fois un défi parental et un enjeu de santé publique.

Mots-clés : diversification alimentaire, parents, besoins, ressources, soutien parentalité.

Serment



UNIVERSITE DE POITIERS

Faculté de Médecine et de
Pharmacie



SERMENT



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

