



HAL
open science

Diversification menée par l'enfant : évaluation de la connaissance et de la pratique des parents

Marie Millet-Bouchard

► **To cite this version:**

Marie Millet-Bouchard. Diversification menée par l'enfant : évaluation de la connaissance et de la pratique des parents. Médecine humaine et pathologie. 2023. dumas-04238622

HAL Id: dumas-04238622

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04238622v1>

Submitted on 12 Oct 2023

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

ANNÉE 2023 - N° 23 – 103

*DIVERSIFICATION MENÉE PAR L'ENFANT :
ÉVALUATION DE LA CONNAISSANCE ET DE LA PRATIQUE DES PARENTS*

THÈSE

présentée et soutenue publiquement
le 10 octobre 2023 à 13h30
pour obtenir le Diplôme d'État de

DOCTEUR EN MEDECINE

PAR

Marie MILLET BOUCHARD

Née le 26/05/1989 à Lons-le-Saunier (39)

La composition du jury est la suivante :

Président :	Gérard THIRIEZ	Professeur
Directrice de la thèse :	Carine FAIVRE BORNOT	Docteur en Médecine
Juges :	Thierry LEPETZ	Professeur Associé
	Thomas RODRIGUEZ	Maître de Conférences Associé



UNIVERSITÉ DE FRANCHE-COMTÉ
U.F.R. SCIENCES DE LA SANTE
BESANÇON

DIRECTEUR	PROFESSEUR THIERRY MOULIN	
DIRECTEURS ADJOINTS	PROFESSEUR XAVIER BERTRAND	DOYEN PHARMACIE
	PROFESSEUR MALIKA BOUHADDI	DIRECTEUR DES ETUDES
RESPONSABLE ADMINISTRATIVE	MME CAROLE COINTEAU	

DEPARTEMENT MEDECINE

PROFESSEUR Emmanuel HAFFEN	DIRECTEUR DES ÉTUDES
PROFESSEUR JEAN-PAUL FEUGEAS	ASSESEUR 1ER CYCLE
PROFESSEUR MARIE-FRANCE SERONDE	ASSESEURS 2EME CYCLE
PROFESSEUR CATHERINE CHIROUZE	ASSESEURS 3EME CYCLE
PROFESSEUR THIBAUT DESMETTRE	COORDINATEUR MEDECINE
PROFESSEUR BENOIT DE BILLY	COORDINATEUR CHIRURGIE
PROFESSEUR BENOIT DINET	COORDINATEUR MEDECINE GENERALE

DEPARTEMENT PHARMACIE

PROFESSEUR XAVIER BERTRAND	DOYEN PHARMACIE
PROFESSEUR LHASSANE ISMAILI	DIRECTEUR DES ETUDES
PROFESSEUR SAMUEL LIMAT	COORDINATEURS 3E CYCLE
PROFESSEUR VIRGINIE NERICH	

DEPARTEMENT MAÏËUTIQUE

BEATRICE LIEGEON VAN EIS (SAGE-FEMME)	COORDINATEURS PEDAGOGIQUES
---------------------------------------	----------------------------

DEPARTEMENT ODONTOLOGIE

DOCTEUR EDOUARD EUVRARD (PAST)	COORDINATEURS PEDAGOGIQUES
DOCTEUR SOPHIE PECHOUX (PAST)	
PROFESSEUR CHRISTOPHE MEYER	

DEPARTEMENT SCIENCES DES METIERS DE LA REEDUCATION : ORTHOPHONIE

ALAIN DEVEVEY (MCF)	COORDINATEURS PEDAGOGIQUES
PROFESSEUR ELOI MAGNIN	

DEPARTEMENT SCIENCES DES METIERS DE LA REEDUCATION : KINESITHERAPIE

CHRISTOPHE DINET (KINÉSITHÉRAPIE - BESANÇON)	COORDINATEURS PEDAGOGIQUES
ALEXANDRE KUBICKI (KINESITHERAPIE - MONTBELAIRD) (MCF)	
YOSHIMASA SAGAWA (MCF)	

DEPARTEMENT SCIENCES DES METIERS DE LA REEDUCATION : ERGOTHERAPIE/PSYCHOMOTRICITE

GAELE BLERVAQUE (MAST)	COORDINATRICES PEDAGOGIQUES
JULIE LAPREVOTTE (MAST)	

DEPARTEMENT SCIENCES INFIRMIERES

ALINE CHASSAGNE (MCF)	COORDINATEURS PEDAGOGIQUES
CHRISTINE MEYER (SOINS INFIRMIERS IFSI)	
DOCTEUR ANTOINE THIERY-VUILLEMIN (MCU-PH)	
PROFESSEUR FABRICE VUILLIER	COORDINATEUR PEDAGOGIQUE IPA

DEPARTEMENT DE PEDAGOGIE

PROFESSEUR CLEMENT PRATI	RESPONSABLE
PROFESSEUR SEBASTIEN PILI-FLOURY	CENTRE DE SIMULATION
PROFESSEUR BENOIT DINET	
DOCTEUR FRANK VERHOEVEN	
STEPHANIE PARIS (MAÏEUTIQUE)	
MARC PUDLO (PHARMACIE)	
ALAIN DEVEVEY (REEDUCATION)	
VERONIQUE GRATTARD (REEDUCATION)	
LAURENCE GANDON (INFIRMIER)	

RELATIONS HUMAINES DE L'UFR

PROFESSEUR SYLVIE NEZELOF	ASSESEUR
---------------------------	----------

COMMISSION SCIENTIFIQUE DE L'UFR

PROFESSEUR VIRGINIE WESTEEL	ASSESEUR RECHERCHE - PRESIDENTE
PROFESSEUR FREDERIC AUBER	VICE-PRESIDENT

CHARGES DE MISSIONS

FORMATION CONTINUE COORDINATEURS

MME SYLVIE BOBILLIER-CHAUMONT
DEVAUX (MCF)

HISTOIRE DE LA MEDECINE COORDINATEURS

DOCTEUR PHILIPPE MERCET

RELATIONS INTERNATIONALES COORDINATEURS

DOCTEUR SOPHIE BOROT (MCU-PH)

DOCTEUR OLEG BLAGOSKLONOV (MCU-PH)

ALUMNI-USB

PROFESSEUR GILLES CAPELLIER COORDINATEUR
PROFESSEUR GABRIEL CAMELOT (EMERITE) PRESIDENT HONORAIRE

MÉDECINE

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS – PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	Olivier	ADOTEVI	IMMUNOLOGIE
M.	Frédéric	AUBER	CHIRURGIE INFANTILE
M.	François	AUBIN	DERMATO-VÉNÉRÉOLOGIE
M.	Sébastien	AUBRY	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MÉDICALE (DISPONIBILITE)
M.	Jamal	BAMOULID	IMMUNOLOGIE
Mme	Cindy	BARNIG	PNEUMOLOGIE
Mme	Djamila	BENNABI	PSYCHIATRIE ADULTES
M.	Guillaume	BESCH	ANESTHESIE REANIMATION
M.	Frédéric	BIBEAU	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
Mme	Alessandra	BIONDI	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MÉDICALE
M.	Christophe	BORG	CANCÉROLOGIE
M.	Hatem	BOULAHDOUR	BIOPHYSIQUE ET MÉDECINE NUCLÉAIRE
Mme	Catherine	CHIROUZE	MALADIES INFECTIEUSES
M.	Romain	CHOPARD	CARDIOLOGIE
M	Sidney	CHOCRON	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE
Mme	Cécile	COURIVAUD	NÉPHROLOGIE
M.	Siamak	DAVANI	PHARMACOLOGIE CLINIQUE
M.	Benoît	DE BILLY	CHIRURGIE INFANTILE
M.	Eric	DECONINCK	HÉMATOLOGIE
M	Eric	DELABROUSSE	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MÉDICALE
M.	Thibaut	DESMETTRE	MÉDECINE D'URGENCE
M.	Vincent	DI MARTINO	HÉPATOLOGIE
M.	Didier	DUCLOUX	NÉPHROLOGIE
M.	Jean-Paul	FEUGEAS	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
M	Patrick	GARBUIO	CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
Mme	Anne-Sophie	GAUTHIER	OPHTALMOLOGIE
M.	Emmanuel	HAFFEN	PSYCHIATRIE d'ADULTES
M.	Georges	HERBEIN	VIROLOGIE
M.	Bruno	HEYD	CHIRURGIE GÉNÉRALE
M.	Didier	HOCQUET	HYGIÈNE HOSPITALIÈRE
Mme	Katy	JEANNOT	BACTÉRIOLOGIE - VIROLOGIE
M	François	KLEINCLAUSS	UROLOGIE
M.	Paul	KUENTZ	HISTOLOGIE EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE
M.	Zaher	LAKKIS	CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE
M.	Daniel	LEPAGE	ANATOMIE
M.	Quentin	LEPILLER	BACTERIOLOGIE VIROLOGIE, HYGIENE HOSPITALIERE
M.	Eloi	MAGNIN	NEUROLOGIE
Mme	Nadine	MAGY-BERTRAND	MEDECINE INTERNE
M.	Frédéric	MAUNY	BIostatistiques, INFORMATIQUE MÉDICALE
M.	Nicolas	MENEVEAU	CARDIOLOGIE
M.	Christophe	MEYER	CHIRURGIE MAXILLO FACIALE ET STOMATOLOGIE
M.	Fabrice	MICHEL	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION (DISPONIBILITE)
Mme	Laurence	MILLON	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE
M.	Nicolas	MOTTET	GYNÉCOLOGIE OBSTÉTRIQUE

M.	Thierry	MOULIN	NEUROLOGIE
M	Sylvie	NEZELOF	PÉDOPSYCHIATRIE
M	Laurent	OBERT	CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
M.	Andréas	PERROTTI	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE
M.	Sébastien	PILI-FLOURY	ANESTHÉSIOLOGIE RÉANIMATION
M.	Gaël	PITON	MEDECINE INTENSIVE REANIMATION
M.	Clément	PRATI	RHUMATOLOGIE
M	Jean-Luc	PRETET	BIOLOGIE CELLULAIRE
M.	Rajeev	RAMANAH	GYNÉCOLOGIE - OBSTÉTRIQUE
M.	Simon	RINCKENBACH	CHIRURGIE VASCULAIRE
Mme	Lucie	SALOMON DU MONT	CHIRURGIE VASCULAIRE
M	Emmanuel	SAMAIN	ANESTHÉSIOLOGIE RÉANIMATION
M.	François	SCHIELE	CARDIOLOGIE
Mme	Marie-France	SERONDE	CARDIOLOGIE
M	Laurent	TATU	ANATOMIE
M.	Laurent	TAVERNIER	OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE
M.	Thierry	THEVENOT	HÉPATOLOGIE
M.	Laurent	THINES	NEUROCHIRURGIE
M.	Gérard	THIRIEZ	PÉDIATRIE
M.	Antoine	TRACQUI	MEDECINE LEGALE
M.	Pierre	TIBERGHEN	IMMUNOLOGIE
M.	Eric	TOUSSIROT	THÉRAPEUTIQUE
M.	Pierre	VANDEL	PSYCHIATRIE d'ADULTES (DISPONIBILITE)
M.	Fabrice	VUILLIER	ANATOMIE
Mme	Lauriane	VULLIEZ COADY	PEDO-PSYCHIATRIE
Mme	Lucine	VUITTON	GASTRO-ENTEROLOGIE
Mme	Virginie	WESTEEL-KAULEK	PNEUMOLOGIE

PROFESSEURS EMÉRITES

M.	Jean-Luc	BRESSON	BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT ET DE LA REPRODUCTION
M	Gilles	CAPELLIER	MÉDECINE INTENSIVE RÉANIMATION
M.	Jean-Luc	CHOPARD	MEDECINE LEGALE
M.	Alain	CZORNY	NEUROCHIRURGIE
M.	Bernard	DELBOSC	OPHTALMOLOGIE
M.	Gilles	DUMOULIN	PHYSIOLOGIE
M.	Dominique	FELLMANN	CYTOLOGIE ET HISTOLOGIE
M.	Georges	MANTION	CHIRURGIE GÉNÉRALE
Mme	Christiane	MOUGIN	BIOLOGIE CELLULAIRE
M.	Bernard	PARRATTE	ANATOMIE
M.	Patrick	PLESIAT	BACTERIOLOGIE - VIROLOGIE
M.	Christophe	ROUX	BIOLOGIE ET MÉDECINE DU DÉVELOPPEMENT ET DE LA REPRODUCTION
M.	Daniel	SECHTER	PSYCHIATRIE D'ADULTES
Mme	Dominique	VUITTON	IMMUNOLOGIE
M.	Daniel	WENDLING	RHUMATOLOGIE

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme	Clotilde	AMIOT	HISTOLOGIE EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE
Mme	Anne-Pauline	BELLANGER	PARASITOLOGIE
M.	Matthieu	BEREAU	THERAPEUTIQUE
Mme	Sophie	BOROT	ENDOCRINOLOGIE, DIABÈTE ET MALADIES MÉTABOLIQUES
Mme	Malika	BOUHADDI	PHYSIOLOGIE
M.	Kévin	BOUILLER	MALADIES INFECTIEUSES (DELEGATION MISSION D'ETUDE)
M.	Paul	CALAME	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
M.	Yann	CHAUSSY	CHIRURGIE INFANTILE
M.	Alain	COAQUETTE	VIROLOGIE
Mme	Elsa	CURTIT	CANCÉROLOGIE
M.	Etienne	DAGUINDAU	HEMATOLOGIE
M.	Maxime	DESMARETS	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMISE DE LA SANTE ET PREVENTION
Mme	Julie	GIUSTINIANI	PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE
M.	François	LOISEL	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
Mme	Tania	MARX	MEDECINE D'URGENCE
Mme	Elisabeth	MEDEIROS	NEUROLOGIE
M	Patrice	MURET	PHARMACOLOGIE CLINIQUE
Mme	Charlée	NARDIN	DERMATOLOGIE
M.	Fabien	PELLETIER	DERMATO-VÉNÉRÉOLOGIE
Mme	Isabelle	PLUVY	CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE (DELEGATION MISSION D'ETUDE)
Mme	Anaïs	POTRON	BACTÉRIOLOGIE - VIROLOGIE
M.	Zohair	SELMANI	BIOLOGIE CELLULAIRE
M.	Antoine	THIERY-VUILLEMIN	CANCÉROLOGIE
M.	Frank	VERHOEVEN	RHUMATOLOGIE
Mme.	Delphine	WEIL- VERHOEVEN	HEPATOLOGIE
M	Hadrien	WINISZEWSKI	MEDECINE INTENSIVE-REANIMATION

ENSEIGNANTS ASSOCIÉS

M.	Rémi	BARDET	PR associé MÉDECINE GÉNÉRALE
M.	Francis	BERTHIER	PR associé ANESTHESIE-REANIMATION
Mme	Hélène	BIGEARD- JOUFFROY	MCF associé PARODONTOLOGIE
Mme	Anne-Lise	BOLOT	MCF associé MÉDECINE GÉNÉRALE
M.	Benoît	DINET	PR associé MÉDECINE GÉNÉRALE
M.	Edouard	EUVRARD	PR associé CHIRURGIE ORALE (ODONTOLOGIE)
Mme	Catherine	GAY	PR associé GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
M.	Abdo	KHOURY	PR associé Médecine d'urgence
Mme	Aurore	LEBEAU-JEUNET	MCF ASSOCIE MEDECINE GENERALE
M.	Thierry	LEPETZ	PR associé MÉDECINE GÉNÉRALE
M.	José-Philippe	MORENO	PR associé MÉDECINE GÉNÉRALE
Mme	Sophie	PECHOUX	MCF associé DENTISTERIE RESTAURATRICE (ODONTOLOGIE)
M.	Jean-Michel	PERROT	PR associé MÉDECINE GÉNÉRALE
M.	Thomas	RODRIGUEZ	MCF associé MÉDECINE GÉNÉRALE
Mme	Christine	ROMAGNA	PR associé CHIRURGIE ORAL
Mme	Esther	SZWARC	MCF associé SANTE AU TRAVAIL

PHARMACIE

PROFESSEURS

M.	Xavier	BERTRAND	MICROBIOLOGIE - INFECTIOLOGIE
Mme	Céline	DEMOUGEOT	PHARMACOLOGIE
Mme	Francine	GARNACHE-OTTOU	HÉMATOLOGIE
Mme	Corine	GIRARD	PHARMACOGNOSIE
M.	Yann	GODET	IMMUNOLOGIE
M.	Frédéric	GRENOUILLET	PARASITOLOGIE-MYCOLOGIE
M.	Yves	GUILLAUME	CHIMIE ANALYTIQUE
M.	Lhassane	ISMAILI	CHIMIE ORGANIQUE
M.	Samuel	LIMAT	PHARMACIE CLINIQUE
M.	Frédéric	LIRUSSI	PHARMACOLOGIE - TOXICOLOGIE
M.	Dominique	MEILLET	PARASITOLOGIE – MYCOLOGIE
Mme	Virginie	NERICH	PHARMACIE CLINIQUE
M.	Yann	PELLEQUER	PHARMACIE GALÉNIQUE
M.	Bernard	REFOUVELET	CHIMIE ORGANIQUE ET THERAPEUTIQUE
M.	Philippe	SAAS	IMMUNOLOGIE
Mme	Marie-Christine	WORONOFF-LEMSI	PHARMACIE CLINIQUE

PROFESSEUR EMÉRITE

Mme	Laurence	NICOD	BIOLOGIE CELLULAIRE
-----	----------	--------------	---------------------

MAITRES DE CONFÉRENCES

Mme	Aurélié	BAGUET	BIOCHIMIE
M.	Arnaud	BEDUNEAU	PHARMACIE GALÉNIQUE
M.	Laurent	BERMONT	BIOCHIMIE
M.	Oleg	BLAGOSKLONOV	BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE
Mme	Oxana	BLAGOSKLONOV	GÉNÉTIQUE
Mme	Céline	BOUVIER-SLEKOVEC	HYGIENE PREVENTION RISQUES INFECTIEUX
M.	Eric	CAVALLI	CHIMIE PHYSIQUE ET MINÉRALE
Mme	Anne-Laure	CLAIRET	PHARMACIE
M.	Jean-Patrick	DASPET	BIOPHYSIQUE
Mme	Sylvie	SYLVIE BOBILLIER-CHAUMONT DEVAUX	PHYSIOLOGIE
Mme	Jeanne	GALAINÉ	SCIENCES BIOLOGIQUES, FONDAMENTALES ET CLINIQUES
Mme	Marie	KROEMER	SCIENCES DU MÉDICAMENT ET AUTRES PRODUITS DE SANTÉ
Mme	Isabelle	LASCOMBE	BIOCHIMIE / ISIFC
Mme	Carole	MIGUET ALFONSI	TOXICOLOGIE
M.	Johnny	MORETTO	PHYSIOLOGIE
M.	Brice	MOULARI	PHARMACIE GALÉNIQUE
M.	Frédéric	MUYARD	PHARMACOGNOSIE
M.	Marc	PUDLO	CHIMIE THÉRAPEUTIQUE
M.	Florian	RENOSI	SCIENCES BIOLOGIQUES, FONDAMENTALES ET CLINIQUES
MME	Nathalie	RUDE	BIOMATHÉMATIQUES ET BIostatISTIQUES
M.	François	SENEJOUX	PHARMACOGNOSIE
Mme	Perle	TOTOSON	PHARMACOLOGIE

ENSEIGNANTS ASSOCIÉS

M	Lionel	PAZART	PAST PHARMACIE SCIENCES DU MEDICAMENT
Mme	Florence	VAN LANDUYT	PAST PHARMACIE CLINIQUE – OFFICINE

PROFESSIONS DE SANTE

Mme	Aline	CHASSAGNE	MAITRE DE CONFERENCES SCIENCES INFIRMIERES
M.	Alain	DEVEVEY	MAITRE DE CONFERENCES SCIENCES LANGAGE- ORTHOPHONIE
M.	Alexandre	KUBICKI	MAITRE DE CONFERENCES SCIENCES DE REEDUCATION ET DE READAPTATION - KINESITHERAPIE
M.	Yoshimasa	SAGAWA JUNIOR	MAITRE DE CONFERENCES SCIENCES DE REEDUCATION ET DE READAPTATION - KINESITHERAPIE
MME	Geneviève	MERELLE	MAST EN ORTHOPHONIE
MME	Sophie	SALTARELLI	MAST EN ORTHOPHONIE
MME	Christine	BRET-LEGRAND	MAST EN ORTHOPHONIE
MME	Alice	BOULLAUD	PROFESSEUR CERTIFIEE - ERGOTHERAPIE
MME	Gaelle	BLERVAQUE	MAST ERGOTHERAPIE/PSYCHOMOTRICITE
MME	Julie	LAPREVOTTE	MAST ERGOTHERAPIE/PSYCHOMOTRICITE

AUTRES ENSEIGNANTS

MME	Lise	FIARDET	PROFESSEUR AGREGEE ANGLAIS
MME	Vanessa	MARTIN	PROFESSEUR AGREGEE ANGLAIS
M.	Nicolas	MICHAUD	PROFESSEUR AGREGE ANGLAIS
M.	Charles Dale	SANTANA	PROFESSEUR AGREGE ANGLAIS

Mise à jour 05/09/2023

REMERCIEMENTS

Au président du jury et aux membres du jury :

A Monsieur le Professeur THIRIEZ Gérard,

Pour m'avoir fait l'honneur d'accepter de présider et de juger cette thèse. Soyez remercié de l'intérêt que vous portez à ce travail et de la disponibilité que vous m'avez accordée. Je suis honorée de pouvoir échanger avec vous sur ce sujet. Recevez l'expression de mon respect le plus profond.

A Monsieur le Professeur Associé LEPETZ Thierry,

Pour l'honneur que vous me faites de participer à ce jury. J'attends avec impatience de bénéficier de votre avis lors de la soutenance. Veuillez croire en l'expression de ma sincère gratitude.

A Monsieur le Maître de Conférences Associé Docteur RODRIGUEZ Thomas,

Je vous remercie d'avoir accepté de faire partie des membres du jury de cette thèse. Je suis reconnaissante de pouvoir vous soumettre ce travail. Veuillez trouver ici, l'expression de mes sentiments respectueux.

A Madame le Docteur FAIVRE BORNOT Carine,

Le stage de niveau 1 à tes côtés a été une expérience professionnelle précieuse et riche, mais surtout une belle rencontre personnelle. Je te remercie pour la confiance que tu m'as accordée en acceptant de diriger cette thèse. Un immense merci pour tes conseils, ton soutien et surtout ta patience tout au long de ce travail, avec la bienveillance qui te caractérise.

A tous ceux qui ont contribué à la réalisation de ce travail :

A Monsieur Jean LAMBEY, merci d'avoir relayé mon travail avec votre bonne humeur communicative.

A Madame Sandrine LOMBION, merci de votre disponibilité, votre implication et vos précieux conseils. Sans vous, je n'aurais pas pu digérer toutes ses statistiques.

A tous les médecins, secrétaires et parents qui ont participé à ce travail, merci pour le temps que vous m'avez consacré. Il a été essentiel à la réalisation de cette étude, je vous en remercie sincèrement.

A toutes les équipes médicales et paramédicales qui m'ont fait grandir et me permettent d'exercer pleinement mon métier :

Au service de gynécologie-obstétrique de Lons-le-Saunier, les « Trois Grâces » vous remercient.

A la maison médicale des Bords de Seille de Bletterans, je vous remercie pour la formation riche que vous m'avez apportée. Je suis admirative de votre travail et de votre bonne entente. Un immense merci à tous pour votre accueil.

Au service des urgences de Lons-le-Saunier, merci aux équipes médicales et paramédicales pour leur soutien.

Au service d'endocrinologie de Lons-le-Saunier, merci au Dr Bourgon de m'avoir transmis une partie de ses connaissances. A toute l'équipe paramédicale, merci pour votre soutien et votre bonne humeur sans faille.

Aux Docteurs Deschamps, Mouhat, Paudex et Riffiod, merci de m'avoir donné les prémices de l'exercice de la médecine générale lors de mon stage en SASPAS. Merci à tous pour votre gentillesse. Merci également à **Karine** et au **Docteur Blin** pour votre accueil.

Au service de PMI de Besançon, merci à l'ensemble des puéricultrices et aux médecins, tout particulièrement à Laurence et Céline, pour vos apprentissages. Merci à Marie-Pierre. Grâce à vous, ce stage m'aura été bénéfique tant au niveau professionnel que personnel.

Aux Docteurs Sandrine Beauseigneur et Bénédicte Petit, je réalise la chance que j'ai eu de vous avoir rencontrées. Merci pour la transmission de votre savoir au niveau médical et humain. Grâce à vous, j'ai pris confiance en moi. Vous avez profondément marqué mon image et ma pratique de la médecine. Merci pour votre spontanéité et votre bonne humeur.

A mes co-internes :

Pauline, n'importe quel interne rêverait de tomber sur toi lors de son premier stage. Tu m'as pris sous ton aile et tu ne m'as pas quitté pendant toutes ces années. Tu as été un véritable moteur dans les jours difficiles. Je te remercie d'être toujours présente pour m'épauler, quel que soit le moment du jour et de la nuit. Tu es une personne exceptionnelle, n'en doute jamais.

Marion, en tant qu'externe, j'avais des aprioris sur la gynécologie-obstétrique, mais ta passion est contagieuse. Quel plaisir de te retrouver pendant l'internat et de partager un peu de tes nombreuses connaissances. Merci pour ton sourire et ton soutien. Merci d'avoir géré mes angoisses de femme enceinte. Je n'oublie pas ce jour où tu m'as appris que j'attendais un petit garçon. Je sais la chance que j'ai de te compter parmi mes amies.

Mathilde, nous avons mené un grand nombre de batailles côte à côte. Beaucoup de larmes versées ensemble, et tellement plus encore de fous rires. Je suis heureuse d'avoir traversé cela avec toi. Tu resteras toujours ma Présidente. À quand les prochains sushis ?

Justine, je ne te remercierais jamais assez pour ta douceur et ta gentillesse au quotidien qui m'ont fait un bien fou. Nous ne travaillons plus ensemble mais je sais que tu es un médecin et une maman formidables.

A tous mes autres co-internes, je suis heureuse d'avoir croisé votre chemin :

Adeline, merci de ton aide au fil des années et pour ce travail.

Alicia, merci de ta participation à ce travail. Prends soin de toi et de ta famille.

Augustin, bravo pour tes récits inoubliables au tutorat.

Maxime, ma commère préférée, je suis contente de pouvoir de nouveau travailler avec toi.

Et Camille, Lana, Lucie, Alexis, et tous les autres, merci.

A mes amis, que vous soyez proches ou loin, merci pour ces bons moments à vos côtés, et pour les nombreux à venir :

Marion, je suis heureuse de t'avoir dans ma vie après toutes ces années. Tu es pour moi, comme une sœur. Nous avons grandi ensemble, tu as été présente à mes côtés dans les pires moments et dans les plus beaux. Tu es un modèle de femme et de maman, et j'ai hâte de pouvoir passer plus de temps avec toi parce que tu me manques énormément.

Marie, que dire, l'une ne va pas sans l'autre. Merci pour ces belles années.

Soline, mon petit lutin préféré. Merci pour ces innombrables souvenirs.

Laurent, te retrouver, que ce soit autour d'un jeu ou pour une franche rigolade, me donne toujours du baume au cœur, merci.

Cindy, Camille, mes plus belles années d'étudiante.

A ma famille :

Alex, un comptable aime les chiffres : 19 ans depuis qu'on s'est rencontré dans la cour du lycée, 15 ans à tes côtés, 5 années de mariage, 3 années en tant que parents. Tout est dit. Tu m'étonnes qu'on ne se supporte plus ! Pourtant, je suis prête pour de nouvelles aventures à tes côtés ! Peut-être un voyage de noces ? Allez, sans rancune ! Si ce n'est pas une belle preuve d'amour ! Je t'aime.

Léo, si tu savais comme je t'aime, mon petit cœur à la crème. Ton sourire, ton rire, tes câlins, tes bisous, ta joie de vivre sont des trésors du quotidien. La vie m'a appris qu'il fallait profiter de chaque instant passé ensemble. Alors oui, j'ai souvent délaissé cette thèse pour être avec toi et j'en suis heureuse. Je t'aime jusqu'aux étoiles.

Looping, combien d'heures as-tu passé coucher sur mes cours, m'empêchant de tourner les pages, mâchonnant mon crayon, alors que j'essayais d'ingurgiter des livres entiers ? Merci de m'avoir redonné le sourire à de si nombreuses reprises.

Maman, je ne te remercierais jamais assez de m'avoir inculqué les valeurs qui m'ont permis d'arriver là aujourd'hui. Je te suis plus que reconnaissante, pour tout ce que tu m'as déjà transmis et appris et pour ce que tu m'apportes encore chaque jour. Je me rends compte de la chance que j'ai de t'avoir à mes côtés et plus encore depuis que je suis maman à mon tour. Merci de croire en moi.

Bernard, merci de toujours répondre présent et de me suivre dans mes idées farfelues, comme la réalisation de notre magnifique sculpture en pied de vigne.

Corentin, merci d'avoir rendu mon enfance si colorée. Un véritable arc-en-ciel ! Comme mes bleus après tes coups d'épée. Je suis contente que tu aies raccroché l'épée et je suis fière de l'homme que tu es devenu ! Un frère en or, sur qui je peux toujours compter. Par contre, si tu pouvais arrêter d'apprendre des sottises à mon fils, je t'en serais reconnaissante.

Gabriel, Cyprien, je n'ai pas été aussi présente que j'aurais dû ou que je l'aurais souhaité. Sachez que ma porte est ouverte dès que vous le souhaitez.

Sylvie, merci de ton soutien et de ta bonne humeur, ils ont été précieux à bien des moments.

A mes grands-parents, à mes oncles et tantes, à mes cousins et cousines, merci pour tous ces beaux souvenirs d'enfance partagés le plus souvent autour d'un repas bien chargé !

A l'ensemble de ma belle-famille, merci de m'avoir accueilli si chaleureusement parmi vous.

A Mélanie, Fabienne et Gilles, merci pour votre soutien au quotidien. Merci de tous ses beaux moments partagés. Merci d'être une tata et des grands-parents géniaux.

A tous ceux qui ont rejoint les étoiles, les années filent à une vitesse folle, mais le manque est toujours présent...

A toutes les personnes qui auront fait le déplacement ce 10 octobre, votre présence me touche, merci de votre soutien !

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples, je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, 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 sont 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 !

SOMMAIRE

LISTE DES ABRÉVIATIONS.....	3
INTRODUCTION.....	5
MATÉRIELS ET MÉTHODES	9
RÉSULTATS.....	13
DISCUSSION	25
CONCLUSION.....	33
ANNEXES.....	35
BIBLIOGRAPHIE	57
TABLE DES MATIERES	61

LISTE DES ABRÉVIATIONS

AFPA : Association Française de Pédiatrie Ambulatoire

BLISS : Baby-Led Introduction to Solids

CNIL : Comité National Informatique et Liberté

CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé

DME : Diversification Menée par l'Enfant

ESPGHAN : European Society for Paediatric Gastroenterology Hepatology and Nutrition

TCA : Troubles du Comportement Alimentaire

INTRODUCTION

La diversification alimentaire est une étape clé du développement de l'enfant. Elle impacte la croissance staturo-pondérale, le développement psychomoteur et influence la santé future.

Emergence de la diversification menée par l'enfant (1,2)

Au début des années 2000, une méthode alternative à la diversification traditionnelle à la cuillère, a émergé au Royaume-Uni. Il s'agit de la diversification autonome ou diversification menée par l'enfant (DME). Gill Rapley est à l'origine de cette nouvelle approche. Elle a été infirmière puéricultrice puis sage-femme et conseillère en lactation. S'appuyant sur son expérience auprès des familles, elle a publié en 2008 un livre détaillant le principe de cette nouvelle méthode.

Prérequis (1,3)

Des prérequis sont nécessaires avant de pouvoir débiter la DME.

La première condition est que l'enfant montre un intérêt pour la nourriture familiale, c'est-à-dire les plats consommés par le reste de la famille.

Certains acquis sont également indispensables. L'enfant doit être capable :

- De se tenir assis le dos bien droit,
- De tenir sa tête droite et de pouvoir la bouger de haut en bas et de chaque côté,
- D'attraper un objet et le porter à sa bouche.

Ces compétences apparaissent globalement vers 6 mois.

Définition de la DME selon Gill Rapley (4-6)

Le principe de DME est simple. Il consiste à mettre à disposition de l'enfant, les aliments en morceaux. La nourriture proposée est la même que le reste de la famille, à condition que ce soient des aliments sains. Ils sont simplement adaptés, en taille et en texture, à l'âge et aux capacités de l'enfant. L'enfant mange seul avec ses mains puis, lorsqu'il en est capable, avec des ustensiles. Dans sa définition de la DME, Gill Rapley exclut les aliments mixés, tels que les purées et les compotes, et l'utilisation de la cuillère par les parents.

Les repas sont pris en famille pour que l'enfant soit toujours sous surveillance et qu'il puisse observer les autres membres de sa famille.

L'allaitement, de préférence maternel, est à poursuivre à la demande.

La DME permet donc à l'enfant de contrôler son apport alimentaire, en lui laissant l'opportunité de décider quoi, combien et à quelle vitesse, il désire consommer les aliments proposés par ses parents (7).

Popularité croissante (1,2)

À la suite de la publication du livre de Gill Rapley, la DME a rapidement conquis le Royaume-Uni.

Relayée par les médias et les réseaux sociaux, la méthode s'est ensuite répandue dans les pays anglo-saxons, avant de prendre une dimension mondiale. Aujourd'hui, elle est intégrée dans les recommandations officielles pour la diversification alimentaire de certains pays tels que le Royaume-Uni ou l'Espagne (8,9).

Baby-Led Introduction to SolidS (BLISS)

Devant l'engouement des parents pour la DME, les professionnels de santé se sont emparés du sujet. Rapidement, ils ont exprimé des réticences à l'encontre de cette méthode. Leurs inquiétudes portent principalement sur la carence en énergie, en fer et autres nutriments, le risque de retard de croissance et le risque d'étouffement.

En 2015, en Nouvelle-Zélande, une équipe de chercheurs menée par Cameron (10) s'est entourée de pédiatres, de nutritionnistes et d'orthophonistes, avec pour objectif de répondre aux préoccupations des professionnels de santé. Ensemble, ils ont développé la méthode BLISS.

Cette méthode reprend les mêmes principes que la DME, mais elle préconise de proposer à l'enfant, à chaque repas, un aliment riche en fer et un aliment à haute teneur énergétique (*Annexe 1*).

Le deuxième pilier de leur méthode consiste à rappeler à chaque parent les règles de sécurité concernant le risque d'étouffement.

Définition de la DME dans la littérature

Dans la pratique, il est plus difficile de définir la DME. Rares sont les parents qui respectent scrupuleusement l'absence d'utilisation de la cuillère et l'absence de consommation des aliments mixés.

Il n'existe pas de définition standardisée de la DME dans la littérature. Pour chaque étude, les chercheurs utilisent donc la définition qui leur semble la plus appropriée :

- Usage de la cuillère moins de 10 % du temps (11,12),
- Usage de la cuillère moins de 10 % du temps et moins de 10 % de purées par jour (13,14),
- L'enfant mange seul plus de 75 % du temps (7),
- Les parents déclarent que l'enfant n'est jamais ou rarement nourri à la cuillère (15,16).

La DME dans la littérature

Il existe encore peu d'études sur la DME et elles manquent souvent de puissance. Seulement trois essais contrôlés randomisés ont été réalisés à ce jour (5,17,18).

De plus, les études sont difficilement comparables entre elles, et ce pour deux principales raisons.

Le premier obstacle rencontré est l'absence de consensus concernant la définition de la DME.

La deuxième difficulté résulte des auteurs qui ne s'intéressent pas tous aux mêmes modes de diversification : certains choisissent d'étudier la DME, d'autres la méthode BLISS.

De ce fait, la prévalence de la DME à travers le monde reste peu connue et les études sur le sujet donnent des résultats divergents.

Nouvelles recommandations françaises sur l'alimentation des enfants (19)

En septembre 2021, Santé Publique France a publié de nouvelles recommandations sur l'alimentation des enfants de quatre mois à trois ans, sous forme d'un guide de 35 pages.

Ce guide inclut un rapide descriptif de la DME, preuve que cette méthode se répand dans notre pays.

Loin de faire l'apologie de cette nouvelle méthode de diversification, il présente en revanche, de nouvelles recommandations importantes concernant l'introduction des textures. Dorénavant, la découverte des textures hachées ou écrasées grossièrement est conseillée entre six et huit mois.

L'introduction des morceaux fondants est préconisée à partir de 8 mois et l'introduction des morceaux solides à partir de 10 mois. Ce guide invite également les parents à laisser l'enfant manger avec les doigts. De manière générale, ces dernières recommandations vont dans le sens d'une diversification alimentaire moins stricte, davantage centrée sur l'enfant, et s'accordent donc avec certains principes phares de la DME.

Importance de l'âge d'introduction des morceaux

L'introduction précoce des morceaux est un des principaux avantages reconnu de la DME par les professionnels (20). En effet, l'âge d'introduction des morceaux est important car il impacte le comportement alimentaire des enfants de manière durable. Deux études ont démontré qu'une introduction des morceaux fondants au-delà de 10 mois expose à un risque plus élevé de difficultés alimentaires : quantités insuffisantes de nourriture ingérée et refus alimentaires (21,22). Elles ont également conclu à un risque accru de restriction du répertoire alimentaire avec une difficulté d'acceptation des fruits et des légumes à 15 mois et à 7 ans.

C'est pourquoi, l'ESPGHAN insiste sur la nécessité d'introduire les morceaux fondants avant 9 - 10 mois (15).

Dans une moindre mesure, l'âge d'introduction des morceaux joue également un rôle dans le développement bucco-dentaire. L'introduction retardée des morceaux participe au risque de problèmes orthodontiques avec des malpositions dentaires, des malocclusions et un mauvais alignement des incisives permanentes (23).

Au vu des enjeux sur la santé future de l'enfant, les professionnels de santé doivent être attentifs à cette étape d'introduction des morceaux. Cette attention particulière est d'autant plus justifiée en France que les résultats de l'étude Nutri-bébé montrent un recul de 2 mois de l'âge d'introduction des morceaux entre 2008 et 2013 (24).

Justificatif de notre étude

Nous avons vu que la DME gagne en popularité dans le monde. Lorsque nous avons débuté ce travail, il n'existait pas d'études évaluant la connaissance et la pratique de la DME en France.

L'objectif principal de ce travail est donc de faire un premier état des lieux de la connaissance et de la pratique de la DME, sur un territoire d'abord restreint tel que le Pays Lédonien.

Cette évaluation de la DME auprès des parents, nous permettra également d'identifier les avantages et les freins d'application de cette méthode.

Nous avons appris que l'âge d'introduction des morceaux impacte la santé future de l'enfant. Notre étude nous permettra donc d'évaluer secondairement l'âge d'introduction des morceaux au sein de notre population.

MATÉRIELS ET MÉTHODES

I. Objectifs de la recherche

1. Objectif principal

L'objectif principal de cette étude est d'évaluer la connaissance et la pratique de la DME par les parents.

2. Objectifs secondaires

Les objectifs secondaires de cette étude sont :

- Identifier les caractéristiques des parents pratiquant la DME,
- Identifier les avantages de la DME,
- Identifier les freins d'application de la DME,
- Identifier les sources d'information concernant la diversification alimentaire,
- Déterminer l'âge d'introduction des morceaux fondants et solides,
- Déterminer les facteurs influençant l'âge d'introduction des morceaux fondants et solides.

II. Présentation de l'étude

Pour évaluer l'ampleur de la DME sur notre territoire, nous avons réalisé une étude descriptive transversale quantitative. Cette étude a été conduite entre le 17 juin 2022 et le 25 janvier 2023.

III. Population étudiée

1. Critères d'inclusion

Pour délimiter géographiquement notre étude, notre questionnaire a été diffusé par des médecins exerçant exclusivement au sein du Pays Lédonien. Le questionnaire a ensuite été adressé aux parents ayant au moins un enfant âgé de six mois à quatre ans.

2. Critères d'exclusion

Les critères d'exclusion de cette étude sont les parents n'ayant pas d'enfant âgé de six mois à quatre ans et les questionnaires partiellement et/ou incorrectement complétés.

IV. Recueil des données

1. Modalités de recrutement des médecins

Le Pays Lédonien compte 67 médecins généralistes et une pédiatre libérale. Un premier mail de contact (*Annexe 2*) a été envoyé à l'ensemble des médecins du territoire par l'intermédiaire de Monsieur Jean Lambey, coordinateur de la CPTS du Grand Lons. En pièce jointe de ce mail, se trouvaient le questionnaire et la fiche explicative (*cf. 3. Données recueillies*).

Un mail de relance a été envoyé le 13 octobre 2022 selon les mêmes modalités.

Lorsqu'un médecin acceptait de participer à notre étude, nous lui faisons parvenir le questionnaire et la fiche conseil en version papier ainsi que des affiches (*Annexe 3*) à exposer au cabinet.

2. Modalités de recrutement des parents

Le questionnaire papier était distribué aux parents éligibles par le médecin ou son secrétariat. Une affiche pouvait être exposée au sein du cabinet médical et permettait aux parents d'accéder au questionnaire en ligne via un QR code.

3. Données recueillies

Pour recueillir les données nécessaires, nous avons rédigé un questionnaire (*Annexe 4*) en nous appuyant sur les données de la littérature. Ce questionnaire a préalablement été testé sur un panel de neuf parents. Leurs remarques nous ont permis d'adapter son contenu.

Le questionnaire définitif a ensuite été distribué aux médecins participants et mis en ligne. Le questionnaire en ligne était accessible via un QR code, présent sur le questionnaire papier et sur les affiches distribuées aux médecins.

Le questionnaire comportait une courte introduction. Elle informait les parents que le questionnaire était anonyme et abordait le thème de la diversification alimentaire. Les critères d'inclusion étaient également rappelés.

Le questionnaire était accompagné d'une fiche explicative (*Annexe 5*) reprenant les grands principes de la DME, les règles de sécurité concernant l'étouffement et les recommandations concernant l'âge d'introduction des différentes textures.

Le questionnaire nous a permis de recueillir différents types d'informations, concernant :

- Les caractéristiques socio-démographiques des parents (âge, situation familiale, niveau d'éducation, catégorie socioprofessionnelle, activité professionnelle) et des enfants (âge, prématurité, suivi médical),
- Le type d'allaitement proposé (maternel, artificiel ou mixte),
- Les pratiques alimentaires (âge de début de diversification, types de plats proposés, âge d'introduction des textures, âge d'introduction de la nourriture familiale, âge à partir duquel l'enfant prend ses repas à table en famille),
- La DME (connaissance, pratique, avantages, inconvénients),
- Les sources d'informations concernant la diversification alimentaire et le rôle du médecin généraliste.

Nous avons ensuite classé les parents en 3 groupes selon la méthode de diversification alimentaire utilisée :

- Méthode traditionnelle, pour ceux qui n'ont jamais pratiqué la DME,
- Méthode mixte, pour ceux qui ont pratiqué de manière concomitante la DME et la méthode de diversification traditionnelle à la cuillère, avec au moins un de leur enfant,
- DME stricte, pour ceux qui ont pratiqué la méthode décrite par Gill Rapley avec au moins un de leur enfant.

Nous avons réparti les enfants selon leur rang dans la fratrie :

- Enfant 1, pour le plus âgé de la fratrie,
- Enfant 2, pour le cadet de la fratrie,
- Enfant 3, pour le plus jeune de la fratrie.

Les parents ayant plus de 3 enfants ont rempli le questionnaire pour les trois plus jeunes uniquement.

4. Critères de jugement

La connaissance et la pratique de la DME seront évaluées selon les déclarations des parents. L'âge de début de diversification et d'introduction des morceaux fondants et solides seront déterminés de la même façon, selon les déclarations des parents.

V. Analyses statistiques

Après vérification et validation, les données collectées ont été saisies sur le logiciel Excel Windows avec un codage pour chaque item.

Les résultats ont été analysés sur le logiciel SPSS pour Windows version 18.0 (SPSS, Inc., Chicago, IL).

Les paramètres qualitatifs ont été décrits en termes d'effectifs et de pourcentages. Les variables quantitatives ont été décrites par le calcul de la moyenne, la médiane, l'écart-type et l'étendue. Pour la comparabilité des variables quantitatives, le test de Mann-Whitney a été utilisé.

Les paramètres qualitatifs ont été décrits en termes d'effectifs et de pourcentages.

Nous avons effectué des tests du Chi2 ou Fisher afin d'évaluer les liens entre les variables suivantes :

- La pratique de la DME et les caractéristiques sociodémographiques des parents,
- La pratique de la DME et le type d'allaitement,
- Les sources d'information sur la diversification alimentaire et le mode de diversification,
- L'âge d'introduction des textures et les conduites alimentaires (méthode de diversification utilisée, type de plats proposés, âge d'introduction de la nourriture familiale, âge à partir duquel l'enfant prend ses repas en famille),

Le seuil de signification a été fixé à 5%.

VI. Considérations éthiques

Notre thèse n'a pas pour objectif d'être publiée. Elle ne rentre donc pas dans le cadre de la loi Jarde et ne nécessite pas l'avis d'un comité d'éthique.

Ce travail ne fait pas intervenir de fichiers regroupant des données permettant de reconnaître les patients. Dans ce contexte, une déclaration à la CNIL n'est pas justifiée.

Concernant le consentement des parents, ces derniers étaient informés que leur participation se faisait sur la base du volontariat et de l'anonymat.

RÉSULTATS

I. Recueil des données

Trente-quatre médecins répartis dans sept cabinets de médecine générale ont accepté de participer à ce travail.

Nous avons recueilli 80 questionnaires. Deux questionnaires papier ont été exclus car les caractéristiques des enfants étaient manquantes pour le premier et les informations données étaient contradictoires pour le second. L'analyse a donc porté sur 78 questionnaires valides : 39 questionnaires papier et 39 questionnaires en ligne.

II. Caractéristiques de la population étudiée

1. Caractéristiques des parents

Soixante-quinze questionnaires ont été remplis par la mère et trois seulement par le père.

Le *Tableau 1* présente les caractéristiques des parents. Les pourcentages de ce tableau sont calculés en fonction du nombre de réponses effectives à chaque question, de manière à pouvoir comparer les caractéristiques des parents entre eux.

Les parents sont principalement âgés de 30 à 34 ans (46.8% des mères et 45.3% des pères).

Les mères ont un niveau d'éducation plus élevé : 83.2% d'entre elles ont un niveau baccalauréat ou supérieur contre 52.8% des pères.

Les parents occupent majoritairement une activité salariée (72.4% des mères et 86.7% des pères) à temps plein (67.1% des mères contre 98.7% des pères).

Concernant les mères, 21.0% n'ont pas d'activité professionnelle (congé parental, chômage, au foyer ou autre inactif) contre 3.9% des pères.

Les parents habitent à 75.6% en milieu rural.

Ils vivent essentiellement en union ou en concubinage (85.9%) et ont en moyenne 1 ou 2 enfants (56.4% ont 1 enfant et 30.8% ont 2 enfants).

Tableau 1 : Caractéristiques des parents

Caractéristiques des parents	n (%)
Type de territoire du lieu d'habitation	
Rural autonome très peu dense	1 (2.4)
Rural autonome peu dense	4 (9.8)
Rural sous faible influence d'un pôle	11 (26.8)
Rural sous forte influence d'un pôle	15 (36.6)
Urbain densité intermédiaire	10 (24.4)
Urbain dense	0 (0.0)
Situation familiale	
En union ou concubinage	67 (85.9)
Famille monoparentale	2 (2.6)
Famille recomposée	9 (11.5)
Nombre d'enfants dans la famille	
1 enfant	44 (56.4)
2 enfants	24 (30.8)
3 enfants ou plus	10 (12.8)

Tableau 1 : Caractéristiques des parents

Caractéristiques des mères	n (%)	Caractéristiques des pères	n (%)
Age de la mère		Age du père	
< 20 ans	0 (0.0)	< 20 ans	0 (0.0)
20 - 24 ans	5 (6.5)	20 - 24 ans	1 (1.3)
25 - 29 ans	21 (27.3)	25 - 29 ans	14 (18.7)
30 - 34 ans	36 (46.8)	30 - 34 ans	34 (45.3)
35 - 39 ans	13 (16.9)	35 - 39 ans	20 (26.7)
40 - 44 ans	2 (2.6)	40 - 44 ans	4 (5.3)
≥ 45 ans	0 (0.0)	≥ 45 ans	2 (2.7)
Dernier diplôme obtenu par la mère		Dernier diplôme obtenu par le père	
Pas de diplôme	3 (3.9)	Pas de diplôme	3 (8.3)
Brevet des collèges	1 (1.3)	Brevet des collèges	1 (2.8)
CAP, BEP	9 (11.7)	CAP, BEP	13 (36.1)
Baccalauréat	18 (23.4)	Baccalauréat	6 (16.7)
Bac +2	14 (18.2)	Bac +2	9 (25.0)
Bac +3 à Bac +5	30 (39.0)	Bac +3 à Bac +5	4 (11.1)
Doctorat	2 (2.6)	Doctorat	0 (0.0)
Activité professionnelle de la mère		Activité professionnelle du père	
Activité salariée	55 (72.4)	Activité salariée	65 (86.7)
Activité non salariée	3 (3.9)	Activité non salariée	7 (9.3)
Retraité	0 (0.0)	Retraité	0 (0.0)
Au foyer	3 (3.9)	Au foyer	0 (0.0)
Congé parental	9 (11.8)	Congé parental	1 (1.3)
Chômeur	4 (5.3)	Chômeur	1 (1.3)
Elève, étudiant, en formation	2 (2.6)	Elève, étudiant, en formation	0 (0.0)
Autre inactif	0 (0.0)	Autre inactif	1 (1.3)
Travail à temps plein pour la mère		Travail à temps plein pour le père	
Oui	51 (67.1)	Oui	75 (98.7)
Non	25 (32.9)	Non	1 (1.3)
Catégorie socio-professionnelle de la mère		Catégorie socio-professionnelle du père	
Agriculteur exploitant	0 (0.0)	Agriculteur exploitant	2 (2.7)
Artisan, commerçant, chef d'entreprise	3 (4.1)	Artisan, commerçant, chef d'entreprise	9 (12.3)
Cadre ou profession intellectuelle supérieure	16 (21.6)	Cadre ou profession intellectuelle supérieure	9 (12.3)
Profession intermédiaire	3 (4.1)	Profession intermédiaire	6 (8.2)
Employé	51 (68.9)	Employé	26 (35.6)
Ouvrier	1 (1.4)	Ouvrier	21 (28.8)

2. Caractéristiques des enfants

Nous avons recueilli les données de 122 enfants : 78 enfants 1, 34 enfants 2 et 10 enfants 3.

L'âge moyen des enfants était de 38.3 mois ($\pm 35,2$) soit 3.2 ans.

Tableau 2 : Age moyen des enfants

Caractéristiques de l'échantillon	Enfant 1	Enfant 2	Enfant 3
Age moyen en mois	45.1 (± 36.3)	29.6 (± 32.6)	15.1 (± 14.7)
Age moyen en années	3.8 (± 3.0)	2.5 (± 2.7)	1.3 (± 1.2)

Quatre enfants sont nés prématurément (3 enfants 1 et 1 enfant 2, nés respectivement à 32, 36, 36, et 34 SA).

Soixante-neuf enfants ont été allaités par leur mère, soit 56.6% des enfants. Le taux d'allaitement maternel de plus de 12 mois au sein de notre échantillon s'élève à 13.9%.

Tableau 3 : durée de l'allaitement maternel*

Caractéristiques de l'échantillon	Enfant 1	Enfant 2	Enfant 3	Total
Durée de l'allaitement maternel exclusif	3.6 (± 3.1)	5.1 (± 2.6)	4.8 (± 2.0)	4.0 (± 2.9)
Durée totale de l'allaitement maternel	8.8 (± 10.1)	9.7 (± 8.5)	9.5 (± 3.0)	9.1 (± 9.3)

*Les données sont des moyennes (avec écart-types) exprimées en mois

Le Tableau 4 présente les caractéristiques concernant la diversification alimentaire.

Les Figures 1 et 2 présentent les âges à partir desquels les enfants consomment les mêmes aliments que leur famille et prennent leurs repas à table en famille. Pour pouvoir comparer nos chiffres à ceux de la littérature, les pourcentages présentés sont calculés uniquement à partir des réponses effectives. Ils ne prennent pas en compte les enfants qui n'ont pas encore débuté ses pratiques ni les enfants pour lesquels les parents n'ont pas répondu.

Figure 1 : Age d'introduction de la nourriture familiale

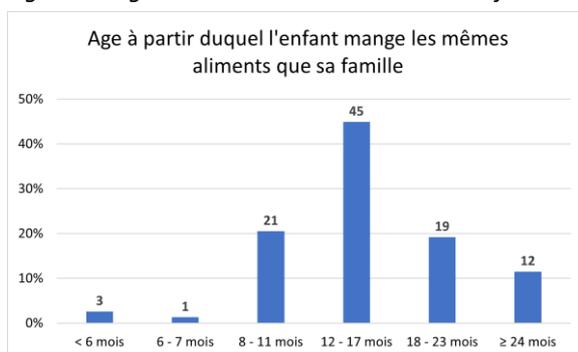
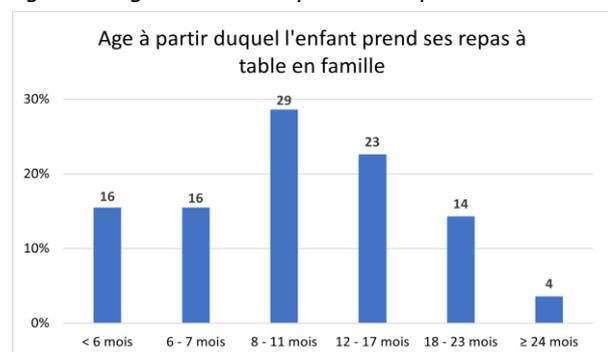


Figure 2 : Age de début de prise des repas à table



Les enfants commencent à manger les mêmes aliments que le reste de la famille à 14.4 mois en moyenne.

Ils prennent leur repas en famille à partir de 10.3 mois en moyenne.

Tableau 4 : Caractéristiques concernant la diversification alimentaire*

Caractéristiques de l'échantillon	Enfant 1	Enfant 2	Enfant 3	Total
Types de plats proposés				
Fait maison	37 (47.3)	10 (29.4)	3 (30.0)	50 (41.0)
Plats industriels	9 (11.5)	3 (8.8)	1 (10.0)	13 (10.7)
Les deux	31 (39.7)	20 (58.8)	5 (50.0)	56 (45.9)
Non répondu	1 (1.3)	1 (2.9)	1 (10.0)	3 (2.5)
Age d'introduction de la nourriture familiale				
< 6 mois	0 (0.0)	2 (5.9)	0 (0.0)	2 (1.6)
6 - 7 mois	1 (1.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (0.8)
8 - 11 mois	9 (11.6)	5 (14.7)	2 (20.0)	16 (13.1)
12 - 17 mois	27 (34.6)	8 (23.5)	0 (0.0)	35 (28.7)
18 - 23 mois	11 (14.1)	3 (8.8)	1 (10.0)	15 (12.3)
≥ 24 mois	8 (10.3)	1 (2.9)	0 (0.0)	9 (7.4)
Pas encore débuté	13 (16.7)	9 (26.5)	7 (70.0)	29 (23.8)
Non répondu	9 (11.5)	6 (17.6)	0 (0.0)	15 (12.3)
Age de début prise des repas à table en famille				
< 6 mois	8 (10.3)	4 (11.8)	1 (10.0)	13 (10.7)
6 - 7 mois	9 (11.5)	3 (8.8)	1 (10.0)	13 (10.7)
8 - 11 mois	15 (19.2)	7 (20.6)	2 (20.0)	24 (19.7)
12 - 17 mois	16 (20.5)	3 (8.8)	0 (0.0)	19 (15.6)
18 - 23 mois	11 (14.1)	1 (2.9)	0 (0.0)	12 (9.8)
≥ 24 mois	2 (2.6)	1 (2.9)	0 (0.0)	3 (2.5)
Pas encore débuté	10 (12.8)	11 (32.3)	6 (60.0)	27 (22.1)
Non répondu	7 (9.0)	4 (11.8)	0 (0.0)	11 (9.0)
Conseils introduction des textures				
Oui	50 (64.1)	19 (55.9)	5 (50.0)	74 (60.7)
Non	26 (33.3)	9 (26.5)	1 (10.0)	36 (29.5)
Non répondu	2 (2.6)	6 (17.6)	4 (40.0)	12 (9.8)
Informations sur risque d'étouffement				
Oui	28 (35.9)	8 (23.5)	0 (0.0)	36 (29.5)
Non	48 (61.5)	20 (58.8)	6 (60.0)	74 (60.7)
Non répondu	2 (2.6)	6 (17.6)	4 (40.0)	12 (9.8)

*Les données sont des effectifs (avec pourcentages)

Le médecin généraliste assure en partie ou en intégralité le suivi médical de 89.3% des enfants.

Tableau 5 : Suivi médical*

Suivi médical	Enfant 1	Enfant 2	Enfant 3	Total
Médecin généraliste	56 (71.8)	25 (73.5)	9 (90.0)	90 (73.8)
Pédiatre	8 (10.3)	4 (11.7)	1 (10.0)	13 (10.7)
Médecin généraliste + pédiatre	10 (12.8)	5 (14.7)	0 (0.0)	15 (12.3)
Médecin généraliste + PMI	2 (2.56)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (1.6)
Médecin généraliste + pédiatre + PMI	1 (1.28)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (0.8)
Médecin généraliste + homéopathe	1 (1.28)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (0.8)

*Les données sont des effectifs (avec pourcentages)

III. DME

1. Connaissance et pratique de la DME

La DME est connue de 75.6% des parents.

Sur le nombre total de parents interrogés :

- 73.1% des parents ont suivi la méthode traditionnelle,
- 23.1% des parents ont suivi la méthode mixte,
- 3.8% des parents ont suivi la DME stricte.

Figure 3 : choix du mode de diversification en fonction de la connaissance de la DME

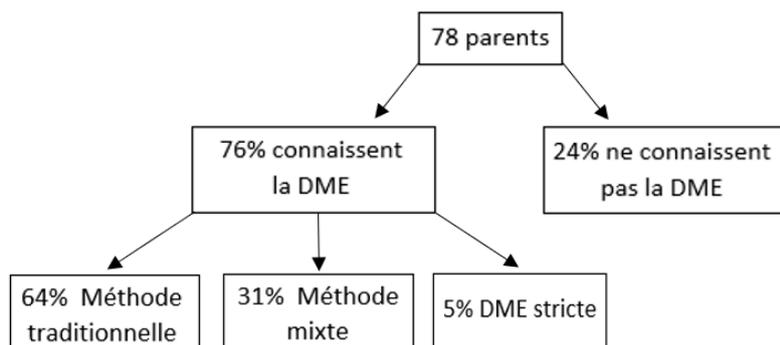


Tableau 6 : Méthode de diversification pratiquée*

Méthode de diversification	Enfant 1	Enfant 2	Enfant 3
Méthode traditionnelle	61 (78.2)	27 (79.4)	7 (70.0)
Méthode mixte	15 (19.2)	6 (17.6)	3 (30.0)
DME stricte	2 (2.6)	1 (2.9)	0 (0.0)

*Les données sont des effectifs (avec pourcentages).

2. Caractéristiques des parents qui pratiquent la DME

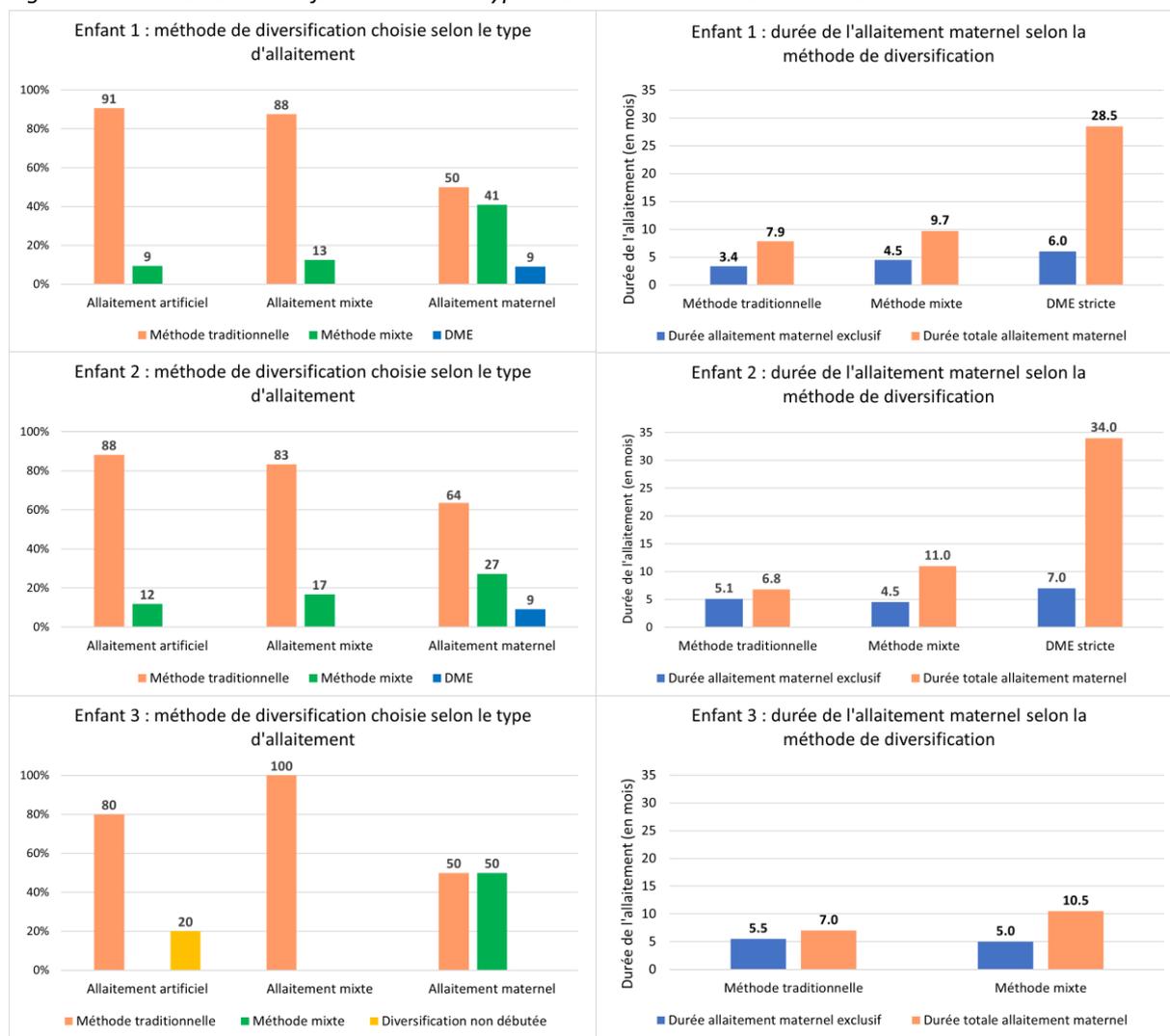
Les caractéristiques des parents selon le mode de diversification adopté sont présentées dans le *Tableau 7* (Annexe 6).

Nous avons retrouvé deux associations statistiquement significatives (*Figure 4*).

Pour l'enfant 1, il existe une différence significative entre le mode d'allaitement et la méthode de diversification utilisée ($p = 0.030$).

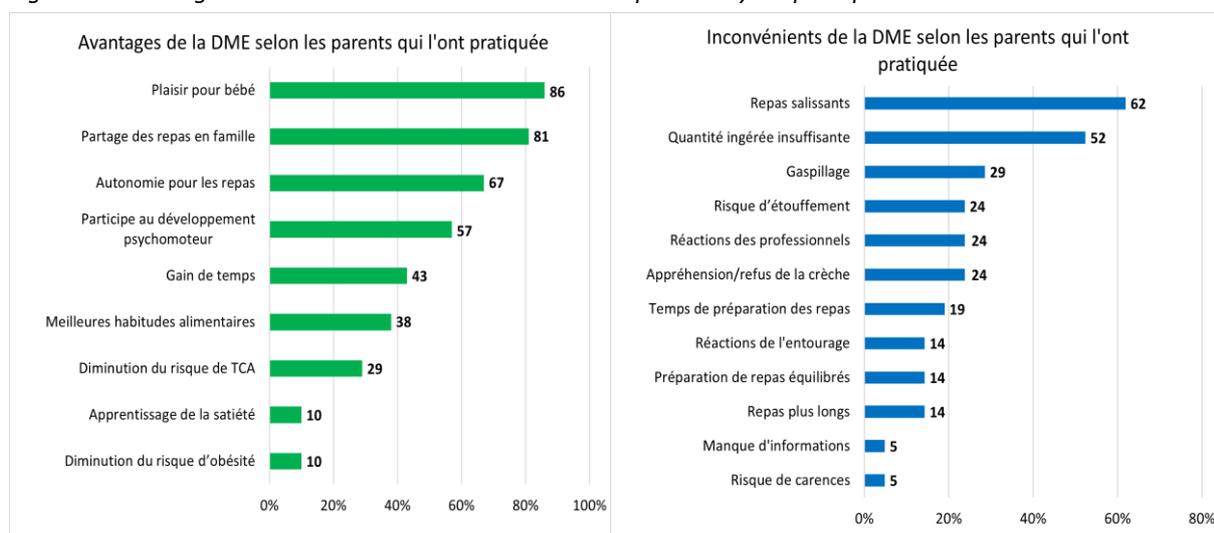
Pour tous les enfants, il existe un lien statistiquement significatif entre la durée totale de l'allaitement maternel et la méthode de diversification ($p = 0.020$ enfant 1 ; $p = 0.001$ enfant 2 ; $p = 0.017$ enfant 3).

Figure 4 : Méthode de diversification selon le type d'allaitement et la durée de l'allaitement maternel



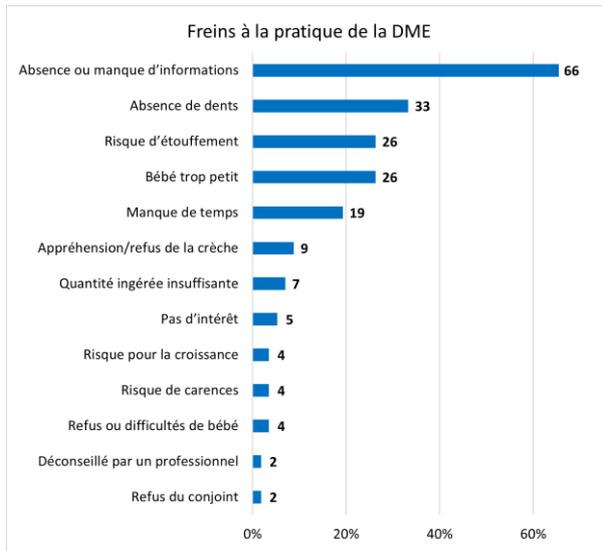
3. Avantages et inconvénients de la DME

Figure 5 : Avantages et inconvénients de la DME selon les parents ayant pratiqué cette méthode



4. Freins à la DME

Figure 6 : Freins à la pratique de la DME selon les parents ayant suivi la méthode traditionnelle

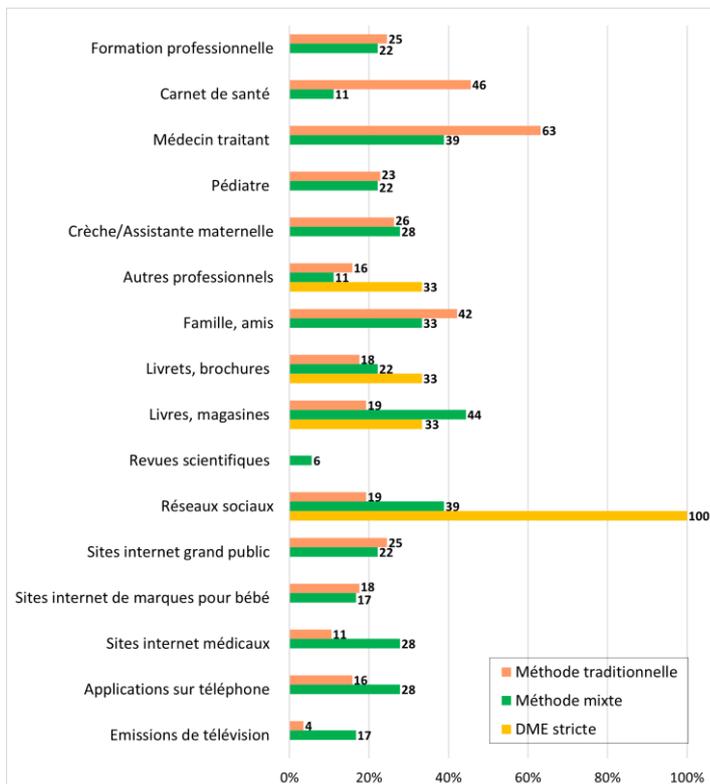


Malgré les freins évoqués, 41.4% des parents ayant pratiqué la méthode traditionnelle se disent prêts à suivre la DME s'ils sont accompagnés.

IV. Sources d'information

Les sources d'information sur la diversification alimentaire ont été classées en fonction de la méthode de diversification utilisée (Figure 7).

Figure 7 : Sources d'information selon la méthode de diversification

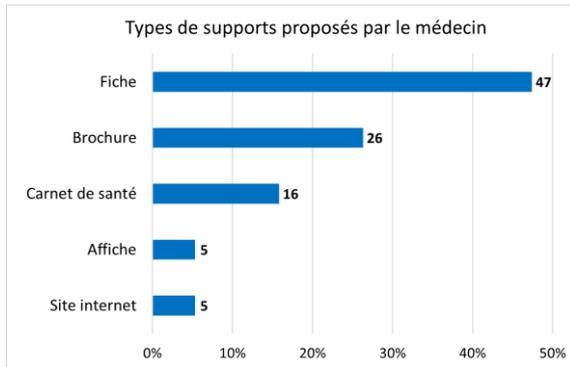


Il existe une différence significative entre la méthode de diversification et trois sources d'information : le carnet de santé, le médecin généraliste et les réseaux sociaux (avec respectivement $p = 0.012$, $p = 0.029$ et $p = 0.04$).

Au total, les médecins généralistes sont cités comme source d'informations par 55.1% des parents.

Vingt-cinq virgule six pourcents des parents ont reçu un support au moment de la diversification alors que 74.3% des parents jugent cela utile.

Figure 8 : Types de supports proposés par le médecin



V. Diversification alimentaire

1. Age de début de diversification

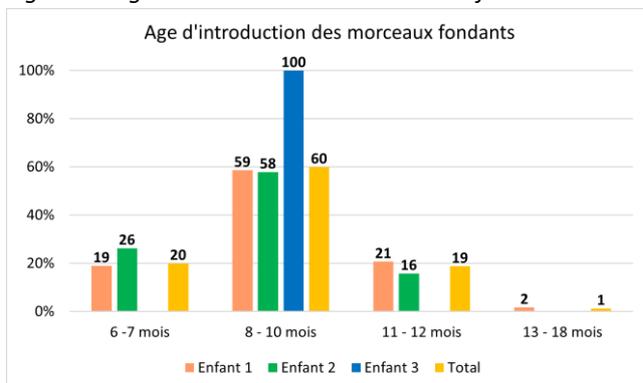
La diversification alimentaire est débutée en moyenne à 4.6 mois (± 0.8).

Quatre-vingt-dix-sept virgule quatre pourcents des enfants ont débuté la diversification entre quatre et six mois. Aucun des enfants n'a débuté la diversification après six mois.

2. Introduction des morceaux fondants

Les morceaux fondants ont été introduits en moyenne à 8.9 mois (± 2.1).

Figure 9 : Age d'introduction des morceaux fondants *

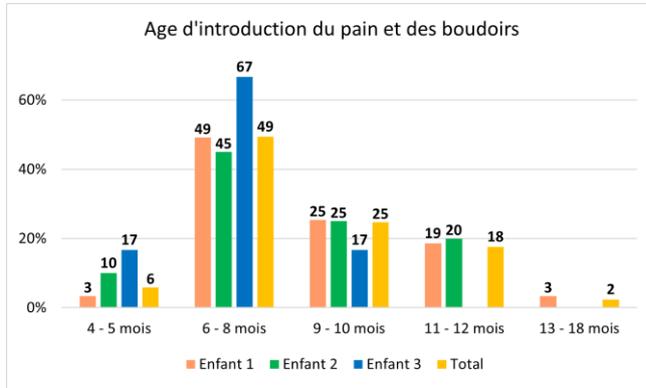


*Les pourcentages exprimés ne tiennent pas compte des données manquantes.

3. Introduction du pain et des boudoirs

Le pain et les boudoirs ont été introduits en moyenne à 8.5 mois (± 2.7).

Figure 10 : Age d'introduction du pain et des boudoirs *

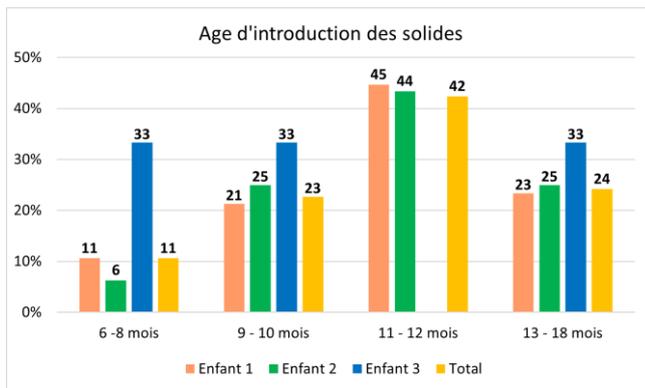


*Les pourcentages exprimés ne tiennent pas compte des données manquantes.

4. Introduction des solides

Les solides ont été introduits en moyenne à 12.1 mois (± 3.2).

Figure 11 : Age d'introduction des solides *



*Les pourcentages exprimés ne tiennent pas compte des données manquantes.

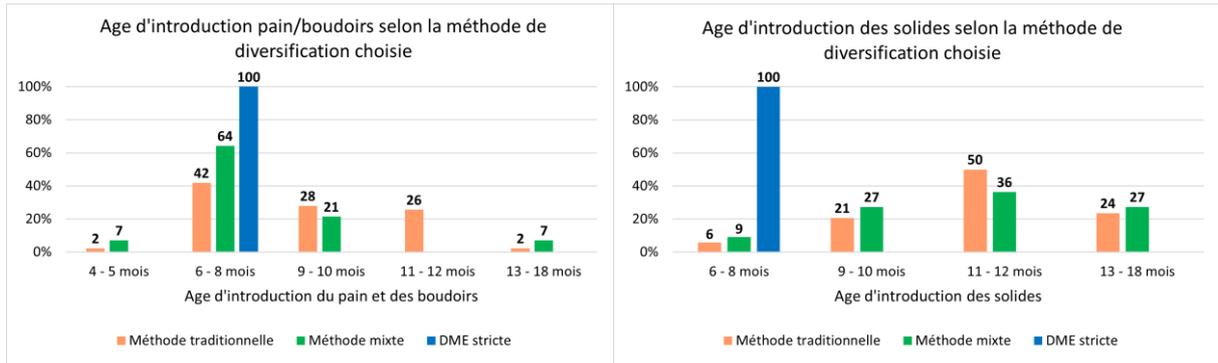
5. Facteurs influençant l'âge d'introduction des textures

Le *Tableau 8* présente pour chaque enfant, l'âge d'introduction des textures en fonction de différents facteurs (*Annexe 7*). Les analyses n'ont pas mis en évidence de différence statistique en fonction du type de plats proposés et de la présence ou non de conseils sur les textures par le médecin.

a) Méthode de diversification

Pour l'enfant 1, il existe un lien statistique entre la méthode de diversification et l'âge d'introduction du pain/boudoirs et des solides (avec respectivement $p = 0.027$ et $p = 0.003$) (*Figure 12*).

Figure 12 : Age d'introduction du pain/boudoirs et des solides selon le mode de diversification pour l'enfant 1



b) Age à partir duquel l'enfant consomme la nourriture familiale

Pour l'enfant 2, il existe un lien statistique entre l'âge d'introduction des morceaux fondants et l'âge auquel les parents proposent les mêmes aliments qu'eux ($p = 0.023$) (Figure 13).

Pour tous les enfants, il existe un lien statistique entre l'âge d'introduction des solides et l'âge auquel les parents proposent les mêmes aliments qu'eux ($p < 0.001$ enfant 1 ; $p = 0.001$ enfant 2 ; $p < 0.001$ enfant 3) (Figure 14).

Figure 13 : Age d'introduction des morceaux fondants selon l'âge à partir duquel l'enfant 2 mange les mêmes aliments que sa famille

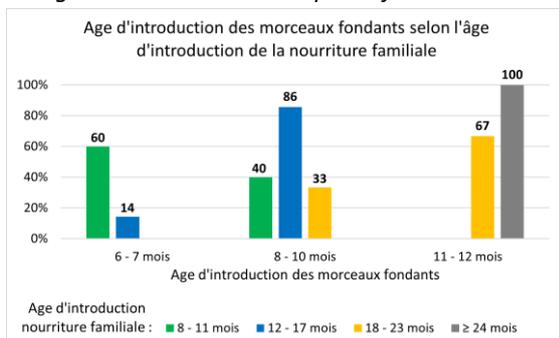
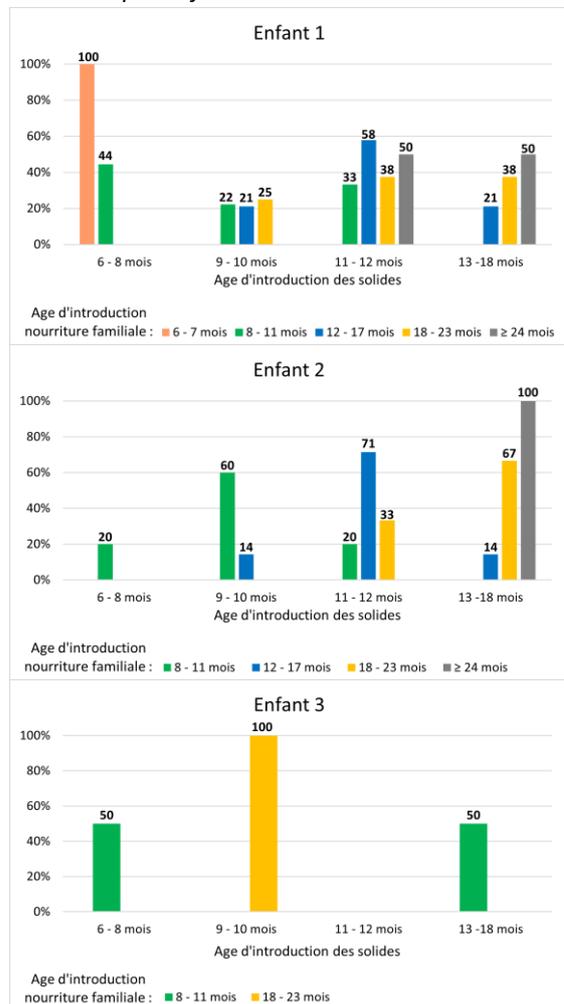


Figure 14 : Age d'introduction des solides selon l'âge à partir duquel l'enfant mange les mêmes aliments que sa famille



c) Age à partir duquel l'enfant mange à table en famille

Il existe un lien statistique entre l'âge auquel l'enfant mange à table en famille et l'âge d'introduction des morceaux fondants pour tous les enfants ($p < 0.001$ enfant 1 ; $p = 0.020$ enfant 2 ; $p = 0.010$ enfant 3) (Figure 15).

Il existe un lien statistique entre l'âge auquel l'enfant mange à table en famille et l'âge d'introduction des solides pour l'ensemble des enfants ($p = 0.002$ enfant 1 ; $p < 0.001$ enfant 2 ; $p = 0.003$ enfant 3) (Figure 16).

Figure 15 : Age d'introduction des morceaux fondants selon l'âge à partir duquel l'enfant prend ses repas en famille

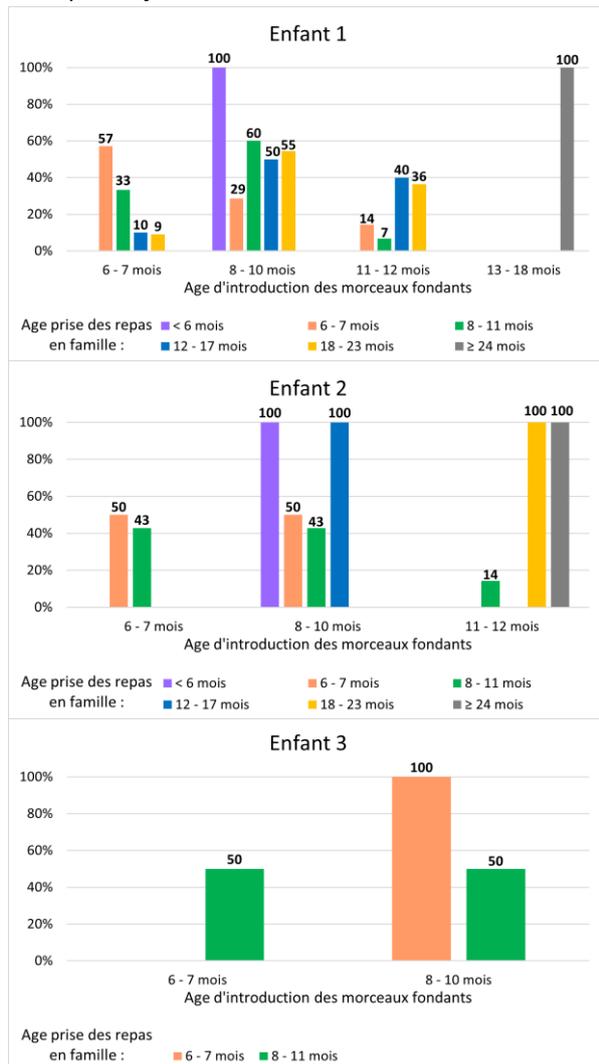
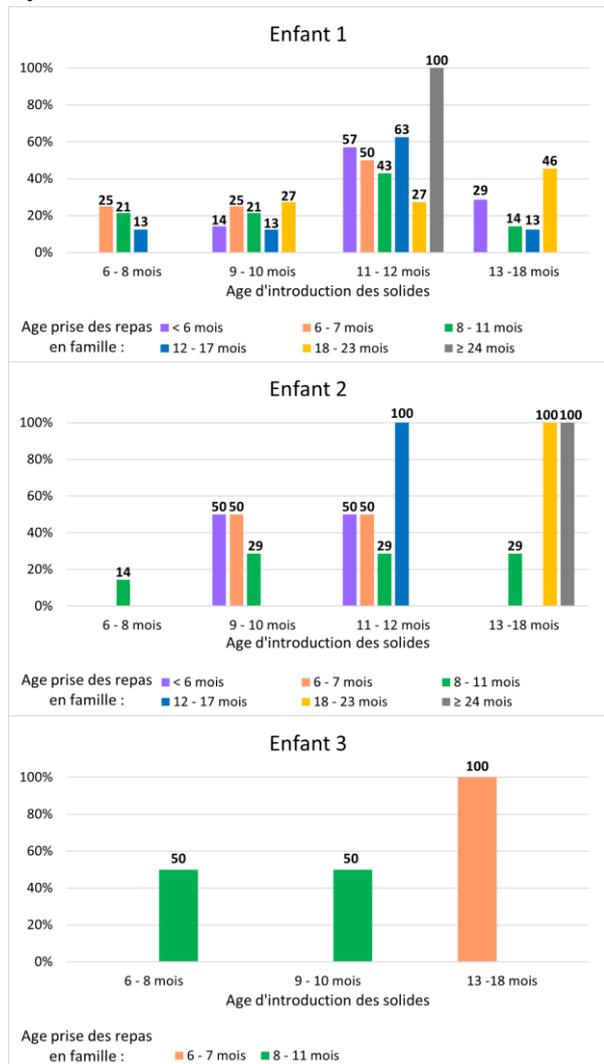


Figure 16 : Age d'introduction des solides selon l'âge à partir duquel l'enfant prend ses repas en famille



DISCUSSION

Connaissance et pratique de la DME

Comme nous l'avons spécifié dans l'introduction, il n'existait pas d'étude évaluant la pratique de la DME en France lorsque nous avons débuté ce travail. Cependant, en avril 2022, mpedia, le site internet de l'AFPA dédié au grand public, a publié une vaste étude concernant les pratiques des parents en matière de diversification alimentaire (24). Dans cette étude, les professionnels se sont notamment intéressés à la DME. Dans leur enquête, 71% des parents affirment connaître la DME contre 75.6% des parents de notre étude. Nos résultats concordants démontrent qu'une majorité des parents français connaissent la DME.

Malgré leur connaissance de la DME, 64% des parents ont fait le choix de la méthode traditionnelle. La DME reste donc peu suivie : seulement 3.8% des parents déclarent suivre la DME dans sa forme stricte. La méthode mixte attire davantage, puisqu'elle concerne 23.1% des parents interrogés. L'équipe mperia a pu faire les mêmes constatations. Au sein de leur population, 26% des parents ont pratiqué ou envisagé de pratiquer la DME avec leur enfant. En questionnant les parents sur la fréquence à laquelle ils proposaient la cuillère, les purées et les compotes, ils ont estimé à 7% le nombre de parents ayant réellement suivi la DME stricte, soit 21% des parents pratiquant la méthode mixte.

Cet attrait pour la méthode mixte est confirmé par Cameron (6). Dans son étude, toutes les familles ayant suivi la DME recommandaient cette méthode, mais 59.6% d'entre elles conseillaient de suivre une méthode mixte.

Il est difficile de comparer nos chiffres en termes de connaissance et de pratique de la DME, avec ceux des autres pays.

La plupart des études ont été conduites dans les pays anglo-saxons où la DME existe depuis de nombreuses années et est très répandue. A titre d'exemple, au Royaume-Uni en 2011, seulement 2.6% des parents n'avaient jamais entendu parler de DME (25). L'estimation de la pratique de la DME au Royaume-Uni varie selon les auteurs : Brown recensait 58.1% de parents pratiquant la DME en 2016 contre 31.1% selon Rowan en 2019 (26,27).

D'autres pays européens ont tenté d'évaluer la prévalence de la DME.

En Italie, d'après Martí-Solsona, 98.5% des mères italiennes connaissaient la DME et 90.3% des mères interrogées envisageaient d'appliquer cette méthode (28). En Espagne, selon San Mauro Martín 93.4% des parents connaissent la DME et 69.3% l'ont déjà pratiqué (29). En Pologne, Białek-Dratwa estime à 75% le nombre de parents adhérents à la DME (30).

Ces chiffres sont toutefois à nuancer, car dans ses trois études, les parents interrogés ont été recrutés via des plateformes en ligne, et ils étaient clairement informés des objectifs de l'étude. Les auteurs reconnaissent donc un éventuel biais de sélection : il est probable que les parents connaissant la DME ont été plus enclins à participer.

Caractéristiques des parents pratiquant la DME

De nombreuses études soulignent le fait que les mères qui adoptent les principes de la DME présentent des caractéristiques différentes de celles optant pour la méthode traditionnelle.

Les pères, quant à eux, sont largement sous-représentés dans la littérature. Traditionnellement, les études interrogent davantage les mères, car malgré la participation croissante des hommes, les femmes restent responsables de la majeure partie des tâches familiales (31). Notre étude montre que les femmes s'occupent davantage du suivi médical puisque sur les 78 questionnaires analysés, trois seulement ont été remplis par le père. De plus, Spyreli a démontré que la DME attirait davantage les mères que les pères (32). L'intérêt de rechercher les différences de caractéristiques des pères est donc limité.

Allaitement maternel

Dans notre étude, 56.6% des enfants ont été allaités. Nos résultats sont similaires à ceux de Demonteil en 2018, qui retrouvait un taux d'allaitement de 62.9% (33). Pourtant, les autres données de la littérature suggèrent un taux d'allaitement maternel plus élevé : 70% selon l'enquête Mpedia, et 74% dans l'étude Epifane de 2012 - 2013 (24,34).

La durée d'allaitement maternel exclusif dans notre échantillon était de 4 mois soit 12 semaines. Ce résultat est concordant avec une étude publiée en 2016 qui a montré que la durée moyenne de l'allaitement exclusif était de 11.3 semaines en France et 13.5 semaines en Franche-Comté (35).

Dans notre échantillon, le taux d'allaitement maternel de plus de 12 mois s'élève à 13.9%.

L'allaitement maternel de plus de 12 mois concernait seulement 9% des enfants dans l'étude Nutri-bébé de 2013 et dans l'étude Epifane (34,36). Selon les données recueillies à partir du certificat de santé du 24^{ème} mois paru en 2020, 13.1% des bébés français sont allaités plus de 12 mois et 12.6% dans le département du Jura (37).

Nos résultats nous ont permis de mettre en évidence un lien statistiquement significatif entre l'allaitement maternel et la méthode de diversification utilisée.

Pour l'enfant 1, il existe un lien statistique entre le mode d'allaitement et la méthode de diversification : les mères allaitantes étaient davantage intéressées par la DME. L'équipe mpedia a fait la même constatation puisque le taux d'allaitement maternel dans la totalité de l'échantillon était de 70% contre 82% en cas de DME.

Nous avons également retrouvé pour tous les enfants une différence statistiquement significative entre la durée totale de l'allaitement maternel et la méthode de diversification. En moyenne, l'allaitement maternel durait 17 mois de plus chez les mères pratiquant la DME. De nombreuses études ont fait le même constat (5–8).

Autres caractéristiques des mères

En revanche, nous n'avons pas retrouvé de différence significative concernant le niveau d'éducation et l'activité professionnelle des mères, qui sont pourtant des caractéristiques largement décrites dans la littérature (6,27,39).

Avantages de la DME

Nous avons recueilli, auprès des parents pratiquant la DME, les avantages de cette méthode. Les trois principaux avantages sont le plaisir de bébé, le partage des repas en famille et l'autonomie pour les repas, cités respectivement par 86.0%, 81.0% et 67.0% des parents. Ces avantages ont été étudiés dans la littérature.

Concernant le plaisir de bébé, l'étude de Taylor a montré que l'attitude à l'égard de la nourriture était plus positive chez les enfants suivant la DME (18). De la même manière, dans l'étude de Komninou, les parents suivant la DME rapportaient plus de plaisir pour leurs nourrissons pendant les repas (39). Ce plaisir de bébé peut être multifactoriel. Il peut être lié à la convivialité d'un repas en famille, et à la découverte en autonomie des différents saveurs, textures, couleurs, formes et odeurs. Il peut également résulter du comportement des parents qui, lorsqu'ils suivent la DME, exercent moins de pression et de contrôle sur l'apport alimentaire des enfants (27,39).

Le partage des repas en famille est un avantage certain de la DME, cité respectivement par 95.4% et 68% des parents pratiquant cette méthode selon D'Andrea et Fu (4,15).

L'autonomie pour les repas est également un facteur important cité par 92.5% des parents pratiquant la DME selon Białek-Dratwa (30).

En somme, les parents recherchent davantage le plaisir de bébé, son autonomie et la convivialité que les potentiels bénéfiques sur l'apprentissage de la satiété, la diminution du risque d'obésité et de troubles du comportement alimentaire. Cela rejoint les recommandations qui encouragent les parents à laisser l'enfant manger seul dès que possible et à éteindre les écrans au moment des repas pour partager un moment ensemble (40).

Inconvénients de la DME

Nous avons questionné les parents pratiquant la DME sur les inconvénients de la méthode.

Les contraintes liées à la mise en pratique sont prédominantes puisque les repas salissants et le gaspillage sont cités respectivement par 61.9% et 28.6% des parents.

Ces problématiques ne concernent pas uniquement les parents français. Les repas salissants sont cités respectivement par 59%, 49% et 34.2% des parents suivant la DME selon Fu, D'Andrea et Białek-Dratwa (4,15,30).

Dans notre étude, 52% des parents sont soucieux de la faible quantité de nourriture ingérée par l'enfant. Selon Białek-Dratwa, l'absence de contrôle sur les quantités ingérées inquiète 27.1% des parents pratiquant la DME (30). La crainte d'apports énergétiques insuffisants est citée respectivement par 7.7% et 11% des parents suivant la DME selon D'Andrea et Fu (4,15).

Cette appréhension des parents français n'est donc pas spécifiquement retrouvée dans les études étrangères. Pourtant, il s'agit d'une des réserves émises par les professionnels de santé qui craignent un retentissement sur la croissance staturo-pondérale. Ainsi, selon l'étude d'Andréa, 36.4% des professionnels de santé rapportent une inquiétude vis-à-vis des apports alimentaires insuffisants.

Il est intéressant de constater que le risque d'étouffement est cité par 23.8% des parents au même titre que la réaction négative des professionnels de santé à l'égard de la DME et l'appréhension ou le refus de la crèche ou de l'assistante maternelle.

Cette appréhension vis-à-vis des professionnels de santé et de la petite enfance n'est pas retrouvée dans l'étude de Białek-Dratwa puisque seulement 7.1% des mères considèrent qu'il s'agit d'un inconvénient (30).

La peur de l'étouffement en revanche est bien décrite par les parents. Elle concerne respectivement 23%, 26.2% et 67.1% des parents ayant choisi la DME selon Fu, D'Andrea et Białek-Dratwa (4,15,30).

Les contraintes que nous avons retrouvées diffèrent en partie de celles de la littérature, où trois inconvénients majeurs se détachent : les repas salissants, la peur de l'étouffement et les carences nutritionnelles (4,15,30). Mais aucune de ces études n'a été réalisée en France. Contrairement à l'enquête qualitative de Lucie Friart, dans laquelle elle interroge les parents français pratiquant la DME, sur les contraintes de cette méthode. Les freins évoqués dans son étude sont la crainte de la fausse-route, l'aspect salissant, le regard extérieur, les difficultés pour faire garder bébé et l'impossibilité de quantifier les prises. Ce qui rejoint parfaitement nos résultats.

Freins à la pratique de la DME

Nous avons cherché à identifier les freins d'application de la DME d'après les parents qui ont suivi la méthode traditionnelle.

L'absence ou le manque d'information sur cette méthode est cité par 65.5% des parents ayant suivi la méthode traditionnelle. A notre connaissance, il n'existe pas d'autres études qui prennent en considération ce manque d'information.

Le deuxième inconvénient cité par 33.3% des parents est l'absence de dents. Il s'agit là aussi d'un manque d'information puisque l'enfant n'a pas besoin de dents pour mastiquer les morceaux fondants. Cette raison de ne pas adhérer à la DME n'est pas non plus abordée dans les études. Elle est pourtant à prendre en considération. En effet, selon l'étude de Demonteil, le nombre de dents est associé positivement à l'exposition aux différentes textures notamment après 8 mois (33). Cela signifie que les parents attendent l'apparition des premières dents avant de proposer des morceaux à leurs enfants.

Le risque d'étouffement est cité par 26.3% des parents. Ce chiffre est relativement faible comparé aux autres études. En effet, il s'agit du frein principal cité respectivement par 35% et 85.1% des parents ayant suivi la méthode traditionnelle selon Fu et Białek-Dratwa (15,30).

Cette différence peut s'expliquer par le fait que certains parents de notre étude ont pu se cantonner à citer l'absence ou le manque d'information, et n'ont pas fait part des autres craintes potentielles.

L'étouffement est également un risque majeur pour les professionnels de santé. Dans l'étude D'Andrea, 69.7% des professionnels de santé considéraient que la DME entraînait une majoration du risque d'étouffement (4).

Cette peur de l'étouffement en DME est donc présente aussi bien chez les parents, quelle que soit la méthode de diversification utilisée, que chez les professionnels de santé. Pourtant, une seule étude a montré un risque supérieur d'étouffement en cas de DME (41). Les autres études réalisées sur ce sujet n'ont pas retrouvé de différence du nombre d'étouffements en fonction de la méthode de diversification utilisée (6,15,17,42).

En revanche, dans l'étude de Cameron, 30% des nourrissons ont déjà présenté un épisode d'étouffement, sans différence selon la méthode de diversification (6). Le pourcentage de nourrissons exposés à des aliments à risque varie de 52% à 69% entre 6 et 8 mois et atteint 94% à 12 mois (17,43). Au vu de ces chiffres, les auteurs insistent sur la nécessité de rappeler les consignes de sécurité à l'ensemble des parents.

Malgré les freins évoqués, 41.4% des parents ayant pratiqué la méthode traditionnelle se disent prêts à suivre la DME s'ils sont accompagnés. De la même manière, dans l'étude de Cameron, 46% des parents ayant suivi la méthode traditionnelle souhaitaient essayer la DME s'il avait un autre enfant (6). Cette question était particulièrement justifiée dans notre étude car le plus grand obstacle retrouvé à la pratique de la DME est l'absence ou le manque d'information. Donc, ce résultat permet d'imaginer qu'avec la multiplication des supports d'information sur la DME dans les années à venir, cette méthode va continuer de prendre de l'ampleur.

Sources d'information

Les sources d'informations diffèrent selon la méthode de diversification choisie.

Dans le territoire étudié, le suivi médical des nourrissons est principalement assuré par le médecin généraliste du fait de la démographie médicale. Les parents suivant la méthode traditionnelle s'appuient donc naturellement sur le médecin traitant pour obtenir des informations. Cela concerne 63.2% des parents ayant suivi la méthode traditionnelle contre 38.9% des parents ayant suivi la méthode mixte.

Le carnet de santé est cité comme source d'information par 45.6% des parents ayant suivi la méthode traditionnelle et 11.1% des parents ayant suivi la méthode mixte. Ce qui est problématique, car le carnet de santé n'est pas à jour des nouvelles recommandations concernant l'introduction des textures.

Aucun des parents du groupe DME stricte n'a cité le médecin généraliste et le carnet de santé comme sources d'information. En revanche, la totalité des parents du groupe DME stricte a recherché des informations via les réseaux sociaux, contre 38.9% des parents du groupe mixte et 19.3% des parents du groupe traditionnel. Les réseaux sociaux sont sans conteste la première source d'information en matière de DME. Selon D'Andrea, ils sont cités comme source d'information par 76.9% des mères pratiquant la DME tandis que seulement 15.4% d'entre elles citent le professionnel de santé (4).

Fu recense seulement 19% de parents pratiquant la DME ayant reçu des informations de la part du professionnel de santé (15). Selon le site mpedia, 87% des parents ayant suivi la DME ont découvert cette méthode via les réseaux sociaux et seulement 9% d'entre eux ont été accompagnés par un médecin (24).

Ces résultats s'expliquent facilement. Certains médecins ne connaissent pas ou pas suffisamment cette nouvelle approche pour pouvoir l'aborder avec les parents. D'autres professionnels, compte tenu du peu de connaissances et d'études disponibles sur le sujet, ne souhaitent pas promouvoir cette méthode (44).

Dans son étude, D'Andrea a justement questionné les professionnels de santé : 48.5% d'entre eux soutiennent la méthode, 18.2% ne soutiennent pas la méthode et 33.3% étaient indécis.

La position des médecins français n'est pas connue mais certains professionnels expriment un avis tranché sur le sujet. L'équipe mpedia, par exemple, s'oppose à la pratique de cette méthode, et a clairement exprimé ses regrets de voir la DME mentionnée dans le guide de Santé Publique France sans y être déconseillée (2). Cette prise de position peut-être délétère, car comme nous l'avons vu, un nombre non-négligeable de parents n'osent pas aborder ce sujet avec leur médecin (38). Pourtant, même opposant à la méthode, le médecin peut apporter de précieux conseils.

Age de début de diversification alimentaire

Dans notre échantillon, la diversification alimentaire est débutée en moyenne à 4.6 mois.

Dans les autres études françaises, l'âge de diversification varie entre 4.9 mois et 5.2 mois (33,34).

Dans notre étude, 97.4% des enfants ont débuté la diversification, selon l'âge recommandé, entre quatre et six mois. Aucun des enfants n'a débuté la diversification après six mois. Selon mpedia, 82% des enfants ont débuté la diversification entre quatre et six mois et 12% l'ont débuté après six mois. Dans notre échantillon, les recommandations sont donc particulièrement bien suivies.

Age d'introduction des morceaux fondants

Selon les nouvelles recommandations, les morceaux fondants peuvent être introduits à partir de 8 mois (19). Dans notre échantillon, les morceaux fondants ont été introduits en moyenne à 8.9 mois. Dans l'étude de Marduel Boulanger et Vernet, les parents ont introduit les morceaux fondants à 11.4 mois en moyenne (45).

Dans notre étude, 80% des enfants ont débuté les morceaux fondants entre six et dix mois.

L'enquête Mpédia retrouve des pourcentages identiques avec 78% des enfants consommant des morceaux fondants entre six et dix mois.

Age d'introduction du pain et/ou des boudoirs

Il nous semblait important de déterminer l'âge d'introduction de ces aliments, car il s'agit souvent des premiers aliments solides proposés à l'enfant et qu'il mange seul. Ils peuvent être introduits entre six et neuf mois (36). Dans notre étude, l'âge moyen d'introduction du pain et des boudoirs étaient de 8.5 mois. Nous n'avons pas retrouvé d'études identifiant l'âge d'introduction de ces aliments. En revanche, selon Marduel Boulanger et Vernet, entre neuf et onze mois les biscuits et le pain étaient consommés de manière hebdomadaire par seulement 44% et 31% des enfants.

Age d'introduction des solides

Selon les recommandations françaises, les solides peuvent être introduits à partir de 10 mois (19).

Dans notre étude, les solides ont été introduits en moyenne à 12.1 mois. Nos résultats sont plus précoces que ceux de Marduel Boulanger et Vernet où les aliments solides sont introduits à 14.4 mois en moyenne (45).

Ce retard d'introduction des solides peut s'expliquer, en partie, par la fréquence des rendez-vous de suivi médical qui s'espacent à cet âge-là. Il est donc plus difficile pour le médecin d'informer les parents sur les recommandations concernant l'âge d'introduction des textures. Une des solutions possibles est la mise à disposition des parents d'un support d'information concernant la diversification, et notamment l'âge d'introduction des textures. D'autant plus, que 74.3% des parents jugent qu'un support au moment de la diversification est utile, alors que seulement 25.6% des parents ont bénéficié d'un tel support.

Facteurs influençant l'âge d'introduction des textures

Méthode de diversification

Pour l'enfant 1, il existe un lien entre la méthode de diversification et l'âge d'introduction du pain et/ou des boudoirs et des solides. Cette différence n'a pas été retrouvée pour les enfants 2 et 3, probablement, car l'effectif de ces groupes est plus faible.

Nous n'avons pas non plus mis en évidence de différence significative entre la méthode de diversification et l'âge d'introduction des morceaux fondants.

Types de plats proposés

Concernant le recours aux plats industriels, les instances françaises et internationales ont pris position. Ils ne les recommandent que de manière occasionnelle, car les plats fait maison permettent d'accoutumer l'enfant à une plus grande variété de saveurs et de textures (40,46).

Dans notre étude, 41.0% des parents proposaient uniquement des plats fait maison, 10.7% des parents utilisaient exclusivement des plats industriels et 45.9% proposaient les deux types de plats.

Ces résultats sont identiques à ceux de Demonteil (33). Mais nous n'avons pas retrouvé de différence entre le type de plats proposé et l'âge introduction des textures. Dans l'étude de Demonteil, les enfants qui ne recevaient que des préparations commerciales étaient exposés à un plus petit nombre de textures à 12 mois et entre 13 et 15 mois par rapport aux enfants qui recevaient aussi des plats fait maison. A contrario, les enfants qui ne mangeaient que des plats fait maison étaient exposés à un plus grand nombre de textures à 9 mois, entre 13 et 15 mois, entre 16 et 18 mois et entre 30 et 36 mois que les enfants qui recevaient également des plats industriels.

Conseils sur l'introduction des textures

Soixante virgule sept pourcents des parents interrogés, ont reçu des conseils du médecin concernant l'introduction des textures. Marduel Boulanger et Vernet estimaient, quant à eux, que seulement 46% des parents avaient reçu une information sur l'introduction des textures (45). Malgré cette différence, le fait de recevoir ou non des conseils du médecin ne modifiaient pas l'âge d'introduction des textures dans notre échantillon.

Age d'introduction de la nourriture familiale

En moyenne, les enfants recevaient la même nourriture que leurs parents à 14.4 mois. Entre 12 et 17 mois, 69.3% des enfants mangent les mêmes aliments que la famille. Ce résultat concorde avec celui de l'étude Nutri-bébé dans laquelle 72% des enfants de 12 à 17 mois mangeaient de manière régulière ou occasionnelle les mêmes aliments que le reste de la famille (47). Pour tous les enfants, nous avons mis en évidence un lien statistique entre l'âge d'introduction des solides et l'âge auquel les parents proposent les mêmes aliments qu'eux. Plus la nourriture familiale est introduite précocement, plus tôt les enfants consomment des solides. Ce lien a également été retrouvé pour les morceaux fondants, mais uniquement pour les enfants 2.

Age à partir duquel l'enfant mange à table en famille

En moyenne, les enfants de notre étude prenaient leur repas à table en famille à 10.3 mois. Entre huit et onze mois, 59.6% des enfants mangent à table avec le reste de la famille. Dans l'étude Nutri-bébé de 2013, entre huit et onze mois, 43% des enfants mangent de manière régulière ou occasionnelle à table en famille (47). Nous avons mis en évidence un lien statistique pour tous les enfants entre l'âge auquel ils mangent à table en famille et l'âge d'introduction des morceaux fondants et des solides. Pour les enfants 1 et 2, l'âge auquel l'enfant prend ses repas en famille influence de manière positive l'âge d'introduction des morceaux fondants et des solides. Cette différence a également été décrite par Demonteil (33). Elle a démontré que les enfants qui mangeaient en famille étaient exposés à un plus grand nombre de textures, notamment au cours de leur 2^e année.

Biais et limites de l'étude

Nous avons fait le choix de mener notre étude au sein du Pays Lédonien. La population étudiée n'était donc pas représentative de la population générale. Comparativement à l'enquête nationale périnatale de 2016 et aux chiffres de l'INSEE de 2020, les mères ayant moins de 25 ans sont sous représentées (13.6% contre 6.4% dans notre étude), de même que les mères au chômage (11% contre 5.1% dans notre étude), les familles monoparentales (24.7% contre 2.6% dans notre étude) et les familles vivant en milieu urbain (68% contre 12.8% dans notre étude). Malgré ce choix, nos résultats, concernant la DME, sont globalement concordants avec ceux de la littérature.

En revanche, le fait de mener notre étude au sein d'un territoire géographique restreint a limité la taille de notre échantillon. Nos effectifs faibles ont pu limiter la puissance des tests statistiques.

Nous avons interrogé les parents de manière rétrospective et sans imposer de limite d'âge pour les enfants. Le biais de rappel est donc la principale faiblesse de notre étude. Ainsi, même si l'âge moyen des enfants était de 3 ans, les données déclarées peuvent être inexactes, notamment concernant l'âge d'introduction des différentes textures.

Dans notre étude, les parents ont défini eux-mêmes à quel groupe de diversification ils appartenaient. Il existe donc un biais de classement. La concordance entre nos chiffres et ceux de la littérature nous amène à penser que dans notre étude l'impact de ce biais est limité.

Dans notre population, quatre enfants sont nés prématurément (nés à 32, 34 et 36 SA pour deux d'entre eux). Ces enfants ont été inclus dans les analyses. Il aurait été plus juste de les exclure, car leur prématurité peut influencer la méthode de diversification pratiquée et fausser les âges d'introduction des différentes textures.

Points forts de l'étude

La délimitation géographique intervient dans les limites de notre étude, mais il s'agit également d'un point fort. Le Pays Lédonien est assez vaste, et même s'il n'inclut pas de pôle urbain dense, nous avons eu accès à une population variée.

L'avantage de réaliser cette étude sur le territoire dans lequel nous exerçons, est que nous connaissons les autres professionnels de santé. Cela nous a permis de recruter certains professionnels de santé qui pouvaient être moins sensibilisés au sujet de la diversification alimentaire. Cela a participé à réduire un éventuel biais de sélection.

Pour réduire ce biais de sélection, nous avons également fait le choix de ne pas citer la DME dans la présentation de l'étude faite aux parents. Cela a permis d'éviter que le questionnaire attire davantage les parents renseignés ou intéressés par la DME. Ce biais de sélection est retrouvé dans plusieurs études évaluant la pratique de la DME par les parents.

L'anonymat du questionnaire a pu inciter un nombre plus important de parents à participer à notre étude. La mise en ligne du questionnaire nous a permis de toucher, davantage encore de parents. Cela leur permettait d'assurer un anonymat total, sans avoir à rendre le questionnaire papier à leur médecin. Cela leur a également permis de remplir le questionnaire où et quand ils le souhaitaient.

Comme nous l'avons dit plus haut, nous n'avons pas limité l'âge des enfants inclus dans l'étude. Cela nous a permis de classer les enfants selon leur rang dans la fratrie. Nous n'avons pas pu mettre en évidence de différence significative entre les enfants suivant leur rang dans la fratrie. Mais il est possible qu'une étude avec un effectif plus important soit capable de le faire. Cela permettrait de voir l'évolution des pratiques des parents en matière de diversification alimentaire.

Perspective

Notre étude était restreinte géographiquement à un petit territoire. Mais l'enquête Mpedia nous a offert une vue d'ensemble, à l'échelle nationale. Maintenant que nous en savons plus sur la connaissance et la pratique de la DME des parents en France, il serait intéressant de connaître le point de vue des professionnels de santé. Une étude quantitative menée par Eloïse Chevreau est en cours et vise à évaluer les connaissances et pratiques des médecins généralistes sur la DME.

CONCLUSION

La DME est globalement connue des parents français. Elle est peu pratiquée dans sa forme stricte, décrite par Gill Raplay. La forme mixte attire davantage les parents.

Les parents qui pratiquent la DME décrivent trois avantages principaux : le plaisir de bébé, le partage des repas en famille et l'autonomie pour les repas. Néanmoins, ils reconnaissent des inconvénients à la pratique de cette méthode parmi lesquels : les repas salissants et le gaspillage. Ils se sentent également soucieux de la quantité de nourriture ingérée, qui peut paraître insuffisante comparativement aux enfants nourris à la cuillère.

Pour les parents qui choisissent la diversification traditionnelle, la principale limite à sa mise en pratique est l'absence ou le manque d'information. Ils reconnaissent également être inquiets du risque d'étouffement et de devoir proposer des morceaux à un enfant qui n'a pas encore de dents.

Pour les parents pratiquant la diversification traditionnelle, les principales sources d'information sur la diversification sont le médecin généraliste et le carnet de santé.

Les parents pratiquant la DME, se tournent vers les réseaux sociaux et rarement vers leur médecin généraliste, pour obtenir des informations sur la diversification. Pourtant, les médecins ont un rôle à jouer pour assurer la sécurité de cette méthode et la bonne croissance des nourrissons qui la pratiquent. Le rappel des règles de sécurité en matière d'étouffement est primordial, pour tous les parents, quelle que soit la méthode de diversification choisie.

Bien que les recommandations en matière d'introduction des textures soient récentes, elles sont bien respectées en ce qui concerne les morceaux fondants, le pain et les boudoirs. Cependant, il paraît important de rappeler aux parents que l'introduction des morceaux fondants se fait indépendamment de l'apparition des dents. Les solides, en revanche, sont introduits, en moyenne, 2 mois plus tard que les recommandations actuelles.

Partager les repas en famille et consommer la même nourriture sont des aspects appréciés des parents suivant la DME. Ces pratiques influencent de manière positive l'introduction des morceaux fondants et solides. Elles sont donc à encourager, pour tous les parents, à condition que les aliments proposés soient sains.

ANNEXES

I. Annexe 1 : Méthode BLISS

En DME comme en BLISS, les parents mettent à disposition de l'enfant différents aliments dont il peut se saisir et manger seul.

Parmi ces aliments proposés à l'enfant, Cameron et son équipe recommandent d'inclure, à chaque repas, un aliment riche en fer et un aliment à haute teneur énergétique.

Avec l'aide de pédiatres, de nutritionnistes et d'orthophonistes, ils ont constitué une liste d'aliments habituellement consommés en Nouvelle Zélande, qui répondent à ces critères (*Tableau 9*).

Dans cette liste, ils rappellent également les aliments qui présentent un fort risque d'étouffement.

Tableau 9 : Liste des aliments à proposer et à éviter selon la méthode BLISS

Aliments riches en fer :

- Bœuf
- Poulet
- Poisson
- Jambon
- Agneau
- Bacon
- Foie (y compris en pâté)
- Saucisse
- Porc
- Salami
- "Saveloys" ou "Cheerios" (saucisses de viande transformée)
- Céréales infantiles enrichies en fer
- "Baked beans" (haricots blancs à la sauce tomate)
- Lentilles
- Houmous
- Pois chiches

Aliments à haute teneur énergétique

La plupart des aliments sont classés à haute teneur énergétique, à l'exception de :

- Craquelins de riz
- Soupes claires
- En dehors de l'avocat et la banane, les fruits ne sont pas considérés comme riches en énergie
- En dehors de la citrouille, de la pomme de terre et de la patate douce, les légumes ne sont pas considérés comme riches en énergie

Aliments à fort risque d'étouffement

- Légumes crus (carotte, céleri, salade...)
- Pomme crue
- Craquelins de riz, chips
- Noix et noisettes entières
- Fruits secs (raisin, canneberge...)
- Cerise, raisin, baies, tomate cerise
- Petits pois, maïs
- Sucettes
- "Salevoys" et hotdogs (saucisses de viande transformée)
- Autres aliments durs (aliments qui ne s'écrasent pas entre la langue et le voile du palais)

II. Annexe 2 : Courriel envoyé aux médecins du Pays Lédonien

Chère Consœur, Cher Confrère,

Je m'appelle Marie Millet Bouchard, je suis médecin généraliste remplaçante.

Je me permets de vous contacter dans le cadre de ma thèse sur **la diversification alimentaire menée par l'enfant (DME)**, réalisée sous la supervision du Dr Faivre Bornot Carine.

Je me suis intéressée à ce sujet, car l'âge d'introduction des différentes textures a été avancé dans les dernières recommandations de septembre 2021.

Pourtant, certains parents vont encore plus loin et proposent à leurs enfants des morceaux dès l'âge de 6 mois, selon les principes de la DME.

L'objectif de cette étude est d'apprécier l'intérêt porté par les parents pour cette méthode et identifier les freins potentiels. De manière plus large, mon projet vise à évaluer l'âge d'introduction des différentes textures.

Pour réaliser ce travail, j'ai élaboré un questionnaire (voir copie ci-jointe) anonyme, s'adressant aux parents **dont l'un des enfants a entre 6 mois et 4 ans**.

Pour mener à bien ce projet, j'ai besoin de votre autorisation et votre participation pour diffuser ce questionnaire soit directement aux parents, soit par l'intermédiaire de votre secrétariat.

La pratique de la DME étant encore peu répandue, un grand nombre de réponses m'est nécessaire afin d'étayer mon travail. Votre participation me serait donc d'une grande utilité.

Si vous êtes intéressés par la mise en place de ce questionnaire dans vos salles d'attente, vous pouvez me contacter par mail ou par téléphone.

Si vous le souhaitez, je vous propose de vous apporter les questionnaires papier et de venir échanger avec vous ou votre secrétariat sur l'organisation de la distribution des documents et les modalités pour les récupérer.

Sachant combien votre temps est précieux et limité, je vous remercie pour l'aide que vous pourrez m'apporter dans mon projet.

N'hésitez pas à me contacter pour toute demande d'information complémentaire.

Bien confraternellement,

Marie Millet Bouchard

QUESTIONNAIRE DIVERSIFICATION ALIMENTAIRE



Madame, Monsieur,

Je réalise actuellement une thèse sur l'introduction des aliments chez les bébés.

Ce questionnaire, anonyme, s'adresse aux parents dont **l'un des enfants a entre 6 mois et 4 ans.**

Il ne vous faudra que quelques minutes pour le remplir.

Le but de cette enquête est d'étudier les habitudes des parents, il n'y a donc pas de bonnes ou de mauvaises réponses !

Pour participer, scannez le QR code en bas de cette page ou demandez la version papier.

Par avance, je vous remercie de votre participation, qui me sera d'une grande utilité.

Marie MILLET-BOUCHARD
Médecin généraliste remplaçante



IV. Annexe 4 : Questionnaire diversification alimentaire

QUESTIONNAIRE DIVERSIFICATION ALIMENTAIRE



Madame, Monsieur,

Je réalise actuellement une thèse sur l'introduction des aliments chez les bébés.

Ce questionnaire, anonyme, s'adresse aux parents dont **l'un des enfants a entre 6 mois et 4 ans**.
Il ne vous faudra que quelques minutes pour le remplir.

Le but de cette enquête est d'étudier les habitudes des parents,
il n'y a donc pas de bonnes ou de mauvaises réponses !

Une version en ligne est disponible en scannant le QR code en bas de cette page, économisons du papier !

Par avance, je vous remercie de votre participation, qui me sera d'une grande utilité.

Marie MILLET-BOUCHARD
Médecin généraliste remplaçante

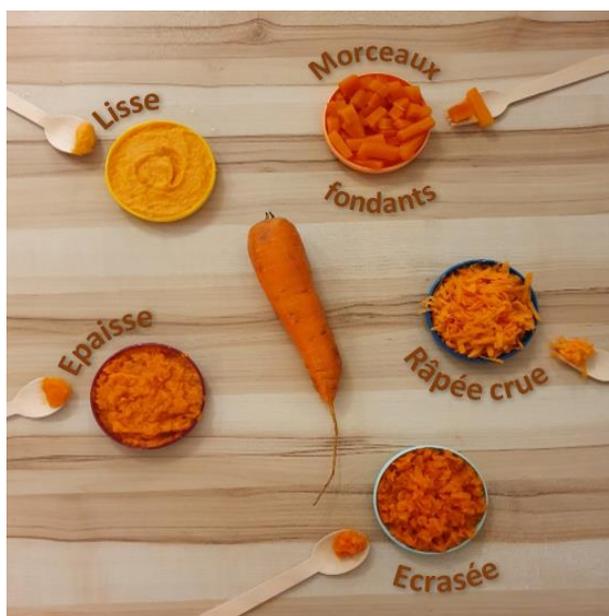


Illustration des différentes textures.



Dans un premier temps, je vous propose de faire connaissance.

Q1. Vous êtes :

- La maman
- Le papa

Dans la suite du questionnaire, vous serez identifié comme le **Parent 1 et l'autre parent comme le **Parent 2**.**

Q2. Quel âge avez-vous ?

Parent 1 :

- Moins de 20 ans
- Entre 20 et 24 ans
- Entre 25 et 29 ans
- Entre 30 et 34 ans
- Entre 35 et 39 ans
- Entre 40 et 44 ans
- 45 ans ou plus

Parent 2 :

- Moins de 20 ans
- Entre 20 et 24 ans
- Entre 25 et 29 ans
- Entre 30 et 34 ans
- Entre 35 et 39 ans
- Entre 40 et 44 ans
- 45 ans ou plus

Q3. Quelle est votre situation familiale ?

- Parents mariés ou en union (*PACS, concubinage...*)
- Famille monoparentale
- Famille recomposée
- Autre, précisez :

Q4. Quel est le dernier diplôme que vous avez obtenu ?

Parent 1 : n°

Parent 2 : n°

1. Pas de diplôme
2. Brevet des collèges
3. CAP, BEP
4. Baccalauréat général, technologique ou professionnel
5. Diplôme de niveau Bac +2 (BTS, DUT...)
6. Diplôme de niveau Bac +3 à Bac +5 (Licence, maîtrise, master...)
7. Doctorat
8. Autre, précisez :

Q5. Quelle est votre catégorie socio-professionnelle ?

Parent 1 : n°

Parent 2 : n°

1. Agriculteur exploitant
2. Artisan, commerçant ou chef d'entreprise
3. Cadre ou profession intellectuelle supérieure
4. Profession intermédiaire
5. Employé
6. Ouvrier

Q6. Quelle activité professionnelle exercez-vous ? Précisez, s'il s'agit ou non d'un temps plein.

Parent 1 : n° Temps plein : Oui Non

Parent 2 : n° Temps plein : Oui Non

1. *Activité salariée*
2. *Activité non salariée*
3. *Retraité*
4. *Au foyer*
5. *Congé parental*
6. *Chômeur*
7. *Elève, étudiant, en formation*
8. *Autre inactif*

Q7. Concernant votre (vos) enfant(s) :

Si vous avez 4 enfants ou plus, vous avez la possibilité de remplir la suite de ce questionnaire pour vos 3 plus jeunes enfants uniquement.

	Enfant 1	Enfant 2	Enfant 3	Enfant 4	Enfant 5
a) Quel âge a-t-il ?					
b) Est-il né prématurément ? <i>(avant 37 semaines d'aménorrhée)</i> Si oui, à quel terme ? <i>(en nombre de semaines)</i>					
c) Comment l'avez-vous nourri pendant ses premiers mois de vie ? Allaitement maternel exclusif <input type="checkbox"/> Allaitement mixte (lait maternel et infantile) <input type="checkbox"/> Lait infantile <input type="checkbox"/> Autre, précisez : <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
d) En cas d'allaitement maternel : Durée de l'allaitement maternel exclusif ? <i>(en mois)</i> Durée totale de l'allaitement maternel ? <i>(en mois)</i>					
e) Par qui votre enfant a-t-il été suivi jusqu'à ses trois ans ? Médecin généraliste <input type="checkbox"/> Pédiatre <input type="checkbox"/> PMI <input type="checkbox"/> Homéopathe <input type="checkbox"/> Autre : précisez <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dans un second temps, nous allons aborder la diversification alimentaire.

Q8. Concernant la diversification alimentaire :

	Enfant 1	Enfant 2	Enfant 3	Enfant 4	Enfant 5
a) A partir de quel âge, avez-vous commencé à introduire des aliments autres que le lait? (en mois)					
b) Avez-vous proposé :					
Des plats industriels	<input type="checkbox"/>				
Des plats fait maison	<input type="checkbox"/>				
Les deux	<input type="checkbox"/>				
c) A partir de quel âge, avez-vous donné à votre enfant ces différentes textures ? (en mois) <i>Vous pouvez vous reporter à l'illustration des différentes textures en page 1</i>					
Purées lisses ou épaisses					
Aliments écrasés					
Morceaux fondants					
Aliments solides (ex : bâtonnets râpés crus)					
Pain/Boudoirs					
d) Avez-vous été conseillé par votre médecin pour l'introduction des différentes textures ?					
e) Avez-vous reçu les conseils d'un professionnel concernant les aliments à risque d'étouffement ?					
f) A partir de quel âge votre enfant a-t-il mangé les mêmes aliments que le reste de la famille ? (en mois)					
g) A partir de quel âge votre enfant a-t-il mangé à table en famille ? (en mois)					

Q9. Connaissez-vous la Diversification Menée par L'Enfant (DME) ou diversification autonome ?

- Oui
- Non

Il s'agit d'une méthode alternative de diversification qui propose à l'enfant de s'alimenter seul avec des aliments en morceaux, adaptés en taille et en texture à ses capacités, sans avoir donné avant ni purées, ni compotes, ni aliments à la cuillère.



	Enfant 1	Enfant 2	Enfant 3	Enfant 4	Enfant 5
a) Avez-vous pratiqué la DME avec votre enfant ?					
Non	<input type="checkbox"/>				
Oui de manière exclusive	<input type="checkbox"/>				
Oui mais également la méthode traditionnelle à la cuillère	<input type="checkbox"/>				

b) Si non, pourquoi ?

- Je ne connaissais pas
- Je ne vois pas l'intérêt
- Bébé est trop petit pour manger des morceaux
- Il n'avait pas encore de dent au début de la diversification
- Manque d'informations sur la mise en pratique
- Quantité de nourriture ingérée par bébé insuffisante
- Risque de carences (*fer, vitamines...*) si bébé ne mange pas de tout
- Risque sur la croissance (*prise de poids et/ou de taille insuffisante*)
- Risque d'étouffement
- Manque de temps
- Appréhension/refus de la crèche ou de l'assistant maternel
- Déconseillé par un professionnel (*précisez : médecin traitant, pédiatre...*) :
- Déconseillé par un proche
- Autre, précisez :

c) Dans le cas où vous n'avez pas pratiqué la DME par manque d'informations, auriez-vous suivi cette méthode si vous aviez été accompagné ?

- Oui
- Non

d) Si vous avez pratiqué la DME, pourquoi ?

- Gain de temps pour la préparation des repas
- Partage des repas en famille
- Plaisir de manger pour bébé
- Bébé qui mange seul
- Meilleures habitudes alimentaires pour bébé et/ou toute la famille (*repas plus équilibrés*)
- Possible diminution du risque d'obésité
- Possible diminution du risque de troubles du comportement alimentaire (*refus alimentaires...*)
- Possible amélioration du développement psychomoteur (*capacités de mastication, de paroles, autonomie aux repas...*)
- Autre, précisez :

e) Si vous avez pratiqué la DME, quels sont, selon vous, les inconvénients ?

- Préparation quotidienne de repas équilibrés
- Temps de préparation des repas plus long
- Durée des repas plus longue
- Repas salissants
- Gaspillage
- Difficultés à trouver des informations sur la mise en pratique
- Quantité de nourriture ingérée par bébé plus faible
- Risque de carences (*fer, vitamines...*)
- Prise de poids et/ou de taille insuffisante
- Risque d'étouffement
- Appréhension/refus de la crèche ou de l'assistant maternel
- Réactions négatives de l'entourage
- Réactions négatives des professionnels
- Autre, précisez :

Pour terminer, nous allons discuter de vos connaissances.

Q10. D'où viennent vos connaissances concernant la diversification alimentaire ? (Cochez une ou plusieurs réponses)

- Parcours ou formation professionnelle
- Carnet de santé
- Médecin traitant
- Pédiatre
- Personnel autour de l'enfant (*crèche, assistant maternel*)
- Autres professionnels (*infirmier, sage-femme, puéricultrice, pharmacien, PMI...*)
- Famille, amis
- Livrets, brochures
- Livres, magazines
- Revues scientifiques (*Science & Vie, Comment ça marche, Pour la Science, Prescrire, La Revue du Praticien...*)
- Forums de discussion, réseaux sociaux
- Sites internet grand public (*Doctissimo, Allobébé, Parents.fr, Magicmaman...*)
- Sites internet de marques pour bébé (*Gallia®, Guigoz®, Pampers®, Nestlé®, Blédina®...*)
- Sites internet médicaux (*Mpédia, Manger Bouger, La Société Française de Pédiatrie...*)
- Applications sur téléphone
- Emissions de télévision
- Autre, précisez :

Q11. Qui a abordé en premier la diversification ?

- Vous
- Votre médecin traitant
- Votre pédiatre
- Autre, précisez :

Q12. Votre médecin vous a-t-il proposé un support (brochure, site internet...) pour vous aider lors de la diversification ? Si oui, lequel ?

Q13. Jugez-vous qu'un tel support soit utile ?

- Oui
- Non

Q14. Comment votre médecin aurait pu vous aider davantage lors de la diversification ?

Q15. Avez-vous des remarques concernant la diversification ou ce questionnaire ?

Merci de votre participation.

La Diversification Menée par l'Enfant ou DME

C'est quoi ?

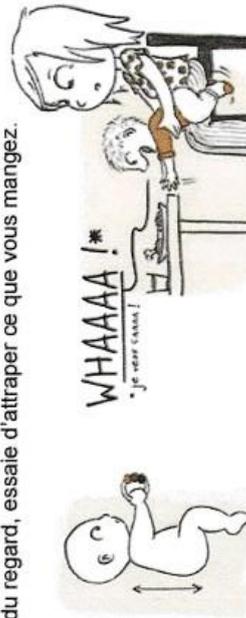
C'est une méthode de diversification qui propose à l'enfant de s'alimenter **seul** avec des aliments solides, **adaptés en taille et en texture** à ses capacités.

On commence quand ?

Dès que bébé est capable de :

- ✓ Se tenir assis à 90° dans sa chaise haute, la tête et le dos bien droit
- ✓ Bouger la tête de haut en bas et de chaque côté
- ✓ Saisir un objet et le porter à sa bouche pour le mâchouiller.

Et dès qu'il manifeste de l'intérêt pour votre nourriture : il suit du regard, essaie d'attraper ce que vous mangez.



Illustrations de Virginie Maillard – bougribouillons.fr

Tout ceci se produit globalement vers 6 mois.

Pour être sûr que bébé est prêt, demander l'avis de votre médecin.

On donne quoi et comment ?

On peut donner **de tout** : légumes, fruits, viande, poisson, œufs, féculents, légumineuses...

Soyez vigilant à proposer le plus souvent possible (le mieux étant à chaque repas), au moins :

- ✓ **Un aliment riche en fer** : bœuf, poulet, poisson, jambon, agneau, légumineuses (lentilles, pois chiches...), céréales enrichies en fer...
- ✓ **Un aliment à haute teneur énergétique** :
En dehors des fruits et des légumes, la quasi-totalité des aliments est considérée comme étant à haute teneur énergétique.
Quelques fruits et légumes font exception et sont également considérés à haute teneur énergétique : l'avocat, la banane, la citrouille, les pommes de terre et la patate douce.

Forme : en bâtonnets, en lanières, en bouquets, en boulettes, en croquettes ou en tartines.

Taille :

Vers 6 ou 7 mois : aliments qui dépassent du poing fermé du bébé, longueur d'un bâton de colle

Vers 7 ou 8 mois : aliments de la grosseur d'une balle de golf

Vers 9 à 12 mois : aliments de la grosseur d'un dé.

Consistance : fondante, moelleuse ou crousti-fondante (ex : tartines, croquettes...), aliments qui se décomposent facilement en bouche. Pour rendre les aliments moins glissants (comme la banane par exemple), plusieurs options :

- ✓ Conserver en partie la peau (si peau dure)
- ✓ Faire de petites entailles dans la chair
- ✓ Rouler l'aliment dans de la panure ou des flocons d'avoine mixés
- ✓ Piquer l'aliment avec une fourchette adaptée à bébé
- ✓ Ecraser l'aliment et le présenter sous forme de tartine



Illustrations de cuisines pour bébé, fr

Le réflexe GAG, vomitif ou nauséux :

Avant de débiter la DME, il est important de le connaître et de savoir le différencier de l'étouffement.

Ça sert à quoi ?

Ce réflexe est présent dès la naissance pour protéger bébé de l'étouffement.

Il se déclenche si un morceau trop collant, trop gros ou trop dur va trop loin dans sa bouche. Il permet ainsi de ramener le morceau vers l'avant de la bouche pour être de nouveau imbibé de salive et écrasé voire recraché.

Vérifiez la texture de l'aliment en cause.

Comment je le reconnais ?

Il ressemble à un haut-le-cœur. Il peut être très impressionnant et effrayé les parents.

La plupart du temps, bébé n'est pas gêné et va continuer de manger, comme si de rien n'était.

Voici un exemple de bébé qui manifeste un réflexe vomitif :

<https://www.youtube.com/watch?v=uRrbZuP-pjk>



Comment je réagis ?

Restez calme ! Evitez de montrer à bébé des signes de panique. Encouragez-le doucement à recracher le morceau.

Surtout, n'intervenez pas !

Ne mettez surtout pas vos doigts dans sa bouche et ne lui proposez pas à boire avant qu'il n'ait recraché. Cela risque de déplacer le morceau encore plus loin dans sa bouche et éventuellement de provoquer un étouffement !

Consignes de sécurité :

Les repas se font **toujours sous la surveillance d'un adulte**.

Favorisez une **ambiance calme** et évitez les distractions : jouets, télévision ou autres écrans.

Bébé doit être **bien éveillé et calme** : ni fatigué, ni affamé, ni énervé.

Tester la consistance des aliments avant de les proposer à bébé : ils doivent s'écraser facilement entre vos doigts ou avec votre langue au palais.

Savoir reconnaître les **signes d'étouffement** :

- ✓ Toux faible et inefficace
- ✓ Respiration sifflante
- ✓ Incapacité à émettre des sons ou à pleurer
- ✓ Visage qui devient bleu
- ✓ Difficulté à respirer...

Principaux aliments à risque d'étouffement avant 4 - 5 ans :

- ✓ *Aliments durs* : carotte crue, céleri cru, navet cru, pomme crue, arachides entières, noix entières...
- ✓ *Aliments friables*, car un gros morceau pourrait se détacher en bouche.
- ✓ *Aliments collants ou pâteux* qui peuvent rester accrochés au palais : mie de pain non grillé, salade...
- ✓ *Aliments ou morceaux de petite taille* : raisins secs, maïs en grains...
- ✓ *Aliments ronds ou coupés en rondelles* : tomate cerise, raisin, cerise, olive...
- ✓ Dans ce cas, coupez les aliments en 2 ou en 4 ou écrasez-les grossièrement.
Pensez à enlever les pépins des raisins.
- ✓ *Aliments non pelés avec une pelure mince* : pomme, prune, pêche, tomate...
Pensez simplement à bien les peler.

En cas d'étouffement : pratiquer les gestes de premiers secours si vous les connaissez et appeler le 15.

Ressources et références :

NAITRE ET GRANDIR : L'alimentation autonome chez bébé

NAITRE ET GRANDIR : Passer des purées aux morceaux

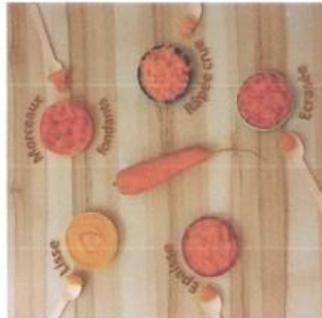
Cette fiche vise à donner quelques informations sur la DME. Elle n'est pas exhaustive et peut être sujette à modification. N'hésitez pas à demander conseil à votre médecin.

Méthode traditionnelle : Introduction des différentes textures

À partir de 6/8 mois, il est important de proposer progressivement de nouvelles textures à votre enfant.

Quelques signes qu'un enfant est prêt pour de nouvelles textures :

- ✓ Il avale les purées lisses et épaisses sans problème
- ✓ Il maintient sa tête et son dos droit dans sa chaise
- ✓ Il est capable de tenir un aliment et de le porter à sa bouche
- ✓ Il fait des mouvements de mâchonnement quand il porte quelque chose à sa bouche
- ✓ Il essaye de prendre des aliments dans votre assiette



Ressources et références :

MANGER BOUGER : Pas à pas, votre enfant mange comme un grand. Le petit guide de la diversification alimentaire.

1000 PREMIERS JOURS : L'alimentation de 6 mois à 1 an.

Cette fiche vise à donner quelques informations sur l'introduction des textures. Elle peut être sujette à modification. N'hésitez pas à demander conseil à votre médecin.

Ordre des différentes textures à proposer progressivement :

À partir de 6/8 mois :

- Tous les aliments hachés ou écrasés grossièrement à la fourchette.
- Purées dans lesquelles on ajoute des pâtes alphabet, de la semoule, du riz bien cuit, de petits morceaux de volaille, de viande tendre ou de poisson très cuits, de l'œuf dur haché.

À partir de 8 mois :

- Aliments en morceaux très mous qui s'écrasent entre la langue et le palais ou entre les doigts.

À partir de 10 mois :

- Aliments en morceaux à croquer, à mâcher avec les dents (aliments cuits, fruits crus, crudités en petits morceaux...)

Laissez-le prendre avec ses doigts : il va malaxer, suçoter, mâchouiller puis avaler.

Les consignes de sécurité sont les mêmes que pour la diversification menée par l'enfant en page 3.

VI. Annexe 6 : Caractéristiques des parents selon la méthode de diversification alimentaire

Tableau 7 : Caractéristiques des parents selon la méthode de diversification alimentaire*

Caractéristiques des parents	Méthode traditionnelle (n = 57)	Méthode mixte (n = 18)	DME stricte (n = 3)	P
Age de la mère				
< 20 ans	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	p = 0.387
20 - 24 ans	4 (7.0)	0 (0.0)	1 (33.3)	
25 - 29 ans	17 (29.8)	3 (16.7)	1 (33.3)	
30 - 34 ans	26 (45.6)	9 (50.0)	1 (33.3)	
35 - 39 ans	8 (14.0)	5 (27.8)	0 (0.0)	
40 - 44 ans	1 (1.8)	1 (5.6)	0 (0.0)	
≥ 45 ans	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	
Non répondu	1 (1.8)	0 (0.0)	0 (0.0)	
Dernier diplôme obtenu par la mère				
Pas de diplôme	2 (3.6)	1 (5.6)	0 (0.0)	p = 0.189
Brevet des collèges	1 (1.8)	0 (0.0)	0 (0.0)	
CAP, BEP	8 (14.0)	1 (5.6)	0 (0.0)	
Baccalauréat	15 (26.3)	1 (5.6)	2 (66.7)	
Bac +2	11 (19.3)	2 (11.1)	1 (33.3)	
Bac +3 à Bac +5	17 (29.8)	13 (72.2)	0 (0.0)	
Doctorat	2 (3.6)	0 (0.0)	0 (0.0)	
Non répondu	1 (1.8)	0 (0.0)	0 (0.0)	
Activité professionnelle de la mère				
Activité salariée	39 (68.4)	14 (77.8)	2 (66.7)	p = 0.684
Activité non salariée	2 (3.6)	1 (5.6)	0 (0.0)	
Retraité	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	
Au foyer	3 (5.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	
Congé parental	7 (12.3)	2 (11.1)	0 (0.0)	
Chômeur	2 (3.6)	1 (5.6)	1 (33.3)	
Elève, étudiant, en formation	2 (3.6)	0 (0.0)	0 (0.0)	
Autre inactif	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	
Non répondu	2 (3.6)	0 (0.0)	0 (0.0)	
Travail à temps plein pour la mère				
Oui	38 (66.7)	10 (55.6)	3 (100.0)	p = 0.265
Non	17 (29.8)	8 (44.4)	0 (0.0)	
Non répondu	2 (3.6)	0 (0.0)	0 (0.0)	
Catégorie socio-professionnelle de la mère				
Agriculteur exploitant	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	p = 0.114
Artisan, commerçant, chef d'entreprise	2 (3.6)	1 (5.6)	0 (0.0)	
Cadre ou profession intellectuelle supérieure	8 (14.0)	8 (44.4)	0 (0.0)	
Profession intermédiaire	1 (1.8)	2 (11.1)	0 (0.0)	
Employé	41 (71.9)	7 (38.9)	3 (100.0)	
Ouvrier	1 (1.8)	0 (0.0)	0 (0.0)	
Non répondu	4 (7.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	

Tableau 7 : Caractéristiques des parents selon la méthode de diversification alimentaire*

Caractéristiques des parents	Méthode traditionnelle (n = 57)	Méthode mixte (n = 18)	DME stricte (n = 3)	P
Age du père				
< 20 ans	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	p = 0.013
20 - 24 ans	1 (1.8)	0 (0.0)	0 (0.0)	
25 - 29 ans	10 (17.5)	2 (11.1)	2 (66.7)	
30 - 34 ans	28 (49.1)	6 (33.3)	0 (0.0)	
35 - 39 ans	14 (24.6)	6 (33.3)	0 (0.0)	
40 - 44 ans	2 (3.6)	2 (11.1)	0 (0.0)	
≥ 45 ans	0 (0.0)	1 (5.6)	1 (33.3)	
Non répondu	2 (3.6)	1 (5.6)	0 (0.0)	
Dernier diplôme obtenu par le père				
Pas de diplôme	3 (5.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	p = 0.680
Brevet des collèges	1 (1.8)	0 (0.0)	0 (0.0)	
CAP, BEP	12 (21.1)	0 (0.0)	1 (33.3)	
Baccalauréat	6 (10.5)	0 (0.0)	0 (0.0)	
Bac +2	7 (12.3)	2 (11.1)	0 (0.0)	
Bac +3 à Bac +5	3 (5.3)	1 (5.6)	0 (0.0)	
Doctorat	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	
Non répondu	25 (43.9)	15 (83.3)	2 (66.7)	
Activité professionnelle du père				
Activité salariée	46 (80.7)	16 (88.9)	3 (100.0)	p = 0.991
Activité non salariée	5 (8.8)	2 (11.1)	0 (0.0)	
Retraité	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	
Au foyer	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	
Congé parental	1 (1.8)	0 (0.0)	0 (0.0)	
Chômeur	1 (1.8)	0 (0.0)	0 (0.0)	
Elève, étudiant, en formation	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	
Autre inactif	1 (1.8)	0 (0.0)	0 (0.0)	
Non répondu	3 (5.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	
Travail à temps plein pour le père				
Oui	54 (94.7)	18 (100.0)	3 (100.0)	p = 0.824
Non	1 (1.8)	0 (0.0)	0 (0.0)	
Non répondu	2 (3.6)	0 (0.0)	0 (0.0)	
Catégorie socio-professionnelle du père				
Agriculteur exploitant	2 (3.6)	0 (0.0)	0 (0.0)	p = 0.627
Artisan, commerçant, chef d'entreprise	6 (10.5)	3 (16.7)	0 (0.0)	
Cadre ou profession intellectuelle supérieure	6 (10.5)	3 (16.7)	0 (0.0)	
Profession intermédiaire	2 (3.6)	3 (16.7)	1 (33.3)	
Employé	20 (35.1)	5 (27.8)	1 (33.3)	
Ouvrier	16 (28.1)	4 (22.2)	1 (33.3)	
Non répondu	5 (8.8)	0 (0.0)	0 (0.0)	
Situation familiale				
En union ou concubinage	49 (86.0)	15 (83.3)	3 (100.0)	p = 0.804
Famille monoparentale	2 (3.5)	0 (0.0)	0 (0.0)	
Famille recomposée	6 (10.5)	3 (16.7)	0 (0%)	

*Les données sont des effectifs (avec pourcentages)

VII. Annexe 7 : Facteurs influençant l'âge d'introduction des textures

Tableau 8a : Facteurs influençant l'âge d'introduction des textures pour l'enfant 1*

	Méthode de diversification				p	Types de plats proposés			p	Conseils textures		p
	Traditionnelle	Mixte	DME stricte	Fait maison		Industriels	Les deux	Oui		Non		
Age d'introduction morceaux fondants												
6 - 7 mois	6 (14.3)	5 (35.7)	2 (100.0)	9 (32.1)	1 (16.7)	3 (12.5)	7 (17.9)	6 (31.6)				
8 - 10 mois	23 (54.8)	9 (64.3)	0 (0.0)	12 (42.9)	3 (50.0)	17 (70.8)	21 (53.8)	11 (57.9)	p =			
11 - 12 mois	12 (28.6)	0 (0.0)	0 (0.0)	7 (25.0)	1 (16.7)	4 (16.7)	10 (25.6)	2 (10.5)	0.262			p =
13 - 18 mois	1 (2.4)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (16.7)	0 (0.0)	1 (2.6)	0 (0.0)	0.262			0.334
Age d'introduction des solides												
6 - 8 mois	2 (5.9)	1 (9.1)	2 (100.0)	4 (17.4)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (3.2)	4 (25.0)				
9 - 10 mois	7 (20.6)	3 (27.3)	0 (0.0)	6 (26.1)	0 (0.0)	4 (21.1)	7 (22.6)	3 (18.8)	p =			
11 - 12 mois	17 (50.0)	4 (36.4)	0 (0.0)	9 (39.1)	3 (75.0)	9 (47.4)	14 (45.2)	7 (43.8)	0.524			p =
13 - 18 mois	8 (23.5)	3 (27.3)	0 (0.0)	4 (17.4)	1 (25.0)	6 (31.6)	9 (29.0)	2 (12.5)	0.524			0.210
Age d'introduction pain/boudoirs												
4 - 5 mois	1 (2.3)	1 (7.1)	0 (0.0)	1 (3.3)	0 (0.0)	1 (4.5)	2 (5.4)	0 (0.0)				
6 - 8 mois	18 (41.9)	9 (64.3)	2 (100.0)	17 (56.7)	1 (14.3)	11 (50.0)	15 (40.5)	14 (63.3)	p =			
9 - 10 mois	12 (27.9)	3 (21.4)	0 (0.0)	9 (30.0)	1 (14.3)	5 (22.7)	10 (27.0)	5 (22.7)	0.204			p =
11 - 12 mois	11 (25.6)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (6.7)	4 (57.1)	5 (22.7)	9 (24.3)	2 (9.1)	0.204			0.490
13 - 18 mois	1 (2.3)	1 (7.1)	0 (0.0)	1 (3.3)	1 (14.3)	0 (0.0)	1 (2.7)	1 (4.5)				

Tableau 8a : Facteurs influençant l'âge d'introduction des textures pour l'enfant 1*

	Age d'introduction de la nourriture familiale					p	Age à partir duquel l'enfant prend ses repas à table en famille					p
	6 - 7 mois	8 - 11 mois	12 - 17 mois	18 - 23 mois	≥ 24 mois		< 6 mois	6 - 7 mois	8 - 11 mois	12 - 17 mois	18 - 23 mois	
Age d'introduction morceaux fondants												
6 - 7 mois	1 (100.0)	6 (66.7)	2 (8.7)	1 (12.5)	0 (0.0)		0 (0.0)	4 (57.1)	5 (33.3)	1 (10.0)	1 (9.1)	0 (0.0)
8 - 10 mois	0 (0.0)	2 (22.2)	17 (73.9)	4 (50.0)	4 (66.7)	p =	6 (100.0)	2 (28.6)	9 (60.0)	5 (50.0)	6 (54.5)	0 (0.0)
11 - 12 mois	0 (0.0)	1 (11.1)	4 (17.4)	3 (37.5)	1 (16.7)	0.332	0 (0.0)	1 (14.3)	1 (6.7)	4 (40.0)	4 (36.4)	0 (0.0)
13 - 18 mois	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (16.7)		0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (100.0)
Age d'introduction des solides												
6 - 8 mois	1 (100.0)	4 (44.4)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)		0 (0.0)	1 (25.0)	3 (21.4)	1 (12.5)	0 (0.0)	0 (0.0)
9 - 10 mois	0 (0.0)	2 (22.2)	4 (21.1)	2 (25.0)	0 (0.0)	p <	1 (14.3)	1 (25.0)	3 (21.4)	1 (12.5)	3 (27.3)	0 (0.0)
11 - 12 mois	0 (0.0)	3 (33.3)	11 (57.9)	3 (37.5)	3 (50.0)	0.001	4 (57.1)	2 (50.0)	6 (42.9)	5 (62.5)	3 (27.3)	1 (100.0)
13 - 18 mois	0 (0.0)	0 (0.0)	4 (21.1)	3 (37.5)	3 (50.0)		2 (28.6)	0 (0.0)	2 (14.3)	1 (12.5)	5 (45.5)	0 (0.0)
Age d'introduction pain/boudoirs												
4 - 5 mois	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (4.5)	1 (12.5)	0 (0.0)		0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (10.0)	1 (10.0)	0 (0.0)
6 - 8 mois	1 (100.0)	8 (88.9)	10 (45.5)	1 (12.5)	1 (16.7)	p =	2 (33.3)	5 (71.4)	12 (80.0)	1 (10.0)	3 (30.0)	0 (0.0)
9 - 10 mois	0 (0.0)	0 (0.0)	8 (36.4)	2 (25.0)	2 (33.3)	0.035	3 (50.0)	0 (0.0)	2 (13.3)	5 (50.0)	2 (20.0)	0 (0.0)
11 - 12 mois	0 (0.0)	1 (11.1)	3 (13.6)	2 (25.0)	3 (50.0)		0 (0.0)	2 (28.6)	1 (6.7)	3 (30.0)	3 (30.0)	1 (100.0)
13 - 18 mois	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (25.0)	0 (0.0)		1 (16.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (10.0)	0 (0.0)

Tableau 8b : Facteurs influençant l'âge d'introduction des textures pour l'enfant 2 *

	Méthode de diversification				p	Types de plats proposés				p	Conseils textures		p
	Traditionnelle	Mixte	DME stricte	Fait maison		Industriels	Les deux	Oui	Non		Oui	Non	
Age d'introduction morceaux fondants													
6 - 7 mois	2 (14.3)	2 (50.0)	1 (100.0)	2 (28.6)	0 (0.0)	3 (27.3)	4 (26.7)	1 (25.0)					
8 - 10 mois	9 (64.3)	2 (50.0)	0 (0.0)	5 (71.4)	1 (100.0)	5 (45.5)	10 (66.7)	1 (25.0)	p =				
11 - 12 mois	3 (21.4)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	3 (27.3)	1 (6.7)	2 (50.0)	0.329				0.308
13 - 18 mois	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0.329				0.308
Age d'introduction des solides													
6 - 8 mois	0 (0.0)	1 (25.0)	0 (0.0)	1 (14.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (25.0)					
9 - 10 mois	2 (18.2)	1 (25.0)	1 (100.0)	2 (28.6)	0 (0.0)	2 (22.2)	4 (33.3)	0 (0.0)	p =				
11 - 12 mois	6 (54.5)	1 (25.0)	0 (0.0)	3 (42.9)	0 (0.0)	4 (44.4)	6 (50.0)	1 (25.0)	0.595				0.202
13 - 18 mois	3 (27.3)	1 (25.0)	0 (0.0)	1 (14.3)	0 (0.0)	3 (33.3)	2 (16.7)	2 (50.0)	0.595				0.202
Age d'introduction pain/boudoirs													
4 - 5 mois	2 (13.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (18.2)	1 (7.1)	1 (16.7)					
6 - 8 mois	5 (33.3)	3 (75.0)	1 (100.0)	6 (75.0)	0 (0.0)	3 (27.3)	7 (50.0)	2 (33.3)	p =				
9 - 10 mois	4 (26.7)	1 (25.0)	0 (0.0)	2 (25.0)	0 (0.0)	3 (27.3)	4 (28.6)	1 (16.7)	0.299				0.867
11 - 12 mois	4 (26.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (100.0)	3 (27.3)	2 (14.3)	2 (33.3)	0.299				0.867
13 - 18 mois	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0.299				0.867

Tableau 8b : Facteurs influençant l'âge d'introduction des textures pour l'enfant 2*

	Age d'introduction de la nourriture familiale					Age à partir duquel l'enfant prend ses repas à table en famille					p	
	6 - 7 mois	8 - 11 mois	12 - 17 mois	18 - 23 mois	≥ 24 mois	p	< 6 mois	6 - 7 mois	8 - 11 mois	12 - 17 mois		18 - 23 mois
Age d'introduction morceaux fondants												
6 - 7 mois	0 (0.0)	3 (60.0)	1 (14.3)	0 (0.0)	0 (0.0)		0 (0.0)	1 (50.0)	3 (42.9)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
8 - 10 mois	0 (0.0)	2 (40.0)	6 (85.7)	1 (33.3)	0 (0.0)	p =	2 (100.0)	1 (50.0)	3 (42.9)	2 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
11 - 12 mois	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (66.7)	1 (100.0)	0.023	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (14.3)	0 (0.0)	1 (100.0)	1 (100.0)
13 - 18 mois	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)		0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
Age d'introduction des solides												
6 - 8 mois	0 (0.0)	1 (20.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)		0 (0.0)	0 (0.0)	1 (14.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
9 - 10 mois	0 (0.0)	3 (60.0)	1 (14.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	p =	1 (50.0)	1 (50.0)	2 (28.6)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
11 - 12 mois	0 (0.0)	1 (20.0)	5 (71.4)	1 (33.3)	0 (0.0)	0.001	1 (50.0)	1 (50.0)	2 (28.6)	2 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
13 - 18 mois	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (14.3)	2 (66.7)	1 (100.0)		0 (0.0)	0 (0.0)	2 (28.6)	0 (0.0)	1 (100.0)	1 (100.0)
Age d'introduction pain/boudoirs												
4 - 5 mois	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (14.3)	0 (0.0)	0 (0.0)		0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
6 - 8 mois	0 (0.0)	5 (100.0)	2 (28.6)	1 (33.3)	1 (100.0)	p =	2 (100.0)	1 (33.3)	4 (57.1)	1 (50.0)	1 (100.0)	0 (0.0)
9 - 10 mois	0 (0.0)	0 (0.0)	3 (42.9)	0 (0.0)	0 (0.0)	0.369	0 (0.0)	2 (66.7)	2 (28.6)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
11 - 12 mois	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (14.3)	2 (66.7)	0 (0.0)		0 (0.0)	0 (0.0)	1 (14.3)	1 (50.0)	0 (0.0)	1 (100.0)
13 - 18 mois	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)		0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)

Tableau 8c : Facteurs influençant l'âge d'introduction des textures pour l'enfant 3*

	Méthode de diversification				Types de plats proposés				Conseils textures		p
	Traditionnelle	Mixte	DME stricte	p	Fait maison	Industriels	Les deux	p	Oui	Non	
Age d'introduction morceaux fondants											
6 - 7 mois	0 (0.0)	1 (33.3)	0 (0.0)		1 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)		0 (0.0)	1 (100.0)	
8 - 10 mois	0 (0.0)	2 (66.7)	0 (0.0)	p =	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (100.0)		2 (100.0)	0 (0.0)	p =
11 - 12 mois	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0.011	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0.380	0 (0.0)	0 (0.0)	0.112
13 - 18 mois	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)		0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)		0 (0.0)	0 (0.0)	
Age d'introduction des solides											
6 - 8 mois	0 (0.0)	1 (33.3)	0 (0.0)		1 (50.0)	0 (0.0)	0 (0.0)		0 (0.0)	1 (100.0)	
9 - 10 mois	0 (0.0)	1 (33.3)	0 (0.0)	p =	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (100.0)		1 (50.0)	0 (0.0)	p =
11 - 12 mois	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0.029	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0.095	0 (0.0)	0 (0.0)	0.112
13 - 18 mois	0 (0.0)	1 (33.3)	0 (0.0)		1 (50.0)	0 (0.0)	0 (0.0)		1 (50.0)	0 (0.0)	
Age d'introduction pain/boudoirs											
4 - 5 mois	1 (25.0)	0 (0.0)	0 (0.0)		0 (0.0)	0 (0.0)	1 (25.0)		1 (25.0)	0 (0.0)	
6 - 8 mois	2 (50.0)	2 (66.7)	0 (0.0)		2 (100.0)	0 (0.0)	2 (50.0)		2 (50.0)	0 (0.0)	
9 - 10 mois	1 (25.0)	1 (33.3)	0 (0.0)	p =	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (25.0)		1 (25.0)	0 (0.0)	p =
11 - 12 mois	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0.343	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0.063	0 (0.0)	0 (0.0)	0.549
13 - 18 mois	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)		0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)		0 (0.0)	0 (0.0)	

Tableau 8c : Facteurs influençant l'âge d'introduction des textures pour l'enfant 3*

	Age d'introduction de la nourriture familiale					Age à partir duquel l'enfant prend ses repas à table en famille					p	
	6 - 7 mois	8 - 11 mois	12 - 17 mois	18 - 23 mois	≥ 24 mois	p	< 6 mois	6 - 7 mois	8 - 11 mois	12 - 17 mois		18 - 23 mois
Age d'introduction morceaux fondants												
6 - 7 mois	0 (0.0)	1 (50.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)		0 (0.0)	0 (0.0)	1 (50.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
8 - 10 mois	0 (0.0)	1 (50.0)	0 (0.0)	1 (100.0)	0 (0.0)	p = 0.003	0 (0.0)	1 (100.0)	1 (50.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
11 - 12 mois	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)		0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
13 - 18 mois	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)		0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
Age d'introduction des solides												
6 - 8 mois	0 (0.0)	1 (50.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)		0 (0.0)	0 (0.0)	1 (50.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
9 - 10 mois	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (100.0)	0 (0.0)	p < 0.001	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (50.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
11 - 12 mois	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)		0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
13 - 18 mois	0 (0.0)	1 (50.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)		0 (0.0)	1 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
Age d'introduction pain/boudoirs												
4 - 5 mois	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)		0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
6 - 8 mois	0 (0.0)	2 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	p = 0.099	1 (100.0)	1 (100.0)	1 (50.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
9 - 10 mois	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (50.0)	0 (0.0)		0 (0.0)	0 (0.0)	1 (50.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
11 - 12 mois	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)		0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
13 - 18 mois	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)		0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)

*Les données sont des effectifs (avec pourcentages)

BIBLIOGRAPHIE

1. Membrive ME. Étude de la croissance de trois groupes d'enfants réalisant leur diversification alimentaire selon la méthode traditionnelle, la diversification menée par l'enfant ou une diversification mixte. [Internet]. 2022. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03713075/document>
2. Bocquet A, Brancato S, Salinier C. mpedia.fr. 2022 [cité 11 janv 2022]. DME bébé : effet de mode ou méthode à adopter ? Disponible sur: <https://www.mpedia.fr/art-dme-nouveau-mode-diversification/>
3. Rapley G, Forste R, Cameron S, Brown A, Wright C. Baby-Led Weaning: A New Frontier? ICAN: Infant, Child, & Adolescent Nutrition. 1 avr 2015;7(2):77-85.
4. D'Andrea E, Jenkins K, Mathews M, Roebathan B. Baby-led Weaning: A Preliminary Investigation. Can J Diet Pract Res. juin 2016;77(2):72-7.
5. Daniels L, Heath ALM, Williams SM, Cameron SL, Fleming EA, Taylor BJ, et al. Baby-Led Introduction to SolidS (BLISS) study: a randomised controlled trial of a baby-led approach to complementary feeding. BMC Pediatrics. 12 nov 2015;15(1):179.
6. Cameron SL, Taylor RW, Heath ALM. Parent-led or baby-led? Associations between complementary feeding practices and health-related behaviours in a survey of New Zealand families. BMJ Open. 9 déc 2013;3(12):e003946.
7. Campeau M. La diversification alimentaire menée par l'enfant dans un contexte canadien ; un accent sur les comportements et l'acceptation alimentaire. [Internet]. [Ottawa, Canada]: Université d'Ottawa; 2019. Disponible sur: https://ruor.uottawa.ca/bitstream/10393/39742/5/Campeau_Meghan_2019_th%C3%A8se.pdf
8. NHS. nhs.uk. 2022 [cité 26 avr 2022]. Your baby's first solid foods. Disponible sur: <https://www.nhs.uk/conditions/baby/weaning-and-feeding/babys-first-solid-foods/>
9. Fernández-Vegue DMG. Recomendaciones de la asociación española de pediatría sobre la alimentación complementaria [Internet]. 2018. Disponible sur: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/recomendaciones_aep_sobre_alimentacion_complementaria_nov2018_v3_final.pdf
10. Cameron SL, Taylor RW, Heath ALM. Development and pilot testing of Baby-Led Introduction to SolidS--a version of Baby-Led Weaning modified to address concerns about iron deficiency, growth faltering and choking. BMC Pediatr. 26 août 2015;15:99.
11. Alpers B, Blackwell V, Clegg ME. Standard v. baby-led complementary feeding: a comparison of food and nutrient intakes in 6–12-month-old infants in the UK. Public Health Nutrition. oct 2019;22(15):2813-22.
12. Watson S, Constantini C, Clegg ME. The role of complementary feeding methods on early eating behaviors and food neophobia in toddlers. Child care in practice. 5 oct 2018;26(1):94-106.

13. Brown A, Lee M. Maternal control of child feeding during the weaning period: differences between mothers following a baby-led or standard weaning approach. *Matern Child Health J.* nov 2011;15(8):1265-71.
14. Currie KE. Baby-Led Weaning : A Study of Infant Feeding Practices Using a US Sample [Internet]. 2018. Disponible sur: <https://libres.uncg.edu/ir/asu/f/Currie,%20Katelyn%20Spring%202018%20Thesis.pdf>
15. Fu X, Conlon CA, Haszard JJ, Beck KL, von Hurst PR, Taylor RW, et al. Food fussiness and early feeding characteristics of infants following Baby-Led Weaning and traditional spoon-feeding in New Zealand: An internet survey. *Appetite.* 1 nov 2018;130:110-6.
16. Rowan H, Lee M, Brown A. Estimated energy and nutrient intake for infants following baby-led and traditional weaning approaches. *J Hum Nutr Diet.* avr 2022;35(2):325-36.
17. Fangupo LJ, Heath ALM, Williams SM, Erickson Williams LW, Morison BJ, Fleming EA, et al. A Baby-Led Approach to Eating Solids and Risk of Choking. *Pediatrics.* oct 2016;138(4):e20160772.
18. Taylor RW, Williams SM, Fangupo LJ, Wheeler BJ, Taylor BJ, Daniels L, et al. Effect of a Baby-Led Approach to Complementary Feeding on Infant Growth and Overweight: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Pediatr.* 1 sept 2017;171(9):838-46.
19. Santé Publique France. Pas à pas, votre enfant mange comme un grand. Le petit guide de la diversification alimentaire. [Internet]. 2022. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/nutrition-et-activite-physique/documents/brochure/pas-a-pas-votre-enfant-mange-comme-un-grand>
20. Bocquet A, Brancato S, Turck D, Briend A, Chalumeau M, Darmaun D, et al. « La diversification alimentaire menée par l'enfant » (DME) : progrès dans l'alimentation du nourrisson ou pratique à risque ? *Perfectionnement en Pédiatrie.* mars 2023;6(1):40-55.
21. Northstone K, Emmett P, Nethersole F, ALSPAC Study Team. Avon Longitudinal Study of Pregnancy and Childhood. The effect of age of introduction to lumpy solids on foods eaten and reported feeding difficulties at 6 and 15 months. *J Hum Nutr Diet.* févr 2001;14(1):43-54.
22. Coulthard H, Harris G, Emmett P. Delayed introduction of lumpy foods to children during the complementary feeding period affects child's food acceptance and feeding at 7 years of age. *Matern Child Nutr.* janv 2009;5(1):75-85.
23. Limme M. The need of efficient chewing function in young children as prevention of dental malposition and malocclusion. *Arch Pediatr.* déc 2010;17 Suppl 5:S213-219.
24. Bocquet A, Brancato S, Dolard C, Salinier C, Werner A. La diversification alimentaire chez le nourrisson. Recommandations du PNNS4. Enquête mpedia sur les pratiques actuelles. AFPA Association Française de Pédiatrie Ambulatoire [Internet]. 5 nov 2022 [cité 18 avr 2023]; Disponible sur: <https://afpa.org/2022/11/05/la-diversification-alimentaire-chez-le-nourrisson-nouvelles-recommandations-du-pnns4-enquete-mpedia-sur-les-pratiques-actuelles/>
25. Brown A, Lee M. A descriptive study investigating the use and nature of baby-led weaning in a UK sample of mothers. *Matern Child Nutr.* janv 2011;7(1):34-47.

26. Rowan H, Lee M, Brown A. Differences in dietary composition between infants introduced to complementary foods using Baby-led weaning and traditional spoon feeding. *J Hum Nutr Diet.* févr 2019;32(1):11-20.
27. Brown A. Differences in eating behaviour, well-being and personality between mothers following baby-led vs. traditional weaning styles. *Matern Child Nutr.* oct 2016;12(4):826-37.
28. Martí-Solsona E, González-Chordá VM, Andreu-Pejo L, Cervera-Gasch Á, Valero-Chillerón MJ, Mena-Tudela D. Parents' Perception of the Complementary Baby-Led Weaning Feeding Method: A Validation Study. *Nurs Rep.* 1 déc 2020;10(2):115-23.
29. San Mauro Martín I, Garicano Vilar E, Porro Guerra G, Camina Martín MA. Knowledge and attitudes towards baby-led-weaning by health professionals and parents: A cross-sectional study. *Enferm Clin (Engl Ed).* 19 juin 2021;S1130-8621(21)00082-6.
30. Białek-Dratwa A, Soczewka M, Grajek M, Szczepańska E, Kowalski O. Use of the Baby-Led Weaning (BLW) Method in Complementary Feeding of the Infant-A Cross-Sectional Study of Mothers Using and Not Using the BLW Method. *Nutrients.* 8 juin 2022;14(12):2372.
31. Davison KK, Haines J, Garcia EA, Douglas S, McBride B. Fathers' food parenting: A scoping review of the literature from 1990–2019. *Pediatr Obes.* oct 2020;15(10):e12654.
32. Spyreli E, McKinley MC, Dean M. Comparing Maternal and Paternal Complementary Feeding Practices: Findings From an Online Survey. *Journal of Nutrition Education and Behavior.* 1 juin 2021;53(6):531-9.
33. Demonteil L, Ksiazek E, Marduel A, Dusoulier M, Weenen H, Tournier C, et al. Patterns and predictors of food texture introduction in French children aged 4-36 months. *Br J Nutr.* nov 2018;120(9):1065-77.
34. Institut de Veille Sanitaire. Alimentation des nourrissons pendant leur première année de vie. Résultats de l'étude Epifane 2012-2013 [Internet]. 2016. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/nutrition-et-activite-physique/documents/rapport-synthese/alimentation-des-nourrissons-pendant-leur-premiere-annee-de-vie.-resultats-de-l-etude-epifane-2012-2013>
35. Huet F, Maigret P, Elias-Billon I, Allaert FA. Identification des déterminants cliniques, sociologiques et économiques de la durée de l'allaitement maternel exclusif. *Journal de Pédiatrie et de Puériculture.* 1 août 2016;29(4):177-87.
36. Bocquet A, Vidailhet M. Nutri-Bébé 2013 Study Part 2. How do French mothers feed their young children? *Archives de Pédiatrie.* 1 oct 2015;22(10, Supplement 1):10S7-19.
37. Vilain A. Le troisième certificat de santé de l'enfant. Certificat au 24e mois (CS24) - 2017 [Internet]. 2020 mai. (Les dossiers de la DREES). Report No.: 54. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-10/DD54%20Sources%20et%20methodes-CS24.pdf>
38. Friart L. Diversification alimentaire : pourquoi les parents choisissent-ils la diversification menée par l'enfant ? [Internet]. 2018-2021, France: Université de Lille; 2019. Disponible sur: <https://www.sudoc.abes.fr/cbs/xslt//DB=2.1/SET=1/TTL=1/SHW?FRST=2>

39. Komninou S, Halford JCG, Harrold JA. Differences in parental feeding styles and practices and toddler eating behaviour across complementary feeding methods: Managing expectations through consideration of effect size. *Appetite*. 1 juin 2019;137:198-206.
40. 1000 premiers jours. 1000 Premiers Jours - Là où tout commence. 2021 [cité 6 avr 2022]. La diversification alimentaire de 6 mois à 1 an. Disponible sur: <https://www.1000-premiers-jours.fr/fr/l'alimentation-de-6-mois-1>
41. Özyüksel G, Soyer T, Üzümcügil F, Yalçın Ş, Ekinci S, Karnak İ, et al. Foreign Body Aspiration in Infants: Role of Self-Feeding. *Pediatr Allergy Immunol Pulmonol*. 1 juin 2019;32(2):52-5.
42. Brown A. No difference in self-reported frequency of choking between infants introduced to solid foods using a baby-led weaning or traditional spoon-feeding approach. *J Hum Nutr Diet*. août 2018;31(4):496-504.
43. Morison BJ, Taylor RW, Haszard JJ, Schramm CJ, Williams Erickson L, Fangupo LJ, et al. How different are baby-led weaning and conventional complementary feeding? A cross-sectional study of infants aged 6-8 months. *BMJ Open*. 6 mai 2016;6(5):e010665.
44. Mandrille C. La diversification menée par l'enfant : point de vue des médecins s'occupant d'enfants dans le département de l'Hérault [Internet]. Montpellier; 2022. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03903206/document>
45. Marduel Boulanger A, Vernet M. Introduction of new food textures during complementary feeding: Observations in France. *Archives de Pédiatrie*. 1 janv 2018;25(1):6-12.
46. Fleischer Michaelsen K, Weaver L, Branca F, Robertson A. Feeding and nutrition of infants and young children: guidelines for the WHO European Region, with emphasis on the former Soviet countries [Internet]. 2003. Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/272658>
47. Le Heuzey MF, Turberg-Romain C. Nutri-bébé 2013 Study Part 3. Behaviour of mothers and young children during feeding. *Archives de Pédiatrie*. 1 oct 2015;22(10, Supplement 1):10S20-9.

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ABRÉVIATIONS.....	3
INTRODUCTION.....	5
MATÉRIELS ET MÉTHODES	9
I. Objectifs de la recherche.....	9
1. Objectif principal	9
2. Objectifs secondaires	9
II. Présentation de l'étude.....	9
III. Population étudiée.....	9
1. Critères d'inclusion.....	9
2. Critères d'exclusion	9
IV. Recueil des données.....	9
1. Modalités de recrutement des médecins	9
2. Modalités de recrutement des parents.....	10
3. Données recueillies	10
4. Critères de jugement.....	11
V. Analyses statistiques	11
VI. Considérations éthiques.....	11
RÉSULTATS.....	13
I. Recueil des données.....	13
II. Caractéristiques de la population étudiée	13
1. Caractéristiques des parents.....	13
2. Caractéristiques des enfants	15
III. DME	17
1. Connaissance et pratique de la DME.....	17
2. Caractéristiques des parents qui pratiquent la DME	17
3. Avantages et inconvénients de la DME	18
4. Freins à la DME.....	19
IV. Sources d'information	19
V. Diversification alimentaire	20
1. Age de début de diversification.....	20
2. Introduction des morceaux fondants.....	20
3. Introduction du pain et des boudoirs.....	21

4. Introduction des solides	21
5. Facteurs influençant l'âge d'introduction des textures	21
DISCUSSION	25
CONCLUSION.....	33
ANNEXES.....	35
I. Annexe 1 : Méthode BLISS.....	35
II. Annexe 2 : Courriel envoyé aux médecins du Pays Lédonien	36
III. Annexe 3 : Affiche destinée aux médecins.....	37
IV. Annexe 4 : Questionnaire diversification alimentaire.....	38
V. Annexe 5 : Fiche explicative	44
VI. Annexe 6 : Caractéristiques des parents selon la méthode de diversification alimentaire.....	48
VII. Annexe 7 : Facteurs influençant l'âge d'introduction des textures	50
BIBLIOGRAPHIE	57

RÉSUMÉ

Nom – Prénom : MILLET BOUCHARD Marie

Thèse soutenue le 10 octobre 2023

Titre de la thèse :

*DIVERSIFICATION MENÉE PAR L'ENFANT :
ÉVALUATION DE LA CONNAISSANCE ET DE LA PRATIQUE DES PARENTS*

Introduction : La diversification menée par l'enfant (DME) est en pleine expansion dans le monde. L'objectif de ce travail est d'évaluer la connaissance et la pratique de la DME par les parents.

Méthode : Nous avons réalisé une étude transversale quantitative. Les parents ayant au moins un enfant âgé de 6 mois à 4 ans ont été recrutés par l'intermédiaire des médecins généralistes du Pays Lédonien.

Résultats : 78 familles soit 122 enfants ont été inclus. 75.6% des parents connaissent la DME. 3.8% des parents ont pratiqué la DME stricte contre 23.1% pour la méthode mixte. Les parents ayant pratiqué la DME décrivent comme principal avantage le plaisir de bébé et comme principal inconvénient les repas salissants. Selon les parents pratiquant la diversification traditionnelle, le principal frein à la pratique de la DME est l'absence ou le manque d'informations. 41.4% d'entre eux se disent prêts à suivre la DME s'ils étaient accompagnés. La principale source d'information des parents du groupe traditionnel est le médecin généraliste alors que les parents pratiquant la DME se tournent vers les réseaux sociaux.

Discussion : Le médecin a un rôle à jouer pour assurer la sécurité de cette méthode et la bonne croissance des nourrissons qui la pratiquent. Le partage des repas en famille et de la nourriture familiale sont à encourager car ils influencent positivement l'âge d'introduction des morceaux.

Conclusion : La DME est globalement connue des parents mais peu pratiquée dans sa forme stricte.

Mots clés : diversification menée par l'enfant, DME, diversification autonome, diversification alimentaire, alimentation du nourrisson.

