

Faculté de Médecine

Année 2024

Thèse N°

Thèse pour le diplôme d'État de docteur en Médecine

Présentée et soutenue publiquement

Le 19 juin 2024

Par **Akouavi GNRONFOU**

Née le 17 janvier 1996 à Adjamé (Abidjan, Côte d'Ivoire)

Diversification alimentaire des enfants de moins de 4 ans accueillis au Centre d'Accueil pour Demandeurs d'Asile de Peyrelevade de 2022 à 2024 : Une étude qualitative

Thèse dirigée par **Docteur Catherine PRIOUX** et le **Professeur Nadège LAUCHET**

Examineurs :

Pr. **Nathalie DUMOITIER**, PU de médecine générale

Pr. **Pierre JESUS**, PU-PH Nutrition, CHU de Limoges

Pr. **Nadège LAUCHET**, PA des universités de médecine générale

Dr. **Catherine PRIOUX**, MSU médecine générale

Dr. **Marcellin KIBELO**, PH pédiatre, CH de Tulle

Présidente du jury

1^{er} Assesseur

2^{ème} Assesseur

3^{ème} Assesseur

Membre invité



Faculté de Médecine

Année 2024

Thèse N°

Thèse pour le diplôme d'État de docteur en Médecine

Présentée et soutenue publiquement

Le 19 juin 2024

Par **Akouavi GNRONFOU**

Née le 17 janvier 1996 à Adjamé (Abidjan, Côte d'Ivoire)

Diversification alimentaire des enfants de moins de 4 ans accueillis au Centre d'Accueil pour Demandeurs d'Asile de Peyrelevade de 2022 à 2024 : Une étude qualitative

Thèse dirigée par Docteur Catherine PRIOUX et le Professeur Nadège LAUCHET

Examineurs :

Pr. Nathalie DUMOITIER, PU de médecine générale

Pr. Pierre JESUS, PU-PH Nutrition, CHU de Limoges

Pr. Nadège LAUCHET, PA des universités de médecine générale

Dr. Catherine PRIOUX, MSU médecine générale

Dr. Marcellin KIBELO, PH pédiatre, CH de Tulle

Présidente du jury

1^{er} Assesseur

2^{ème} Assesseur

3^{ème} Assesseur

Membre invité



Doyen de la Faculté

Monsieur le Professeur **Pierre-Yves ROBERT**

Assesseurs

Madame le Professeur **Marie-Cécile PLOY**

Monsieur le Professeur **Jacques MONTEIL**

Monsieur le Professeur **Laurent FOURCADE**

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

ABOYANS Victor
(CS)

CARDIOLOGIE

ACHARD Jean-Michel

PHYSIOLOGIE

AJZENBERG Daniel

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE

ALAIN Sophie

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE

AUBRY Karine
(CS)

O.R.L.

BALLOUHEY Quentin

CHIRURGIE INFANTILE

BERTIN Philippe
(CS)

THERAPEUTIQUE

BOURTHOUMIEU Sylvie

CYTOLOGIE ET HISTOLOGIE

CAIRE François
(CS)

NEUROCHIRURGIE

CHRISTOU Niki

CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE

CLAVERE Pierre
(CS)

RADIOTHERAPIE

CLEMENT Jean-Pierre
(CS)

PSYCHIATRIE D'ADULTES

COURATIER Philippe
(CS)

NEUROLOGIE

| | |
|--------------------------------------|--------------------------------------|
| DAVIET Jean-Christophe | MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION |
| DELUCHE Elise | CANCEROLOGIE |
| DESCAZEAUD Aurélien (CS) | UROLOGIE |
| DRUET-CABANAC Michel (CS) | MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL |
| DUCHESNE Mathilde | ANATOMIE et CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES |
| DURAND Karine | BIOLOGIE CELLULAIRE |
| DURAND-FONTANIER Sylvaine | ANATOMIE (CHIRURGIE DIGESTIVE) |
| FAUCHAIS Anne-Laure (CS) | MEDECINE INTERNE |
| FAUCHER Jean-François (CS) | MALADIES INFECTIEUSES |
| FAVREAU Frédéric | BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE |
| FEUILLARD Jean (CS) | HEMATOLOGIE |
| FOURCADE Laurent (CS) | CHIRURGIE INFANTILE |
| GAUTHIER Tristan | GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE |
| GUIGONIS Vincent | PEDIATRIE |
| HANTZ Sébastien | BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE |
| HOUETO Jean-Luc | NEUROLOGIE |
| JACCARD Arnaud (CS) | HEMATOLOGIE |
| JACQUES Jérémie | GASTRO-ENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE |
| JAUBERTEAU-MARCHAN M. Odile | IMMUNOLOGIE |
| JESUS Pierre | NUTRITION |
| JOUAN Jérôme (CS) | CHIRURGIE THORACIQUE ET VASCULAIRE |

| | |
|-----------------------------------|--|
| LABROUSSE François (CS) | ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES |
| LACROIX Philippe | MEDECINE VASCULAIRE |
| LAROCHE Marie-Laure | PHARMACOLOGIE CLINIQUE |
| LOUSTAUD-RATTI Véronique | HEPATOLOGIE |
| LY Kim | MEDECINE INTERNE |
| MAGNE Julien | EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION |
| MAGY Laurent | NEUROLOGIE |
| MARCHEIX Pierre-Sylvain | CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE |
| MARQUET Pierre (CS) | PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE |
| MATHONNET Muriel | CHIRURGIE DIGESTIVE |
| MELLONI Boris (CS) | PNEUMOLOGIE |
| MOHTY Dania | CARDIOLOGIE |
| MONTEIL Jacques (CS) | BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE |
| MOUNAYER Charbel (CS) | RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE |
| NUBUKPO Philippe | ADDICTOLOGIE |
| OLLIAC Bertrand | PEDOPSYCHIATRIE |
| PARAF François (CS) | MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE |
| PLOY Marie-Cécile (CS) | BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE |
| PREUX Pierre-Marie | EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION |
| ROBERT Pierre-Yves (CS) | OPHTALMOLOGIE |

| | |
|--|--|
| ROUCHAUD Aymeric | RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE |
| SALLE Jean-Yves (CS) | MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION |
| STURTZ Franck (CS) | BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE |
| TCHALLA Achille | GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT |
| TEISSIER-CLEMENT Marie-Pierre | ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES |
| TOURE Fatouma (CS) | NEPHROLOGIE |
| VALLEIX Denis (CS) | ANATOMIE CHIRURGIE GENERALE |
| VERGNENEGRE Alain (CS) (Faisant fonction de CS en CANCEROLOGIE) | EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION |
| VERGNE-SALLE Pascale | THERAPEUTIQUE |
| VIGNON Philippe (CS) | REANIMATION |
| VINCENT François (CS) | PHYSIOLOGIE |
| WOILLARD Jean-Baptiste | PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE |
| YARDIN Catherine (CS) | CYTOLOGIE ET HISTOLOGIE |
| YERA Hélène | PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE |

Professeurs Associés des Universités à mi-temps des disciplines médicales

| | |
|---|---|
| BRIE Joël (du 01/09/2023 au 31/08/2024) | CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE |
| KARAM Henri-Hani (du 01/09/2023 au 31/08/2024) | MEDECINE D'URGENCE |
| MOREAU Stéphane (du 01/09/2023 au 31/08/2024) | EPIDEMIOLOGIE CLINIQUE |
| VANDROUX David (du 01/09/2023 au 31/08/2024) | ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION |

Maitres de Conférences des Universités – Praticiens Hospitaliers

| | |
|-----------------------------|--|
| COMPAGNAT Maxence | MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION |
| COUVE-DEACON Elodie | BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE |
| ESCLAIRE Françoise | BIOLOGIE CELLULAIRE |
| FAYE Pierre-Antoine | BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE |
| FREDON Fabien | ANATOMIE/CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE |
| GEYL Sophie | GASTRO-ENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE |
| LALOZE Jérôme | CHIRURGIE PLASTIQUE (nomination au 01/11/2021) |
| LE GUYADER Alexandre | CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE |
| LIA Anne-Sophie | BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE |
| MARGUERITTE François | GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE |
| PASCAL Virginie | IMMUNOLOGIE |
| RIZZO David | HEMATOLOGIE |
| SALLE Henri | NEUROCHIRURGIE |
| SALLE Laurence | ENDOCRINOLOGIE |
| TERRO Faraj | BIOLOGIE CELLULAIRE |
| TRICARD Jérémy | CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO- VASCULAIRE |

P.R.A.G.

| | |
|-----------------------|---------|
| GAUTIER Sylvie | ANGLAIS |
|-----------------------|---------|

Maitre de Conférences des Universités associé à mi-temps

| | |
|-----------------------|--|
| BELONI Pascale | SCIENCES INFIRMIERES (du 01-09-2022 au 31-08-2025) |
|-----------------------|--|

Professeur des Universités de Médecine Générale

| | |
|---------------------------|---|
| DUMOITIER Nathalie | (Responsable du département de Médecine Générale) |
|---------------------------|---|

Maitre de conférences des universités de médecine générale

RUDELLE Karen

Professeur associé des Universités à mi-temps de Médecine Générale

HOUDARD Gaëtan du 01-09-2019 au 31-08-2025 (PA au 01/09/2022)

LAUCHET Nadège du 01-09-2023 au 31-08-2026 (PA au 01/09/2023)

Maitres de Conférences associés à mi-temps de médecine générale

BAUDOT Pierre-Jean du 01-09-2023 au 31-08-2026

BUREAU-YNIESTA Coralie du 01-09-2022 au 31-08-2025

SEVE Léa du 01-09-2021 au 31-08-2024

Professeurs Emérites

ALDIGIER Jean-Claude du 01-09-2022 au 31-08-2023

DARDE Marie-Laure du 01-09-2021 au 31-08-2023

MABIT Christian du 01-09-2022 au 31-08-2024

MERLE Louis du 01-09-2019 au 31-08-2023

NATHAN-DENIZOT Nathalie du 01-09-2022 au 31-08-2024

TREVES Richard du 01-09-2023 au 31-08-2024

VALLAT Jean-Michel du 01-09-2023 au 31.08.2024

VIROT Patrice du 01-09-2021 au 31-08-2023

Assistants Hospitaliers Universitaires

| | | |
|---------------------------------|--|--------------------------|
| ABDALLAH Sahar | ANESTHESIE REANIMATION 31/10/24 | 2 ^{ème} contrat |
| BOYER Claire | NEUROLOGIE 31/10/25 | 1 ^{er} contrat |
| HAZELAS Pauline | BIOCHIMIE 31/08/24 | 3 ^{ème} contrat |
| CUSSINET Lucie | ORL 31/10/25 | 1 ^{er} contrat |
| FERRERO Pierre-Alexandre | CHIRURGIE GENERALE 31/10/24 | 1 ^{er} contrat |
| FRAY Camille | PEDIATRIE 30/04/25 | 1 ^{er} contrat |
| GRIFFEUILLE Pauline | IPR 31/10/25 | 1 ^{er} contrat |
| HERAULT Etienne | PARASITOLOGIE 31/10/24 | 1 ^{er} contrat |
| JADEAU Cassandra | HEMATOLOGIE BIOLOGIE 31/10/25 | 1 ^{er} contrat |
| KHAYATI Yasmine | HEMATOLOGIE 31/10/24 | 1 ^{er} contrat |
| LABRIFFE Marc | PHARMACOLOGIE 30/04/24 | 3 ^{ème} contrat |
| LAIDET Clémence | ANESTHESIOLOGIE REANIMATION 31/10/25 | 1 ^{er} contrat |
| MEYER Sylvain | BACTERIOLOGIE VIROLOGIE HYGIENE 30/04/24 | 2 ^{ème} contrat |
| PERANI Alexandre | GENETIQUE 31/10/24 | 1 ^{er} contrat |
| PLATEKER Olivier | ANESTHESIE REANIMATION 31/10/24 | 2 ^{ème} contrat |
| SERVASIER Lisa | CHIRURGIE OPTHOPEDIQUE 31/10/24 | 1 ^{er} contrat |

Chefs de Clinique – Assistants des Hôpitaux

| | | |
|--------------------------|--|--------------------------|
| ABDELKAFI Ezedin | CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 31/10/24 | 2 ^{ème} contrat |
| ADJOBIMEY Mênonli | MEDECINE DU TRAVAIL 30/04/24 | 2 ^{ème} contrat |
| AGUADO Benoît | PNEUMOLOGIE 31/10/24 | 2 ^{ème} contrat |
| ANNERAUD Alicia | HEPATO GASTRO ENTEROLOGIE 31/10/25 | 1 ^{er} contrat |
| AUBOIROUX Marie | HEMATOLOGIE TRANSFUSION 30/04/25 | 1 ^{er} contrat |
| BAUDOIN Maxime | RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 31/10/24 | 2 ^{ème} contrat |

| | | |
|----------------------------------|--|--------------------------|
| BEAUJOUAN Florent | CHIRURGIE UROLOGIQUE 31/10/24 | 2 ^{ème} contrat |
| BERENGER Adeline | PEDIATRIE 31/10/25 | 1er contrat |
| BLANCHET Aloïse | MEDECINE D'URGENCE 31/10/24 | 1er contrat |
| BONILLA Anthony | PSYCHIATRIE 31/10/24 | 2 ^{ème} contrat |
| BOUTALEB Amine Mamoun | CARDIOLOGIE 31/10/24 | 1 ^{er} contrat |
| BURGUIERE Loïc | SOINS PALLIATIFS 31/10/24 | 1 ^{er} contrat |
| CAILLARD Pauline | NEPHROLOGIE 31/10/25 | 1 ^{er} contrat |
| CATANASE Alexandre | PEDOPSYCHIATRIE 31/10/25 | 1 ^{er} contrat |
| CHASTAINGT Lucie | MEDECINE VASCULAIRE 01/11/2024 | 1 ^{er} contrat |
| CHROSCIANY Sacha | CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE 31/10/24 | 2 ^{ème} contrat |
| COLLIN Rémi | HEPATO GASTRO ENTEROLOGIE 31/10/24 | 1 ^{er} contrat |
| COUMES-SALOMON Camille | PNEUMOLOGIE ALLERGOLOGIE 31/10/24 | 1 ^{er} contrat |
| DELPY Teddy | NEUROLOGIE 31/10/24 | 1 ^{er} contrat |
| DU FAYET DE LA TOUR Anaïs | MEDECINE LEGALE 31/10/24 | 1 ^{er} contrat |
| FESTOU Benjamin | MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES 31/10/24 | 2 ^{ème} contrat |
| FRACHET Simon | NEUROLOGIE 31/10/24 | 1 ^{er} contrat |
| GADON Emma | RHUMATOLOGIE 31/10/25 | 1 ^{er} contrat |
| GEROME Raphael | ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 31/10/25 | 1 ^{er} contrat |
| GOURGUE Maxime | CHIRURGIE CARDIOVASCUAIRE 31/10/25 | 1 ^{er} contrat |
| LADRAT Céline | MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 31/10/24 | 1 ^{er} contrat |
| LAGOUEYTE Benoit | ORL 31/10/24 | 2 ^{ème} contrat |
| LAPLACE Benjamin | PSYCHIATRIE 31/10/24 | 1 ^{er} contrat |
| LEMACON Camille | RHUMATOLOGIE 31/10/24 | 1 ^{er} contrat |
| LOPEZ Jean-Guillaume | MEDECINE INTERNE 31/10/24 | 1 ^{er} contrat |

| | | |
|---------------------------------|------------------------------------|-------------------------|
| MEYNARD Alexandre | NEUROCHIRURGIE 31/10/24 | 2ème contrat |
| MIO BERTOLO Emilie | DERMATOLOGIE 31/10/24 | 1er contrat |
| NASSER Yara | ENDOCRINOLOGIE 31/10/24 | 1er contrat |
| PAGES Esther | CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE 31/10/24 | 1er contrat |
| PARREAU Simon | MEDECINE INTERNE 30/04/24 | 3ème contrat |
| ROCHER Maxime | OPHTALMOLOGIE 31/10/24 | 2ème contrat |
| SEGUY ép. REBIERE Marion | MEDECINE GERIATRIQUE 31/10/23 | 1 ^{er} contrat |
| TALLIER Maia | GERIATRIE 31/10/25 | 1 ^{er} contrat |
| TRAN Gia Van | NEUROCHIRURGIE 31/10/24 | 2ème contrat |
| VERNIER Thibault | NUTRITION 31/10/25 | 1 ^{er} contrat |

Chefs de Clinique – Médecine Générale

| | | |
|------------------------|----------|-------------------------|
| HERAULT Kévin | 30/04/24 | 1 ^{er} contrat |
| CITERNE Julien | 30/04/25 | 1 ^{er} contrat |
| VANDOOREN Maité | 31/10/25 | 1 ^{er} contrat |

Praticiens Hospitaliers Universitaires

| | | |
|-----------------------|------------------------|----------|
| DARBAS Tiffany | ONCOLOGIE MEDICALE | 31/10/28 |
| HARDY Jérémie | CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE | 31/10/25 |
| LAFON Thomas | MEDECINE D'URGENCE | 31/10/25 |

Je dédie cette thèse à celui sans qui je n'aurais persévéré tout au long de ces études éprouvantes mais belles et humaines.

Remerciements

Aux membres du jury,

A Madame le Professeur Nathalie DUMOITIER, Présidente du jury et Professeur de Médecine générale au CHU de Limoges,

Je vous remercie de l'honneur que vous me faites de présider ce jury. Merci pour votre dévouement et votre implication sans faille dans la formation des internes de médecine générale de Limoges. Veuillez trouver ici, l'expression de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur Pierre JESUS, Professeur Universitaire et Praticien Hospitalier de nutrition au CHU de Limoges,

Je vous remercie pour la simplicité et la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de juger ce travail. Veuillez recevoir mes profonds respects.

A Mes Directrices de thèse,

Madame le Docteur Catherine PRIOUX, Maître de stage universitaire

Je vous remercie pour votre accueil chaleureux, en acceptant premièrement d'être ma directrice de thèse et dans le choix du sujet de thèse touchant la population migrante de Peyrelevade que vous suivez depuis quelques années. Je vous exprime ma sincère gratitude.

Et Madame le Professeur Nadège LAUCHET, Professeure associée des universités de médecine générale,

Vous avez accepté de co-diriger cette thèse par votre accompagnement et votre guidance dans la réalisation méthodologique de ce projet. Je vous remercie pour les corrections rigoureuses et pour votre disponibilité malgré vos nombreuses missions universitaires.

Soyez assurée de ma profonde reconnaissance.

A Monsieur le Docteur KIBELO, Pédiatre au CH de Tulle

Je vous remercie d'avoir accepté d'intégrer le jury de thèse et pour l'accompagnement pédagogique au cours de mon stage de pédiatrie au CH de Tulle. Je vous témoigne mon profond respect.

Au centre d'accueil pour demandeurs d'Asile de Peyrelevade en Corrèze,

A Madame BOUGUERBA Clémence directrice du CADA de Peyrelevade, je vous remercie pour l'accueil et la confiance pour la réalisation de cette thèse au sein de votre établissement. Je vous en suis reconnaissante.

A Madame BAKAGA Cécilia, chargée de vie collective, je vous remercie pour votre disponibilité, les informations données tout au long de cette période d'étude, le lien effectué entre les familles et nous. Soyez assurée de ma profonde gratitude.

A tous les participants de l'étude, je vous remercie pour la confiance que vous nous avez accordée. Veuillez trouver ici le témoignage de ma profonde gratitude.

Aux professionnels de santé libéraux, hospitaliers et particulièrement à ceux du CH de Tulle, rencontrés tout au long de ma formation : Je vous remercie pour votre accueil, votre patience et la transmission de votre savoir et la bonne humeur.

Au Docteur Joel HODONOU, pédiatre, je vous remercie pour la bonne humeur, votre amitié et la transmission de votre savoir lors de mon passage dans le service de pédiatrie de Tulle. Vous m'avez appris à aborder autrement la prise en charge des enfants. Je vous remercie également pour les corrections apportées à ce travail.

A ma famille :

A mon père Kossi, pour l'amour du travail rigoureux inculqué, et pour l'amour de la médecine. Je te remercie également pour tous les sacrifices et ces nombreuses nuits de travail depuis l'école primaire jusqu'à la finalisation de ce travail. J'espère devenir ce merveilleux médecin que tu es.

A ma mère Akossiwa, je te remercie pour tous les bons conseils prodigués pour la femme que je suis aujourd'hui et pour ta bonne humeur au sein de notre famille.

A ma sœur Ayabavi, je te remercie pour tes bons plats qui arrivaient à point normé, pour ta bonne humeur et tous ces moments de danse partagés ensemble.

A ma tante Ablavi, je te remercie pour ta présence à nos côtés pendant toutes ces années, ton accompagnement, les vêtements cousus, ...

A mon bien aimé Kévin Arnaud, mon futur conjoint, je te remercie pour ta patience tout au long de ces années, pour ton soutien pendant les périodes difficiles et ton amour. Je suis ravie d'entamer cette vie à deux avec beaucoup de joie.

A tata Assetou et tata Adja, je suis reconnaissante de l'accueil et la guidance dont vous avez fait preuve à mon arrivée en France. Vous avez été une bénédiction pour moi.

A mes amis de « PACES 2013 » et tous ceux que j'ai rencontrés à mon arrivée à la faculté de médecine de Limoges :

Rébecca, «la femme, garçon » aka la sœur polyvalente, merci pour ta présence pendant des périodes difficiles mais aussi de joie, pour tes précieux conseils, le partage de tes connaissances, les bons plats et les moments de ressourcement avec tonton Wilfried,

A Marving pour l'aide apportée dans la rédaction de cette thèse, à Roxane, Aude, Carole, Nouria, Liz-Audrey, Maty, merci pour les fous-rires, à les fêtes improvisées, les voyages : Que notre amitié dure.

A tous mes amis et connaissances de **Céléjeunes**, de **l'aumônerie des étudiants catholiques de Limoges et de Tulle** : Grâce à vous, j'arrivais à m'échapper quelques moments de mes périodes de révision et à grandir dans ma foi.

A Guillaume ZONGO, cher ami, je te remercie de m'avoir épaulée, conseillée à plusieurs reprises, et aidée à grandir dans ma foi. Que le Seigneur ne cesse de te guider dans ton projet au Burkina Faso.

Droits d'auteurs

Cette création est mise à disposition selon le Contrat :

« **Attribution-Pas d'Utilisation Commerciale-Pas de modification 3.0 France** »

disponible en ligne : <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/fr/>



Liste des abréviations

ADA : Allocation de demandeur d'asile

ANSES : Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail

APL : Aide personnalisée au logement

CADA : Centre d'Accueil pour demandeurs d'asile

CAES : Centres d'accueil et d'étude de situations

CNDA : Cour nationale du droit d'asile

COVID-19 : Coronavirus Disease 2019

CPH : Centres provisoires d'hébergement

DA : Demandeurs d'Asile

DME : Diversification alimentaire menée par l'enfant

DNA : Dispositif national d'accueil

DPAR : Dispositif préparation au retour

ESPGHAN : Société Européenne d'hépatogastroentérologie et Nutrition Pédiatrique

GUDA : Guichet unique pour demandeurs d'asile

HCR : Haut-Commissariat aux Réfugiés

HCSP : Haut Conseil de la santé publique

HUDA : Hébergement d'Urgence des Demandeurs d'Asile

IHAB : Initiative Hôpital Ami des Bébés

OFII : Office français de l'immigration et de l'intégration

OFPRA : Office français de protection des réfugiés et des apatrides

OMS : Organisation mondiale de la santé

OQTF : Obligation de quitter le territoire français

PNNS 4 : 4 ème Programme national nutrition santé

PASS : Permanence d'accès aux soins de santé

PRAHDA : Programme d'Accueil et d'Hébergement des Demandeurs d'Asile

PS : Protection subsidiaire

PUMA : Protection universelle maladie

RSA : Revenu de solidarité active

SFP : Société française de pédiatrie

SPADA : Structures de premier accueil des demandeurs d'asile

UE : Union européenne

UNICEF : Fonds des Nations unies pour l'enfance

Table des matières

| | |
|--|----|
| Introduction | 23 |
| I. Généralités et contexte..... | 24 |
| I.1. Alimentation du nourrisson et du jeune enfant | 24 |
| I.1.1. Allaitement maternel..... | 24 |
| I.1.2. Préparations infantiles « standards »..... | 26 |
| I.1.3. Diversification alimentaire et équilibre alimentaire | 27 |
| I.1.3.1. Définition..... | 27 |
| I.1.3.2. Les recommandations actuelles | 27 |
| I.1.3.2.1. Age de début de la diversification et conséquences d'une diversification alimentaire précoce ou tardive..... | 27 |
| I.1.3.2.2. Les modalités de la diversification alimentaire | 29 |
| I.1.3.3. La diversification alimentaire menée par l'enfant (DME) : phénomène de mode ou réel progrès ?..... | 32 |
| I.2. Le dispositif national d'accueil (DNA)..... | 32 |
| I.2.1. Définitions usuelles..... | 32 |
| I.2.2. Historique et présentation du dispositif national d'accueil | 33 |
| I.2.3. Situation dans l'Union européenne et en France en 2022..... | 35 |
| I.2.4. Parcours du demandeur d'asile en France | 35 |
| I.2.4.1. Les droits et les devoirs du demandeur d'asile..... | 37 |
| I.2.5. Les centres d'accueil pour demandeurs d'asile (CADA) en France et dans le Limousin..... | 38 |
| I.2.5.1. Définition et missions des CADA..... | 38 |
| I.2.5.2. Les CADA en France et dans le Limousin..... | 39 |
| I.2.5.3. Le CADA de Peyrelelade (Corrèze)(56) | 41 |
| I.2.6. L'accompagnement médical au CADA de Peyrelelade et intérêts de l'étude | 42 |
| II. Matériel et méthode..... | 43 |
| II.1. Les objectifs de l'étude..... | 43 |
| II.2. Choix de la méthode | 43 |
| II.2.1. Population d'étude et recrutement | 43 |
| II.2.2. Le guide d'entretien qualitatif..... | 44 |
| II.2.3. La fiche de recueil préalable..... | 45 |
| II.2.4. Déroulement des focus groups ou entretiens collectifs | 45 |
| II.2.5. Retranscription | 46 |
| II.2.6. Analyse des données | 46 |
| II.2.7. Aspects éthiques et démarches réglementaires | 47 |
| III. Résultats | 48 |
| III.1. Caractéristiques socio-démographiques des participants..... | 48 |
| III.1.1. Sexe | 48 |
| III.1.2. Age..... | 48 |
| III.1.3. Situation familiale | 49 |
| III.1.4. Pays d'origine | 49 |
| III.1.5. Niveau d'étude | 49 |
| III.1.6. Catégories socio-professionnelles dans le pays d'origine | 50 |
| III.1.7. Nombre d'enfants par foyer et durée d'hébergement au CADA de Peyrelelade..... | 50 |
| III.1.8. Age de début de la diversification | 52 |

| | |
|---|----|
| III.2. Entretiens collectifs réalisés | 52 |
| III.3. Résultats du codage | 52 |
| III.3.1. Analyse descriptive..... | 52 |
| III.3.2. Analyse axiale | 52 |
| III.3.2.1. Les prérequis de l'alimentation de l'enfant | 53 |
| III.3.2.1.1. Le lait, repas principal de l'enfant..... | 53 |
| III.3.2.1.2. Modalités de la diversification alimentaire | 53 |
| III.3.2.2. Les repères pour l'alimentation de l'enfant dans le pays d'origine : religion, tradition, coutume ou selon le ressenti parental ? | 55 |
| III.3.2.2.1. Mode de vie dans le pays d'origine..... | 55 |
| III.3.2.2.2. La tradition, la religion : Repères pour l'allaitement et la diversification ? | 56 |
| III.3.2.3. Adaptation au nouveau cadre de vie, nouvelle organisation, nouveau pays..... | 58 |
| III.3.2.3.1. Mode de vie dans le nouveau pays..... | 58 |
| III.3.2.3.2. Changement de statut dans le pays d'accueil et nouvelle organisation au CADA..... | 58 |
| III.3.2.4. Solutions mises en place par les familles au CADA et leur ressenti | 60 |
| III.3.2.4.1. Solutions par les familles | 60 |
| III.3.2.4.2. Nouveaux repères dans le pays d'accueil..... | 62 |
| III.3.2.4.3. Etude des sentiments : le ressenti parental sur l'alimentation des enfants | 63 |
| III.3.3. Analyse matricielle..... | 65 |
| III.3.3.1. Les prérequis de l'alimentation de l'enfant : Le mode d'allaitement et l'âge du début de la diversification alimentaire | 65 |
| III.3.3.1.1. Selon l'âge des participantes | 65 |
| III.3.3.1.2. Selon la situation familiale des participantes..... | 66 |
| III.3.3.1.3. Selon le niveau d'étude des participantes..... | 66 |
| III.3.3.1.4. Selon la catégorie socio-professionnelle des participantes avant le CADA | 67 |
| III.3.3.1.5. Selon le pays d'origine des participantes | 68 |
| III.3.3.2. Les repères pour l'alimentation de l'enfant dans le pays d'origine : la religion | 69 |
| III.3.3.2.1. Selon le pays d'origine des participantes | 69 |
| III.3.3.2.2. Selon le niveau d'étude des participantes..... | 69 |
| III.3.3.3. Adaptation au niveau cadre de vie : nouvelle organisation au CADA | 70 |
| III.3.3.3.1. Selon le pays d'origine des participants | 70 |
| III.3.3.3.2. Selon le nombre d'enfants à charge au CADA..... | 70 |
| III.3.3.3.3. Selon la durée d'hébergement au CADA | 70 |
| III.3.3.4. Solutions mises en place par les familles au CADA : Nouveaux repères..... | 71 |
| III.3.3.4.1. Selon le pays d'origine..... | 71 |
| III.3.3.4.2. Selon le niveau d'étude des participantes..... | 71 |
| III.3.3.4.3. Selon la durée d'hébergement des participantes au CADA..... | 72 |
| IV. Discussion | 73 |
| IV.1. Les forces et limites de notre étude | 73 |
| IV.1.1. Les forces de notre étude..... | 73 |
| IV.1.1.1. L'originalité de l'étude | 73 |
| IV.1.1.2. La méthode de l'étude | 73 |
| IV.1.2. Les limites de notre étude | 73 |

| | |
|--|-----|
| IV.2. Principaux résultats et comparaison avec la littérature | 75 |
| IV.2.1. Exposition du modèle explicatif | 75 |
| IV.2.2. Allaitement maternel : Le mode d'alimentation lactée dans le pays d'origine et au CADA | 76 |
| IV.2.3. Age d'introduction de la diversification alimentaire dans le pays d'origine et au CADA | 77 |
| IV.2.4. Modalités de la diversification alimentaire dans le pays d'origine et au CADA.... | 78 |
| IV.3. Les perspectives de cette étude | 80 |
| Conclusion | 82 |
| Références bibliographiques | 83 |
| Annexes | 90 |
| Serment d'Hippocrate..... | 116 |

Table des illustrations

| | |
|--|----|
| Figure 1: Attributions du label IHAB en France (juin 2023) (7) | 25 |
| Figure 2: Guide de santé publique France sur les nouvelles recommandations concernant la diversification alimentaire (18) | 28 |
| Figure 3: Schéma du parcours du demandeur d'asile (46) (47) | 36 |
| Figure 4: Les droits et devoirs des demandeurs d'asile (49) | 38 |
| Figure 5: Répartition des Centres d'Accueil pour Demandeurs d'Asile par région et par département en France métropolitaine | 40 |
| Figure 6: Répartition des Centres pour Demandeurs d'Asile dans le Limousin (55)..... | 41 |
| Figure 7: Proportion de femmes et d'hommes de l'étude | 48 |
| Figure 8: Répartition des participants par classe d'âge..... | 48 |
| Figure 9: Situation familiale des participants..... | 49 |
| Figure 10: Répartition des participants selon le pays d'origine | 49 |
| Figure 11: Répartition des participants selon le niveau d'étude | 49 |
| Figure 12: Répartition des participants selon la catégorie socio-professionnelle dans le pays d'origine..... | 50 |
| Figure 13: Répartition des enfants par foyer..... | 50 |
| Figure 14: Répartition du nombre de foyers par durée d'hébergement au CADA | 51 |
| Figure 15: Proportions du nombre de références négatives et positives | 63 |
| Figure 16: Répartition du pourcentage de couverture des références positives en fonction des différents entretiens | 64 |
| Figure 17: Répartition du pourcentage de couverture des références négatives en fonction des différents entretiens | 64 |

Table des tableaux

| | |
|--|----|
| Tableau 1: Production moyenne de lait (g/jour) en fonction de l'âge de l'enfant (Brown, 1998) (7)..... | 24 |
| Tableau 2: Répartition du nombre d'enfants et durée d'hébergement au CADA de Peyrelevalde par foyer | 51 |
| Tableau 3: Age de début de la diversification par foyer | 52 |
| Tableau 4: Le mode d'allaitement en fonction de l'âge des participantes..... | 65 |
| Tableau 5: Age du début de la diversification en fonction de l'âge des participantes | 65 |
| Tableau 6: Le mode d'allaitement selon la situation familiale des participantes | 66 |
| Tableau 7: Age de début de la diversification selon la situation familiale des participantes .. | 66 |
| Tableau 8: Le mode d'allaitement selon le niveau d'étude des participantes | 66 |
| Tableau 9: Age de début de la diversification selon le niveau d'étude des participantes..... | 67 |
| Tableau 10: Le mode d'allaitement selon la catégorie socio-professionnelle des participantes avant le CADA..... | 67 |
| Tableau 11: Age du début de la diversification alimentaire selon la catégorie socio-professionnelle des participantes | 68 |
| Tableau 12: Le mode d'allaitement selon le pays d'origine des participantes | 68 |
| Tableau 13: L'âge du début de la diversification selon le pays d'origine des participantes.... | 69 |
| Tableau 14: Repères religieux de l'alimentation de l'enfant selon le pays d'origine des participantes..... | 69 |
| Tableau 15: Les repères religieux de l'alimentation de l'enfant selon le niveau d'étude des participantes..... | 69 |
| Tableau 16: Adaptation alimentaire au CADA selon le pays d'origine..... | 70 |
| Tableau 17: Adaptation alimentaire selon le nombre d'enfants à charge par famille au CADA | 70 |
| Tableau 18: Adaptation alimentaire au CADA selon la durée d'hébergement..... | 70 |
| Tableau 19: Nouveaux repères alimentaires au CADA selon le pays d'origine et comparaison à l'ancien repère dans le pays d'origine..... | 71 |
| Tableau 20: Nouveaux repères alimentaires au CADA selon le niveau d'étude des participantes et comparaison à l'ancien repère religieux dans le pays d'origine..... | 71 |
| Tableau 21: Nouveaux repères au CADA selon la durée d'hébergement des participantes.. | 72 |

Introduction

Face à la progression de l'insécurité alimentaire aiguë dans le monde (1), la migration apparaît comme une solution pour les populations les plus touchées. Celles-ci, souvent arrachées brutalement de leur pays d'origine, n'ont que des souvenirs et l'alimentation comme moyens de rattachement à leur identité culturelle.

Cependant en contexte de migration, l'alimentation est soumise à des contraintes pratiques et aux influences des habitudes alimentaires du pays d'accueil. La période d'adaptation ou d'intégration peut être difficile aussi bien pour les adultes que pour les enfants, particulièrement autour de la période de diversification alimentaire.

Nous savons que les premières années de vie du nourrisson et du jeune enfant, constituent une période cruciale pour le bon développement de l'enfant (2). Au cours de cette phase, vont se chevaucher trois étapes que sont : l'allaitement, la diversification et l'équilibre alimentaire. La santé nutritionnelle des enfants repose en grande partie sur la réussite de ces trois phases.

Actuellement à notre connaissance, il n'existe pas en France, d'étude quantitative portant spécifiquement sur la diversification alimentaire des enfants migrants avec des effectifs suffisants. Pendant ce temps, on assiste à un important flux de demandeurs d'asile chez qui on peut observer une grande précarité et une dépendance aux dispositifs d'aide (3).

Alors dans le cadre du quatrième Programme National Nutrition Santé (PNNS 4) 2019-2023, le Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP) a fixé les objectifs nutritionnels de santé publique en direction de l'ensemble de la population surtout celle défavorisée et vulnérable, entre autre la population migrante (4). Parmi ces objectifs, quatre ont retenu notre attention (4):

- Mieux manger en situation de précarité alimentaire
- Accompagner les femmes avant, pendant et après leur grossesse et durant l'allaitement maternel
- Promouvoir auprès des parents de jeunes enfants les modes d'alimentation et activité physique favorables à la santé.
- Développer des actions de dépistage, prévention et surveillance de l'état nutritionnel des personnes en situation de vulnérabilité dans les établissements médico-sociaux

Nous nous sommes alors intéressés à l'alimentation des enfants de moins de quatre ans du Centre d'Accueil de Demandeurs d'Asile (CADA) de Peyrelevade en Corrèze.

Comment les familles opèrent-elles la diversification et l'équilibre alimentaire des enfants de moins de quatre ans accueillis au CADA de Peyrelevade ?

Notre objectif principal était d'explorer la pratique et la gestion de la diversification et de l'équilibre alimentaire de ces enfants par leurs parents au sein du CADA de Peyrelevade, par une étude qualitative en théorisation ancrée.

Les objectifs secondaires étaient d'évaluer les connaissances des parents sur la diversification alimentaire au regard des recommandations actuelles de l'OMS et des recommandations françaises, d'identifier les difficultés rencontrées, les éventuelles modifications ou adaptations alimentaires effectuées à leur arrivée en France et de déterminer les approches de solutions pour atténuer ces différents problèmes.

I. Généralités et contexte

I.1. Alimentation du nourrisson et du jeune enfant

L'alimentation lactée demeure la base de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant. Elle se fait soit par un allaitement maternel et/ou des préparations infantiles.

I.1.1. Allaitement maternel

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) et le Fonds des Nations unies pour l'enfance (UNICEF) ont conjointement élaboré la stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant afin de souligner l'importance avérée de la nutrition dans les premiers mois et premières années de vie de l'enfant (5).

Dans cette stratégie, ils présentent l'allaitement maternel comme le meilleur moyen de fournir une alimentation idéale pour la croissance et le développement du nourrisson en bonne santé (5). Elle préconise un allaitement maternel exclusif jusqu'à l'âge de 6 mois et la poursuite ensuite de l'allaitement jusqu'à l'âge de 2 ans et au-delà en fonction du souhait des mères. Et cela en raison des bénéfices pour la santé de l'enfant, la mère et les avantages économiques.

En effet, sur le plan nutritionnel et immunitaire, de nombreux travaux ont démontré la supériorité du lait maternel par rapport aux préparations infantiles (6). Le lait maternel s'adapte en permanence aux besoins du nourrisson car son volume et sa composition évoluent en fonction de l'âge du nourrisson (2) (Tableau 1).

Tableau 1: Production moyenne de lait (g/jour) en fonction de l'âge de l'enfant (Brown, 1998) (7)

| | Age de l'enfant (mois) | | | | |
|-------------------------------|------------------------|-----|-----|------|-------|
| | 0-2 | 3-5 | 6-8 | 9-11 | 12-23 |
| Allaitement exclusif | | | | | |
| Pays industrialisés | 710 | 787 | 803 | 900 | |
| Pays en voie de développement | 714 | 784 | 776 | | |
| Allaitement partiel | | | | | |
| Pays industrialisés | 640 | 687 | 592 | 436 | 448 |
| Pays en voie de développement | 617 | 663 | 660 | 616 | 549 |

Au cours du 1^{er} trimestre de vie, les enfants exclusivement allaités présentent une croissance en taille (+ 0,5 centimètre à 3 mois) et surtout en poids (+ 106 grammes à 3 mois) supérieure à ceux nourris aux préparations infantiles (2) (7) .

Après le 1^{er} trimestre de vie, on constate chez les enfants nourris au sein, un ralentissement de la croissance staturo-pondérale. A l'âge d'un an, la différence pondérale est de 600 grammes alors que les tailles sont équivalentes avec celles des enfants nourris aux préparations infantiles (6) (7). Cela pourrait s'expliquer par le fait qu'ils régularisent eux-mêmes leur consommation énergétique à un niveau plus faible et ils déposent moins de graisses dans leurs tissus (7). Leur part de masse maigre et le gain de masse maigre par

gramme de protéines consommées sont plus élevés que chez les enfants nourris artificiellement (7). Des études ont décrit chez les enfants allaités une sécrétion d'insuline inférieure. Ces différents mécanismes décrits, pourraient expliquer le risque de surpoids moindre à moyen terme constaté chez les enfants allaités au sein et mis en évidence par d'autres études (6).

On observe aussi chez ces enfants nourris au sein, une diminution du risque des infections gastro-intestinales mais aussi respiratoires et oto-rhino-laryngologiques, quel que soit le niveau socio-économique du pays (7) (6). Cet effet préventif a été mis en évidence à la fois pour la diminution de l'incidence et de la gravité des diarrhées aiguës infectieuses du nourrisson, qu'elles soient bactériennes ou virales dans les pays en voie de développement et dans les pays à niveau socio-économique élevé (7). Une forte corrélation entre la durée de l'allaitement maternel et la diminution de l'incidence des diarrhées infectieuses, a été observée. Ainsi, un allaitement maternel exclusif de six mois diminue significativement le risque de diarrhée aiguë pendant la première année de vie, par rapport à un allaitement de trois mois (7). Cet effet préventif du lait maternel est un argument sur la durée de l'allaitement de six mois.

En France, le taux d'allaitement maternel exclusif à la maternité reste plutôt stable : 56,3 % en 2021, 54,6% en 2016 (8). Le taux d'allaitement à 2 mois est plus bas : 34,4% des femmes allaitent exclusivement leur enfant (8). Mais la prévalence de l'allaitement maternel en France reste l'une des plus faibles des pays européens : 56% des enfants nés en France en 2002 étaient allaités à la sortie de la maternité contre plus de 95 % en Finlande et en Norvège, plus de 90 % en Suède et au Danemark, 85% en Allemagne, 75% en Italie et 70% au Royaume-Uni (7).

Alors, le Programme national nutrition santé 4 (PNNS 4) 2019-2023 fait la promotion de l'allaitement maternel exclusif jusqu'à 6 mois si possible. C'est un de ses objectifs de santé publique (4). Ainsi en juin 2023, la France comptait 67 maternités (privées ou publiques) labellisées « Initiative Hôpital Ami des Bébé-IHAB », représentant 13% du total des naissances au niveau national (9) (Figure1). Le label IHAB est international et est décerné par l'OMS et l'UNICEF depuis 1992 aux établissements qui assurent des prestations de maternité et de soins aux nouveau-nés (10). L'IHAB est fondée sur l'encouragement, le soutien et la protection de l'allaitement maternel. Les pratiques de l'équipe soignante sont centrées sur l'enfant et ses parents en favorisant le lien parents-enfant (10).



Figure 1: Attributions du label IHAB en France (juin 2023) (7)

Le lait maternel couvre tous les besoins du nourrisson de la naissance jusqu'à l'âge de 6 mois sauf en vitamine D (contient que 25-70 UI/l) et en vitamine K. Les nouvelles recommandations françaises 2022 préconisent de supplémenter en vitamine D à hauteur de 400-800 UI/j, tous les nourrissons allaités exclusivement au sein ou non (11) (12).

Pour prévenir le risque hémorragique, tous les nouveau-nés reçoivent 2 milligrammes de vitamine K per os à la naissance et entre le 4^{ème} et le 7^{ème} jour de vie. Puis à 1 mois de vie pour les enfants allaités exclusivement au sein (13).

L'allaitement maternel prolongé contribue également à la santé des mères tout en diminuant le risque de cancer du sein et des ovaires et en favorisant l'espacement des grossesses par l'aménorrhée lactationnelle engendrée (14) (15).

I.1.2. Préparations infantiles « standards »

Comme autre alternative au lait maternel, les préparations infantiles dites pour nourrisson et de suite (lait 1^{er} et 2^{ème} âge puis de croissance) sont proposées aux enfants dont les mères ne peuvent ou ne désirent pas allaiter. Leur composition est élaborée pour être la plus proche possible du lait maternel sans y parvenir totalement. Ces préparations sont rigoureusement contrôlées et soumises à une réglementation au niveau de la qualité nutritionnelle, sanitaire et même au niveau de leur commercialisation et techniques marketing.

En 1981, l'Assemblée Mondiale de la Santé (AMS) a adopté le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel qui interdit la publicité auprès du grand public, les promotions dans le commerce de détail, le marketing dans le cadre des systèmes de santé et de l'étiquetage (16). L'objectif de ce code est d'encourager l'allaitement maternel et de le protéger en restreignant les pratiques commerciales agressives (17).

Ces préparations sont fabriquées en majorité à partir de composants de lait de vache, certaines à partir de lait de chèvre et d'autres à partir de produits d'origine végétale (riz). Elles sont conçues pour des enfants né à terme et en bonne santé de la naissance à l'âge de 3 ans (13). On distingue des « laits 1^{er} âge » ou « laits pour nourrissons » destinés aux enfants de la naissance jusqu'à l'âge de 6 mois. Leur composition est assez proche du lait maternel. Les « laits 2^{ème} âge » moins proche du lait maternel que les « laits 1^{er} âge », sont préconisés à partir de 6-7 mois lorsque l'enfant commence à avoir un repas complet par jour sans lait (13). Il est recommandé de donner 500 ml au moins par jour de ce lait jusqu'à 1 an pour assurer son équilibre alimentaire. Les « laits de croissance » sont proches de ceux du 2^{ème} âge. Ils sont destinés aux enfants à partir de 1 an jusqu'à 3 ans. Ils permettent un apport en fer suffisant par rapport au lait de vache dont la teneur en fer est très faible.

D'autres préparations infantiles spécifiques, aux propriétés particulières existent. Elles sont destinées aux nourrissons à risque ou en situation pathologique avérée. Ils existent donc les « laits » antirégurgitations, les « laits » hypoallergéniques, les « laits » sans lactose, les « laits » ou hydrolysats poussés de protéines, les « laits » pour prématurés.

Les préparations infantiles sont enrichies en fer, en vitamine D à 400-800 UI/l de lait et en vitamine K. Les enfants nourris aux préparations infantiles reçoivent donc que 2 prises de vitamine K après la naissance (13).

Le lait de vache est inadapté à l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant surtout avant 1 an, en raison de son contenu trop riche en protéines et en sodium et trop faible en en acides gras essentiels, fer, et en vitamine D. Après 1 an, si impossibilité de donner un lait infantile, il faut proposer du lait entier UHT (traité à ultra haute température) (18).

I.1.3. Diversification alimentaire et équilibre alimentaire

I.1.3.1. Définition

Les besoins nutritionnels de l'organisme du nourrisson augmentent à partir de l'âge de six mois. L'alimentation lactée exclusive ne couvre plus la totalité de ses besoins nutritionnels. C'est le moment d'introduire de nouveaux aliments, c'est l'étape de la diversification alimentaire.

Selon l'OMS, la diversification alimentaire consiste en l'introduction de tout aliment autre que le lait maternel, à l'exception des suppléments en vitamines et minéraux, de l'eau de boisson et des solutions de réhydratation orale (19). Dans les pays industrialisés, elle est définie par l'introduction des aliments autres que le lait (aliments solides) dans l'alimentation du nourrisson allaité ou recevant du lait pour nourrissons (20) (19). C'est cette définition que nous avons utilisée dans cette thèse.

C'est donc une phase d'adaptation physiologique, sensorielle et psychoaffective du nourrisson (19) mais aussi de découverte, d'apprentissage : nouvelles saveurs, nouvelles textures, nouveaux ustensiles (biberon, cuillères, assiettes, ...), nouvelles habitudes alimentaires et familiales ... Cette phase de transition débute généralement autour de l'âge de 6 mois et s'étend jusqu'à l'âge de 12 mois où l'enfant rejoint progressivement la table familiale ou l'alimentation « adulte ». Elle se consolide entre 12 mois et 3 ans (début de l'autonomie).

C'est l'un des domaines en pédiatrie qui a fait l'objet de plusieurs débats au fil des décennies concernant l'âge idéal et les modalités de la mise en œuvre de la diversification chez le nourrisson (19). Les différentes recommandations publiées n'étaient pas toujours fondées sur des preuves scientifiques solides, expliquant leur grande variabilité entre les différents pays (21). Elles ont été influencées par les conditions socioculturelles et économiques, les habitudes alimentaires familiales ou les modes sociétales au fil du temps (19).

L'objectif est d'apporter quotidiennement au nourrisson et au jeune enfant, des aliments en quantité, en qualité et au moment convenable pour favoriser son équilibre alimentaire et une bonne santé.

I.1.3.2. Les recommandations actuelles

I.1.3.2.1. Age de début de la diversification et conséquences d'une diversification alimentaire précoce ou tardive

L'OMS recommande l'introduction d'une alimentation de compléments (solides) à partir de l'âge de 6 mois en parallèle de l'allaitement maternel jusqu'à l'âge de 2 ans et voire plus (14).

Quant à la France en 2021, dans le cadre du PNNS4, Santé publique France a publié les nouvelles recommandations alimentaires pour les parents d'enfants âgés de moins de 3 ans, après avis de la Société française de pédiatrie et à partir des travaux de l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES) et de l'HCSP (22) (23). Elle recommande quant à elle de débiter la diversification alimentaire entre 4 et 6 mois c'est-à-dire pas avant 4 mois révolus et pas après 6 mois révolus (24).

Cette période a été retenue pour différentes raisons.

En effet, le nourrisson améliore de plus en plus la coordination des fonctions succion/déglutition et respiration, une maturation progressive de son appareil digestif (de même les glandes annexes) permettant la digestion de protéines plus grosses, se fait après 4 mois. Ses besoins nutritionnels (exemple en fer et en calcium) et énergétiques augmentent de plus en plus. Vers l'âge de 5-6 mois, il double son poids de naissance. Au niveau psychomoteur, il s'assoit avec appui et la préhension volontaire se met en place et peut porter à la bouche des objets. Il acquiert progressivement des compétences bucco-dentaires.

La diversification précoce (avant l'âge de 4 mois) expose le nourrisson à (25) (21) : un risque d'obésité future dans l'enfance par une rapide prise de poids, à des infections gastro-intestinales, respiratoires et à des risques d'apparition ultérieure d'allergies alimentaires par immaturité du système immunitaire digestif (maturation immunitaire après 4 mois).

La diversification tardive (après 6 mois révolus) expose le nourrisson à (6) (24): des insuffisances nutritionnelles par carence martiale (risque d'infections, anémie, retard développement neurologique), à une dénutrition, à une insuffisance pondérale, au diabète de type 1 ou 2, à des troubles dysimmunitaires et également à des risques d'allergies alimentaires.

Ainsi, Santé publique France a exposé ces nouvelles recommandations sous forme d'un guide de 35 pages à destination des parents et des professionnels de l'enfance, intitulé « Pas à pas, votre enfant mange comme un grand, Le petit guide de la diversification alimentaire » (22) (Figure 2).



Figure 2: Guide de santé publique France sur les nouvelles recommandations concernant la diversification alimentaire (18)

I.1.3.2.2. Les modalités de la diversification alimentaire

L'objectif est d'introduire tôt entre 4 et 6 mois, une grande variété d'aliments progressivement, y compris ceux réputés allergéniques : gluten, blé, poisson, arachide, soja.

Il n'existe pas d'ordre spécifique d'introduction des groupes d'aliments (24). Cependant, introduire les légumes en premier semble augmenter leur acceptation ultérieure alors que celle des fruits en premier la diminuerait (22) .

L'introduction d'une grande variété des aliments et de même la répétition de leur exposition, contribuerait à diminuer l'intensité de la néophobie alimentaire. C'est une phase apparaissant entre 18 mois et 8 ans où l'enfant a tendance à rejeter les nouveaux aliments ou certains aliments antérieurement acceptés (22).

Le lait et les produits laitiers (24)_(13)

Au cours de la diversification alimentaire, le lait maternel ou les préparations infantiles restent toujours la base de l'alimentation de l'enfant (entre 500 et 750 ml/j). Ils doivent couvrir les besoins nutritionnels du nourrisson en fer et en calcium, qui augmentent.

Par exemple, les besoins nutritionnels du nourrisson en calcium (25) :

- De la naissance à 6 mois : les apports nutritionnels conseillés sont de 400 mg/jour
- A partir de 6 mois, ils augmentent à 500 mg/jour

Par exemple, les besoins nutritionnels du nourrisson en fer (25) :

- De la naissance à 1 an, les apports nutritionnels conseillés sont de 6 à 10 mg/jour
- De 1 an à 3 ans, les apports nutritionnels conseillés sont de 7 mg/jour

C'est ainsi que les préparations de suite ou « lait » 2^{ème} âge et le lait de croissance (à partir de 1 an) doivent être introduits car enrichis en ces éléments. Il faut éviter de les substituer par les boissons végétales (amande, coco, soja, ...) appelées abusivement « lait ». Elles sont contre-indiquées chez le nourrisson de moins de 1 an. Il faut utiliser de préférence les laitages « destinés aux enfants de bas âge » car enrichis et adaptés aux besoins nutritionnels des enfants en bas âge. Vers 9 mois, débiter un peu de fromage et exclure les fromages au lait cru.

Les légumes et les fruits (24)_(13)

Ils sont riches en fibres, en eau, en minéraux, oligo-éléments. Ils sont proposés à partir de 4 mois, jouent un rôle dans la sensation de la satiété mais n'apportent que peu d'énergie. Il est conseillé de débiter par les légumes bien tolérés par l'estomac du nourrisson (car moins riches en fibres) tels que : les haricots verts, les épinards, les courgettes (sans pépins et sans peau), les carottes, les blancs de poireaux. Ils sont cuits à l'eau ou à la vapeur sans ajout de sel puis mixés. Ils peuvent être introduits au repas de midi au biberon ou à la petite cuillère.

Les fruits mûrs de préférence, peuvent être proposés en dessert à midi ou au goûter. Ils peuvent être crus ou cuits, mixés ou écrasés et sans ajout de sucre.

Féculents, céréales, légumes secs (13)_(22)

Les glucides lents doivent représenter 40 à 50% de l'apport énergétique totale et présent à tous les repas.

A partir de 6 mois, il est recommandé de débiter les farines infantiles, les pommes de terre cuites à la vapeur, moulinées. A partir de 7 mois révolus, les pâtes, le pain, la semoule de blé et les biscuits sont proposés en quantité modérée.

Viandes, poissons, œufs (13)

A partir de 6 mois, tous les poissons cuits et toutes les viandes cuites en limitant la charcuterie et les abats. Les œufs durs sont conseillés à cet âge.

Ils peuvent être mixés ou écrasés. Une protéine animale (viande ou poisson ou œuf) par jour est suffisante. De 6 à 8 mois, 10 grammes/jour soit 2 cuillères à café de viande ou de poisson ou le quart d'œuf dur est suffisant. De 8 mois à 1 an, une portion de 20 grammes de protéines soit 4 cuillères à café de poisson/viande ou de la moitié d'un œuf. Après 1 an, la portion est de 30 grammes soit 6 cuillères à café.

Matières grasses (24)

Les besoins en lipides des enfants de moins de 3 ans sont plus élevés que ceux des adultes. Les lipides doivent représenter 45-50% de l'apport énergétique total. Ils sont indispensables au bon développement et au fonctionnement cérébral du nourrisson. Ils interviennent dans la régulation de l'inflammation et de l'immunité (26). Ils ne doivent pas être évités Il faut privilégier les acides gras polyinsaturés riches en oméga 3 comme le colza, les noix, olives, les mélanges d'huiles (26).

A partir de 6 mois, les matières grasses doivent être apportées par l'alimentation solide au fur et à mesure que la consommation de lait ou de préparations de suite diminue. Il faut les ajouter dans les petits pots du commerce surtout lorsqu'ils n'en contiennent pas, à raison d'une cuillère à café d'huile ou une noisette de beurre à chaque repas. Les fritures sont à éviter.

Les boissons : eau, jus de fruits (13)

L'eau pure est proposée à tout âge. Mais entre la naissance et 6 mois, il faut privilégier le lait. Avant 4 mois, les jus de fruits sont déconseillés. Après 6 mois, ils ne sont pas indispensables. Il faut préférer les fruits aux jus de fruits. Les boissons gazeuses sont à éviter.

Les tisanes ou boissons à base d'extraits naturels de plantes sont à éviter dans ces 3 premières années.

Gouts, assaisonnements

Le sel est introduit après 1 an. Il est conseillé de ne pas rajouter du sucre dans les desserts ou repas et de limiter l'apport des produits sucrés, en raison du risque d'accoutumance au goût sucré, au surpoids et de caries dentaires (22).

La texture (24)

La texture est l'une des propriétés de l'aliment qui demande le plus d'adaptation de la part de l'enfant. Entre 6 mois et 10 mois, les capacités d'alimentation orale de l'enfant se développent lorsqu'il est stimulé par de nouvelles textures. Entre 8 et 10 mois, se situe la fenêtre d'introduction des aliments texturés.

Après 4 mois révolus, il est recommandé des textures lisses puis les textures mixées, moulignées sont introduites progressivement. A partir de 8 mois, l'enfant est capable de tenir et de porter les aliments à sa bouche. Il peut alors manger des morceaux mous et de plus en plus durs à partir de 10 mois.

Cependant, il faudrait faire attention aux petits aliments durs et/ou sphériques (arachide, grain de raisin, noisettes, morceaux de pommes crues, ...) chez les moins de 3 ans car le risque d'étouffement est élevé.

Attitudes parentales (22):

- Privilégier le fait-maison ou achat des petits pots dans le commerce
- Répéter la proposition des aliments jusqu'à 10 fois au moins lorsque l'enfant en est réticent
- Faire confiance ou respecter l'appétit de l'enfant en reconnaissant les signaux exprimant la faim (ouverture buccale à l'approche de la cuillère, du sein ou du biberon, ouverture des mains, préhension alimentaire, ...) ou les signaux de satiété (bouche fermée, détendu ou somnolent après une tétée, la tête est tournée sur le côté, agitation, souhaite descendre de sa chaise, ...)
- Ne pas forcer l'enfant à manger

Moment et environnement du repas :

- Calme, sans écrans, moment d'échanges avec l'enfant, en famille si possible pour l'apprentissage de la socialisation
- Respecter le rythme des repas : 3 repas/jour plus un goûter
- Pas de grignotage entre les repas

Les aliments non adaptés à l'enfant de moins de 3 ans (24), du fait du risque microbiologique

- Le miel : est contre-indiqué avant l'âge d'un an
- Lait cru et les fromages au lait cru, excepté le gruyère ou le comté
- Œufs crus et produits à base d'œufs crus ou insuffisamment cuits (mousses au chocolat et mayonnaises faites maisons).
- Toutes les viandes crues et peu cuites
- Coquillages et poisson crus.
- Les produits à base de soja sont déconseillés avant 3 ans, en raison de la teneur en isoflavones (rôle suspecté de perturbateur endocrinien)

Le nouveau carnet de santé résume toutes les informations ci-dessus et donne des repères d'âge d'introduction des aliments (27). Il constitue une aide pour les parents mais aussi un support pour les professionnels de santé.

I.1.3.3. La diversification alimentaire menée par l'enfant (DME) : phénomène de mode ou réel progrès ?

La diversification alimentaire menée par l'enfant est une forme de diversification apparue au début des années 2000 au Royaume-Uni et décrite par Gilles RAPLEY, visiteuse de santé de 1978 à 1996 (équivalent de puéricultrice). Elle est proposée aux nourrissons à partir de 6 mois, nés à terme et sans problème de santé ni anomalies du développement neurologique, capables de se tenir assis seuls, maintenus verticalement au dossier de la chaise si nécessaire, afin qu'ils puissent attraper les aliments sur la table (28). Elle consiste à mettre devant l'enfant, différents morceaux d'aliments mous, de taille pas trop petite et à laisser le bébé découvrir et manger seul les aliments avec les doigts (29). Il choisit les aliments qu'il a envie de consommer et en quelle quantité (22). L'alimentation lactée est conservée et les aliments « faits maison » y sont privilégiés. La cuillère et les aliments en purée ne sont pas autorisés.

La Société Européenne d'hépatogastroentérologie et Nutrition Pédiatrique (ESPGHAN) a émis un communiqué qui soulignait l'absence de données scientifiques sur cette méthode et les potentiels dangers que représentent la carence énergétique et nutritionnelle et les risques d'accidents par inhalation de morceaux d'aliments (30). Cette pratique n'est pas à privilégier par rapport à une diversification conduite selon les recommandations actuelles.

I.2. Le dispositif national d'accueil (DNA)

I.2.1. Définitions usuelles

L'asile : c'est la protection qu'accorde un état d'accueil à un étranger menacé dans son pays d'origine qui ne peut bénéficier de la protection des autorités de ce pays (31).

Un demandeur d'asile ou de protection internationale : en France, c'est une personne demandant la reconnaissance de la qualité de réfugié ou le bénéfice de la protection subsidiaire, qui bénéficie du droit de se maintenir provisoirement sur le territoire dans l'attente d'une décision de l'Office français de protection des réfugiés et des apatrides (OFPRA) et/ou de la Cour Nationale du Droit d'Asile (CNDA) sur sa demande de protection (32).

C'est un étranger persécuté dans son pays en raison de sa race, sa religion, sa nationalité, son appartenance à un certain groupe social ou de ses opinions politiques. C'est *l'asile conventionnel* en référence à la Convention de Genève du 28 juillet 1951 (33).

Cette personne peut être un étranger persécuté dans son pays en raison de son action en faveur de la liberté (Par exemple : militants politiques, syndicalistes, journalistes, d'artistes ou d'intellectuels menacés pour leur engagement en faveur de la démocratie dans leur pays). C'est *l'asile constitutionnel* (33).

La protection subsidiaire : C'est une autre forme de protection attribuée à l'étranger ne remplissant pas les conditions d'obtention du statut de réfugié et prouvant qu'il est exposé dans son pays à un risque de (33):

- Peine de mort, d'exécution, d'une torture, de traitements inhumains dégradants ou de menace grave et individuelle contre sa vie ou sa personne en raison d'une violence qui peut s'étendre à des personnes sans considération de leur situation personnelle et résultant d'une situation de conflit armé interne ou international.

La protection temporaire : c'est un dispositif particulier décidé par le Conseil de l'Union Européenne lors d'afflux massif de personnes déplacées non-européennes. Le Conseil définit les bénéficiaires, sa date d'entrée en vigueur et peut mettre fin à tout moment à ce dispositif dès que la situation dans le pays d'origine permet un retour sûr et durable. Ce dispositif est valable un an et peut être prolongé de 2 ans maximum (33).

Un débouté de l'asile : c'est un demandeur d'asile dont la demande a été rejetée définitivement par l'OFPRA, la CNDA et ayant épuisé tous les recours possibles (34).

Le statut de réfugié : En France, c'est une forme de protection accordée par l'OFPRA à une personne demandeuse d'asile.

Le statut d'apatride : En France c'est une forme de reconnaissance accordée aux personnes apatrides. Elles sont alors placées sous la protection administrative et juridique de l'OFPRA qui leur délivre des documents d'état civil.

Un apatride : c'est une personne qui ne possède la nationalité d'aucun pays. L'apatridie peut être la conséquence d'une des situations suivantes (35):

- Contradiction entre plusieurs lois de nationalité
- Absence ou défaillance des registres d'état civil dans certains pays
- Transferts de souveraineté
- Déchéance de nationalité
- Application stricte du droit du sang et du droit du sol dans certains pays.

Un réfugié : c'est une personne se trouvant hors de son pays d'origine en raison d'une crainte de persécution, de conflit, de violence ou d'autres circonstances qui ont gravement bouleversé l'ordre public et qui en conséquence exigent une « protection internationale » (36).

Un migrant : Selon les Nations Unies, ce terme désigne « toute personne qui quitte son lieu de résidence habituel pour s'établir à titre temporaire ou permanent et pour diverses raisons, soit dans une autre région à l'intérieur d'un même pays ou non et quels que soient les moyens, réguliers ou irréguliers, utilisés pour migrer » (36) .

I.2.2. Historique et présentation du dispositif national d'accueil

La convention relative au statut des réfugiés a été signée à Genève le 28 juillet 1951 à l'initiative du Haut Commissariat aux Réfugiés (HCR) de l'ONU (37). Elle définit les obligations internationales en matière de protection des réfugiés (38).

Dans ce cadre, en 1973, la France a créé le « dispositif national d'accueil » (DNA) avec la création de plusieurs centres provisoires d'hébergement (CPH) (39). Le DNA a subi plusieurs transformations et est constitué aujourd'hui de nombreux dispositifs pour un total de 107 906 places en 2022 (40):

- Les centres de transit : permettent l'accueil temporaire avant l'orientation en CADA (41)
- Les Centres d'Accueil pour Demandeurs d'Asile (CADA) : 46 746 places au 1^{er} janvier 2023 ; ils assurent l'hébergement et le suivi individuel des personnes pendant la durée de la procédure d'examen de leur demande d'asile par les instances compétentes (41).

- Les Centres Provisoires d'Hébergement (CPH) : après obtention de leur statut de réfugiés, ils y sont accueillis en vue d'une préparation à une insertion durable en France au cours d'un séjour de 6 mois.(41)
- Hébergement d'Urgence des Demandeurs d'Asile (HUDA) : ils accueillent les personnes en procédure accélérée¹ ou Dublinées².
- Programme d'Accueil et d'Hébergement des Demandeurs d'Asile (PRAHDA) : 5 351 places, ils accueillent les personnes isolées qui ont demandé l'asile ou qui souhaitent le faire et qui n'ont pas été enregistrées.
- Centres d'Accueil et d'étude de situations (CAES) : environ 4500 places destinées aux personnes qui souhaitent solliciter l'asile ou en attente d'une place pérenne pour les personnes qui sont réorientées d'une région vers une autre région.
- Dispositif préparation au retour (DPAR) : environ 2100 places destinées à l'hébergement et à l'assignation à résidence des déboutées du droit d'asile sur orientation des préfets et de l'OFII. Il est financé par une ligne budgétaire distincte des autres lieux.

Ces différents centres sont gérés par des organisations caritatives ou des entreprises privées. Le DNA est entièrement financé par des fonds publics (42).

L'Office Français de l'Immigration et de l'Intégration (OFII) est l'établissement public à caractère administratif, premier interlocuteur pour l'accueil des étrangers, entre autres les demandeurs d'asile (DA) et des réfugiés. Depuis 2010, il agit sous la tutelle de la Direction générale des étrangers en France du ministère de l'Intérieur (42).

Il coordonne le DNA, en supervisant l'attribution des places d'hébergement aux DA dans les différents centres cités ci-dessus (43). Il pilote, gère et finance les structures de premier accueil des demandeurs d'asile (SPADA). Il évalue la vulnérabilité du demandeur d'asile à travers un entretien individuel lors de son premier passage au guichet unique pour demandeurs d'asile (GUDA).

L'OFII a également la gestion de l'allocation de demandeur d'asile (ADA) dont le paiement mensuel est assuré par l'Agence de services et de paiement, sous certaines conditions (avoir 18 ans révolus, des ressources mensuelles inférieures au montant du revenu de solidarité active, accepter l'offre de prise en charge entre autre l'hébergement et l'orientation directive vers une autre région déterminée par l'OFII) (44). Le versement prend fin à la fin du mois de la notification de la décision définitive de la demande d'asile ou lorsque le demandeur quitte la France. Ils perçoivent cette allocation soit sur un compte bancaire ou sur une carte type retrait/paiement appelée « carte ADA ».

¹ Lorsque le demandeur a la nationalité d'un pays considéré comme pays d'origine sûr ou qu'une première demande d'asile a été définitivement rejetée et son réexamen est demandé. Ou en cas de présentation de faux documents ou fausses informations, demande d'asile faite après plus de 90 jours depuis l'arrivée en France, si la présence du demandeur constitue une menace grave pour l'ordre public ou la sûreté de l'Etat.

² Procédure Dublin : permet d'établir quel état européen est responsable de l'examen de la demande d'asile par le demandeur. Celui-ci est alors transféré vers le pays européen après accord de ce-dernier.

L'Office français de protection des réfugiés et des apatrides (OFPRA) est l'établissement public et administratif en charge de l'instruction et avis des demandes d'asile et d'apatridie enregistrées sur le territoire. Il a été créé par la loi du 25 Juillet 1952 après ratification par la France de la convention de Genève relative aux réfugiés.

Placé également sous la tutelle du ministère de l'Intérieur, l'OFPRA est sous le contrôle de la Cour nationale du droit d'asile (CNDA) réceptionnant les recours. Ils peuvent octroyer le statut de réfugié ou la protection subsidiaire ou rejeter la demande.

I.2.3. Situation dans l'Union européenne et en France en 2022

En 2022, les pays de l'UE et associés ont reçu 996 000 demandes de protection internationale ce qui représente une augmentation d'environ 50% par rapport à 2021 et de 40% par rapport au niveau d'avant la pandémie de la maladie à coronavirus COVID-19, en 2019 (45). Alors que ce nombre est inférieur au pic de 2015 au sein de l'UE et ses associés dans globalité (45).

Environ 70% de ces demandes ont été déposées dans les **cinq principaux pays d'accueil** : l'Allemagne (environ 244 000), la France (environ 156 000), l'Espagne (environ 118 000), l'Autriche (environ 109 000) et l'Italie (environ 84 000) (46). Les principaux pays d'origine concernés par ces demandes sont : la Syrie, l'Afghanistan, la Turquie, la Venezuela et la Colombie (45).

En 2022, la France a reçu 131 254 demandes d'asile (47). Les ressortissants de l'Afghanistan ont sollicité le plus l'asile en France (17 103 demandes), suivi des réfugiés du Bangladesh (8 611 demandes), de la Turquie (8 463 demandes), de la Géorgie (8 099 demandes) et de la République démocratique du Congo (5940 demandes).

L'OFPRA a accordé sa protection à 56 276 personnes en 2022, soit 42% environ. Au 31 décembre 2022, 547 102 personnes étaient sous protection de l'OFPRA (47).

I.2.4. Parcours du demandeur d'asile en France

En décembre 2022, le délai d'instruction moyen de l'OFPRA était de 3,9 mois et celui du CNDA en dessous de 6,5 mois (48). Le délai global s'élèverait à 12,9 mois en décembre 2022 (48).

Pour informer le demandeur d'asile sur les démarches à effectuer , 2 guides ont été rédigés en 23 langues par des juristes sous la coordination du Ministère de l'Intérieur : le «Guide du demandeur d'asile » et le « livret à destination des demandeurs d'asile » (49). De nombreuses associations s'en servent pour guider les nouveaux arrivants. Ci-dessous, le parcours résumé du demandeur d'asile (Figure 3).

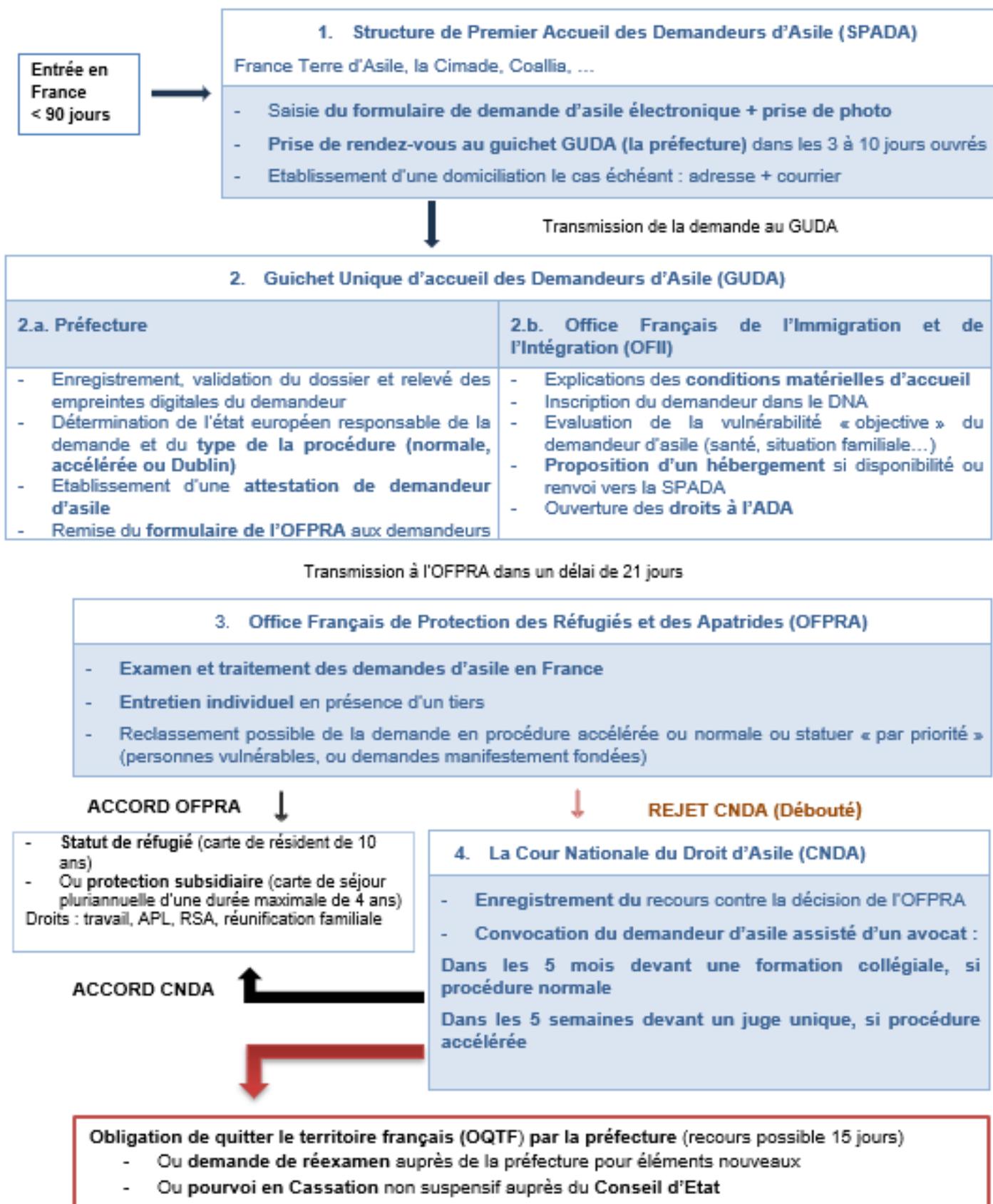


Figure 3: Schéma du parcours du demandeur d'asile (46) (47)

I.2.4.1. Les droits et les devoirs du demandeur d'asile

Une fois le processus de la demande d'asile entamé (dans les 90 jours d'arrivée en France) et les conditions matérielles d'accueil (hébergement, ADA, formalités administratives) acceptées par le demandeur, ses droits et ses devoirs sont enclenchés (Figure 4).

Le demandeur d'asile est orienté dans un CADA, il perçoit l'ADA mensuellement durant toute l'instruction de son dossier par l'OFPRA ou durant la durée de la protection temporaire ou subsidiaire. L'accès au marché du travail n'est possible que si leur dossier n'a pas encore été statué par l'OFPRA dans un délai d'au moins 6 mois. Leurs enfants ont accès à l'éducation au même titre que les nationaux.

Le demandeur d'asile bénéficie d'un accès aux soins. Avec l'aide des travailleurs sociaux du lieu d'hébergement, une demande d'ouverture des droits à l'assurance maladie est réalisée. Il lui est délivré un numéro provisoire d'immatriculation à la sécurité sociale ainsi qu'une attestation de droits. Cependant, la prise en charge des frais de santé par l'Assurance maladie n'est effective qu'après 3 mois de résidence en France sauf pour les enfants mineurs, la prise en charge de leurs soins se fait sans délai.

Pendant les 3 premiers mois du séjour en France du demandeur d'asile, seuls les soins urgents dans un établissement de santé publique et y compris les médicaments prescrits par un médecin de cet établissement sont pris en charge par l'Assurance maladie via les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) où les médicaments lui sont également délivrés gratuitement (50). Il bénéficie de la dispense totale d'avance des frais pour ces soins. Les soins urgents sont :

- Les soins dont l'absence mettrait en jeu le pronostic vital ou pourrait conduire à l'altération grave et durable de son état de santé ou de celui d'un enfant à naître
- Les soins destinés à éviter la propagation d'une maladie à l'entourage ou à la collectivité (la tuberculose par exemple)
- Tous les soins d'une femme enceinte et d'un nouveau-né : les examens de prévention réalisés pendant et après la grossesse, l'accouchement
- Les interruptions volontaires ou non de grossesse

Après les 3 premiers mois du séjour en France, il a accès à la protection universelle maladie (PUMA) anciennement couverture maladie universelle (CMU). Dès l'obtention du statut réfugié ou de la protection subsidiaire, il bénéficie d'une immatriculation définitive de la sécurité sociale et reçoit une carte vitale (50).

En retour, le demandeur d'asile doit se conformer aux lois du pays et ne pas troubler l'ordre public.

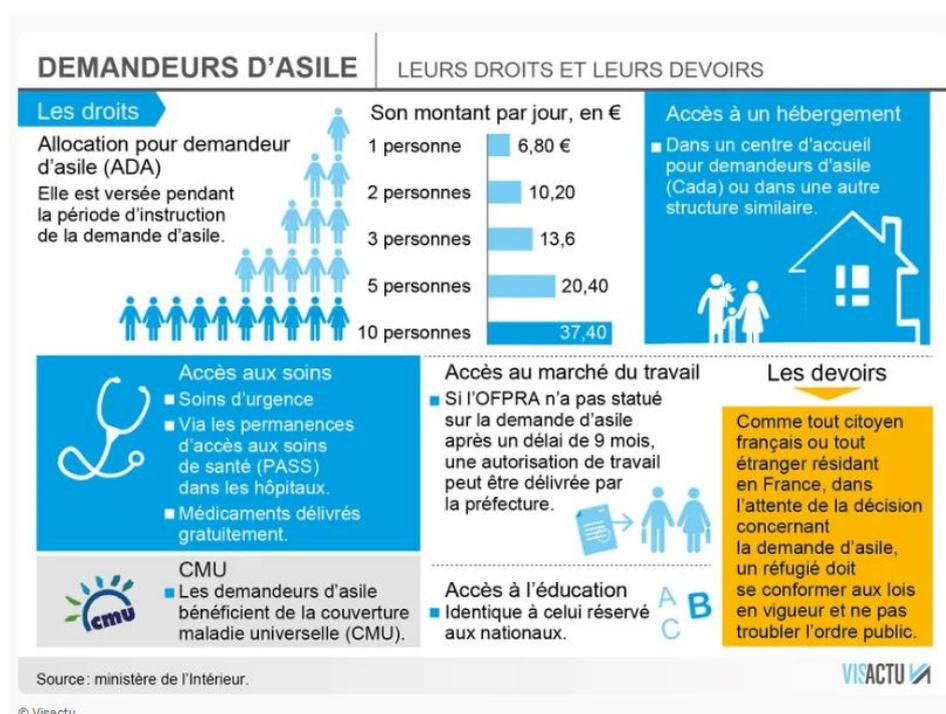


Figure 4: Les droits et devoirs des demandeurs d'asile (49)

I.2.5. Les centres d'accueil pour demandeurs d'asile (CADA) en France et dans le Limousin

I.2.5.1. Définition et missions des CADA

Les centres d'accueil pour demandeurs d'asile sont un dispositif d'hébergement des personnes qui ont demandé l'asile en France, pendant toute la durée de l'instruction de leur demande par l'OFPRA et le cas échéant du recours auprès de la Cour nationale du droit d'asile (CNDA).

Les CADA constituent une catégorie d'établissement et service social et médico-social. Ils sont financés par l'Etat via les préfectures mais la gestion est déléguée à des associations ou une entreprise après un appel d'offre (39).

Ses missions sont (51) :

- **L'accueil et l'hébergement** : présentation de la structure, du règlement de fonctionnement et du règlement intérieur
- **L'accompagnement social** : ouverture des droits à la complémentaire santé solidaire pour les consultations et les soins, l'ouverture d'un compte bancaire, la prise en charge du coût de déplacement lors de rendez-vous...
- **L'accompagnement médical** (l'accès aux soins) : la première visite médicale obligatoire dès l'admission dans le centre, le suivi sanitaire des enfants, le soutien psychologique...

- **L'accompagnement administratif, juridique** : Ils informent et aident le demandeur d'asile en s'appuyant sur les guides concernant la procédure d'asile (par exemple transcrire le récit des demandeurs d'asile pour permettre l'instruction de la demande d'asile auprès de l'OFPRA), les dispositifs et modalités d'aides au retour volontaire dans le pays d'origine.
- **La scolarisation des enfants, la formation des adultes** et l'apprentissage ou le renforcement de la connaissance de la langue française
- **L'organisation d'activités socioculturelles** au profit des résidents
- **Préparation à la sortie et assurer l'insertion des bénéficiaires** vers le droit commun :
 - Si obtention du statut de réfugié par l'OFPRA : accompagnement vers l'accès au logement social et vers l'emploi. Un délai de 3 mois renouvelable une fois (à titre exceptionnel par le préfet) peut être accordé pour quitter le centre à la demande du réfugié.
 - Si rejet de la demande d'asile par l'OFPRA : information sur les dispositifs d'aide au retour dans le pays d'origine. Le débouté dispose de 15 jours pour une demande d'aide au retour volontaire et d'un mois pour soit introduire un recours au CNDA, soit quitter définitivement le centre.

Il existe deux types d'établissements :

- Les CADA collectifs : les demandeurs d'asile sont logés dans un même bâtiment dans lequel ils partagent des espaces communs comme la cuisine, les sanitaires, la salle d'animation. Les personnes isolées peuvent partager un dortoir commun et les familles occupent des chambres séparées ou des studios.
- Les CADA diffus constitués d'appartements répartis au sein d'une commune

Pour subvenir à leurs besoins, les demandeurs d'asile bénéficient de l'ADA dont le montant est variable selon la composition familiale, les ressources et le mode d'hébergement (Figure 4).

I.2.5.2. Les CADA en France et dans le Limousin

Au 1^{er} janvier 2023, le DNA comptait 46 746 places autorisées de CADA. L'Ile-de-France, l'Auvergne-Rhône-Alpes et le Grand-Est sont les trois régions métropolitaines qui enregistrent le plus grand nombre de demandes et le principal parc d'hébergement. Toutefois, le pays de la Loire, la Bretagne, la Nouvelle Aquitaine et l'Occitanie sont les régions qui ont connu le plus grand nombre de créations ces 10 dernières années (40).

Le premier opérateur national pour l'hébergement et l'accompagnement des demandeurs d'asile est ADOMA devant COALLIA, France Terre d'Asile, Forum réfugiés-Cosi et la Croix-Rouge française (52) (40). ADOMA gère 207 structures implantées dans 67 départements et en CADA, il gère 25% des capacités du DNA (52).

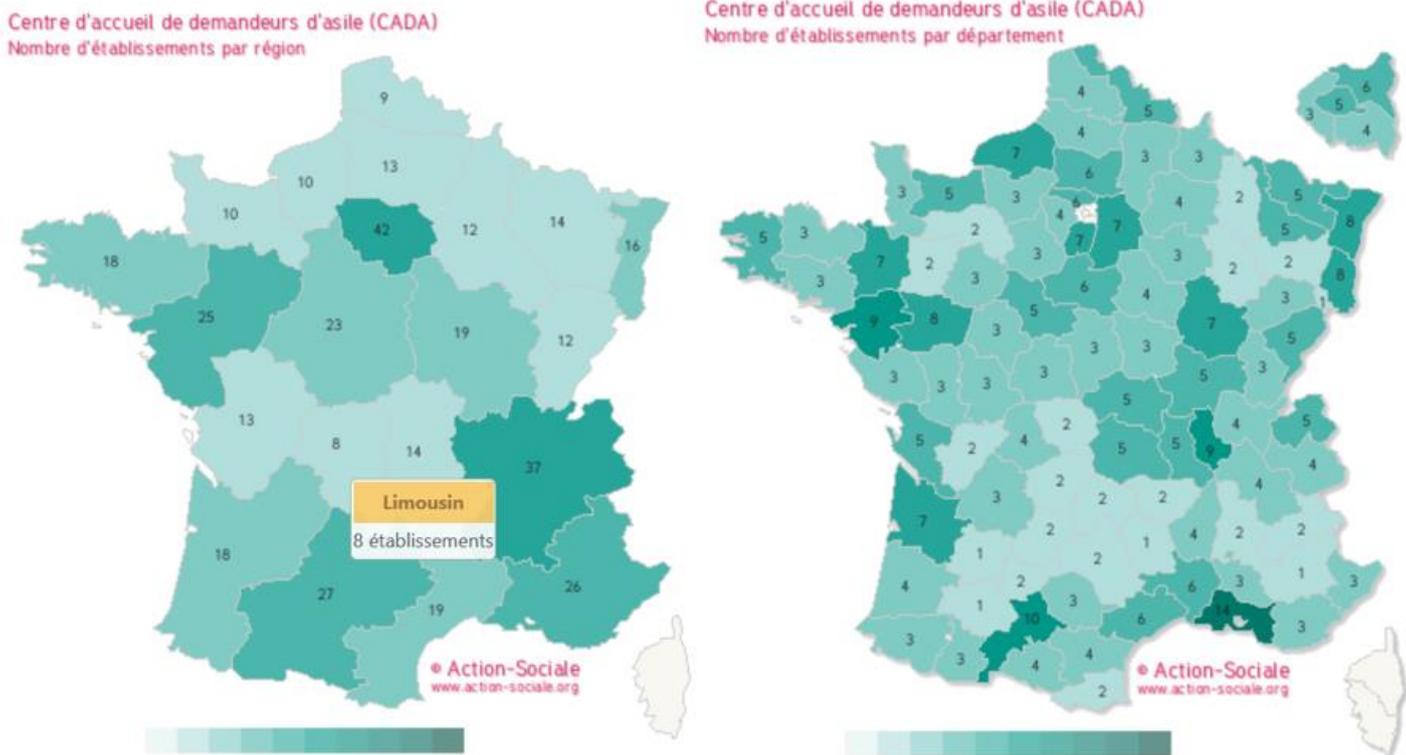


Figure 5: Répartition des Centres d'Accueil pour Demandeurs d'Asile par région et par département en France métropolitaine

Source : (53)

Le Limousin compte 8 CADA au sein de ses 3 départements, suivant cette distribution (54) (Figure 6) :

- En Haute-Vienne, 4 CADA : ADOMA à Eymoutiers (87120), CADA de l'association AUDACIA 87 à Saint Léonard de Noblat (87400), CADA de l'association HESTIA et CADA de l'Association Réinsertion Sociale Limousin à Limoges (87280)
- En Creuse, 2 CADA : CADA de l'association VILTAIS 23 à Guéret (23000) et le CADA de Guéret (23007) géré par le comité d'accueil creusois.
- En Corrèze, 2 CADA : CADA de l'association LE ROC à Tulle (19000) et le CADA de Peyrelevade (19290) géré par l'association Forum Réfugiés, dans lequel nous avons effectué notre étude.

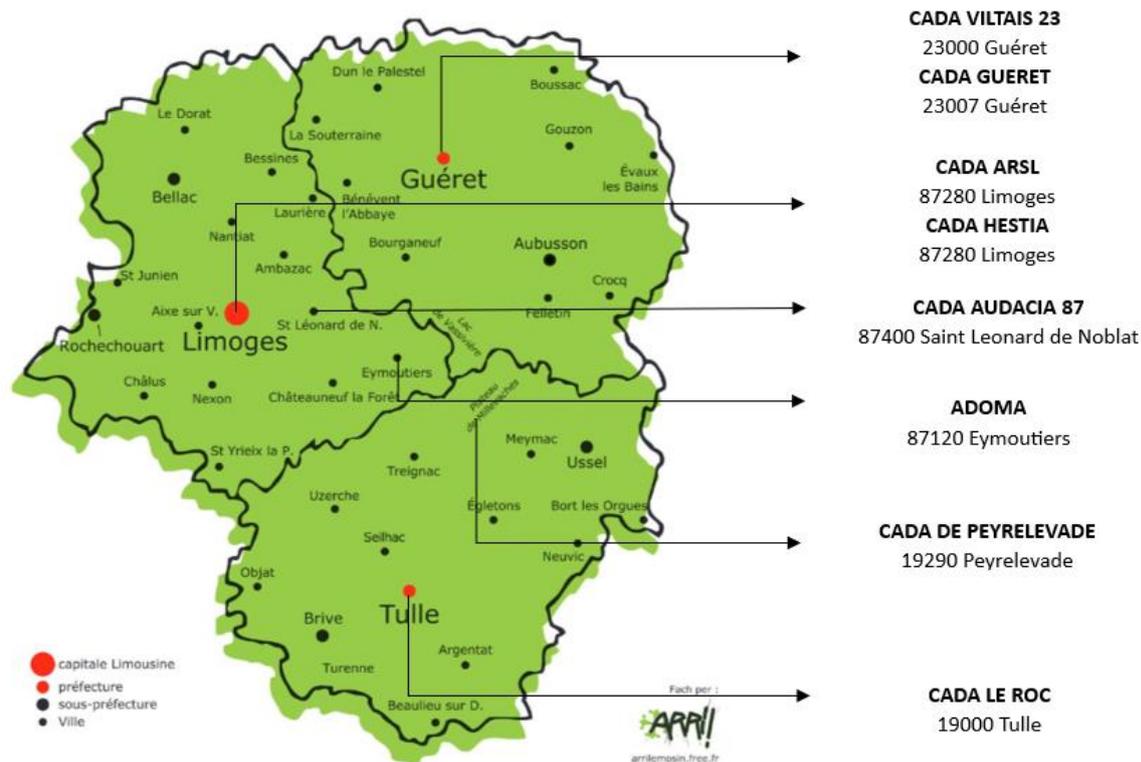


Figure 6: Répartition des Centres pour Demandeurs d'Asile dans le Limousin (55)

I.2.5.3. Le CADA de Peyrelevade (Corrèze)(56)

Situé à neuf cents mètres d'altitude en Haute Corrèze, au cœur du plateau de Millevaches, le Centre d'accueil pour demandeurs d'asile (CADA) de Peyrelevade a été créé en avril 2015, avec une capacité initiale de 60 places, portée à 70 places en octobre 2016, puis à 80 places depuis octobre 2019.

Il est composé d'une part d'un hébergement collectif et d'autre part de 2 logements en diffus. L'hébergement collectif compte 26 logements allant d'une surface de 18 à 63 m² et permettant d'accueillir des ménages allant d'une personne isolée à une famille de 6 personnes. Chaque logement est équipé de literie, d'armoire, de commode, d'un réfrigérateur-congélateur, d'un espace repas et d'une salle de bain privative avec toilettes. Il existe une cuisine et une buanderie collective sur chacun des trois étages composant le bâtiment. Les deux logements diffus comptent 10 places et sont situés à environ deux kilomètres du CADA. Le centre s'est récemment doté d'une connexion Wi-Fi gratuite à destination des hébergés pour effectuer les démarches de leurs procédures dématérialisées et maintenir le contact avec leurs proches restés dans le pays d'origine.

Les admissions au CADA de Peyrelevade se font sur orientation principalement régionale mais aussi nationale pour des personnes en procédure normale et accélérée. Le centre est géré par l'association forum réfugiés.

En 2022, ont été hébergées 122 personnes soit 74 adultes et 48 enfants dont 7 naissances au cours de l'année. Ces personnes représentaient 54 ménages dont 24 personnes isolées et 30 familles (dont 13 monoparentales).

Les principaux pays d'origine des personnes hébergées étaient l'Afghanistan (29,5%), la Guinée (6,6%), le Soudan (4,9%), la Géorgie (4,9%) et Brésil, Sénégal, République démocratique du Congo, Somalie, Turquie (4,1% chacun). Les personnes entrées allophones au centre représentaient 84,6%.

La durée moyenne de séjour était de 450 jours. Les personnes sorties bénéficiaires d'une protection internationale étaient au nombre de 28 (20 statuts de réfugié et 1 protection subsidiaire en phase OFPRA puis 9 statuts de réfugié et 1 protection subsidiaire après recours auprès du CNDA). Les personnes déboutées étaient au nombre 26.

Le taux total de reconnaissance du statut de victime est de 76% (dont 68% par l'OFPRA et 32% par la CNDA). Les Afghans étant les plus nombreux du CADA, ont eu le plus haut taux de reconnaissance mais aussi de rejet.

I.2.6. L'accompagnement médical au CADA de Peyrelevalde et intérêts de l'étude

L'arrêté du 11 janvier 2006, a institué la visite médicale obligatoire pour tous les étrangers primo-arrivants en provenance de pays tiers. Cette visite est réalisée par les médecins appartenant au service publique et d'assistance médicale de l'OFII (57) et a une mission de contrôle sanitaire et de prévention.

Le Haut Conseil de la santé publique a émis un avis en 2015, en recommandant que ce soit plutôt un « Rendez-vous Santé » obligatoire à réaliser dans un délai de 4 mois après l'entrée sur le territoire français (58). Ce « rendez-vous santé » aurait pour objectifs l'information, la prévention, le dépistage, l'orientation et l'insertion dans le système de soins de droit commun. Il recommandait également qu'il soit effectué dans diverses structures idéalement un lieu intégrant les aspects sanitaires, sociaux, psychologiques/psychiatriques et informationnels.

C'est ainsi que les demandeurs d'asile arrivant au CADA de Peyrelevalde effectuaient leur premier bilan de santé dans le service de la PASS du centre hospitalier d'Ussel.

Mais depuis le départ du médecin en charge de ces consultations, les hébergés ont été orientés vers le médecin généraliste du village, qui est l'une de mes co-directrices de thèse. Elle devient alors la porte d'entrée des migrants dans le système de santé français comme il est de plus en plus constaté sur le territoire. Ma co-directrice de thèse fait partie d'un réseau de santé appelé « Millesoins » qui regroupent des médecins généralistes du plateau de Millevaches, des kinésithérapeutes, pharmaciens et infirmiers.

Au cours des prises en charge de cette population, elle a constaté que les motifs de consultation des parents plus particulièrement des mères d'enfants en bas âge, concernaient les troubles fonctionnels digestifs comme la constipation, le refus alimentaire, la perte de poids de ces enfants. Elle constatait également que ces enfants étaient très souvent nourris à l'aide de produits transformés comme les chips, les friandises,

Pour comprendre ce phénomène et contribuer à son amélioration, nous avons décidé d'explorer par cette étude, la pratique et la gestion de la diversification et de l'équilibre alimentaire de ces enfants par leurs parents. Ou en d'autres termes, comment est-ce que les parents opèrent-ils la diversification et l'équilibre alimentaire de leurs enfants ?

II. Matériel et méthode

II.1. Les objectifs de l'étude

Notre objectif principal était d'explorer la pratique et la gestion de la diversification et de l'équilibre alimentaire des enfants de moins de 4 ans accueillis dans le centre d'accueil pour demandeurs d'asile de Peyrelevade en Corrèze.

Les objectifs secondaires étaient :

- Evaluer les connaissances des parents sur la diversification alimentaire selon les recommandations actuelles de l'OMS et les recommandations françaises
- Identifier les difficultés rencontrées et les éventuelles modifications ou adaptations effectuées à leur arrivée en France
- Evaluer la demande d'accompagnement ou de formation concernant l'alimentation de leurs enfants dans ce nouveau pays d'accueil, qui est la France.

II.2. Choix de la méthode

Nous avons opté pour une étude qualitative inspirée de l'approche par théorisation ancrée, menée par des focus groups (ou entretiens collectifs) à partir d'un guide d'entretien jusqu'à saturation des données.

L'approche par théorisation ancrée décrite et développée par Glaser et Strauss dans les années 60 aux Etats-Unis, a pour objectif de construire un modèle explicatif ou théorie en se fondant sur l'analyse de phénomènes sociaux dans une population identifiée, comme capable d'apporter une information pertinente à la question de recherche (59).

Ce type d'étude nous a semblé adapté à cette recherche, chez une population d'origines diverses, qui pourraient avoir des pratiques diverses de la gestion de la diversification alimentaire. De plus, il ne nécessite pas un échantillonnage randomisé mais un échantillonnage théorique.

Les entretiens collectifs sont conduits par un animateur/modérateur en présence d'un observateur qui collecte les informations non verbales. Ils ont été privilégiés par rapport aux entretiens individuels pour favoriser principalement l'interactivité entre les participants, l'expression de leurs différents points de vue afin d'aboutir à une multiplicité de réponses en un temps limité.

II.2.1. Population d'étude et recrutement

L'étude a été menée auprès des familles accueillies au CADA de Peyrelevade, situé dans le département de la Corrèze. Ce centre sert d'hébergement aux demandeurs d'asile en attente d'une réponse de l'Office français de protection des réfugiés et des apatrides.

Les personnes incluses devraient être :

- Un parent d'au moins un enfant âgé de moins de 4 ans et accueilli au CADA de Peyrelevade
- Et capable de comprendre le français ou l'anglais

Le seul critère d'exclusion : un parent ayant déjà participé à l'un de nos entretiens. Pour effectuer les entretiens collectifs, nous avons défini un nombre minimum de trois familles et un nombre maximum de huit familles.

II.2.2. Le guide d'entretien qualitatif

Le guide d'entretien a été élaboré à partir de nos hypothèses de recherche (Annexe 1) et de la recherche bibliographique exploratoire. Il a subi des modifications après le premier entretien et son analyse pour faciliter la compréhension des questions par les participants. (Annexe 2)

Il comportait 6 questions ouvertes et simples dont la première est dite « brise-glace » car elle permet de débiter l'échange :

1. Avec qui vivez-vous ici au CADA ?

Cette première question, permettait de connaître la composition familiale au CADA.

2. Dans votre pays d'origine, comment faites-vous pour donner les aliments autres que le lait ou le sein à votre enfant ?

Cette deuxième question consistait à évaluer les modalités de diversification dans le pays d'origine. (Quand, quoi, la forme, le type d'aliment, le mode de préparation ou la consistance, la fréquence d'introduction, ...)

3. Quelle est la réaction de votre enfant devant un nouvel aliment (ou lorsqu'il n'aime pas un aliment) ? Que faites-vous ?

Celle-ci consistait à identifier les comportements des enfants face à un nouvel aliment et la réponse parentale.

4. Qu'est-ce qui a été difficile au CADA, lorsque vous avez commencé à donner des aliments autres que le lait à votre enfant ?

5. Après votre arrivée au CADA, qu'est ce qui a changé dans l'alimentation de votre enfant ?

Ces deux questions interrogeaient les difficultés rencontrées au cours de la diversification alimentaire à l'arrivée au CADA et les adaptations ou modifications réalisées au CADA.

6. Selon vous, qu'est ce qui pourrait vous aider/ou vous aide au cours de cette période où l'enfant commence à manger autre chose que le lait ?

Cette dernière identifiait la demande d'accompagnement souhaitée par les familles.

II.2.3. La fiche de recueil préalable

Un questionnaire a été distribué à chaque participant au début de chaque entretien afin de recueillir les données socio-démographiques des participantes : état civil dont l'âge, le sexe, le pays d'origine, la date d'arrivée au CADA, la situation familiale, le niveau d'étude ou le diplôme, la profession avant l'entrée au CADA, le nombre et l'âge des enfants vivants au CADA et l'âge de la diversification des enfants en charge au CADA. Afin, de respecter la confidentialité, les noms et les prénoms ont été anonymisés par une abréviation des trois premières lettres.

II.2.4. Déroulement des focus groups ou entretiens collectifs

Avant de réaliser cette étude, nous avons demandé par écrit une autorisation à la directrice du CADA de Peyrelevade Madame BOUGUERBA Clémence, en lui présentant l'étude et en exposant les objectifs. Après son accord écrit nous avons été mis en contact avec la chargée de vie collective du CADA, Madame BAKAGA Cécilia. Cette dernière était notre interlocutrice principale entre les familles du CADA et nous. Une affiche d'information a été exposée dans les locaux du CADA.

La durée d'hébergement des familles étant variable, Madame BAKAGA nous informait par courrier électronique, du nombre de familles répondant à nos critères d'inclusion et qui souhaitaient participer à l'étude. Lorsqu'on avait au moins 3 familles, un entretien collectif était programmé.

Nous avons réalisé au total trois entretiens collectifs dans deux différents endroits.

Les deux premiers entretiens se sont déroulés le 12 septembre 2022 et le 25 avril 2023 dans l'une des salles municipales de Peyrelevade accolée au CADA. Le troisième entretien a eu lieu le 22 février 2024 dans la salle d'activité du CADA de Peyrelevade devant l'indisponibilité de la précédente salle. Les séances ont été réalisées entre 14h et 16h et enregistrées à l'aide d'un dictaphone. Au cours du 2^{ème} et du 3^{ème} entretien, nous avons utilisé un traducteur GOOGLE sur smartphone pour deux participantes (d'origine russe et pakistanaise) comprenant le français mais ne s'exprimant pas en français.

La saturation des données a été atteinte au 3^{ème} entretien, c'est-à dire qu'il n'a pas apporté de nouveaux éléments par rapport aux deux autres entretiens réalisés.

Au début de chaque focus group, l'investigatrice principale de cette étude présentait les objectifs de l'étude, le déroulement des focus aux participants et la nécessité d'enregistrer les échanges via un dictaphone. Ceux-ci remplissaient ensuite la fiche de recueil et les fiches de consentement écrit. Nous aidions les participants qui ne savaient ni lire ni écrire et ils signaient les fiches de consentement.

Ces entretiens ont été menés à l'aide du guide d'entretien par l'une des co-directrices de thèse qui jouait le rôle de modérateur au premier focus groupe et l'autre directrice de thèse aux deux autres entretiens. L'investigatrice principale était observatrice et relevait des données non verbales au cours de ces trois entretiens. Les participants échangeaient sur chaque question. A la fin des entretiens un goûter leur était proposé.

A la suite de chaque entretien, la modératrice et l'observatrice (investigatrice) procédaient à un débriefing qui permettait d'améliorer le guide d'entretien et cibler les principales idées qui ressortaient de ces focus groupes. L'investigatrice tenait un cahier de bord pour ces différents comptes-rendus.

II.2.5. Retranscription

Après chaque focus groupes, les entretiens enregistrés ont été intégralement transcrits manuellement sur un logiciel de traitement de texte Microsoft Word® pour Windows 11, par l'investigatrice. C'est la retranscription du verbatim.

Nous avons opté pour une retranscription littérale sans modification du langage et en mentionnant en italique le non-verbal. La qualité des enregistrements était suffisante même si la compréhension de certains mots a été difficile du fait de la non-maîtrise de la langue française des participants et de la présence de leurs enfants.

II.2.6. Analyse des données

Le logiciel Excel® pour Windows 11, a permis de répertorier les caractéristiques socio-démographiques des participants et la réalisation de leurs graphiques.

Les résultats de l'étude ont été obtenus à partir de l'analyse des verbatims à l'aide du logiciel NVivo14® pour Windows®, permettant un codage en trois grandes étapes.

Le premier **codage** était **descriptif**. Nous avons extrait les « idées » des propos bruts qui correspondaient à des « codes » dans NVivo®. Ce codage a fait l'objet d'une triangulation des données, l'investigatrice et les co-directrices ont confronté leurs données de codage des 2 premiers focus afin de s'assurer de la concordance de la méthode.

La seconde étape correspondait au **codage axial**. Tous les codes ont été triés, comparés et catégorisés en différents thèmes afin de répondre à la question de recherche.

La troisième étape, le **codage matriciel**, consistait à mettre en relation ces différents thèmes avec les caractéristiques sociodémographiques des participants afin d'identifier d'éventuelles typologies de répondeurs.

Dans le logiciel NVivo14®, les participants sont créés comme des « cas » ayant des attributs ou caractéristiques socio-démographiques correspondant aux « classifications de cas » ci-dessous :

- Sexe : Féminin, masculin
- Age : < ou = 20 ans, 21-30 ans, 31-40 ans, plus de 40 ans, non précisé
- Situation familiale : Célibataire, concubinage, marié, non précisé
- Niveau d'étude : non scolarisé, école primaire, lycée, université, non précisé
- Catégorie socio-professionnelle selon l'INSEE avant le CADA : agriculteur exploitant, artisan commerçants chef d'entreprise, cadres et professions intellectuelles, professions intermédiaires, employé, ouvrier, retraité, sans emploi, non précisé
- Pays d'origine : la Guinée, la République Démocratique du Congo, le Congo Brazzaville, la Côte d'Ivoire, le Mali, le Sénégal, l'Afghanistan, la Russie, le Pakistan.
- Nombre d'enfants par foyer vivant au CADA de Peyrelevade : 1 enfant, 2 enfants, 3 enfants, 4 enfants
- La durée d'hébergement au CADA : <ou= 1 mois, 1-6 mois, 6-12 mois, 12-24 mois, plus de 24 mois

II.2.7. Aspects éthiques et démarches réglementaires

Notre étude qualitative portant sur une population sensible, l'accord favorable du Comité d'éthique du Centre hospitalier universitaire de Limoges a été obtenu : Avis enregistré sous le N°64-2023-10 (Annexe 3).

Une déclaration a été effectuée auprès du registre des activités de traitement des données personnelles de l'Université de Limoges, préalablement au recueil des données.

Quelques jours avant le déroulement de chaque focus groupe un accord oral était recueilli auprès des participants. Au début de chaque entretien, l'étude était à nouveau présentée par l'investigatrice principale et les participants donnaient leurs consentements par écrit.

Les données recueillies ont été anonymisées lors de la retranscription des entretiens et de leurs analyses. P correspondait à participant, E pour entretien et les différents chiffres pour l'ordre des participants et des entretiens. Les participants ont été nommés ainsi :

- Pour le 1^{er} entretien : P1, P2, ...
- Pour le 2^{ème} entretien : P1E2, P2E2, ...
- Pour le 3^{ème} entretien : P1E3, P2E3, ...

III. Résultats

III.1. Caractéristiques socio-démographiques des participants

Au total, quinze participants vivant au CADA de Peyrelevade ont participé aux entretiens collectifs représentant quatorze foyers. Le dernier entretien a accueilli un proche (P5E2) d'une participante (P4E2), qui ne s'est pas présenté, traduisait en français certains de ses propos et semblait bien connaître les enfants de cette dernière. Nous avons recueilli peu de données le concernant. Nous les avons considérés comme un couple/foyer.

III.1.1. Sexe

Nous avons interrogé 14 femmes et 1 homme.

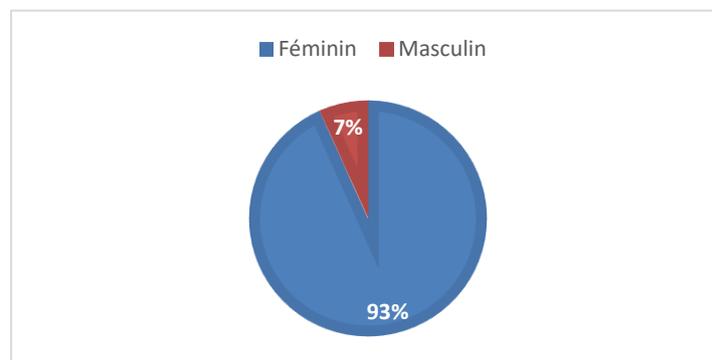


Figure 7: Proportion de femmes et d'hommes de l'étude

III.1.2. Age

La moyenne d'âge est de 27,28 ans avec des âges extrêmes à 20 et 43 ans. La tranche d'âge la plus représentée est celle des 21 à 30 ans avec neuf participantes.

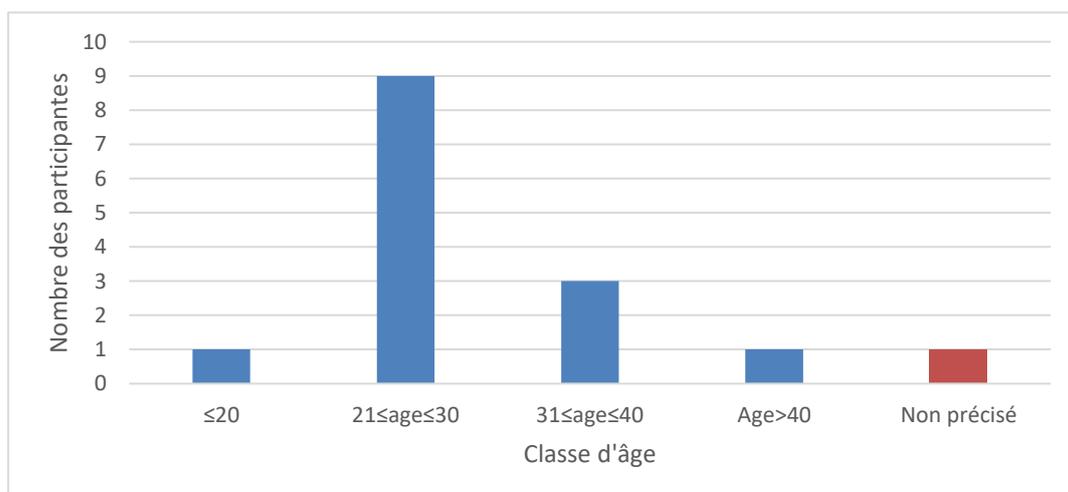


Figure 8: Répartition des participants par classe d'âge

III.1.3. Situation familiale

Nous comptons 6 femmes célibataires, 5 femmes mariées, 3 femmes vivant en concubinage et 1 homme qui n'a pas précisé sa situation familiale.

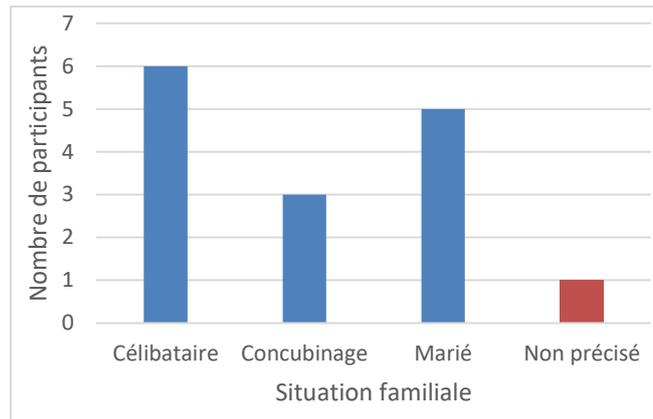


Figure 9: Situation familiale des participants

III.1.4. Pays d'origine

La Guinée était la nationalité la plus représentée avec cinq participantes, trois participants de la République Démocratique du Congo dont un homme et une participante du Congo Brazzaville, de la Côte d'Ivoire, du Mali, du Sénégal, l'Afghanistan, de la Russie, du Pakistan.

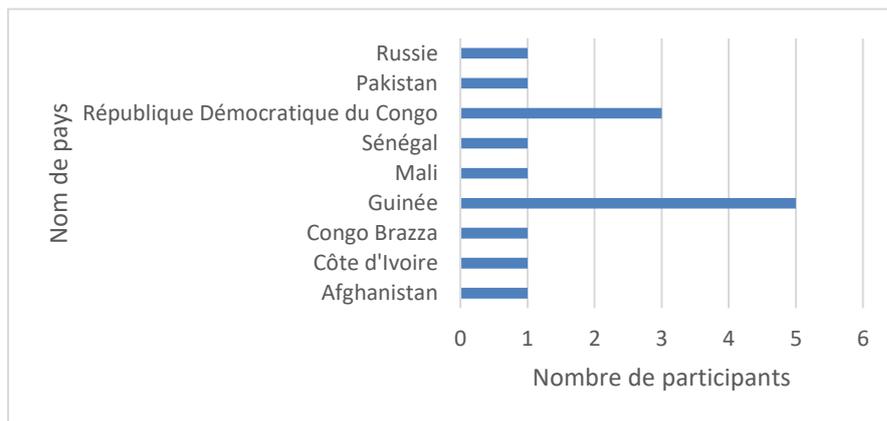


Figure 10: Répartition des participants selon le pays d'origine

III.1.5. Niveau d'étude

Deux participantes n'ont jamais été scolarisées. Onze participantes avaient au moins un diplôme du collège et trois participantes avaient un niveau universitaire.

Nous n'avons pas d'informations concernant le participant de sexe masculin.

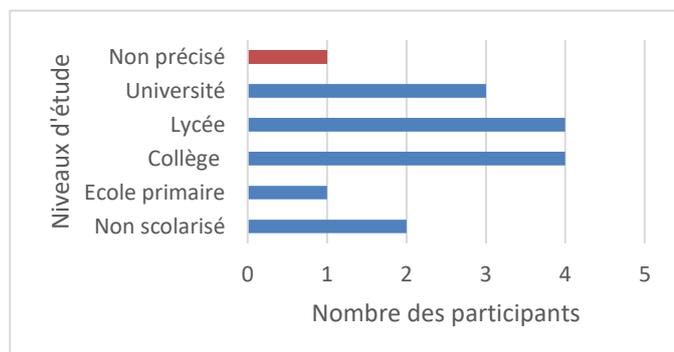


Figure 11: Répartition des participants selon le niveau d'étude

III.1.6. Catégories socio-professionnelles dans le pays d'origine

La majorité des participantes (Sept participantes) n'avait pas d'emploi rémunérateur dans leur pays d'origine, elles étaient mère au foyer dont une étudiante. Cinq participantes étaient employées (2 ménagères, 1 hôtesse d'accueil en restaurant, 1 serveuse dans un restaurant, 1 réceptionniste dans un hôtel). Une participante exerçait une profession d'enseignante et enfin une chef d'entreprise qui était commerçante.

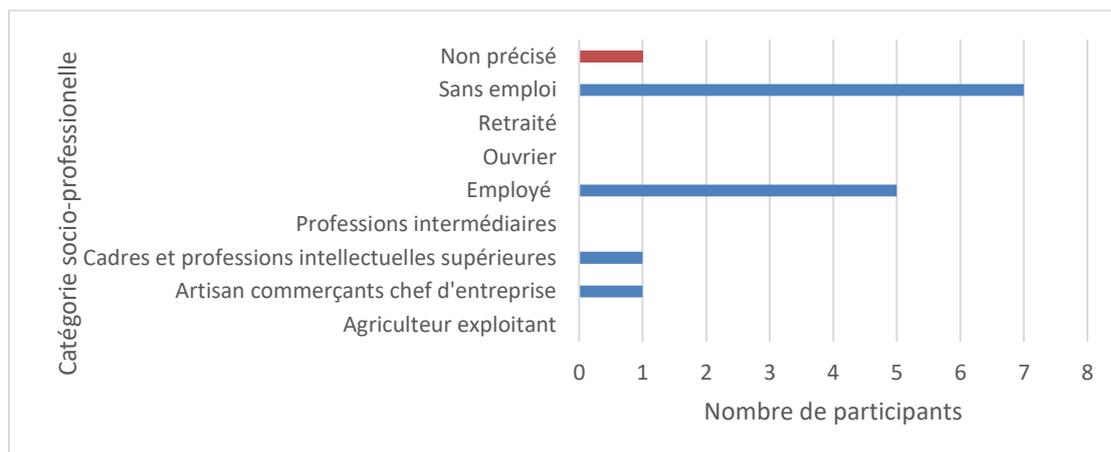


Figure 12: Répartition des participants selon la catégorie socio-professionnelle dans le pays d'origine

III.1.7. Nombre d'enfants par foyer et durée d'hébergement au CADA de Peyrelevalade

Nous avons 24 enfants pour ces 14 foyers, dont au moins 1 enfant par foyer et maximum 4 enfants. Neuf foyers possédaient un enfant, deux foyers possédaient deux enfants, un foyer possédait trois enfants et enfin deux foyers possédaient quatre enfants.

L'âge du plus petit enfant était de 2 mois 3 semaines et du plus grand enfant 10 ans.

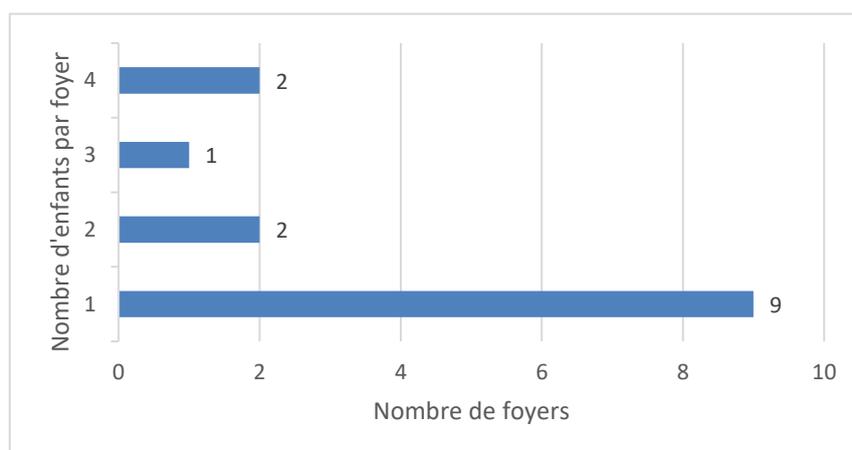


Figure 13: Répartition des enfants par foyer

Tableau 2: Répartition du nombre d'enfants et durée d'hébergement au CADA de Peyrelevade par foyer

| Participants/Foyers | Nombre d'enfants par foyer | Durée d'hébergement au CADA |
|---------------------|----------------------------|-----------------------------|
| P1 | 1 enfant | 3 semaines |
| P2 | 1 enfant | 12 mois |
| P3 | 1 enfant | 8 mois |
| P4 | 1 enfant | 12 mois 3 semaines |
| P5 | 3 enfants | 11 mois |
| P6 | 4 enfants | 18 mois |
| P7 | 2 enfants | 33 mois |
| P1E2 | 2 enfants | 1 mois |
| P2E2 | 1 enfant | 1 mois |
| P3E2 | 1 enfant | 3 mois |
| P4E2 + P5E2 | 4 enfants | 5 mois |
| P1E3 | 1 enfant | 8 mois |
| P2E3 | 1 enfant | 6 mois |
| P3E3 | 1 enfant | 10 mois |

Nous avons défini la durée d'hébergement au CADA comme étant la durée comprise entre la date d'arrivée et la date de chaque entretien. La durée moyenne d'hébergement était de 9,2 mois. La majorité des foyers (12) avait une durée d'hébergement inférieure à 12 mois.

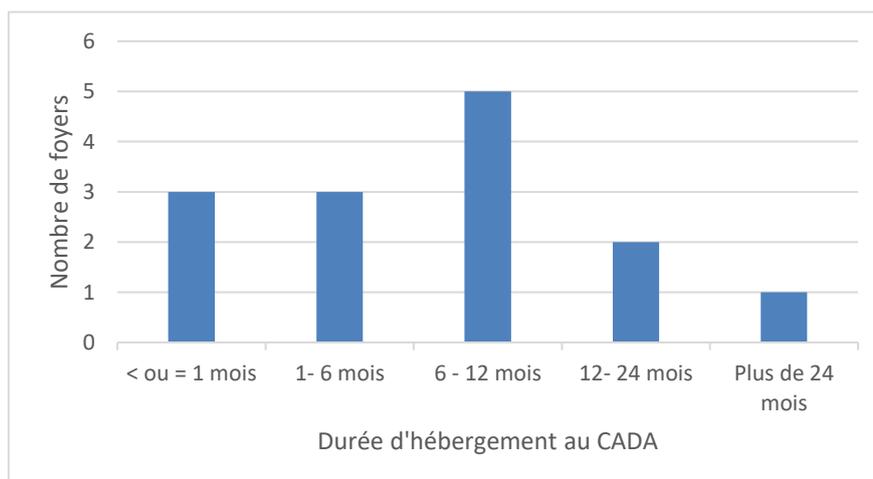


Figure 14: Répartition du nombre de foyers par durée d'hébergement au CADA

III.1.8. Age de début de la diversification

Tableau 3: Age de début de la diversification par foyer

| Age de début de la diversification | Nombre de foyers (Participants) |
|------------------------------------|--|
| Non connu | 1 (P2E3) |
| Non débuté | 1 (P2E2) |
| 4-6 mois | 9 (P1, P7, P3, P5, P6, P1E2, P3E3, P3E2, P4E2) |
| 8 mois | 1 (P4) |
| 10 mois | 1 (P1E3) |
| 12 mois | 1 (P2) |
| TOTAL | 14 |

La majorité des foyers a débuté la diversification entre 4 et 6 mois.

III.2. Entretiens collectifs réalisés

Trois entretiens collectifs en présentiel ont été réalisés en présence des enfants et de leur mère. Le premier entretien a eu lieu le 12 septembre 2022 avec 7 participantes. Le deuxième entretien a eu lieu le 25 avril 2023 avec 5 participants formant 4 foyers et le dernier entretien s'est tenu le 22 février 2024 avec 3 participantes.

La durée moyenne est de 1 heure et 8 minutes avec les extrêmes à 30 minutes 50 secondes à 1 heure 5 minutes et 29 secondes. La durée totale des enregistrements est de 2 heures 4 minutes et 7 secondes.

III.3. Résultats du codage

III.3.1. Analyse descriptive

Après l'analyse des verbatims des 3 entretiens, nous avons obtenu 96 codes descriptifs (Annexe 4).

III.3.2. Analyse axiale

L'analyse des codes descriptifs, nous a permis de faire ressortir 4 grands thèmes eux-mêmes subdivisés en sous-parties, en lien avec notre problématique principale de l'étude qui est d'explorer la diversification et l'équilibre alimentaire des enfants accueillis au CADA de Peyrelevalde :

- Les prérequis de l'alimentation de l'enfant
- Les repères pour l'alimentation de l'enfant dans le pays d'origine : religion, la tradition ou selon le ressenti parental
- Adaptation au nouveau cadre de vie, nouvelle organisation dans le nouveau pays
- Solutions mises en place par les familles et leur ressenti

Ces thèmes constituent des titres, les **codes** sont présentés **en gras** et les extraits de verbatims seront présentés « *en italique et entre guillemets* » ci-dessous.

III.3.2.1. Les prérequis de l'alimentation de l'enfant

III.3.2.1.1. Le lait, repas principal de l'enfant

Les participantes savent que le **lait** est le **principal aliment de l'enfant** quel que soit son âge. Que ce soit en plat principal, en compléments ou en dessert, les enfants en ont toujours droit et même souvent en très grande quantité après l'âge d'un an.

P7 : « Mon nom c'est F guinéenne, j'ai 3 enfants. Et les enfants qui sont ici c'est 2 enfants ... sa nourriture, ce que elle mange beaucoup beaucoup c'est lait jusqu'à présent. Mais elle mange, les nourritures que moi je mange. Mais même si après le manger, elle doit demander le lait jusqu'à présent. Sinon elle mange spaghetti, le riz, compote, compote encore. Mais le plus nourriture c'est le lait ...Mais lait, elle peut boire lait 5 fois dans la journée. Même si elle mange le riz, après elle doit demander : maman je suis faim. »

P5E2 répond en parlant du petit de 3 ans endormi dans ses bras : « Et plus ou moins 1 litre du lait, il termine ça toute la journée. »

De même, l'**allaitement maternel** est le mode d'allaitement **privilegié, prolongé** après 6 mois voire jusqu'à 3 ans et se poursuit en parallèle de la **diversification alimentaire**.

P4 : « Moi je n'ai pas encore eu l'enfant qui refuse le sein d'abord ...Pour M. par exemple c'est 1 an 6 mois, pour son frère c'est 1 an 6 mois, sa sœur c'est 2 ans ... ».

P4 : « Moi j'ai tété 3 ans. Oui ma mère m'a dit que j'ai tété 3 ans »

P5E2 : « Non, c'est le moins de 3 ans ... Il a arrêté de prendre le sein maternel ... (P4E2 lui parlant en lingala et nous entendons 1 année 2 mois) Tous les enfants ils arrêtent de prendre le sein maternel à partir de une année 3 mois. »

P1E3 répondant à l'animatrice : « Il a tété pendant 10 mois »

III.3.2.1.2. Modalités de la diversification alimentaire

Concernant la diversification alimentaire, l'**âge de début** s'étendait **entre 4 mois et 6 mois** pour la majorité des participantes. Les aliments d'initiation étaient **les légumes, les fruits, les féculents, les produits laitiers, les protéines**.

P5 : « Il a 4 mois et j'ai commencé à lui donner des légumes et un peu de fruits. Oui je les fais. Par exemple les carottes, pomme de terre, concombre, moi-même je les fais et il mange bien. »

P3E3 : « At 6 months »

La **sélectivité alimentaire** par rapport aux aliments potentiellement allergéniques a été évitée.

P2 reprit : « Oui il mange d'autres choses. Des fois tu peux faire du lait, tu peux faire du cérélac, cérélac tu donnes à l'enfant. Tu peux faire aussi du bouillie, du bouillie qu'on fait avec le poudre d'arachide, tu peux faire ça aussi tu donnes, ... on fait aussi beaucoup de choses. Si l'enfant veut manger, il n'y a pas de problème mais quand même pour arrêter de téter c'est 2 ans chez nous. Mais comme F. (sa fille) elle souffre, c'est pour ça qu'elle a arrêté. »

L'allaitement artificiel a souvent été utilisé comme moyen d'initiation de la diversification par l'utilisation des **biberons**, en relai de l'allaitement maternel. Le **lait de vache** en poudre ou entier a été utilisé.

P7 : « Pour elle, elle a laissé les seins quand elle était 4 mois. Je lui donnais les biberons et les légumes, c'est ça... »

P5 : « ... Mais à la place du sein, je lui donnais le biberon. Après ..., il mangeait déjà, lui il mangeait déjà mais il prenait le sein. Mais pour laisser le sein, je lui ai remplacé, j'ai remplacé par le biberon et s'est habitué. »

P2 : « Le lait en poudre le NIDO là. Je mets le NIDO, je mets dans le bol, je mets l'eau chaude, je le laisse refroidir un peu, je mets dans le biberon et je lui donne. Elle boit ça un peu, après c'est fini. Si je lui donne quelque chose, il veut pas, c'est comme ça. »

En fonction de l'âge de l'enfant, les **ustensiles** ou couverts étaient adaptés à la **consistance des repas** et de la **fréquence** d'introduction des aliments.

P3E2 : « Et euh à partir de 4 mois. J'essayais déjà de mettre euh, un peu de PICOT dans les biberons pour que ça devient un peu lourd et ... Voilà plus consistant... Et euh c'est les euh ... comment on appelle ça déjà, le cérélac ».

P4E2 : « Non, dans l'assiette »

Animatrice : « Dans l'assiette avec la cuillère? »

P4E2 : « Oui »

Animatrice : « D'accord, combien de fois par jour ? »

P4E2 : « 2 fois »

Elles ont eu connaissance **des aliments non-nourrissants** pour leurs enfants.

P6 : « Tous les enfants. Manger juste chocolat avec riz, frites juste, sourire ... après y a pas manger bonnes choses. Moi donner bonnes choses, il n'est pas mangé. Rire avec P7 et toutes les personnes présentes) Problème avec ça. »

Elles reconnaissent les **réactions de leur enfant** surtout en cas de refus alimentaire. Face à ces réactions, elles **n'ont pas forcé l'alimentation** et les ont **proposé à d'autres moments** pour favoriser leur acceptation.

P1E2 : « Il commence à réagir et refuse tout simplement de manger. Mais je lui donne un peu de temps et lui propose à nouveau. »

P3E2 : « Comme moi déjà, devant quelque chose que L n'a pas l'habitude, si tu essaies de lui donner, il voit qu'il n'a pas l'habitude il refuse en fait. Mais tu essaies de lui de donner, et du coup, L vomit en fait. C'est ça sa réaction. »

P1E3 : « Quand il n'aime pas, il dit qu'il n'aime pas, donc je ne force pas. Je lui donne ce qu'il veut. »

La **diversification** a été considérée **réussie** lorsque l'alimentation de leurs enfants a été similaire à leur alimentation : une alimentation d'adulte.

P4 poursuit en comptant les doigts de la main gauche : « Oui elle boit céréale, elle mange le riz, elle mange spaghetti, elle boit yaourt, elle mange tout. Tout ce que je mange aussi elle mange. »

P5 : « Mme P. Moi aussi mes enfants mangent de tout. Tout ce que moi je mange, ils mangent. »

P3E3 avec le sourire : « Yes, many things, he likes. »

III.3.2.2. Les repères pour l'alimentation de l'enfant dans le pays d'origine : religion, tradition, coutume ou selon le ressenti parental ?

III.3.2.2.1. Mode de vie dans le pays d'origine

La majorité des participants est issue d'une **famille nombreuse**. Outre les frères et sœurs, ils cohabitaient avec la famille du deuxième degré ou éloignée. Elle pouvait être aussi **une famille consanguine**.

P1 : « ... Moi je m'appelle M. je viens d'une famille vraiment un peu nombreux, disons juste du milieu. Du coup j'ai ma mère, j'ai mon père, j'ai mes frères et sœurs. Et depuis que ma grand-mère vivait... on vivait tous ensemble, ses enfants, tous ses enfants. Ce qui veut dire mon père et ses sœurs et frères et ma mère aussi. Du coup on était nombreux ... Tous sur le même toit »

P2 : « En fait moi je viens du Mali...j'ai grandi à Kai chez ma tante, la sœur de ma mère. De fait que ma mère, elle est décédée tôt, je ne connais pas ma mère, c'est ma tante qui m'a élevée. Donc du coup je grandis avec la famille de ma tante, avec ses enfants et moi...c'est de la famille, grande famille, très très grande famille. Donc j'ai eu ma première fille là-bas. Ma deuxième fille je l'ai eu à Dakar parce que c'est dans la famille aussi que je suis mariée aussi. Mon mari c'est mon cousin, c'est mariage en famille donc du coup ma deuxième fille, je l'ai eu à Dakar. »

Cette **vie communautaire** favorise le **partage intra-familial**, au sein duquel le **repas est « sacralisé »** et rythme la vie quotidienne. **L'apprentissage des habitudes alimentaires** est intra-familial.

P1 : « du coup on a appris à manger. Exemple la nourriture, on a appris à manger tous ensemble, c'est quand tout le monde vient de l'école qu'on mange tous ensemble et on fait des activités ensemble. Et on est une famille nombreuse tout simplement. »

La **transmission transgénérationnelle de la cuisine** est principalement **féminine** mais avec **une participation des enfants** aux différentes tâches ménagères.

P2 : « ... En fait dans notre famille, ce sont les tantes qui cuisinent chez nous... Nous les enfants, on faisait les tâches ménagères comme de nettoyer la maison, s'occuper des habits, faire le linge et la vaisselle, c'est nous les enfants qui s'occupent de ça. Mais pour cuisiner ce sont des grandes personnes, mes tantes, c'est eux qui cuisinent...Nous on va les aider des fois si on part pas à l'école, les samedis ou dimanches comme ça, on les aide à faire les... comment je peux dire ça en français, enlever les légumes (en mimant l'action d'éplucher) ... Maintenant que nous sommes maman adulte... c'est moi qui cuisine...donc c'est moi qui faisais la cuisine ».

Bien qu'une certaine **précarité dans le pays d'origine** a été évoquée par les participants, il existe une **autosuffisance alimentaire** favorisant les **plats cuisinés** ou **faits-maison**.

P3 : « Et moi c'est Mme S., lorsque j'étais là-bas avec ma mère, c'est moi qui cuisine, c'est moi qui ménage tout, parce que mon maman, elle va partir au champ pour culture...Je vais cuisiner, je vais ménager tout parce que mon maman et mon père vont partir au champ pour culture ».

P1 : « ... En Afrique c'est dans Koh Lanta, tu manges ce que tu gagnes. C'est la vérité. »

Animatrice : « C'est plus facile ici ? »

P1 : « C'est plus facile ici. »

P2 : « Ensuite ici c'est très très facile parce que en Afrique tu ne peux pas recevoir même un seul centime sans travailler... »

P1 : « On est dans Koh Lanta quoi. »

P2 continua avec le sourire : « Mais là on s'occupe bien de nous, on nous donne de l'argent pour s'occuper des enfants. Franchement ici c'est cool. »

III.3.2.2.2. La tradition, la religion : Repères pour l'allaitement et la diversification ?

L'allaitement maternel prolongé serait obligatoire jusqu'à l'âge de 2 ans dans le pays d'origine.

P1 : « Euh je voulais juste euh, j'avais une question pour Mme P2. Comme elle dit que eux chez eux c'est jusqu'à 2 ans, je voulais savoir si c'était obligatoire genre qu'un enfant tète 2 ans. »

P2 : « Chez nous c'est obligatoire mais c'est juste si tu n'as pas pu te retenir jusqu'à 2 ans, tu es tombée enceinte, là on peut te dire comme tu es enceinte il faut arrêter. Il faut faire arrêter ton enfant de téter, comme ça tu vas commencer à donner d'autres nourritures à part le sein. Mais si tu n'es pas enceinte tu peux continuer jusqu'à 2 ans. C'est ça qui est chez nous. »

Pour certaines participantes, **la religion** serait à l'origine de cette règle.

P7 : « Ça c'est pas coutume, tant que tu es musulman, c'est Dieu dit ça dans le Coran qu'on donne les seins jusqu'à 2 ans. »

P1 les questionna, toute étonnée : « C'est la religion ? »

P2, P3, P7 acquiesçaient et répondaient ensemble : « Oui c'est la religion »

L'une des explications avancées : **la religion** reconnaîtrait le lien mère-enfant qui devrait être conservé. Le respect de cette règle serait gage d'une bonne entente entre Dieu et ses fidèles.

P7 : « Comprendre han, c'est pas coutume mais c'est religion parce que il y a quelque chose entre les filles et sa mère. Il y a quelque chose. Quand tu n'as pas donné ça à ta fille tu dois eu quelque chose, c'est mieux. C'est les lois entre les enfants et sa mère. C'est ça que elle voulait les expliquer. »

P7 tenant sa fille dans son bras gauche, jambes croisées, regardant l'animatrice : « Oui M. comme j'ai dit c'est la religion, parce que à notre religion tu peux donner les enfants le sein jusqu'à 2 ans. Là vous n'avez pas de problème à propos de Dieu ... »

Pour d'autres participantes, **la tradition ou la coutume** serait à l'origine de cette règle.

P4 : « Je n'en disconviens pas, je veux dire que c'est vrai. Je veux dire que je sais parce que moi ma fille a tété 2 ans. Je veux dire que chacun a sa coutume malgré que nous sommes tous les musulmans. »

P4 : « Mais euh j'ai une question. Euh la religion non, chacun a son coutume inh. »

Cependant, certains enfants ne seraient pas soumis à cette obligation.

P7 : « Oui je comprends, je comprends mais les religions c'est pas pour tous les enfants. »

Le **sevrage de l'allaitement maternel** pouvait être déclenché par différents moyens :

- **Un évènement religieux**

P3 : « Ma 1ère fille, elle a laissé le sein 1 an 9 mois parce que il y a, parce que c'est mois de Ramadan est venu, je ne peux pas faire téter. J'étais très fatiguée, ma mère est venue pour prendre. Elle tète bien elle ne veut pas le mangé, c'est le tété seulement avec du lait. Elle est partie chez ma mère là-bas. Elle mange tout. »

- **A l'initiative de l'enfant ou spontané**, ceci n'est pas considéré comme une faute dans la religion.

P3E2 : « Au s..., j'ai j'ai allaité au sein, au biberon jusqu'à 6 mois il a refusé. Et je suis restée avec le biberon. »

P7 tenant sa fille dans son bras gauche, jambes croisées, regardant l'animatrice : « Oui M. comme j'ai dit c'est la religion, parce que à notre religion tu peux donner les enfants le sein jusqu'à 2 ans. Là vous n'avez pas de problème à propos de Dieu mais quand les enfants même laissé, ce n'est pas de problème. J'ai expliqué tout ce que Mme B. elle a dit. Mais pour elle là, ma fille B. elle a laissé le sein jusqu'à elle était 4 mois. Elle a laissé le sein. Quand je donne, elle boit pas sauf les biberons. »

- Provoqué **par un traumatisme**, telle l'**excision** :

P2 : « Mes enfants aussi, avant eux ils mangent Tô, mais du fait que moi ma seconde et dernière fille là, elle a eu beaucoup de difficultés. Beaucoup de difficultés parce que chez nous l'excision c'est obligatoire, des fois ça entraine beaucoup de chose. Des fois si l'enfant est excisé à l'âge d'un an, elle peut pas manger, c'est difficile. Elle va arrêter de téter, aussi tout ça a rendu la vie très très difficile. »

P2 les deux bras ouverts, tendus et posés sur la table : « Pour les autres de mes enfants, chez nous c'est jusqu'à 2 ans qu'on fait arrêter les enfants de téter. Mais F. de fait qu'elle souffre, c'est pour ça elle a arrêté toute seule. Voilà, sinon chez nous c'est 2 ans 2 ans, l'enfant arrête de téter. »

- **A l'initiative de la mère**, devant **une nouvelle grossesse** ou selon son ressenti

P2 : « Chez nous c'est obligatoire mais c'est juste si tu n'as pas pu te retenir jusqu'à 2 ans, tu es tombée enceinte, là on peut te dire comme tu es enceinte il faut arrêter. Il faut faire arrêter ton enfant de téter, comme ça tu vas commencer à donner d'autres nourritures à part le sein. Mais si tu n'es pas enceinte tu peux continuer jusqu'à 2 ans. C'est ça qui est chez nous. »

P5 les bras croisés sur la table, toujours souriante : « ... Pour le 2 ème, lui il a pris le sein maternel jusqu'à 18 mois. Lui, c'est moi qui a fait qu'il arrête parce que j'étais enceinte. Donc je devais l'arrêter. Je devais l'arrêter et pour arrêter c'était pas facile. »

III.3.2.3. Adaptation au nouveau cadre de vie, nouvelle organisation, nouveau pays

III.3.2.3.1. Mode de vie dans le nouveau pays

La migration a entraîné un **clivage familial**. Le schéma familial est remodelé : passage d'une **famille nombreuse à une petite famille** : nucléaire ou monoparentale.

P4 : « Moi aussi j'ai deux enfants au pays, et un ici »

P6 : « Je m'appelle M. je suis afghane. J'ai cinq sœurs et trois frères et ma maman et mon papa restés en Afghanistan. Je venir avec mon mari, je marié avec mon mari, venir avec les enfants. »

P4E2 tenant son nourrisson dans le bras gauche, s'adresse en lingala (sa langue d'origine) en se tournant vers son accompagnateur. Celui-ci lui répond en lingala. Puis elle répond : « Je suis seule avec les enfants. »

La cuisine devient alors une affaire des deux parents et non uniquement des mères.

P5 : « Et ici dans le foyer, c'est moi mais Monsieur aussi sait cuisiner. Lui aussi des fois (En riant) il fait quand moi je n'arrive pas et que je suis fatiguée. Et il fait bien la cuisine et il fait. »

III.3.2.3.2. Changement de statut dans le pays d'accueil et nouvelle organisation au CADA

Les familles ont des **moyens économiques** plus élevés que dans le pays d'origine via l'allocation des demandeurs d'asile (ADA). Des **moyens de déplacement** étaient mis à disposition, une **association caritative** et un **supermarché** étaient accessibles à proximité du centre d'accueil.

P2 : « Alors moi je peux dire qu'on a pas eu de difficultés. Pour moi quand même, j'ai pas eu de difficultés. Parce que du coup tu vas recevoir l'argent dans ton carte. Tu peux aller chaque jeudi, il y a le voiture qui nous ramène à Ussel pour aller acheter. Tu peux aller là bas acheter tout ce dont ton enfant a besoin. Chaque deux semaines aussi, il y a les restos du cœur. On nous donne des gâteaux, du lait, on nous donne beaucoup de choses. On peut dire que hahamdoullillah ça va. Tout va bien, pour moi, quand même tout va bien. »

L'allaitement mixte est davantage privilégié par rapport à l'allaitement maternel exclusif.

P2E2 : « Oui oui, au sein avec le lait artificiel »

Les habitudes alimentaires ont été alors modifiées : **accès aux plats industriels, aux produits sucrés et salés**. Les familles se sont heurtées alors à des **difficultés alimentaires qualitatives** au cours de la **diversification alimentaire** :

- **Refus alimentaire et sélectivité alimentaire** ont été prédominant chez **les enfants nés dans le pays d'origine** :

P6 : « Ah j'ai une question. Mon enfant y a pas mangé, y a pas boire lait, y a pas mangé œuf. Pour moi difficile très difficile, juste que chocolat. »

P5E2 : « Souvent ils viennent même à l'école : Ah aujourd'hui on a préparé ça, nous n'avons pas mangé. On a laissé les aliments comme ça. Souvent depuis le matin, 8h à 16h les enfants

ils n'ont pas mangé. Arrivés ici à la maison, la nourriture dont on a donné à l'école c'est ça qu'ils vont retrouver aussi à la maison. On va vite chercher même les petites choses, les chips, du lait ... c'est seulement comme ça. Mais ça va aller on va essayer, on n'a pas de choix. »

- Les **troubles digestifs** comme les douleurs abdominales et la constipation ont été observées :

P4 : « Moi ma fille, elle mange tout ? quand je suis partie chez Docteur P. elle m'a demandé parce que moi de nature je suis constipée beaucoup. Donc je peux dire que elle m'a ressemblée. Elle est beaucoup constipée. Avant elle était beaucoup constipée. Donc quand je suis partie, elle mangeait les chips avec les biscuits et tout. »

P5E2 : « On les donne mais souvent ça leur fait des de ... elles souffrent de la ventre s'il mange trop de sucre, elle se plaint beaucoup aussi. Mais c'est mieux on les donne les chips qu'ils aiment. Les bonbons, ils aiment pas trop. »

Au CADA, les familles ont été tiraillées entre le **désir de conservation de leur culture d'origine** entre autres des **mets du pays d'origine** et la **volonté d'intégration** dans le nouveau pays.

P3E2 : « Et en fait, on ne veut pas perdre la culture aussi et c'est ça, on voulait que les enfants bien sûr ils vont manger plus d'ici mais au moins qui puisse avoir aussi ... »

P5E2 : « Manger la nôtre et ... »

P3E2 : « Manger la nourriture de chez nous. Voilà c'est un peu ça. »

Devant la **méconnaissance de la cuisine du pays d'accueil**, elles se sont adonnées à **des comparaisons qualitatives des produits alimentaires**.

Animatrice : « Et est-ce que vous pensez qu'ici ils mangent des choses plus diversifiées, plus variées qu'au pays ou bien pas forcément ? »

P3E2 poursuit : « Et que au pays c'est c'est, il y a beaucoup de diversité, mais ici pas forcément, voilà »

P5E2 : « Trop de choses sont très gras ... »

P3E2 : « Et que vu qu'on connaît pas trop aussi la cuisine, et voilà... »

P5E2 : « Ici c'est trop de boîte on nous donne, dans les restos du cœur, ... »

Elles ont exprimé également la **difficulté d'accès réguliers aux produits alimentaires du pays d'origine**. La présentation commerciale de certains produits connus dans le pays d'origine, est différente dans le pays d'accueil. Elles ne savent souvent pas comment les cuisiner.

P5E2 portant toujours l'enfant de 3 ans endormi dans ses bras, fixant l'animatrice poursuit: « Feuilles de manioc de poissons, de la viande. Mais ici c'est trop difficile pour avoir même du poisson. Donc souvent c'est déjà expiré par exemple. On n'a pas le choix on va donner seulement aux enfants. Ils mangent pas vraiment du tout bien....»

P5E2 : « Mais si on va faire nos courses propres, là on essaie d'acheter ce que les enfants ils aiment : les ignames, les feuilles de manioc, tout cela, des haricots... Mais ici des haricots d'ici, c'est déjà préparé conservé. Une fois vous ouvrez, vous mettez dans le micro-onde, vous donnez à l'enfant, il mange pas vraiment du tout bien. »

L'alimentation a été certes **variée, pluriculturelle** c'est-à-dire **emprunt du parcours migratoire**

P5 : « Mme P. Moi aussi mes enfants mangent de tout. Tout ce que moi je mange, ils mangent. Ils mangent africain, ils mangent brésilien, ils mangent tout. Sauf mon bébé de 4 mois, maintenant là il commence à manger. Il a 4 mois et j'ai commencé à lui donner des légumes et un peu de fruits. Pour les légumes je préfère moi-même les faire que les acheter de pots comme ça là.... »

... Mais l'alimentation apparaissait **stéréotypée** autour **des féculents** :

P2 : « ... Avec F. c'est différent. Elle pour manger du riz c'est compliqué, elle mange pas. C'est du lait seulement, frites, spaghetti, ... »

P4 : « Oui elle boit céréale, elle mange le riz, elle mange spaghetti ... »

P1 : « ...On mange tout, parce que d'habitude moi j'essaie de faire la nourriture qu'on peut garder dans le ventre longtemps comme du riz, des euh des spaghettis par exemple et euh... En tout cas des trucs lourds et pommes de terre aussi euh des frites plus rapides. Et euh et c'est tout on mange. »

III.3.2.4. Solutions mises en place par les familles au CADA et leur ressenti

III.3.2.4.1. Solutions par les familles

Devant les **difficultés alimentaires** de leurs enfants, les solutions mises en place par les familles ont été :

- **Apprentissage de nouvelles habitudes alimentaires** par les mères à travers la **proposition répétée des mets** du pays d'accueil :

P5 : « Ils mangent beaucoup le riz, beaucoup nos aliments africains aussi. Ils mangent beaucoup. Alors le 1er qui allait commencer à aller à la crèche, à l'école plutôt, j'ai un peu modifié euh, ... J'ai commencé à faire genre le euh, j'ai changé un peu la façon. Au lieu qu'il mange tout le temps le semoule parce que à l'école ils ne mangent pas de semoule, ils mangent pas souvent le riz. Je sais pas s'ils mangent, mais pas souvent j'espère. Et j'ai commencé à faire des gratins, ce genre de chose, des petits pois qu'il ne mangeait pas, il commence à manger. Et je l'ai aussi inscrit à la cantine à l'école et on me dit aussi qu'il mange bien. Donc ça a commencé vite. »

P1E2: « Après notre arrivée ici, N. il y avait peu de nourriture nouvelle. Je les ai ... un peu de nourriture nouvelle. Je les ai laissé essayer de nouveaux goûts et les enfants aiment ça. »

- **Choix participatif de l'enfant aux produits alimentaires :**

P2 : « Wouai, quand je pars au CASINO, je ramène ma fille avec moi. Je lui demande ce que tu aimes manger. Des fois elle me dit biscuit avec chocolat. Elle montre ce qu'elle veut. Si je vois c'est trop sucré, je dis je veux pas acheter ça pour toi, c'est pas bon pour le ventre. Donc si elle choisit quelque chose de bon, je prends. Si c'est pas bon je dis non. Si c'est des bonbons je prends un seul paquet, je le garde. Chaque 1 semaine je le donne un peu un peu un peu un peu mais je ne le donne pas beaucoup. Parce qu'on dit trop de sucre c'est pas bon pour le ventre. Donc du coup c'est moi qui va choisir ça. Quand il va manger le bonbon et quand il va pas manger. Sinon les restes de nourriture là, c'est elle qui choisit. Quand elle dit elle veut ça je le donne. Si elle veut pas je laisse. Je cherche quelque chose qu'elle aime. C'est ça. En tout cas le CASINO ça nous aide beaucoup parce que c'est tout près. »

- **Les sucres rapides** ont été proposés grâce à leur facilité d'accès :

P4 : «... elle boit du jus aussi. Du jus avec des bonbons, pas trop le bonbon pas trop. C'est quand je sors, je mets un peu sur moi pour que quand elle demande je puisse la convaincre. Avec de... un peu de chocolat, c'est tout. Avec souvent les fruits c'est rare parce que elle mange pas en tant que tel. Donc souvent elle mange aussi la viande avec le poisson. Elle mange tout, elle n'a pas de totem. Seulement elle mange pas beaucoup les fruits seulement pour le moment. »

- **Un laxisme alimentaire** a été observé, pouvant conduire à « l'enfant roi » :

P1E3 : « C'est lui qui choisit ce qu'il veut prendre par exemple quand on va aller manger, je demande tu veux le riz ou la pâte ? »

P1E3 : « Si il dit il ne veut pas, il ne veut pas. Je lui donne pas. »

P5E2 : « Souvent ils viennent même à l'école : Ah aujourd'hui on a préparé ça, nous n'avons pas mangé. On a laissé les aliments comme ça. Souvent depuis le matin, 8h à 16h les enfants ils n'ont pas mangé. Arrivés ici à la maison, la nourriture dont on a donné à l'école c'est ça qu'ils vont retrouvés aussi à la maison. On va vite chercher même les petites choses, les chips, du lait ... c'est seulement comme ça. »

- **La suppression lactée** partielle a été tentée pour favoriser la prise des aliments solides ou elles ont compensé l'alimentation par de grande quantité de lait en cas d'échec :

P2E3 : « Moi ça dépend aussi quand il a faim. La journée, je l'ai interdit de boire le lait la journée. »

P2E3 : « Bah, je l'ai décidé comme ça. Il prenait trop le lait et du coup j'ai décidé d'arrêter le lait la journée. Donc la journée, je lui force à donner les compotes. »

P3E2 : « Avec le verre c'est trop compliqué même L. (son fils) aussi. Mais L. par jour il prend 2 litres de lait. Je sais pas si c'est trop ? »

- **La résignation parentale :**

P5E2 traduit les propos de P4E2 : « Les enfants ils vivent non dans leurs sentiments, on est en train de leur introduit dans un autre monde pas selon leur volonté en fait. »

P5E2 : « Souvent ils viennent même à l'école : Ah aujourd'hui on a préparé ça, nous n'avons pas mangé. On a laissé les aliments comme ça. Souvent depuis le matin, 8h à 16h les enfants ils n'ont pas mangé. Arrivés ici à la maison, la nourriture dont on a donné à l'école c'est ça qu'ils vont retrouver aussi à la maison. On va vite chercher même les petites choses, les chips, du lait ... c'est seulement comme ça. Mais ça va aller on va essayer, on n'a pas de choix. »

III.3.2.4.2. Nouveaux repères dans le pays d'accueil

Le corps médical, principalement **le médecin généraliste** devient une **source d'information** :

P3 : « Pour moi, pour mon bébé pour qu'elle mange c'est problème ; parce que au début lorsqu'elle a eu le 3 mois, j'ai acheté le lait en poudre le Guigoz là à la pharmacie là bas. Je lui donné mais elle ne veut pas. J'ai essayé essayé jusqu'à elle a eu 1 mois encore ça fait 4. J'ai demandé à docteur, elle m'a dit que je donne maintenant les légumes et du fruit. J'ai acheté ça encore, elle veut pas. Au moins c'est le fruit elle va prendre un peu. Mais les légumes elle ne veut pas ça. J'ai essayé elle ne veut pas. »

P1E3 : « A l'hôpital, on me dit souvent que les chips, c'est pas trop bien pour l'enfant. Le coca, même les jus de fruits les ... Moi j'ai absolument interdit les bonbons. Les bonbons c'est quand on voyage dans le train, je donne. Mais à la maison je ne donne plus... »

Les collectivités comme la **cantine scolaire**, la **crèche** devient une source d'information et lieu de découverte et d'adaptation alimentaire des enfants :

P5 : « Et quand il s'est habitué à la crèche là, il ne voulait plus prendre les seins. Il a voulu commencé euh ... parce que à la crèche, il prenait le biberon. Après il s'est habitué au biberon et je l'ai laissé avec le biberon. Après quand il est arrivé à 5 mois, la crèche m'a dit que non, à 6 mois il doit commencer à manger à l'école donc je dois commencer la diversification. Alors j'ai commencé à essayer déjà à manger à partir de 5 mois un peu jusqu'à ce que il s'habitue. Mais pour le sein il l'a laissé de lui-même à 3 mois. »

P2 : « Maintenant elle mange si je pars là bas, je demande. On me dit elle mange parce que quand elle voit les autres enfants entrain de manger, elle a envie de manger elle aussi. C'est grâce à ça, voilà ».

P1E3 : « Oui à la cantine, quand il goûte quelque chose il vient il dit : maman je veux ça. Par exemple c'est quand il a commencé à partir à l'école que j'ai sû qu'il aimait la carotte. »

L'accès à **internet** était également une source d'information : *P1E3 : « A Google »*

Ces nouveaux repères au CADA semblent insuffisants pour certaines familles. Les demandes d'aide exprimées concernent principalement les modalités d'initiation de la diversification alimentaire, les moyens de lutte contre **la constipation** et la recherche de la « norme » chez l'enfant :

P3E2 : « Avec le verre c'est trop compliqué même L. (son fils) aussi. Mais L. par jour il prend 2 litres de lait. Je sais pas si c'est trop ? »

P3E2 poursuit : « Et je sais pas comment le faire arrêter cela, voilà. »

P2E2 : « J'aimerais que à partir de à partir de 4 mois, je voudrais que vous me dire ce que je vais donner à mon enfant pour qu'elle puisse manger très bien d'autres aliments que le lait. »

III.3.2.4.3. Etude des sentiments : le ressenti parental sur l'alimentation des enfants

Nous présentons les résultats de l'étude des sentiments des familles sur la manière dont elles perçoivent l'alimentation de leurs enfants au CADA dans le processus d'adaptation. Pour chaque propos développé le logiciel NVivo® nous a permis de coder les sentiments positifs et négatifs.

Les sentiments sont mitigés car aucune tendance franche n'apparaît mais le résultat illustre l'opinion des familles au cours des 3 entretiens.

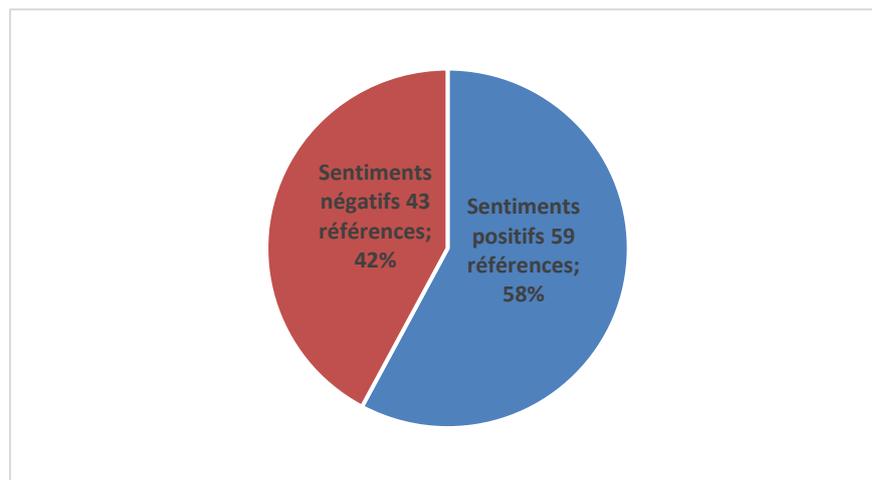


Figure 15: Proportions du nombre de références négatives et positives

Le premier entretien compte 19,05% de références positives contre 5,88% de références négatives.

Le deuxième entretien compte 2,83% de références positives contre 8,84% de références négatives.

Le troisième entretien compte 9,86% de références positives contre 3,20% de références négatives.

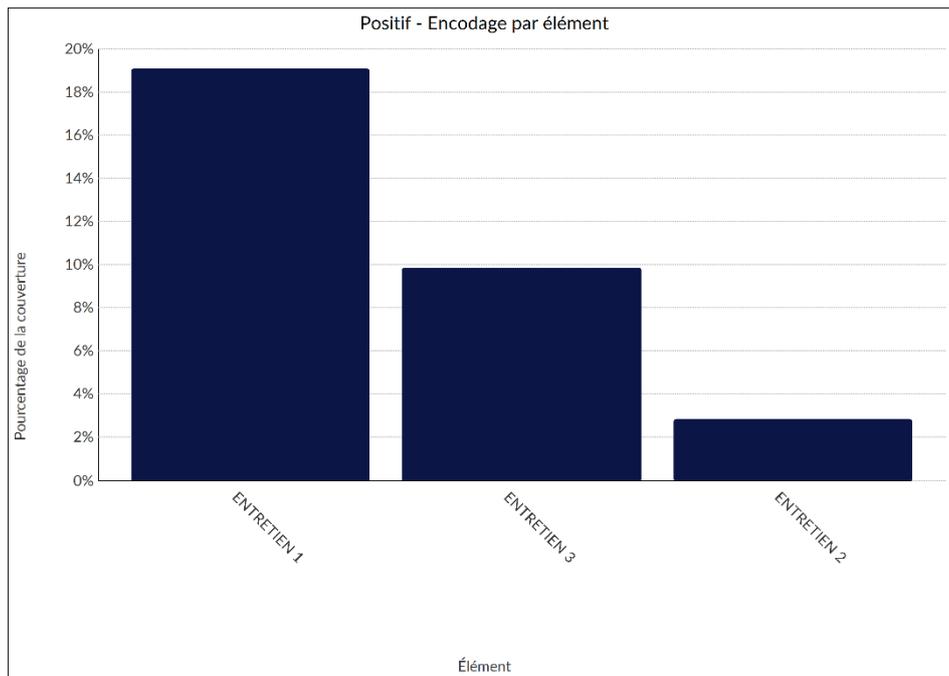


Figure 16: Répartition du pourcentage de couverture des références positives en fonction des différents entretiens

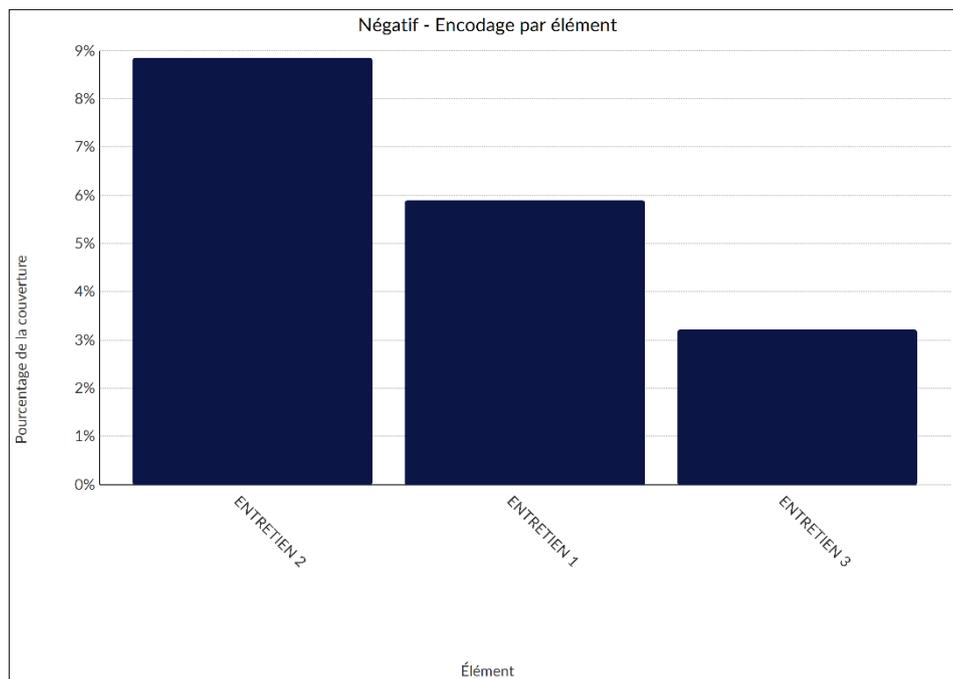


Figure 17: Répartition du pourcentage de couverture des références négatives en fonction des différents entretiens

Les sentiments positifs semblent avoir plus de références dans l'entretien 1 puis de l'entretien 3. Les sentiments négatifs sont plus référencés dans l'entretien 2.

III.3.3. Analyse matricielle

Nous avons cherché à analyser si certaines caractéristiques des participants influençaient la conduite de la diversification et de l'équilibre alimentaire de leurs enfants.

Nous présenterons uniquement les matrices qui permettent d'identifier les tendances dans les réponses en fonction des caractéristiques des participants, sous forme de tableau pour chacun des thèmes explorés ci-dessus. Les chiffres correspondent aux nombres de références associées à chaque code c'est-à-dire au nombre de fois où le code a été exprimé et la couleur la plus foncée correspond au plus grand nombre de références.

III.3.3.1. Les prérequis de l'alimentation de l'enfant : Le mode d'allaitement et l'âge du début de la diversification alimentaire

III.3.3.1.1. Selon l'âge des participantes

Tableau 4: Le mode d'allaitement en fonction de l'âge des participantes

| | <=20 ans | 21 et 30 ans | 31 et 40 ans | > 40 ans |
|---|----------|--------------|--------------|----------|
| Allaitement artificiel | 1 | 2 | 0 | 0 |
| Allaitement maternel inférieur ou égal à 6 mois | 1 | 10 | 2 | 1 |
| Allaitement maternel supérieur à 6 mois ou prolongé | 0 | 16 | 15 | 0 |
| Allaitement mixte | 0 | 8 | 1 | 0 |

Dans notre échantillon, l'allaitement maternel était le mode principal d'allaitement chez toutes les participantes. Les participantes de 21-30 ans et 31-40 ans sont les seules à évoquer l'allaitement maternel prolongé.

Tableau 5: Age du début de la diversification en fonction de l'âge des participantes

| | <=20 ans | 21 et 30 ans | 31 et 40 ans | > 40 ans |
|------------|----------|--------------|--------------|----------|
| Non connu | 52 | 1 | 0 | 0 |
| Non débuté | 0 | 50 | 0 | 1 |
| 4-6 mois | 0 | 246 | 19 | 12 |
| 8 mois | 0 | 11 | 70 | 0 |
| 10 mois | 1 | 70 | 0 | 0 |
| 12 mois | 0 | 4 | 34 | 0 |

L'âge de début de la diversification situé entre 4-6 mois est le code qui a été le plus référencé principalement chez les participantes entre 21 et 30 ans. Les participantes de 31-40 ans ont référencé des âges tardifs de diversification à 8 mois et 12 mois.

III.3.3.1.2. Selon la situation familiale des participantes

Tableau 6: Le mode d'allaitement selon la situation familiale des participantes

| | Célibataire | Concubinage | Marié(e) |
|---|-------------|-------------|----------|
| Allaitement artificiel | 2 | 1 | 0 |
| Allaitement maternel inférieur ou égal à 6 mois | 3 | 8 | 4 |
| Allaitement maternel supérieur à 6 mois ou prolongé | 5 | 17 | 9 |
| Allaitement mixte | 8 | 1 | 0 |

L'allaitement maternel prolongé a été évoqué principalement chez les participantes qui vivaient en couple (concubinage ou marié). Celles qui étaient célibataires, ont exploré tous les autres modes d'allaitement principalement l'allaitement mixte.

Tableau 7: Age de début de la diversification selon la situation familiale des participantes

| | Célibataire | Concubinage | Marié(e) |
|------------|-------------|-------------|----------|
| Non connu | 52 | 0 | 0 |
| Non débuté | 50 | 0 | 1 |
| 4-6 mois | 172 | 43 | 63 |
| 8 mois | 0 | 70 | 4 |
| 10 mois | 70 | 0 | 2 |
| 12 mois | 3 | 4 | 34 |

L'âge de début de la diversification situé entre 4-6 mois est le code qui a été le plus référencé principalement chez les participantes célibataires et mariées. Celles vivant en concubinage ont davantage référencé l'âge de diversification à 8 mois.

III.3.3.1.3. Selon le niveau d'étude des participantes

Tableau 8: Le mode d'allaitement selon le niveau d'étude des participantes

| | Non scolarisé | Ecole primaire | Collège | Lycée | Université |
|---|---------------|----------------|---------|-------|------------|
| Allaitement artificiel | 0 | 0 | 1 | 2 | 0 |
| Allaitement maternel inférieur ou égal à 6 mois | 1 | 2 | 0 | 7 | 5 |
| Allaitement maternel supérieur à 6 mois ou prolongé | 7 | 3 | 10 | 9 | 3 |
| Allaitement mixte | 0 | 0 | 5 | 3 | 1 |

L'allaitement maternel a été le mode d'allaitement le plus évoqué peu importe le niveau d'étude des participantes mais principalement l'allaitement maternel prolongé.

Les participantes de niveau d'études secondaires et supérieures ont évoqué aussi l'allaitement mixte.

Tableau 9: Age de début de la diversification selon le niveau d'étude des participantes

| | Non scolarisé | Ecole primaire | Collège | Lycée | Université |
|------------|---------------|----------------|---------|-------|------------|
| Non connu | 0 | 0 | 0 | 52 | 1 |
| Non débuté | 0 | 0 | 3 | 50 | 1 |
| 4-6 mois | 19 | 20 | 160 | 69 | 22 |
| 8 mois | 70 | 0 | 4 | 11 | 0 |
| 10 mois | 0 | 0 | 2 | 1 | 70 |
| 12 mois | 4 | 1 | 34 | 4 | 0 |

Les participantes, peu importe leur niveau d'étude ont plus référencé l'âge de début de diversification entre 4-6 mois. Les participantes non scolarisées et de niveau d'étude supérieure ont référencé un âge de diversification à 8 et 10 mois.

III.3.3.1.4. Selon la catégorie socio-professionnelle des participantes avant le CADA

Tableau 10: Le mode d'allaitement selon la catégorie socio-professionnelle des participantes avant le CADA

| | Agriculteur exploitant | Artisans, commerçants, chef d'entreprise | Cadres et professions intellectuelles supérieures | Professions intermédiaires | Employé | Ouvrier | Retraité | Sans emploi |
|---|------------------------|--|---|----------------------------|---------|---------|----------|-------------|
| Allaitement artificiel | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| Allaitement maternel inférieur ou égal à 6 mois | 0 | 1 | 6 | 0 | 4 | 0 | 0 | 4 |
| Allaitement maternel supérieur à 6 mois ou prolongé | 0 | 0 | 8 | 0 | 16 | 0 | 0 | 8 |
| Allaitement mixte | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | 0 | 0 | 6 |

L'allaitement maternel prolongé était le plus évoqué chez les participantes de catégorie socio-professionnelles : employé, cadres et professions intellectuelles supérieures et chez les sans emploi.

Les participantes sans-emploi ont également évoqué l'allaitement mixte et l'allaitement artificiel.

Tableau 11: Age du début de la diversification alimentaire selon la catégorie socio-professionnelle des participantes

| | Agriculteur exploitant | Artisans, commerçants, chef d'entreprise | Cadres et professions intellectuelles supérieures | Professions intermédiaires | Employé | Ouvrier | Retraité | Sans emploi |
|------------|------------------------|--|---|----------------------------|---------|---------|----------|-------------|
| Non connu | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 52 |
| Non débuté | 0 | 1 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 50 |
| 4-6 mois | 0 | 12 | 36 | 0 | 128 | 0 | 0 | 116 |
| 8 mois | 0 | 0 | 11 | 0 | 70 | 0 | 0 | 4 |
| 10 mois | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 70 |
| 12 mois | 0 | 0 | 4 | 0 | 8 | 0 | 0 | 34 |

L'âge de début de la diversification entre 4-6 mois a été référencé chez toutes les catégories socio-professionnelles même chez celles qui n'avaient pas d'emploi avant le CADA. Ces dernières ont aussi référencé des âges tardifs de diversification. Aucune n'a débuté la diversification avant 4 mois.

III.3.3.1.5. Selon le pays d'origine des participantes

Tableau 12: Le mode d'allaitement selon le pays d'origine des participantes

| | République démocratique du Congo | Sénégal | Mali | Guinée | Congo Brazzaville | Côte d'Ivoire | Afghanistan | Russie | Pakistan |
|---|----------------------------------|---------|------|--------|-------------------|---------------|-------------|--------|----------|
| Allaitement artificiel | 0 | 0 | 0 | 2 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Allaitement maternel inférieur ou égal à 6 mois | 2 | 2 | 0 | 9 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 |
| Allaitement maternel supérieur à 6 mois ou prolongé | 6 | 3 | 6 | 10 | 0 | 7 | 0 | 0 | 1 |
| Allaitement mixte | 3 | 0 | 0 | 3 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 |

L'allaitement maternel en général a été davantage référencé pour tous les pays sauf pour une participante du Congo Brazzaville qui a référencé l'allaitement mixte. Il était prolongé après 6 mois chez les participantes de la Guinée, de la Côte d'Ivoire, du Mali, de la République démocratique du Congo, du Sénégal, du Pakistan.

Tableau 13: L'âge du début de la diversification selon le pays d'origine des participantes

| | République démocratique du Congo | Sénégal | Mali | Guinée | Congo Brazzaville | Côte d'Ivoire | Afghanistan | Russie | Pakistan |
|------------|----------------------------------|---------|------|--------|-------------------|---------------|-------------|--------|----------|
| Non connu | 0 | 0 | 0 | 52 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Non débuté | 2 | 0 | 0 | 50 | 3 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| 4-6 mois | 106 | 20 | 4 | 71 | 84 | 11 | 8 | 12 | 20 |
| 8 mois | 0 | 0 | 4 | 11 | 0 | 70 | 0 | 0 | 0 |
| 10 mois | 0 | 0 | 0 | 70 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| 12 mois | 0 | 1 | 34 | 4 | 0 | 4 | 0 | 0 | 0 |

L'âge de début de la diversification entre 4-6 mois était le plus référencé pour la République démocratique du Congo, le Congo Brazzaville, la Guinée. Une participante de la Côte d'Ivoire, une participante de la Guinée et une participante du Mali ont référencé des âges tardifs de la diversification alimentaire.

III.3.3.2. Les repères pour l'alimentation de l'enfant dans le pays d'origine : la religion

III.3.3.2.1. Selon le pays d'origine des participantes

Tableau 14: Repères religieux de l'alimentation de l'enfant selon le pays d'origine des participantes

| | République Démocratique du Congo | Sénégal | Mali | Guinée | Congo Brazzaville | Côte d'Ivoire | Afghanistan | Russie | Pakistan |
|----------|----------------------------------|---------|------|--------|-------------------|---------------|-------------|--------|----------|
| Religion | 0 | 2 | 1 | 8 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 |

Les participantes venant de la Guinée ont le plus évoqué la religion (musulmane) comme repère de l'alimentation de leur enfant de même que celles venant du Sénégal, de la Côte d'Ivoire et du Mali.

III.3.3.2.2. Selon le niveau d'étude des participantes

Tableau 15: Les repères religieux de l'alimentation de l'enfant selon le niveau d'étude des participantes

| | Non scolarisé | Ecole primaire | Collège | Lycée | Université |
|----------|---------------|----------------|---------|-------|------------|
| Religion | 2 | 2 | 1 | 8 | 0 |

Les participantes non scolarisées et celles en dessous du niveau universitaire, ont évoqué la religion comme principal repère de l'alimentation de l'enfant mais particulièrement celle du niveau lycée.

III.3.3.3. Adaptation au niveau cadre de vie : nouvelle organisation au CADA

Au sein du nouveau cadre de vie du CADA, les familles ont perçu différemment l'adaptation alimentaire de leurs enfants en soulignant la présence ou l'absence de difficultés.

III.3.3.3.1. Selon le pays d'origine des participants

Tableau 16: Adaptation alimentaire au CADA selon le pays d'origine

| | République Démocratique du Congo | Sénégal | Mali | Guinée | Congo Brazzaville | Côte d'Ivoire | Afghanistan | Russie | Pakistan |
|--|--|---------|------|--------|----------------------|------------------|-------------|--------|----------|
| Absence de difficultés alimentaires au CADA | 2 | 0 | 5 | 7 | 2 | 2 | 0 | 2 | 1 |
| Difficultés alimentaires au CADA | 3 | 1 | 1 | 3 | 0 | 1 | 2 | 0 | 0 |

La majorité des participantes ont davantage fait référence à une absence de difficultés alimentaires de leurs enfants au CADA principalement celles d'origine malienne et guinéenne.

III.3.3.3.2. Selon le nombre d'enfants à charge au CADA

Tableau 17: Adaptation alimentaire selon le nombre d'enfants à charge par famille au CADA

| | 1 enfant | 2 enfants | 3 enfants | 4 enfants |
|--|----------|-----------|-----------|-----------|
| Difficultés alimentaires au CADA | 5 | 1 | 1 | 4 |
| Absence de difficultés alimentaires au CADA | 17 | 2 | 2 | 0 |

Dans notre échantillon, les familles qui avaient 1 enfant ont exprimé davantage ne pas avoir de difficultés alimentaires concernant leur enfant au CADA. Les familles ayant 4 enfants semblaient en revanche en difficultés.

III.3.3.3.3. Selon la durée d'hébergement au CADA

Tableau 18: Adaptation alimentaire au CADA selon la durée d'hébergement

| | < ou = 1 mois | 1-6 mois | 6-12 mois | 12-24 mois | > 24 mois |
|--|------------------|----------|-----------|------------|-----------|
| Absence de difficultés alimentaires au CADA | 6 | 2 | 10 | 2 | 0 |
| Difficultés alimentaires au CADA | 0 | 2 | 5 | 3 | 1 |

Les participantes ayant une durée d'hébergement inférieure ou égale à 1 mois et compris entre 6 et 12 mois ont évoqué une absence de difficultés alimentaires au CADA. En revanche, celles qui sont hébergées depuis moins 1 mois n'ont fait aucune référence aux difficultés alimentaires à leur arrivée au CADA.

III.3.3.4. Solutions mises en place par les familles au CADA : Nouveaux repères

III.3.3.4.1. Selon le pays d'origine

Tableau 19: Nouveaux repères alimentaires au CADA selon le pays d'origine et comparaison à l'ancien repère dans le pays d'origine

| | République Démocratique du Congo | Sénégal | Mali | Guinée | Congo Brazzaville | Côte d'Ivoire | Afghanistan | Russie | Pakistan |
|---|--|---------|------|--------|----------------------|------------------|-------------|--------|----------|
| Religion | 0 | 2 | 1 | 8 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 |
| Corps médical, nouveau repère | 0 | 1 | 1 | 8 | 0 | 4 | 0 | 0 | 1 |
| Cantine scolaire et collectivités | 2 | 0 | 2 | 6 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Internet, nouveau repère | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

Le corps médical est le principal nouveau repère au CADA, ayant plus de références chez les participantes d'origine guinéenne et ivoirienne. Le 2^{ème} repère semble être la cantine scolaire et des collectivités infantiles chez les guinéennes, les maliennes. Le Congo Brazzaville, l'Afghanistan et la Russie n'ont évoqué aucun repère.

III.3.3.4.2. Selon le niveau d'étude des participantes

Tableau 20: Nouveaux repères alimentaires au CADA selon le niveau d'étude des participantes et comparaison à l'ancien repère religieux dans le pays d'origine

| | Non scolarisé | Ecole primaire | Collège | Lycée | Université |
|-----------------------------------|------------------|-------------------|---------|-------|------------|
| Religion | 2 | 2 | 1 | 8 | 0 |
| Corps médical, nouveau repère | 4 | 1 | 2 | 6 | 2 |
| Cantine scolaire et collectivités | 0 | 0 | 2 | 0 | 8 |
| Internet, nouveau repère | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |

Tout en gardant comme repère la religion, le corps médical était une source d'information importante peu importe le niveau d'étude.

Chez les universitaires, la cantine scolaire et les collectivités infantiles sont les plus référencées. L'internet a été référencé une seule fois chez les universitaires.

III.3.3.4.3. Selon la durée d'hébergement des participantes au CADA

Tableau 21: Nouveaux repères au CADA selon la durée d'hébergement des participantes

| | < ou = 1 mois | 1-6 mois | 6-12 mois | 12-24 mois | > 24 mois |
|-----------------------------------|------------------|-------------|--------------|---------------|--------------|
| Corps médical, nouveau repère | 0 | 1 | 5 | 4 | 5 |
| Cantine scolaire et collectivités | 0 | 0 | 10 | 0 | 0 |
| Internet, nouveau repère | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 |

Le corps médical, est le repère qui a été le plus référencé au fur et à mesure de l'augmentation de la durée d'hébergement. Chez les 6-12 mois, la cantine scolaire et les collectivités infantiles sont les plus référencées.

L'internet a été référencé une seule fois chez les participantes avec une durée d'hébergement compris entre 6 et 12 mois.

IV. Discussion

IV.1. Les forces et limites de notre étude

IV.1.1. Les forces de notre étude

IV.1.1.1. L'originalité de l'étude

L'originalité de notre étude repose sur des thématiques d'actualité : la migration et l'alimentation de l'enfant dans le cadre du PNNS4 et également à son type d'étude avec l'utilisation d'une méthode qualitative. Notre méthodologie à visée exploratoire, aborde le sujet d'un point de vue médical mais aussi anthropologique. Ce qui permet la prise en charge globale du patient, compétence fondamentale du médecin généraliste.

A notre connaissance, l'étude de la diversification alimentaire chez une population migrante ou demandeur d'asile en France n'a pas été réalisée.

IV.1.1.2. La méthode de l'étude

Pour répondre à la question de notre recherche sur un sujet peu étudié dans la littérature, la méthode qualitative est particulièrement adaptée à visée exploratoire. Elle s'y prêtait à notre population d'étude au sein de laquelle l'expression orale est pratique et accessible aux personnes non scolarisées de notre échantillon. Cette méthode a permis d'identifier précisément les difficultés alimentaires auxquelles étaient confrontées ces personnes.

Les participantes venaient d'origines différentes, les questions ouvertes nous ont permis d'obtenir des réponses et commentaires insoupçonnés.

Elle ne nécessite pas un échantillon représentatif de la population étudiée mais plutôt un échantillon utile pour comprendre le phénomène étudié.

IV.1.2. Les limites de notre étude

La méthode qualitative par focus group, quand bien même qu'elle soit adaptée à notre étude, ne permet pas d'obtenir des mesures objectives et quantitatives sur la conduite de la diversification alimentaire.

Concernant le **biais de sélection**, nous avons recrutés des parents d'au moins un enfant âgé de moins de 4 ans, accueilli au CADA de Peyrelevade et comprenant le français ou l'anglais. Certaines compatriotes du même pays ont participé sur la base du **volontariat** et probablement par solidarité.

Le focus group permet l'émergence de nouvelles idées et une multiplicité de réponses. Cependant, il a pu persister un **biais d'information**. Des réponses ont pu être influencées par le groupe ; certaines participantes ayant évoqué une expérience douloureuse vécue, l'excision, souhaitant le partager aux autres, ont été interrompue par d'autres. Certains sujets ne devaient probablement pas être abordés dans le contexte de l'étude.

Le **biais de mémorisation** s'y trouvait car nous leur demandions comment se pratiquait la diversification alimentaire de leurs enfants dans le pays d'origine, ce qui pour certaines, remontait à au moins 1 an.

Notre étude a pu induire **un biais d'intervention**. Certaines participantes plus intéressées par le sujet monopolisaient la parole alors que d'autres restaient discrètes. Les différentes animatrices au cours des focus les canalisaient et stimulaient les autres à répondre au risque d'orienter certaines réponses.

Nous avons anticipé les difficultés d'écriture et de compréhension mais nous nous sommes également heurtées à la barrière de langue des participantes. Même si la majorité était d'origine francophone, la compréhension et l'expression étaient limitées. Nous avons donc dû utiliser un traducteur de langue GOOGLE pour 2 participantes.

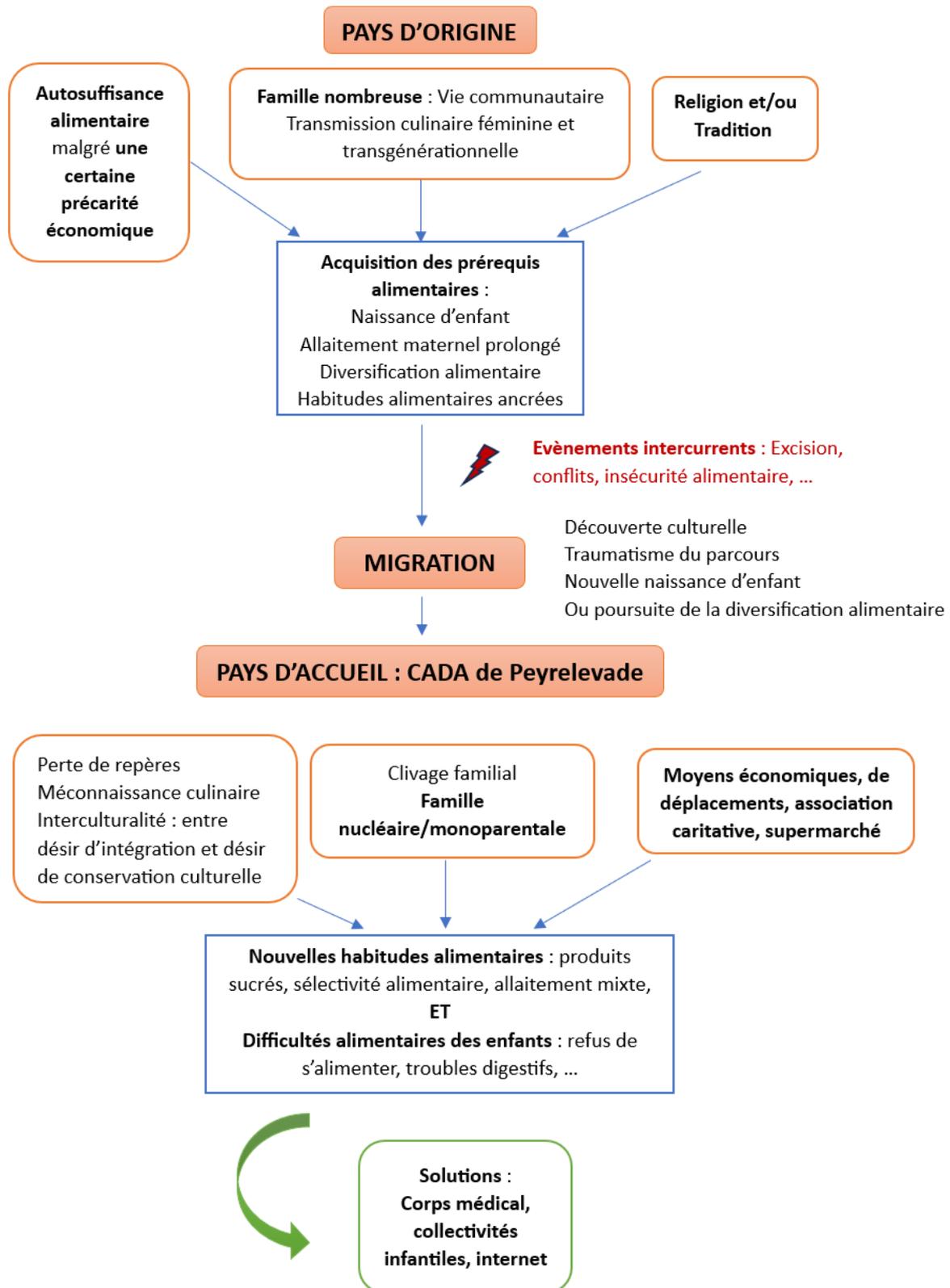
De même, le guide d'entretien a été relu et modifié à plusieurs reprises par nous et par un pédiatre.

Au cours de l'enregistrement de nos focus group, certaines familles étaient accompagnées de leurs enfants qui jouaient et émettaient des cris par moment entre eux. Ce qui constituerait **un biais de recueil**. Certains mots ponctuels du discours des parents n'ont pu être relevés. Ces événements restaient néanmoins rares.

Au cours du codage et de l'analyse des données, **un biais d'interprétation** pouvait exister même si une triangulation des données a été réalisée entre l'observatrice et les 2 animatrices sur le verbatim d'un focus group.

IV.2. Principaux résultats et comparaison avec la littérature

IV.2.1. Exposition du modèle explicatif



IV.2.2. Allaitement maternel : Le mode d'alimentation lactée dans le pays d'origine et au CADA

Dans notre étude, l'allaitement maternel était le principal mode d'alimentation lactée mais davantage chez des femmes jeunes de 21-30 ans, majoritairement guinéenne. La seule participante de moins de 20 ans de notre échantillon a pratiqué l'allaitement maternel pendant 1 mois et demi, puis est passée à l'allaitement artificiel pour hypogalactie.

Ces résultats peuvent s'expliquer par le nombre prédominant des participantes de cette classe d'âge (9 participantes) par rapport aux autres classes d'âge. Mais, notre échantillon reflète le profil « jeune » des personnes migrantes, avec une moyenne d'âge de 27,28 ans pour les femmes. En 2022, bien que l'âge moyen national des primo-demandeurs majeurs était de 34,8 ans pour les femmes, les nationalités les plus représentées comme les afghans et surtout les guinéens (28 ans) étaient généralement en dessous de l'âge moyen des demandeurs d'asile (47).

La Guinée était le pays d'origine le plus représenté dans notre échantillon. C'est le 2^{ème} pays le plus représenté au sein du CADA de Peyrelevade et le 8^{ème} pays au niveau national. L'autre raison expliquant l'inégalité de la répartition des participantes par classe d'âge et selon le pays d'origine, est le flux inégal et irrégulier des familles au sein du CADA selon les décisions administratives de l'OFII, l'OFPRA et/ou du CNDA.

L'allaitement maternel prolongé (supérieur à 6 mois) était pratiqué davantage chez les mères en couple (mariée ou en concubinage), de niveau d'étude peu élevé (non scolarisée, niveau primaire et secondaire), sans emploi ou non et d'origine africaine. Tandis que dans plusieurs études et selon le rapport de la promotion de l'allaitement maternel du Pr Turck 2010 (60), les facteurs associés positivement à la pratique de l'allaitement maternel (initiation et/ou durée) sont : mère âgée, mariée, un niveau d'éducation plus élevé (61) et socio-économiquement plus favorisée (21).

Quant à l'allaitement mixte, on le retrouvait davantage chez les mères de 21 à 40 ans, célibataires, de niveau d'étude intermédiaire à supérieur (collège, lycée, université), exerçant une activité professionnelle ou non. Les facteurs décrits dans la littérature, associés négativement à la pratique de l'allaitement maternel étaient : mères très jeunes, célibataires, récemment immigrées, faible statut socio-économique (60).

Les participantes avaient tendance à pratiquer un allaitement maternel exclusif jusqu'à l'âge de 6 mois parfois poursuivi après 1 an. Ce qui est conforme aux recommandations de l'OMS (5) et aux recommandations françaises (62). Dans une revue exhaustive de la littérature réalisée par l'UNICEF, en 2019, en Afrique de l'Ouest et du Centre, l'allaitement maternel était la norme avec 97% de nourrissons de la région nourris au sein. Mais seulement un tiers des nourrissons soit 31% étaient exclusivement nourris (61).

En effet, c'est une norme transgénérationnelle, les mères qui ont été elles-mêmes allaitées dans l'enfance étaient plus susceptibles d'initier et de poursuivre l'allaitement. Ainsi l'expérience antérieure de l'allaitement a été positivement associée à l'initiation et à la durée de l'allaitement dans une étude française (63).

Une autre étude réalisée chez les mères immigrantes au Québec entre 2010 et 2012, a fait le constat que les enfants de mères immigrantes ont été nombreux à être allaités pendant six mois voire davantage que les enfants de mères nées au Canada (64). Ce constat a été fait également en France (63).

Parmi les participantes qui ont pratiqué l'allaitement maternel prolongé, certaines ont évoqué des raisons religieuses, particulièrement celles de religion musulmane et d'origine africaine. En Guinée, 85-89% de la population générale était musulmane (65), de même 96% au Sénégal (66) et 95% au Mali (67). Le Coran encouragerait l'allaitement maternel pendant 2 ans, selon la Sourate 2 : verset 233, il est écrit : « Et les mères, qui veulent donner un allaitement complet, allaiteront leurs bébés deux ans » (68) (69). L'article *l'Allaitement maternel en tant que droit humain islamique fondamental* (70), a illustré ce phénomène.

De nombreuses autres études ont alors étudié l'association entre la religion maternelle et l'allaitement maternel (initiation et durée) (61) (71) (72). Les résultats sont plutôt mitigés que ce soit en Afrique ou dans les pays occidentaux. D'après une revue exhaustive de la littérature de l'UNICEF en Afrique de l'Ouest et du centre, l'influence de la religion variait selon les pays et les contextes (61). Au Nigéria, une étude de Jacdonmi et al. 2016 (73) a montré l'influence positive du christianisme sur les comportements d'allaitement maternel exclusif alors qu'une autre étude a trouvé une influence négative.

De même dans les pays occidentaux, une étude a montré une corrélation négative entre le taux d'initiation à l'allaitement maternel et la proportion de catholiques. Cette corrélation négative était cohérente lors de l'utilisation de données intra-pays en France, en Irlande, au Royaume-Uni et au Canada (71).

Mais d'autres participantes ont évoqué des raisons traditionnelles/culturelles. Selon une revue documentaire de l'UNICEF de 2019, l'allaitement maternel était une attente sociale et culturelle considérée comme un devoir de la mère et un droit de l'enfant (74).

Le lait de vache entier était utilisé après l'âge de 1 an dans notre étude conformément aux recommandations françaises actuelles (18) mais les quantités prises par les enfants varient entre 500 ml et 2 litres/j.

IV.2.3. Age d'introduction de la diversification alimentaire dans le pays d'origine et au CADA

Dans cette thèse, l'âge de la diversification a été défini comme l'âge auquel tout aliment autre que le lait maternel ou les préparations infantiles ont été introduites. Nous avons choisi d'exclure la consommation de l'eau pure qui est souvent retrouvée chez cette population migrante en provenance majoritairement de l'Afrique.

Dans notre échantillon, la majorité des participantes ont débuté la diversification entre 4 et 6 mois. On retrouve la concordance avec les recommandations du PNNS 4 (75) et de l'OMS (14). Cela peut s'expliquer par l'intensification des nombreuses campagnes et publications de l'OMS sur l'alimentation complémentaire du nourrisson et du jeune enfant depuis l'an 2001 (76) (77).

De même dans notre étude, une diversification alimentaire tardive (après 6 mois) a été retrouvée à 8 mois, à 10 mois et même à 12 mois en pratiquant un allaitement maternel prolongé de plus de 6 mois (jusqu'à l'âge de la diversification), c'est la seule caractéristique qu'elles avaient en commun.

De nombreuses études dont la cohorte ELFE (étude longitudinale française depuis l'enfance) (21) ont décrit une association positive entre la durée de l'allaitement maternel (exclusif ou partiel) et un âge de diversification plus tardif. Ainsi, l'alimentation lactée a été considérée comme un déterminant de l'âge de la diversification.

Cependant, on ne retrouvait pas de diversification alimentaire précoce (avant 4 mois) dans notre étude, comme cela a été évoqué dans l'étude EPIFANE chez les mères nées hors de la France (6).

IV.2.4. Modalités de la diversification alimentaire dans le pays d'origine et au CADA

Dans le pays d'origine, la diversification alimentaire cohabitait avec l'allaitement maternel prolongé (après 6 mois) même jusqu'à 2 ans. Cela a été observé dans l'étude multicentrique de l'OMS (78) dans laquelle l'âge de sevrage était en moyenne de 17,8 mois et 16% des enfants étaient toujours allaités à 24 mois (79).

Elle débutait majoritairement par des céréales comme le maïs, le mil, puis les légumes verts (épinards, tomates), les fruits, le poisson ou la viande, les tubercules comme l'igname. Une grande variété d'aliments était proposée à l'enfant sans notion d'ordre précis mais selon les variétés traditionnelles et locales et les moyens économiques de la famille en ce qui concerne les protéines animales. Les familles ne faisaient pas de distinction entre les aliments responsables d'allergie alimentaire (réputés allergéniques) comme l'œuf et l'arachide qui étaient proposés.

Au CADA, même si les familles essayaient de conserver une variété alimentaire, les enfants consommaient peu de fruits et légumes du fait de leur coût souvent élevé et de la méconnaissance de certains autres produits. De plus, les boissons sucrées, les confiseries et les produits transformés ont été consommés en quantité non négligeable. La constipation devenait un motif fréquent de consultation. Ces tendances ont également été observées dans une étude qualitative au sein de la population migrante à Genève (80).

Les confiseries, chips, produits transformés pourraient être imputables à l'occidentalisation des comportements et au phénomène d'acculturation de l'enfant/de la mère au pays d'accueil, comme décrit dans une étude qualitative sur l'alimentation dans la population immigrante infantile en Suisse (81). Également au CADA, l'accès plus facile de ces produits du fait de la proximité des sources d'approvisionnement, des associations caritatives et des allocations perçues par les familles, favoriseraient ces nouvelles habitudes alimentaires. Les aliments en conserve, ou industriels pour nourrissons prenaient souvent le pas sur les repas faits-maisons.

La fréquence des repas dans le pays d'accueil a augmenté : d'un repas par jour dans le pays d'origine à 3-4 repas par jour dans le pays d'accueil. L'étude précédente réalisée en Suisse, retrouvait en moyenne moins de repas par jour dans le pays d'accueil que dans le pays d'origine (81). Le statut socio-économique des migrants de cette étude précédente semblerait plus précaire que celui de notre étude.

Dans notre étude, les enfants étaient nourris par les parents ou seuls, à l'aide d'un bol et d'une cuillère pour les aliments solides ou semi-solides. Le biberon était utilisé davantage pour le lait. Au cours des entretiens, certaines mères ont utilisé à plusieurs reprises le terme « forcer à manger ». Nous avons considéré ce terme comme : insister ou propositions répétées pour favoriser la prise alimentaire parce que nous nous sommes rendues compte de l'utilisation inappropriée de certains termes pour exprimer leurs idées du fait de leur compréhension limitée de la langue française.

Ainsi, dans l'article *la diversification à travers le monde* (79), les modalités d'allaitement variaient selon le pays. Au Nigéria et en Côte d'Ivoire, on retrouvait cette notion de « forcer à manger ». Mais au Mali, les parents laissent l'enfant gérer la quantité qu'il souhaite.

Concernant l'étude des sentiments des parents ou de leur perception de l'alimentation de leurs enfants au CADA, le résultat était globalement positif pour les familles dont les enfants étaient nés au cours du parcours migratoire, dans le pays d'accueil ou lorsque la migration avait eu lieu avant le début de la diversification alimentaire. Nous pouvons donc supposer que les parents qui désirent s'intégrer à la culture locale (3), ont plutôt un avis positif.

Cependant, une part non négligeable d'avis négatifs a été retrouvée chez les parents dont les enfants avaient déjà débuté leur diversification dans le pays d'origine ou les parents qui souhaitaient conserver obligatoirement les habitudes alimentaires de leur pays d'origine.

En effet, ces parents sont attachés aux produits de leurs pays appelés « exotiques » dans le pays d'accueil. Ils participent à renforcer leur « identité nationale » les distinguant des autochtones (3). Mais ces produits sont généralement coûteux du fait de leur importation dans le pays d'accueil et leur commercialisation est centrée dans les grandes villes et non dans les campagnes. Or, Peyrelevade est une campagne située à environ 1 heure de route de Limoges. Le CADA met une fourgonnette avec chauffeur à disposition des familles pour les achats de ces produits tous les 2 mois. Ce qui peut sembler long pour certaines familles.

En supplément, le comportement d'un parent face à un aliment, peut influencer l'acceptation alimentaire de l'enfant. L'enfant est dépendant de la personne nourricière. Si celle-ci, exprime un dégoût face à un aliment ou ne procède pas à des propositions répétées de cet aliment tout en faisant preuve de patience, l'acceptation pourrait être difficile. Une revue systématique de 2019 (82) a révélé que l'exposition d'un aliment, légume ou fruit pendant 8 à 10 jours ou plus augmente l'acceptabilité de cet aliment exposé chez les nourrissons et les tout-petits de 4 à 24 mois.

Dans notre échantillon, l'augmentation de la durée d'hébergement au CADA ne garantissait pas systématiquement une bonne adaptation alimentaire. Par ailleurs, la construction du goût de l'enfant pourrait expliquer en partie les difficultés alimentaires rencontrées chez les enfants nés dans le pays d'origine ou ayant migré après le début de leur diversification. L'acceptation d'un aliment par l'enfant passe par des processus sensoriels, relationnels, des apprentissages longs et complexes.

Il existe un lien entre l'allaitement, les aliments consommés lors de la diversification et les préférences alimentaires de l'enfant (21). En effet, les sens du goût (la gustation et l'odorat) se construisent et se développent en période périnatale et tout au long de l'apprentissage alimentaire des premières années de vie. Le fœtus se familiarise avec les arômes des aliments consommés par la mère via l'ingestion du liquide amniotique (83) et le nourrisson à travers le lait maternel (84). C'est ainsi que l'étude Hausner et al 2010 (85) a observé une association entre l'allaitement maternel et l'appréciation plus élevée à un nouvel aliment chez les nourrissons allaités au lait maternel que chez ceux allaités au lait maternisé.

Les enfants n'ayant pas été exposés à certains arômes pourraient difficilement accepter certains aliments nouveaux.

Aussi, la période d'ouverture des enfants à la nouveauté, se situant entre la période de diversification jusqu'à l'âge de 2 ans, permet des apprentissages alimentaires plus ou moins marqués. Autour de l'âge de 2 ans et après 3 ans, survient la période de néophobie dans laquelle les réticences à la nouveauté sont plus importantes.

Tous ces éléments sont déterminants pour l'acceptation alimentaire de l'enfant, face à un nouvel aliment.

Au CADA, ces familles adoptaient de nouvelles habitudes alimentaires et devaient trouver un équilibre entre leur tradition ou culture et la découverte culinaire du pays d'accueil. Elles n'avaient plus le soutien familial (mère, tante, grands-parents...) qu'elles avaient dans le pays d'origine.

Une étude réalisée en Côte d'Ivoire, a montré que les mères mettaient en pratique les conseils prodigués par leurs aînées issues de leur famille ou de leur entourage plutôt que des autorités sanitaires (86).

Dans le pays d'accueil, elles s'ouvrent à de nouveaux repères tel le corps médical, la PMI, les collectivités infantiles et l'internet. Elles en ont accès grâce aux droits acquis via la procédure de demande d'asile en France.

Une étude réalisée en 2016, a évalué la validité des informations sur la diversification alimentaire disponibles sur internet par rapport aux recommandations de la Société française de pédiatrie de 2008 et 2012 (87). Elle a montré que les sites Internet étaient partiellement en accord avec les recommandations françaises et pouvaient créer une confusion entre les différentes recommandations des sociétés savantes. Il était plutôt conseillé de consulter des médecins pédiatres ou le corps médical.

IV.3. Les perspectives de cette étude

Cette étude qualitative a permis de cerner les enjeux de l'alimentation infantile dans un contexte de migration. Elle apparaît comme un projet pilote ou une étape préliminaire à une étude de plus grande envergure de type quantitative.

Ainsi, elle permet de mieux cibler les patients, les variables d'intérêts et les données pertinentes pour des résultats plus probants. De cette étude de plus grande envergure, découlerait des axes principaux d'intervention nutritionnelle en direction des enfants issus de cette population. Les professionnels de santé, particulièrement les médecins généralistes pourraient adapter leurs messages et améliorer la prise en charge de cette population.

De notre étude, les axes d'intervention retenus ou les propositions de solutions face aux difficultés de ces familles seraient :

- Encourager, accompagner l'initiation ou la poursuite de l'allaitement maternel exclusif (idéalement jusqu'à 6 mois) dans cette population, pour laquelle l'allaitement maternel apparaît comme une norme culturelle. Ainsi, nous pourrions réduire la proportion des mères pratiquant l'allaitement mixte par souci d'acculturation.
- Organiser des ateliers cuisine-découverte pour les mères au sein du CADA : faire découvrir de nouveaux aliments et savoir les cuisiner.
- Promouvoir auprès des familles la répétition des aliments pour favoriser l'acceptation.
- Favoriser l'intégration des enfants dans les collectivités infantiles : crèche, école, cantine scolaire. L'apprentissage des enfants passe par l'observation, l'imitation de ses pairs.
- Repérer les enfants à risque d'une intégration alimentaire difficile, pour un suivi nutritionnel médical rapproché par le médecin généraliste : naissance dans le pays d'origine, diversification alimentaire déjà débuté avant la migration.

- Permettre à ces familles de conserver un lien avec leurs origines en respectant leur identité :
 - Adaptation de l'offre alimentaire, des associations d'aides alimentaires
 - Ou par d'autres moyens que culinaires : musiques, sports, danses
- Renforcer les habitudes alimentaires positives du pays d'origine dans le pays d'accueil : par exemple la participation de l'enfant plus grand dans la préparation des aliments.

Conclusion

L'alimentation de l'enfant en contexte de migration est une notion complexe à décrire car soumise à de nombreuses influences, celles du pays d'origine et du pays d'accueil. Notre objectif était d'explorer la diversification alimentaire des enfants de moins de quatre ans accueillis dans le centre de demandeur d'asile de Peyrelevade en Corrèze, au regard des recommandations françaises et de l'OMS. Nous avons mené une étude qualitative en théorisation ancrée par des entretiens collectifs semi-dirigés des parents.

Les résultats encourageants ont révélé une connaissance de base acquise par la majorité des participants concernant : l'apport alimentaire lacté de l'enfant, la pratique d'un allaitement maternel au moins pendant 6 mois, l'âge de la diversification comprise entre 4 et 6 mois, la connaissance des grands groupes d'aliments à proposer aux enfants selon les textures à l'aide d'ustensiles adaptés.

Si certaines mères avaient le sentiment d'avoir réussi l'adaptation alimentaire de leurs enfants, d'autres se sentaient démunies face aux refus alimentaires de leurs enfants qu'elles compensaient par les produits sucrés, transformés ou une prédominance de féculents. Ce qui entraînait des constipations à répétitions chez leurs enfants. Cette difficulté se trouvait chez les enfants nés dans le pays d'origine et ayant dépassé la période d'ouverture de la diversification alimentaire mais aussi chez les enfants dont les parents avaient un fort désir de conservation des habitudes alimentaires du pays d'origine.

Le rôle du médecin généraliste serait de renforcer les connaissances acquises que possèdent déjà ces mères, les orienter lorsqu'elles feront face à une interculturalité. Son rôle de prévention serait primordial dans le suivi global de la croissance des enfants et dans l'apprentissage de nouvelles habitudes alimentaires pour prévenir les pathologies métaboliques dans l'enfance ou à l'âge adulte. Il pourrait être un intermédiaire entre les familles et le centre d'accueil dans la mise en place d'activités culinaires par exemple en lien avec une diététicienne.

Au vu de ces résultats, il serait nécessaire de mettre en place une étude quantitative sur un échantillon plus important avec des variables d'intérêts précis pour obtenir des données plus précises et probantes.

Références bibliographiques

1. L'insécurité alimentaire aiguë s'est aggravée dans le monde l'an dernier | ONU Info [Internet]. 2023 [cité 7 mai 2024]. Disponible sur: <https://news.un.org/fr/story/2023/05/1134737>
2. InVS et al. - Alimentation des nourrissons pendant leur première.pdf.
3. Kassabian A. Migrations, précarités et aides alimentaires. Adaptations d'une association caritative aux demandes d'un public émergent. Sciences et actions sociales [Internet]. 2 févr 2021 [cité 1 mai 2024];(14). Disponible sur: <https://journals.openedition.org/sas/285>
4. Bouger M. Manger Bouger. [cité 20 nov 2023]. Les axes stratégiques et objectifs du PNNS 4. Disponible sur: <https://www.mangerbouger.fr/ressources-pros/le-programme-national-nutrition-sante-pnns/les-axes-strategiques-et-objectifs-du-pnns-4>
5. Weltgesundheitsorganisation, éditeur. Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant. Genève; 2003. 30 p.
6. InVS I de VSP 13, Benoît Salanave, Catherine de Launay, Julie Boudet-Berquier, Caroline Guerrisi, Katia, Castetbon (Usen / InVS - Paris13). Santé publique France. Alimentation des nourrissons pendant leur première année de vie: Résultats de l'étude Epifane 2012-2013.
7. allaitement.pdf [Internet]. [cité 7 déc 2023]. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/allaitement.pdf>
8. Santé publique France partenaire de la 6ème édition de l'Enquête Nationale Périnatale [Internet]. [cité 7 déc 2023]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2022/sante-publique-france-partenaire-de-la-6eme-edition-de-l-enquete-nationale-perinatale>
9. Nouvelles attributions du label IHAB en France (juin 2023) - Information Pour l'Allaitement [Internet]. Information Pour l'Allaitement - IPA information pour les professionnels. 2023 [cité 8 déc 2023]. Disponible sur: <https://info-allaitement.org/ressources-en-ligne/nouvelles-attributions-du-label-ihab-en-france-juin-2023/>
10. Devenir-Ami-des-Bebes-dec-2014.pdf [Internet]. [cité 8 déc 2023]. Disponible sur: <https://amis-des-bebes.fr/pdf/documents-ihab/Devenir-Ami-des-Bebes-dec-2014.pdf>
11. AFPA Association Française de Pédiatrie Ambulatoire [Internet]. 2022 [cité 7 déc 2023]. Apport de vitamine D Nouvelles recommandations - AFPA. Disponible sur: <https://afpa.org/2022/03/27/apport-de-vitamine-d-nouvelles-recommandations/>
12. Synthese-Reco-vit-D-2.pptx.
13. La petite enfance (de la naissance à 3 ans) [Internet]. [cité 8 déc 2023]. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/nais_3ans.pdf
14. Organisation mondiale de la santé [Internet]. [cité 20 nov 2023]. Alimentation du nourrisson et du jeune enfant. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding>
15. Eric D. Contraception chez la femme en post-partum. 2013;

16. Nos enfants en danger : mettons fin aux mauvaises pratiques de commercialisation des substituts de lait maternel [Internet]. [cité 8 déc 2023]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/commentaries/detail/it-s-time-to-stop-infant-formula-marketing-practices-that-endanger-our-children>
17. Christelle. Le Code International sur la commercialisation des substituts du lait maternel : les points clés. [Internet]. [cité 8 déc 2023]. Disponible sur: <https://www.illfrance.org/vous-informer/promotion-et-protection-de-l-allaitement/940-code-commercialisation-lait-artificiel-commentaire>
18. Nouvelles recommandations pour la diversification alimentaire des enfants de moins de 3 ans: L'ESSENTIEL [Internet]. [cité 4 mai 2024]. Disponible sur: https://www.mangerbouger.fr/content/show/1593/file/1DDK007_210x297_MASTER_DA_SPF_E1%20%28002%29-DEF.pdf
19. Turck D, Dupont C, Vidailhet M, Bocquet A, Briend A, Chouraqui JP, et al. Diversification alimentaire : évolution des concepts et recommandations. Archives de Pédiatrie. mai 2015;22(5):457-60.
20. Alimentation du bébé : la diversification alimentaire [Internet]. [cité 7 déc 2023]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/haute-vienne/assure/sante/themes/alimentation-0-3-ans/debut-diversification-alimentaire>
21. Bournez M. Déterminants des pratiques de diversification alimentaire des enfants de l'étude ELFE : données de santé, caractéristiques socio-économiques et démographiques familiales, croissance précoce de l'enfant. [Internet] [Thèse de doctorat]. Bourgogne Franche-Comté; 2018 [cité 30 janv 2022]. Disponible sur: <http://theses.fr/2018UBFCK060>
22. Bocquet A, Briend A, Chalumeau M, Dupont C, Darmaun D, De Luca A, et al. Les nouvelles recommandations du PNNS sur la diversification alimentaire. Perfectionnement en Pédiatrie. juill 2022;5(2):127-33.
23. Santé publique France accompagne les parents pour prendre en main les nouvelles recommandations sur la diversification alimentaire des tout-petits [Internet]. [cité 10 déc 2023]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/presse/2021/sante-publique-france-accompagne-les-parents-pour-prendre-en-main-les-nouvelles-recommandations-sur-la-diversification-alimentaire-des-tout-petits>
24. hcspa20200630_rvisidesreprealimepourlesenfan.pdf [Internet]. [cité 10 déc 2023]. Disponible sur: https://www.sfpediatrie.com/sites/www.sfpediatrie.com/files/medias/documents/hcspa20200630_rvisidesreprealimepourlesenfan.pdf
25. BLEUVAIS S. Alimentation du nourrisson : développer le conseil à l'officine et accompagner les parents [Thèse d'exercice en pharmacie]. [Faculté de médecine de Limoges]; Université de Limoges; 2018.
26. Berland Y, Leonetti G. La diversification alimentaire: Evaluer l'intérêt d'une fiche-conseil à partir du ressenti du médecin généraliste. Aix-Marseille Université; 2017.
27. le. © mangeons bien. 2022 [cité 17 déc 2023]. Comment bien nourrir son enfant, selon le nouveau carnet (français) de santé. Disponible sur: <https://www.mangeonsbien.com/je-mange-sain/nourrir-enfant-nouveau-guide-sante/>

28. 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*. 1 mars 2023;6(1):40-55.
29. Diversification menée par l'enfant. In: Wikipédia [Internet]. 2023 [cité 17 déc 2023]. Disponible sur: https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Diversification_men%C3%A9e_par_l%27enfant&oldid=206397665
30. mpedia.fr [Internet]. [cité 17 déc 2023]. DME bébé : effet de mode ou méthode à adopter ? Disponible sur: <https://www.mpedia.fr/art-dme-nouveau-mode-diversification/>
31. Demande d'asile [Internet]. Ofii. [cité 30 déc 2023]. Disponible sur: <https://www.ofii.fr/procedure/demande-dasile/>
32. l'Intérieur M de. <https://www.immigration.interieur.gouv.fr/Info-ressources/Etudes-et-statistiques/Glossaire/Demandeur-d-asile>. [cité 30 déc 2023]. Demandeur d'asile. Disponible sur: <https://www.immigration.interieur.gouv.fr/Info-ressources/Etudes-et-statistiques/Glossaire/Demandeur-d-asile>
33. Statut de réfugié, protection subsidiaire ou temporaire : quelles différences ? [Internet]. [cité 30 déc 2023]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F299>
34. Glossaire | Ofpra [Internet]. [cité 1 janv 2024]. Disponible sur: <https://www.ofpra.gouv.fr/glossaire/d>
35. Apatride : titre de séjour, document de voyage [Internet]. [cité 7 janv 2024]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F15402>
36. Réfugiés et migrants [Internet]. 2017 [cité 30 déc 2023]. Définitions. Disponible sur: <https://refugeesmigrants.un.org/fr/d%C3%A9finitions>
37. Convention relative au statut des réfugiés. In: Wikipédia [Internet]. 2023 [cité 21 déc 2023]. Disponible sur: https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Convention_relative_au_statut_des_r%C3%A9fugi%C3%A9s&oldid=208302010
38. Centre d'accueil de demandeurs d'asile (CADA) : Tous les établissements de type Centre d'accueil de demandeurs d'asile (CADA) [Internet]. [cité 21 déc 2023]. Disponible sur: <https://annuaire.action-sociale.org/etablisements/readaptation-sociale/centre-accueil-demandeurs-asile--c-a-d-a---443.html>
39. Centre d'accueil de demandeurs d'asile en France. In: Wikipédia [Internet]. 2023 [cité 21 déc 2023]. Disponible sur: https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Centre_d%27accueil_de_demandeurs_d%27asile_en_France&oldid=207282862
40. Asile R national. La Cimade. 2021 [cité 21 déc 2023]. Dispositif d'accueil des demandeurs d'asile : état des lieux 2022. Disponible sur: <https://www.lacimade.org/schemas-regionaux-daccueil-des-demandeurs-dasile-quel-etat-des-lieux/>
41. FranceArchives [Internet]. [cité 23 déc 2023]. dispositif national d'accueil (dna) en faveur des Demandeurs d'asile et réfugiés. Disponible sur: <https://francearchives.gouv.fr/fr/findingaid/ca27a5a1692280a1b75bcf1ec19b9a30ace05601>

42. L'Office Français de l'intégration et de l'immigration [Internet]. [cité 24 déc 2023]. Disponible sur: https://asile-en-france.com/index.php?option=com_content&view=article&id=43:l-office-francais-de-l-integration-et-de-l-immigration&catid=16&Itemid=178
43. Nos Missions [Internet]. Ofii. [cité 23 déc 2023]. Disponible sur: <https://www.ofii.fr/nos-missions/>
44. Allocation des demandeurs d'asile [Internet]. [cité 3 janv 2024]. Disponible sur: https://asile-en-france.com/index.php?option=com_content&view=article&id=18:allocation-des-demandeurs-d-asile&catid=8&showall=1&Itemid=117
45. European Union Agency for Asylum [Internet]. 2023 [cité 7 janv 2024]. Rapport 2023 sur la situation de l'asile : Résumé. Disponible sur: <https://euaa.europa.eu/fr/publications/rapport-2023-sur-la-situation-de-lasile-resume>
46. Demandeurs d'asile : la situation en France et dans l'UE en 2022 | vie-publique.fr [Internet]. 2023 [cité 7 janv 2024]. Disponible sur: <http://www.vie-publique.fr/en-bref/290181-demandeurs-dasile-la-situation-en-france-et-dans-lue-en-2022>
47. Rapport d'activité 2022 de l'OFPRA [Internet]. [cité 7 janv 2024]. Disponible sur: https://medias.vie-publique.fr/data_storage_s3/rapport/pdf/290147.pdf
48. gouvernement.fr [Internet]. [cité 5 janv 2024]. Une procédure d'asile plus efficace. Disponible sur: <https://www.gouvernement.fr/politiques-prioritaires/renforcer-l-ordre-republicain-et-encourager-l-engagement/une-procedure-dasile-plus-efficace>
49. Site de solidarités et d'entraides destiné aux personnes concernées par le handicap psychique [Internet]. [cité 5 janv 2024]. Demandeurs d'asile. Disponible sur: <http://www.solidarites-usagerspsy.fr/s-orienter/situations-specifiques/demandeurs-d-asile/>
50. Demandeur d'asile [Internet]. [cité 19 janv 2024]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/haute-vienne/assure/droits-demarches/europe-international/protection-sociale-france/demandeur-d-asile>
51. l'Intérieur M de. <http://www.interieur.gouv.fr/Archives/Archives-sous-sites/Accueil-des-demandeurs-d-asile/Livret-d-information-des-maires/L-hebergement-des-demandeurs-d-asile>. [cité 2 janv 2024]. L'hébergement des demandeurs d'asile. Disponible sur: <http://www.interieur.gouv.fr/Archives/Archives-sous-sites/Accueil-des-demandeurs-d-asile/Livret-d-information-des-maires/L-hebergement-des-demandeurs-d-asile>
52. Adoma [Internet]. [cité 13 janv 2024]. Structures d'accueil des demandeurs d'asile. Disponible sur: <https://www.adoma.cdc-habitat.fr/adoma/L-entreprise/p-78-Structures-d-accueil-des-demandeurs-d-asile.htm>
53. Centre d'accueil de demandeurs d'asile (CADA) : Répartition par région des établissements de type Centre d'accueil de demandeurs d'asile (CADA) [Internet]. [cité 6 janv 2024]. Disponible sur: <https://annuaire.action-sociale.org/etablissements/readaptation-sociale/centre-accueil-demandeurs-asile--c-a-d-a---443/Repartition.html>
54. Limousin - Centre d'accueil de demandeurs d'asile (CADA) : Tous les établissements de type Centre d'accueil de demandeurs d'asile (CADA) en région Limousin [Internet]. [cité 6 janv 2024]. Disponible sur: <https://annuaire.action-sociale.org/etablissements/readaptation-sociale/centre-accueil-demandeurs-asile--c-a-d-a---443/rgn-limousin.html>

55. calameo.com [Internet]. [cité 6 janv 2024]. Carte du Limousin administratif. Disponible sur: <https://www.calameo.com/books/000583713c774e898913c>
56. Forum réfugiés. Bilan annuel 2022: Centre d'accueil pour demandeurs d'asile de Peyrelevade. Du 1er janvier 2022 au 31 décembre 2022. Peyrelevade, Corrèze: Préfecture de Corrèze; p. 29.
57. Arrêté du 11 janvier 2006 relatif à la visite médicale des étrangers autorisés à séjourner en France. - Légifrance [Internet]. [cité 20 janv 2024]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/LEGITEXT000006053178/>
58. 08-16-11-2018-actualites-recos-migrants-nvignier.pdf [Internet]. [cité 20 janv 2024]. Disponible sur: <https://www.infectiologie.com/UserFiles/File/groupe-prevention/journees-du-groupe-vp/journee-tours-nov2018/08-16-11-2018-actualites-recos-migrants-nvignier.pdf>
59. LEBEAU JP, AUBIN-AUGER I, CADWALLADER JS, GILLES DE LA LONDE J, LUSTMAN M, MERCIER A, et al. les approches et les postures. In: INITIATION A LA RECHERCHE QUALITATIVE EN SANTE: le guide pour réussir sa thèse ou son mémoire. CNGE et Global média santé. 2021. p. 56.
60. Turck D, Razanamahefa L, Dazelle C, Gelbert N, Gremmo-Féger G, Manela A, et al. Plan d'action : allaitement maternel. Med Nutr. 2010;46(3-4):25-47.
61. literature.review-breastfeeding.in._westcentralafrica_fr_march2022.pdf [Internet]. [cité 12 mai 2024]. Disponible sur: https://www.aliveandthrive.org/sites/default/files/literature.review-breastfeeding.in._westcentralafrica_fr_march2022.pdf
62. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES). Acta Endosc. avr 1998;28(2):151-5.
63. Wagner S, Kersuzan C, Gojard S, Tichit C, Nicklaus S, Thierry X, et al. Breastfeeding initiation and duration in France: The importance of intergenerational and previous maternal breastfeeding experiences - results from the nationwide ELFE study. Midwifery. févr 2019;69:67-75.
64. Dubois L. L'allaitement des nourrissons nés au Québec de mères immigrantes : la diversité culturelle au rendez-vous. Nutrition Science en évolution. 2018;16(2):25.
65. Religion en Guinée. In: Wikipédia [Internet]. 2024 [cité 18 mai 2024]. Disponible sur: https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Religion_en_Guin%C3%A9e&oldid=214626114
66. Wikiwand [Internet]. 2023 [cité 18 mai 2024]. Wikiwand - Religion au Sénégal. Disponible sur: https://www.wikiwand.com/fr/Religion_au_S%C3%A9n%C3%A9gal
67. Religion au Mali. In: Wikipédia [Internet]. 2024 [cité 18 mai 2024]. Disponible sur: https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Religion_au_Mali&oldid=211494329
68. Islamweb [Internet]. [cité 12 mai 2024]. L'Allaitement dans le Noble Coran. Disponible sur: <https://islamweb.net/fr/article/149120/lallaitement-dans-le-noble-coran>
69. Behe C. La Leche League International. 2015 [cité 12 mai 2024]. Islamic and Cultural Practices in Breastfeeding. Disponible sur: <https://illi.org/fr/news/islamic-cultural-practices-breastfeeding-2/>

70. Bensaïd B. Breastfeeding as a Fundamental Islamic Human Right. *J Relig Health*. 1 févr 2021;60(1):362-73.
71. Bernard JY, Cohen E, Kramer MS. Breast feeding initiation rate across Western countries: does religion matter? An ecological study. *BMJ Glob Health*. 6 déc 2016;1(4):e000151.
72. Stroope S, Rackin HM, Stroope JL, Uecker JE. Breastfeeding and the Role of Maternal Religion: Results From a National Prospective Cohort Study. *Annals of Behavioral Medicine*. 15 mars 2018;52(4):319-30.
73. Jacdonmi I, Saliluddin S, Ismail S, Zoakah A, Jacdonmi G, Itse O. Determinants of Exclusive Breastfeeding Continuity among Mothers of Infants Under Six Months in Plateau State, Nigeria. *International Journal of Health Sciences and Research*. 1 mai 2016;186.
74. Facteurs influençant la pratique de l'allaitement exclusif en Afrique de l'Ouest et du Centre: Revue documentaire régionale [Internet]. [cité 14 mai 2024]. Disponible sur: https://www.aliveandthrive.org/sites/default/files/swbo_resume_analytique_provisoire_french_0.pdf
75. Végéclic [Internet]. [cité 2 févr 2022]. Diversification alimentaire du nourrisson. Disponible sur: <https://vegeclik.com/patient/diversification-alimentaire-du-nourrisson/>
76. Complementary feeding : report of the global consultation, and summary of guiding principles for complementary feeding of the breastfed child [Internet]. [cité 15 mai 2024]. Disponible sur: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/924154614X>
77. Guiding principles for complementary feeding of the breastfed child [Internet]. [cité 15 mai 2024]. Disponible sur: <https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2012/GuidingPrinciples.pdf>
78. Group WMGRS, de Onis M. Breastfeeding in the WHO Multicentre Growth Reference Study. *Acta Paediatrica*. 2006;95(S450):16-26.
79. Perez P. La diversification alimentaire à travers le monde. *Spirale*. 2014;72(4):133-41.
80. Kruseman M, Barandereka NA, Hudelson P, Stalder H. Post-migration dietary changes among African refugees in Geneva: a rapid assessment study to inform nutritional interventions. *Soz-Präventivmed*. 1 juin 2005;50(3):161-5.
81. Knob C. Alimentation et santé dans la population immigrante infantile récemment arrivée en Suisse. 2015;
82. Spill MK, Johns K, Callahan EH, Shapiro MJ, Wong YP, Benjamin-Neelon SE, et al. Repeated exposure to food and food acceptability in infants and toddlers: a systematic review. *The American Journal of Clinical Nutrition*. 1 mars 2019;109:978S-989S.
83. Schaal B, Marlier L, Soussignan R. Human Foetuses Learn Odours from their Pregnant Mother's Diet. *Chemical Senses*. 1 déc 2000;25(6):729-37.
84. Mennella JA, Beauchamp GK. Maternal diet alters the sensory qualities of human milk and the nursling's behavior. *Pediatrics*. oct 1991;88(4):737-44.
85. Cooke L, Fildes A. The impact of flavour exposure in utero and during milk feeding on food acceptance at weaning and beyond. *Appetite*. 1 déc 2011;57(3):808-11.

86. Abale LC. The Conversation. 2023 [cité 16 mai 2024]. En Côte d'Ivoire, les interdits culturels pèsent sur l'alimentation infantile. Disponible sur: <http://theconversation.com/en-cote-divoire-les-interdits-culturels-pesent-sur-lalimentation-infantile-201035>
87. Banti T, Carsin A, Chabrol B, Fabre A. Diversification alimentaire : l'information disponible sur Internet est-elle en accord avec les recommandations des sociétés savantes ? Archives de Pédiatrie. 1 juill 2016;23(7):706-13.

Annexes

| | |
|---|-----|
| Annexe 1. Premier guide d'entretien des focus groups | 91 |
| Annexe 2. Deuxième guide d'entretien des focus groups..... | 92 |
| Annexe 3. Avis du comité d'éthique | 93 |
| Annexe 4. Codes descriptifs | 94 |
| Annexe 5. Extrait de retranscription de l'entretien 1 | 96 |
| Annexe 6. Extrait de retranscription de l'entretien 2 | 107 |

Annexe 1. Premier guide d'entretien des focus groups

1. Décrivez-nous votre famille
2. Comment se fait le repas au sein de votre famille/foyer ? Qui gère le repas ?
3. Que donnez-vous à manger à votre/vos enfants ? Quels sont ces aliments, produits ?
4. A quel âge et où avez-vous débuté chez vos enfants, l'introduction des aliments autres que le lait maternel ?
5. Comment se passait la diversification de l'alimentation de votre enfant avant l'arrivée au CADA ?
6. Quelles sont les difficultés rencontrées à votre arrivée dans la pratique de la diversification alimentaire de votre enfant au sein du CADA ?
7. Quelles sont les adaptations que vous avez mises en place à votre arrivée au CADA ?
8. Selon vous, qu'est ce qui pourrait vous aider dans la pratique de la diversification alimentaire de vos enfants ?

Annexe 2. Deuxième guide d'entretien des focus groups

1- Avec qui vivez-vous ici au CADA ?

2- Dans votre pays, comment faites-vous pour donner les aliments autres que le lait ou le sein à votre enfant ?

- Quand, quoi, sous quelle forme ?
- Type d'aliment, mode de préparation ou consistance (semi-liquide, lisse, ...), quantité (cuillère ou creux de la main, ...), Fréquence d'introduction, moment de la journée (matin, midi ou soir)

3- Quelle est la réaction de votre enfant devant un nouvel aliment (ou lorsqu'il n'aime pas un aliment) ? Que faites-vous ?

- Exemple forcer l'enfant à manger, proposer à nouveau une autre fois le repas, ajout d'ingrédients ? ...

4- Qu'est-ce qui a été difficile ici au CADA, lorsque vous avez commencé à donner des aliments autre que le lait à votre enfant ?

5- Après votre arrivée au CADA, qu'est ce qui a changé dans l'alimentation de votre enfant ? (Modification/adaptation)

6- Selon vous, qu'est ce qui pourrait vous aider/ou vous aide au cours de cette période où l'enfant commence à manger autre chose que le lait ?

Annexe 3. Avis du comité d'éthique

CHU LIMOGES

Comité d'Éthique

Président : Docteur Gérard TERRIER

Avis 64-2023-10

Projet de thèse : « La diversification alimentaire des enfants accueillis au centre d'accueil des demandeurs d'asile (CADA) de Peyrelevade ».

Le projet d'étude « La diversification alimentaire des enfants accueillis au centre d'accueil des demandeurs d'asile (CADA) de Peyrelevade » de Madame GNRONFOU Akouavi, interne en médecine générale sous la direction du Docteur Catherine PRIOUX médecin généraliste ne recueille aucune réserve du point de vue éthique.

Avis enregistré sous le n° 64-2023-10



Docteur Gérard TERRIER

Annexe 4. Codes descriptifs

| Codes | Fichiers | Références |
|---|----------|------------|
| Absence de difficultés alimentaires au CADA | 3 | 19 |
| Accès difficile aux produits du pays d'origine | 2 | 9 |
| Alimentation variée, pluriculturelle mais stéréotypée | 3 | 11 |
| Aliments de début de diversification | 2 | 8 |
| Allaitement artificiel | 3 | 3 |
| Allaitement maternel inférieur ou égal à 6 mois | 3 | 13 |
| Allaitement maternel supérieur à 6 mois ou prolongé | 3 | 29 |
| Allaitement mixte | 2 | 8 |
| Apprentissage de nouvelles habitudes alimentaires par la mère | 2 | 7 |
| Apprentissage des habitudes alimentaires | 1 | 3 |
| Associations caritatives au CADA | 2 | 4 |
| Autosuffisance alimentaire | 1 | 4 |
| Cantine scolaire et collectivités | 2 | 12 |
| Choix alimentaires par la mère uniquement | 1 | 1 |
| Choix participatif de l'enfant aux produits alimentaires | 2 | 4 |
| Comparaison des aliments entre ceux du pays d'origine et du pays d'accueil | 1 | 10 |
| Connaissance des aliments non nourrissants=mauvais produits | 1 | 2 |
| Consistance du repas | 2 | 7 |
| Corps médical, nouveau repère | 2 | 16 |
| Dans le pays d'immigration, la cuisine devient une affaire des parents (mère et père) | 1 | 1 |
| Demande d'aide sur la diversification alimentaire | 1 | 15 |
| Difficultés alimentaires au CADA | 3 | 12 |
| Différences alimentaires au CADA | 1 | 1 |
| Diversification alimentaire dans le pays d'origine | 1 | 2 |
| Diversification alimentaire réussie | 2 | 7 |
| Diversification empreinte du parcours migratoire | 2 | 4 |
| Début de diversification entre 4 et 6 mois | 3 | 8 |
| Début de diversification à 10 mois | 1 | 3 |
| Début de diversification à 12 mois | 1 | 1 |
| Désir de conservation de la culture d'origine et volonté d'intégration | 3 | 17 |
| Education confiée à un membre familial autre que les parents | 1 | 3 |
| Enfant roi | 2 | 18 |
| Excision=traumatisme bouleversant le schéma alimentaire habituel | 1 | 4 |
| Facilité du transport des sucres rapides | 2 | 3 |
| Famille consanguine ou mariage en famille | 1 | 2 |
| Famille nombreuse dans le pays d'origine | 1 | 7 |
| Fréquence des repas | 2 | 3 |
| Goût | 2 | 5 |

| | | |
|---|---|----|
| Influences parentales | 1 | 8 |
| Inquiétudes parentales | 2 | 19 |
| Internet, nouveau repère | 1 | 1 |
| Intéressé par la diversification de l'enfant | 1 | 1 |
| Lait de vache après 1 an | 1 | 1 |
| Lait, repas principal | 3 | 11 |
| Laxisme alimentaire | 2 | 6 |
| Les familles d'aliments | 1 | 1 |
| Mets du pays d'origine | 2 | 6 |
| Migration et clivage familial | 3 | 15 |
| Moment non adapté | 3 | 4 |
| Moyens de déplacement au CADA | 2 | 2 |
| Moyens économiques au CADA | 3 | 5 |
| Méconnaissance de la cuisine du pays d'accueil | 1 | 3 |
| Méconnaissance de la diversification alimentaire | 1 | 8 |
| Naissance dans le pays d'origine | 1 | 1 |
| Naissance de l'enfant en dehors du pays d'origine | 2 | 11 |
| Ne pas forcer l'enfant | 1 | 3 |
| Partage intrafamilial | 1 | 2 |
| Participation de l'enfant dans le pays d'origine | 1 | 3 |
| Petite famille au CADA | 3 | 8 |
| Plats cuisinés par les mères | 2 | 4 |
| Plats industriels | 2 | 6 |
| Propositions alimentaires répétées | 3 | 18 |
| Précarité dans le pays d'origine | 1 | 4 |
| Qualité des produits alimentaires du pays d'accueil | 1 | 1 |
| Religion | 1 | 5 |
| Repas toujours partagé en famille et sacralisé | 1 | 3 |
| Réactions de l'enfant | 2 | 10 |
| Résignation parentale au CADA | 1 | 2 |
| Sevrage allaitement maternel | 1 | 4 |
| Source d'informations alimentaires | 3 | 8 |
| Supermarché au CADA | 2 | 4 |
| Suppression lactée | 1 | 3 |
| Sélectivité alimentaire | 1 | 3 |
| Tradition, coutume | 1 | 4 |
| Transmission féminine de la cuisine | 1 | 10 |
| Troubles digestifs | 1 | 4 |
| Ustensiles | 2 | 5 |
| Ustensiles entre 1-4 ans | 3 | 9 |
| Ustensiles à partir de 3 mois | 1 | 3 |
| Vie familiale en communauté | 1 | 6 |

Annexe 5. Extrait de retranscription de l'entretien 1

...Animatrice : « Qu'est-ce que vous donnez à manger à vos enfants ? »

P6 *toujours dans la même position mais plus à l'aise* : « Ah j'ai une question. Mon enfant y a pas mangé, y a pas boire lait, y a pas mangé œuf. Pour moi difficile très difficile, juste que chocolat. »

P4 : « Quel enfant déjà ? »

P6 : « Tous les enfants. Manger juste chocolat avec riz, frites juste, *sourire* ... après y a pas manger bonnes choses. Moi donner bonnes choses, il n'est pas mangé. *Rire avec P7 et toutes les personnes présentes*) Problème avec ça. »

Animatrice : « Oui normalement qu'est-ce que vous donnez à vos enfants ? »

P4 : « Moi ma fille, elle mange du bleu, du semoule, on appelle semoule non ?! (*Interrogeant ses voisines*) ou c'est bleu ? »

P5 : « Semoule de blé »

Animatrice : « Blé, blé, blé, oui ... »

P4 *poursuivit en comptant les doigts de la main gauche* : « Oui elle boit céréale, elle mange le riz, elle mange spaghetti, elle boit yaourt, elle mange tout. Tout ce que je mange aussi elle mange. »

Animatrice : « Elle a 1 an et demi c'est ça ? »

P4 : « 2 ans »

Animatrice : « 2 ans »

P4 : « Elle a eu 2 ans avant-hier, le 8 aout ».

P1 et P7 *s'exclamaient* : « Aah avant-hier !! »

P4 *avec un petit sourire de fierté* : « Le 8 Août »

P5 : « Mme P. Moi aussi mes enfants mangent de tout. Tout ce que moi je mange, ils mangent. Ils mangent africain, ils mangent brésilien, ils mangent tout. Sauf mon bébé de 4 mois, maintenant là il commence à manger. Il a 4 mois et j'ai commencé à lui donner des légumes et un peu de fruits. Pour les légumes je préfère moi-même les faire que les acheter de pots comme ça là... »

Animatrice : « C'est vous qui les faite. »

P5 (*toujours dans la même position*) : « Oui je les faits. Par exemple les carottes, pomme de terre, concombre, moi-même je les fais et il mange bien. »

P4 : « Moi c'est M. ivoirienne, elle boit du jus aussi. Du jus avec des bonbons, pas trop le bonbon pas trop. C'est quand je sors, je mets un peu sur moi pour que quand elle demande je puisse la convaincre. Avec de... un peu de chocolat, c'est tout. Avec souvent les fruits c'est rare parce que elle mange pas en tant que tel. Donc souvent elle mange aussi la viande avec le poisson. Elle mange tout, elle n'a pas de totem. Seulement elle mange pas beaucoup les fruits seulement pour le moment. »

P2 : « Moi c'est Mme B. A. Moi mes autres enfants, c'est pas compliqué pour la nourriture. Eux ils mangent tout ce que tu as, eux ils vont manger. Avec F. c'est différent. Elle pour manger du riz c'est compliqué, elle mange pas. C'est du lait seulement, frites, spaghetti, ... En fait c'est elle-même qui dit ce qu'elle veut manger parce que ... (*rire avec toute l'assemblée*) Oui c'est ça, elle c'est comme ça. Je le force à manger, elle veut pas. Même des fois aussi je suis partie à l'hôpital là bas pour que vous m'inscrire (*regardant Dr PRIOUX leur médecin traitant co-animatrice*) des médicaments pour qu'elle puisse manger. Elle, c'est compliqué. Elle mange pas trop. »

Animatrice : « Et le lait c'est... »

P2 : « Le lait qu'on nous donne au resto du cœur, c'est ça que je chauffe, je mets dans le biberon et je le donne ... »

Animatrice : « Quand ? »

P2 : « La nuit seulement. C'est la nuit qu'elle boit du lait. La journée, elle ne boit pas. La journée peut-être le matin je mets un peu de lait, je mets le céréale, elle mange un peu, elle boit un peu. Euh pour la nourriture, je fais du riz et le sauce, elle veut pas. Maintenant elle demande des fois poulet, elle me demande ça, je fais un peu de poulet (*rire avec les autres participantes*) je mange et des frites. Des fois aussi couscous, elle demande aussi couscous, je fais couscous pour elle. C'est elle qui parle, ce qu'elle veut manger. Sinon si je cuisine quelque chose, je le force, elle veut pas manger. »

P4 *regardant sa fille à côté* : « Moi ma princesse elle mange tout. »

(*Rire avec toutes les participantes*)

P7 : « Euh pour moi la petite là, elle mange tout ce que moi je mange. Mais ... (*se rappelant d'avoir omis de dire son nom dit*) Mon nom c'est F. F guinéenne, j'ai 3 enfants. Et les enfants qui sont ici c'est 2 enfants mais le premier là c'est B. C. Son nourriture, ce que elle mange beaucoup beaucoup c'est lait jusqu'à présent. Mais elle mange, les nourritures que moi je mange. Mais même si après le manger, elle doit demander le lait jusqu'à présent. Sinon elle mange spaghetti, le riz, compote, compote encore. Mais le plus nourriture c'est le lait. »

Animatrice : « D'accord et le lait au sein ou le lait au biberon... »

P7 : « Non le lait en poudre comme c'est lait dans poudre. De fois je peux... je mets dans les biberons. Oui c'est le biberon avec les céréales. »

Animatrice : « D'accord »

P3 *tenant sa fille sur ses jambes, gesticulant pour la calmer et l'aider à s'endormir* : « Pour moi mon bébé pour manger c'est problème. C'est Mme S. Mon bébé ne voulait pas manger, j'ai donné le biberon, elle ne boit pas. Encore c'est lait de sein seulement. J'ai essayé du fruit et des légumes. Mais le légume elle ne voulait pas. Le fruit et du yaourt là, elle essaie de manger un peu. Le reste elle ne mange pas. C'est du lait du sein seulement qu'elle va téter. »

Animatrice : « D'accord, elle a quel âge cette petite puce ? »

P3 : « 5 mois »

Animatrice : « 5 mois. »

P3 : « Oui. Pour manger c'est problème, elle ne voulait pas manger, c'est sein seulement. Le fruit de fois je donne, je vais forcer lui donne, mais elle va vomir. »

Animatrice *se tournant vers P7 qui parlait* : « Vous disiez ? »

P7 : « Comme c'est la petite là c'est les deuxièmes filles là, elle mange sein, lait pas en poudre parce que le docteur, on m'a dit que avant depuis qu'elle a eu 4 mois j'ai commence pour donner les légumes. J'ai commencé ça mais elle mange tout. Elle n'a pas de problème pour les nourritures. »

P1 : « Euh moi c'est M. Et euh on mange tout. (*Eclats de rire de toutes les participantes ensemble*)

On mange tout, parce que d'habitude moi j'essaie de faire la nourriture qu'on peut garder dans le ventre longtemps comme du riz, des euh des spaghettis par exemple et euh... En tout cas des trucs lourds et pommes de terre aussi euh des frites plus rapides. Et euh et c'est tout on mange. »

P4 prit la parole : « Et A. boit jus, tu mets jus dessus. Elle mange fruits. »

P1 : « A. quand elle trouve du jus elle boit et du fruits aussi, elle mange beaucoup de fruits. »

P7 : « Pour moi qui manger juste les frites avec riz, euh manger chocolat avec gâteau, tout ça. Encore ne pas manger œuf, ne pas boire lait, il n'aime pas. »

Animatrice : « Avant petit aussi ? »

P7 : « Petit non. Petit il est téter le sein. Après grandit moi donné manger mais manger pas ça ».

.... Animatrice : « Justement comment vous avez introduit chez vos enfants les aliments autres que le lait maternel, le lait au sein? Comment vous avez fait pour passer du lait au sein aux autres aliments ? A autre chose que le lait ?

P2 : « A part le lait de sein ? quand on a fait arrêter les enfants de téter oubien... ? »

Animatrice : « Euh oui, comment vous avez fait pour faire arrêter les enfants de téter et leur proposer autre chose ? »

P2 : « Bon pour moi, euh ma fille elle avait 1 an. Pour le faire arrêter le sein, c'est elle-même qui a arrêté parce du fait que les douleurs qu'elle a c'était insupportable. Donc du coup, elle a arrêté de téter toute seule. C'est là que j'ai commencé le biberon, je fais le lait, je mets dans le biberon je le donne, elle boit. »

Animatrice : « Le lait en poudre ou le lait au sein ? »

P2 : « Le lait en poudre le NIDO là. Je mets le NIDO, je mets dans le bol, je mets l'eau chaude, je le laisse refroidir un peu, je mets dans le biberon et je lui donne. Elle boit ça un peu, après c'est fini. Si je lui donne quelque chose, il veut pas, c'est comme ça. »

P4 les coudes posés sur la table, regardant l'animatrice : « Moi c'est M. ivoirienne. Quand j'ai allaité M. ma fille c'était en mars troisième mois après elle s'est habituée, une semaine, elle s'est habituée. Je lui donnais œuf, je fais bouillir œuf souvent, je grille avec les spaghettis, les yaourts et tout. Elle a oublié. »

Animatrice : « Ça s'est fait au fur et à mesure ? »

P4 : « Voilà c'est au fur et à mesure, elle a oublié. C'est passé. »

Animatrice : « D'accord »

P5 *les bras croisés sur la table, toujours souriante* : « Moi c'est P. Pour mon premier garçon, lui il a arrêté de lui-même à 3 mois parce que lui a commencé la crèche à 2 mois donc j'ai commencé à laisser trop petit. Et quand il s'est habitué à la crèche là, il ne voulait plus prendre les seins. Il a voulu commencé euh ... parce que à la crèche, il prenait le biberon. Après il s'est habitué au biberon et je l'ai laissé avec le biberon. Après quand il est arrivé à 5 mois, la crèche m'a dit que non, à 6 mois il doit commencer à manger à l'école donc je dois commencer la diversification. Alors j'ai commencé à essayer déjà à manger à partir de 5 mois un peu jusqu'à ce que il s'habitue. Mais pour le sein il l'a laissé de lui-même à 3 mois.

Pour le 2^{ème}, lui il a pris le sein maternel jusqu'à 18 mois. Lui, c'est moi qui a fait qu'il arrête parce que j'étais enceinte. Donc je devais l'arrêter. Je devais l'arrêter et pour arrêter c'était pas facile. Mais à la place du sein, je lui donnais le biberon. Après ..., il mangeait déjà, lui il mangeait déjà mais il prenait le sein. Mais pour laisser le sein, je lui ai remplacé, j'ai remplacé par le biberon et s'est habitué.

Pour le bébé, lui il pend encore le sein, je n'ai pas encore arrêté. »

P4 : « Moi je n'ai pas encore eu l'enfant qui refuse le sein d'abord. C'est moi même j'enlève parce que mes enfants têtent trop. Pour Maty par exemple c'est 1an 6 mois, pour son frère c'est 1 an 6 mois, sa sœur c'est 2 ans. C'est moi-même j'arrête, j'essaie de les arrêter sinon ils ne refusent pas tout seul. (*Le disait tout en souriant*).

Animatrice : « D'accord ».

P2 *prit la parole* : « En fait je peux parler ? »

Animatrice acquiesca: « Oui, H »

P2 *les deux bras ouverts, tendus et posés sur la table* : « Pour les autres de mes enfants, chez nous c'est jusqu'à 2 ans qu'on fait arrêter les enfants de téter. Mais F. de fait qu'elle souffre, c'est pour ça elle a arrêté toute seule. Voilà, sinon chez nous c'est 2 ans 2 ans, l'enfant arrête de téter. »

Animatrice : « Et jusqu'à 2 ans il mange autre chose que le sein ? »

P2 reprit : « Oui il mange d'autres choses. Des fois tu peux faire du lait, tu peux faire du cérélac, cérélac tu donnes à l'enfant. Tu peux faire aussi du bouillie, du bouillie qu'on fait avec le poudre d'arachide, tu peux faire ça aussi tu donnes, ... on fait aussi beaucoup de choses. Si l'enfant veut manger, il n'y a pas de problème mais quand même pour arrêter de téter c'est 2 ans chez nous. Mais comme F. (sa fille) elle souffre, c'est pour ça qu'elle a arrêté. »

P3 *prenant la parole se voit interrompre par P4* : « Chez nous, pour moi avec mes filles, c'est elle même qui a laissé... ».

L'une des filles de P4 présente lors de cet entretien criait à côté avec l'un des enfants de P7.

P4 *interrompant P3 s'adressa d'abord à sa fille pour lui demander de baisser le ton* : « Hey M. attends. » Puis P4 *s'adressant à P3* : « Attends attends pardon, je je ne suis pas long parce que moi ça ne vient pas en tête en même temps. C'est à cause de ça je coupe. Oui c'est ça j'ai beaucoup de ... »

P3 et les autres participantes souriaient, mais M (la fille de P4) continuait à élever la voix.

P2 *interpella la fille de P4* : « Hey M. »

P1 dit : « C'est l'enfant de qui ça ?! »

P4 *répondit avec le sourire* : « C'est moi, c'est l'enfant de moi. Moi inh ..., j'étais enceinte de mon fils mais ma fille elle tétait parce que je n'avais pas le choix. J'étais obligée de la laisser téter. Sinon c'est pas, ... Oui c'est la vérité ; c'est pas forcément que l'enfant doit téter à 2 ans et c'est pas ..., il y a des enfants qui refusent, il y a des enfants tu peux les enlever. Mais malgré j'étais enceinte mais elle tétait. »

Animatrice *voulant un peu plus de précision* : « C'est qu'elle voulait ? »

P4 *poursuivait* : « Oui elle voulait mais je ne pouvais pas l'enlever comme ça parce que en ce temps j'étais pas trop grande dans la tête. Bon c'est comme ça. Elle tétait et puis elle mangeait. »

P1 prit la parole : « Euh moi j'ai une question pour euh ... »

Animatrice se souvenant de l'interruption de la prise de parole de P3, dit en souriant avec les autres participantes : « Après c'est autour de Mme S (P3) ».

P1 : « Euh je voulais juste euh, j'avais une question pour Mme P2. Comme elle dit que eux chez eux c'est jusqu'à 2 ans, je voulais savoir si c'était obligatoire genre qu'un enfant tète 2 ans. »

P2 : « Chez nous c'est obligatoire mais c'est juste si tu n'as pas pu te retenir jusqu'à 2ans, tu es tombée enceinte, là on peut te dire comme tu es enceinte il faut arrêter. Il faut faire arrêter ton enfant de téter, comme ça tu vas commencer à donner d'autres nourritures à part le sein. Mais si tu n'es pas enceinte tu peux continuer jusqu'à 2 ans. C'est ça qui est chez nous. »

P1 : « D'accord, j'allais dire que vos maris sont gentils. Vous avez des maris gentils. »

P7 : « C'est la religion voilà ».

Animatrice *faisant signe d'avoir compris* : « C'est la religion. »

P1 *les questionna, toute étonnée* : « C'est la religion ? »

P2, P3, P7 *aquiesçaient et répondaient ensemble* : « Oui c'est la religion »

P4 : « Moi j'ai tété 3 ans. Oui ma mère m'a dit que j'ai tété 3 ans »

P3 : « Ma 1^{ère} fille, elle a laissé le sein 1 an 9 mois parce que il y a, parce que c'est mois de Ramadan est venu, je ne peux pas faire téter. J'étais très fatiguée, ma mère est venue pour

prendre. Elle tète bien elle ne veut pas le mangé, c'est le tété seulement avec du lait. Elle est partie chez ma mère là-bas. Elle mange tout. »

Animatrice : « D'accord »

P7 *tenant sa fille dans son bras gauche, jambes croisées, regardant l'animatrice* : « Oui M. comme j'ai dit c'est la religion, parce que à notre religion tu peux donner les enfants le sein jusqu'à 2 ans. Là vous n'avez pas de problème à propos de Dieu mais quand les enfants même laissé, ce n'est pas de problème. J'ai expliqué tout ce que Mme B. elle a dit. Mais pour elle là, ma fille B. elle a laissé le sein jusqu'à elle était 4 mois. Elle a laissé le sein. Quand je donne, elle boit pas sauf les biberons. »

P6 faisant signe de sortir pour se retirer afin d'aller réveiller son fils qui dormait dans le centre. Elle s'éclipsa avant la fin de l'entretien.

Echange entre les participantes

P4 : « Mais euh j'ai une question. Euh la religion non, chacun a son coutume inh. »

P7 : « Ça c'est pas coutume, tant que tu es musulman, c'est Dieu dit ça dans le Coran qu'on donne les seins jusqu'à 2 ans. »

P4 : « Je n'en disconviens pas, je veux dire que c'est vrai. Je veux dire que je sais parce que moi ma fille a tété 2 ans. Je veux dire que chacun a sa coutume malgré que nous sommes tous les musulmans. »

P7 : « Oui je comprends, je comprends mais les religions c'est pas pour tous les enfants. »

P4 : « Parce que elle a dit c'est coutume. Elle a dit c'est coutume »

P7 : « Elle n'a pas compris. C'est pour cela moi je l'ai expliqué. »

P4 : « Voilà OK j'ai compris. »

P7 : « Comprendre han, c'est pas coutume mais c'est religion parce que il y a quelque chose entre les filles et sa mère. Il y a quelque chose. Quand tu n'as pas donné ça à ta fille tu dois eu quelque chose c'est mieux. C'est les lois entre les enfants et sa mère. C'est ça que elle voulait les expliquer. »

P4 : « Voilà toi t'as expliqué bien maintenant on a compris. »

Animatrice : « D'accord et pour passer à 4 mois du coup pour passer à autre chose ça s'est passé comment ? Entre le sein et les autres aliments ? Comment ça s'est passé pour vos enfants ? ».

P7 : « Pour elle, elle a laissé les seins quand elle était 4 mois. Je lui donnais les biberons et les légumes, c'est ça... »

Animatrice : « Elle a laissé toute seule ? »

P7 : « Elle a laissé toute seule. Quand je donne les seins, elle boit pas sauf lait et biberons, les poudres là. Les autres nourritures, ce que docteur m'a écrit je continuais de la donner, les petits pots, spaghettis. C'est ça que je continuais pour elle.

Mais la 2^{ème}, elle est pareille. Elle a continué de manger tout : lait, légumes, comportes et sein jusqu'à présent. Elle a continué de prendre. Elle n'a pas de problème comme elle (en montrant sa 1^{ère} fille).

Mon 1^{er} fils, il a laissé les seins encore quand il était 4 mois sauf elles est pareille que les autres. »

Animatrice : « Alors quelles difficultés vous avez rencontrées au sein du CADA là, ici concernant l'alimentation, concernant la nourriture ? est-ce qu'il y a eu des difficultés depuis que vous êtes arrivées ici ? »

P2 : « Alors moi je peux dire qu'on a pas eu de difficultés. Pour moi quand même, j'ai pas eu de difficultés. Parce que du coup tu vas recevoir l'argent dans ton carte. Tu peux aller chaque jeudi, il y a le voiture qui nous ramène à Ussel pour aller acheter. Tu peux aller là bas acheter tout ce dont ton enfant a besoin.

Chaque deux semaines aussi, il y a les restos du cœur. On nous donne des gâteaux, du lait, on nous donne beaucoup de choses. On peut dire que hahamdoullillah ça va. Tout va bien, pour moi, quand même tout va bien. »

P3 : « Même moi ça va, tout ça va. »

P4 *rigolant et regardant Dr P la 2^{ème} animatrice* : « Pour moi, mon difficulté, c'est mes fesses. Je peux pas bien m'asseoir. J'ai parlé à Dr P. elle n'a pas pu ... »

Les autres participantes, Dr P. et l'animatrice se sont mises à rigoler.

P4 : « Sinon je mange bien, je dors mais le stress est là avec mes fesses là j'ai du mal. C'est tout.»

Animatrice reprit pour recentrer le sujet : « Par rapport à la nourriture, est-ce qu'il y a eu des difficultés entre le moment vous étiez chez vous dans votre pays et le moment où vous êtes arrivées maintenant au CADA ? »

P4 : « Tout c'est bon parce que on va aller à Limoges chaque deux mois. On va au resto du cœur, tu as l'argent sur ta carte, il y a le casino si t'as besoin de quelque chose et chaque jeudi on va à Ussel comme elle a dit. Il y a les resto du cœur. Bon comme souvent les nourritures de chez nous, ça se trouve à Limoges. Donc il faut attendre chaque deux mois pour arriver à Limoges. Donc mais, quand tu arrives là-bas, tu en profites en même temps. Ce que tu veux tu paies, c'est comme ça.»

P1 : « En tout cas on mange bien. En Afrique c'est dans Koh Lanta, tu manges ce que tu gagnes. C'est la vérité. »

P2 : « Wouai il y a beaucoup de différences entre ici et l'Afrique »

Animatrice : « C'est plus facile ici ? »

P1 : « C'est plus facile ici. »

P2 : « Ensuite ici c'est très très facile parce que en Afrique tu ne peux pas reçoit même un seul centime sans travailler... »

P1 : « On est dans Koh Lanta quoi. »

P2 *continua avec le sourire* : « Mais là on s'occupe bien de nous, on nous donne de l'argent pour s'occuper des enfants. Franchement ici c'est cool. »

Animatrice éclata de rire.

P1 : « Tu ne peux pas attendre quelque chose là-bas et faire la maline avec. Tu manges ce que tu gagnes. »

Animatrice : « Je comprends »

P5 : « Moi aussi je n'ai aucun problème pour la nourriture en tout cas. Pour la nourriture aucun problème en tout cas. »

P7 *en riant* : « Oui à propos de nourriture en Afrique, comme c'est les nourritures là, c'est différent un peu. Les problèmes qu'on a eu c'est ça. Mais c'est le début, on a continué. Je continuais pour habituer ça. Mais avant c'était dur parce que les nourritures c'est différent un peu. C'est différent. Là où nous sommes ici encore, on ne trouvait pas sauf chaque 2 mois. Mais les conditions à propos de l'argent, les autres conditions Hamdoullilah on est dit Dieu merci. C'est différent encore. »

Animatrice : « D'accord si j'ai bien compris, ce qui a été difficile éventuellement c'est d'adapter la nourriture ? »

P2, P4 parlait simultanément.

P4 : « Elle voulait dire lorsqu'elle est venue nouvellement, pour s'adapter à la nourriture d'ici c'était difficile. Donc il faut attendre 2 mois pour aller à Limoges, pour trouver la nourriture de chez nous Afrique. C'est ce qu'elle ... »

P7 : « Oui »

P2 : « Parce que ici il faut attendre jusqu'à 2 mois pour aller à Limoges. »

Animatrice : « Pour trouver les bons produits du coup ? Et pendant ces 2 mois avant, vous faites comment du coup ? »

P4 : « C'est ça elle a dit, ... »

P7 : « On mange les nourritures, ... »

P4 interrompant P7: « Excuse-moi A. Quand tu viens d'arriver, c'est ça elle a dit. Maintenant on commence à s'adapter parce que on est habituée maintenant. On attend chaque deux mois. Une fois que tu quittes là-bas, une fois tu paies les choses avant que ça ça va finir, tu sais comment gérer. On s'est habituée. »

Animatrice s'adressant à P2 : « D'accord, OK. Tu voulais ajouter quelque chose par rapport à ... »

P2 : « c'est ça que je voulais dire »

P2 : « En fait moi j'ai changé parce que ça a beaucoup changé parce que avant ma fille elle ne boit que du lait seulement. Mais du fait que je suis venue ici, des fois si elle voit d'autres enfants entrain de manger, elle va avoir envie de manger. Sinon même le mois passé, l'année passée là quand elle part à l'école, je vais pas la laisser làbas. Parce que tellement je suis inquiète, je dis si je le laisse à la cantine elle va pas manger. Donc c'est cette année là je dis elle va restée à l'école, elle va manger là-bas. En tout cas moi je dis c'est bon maintenant. »

Animatrice : « Et ça se passe comment ? »

P2 : « Maintenant elle mange si je pars là bas, je demande. On me dit elle mange parce que quand elle voit les autres enfants entrain de manger, elle a envie de manger elle aussi. C'est grâce à ça, voilà ».

P4 *tenant sa fille sur les cuisses* : « Moi euh, j'ai traversé l'océan avec M. lorsqu'elle avait 8 mois. Donc je suis venue, c'est ici elle s'est adaptée à manger. Donc je peux pas dire que, je peux pas connaître entre les deux différences. C'est ici, elle a appris tout. Mais je suis entrain de l'habituer à ma nourriture que je mange. C'est le riz avec le semoule qu'elle mange beaucoup. Après je lui donne jus, elle va se mettre à l'aise. »

P5 *toujours avec le sourire, assise au bord de sa chaise, penchée en avant et les deux bras posés sur la table* : « Moi je voulais dire que ça a changé un peu oui parce que mes 2 bébés de 3 et de 2 ans, là au Brésil, leur nourriture ils mangent beaucoup le riz et les haricots avec la viande les choses là. Donc ils mangeaient beaucoup ça. Ils mangent beaucoup le riz, beaucoup nos aliments africains aussi. Ils mangent beaucoup. Alors le 1^{er} qui allait commencer à aller à la crèche, à l'école plutôt, j'ai un peu modifié euh, ... J'ai commencé à faire genre le euh, j'ai changé un peu la façon. Au lieu qu'il mange tout le temps le semoule parce que à l'école ils ne mangent pas de semoule, ils mangent pas souvent le riz. Je sais pas s'ils mangent, mais pas souvent j'espère. Et j'ai commencé à faire des gratins, ce genre de chose,

des petits pois qu'il ne mangeait pas, il commence à manger. Et je l'ai aussi inscrit à la cantine à l'école et on me dit aussi qu'il mange bien. Donc ça a commencé vite. »

Animatrice : « D'accord »

P7 : « Mon premier fille ... »

P4 *corrigeant* P7 : « Ma première fille, B »

P7 *poursuivant* : « honhon, mon premier fille c'est M. C. il est au pays, mais comme si il n'a pas grandi chez moi, je ne connais pas son nourriture bien. Mais elle là, je l'ai déjà expliqué ce que elle l'aime, elle l'aime pas, parce que elle mange tout. Tous les nourritures, surtout les nourritures dans les boîtes là, mélangées avec ... »

P4 : « Emporté avec les carottes là-bas »

P7 *tenant l'une de ses filles sur ses jambes et regardant l'assemblée* : « Spaghetti avec le riz là, elle mange, elle mange ça beaucoup encore... *riant avec sa fille et d'autres participantes* »

P4 : « Les nourritures mélangées emportées B. Elle poursuit dans sa langue maternelle en s'adressant à P7. »

P7 : « Oui elle mange encore, oui. Mais lait, elle peut boire lait 5 fois dans la journée. Même si elle mange le riz, après elle doit demander : maman je suis faim. »

P4 *avec le sourire corrigeant* P7 : « J'ai faim. »

P7 : « Je dis le riz, elle dit non. Le lait ... Parlant dans sa langue maternelle... c'est ça. »

Animatrice : « A et le bébé ? »

P3 *tenant sa fille dans ses bras* : « Oui le bébé n'a pas encore commencé de manger seulement elle a commencé de manger le fruit, du yaourt, même ça c'est un peu, elle finit pas le boîte de manger. Mais elle a commencé de prendre un peu un peu »

Animatrice : « D'accord ».

P3 : « Manger c'est problème pour elle. »

Animatrice : « Qui j'ai oublié ?! M. »

P1 : « Euh wouai »

Animatrice : « Qu'est ce qui a changé dans l'alimentation de votre enfant depuis l'arrivée au CADA »

P1 : « Euh rien, parce que on trouve un peu tout. »

P4 *précisant la question à P1* : « Non comme elle a commencé cantine à l'école, quand elle vient à la maison est-ce qu'elle mangeait, elle mange maintenant comme ce qu'elle mangeait avant ... »

Animatrice : « Est-ce qu'il mange différemment, est-ce qu'il y a des choses qui ont changé ? »

P1 : « Euh, à la cantine elle mange d'après ce qu'il me dit. Mais à la maison aussi oui elle mange beaucoup. Mais elle ne mangeait pas avant puisque enfin elle mangeait mais pas tellement. C'était en en tout cas pour moi c'était pas suffisant quand elle mange. Depuis qu'on est là, ça va elle mange, elle mange beaucoup. »

Animatrice : « Alors qu'est ce qui pourrait vous aider selon vous dans le fait de diversifier les aliments qu'est-ce qui fait, qu'est-ce qui vous aide pour diversifier les aliments dans l'alimentation de vos enfants ? »

P1 *n'ayant pas compris la question interrogea l'animatrice* : « C'est-à-dire diversifier ? »

Animatrice se tournant vers Dr P. : « Euh je m'en doutais »

P4 : « On n'est pas parti à l'école »

Animatrice *s'apercevant de l'incompréhension des participantes, reformula la question* : « euh qu'est-ce qui vous aide dans le fait de, comment vous faites pour arriver à changer d'aliments régulièrement, pour votre enfant qui goûte de tout, qu'il arrive à manger de tout, qui vous aide, qu'est-ce que vous choisissez pour lui ? »

Dr P *voyant leur incompréhension, reformula aussi* : « Qu'est-ce que vous choisissez pour lui ? est-ce que vous lui faites goûter plein de choses différentes ? ou est-ce que c'est toujours la même chose ? est-ce que vous savez quels sont les aliments qui sont bons pour lui. »

P2 : « Wouai, quand je pars au CASINO, je ramène ma fille avec moi. Je lui demande ce que tu aimes manger. Des fois elle me dit biscuit avec chocolat. Elle montre ce qu'elle veut. Si je vois c'est trop sucré, je dis je veux pas acheter ça pour toi, c'est pas bon pour le ventre. Donc si elle choisit quelque chose de bon, je prends. Si c'est pas bon je dis non. Si c'est des bonbons je prends un seul paquet, je le garde. Chaque 1 semaine je le donne un peu un peu un peu un peu mais je ne le donne pas beaucoup. Parce qu'on dit trop de sucre c'est pas bon pour le ventre. Donc du coup c'est moi qui va choisir ça. Quand il va manger le bonbon et quand il va pas manger. Sinon les restes de nourriture là, c'est elle qui choisit. Quand elle dit elle veut ça je le donne. Si elle veut pas je laisse. Je cherche quelque chose qu'elle aime. C'est ça. En tout cas le CASINO ça nous aide beaucoup parce que c'est tout près. »

P7 : « Excusez-moi, si je peux parler. Pour moi je ne peux pas connaître comment les nourritures, ... Pour moi je ne peux pas connaître pour changer les nourritures là parce que je n'étais pas habituée. Mais chaque fois, je prends mon rendez-vous chez docteur quand j'ai parti pour expliquer les enfants son ventre est gonflé, on doit faire la question : comment tu nourriture les enfants. Je l'ai expliqué, il doit me donner beaucoup idée, comment on donne ça, on change ça, on fait ça si son ventre fait mal, fait pas caca, donne euh acheté le lait, hépar. Pour moi c'est le docteur qui m'a aidé beaucoup. »

Animatrice : « D'accord »

P4 : « Moi ma fille, elle mange tout ? quand je suis partie chez Docteur P. elle m'a demandé parce que moi de nature je suis constipée beaucoup. Donc je peux dire que elle m'a ressemblée. Elle est beaucoup constipée. Avant elle était beaucoup constipée. Donc quand je suis partie, elle mangeait les chips avec les biscuits et tout. Donc elle m'a dit de diminuer les chips. Ca fait que je lui donne plus ça avec les bonbons, elle mange mais je diminue un peu, pas à chaque fois. Avec les chocolats et tout, c'est un peu un peu. Mais c'est le jus, comme je vois que les jus Caprisun elle boit ça, ça fait que ça l'aide un peu pour que, pour trouver je ne sais pas comment m'expliquer. Pour aller à la vaisselle comment on dit je ne sais pas. »

Dr P : « Aux selles »

Animatrice : « A la selle »

P4 : « Voilà inh, ça l'aide pour ça. Donc ça ne manque pas je lui donne ça beaucoup. Mais ce qui, compte tenu les sucres et tout je diminue. Mais le riz elle mange, ça ne lui crée pas de problème. Quand elle ..., elle-même elle aime le riz. Elle mange le riz et je fais aussi comme je vous avais dit le semoule. Nous on a une manière de faire chez nous avec la sauce elle mange ça aussi mais pas à chaque fois. Le riz, on peut dire que c'est 3 fois dans la semaine oubien pas chaque jour. Souvent elle-même peut refuser, elle peut aimer spaghetti aujourd'hui, demain quand tu vas faire elle va refuser. Souvent c'est le riz, souvent c'est frites. Frites aussi quand tu fais elle mange pas souvent. C'est comme ça. Elle mange tout mais elle

change elle même. Souvent elle refuse ça je suis obligée de faire ça, souvent je lui donne ça je suis obligée. Souvent elle refuse ça aussi. Donc comme je fais un peu de tout pour mettre dans le frigo. Si elle n'aime pas l'autre, je chauffe l'autre pour lui donner. C'est comme ça je fais. Sinon pour le moment ça va. »

Animatrice : « Ce qui vous a aidé c'est le médecin du coup ? »

P4 : « Oui c'est le médecin. Encore elle m'avait donné, médicaments pour les constipations pour mettre dans l'eau. Ça fait que maintenant même je donne plus ça beaucoup. Avant elle pouvait faire 3 jours sans chier. »

P3 : « Pour moi, pour mon bébé pour qu'elle mange c'est problème ; parce que au début lorsqu'elle a eu le 3 mois, j'ai acheté le lait en poudre le Guigoz là à la pharmacie là bas. Je lui donné mais elle ne veut pas. J'ai essayé essayé jusqu'à elle a eu 1 mois encore ça fait 4. J'ai demandé à docteur, elle m'a dit que je donne maintenant les légumes et du fruit. J'ai acheté ça encore, elle veut pas. Au moins c'est le fruit elle va prendre un peu. Mais les légumes elle ne veut pas ça. J'ai essayé elle ne veut pas. »

Animatrice : « Donc elle prend le sein ? »

P3 : « Oui elle prend le sein. Le sein seulement maintenant elle a pris. Elle essayé de manger le fruit, le petit yaourt encore ça elle mange un peu. C'est ça que j'ai essayé de raconter elle va manger un peu un peu jusqu'à... »

Animatrice : « Jusqu'à manger vraiment. »

P3 : « Oui »

Animatrice : « D'accord »

P4 *tenant sa fille sur sa jambe gauche et regardant Dr P* : « Moi en tout cas comme, sur ce côté-là je peux dire que c'est elle (le docteur prioux) qui m'a aidé contre la constipation. Même les Caprisun je lui ai montré ».

En bruit de fond, les enfants de certaines participantes jouant émettaient des sons.

P3 *avec inquiétude et tenant sa fille dans ses bras dit* : « En fait le ventre ça parle beaucoup, tout le temps le ventre ça parle. Ça m'a inquiété beaucoup. Si elle tète, elle va faire le caca, tout le temps elle va faire le caca. Le ventre ça parle ça parle beaucoup même. »

P7 : « Moi je dirai, pour mes 2 grands, les 2 premiers je ne les laisse pas beaucoup choisir parce que si je les laisse choisir ils vont choisir les gâteaux, biscuits, chips, c'est qu'ils choisissent. Donc c'est moi qui choisissent un peu ce qui est bon pour eux. Genre des légumes et les petits pois, les haricots, tout ça c'est moi qui choisissent. Pour les petits, lui c'est lui qui choisit. Là je dois voir le docteur P. parce que quand je donne les carottes et il fait beaucoup jaune il ne fait pas de selles, juste les carottes pour les légumes. Donc les légumes il mange bien. Pour lui ça il n'y a pas de problème. »

Animatrice : « Y en a qui veulent ajouter quelque chose ? »

P1 : « Moi j'avais même pas compris la question. »

Animatrice : « Alors qu'est ce qui pourrait vous aider pour changer d'aliments régulièrement pour vos enfants ? Est-ce que vous avez besoin ... »

Dr P. : « Est-ce que vous avez besoin de conseils ? »

Animatrice : « Où est ce que vous allez les chercher ? »

P1 : « Euh moi je cherche pas ça, ça dépend de ce qu'elle aime manger. Du coup je fais en fonction d'elle. »

Animatrice : « D'accord, ok »

P7 : « Euh pour moi, toujours les enfants ils ont des problèmes à propos de selles là. Quand j'ai vu ils font pas les selles, j'ai mélangé les médicaments que le docteur m'a expliqués lactulose. J'ai mélangé ça avec l'eau. Quand je donne, ils ont fait les selles. Mais quand je donne pas ils sont pour faire les selles c'est dur. Ils font mais c'est dur. Je fais tout pour

suivre mais je n'ai rien comprendre dans ça. Quand je donne les médicaments, son selles ça ira bien. Quand j'ai arrêté, ça commence encore pour faire dur. Les 2 (*parlant de ses 2 enfants*) c'est les mêmes choses. »

Annexe 6. Extrait de retranscription de l'entretien 2

Animatrice : « Alors, à partir de quel âge, vous avez donné autre chose que du lait à votre enfant ? »

P3E2 *toujours dans la même position, réfléchit et répond en fixant l'animatrice, et faisant des gestes avec sa main gauche* : « Et euh à partir de 4 mois. J'essayais déjà de mettre euh, un peu de PICOT dans les biberons pour que ça devient un peu lourd et ... »

Animatrice *l'interrompant en lui prêtant des mots* : « Plus consistant. »

P3E2 : « Voilà plus consistant... »

Animatrice : « C'est quoi du PICOT ? »

P3E2 *levant les yeux vers le plafond en cherchant ses mots* : « Et euh c'est les euh ... comment on appelle ça déjà, le cérélac »

Animatrice : « Le céréale ? »

P3E2 *acquiescant de la tête en fixant l'animatrice* : « Oui céréale »

Animatrice : « Et c'est quoi comme céréale, vous savez ? »

P3E2 *faisait des gestes avec sa main gauche pour expliquer* : « Euh huum, euh non c'était en grec en fait. J'ai ... »

Animatrice : « D'accord »

P4E2 *s'adressant en lingala à sa voisine P3E2 en faisant des gestes de la main droite* : « cérélac eza poto poto... »

P3E2 regardant P4E2 en acquiescant et dit : « Yes et marque »

P4E2 *tout en s'adressant à P3E2 élevant la voix en lingala poursuit* : « Poto poto ... »

Animatrice : « C'est des céréales pour épaissir ? »

P3E2 : « c'est oui pour épaissir oui »

Animatrice : « D'accord que vous mettez dans le biberon ? »

P3E2 : « Dans le biberon oui. »

Animatrice : « D'accord et après ? »

P3E2 : « Et après, j'ai commencé à essayer avec la nourriture de chez nous, un peu de fougou »

Animatrice *faisant mine d'incompréhension en approchant sa tête vers P3E2* : « Du quoi, pardon ? »

P4E2 *en riant avec P3E2* : « Semoule ... »

P2E3 *en reprenant* : « Semoule »

P3E2 : « Oui, un peu de fougou, de petit boule, de fougou qui est trop léger en fait ... »

Animatrice : « D'accord »

P3E2 : « C'est comme ça que chez nous ça marche. On essaie déjà l'enfant ,... »

Animatrice : « D'accord »

P3E2 : « Et j'essaie de donner des pâtes, essayer de donner de pommes de terre que j'ai cuit »

Animatrice : « D'accord »

P3E2 : « Voilà ... »

Animatrice : « D'accord. Et combien de repas ? Dans combien de repas ? »

P3E2 : « Par jour ? »

Animatrice : « Oui »

P3E2 : « Trois fois par jour. »

Animatrice : « D'accord, et manger à la cuillère ? Dans le creux de la main ? ou au biberon ? »

P3E2 : « Non dans dans la cuillère. »

Animatrice : « Dans la cuillère »

P3E2 : « Oui »

Animatrice : « D'accord. Vous avez autre chose à rajouter ? »

P3E2 : « Non »

Animatrice : « C'est bon ?! *regardant la P4E2 et l'interpelle par son prénom : F.* »

L'accompagnateur de P4E2 s'adressant en lingala à P4E2 qui répondit à son tour, puis se tournant vers l'animatrice dit : « *S'il vous plait la question pour F. ci c'est quoi ?* »

Animatrice : « Alors alors la question c'est euh, à quel âge vous avez commencé à donner autre chose que du lait à votre grand ? *En montrant du regard le petit garçon assis sur les jambes de l'accompagnateur.* »

P4E2 *répond juste après la question de l'animatrice :* « 3 mois »

Animatrice : « D'accord, vous avez donné quoi ? »

P4E2 : « Les céréales »

Animatrice : « D'accord, dans le biberon? »

P4E2 : « Non, dans l'assiette »

Animatrice : « Dans l'assiette avec la cuillère? »

P4E2 : « Oui »

Animatrice : « D'accord, combien de fois par jour ? »

P4E2 : « 2 fois »

Animatrice : « 2 fois par jour, d'accord. Et à quel moment, à quel âge vous avez euh donné autre chose que le céréale ? »

P4E2 : « 6 mois »

Animatrice : « D'accord, et qu'est-ce que vous avez donné comme aliments ? »

P4E2 : « Le semoule, le fufou, le semoule c'est ça. »

Animatrice : « La semoule d'accord oui. »

P4E2 : « Avec les pommes, ... »

Animatrice : « D'accord. D'accord et de la viande vous en avez donné à partir de quand ? »

P4E2 : « La viande, le poisson, ... »

P3E2 *à voix légèrement basse :* « La soupe »

Animatrice : « 6 mois ? »

P4E2 : « Oui »

Animatrice : « D'accord, ok? Et combien de repas ? »

P4E2 : « Bon 2 fois tout 3 fois. »

Animatrice : « D'accord. Et il y avait encore le biberon ou bien l'alimentation au sein ? »

P4E2 : « Biberon, le sein, tout. »

Animatrice *à l'observatrice :* « Tu veux que je pose autre chose comme question sur ces deux euh, sur ces 2 items là? »

L'observatrice : « Non, c'est bon »

Animatrice : « Alors, on passe à l'autre question ? Quelle est la réaction de votre enfant devant un nouvel aliment ou lorsqu'il n'aime pas ? Que faites-vous ? Est-ce que vous forcez l'enfant à manger ? Est-ce que vous le proposez cet aliment une autre fois ? A un autre repas ? Est-ce que ajoutez de petites choses, pour que le goût soit différent ? Qu'est ce que vous faites quand votre enfant sur un nouvel aliment, il en veut pas ? »

P1E2 chuchote en russe.

Animatrice *se tourne vers P1E2 et lit sa réponse :* « Nous mangeons le matin au déjeuner, au thé de l'après-midi et au dîner. Si il n'aime pas quelque chose de nouveau aliment, je l'enlève et après un certain temps je le propose à nouveau. »

Animatrice : « Euh, F, »

P2E2 : « Oui »

Animatrice : « Est-ce que vous avez une idée quand votre bébé va commencer à goûter des choses, qu'est-ce que vous allez faire si il fait la grimace ? »

Pendant ce temps, l'accompagnateur de P4E2 et P4E2 discute à voix basse en lingala.

P2E2 : « Moi par rapport à l'alimentation de bébé, je ne peux rien répondre pour le moment parce que j'ai pas, je n'ai rien donné à mon bébé ... rien que le lait d'abord »

Animatrice : « D'accord, d'accord »

L'observatrice demande à l'animatrice plus de précision sur le mode d'allaitement du nourrisson de P2E2.

Animatrice : « Et donc là pour le moment, le bébé il est que au sein ? »

P2E2 : « Oui oui, au sein avec le lait artificiel »

Animatrice : « Et le lait mixte ? Le le sein »

P2E2 : « C'est le mixte que je »

Animatrice : « Et le lait en biberon ?!.... »

P2E2 : « Si oui, ... »

Animatrice : « D'accord, d'accord. »

L'animatrice se tournant vers la P3E2.

Animatrice : « L. qu'est-ce que vous faites si votre petit, il veut pas un aliment ? »

P3E2 *le coude gauche posé sur la table, le pouce sous le menton regarde l'animatrice* : « S'il veut pas, j'arrête. J'essaie de lui donner ce qu'il veut et après un peu plutard, je vais commencer à essayer de lui donner petit à petit et au fur et à mesure il va commencer à le manger. »

Animatrice : « D'accord et euh... votre enfant il a 3 ans? »

P3E2 : « Oui »

Animatrice : « Et vous avez allaité au sein, au biberon ou les deux ? »

P3E2 : « Au s..., j'ai j'ai allaité au sein, au biberon jusqu'à 6 mois il a refusé. Et je suis restée avec le biberon. »

Animatrice : « Donc le sein a été stoppé à 6 mois ? »

P3E2 : « A 6 mois oui »

Animatrice : « Et après 6 mois, il a eu un biberon ? »

P3E2 : « Jusqu'aujourd'hui »

Animatrice : « Et là il a encore un petit peu un biberon ? »

P3E2 : « Oui »

Animatrice : « Euh on peut peut-être préciser le la caractéristique spéciale du fils de de L. Parce que il a un trouble du comportement. C'est un jeune qui a un TSA. »

Observatrice : « D'accord, ok »

Animatrice : « Un petit qui a un TSA. Donc, disons que ça apporte un prisme un peu différent par rapport au fait que il puisse ne pas vouloir certains aliments ou ... voilà. »

Animatrice : « Mais d'une façon générale, ça se passe plutôt bien le repas ? »

P3E2 : « Des fois oui, des fois non »

Animatrice : « D'accord, d'accord. Euh F. ? »

P4E2 ayant les yeux fixés vers les jambes de son accompagnateur, répond en relevant sa tête.

P4E2 : « Oui »

Animatrice : « Euh quand votre enfant euh, vous proposez quelque chose de nouveau et qu'il en veut pas, qu'est-ce que vous faites ? »

L'accompagnateur de P4E2 s'adresse à P4E2 en lingala en traduisant la question. P3E2 parlant aussi la même langue semble apporter plus de précision à la question à P4E2. Cet échange a duré environ 2 min.

L'accompagnateur de P4E2 *prend la parole* : « Elle va essayer de lui donner de nouveau jusqu'à ce que l'enfant, elle va accepter la nourriture dont a maman lui a proposé. »

Animatrice *s'adresse à P4E2* : « D'accord, vous avez combien d'enfants F. ? »

P4E2 : « Quatre »

Animatrice *s'adresse à P4E2* : « Ils ont quel âge ? »

P4E2 : « 11 ans, 6 ans, 3 ans et avec lui (*en montrant du regard son nourrisson dans les bras*)»

Animatrice *s'adresse à P4E2* : « Alors le petit de 3 ans qui est là, euh jusqu'à quel âge il a été au sein, au biberon, les deux ? Jusqu'à quel âge ? »

P4E2 : « Tous les deux mais le sein de maman, ... »

Animatrice *s'adresse à P4E2* : « Oui »

P4E2 : « Une année deux mois. »

Animatrice *s'adresse à P4E2* : « Une année et 2 mois ? »

P4E2 : « Oui »

Animatrice *s'adresse à P4E2* : « Tous ? »

P4E2 : « Oui »

L'accompagnateur de P4E2 *tenant toujours l'enfant de 3 ans endormi dans ses bras réplique* : « Non »

P4E2 : « Non »

L'accompagnateur de P4E2 *tenant toujours l'enfant de 3 ans endormi dans ses bras réplique* : « Non, c'est le moins de 3 ans ... »

Animatrice *s'adresse à P4E2* : « Juste le petit ? »

L'accompagnateur de P4E2 *tenant toujours l'enfant de 3 ans endormi dans ses bras réplique* : « Il a arrêté de prendre le sein maternel ... (*P4E2 lui parlant en lingala et nous entendons 1 année 2 mois*) Tous les enfants ils arrêtent de prendre le sein maternel à partir de une année 3 mois. »

Animatrice : « D'accord »

L'accompagnateur de P4E2 : « Mais souvent elle prend ses biberons quotidiennement jusqu'à présent »

Animatrice : « Mais ils ont quand même un biberon ? »

L'accompagnateur de P4E2 et P4E2 *ensemble répondent* : « Oui »

Animatrice : « Une fois par jour ? »

L'accompagnateur de P4E2 et P4E2 *ensemble répondent* : « Non »

Animatrice : « Plusieurs fois par jour ? »

L'accompagnateur de P4E2 *répond en parlant du petit de 3 ans endormi dans ses bras* : « Pour lui c'est plusieurs fois par jour »

L'accompagnateur de P4E2, P4E2, P3E2 et l'animatrice *sourient ensemble*.

Animatrice : « D'accord »

P3E2 *poursuit* : « Plusieurs fois par jour. Beaucoup de lait même. »

Animatrice : « Beaucoup de lait »

P3E2 *poursuit* : « Oui »

Animatrice : « Les les enfants même après 1 an et demi ou, ils boivent encore beaucoup de lait au biberon. »

L'accompagnateur de P4E2 *répond en parlant du petit de 3 ans endormi dans ses bras* : « Et plus ou moins 1litre du lait, il termine ça toute la journée. »

Animatrice : « D'accord. Et ils boivent pas du lait avec le verre ? »

L'accompagnateur de P4E2 *répond en parlant du petit de 3 ans endormi dans ses bras* : « On les met dans le biberon. Il n'aime pas avec le verre seulement avec le biberon.»

P3E2 : « Avec le verre c'est trop compliqué même L. (*son fils*) aussi. Mais L. par jour il prend 2 litres de lait. Je sais pas si c'est trop ? »

Animatrice : « 2 litres ça fait beaucoup pour un petit mais il mange quand même autre chose ? »

P3E2 : « oui mais il aime pas ... »

Animatrice : « Il aime bien son lait ? »

P3E2 : « Oui, voilà »

Animatrice : « D'accord. »

P3E2 : « Donc la base c'est le lait en fait. »

Animatrice : « D'accord. »

L'observatrice en chuchotant à l'animatrice : « Est-ce qu'il boit de l'eau à côté ? »

L'accompagnateur de P4E2 : « Pour le cas de M., il prend du lait souvent 1 litre mais il mange aussi bien lui. Les légumes, de la viande, ... »

Animatrice : « D'accord. Alors comme c'est des petits qui aiment bien boire du lait et qui en boivent une certaine quantité, est-ce que vous leur proposez aussi de l'eau ? »

L'accompagnateur de P4E2 et P4E2 : « Oui »

Animatrice : « Et dans quel cas ? A quel moment vous leur proposez de l'eau ? »

L'accompagnateur de P4E2 : « S'il termine de manger souvent, oui, elle demande de l'eau... »

P4E2 parlant en lingala dans le même temps.

Animatrice : « Houm houm, à la fin du repas... »

L'accompagnateur de P4E2 *ensemble* : « Oui oui, à la fin du repas »

Animatrice : « D'accord et ... »

P3E2 parlant simultanément avec l'animatrice : « Et »

Animatrice *s'excusa et donna la parole à P3E2* : « Oui pardon »

P3E2 : « Et moi L. pour boire de l'eau c'est trop compliqué. »

Animatrice : « Oui »

P3E2 : « Et du coup comme il est euh sous les traitements de euh pour la constipation ... »

Animatrice : « Oui »

P3E2 : « Et j'essaie de mettre euh les ... »

Animatrice : « Les petits sachets »

P3E2 : « Les petits sachets dans l'eau et c'est à ce moment là qu'il prend de l'eau. »

Animatrice : « Parce qu'ils sont sucrés »

P3E2 : « Voilà, mais d'habitude boire de l'eau c'est de force en fait ... »

Animatrice : « D'accord »

P3E2 : « Lui c'est le lait »

Animatrice : « D'accord, d'accord. Et euh à partir de de quel âge euh, ils ont arrêté de manger, de téter la nuit ? »

P3E2 : « La nuit comment, avant de dormir ? »

Animatrice : « Alors vous L. c'est particulier parce que ... »

P3E2 : « Oui L. a arrêté le sein à 6 mois mais les biberons c'est jusque la nuit, il prend, il prend. »

Animatrice *se tournant vers P4E2* : « D'accord. F, le le petit qui a 3 ans, 3ans (*en cherchant la confirmation de P4E2*) !? »

P4E2 : « Oui. »

Animatrice : « Euh jusqu'à quel âge il a mangé quelque chose la nuit ? Il a demandé à téter ou il a mangé quelque chose la nuit ? »

P4E2 répond en regardant son accompagnateur : « Sauf du lait inh. »

L'accompagnateur de P4E2 *regardant l'animatrice* : « Souvent la nuit elle demande seulement du lait. »

Animatrice *surprise* : « Même encore maintenant ? »

L'accompagnateur de P4E2 et P4E2 *répondent ensemble* : « Oui »

Animatrice *les regardant* : « Une fois dans la nuit ? »

L'accompagnateur de P4E2 et P4E2 *répondent ensemble* : « Oui »

Animatrice *surprise et pensive* : « D'accord. Alors ensuite vous avez quelque chose à rajouter par rapport à ça ? »

P3E2 *calme* : « Non ça va. »

Animatrice *les regardant* : « D'accord. Alors l'autre question : qu'est-ce qui a été difficile ici au CADA, lorsque vous avez commencé à donner des aliments autre que le lait à votre enfant ? Qu'est ce qui a eu comme problème pour donner autre chose au lait que le lait à votre enfant ? »

L'animatrice *se tournant vers P1E2 pour lire sa réponse sur son téléphone* : « Après notre arrivée ici, N. il y avait peu de nourriture nouvelle. Je les ai ... un peu de nourriture nouvelle. Je les ai laissé essayer de nouveaux goûts et les enfants aiment ça. Il y avait de nouveaux légumes par exemple, les brocolis et plus de viande et de produits laitiers de haute qualité : fromage, yaourt, beurre. »

Animatrice : « D'accord, F. ? »

P2E2 *regardant l'animatrice* : « Oui »

Animatrice : « Euh, (*des éclats de rire avec P2E2*) comme votre bébé il est petit ... »

P2E2 *regardant l'animatrice avec toujours son nourrisson entre les bras* : « Oui »

Animatrice : « Voilà, euh est-ce que vous pensez que vous allez avoir des difficultés pour votre enfant, pour trouver des des aliments euh...La question... »

P2E2 *regardant l'animatrice* : « Oui »

Animatrice : « Entre autre chose c'est euh ... voilà c'est c'est ... est-ce que le fait d'être ici en France et au CADA, est-ce que ça rend les choses plus difficiles que au pays? Et et pourquoi c'est plus difficile ?

P3E2 *regardant l'animatrice* : « Et moi déjà j'ai accouché L en Grèce, et du coup c'était pas au pays, voilà. »

Animatrice : « Oui »

P3E2 *regardant l'animatrice* : « Et la Grèce ici c'est presque de même nourriture, voilà »

Animatrice : « Oui »

P3E2 *regardant l'animatrice* : « Donc euh n'y a pas de souci. »

Animatrice : « Donc ici vous ne trouvez pas de difficulté ? »

P3E2 *regardant l'animatrice* : « Non non »

Animatrice : « F. vous trouvez des difficultés ici pour trouver des aliments qui conviennent à votre enfant et que et que vous trouvez pas euh ?

L'accompagnateur de P4E2 *prend directement la parole* : « Oui si, si, pour nous on peut dire oui pour les deux enfants. Avant d'arriver en Europe, eux ils ont vu le jour en Afrique ... »

Animatrice : « Oui »

L'accompagnateur de P4E2 : « Ils avaient habitude dans pot. Ils avaient habitude dans les aliments des africains. Par exemple les feuilles de manioc, les ignames, ... En arrivant ici en Europe, tous ces aliments pour les trouver c'est trop difficile. On a essayé, (*téléphone de l'animatrice sonne, elle s'empresse de le raccrocher. L'accompagnateur ne semble pas être dérangé par cette interruption*) de donner la nourriture qu'il y ont ici et essayer d'entraîner de s'adapter petit à petit. »

Animatrice *en regardant l'observatrice* : « Alors. On peut peut-être passer à la question suivante parce qu'elle est liée un petit peu ? »

Observatrice *acquiesçant de la tête* : « hum hum »

Animatrice *en lisant*: « Alors, après votre arrivée au CADA, qu'est ce qui a changé dans l'alimentation de votre enfant ? Modifications, adaptation ? Vous avez déjà un petit peu déjà répondu ... »

L'accompagnateur de P4E2 : « Oui »

Animatrice : « Mais est-ce que vous avez autre chose à rajouter ? »

L'accompagnateur de P4E2 parlant en lingala avec P4E2.

Animatrice : « Par exemple, est-ce que c'est plus difficile, de trouver certains produits comme on est dans un petit village ?

P3E2 *regardant l'animatrice* : « Oui c'est trop difficile oui. Et comme moi de mon côté, d'ailleurs les courses moi je ne pars pas. Parce que j'ai un souci avec mon fils. Pour aller faire les courses, ils disent que tu ne peux pas aller avec l'enfant vu qu'il n'y a pas de place. Et du coup mon fils a beaucoup de souci je ne peux pas le confier à quelqu'un, je dois être là pour lui et du coup moi je ne pars pas c'est trop compliqué pour moi. »

Animatrice : « D'accord... »

P3E2 *regardant l'animatrice* : « C'est ça. »

Animatrice : « Et qu'est-ce qui est euh F ? »

P4E2 : « Oui »

L'accompagnateur de P4E2 : « Et souvent pour nous aussi c'est très difficile... »

P4E2 : « Difficile »

L'accompagnateur de P4E2 : « Les aliments que nous aimons depuis tout petit, pour aller l'acheter c'est une fois par mois et c'est c'est une fois (*cherchant ses mots*) ... »

P3E2 et P4E2 *corrigent ensemble les propos de l'accompagnateur* : « 2 mois »

P3E2 *poursuit* : « 2 mois plein »

L'accompagnateur de P4E2 : « 2 mois c'est une fois que vous pouvez aller acheter vos aliments de base par exemple : des feuilles de manioc, des ignames pour aller l'acheter là bas à Limoges, il faut faire 2 mois. On est entrain de s'habituer nos enfants de dans les aliments qu'on trouve ici. »

Animatrice : « Et est-ce qu'il y a un obstacle aussi parce que c'est cher ? »

L'accompagnateur de P4E2 *en répondant fermement* : « Non c'est pas cher »

Animatrice : « C'est pas cher. Et hum et euh vos enfants, est-ce que euh je, est-ce que vous vous avez envie que vos enfants ils continuent de manger des choses que vous mangiez quand vous vous étiez enfant au pays ? »

P3E2 : « Oui »

P2E2 : « Bien sûr. »

L'accompagnateur de P4E2 et P4E2 *ensemble* : « Bien sûr oui... »

L'accompagnateur de P4E2 : « Avec ça que on trouve ici, il faut qu'il s'habituer parce que ils sont déjà en Europe. »

P3E2 : « Et en fait, on ne veut pas perdre la culture aussi et c'est ça, on voulait que les enfants bien sûr ils vont manger plus d'ici mais au moins qui puisse avoir aussi ... »

L'accompagnateur de P4E2 : « Manger la nôtre et ... »

P3E2 : « Manger la nourriture de chez nous. Voilà c'est un peu ça. »

Animatrice : « Et la nourriture de chez vous elle est très différente d'ici ? »

L'accompagnateur de P4E2, P4E2, P3E2 et P2E2 *ensemble* : « Oui, bien sûr »

P3E2 *poursuit, les bras croisés faisant des mouvements répétitifs de ses 2 jambes sur la chaire* : « Totalement »

Animatrice : « Et est-ce que vous pensez qu'ici ils mangent des choses plus diversifiées, plus variées qu'au pays ou bien pas forcément ? »

P3E2 *poursuit* : « Et que au pays c'est c'est, il y a beaucoup de diversité, mais ici pas forcément, voilà »

L'accompagnateur de P4E2 : « Trop de choses sont très gras ... »

P3E2 : « Et que vu qu'on connaît pas trop aussi la cuisine, et voilà... »

Animatrice *se tournant vers l'accompagnateur de P4E2* : « Oui. Pardon, oui »

L'accompagnateur de P4E2 : « Les choses d'ici c'est un peu trop gras ... »

Animatrice : « D'accord »

L'accompagnateur de P4E2 : « Il y a beaucoup de graisse, mais de chez nous ce n'est pas de la même qu'ici ... »

Animatrice : « D'accord. Et est-ce que les enfants ils mangent beaucoup des des choses, des friandises ? Des des bonbons ou des petites choses comme ça ? Est-ce qu'ils mangent beaucoup ici ? »

P3E2 *sans gêne ni à priori* : « Oui »

Animatrice : « Ils en mangent plus qu'ils auraient mangé au pays ? Ou... Est-ce que votre situation euh comment dire... Est-ce que euh pour les enfants, pour vous c'est difficile mais pour les enfants aussi c'est difficile, j'imagine. Donc est-ce que vous avez tendance à plus facilement leur donner des bonbons, des choses comme ça ? »

L'observatrice : « des chips, ... »

P3E2 : « Oui comme moi souvent L ce sont plus des petits trucs en fait. C'est plus de goûter, et avec lui ça marche. »

Animatrice : « D'accord et est-ce que vous donnez des choses comme des chips ? »

P3E2 : « Souvent même, trop même. »

L'accompagnateur de P4E2 : « On les donne mais souvent ça leur fait des de ... elles souffrent de la ventre s'il mange trop de sucre, elle se plaint beaucoup aussi. Mais c'est mieux on les donne les chips qu'ils aiment. Les bonbons, ils aiment pas trop. »

Animatrice : « D'accord. Et des boissons sucrées, vous donnez beaucoup ? Les jus de fruit ou de l'eau avec du sirop ou du coca-cola, des choses comme ça ? »

L'accompagnateur de P4E2 : « Pas trop »

Animatrice : « Non »

L'accompagnateur de P4E2 : « Oui ».

P3E2 : « Et du jus L. oui. »

Animatrice : « Les jus de fruits ? »

P3E2 : « Les jus de fruit oui, parce que L a déjà du mal à boire beaucoup de l'eau et voilà c'est presque le lait, le jus de fruits qui remplacent souvent l'eau. »

Animatrice : « Houm houm. Qu'est ce que vous voulez rajouter par rapport à ça ? C'est bon ? »

L'accompagnateur de P4E2 : « Euh si on pouvait même demander des questions, comment on peut disifier les aliments des enfants, vous pouvez même nous aider. »

Animatrice : « Alors justement selon vous qu'est-ce qui pourrait vous aider /ou vous aide au cours de cette période où l'enfant commence à manger autre chose que le lait ? »

L'animatrice *reprend* : « Et donc voilà, est-ce que vous voulez, est-ce que vous pouvez nous dire euh qu'est-ce que vous attendez comme aide quand l'enfant commence à manger autre chose que du lait. Qu'est-ce que vous attendez euh qu'on vous aide ? ».

P2E2 : « Donne toujours du lait ? »

L'animatrice *reformule la question pour plus de compréhension* : « Au moment où l'enfant doit euh manger autre chose que du lait. »

P2E2 : « Ok »

L'animatrice *reprend* : « Par quel aliment on commence, à quelle quantité, euh avec euh quelle consistance, quelle texture ? Est-ce que vous avez besoin d'aide par rapport à ça ? ».

P2E2 et P3E2 *répondent ensemble* : « Oui bien sûr, pour comprendre, des conseils »

P2E2 *poursuit* : « Des conseils, euh des conseils venant de vous, pour nous dire comment donner les aliments. Quels sont les différents aliments, la quantité, quel euh comment dirais-je, euh comment on dit, euh différencier les aliments par rapport les légumes, les »

L'animatrice *l'aidant dans la recherche de ses mots* : « Les différentes catégories d'aliments »

P2E2 *poursuit* : « Oui oui les différentes catégories des aliments qu'on peut donner ... »

L'animatrice : « A quel âge. »

P2E2 *poursuit* : « A quel âge, ... »

L'animatrice : « Voilà »

P2E2 : « Au moment, euh comment dirais-je, combien de fois on peut donner à l'enfant... »

L'animatrice : « Quelle quantité »

P2E2 : « Oui oui quelle quantité, ... »

L'animatrice : « A la cuillère ou dans le biberon »

P2E2 : « Par exemple, quand elle a, oui oui, quand elle a 6 mois par exemple, 4 mois, 5 mois,... »

L'animatrice *répond à P2E2 et s'adressant à l'accompagnateur de P4E2 et à P2E2* : « D'accord. Vous auriez besoin d'autres conseils pour vos enfants? »

L'accompagnateur de P4E2 *répond à l'animatrice* : « Oui bien sûr, parce que ici eux, ils ont entré dans une autre monde, dans un nouveau aliment. Si vous pouvez nous aider comment peut-on proposer des enfants d'autres aliments, si ils refusent de chez nous. »

L'animatrice *se tournant vers l'observatrice* : « Ca serait bien qu'on fasse des ateliers de sensibilisation à la cuisine, aux aliments, comment on »

L'observatrice : « Les textures, par quoi commencer euh, surtout quand ils sont pas d'ici les légumes, qu'est ce qu'ils peuvent plus aimer et tout wouai. Et après il y a aussi accès aux denrées alimentaires surtout. »

L'animatrice *se tournant vers l'observatrice* : « Oui c'est ça. Ici c'est vrai c'est pas facile d'accéder aux denrées et en plus comme on disait tout à l'heure, en plein hiver c'est limité quoi. Tu vois autres choses qu'on aurait oublié d'important ? »

L'observatrice : « Non ça va, je pense qu'on a répondu globalement aux questions et on a identifié le problème, on va dire »

L'animatrice *se tournant vers les participants* : « Voilà. Ok, vous avez autre chose à exprimer, à dire ? »

P3E2 : « Non ça va. »

L'accompagnateur de P4E2 : « Non, nous sommes très heureux de vous voir en ce jour, de nous apporter un plus, surtout pour les aliments de nos enfants. C'est très important parce que la santé, les aliments c'est très utile pour le développement de l'enfant et surtout sur le plan nutritionnel. On veut vous remercier pour nous »

L'animatrice *aux participants* : « Eh ben nous on vous remercie beaucoup d'avoir participé, voilà et on vous souhaite une bonne journée ».

P3E2 *avec le sourire* : « Merci à vous aussi »

Serment d'Hippocrate

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je dispenserai mes soins sans distinction de race, de religion, d'idéologie ou de situation sociale.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Je serai reconnaissant envers mes maîtres, et solidaire moralement de mes confrères. Conscient de mes responsabilités envers les patients, je continuerai à perfectionner mon savoir.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir de l'estime des hommes et de mes condisciples, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Diversification alimentaire des enfants de moins de 4 ans accueillis au Centre d'Accueil pour Demandeurs d'Asile de Peyrelevade de 2022 à 2024 : une étude qualitative

Au cours de migration d'un peuple, le régime alimentaire composant une part de leur identité culturelle, subit de nombreuses influences et contraintes dans le pays d'accueil. Les enfants sont les plus sensibles à ces changements, tout particulièrement autour de la période de diversification alimentaire. Cela pourrait, en conséquence, altérer leur croissance à court, moyen terme voire à l'âge adulte. Dans ce manuscrit, nous explorons les pratiques de diversification alimentaire des parents d'enfants de moins de 4 ans accueillis dans un Centre d'Accueil pour Demandeurs d'Asile (CADA) de Peyrelevade (France). Pour ce faire, une étude qualitative en théorisation ancrée a été menée entre 2022 et 2024, par des entretiens collectifs et guidés de parents immigrés jusqu'à saturation des données. Au total, 14 foyers ont été inclus lors de trois focus groupes. Les bonnes pratiques de l'alimentation identifiées auprès des familles et correspondant aux recommandations de la France et de l'OMS concernent notamment : les six premiers mois d'allaitement maternel exclusif, l'âge de la diversification alimentaire, les différents groupes d'aliments. Mais, les principaux défis rencontrés sont d'ordre de production agricole (aliments très sucrés et transformés) mais surtout sanitaire (constipation, douleur abdominale, etc). En perte de repères, les familles ont donc recours aux professionnels de santé, aux collectivités infantiles et à l'internet. Au bout de cette étude, alors que la majorité de ces familles parviennent à s'adapter, une part non-négligeable requiert toujours l'accompagnement d'un médecin généraliste pour des interventions nutritionnelles adaptées.

Mots-clés : Diversification alimentaire, allaitement maternel, migration, demandeurs d'asile, interculturalité

Complementary feeding of children below 4 years old hosted in the Peyrelevade Reception Center for Asylum Seekers from 2022 to 2024: A qualitative study

During the migration of a community, the diet which take is a part of their cultural identity undergoes numerous influences and constraints in the host country. Children are the most sensitive to these changes, around the time of dietary diversification. As a result, their growth may be affected in the short and medium term, and even into adulthood. In this manuscript, we explore the food diversification practices of parents of children under the age of 4 in a reception center for asylum seekers (CADA) in Peyrelevade (France). To do this, a qualitative study using grounded theory was carried out between 2022 and 2024, using group and guided interviews with immigrant parents until the data was complete. A total of 14 households were included in three focus groups. The good feeding practices identified among the families and corresponding to the recommendations of France and the WHO relate in particular to: the first six months of exclusive breastfeeding; the age of dietary diversification; and the different food groups. However, the main challenges encountered are related to agricultural production (highly sweetened and processed food) and, above all, health (constipation, abdominal pain, etc.). Lost, families turn to health professionals, children's groups, and the Internet. At the end of the study, while most of these families managed to adapt, a non-negligible proportion still required the support of a general practitioner for appropriate nutritional interventions.

Keywords: Complementary feeding, breastfeeding, migration, asylum seekers, interculturality

