



Université Claude Bernard Lyon 1



ANNÉE 2022

N° 39 (A) N° 40 (B)

LA DIVERSIFICATION ALIMENTAIRE MENÉE PAR L'ENFANT

*Une revue systématique descriptive de la littérature de
2006 à 2021*

THÈSE D'EXERCICE EN MÉDECINE

Présentée à l'Université Claude Bernard Lyon 1

Et soutenue publiquement le **31 mars 2022**

En vue d'obtenir le titre de Docteur en Médecine

Par

GAUDILLOT Alicia

Née le 29/12/1994 à SAINT-FOY-LÈS-LYON

ET

LAB Bérénice

Née le 17/06/1995 à BESANÇON

Sous la direction du Dr Frédéric ZORZI

UNIVERSITÉ CLAUDE BERNARD – LYON 1

2021-2022

Président de l'Université

Frédéric FLEURY

Président du Comité de Coordination des Études Médicales

Carole BURILLON

Directeur Général des Services

Pierre ROLLAND

SECTEUR SANTÉ

UFR DE MÉDECINE LYON EST

Doyen : Gilles RODE

UFR DE MÉDECINE ET DE MAÏEUTIQUE
LYON SUD - CHARLES MÉRIEUX

Doyen : Carole BURILLON

INSTITUT DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES
ET BIOLOGIQUES (ISPB)

Directeur : Christine VINCIGUERRA

UFR D'ODONTOLOGIE

Doyen : Dominique SEUX

INSTITUT DES SCIENCES ET TECHNIQUES DE
RÉADAPTATION (ISTR)

Directeur : Xavier PERROT

DEPARTEMENT DE FORMATION ET CENTRE
DE RECHERCHE EN BIOLOGIE HUMAINE

Directeur : Anne-Marie SCHOTT

SECTEUR SCIENCES ET TECHNOLOGIE

UFR DE SCIENCES ET TECHNOLOGIES

Directeur : Fabien DE MARCHI

UFR DE SCIENCES ET TECHNIQUES DES
ACTIVITÉS PHYSIQUES ET SPORTIVES (STAPS)

Directeur : Yannick VANPOULLE

POLYTECH LYON

Directeur : Emmanuel PERRIN

I.U.T. LYON 1

Directeur : Christophe VITON

INSTITUT DES SCIENCES FINANCIÈRES
ET ASSURANCES (ISFA)

Directeur : Nicolas LEBOISNE

OBSERVATOIRE DE LYON

Directeur : Isabelle DANIEL

ECOLE SUPÉRIEURE DU PROFESSORAT
ET DE L'ÉDUCATION (ESPE)

Directeur Pierre CHAREYRON

U.F.R. FACULTE DE MEDECINE ET DE MAÏEUTIQUE LYON SUD-CHARLES MÉRIEUX

Liste des enseignants 2021-2022

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Classe exceptionnelle 1^{ère} classe)

BURILLON-LEYNAUD Carole	Ophtalmologie,
GEORGIEFF Nicolas	Pédopsychiatrie,
GLEHEN Olivier	Chirurgie Générale,
LAFRASSE RODRIGUEZ- Claire	Biochimie et Biologie moléculaire,
LINA Gérard	Bactériologie,
MION François	Physiologie,
PIRIOU Vincent	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale,
RUFFION Alain	Urologie,
SALLE Bruno	Biologie et Médecine du développement et de la
reproduction,	
SAURIN Jean-Christophe	Hépatogastroentérologie,
THIVOLET Charles	Endocrinologie et Maladies métaboliques,
THOMAS Luc	Dermato – Vénérologie,
TRILLET-LENOIR Véronique	Cancérologie ; Radiothérapie,
TRONC François	Chirurgie thoracique et cardio,

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Classe exceptionnelle 2^{ème} classe)

ADHAM Mustapha	Chirurgie Digestive,
BONNEFOY Marc	Médecine Interne, option Gériatrie,
CHIDIAC Christian	Maladies infectieuses ; Tropicales,
FOUQUE Denis	Néphrologie,
GILLY François-Noël	Chirurgie générale,
GOLFIER François	Gynécologie Obstétrique ; gynécologie
médicale,	
GUEUGNIAUD Pierre-Yves	Anesthésiologie et Réanimation urgence,
MORNEX Françoise	Cancérologie ; Radiothérapie,
MOURIQUAND Pierre	Chirurgie infantile,
NICOLAS Jean-François	Immunologie,
SALLES Gilles	Hématologie ; Transfusion,
SIMON Chantal	Nutrition,
VALETTE Pierre Jean	Radiologie et imagerie médicale,

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (1^{ère} Classe)

ALLAOUCHICHE Bernard	Anesthésie-Réanimation Urgence,
BARREY Cédric	Neurochirurgie,
BERARD Frédéric	Immunologie,
BONNEFOY- CUDRAZ Eric	Cardiologie,
BOULETTEAU Pierre	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie,
CERUSE Philippe	O.R.L.,
CHAPET Olivier	Cancérologie, radiothérapie,
CHOTEL Franck	Chirurgie Infantile,

DES PORTES DE LA FOSSE Vincent	Pédiatrie,
DORET Muriel	Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale,
FARHAT Fadi	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire,
FESSY Michel-Henri	Anatomie – Chirurgie Ortho,
FEUGIER Patrick	Chirurgie Vasculaire,
FRANCK Nicolas	Psychiatrie Adultes,
FRANCO Patricia	Physiologie – Pédiatrie,
FREYER Gilles	Cancérologie ; Radiothérapie,
GILLET Pierre-Germain	Biologie Cellulaire,
JOUANNEAU Emmanuel	Neurochirurgie,
KASSAI KOUPAI Behrouz	Pharmacologie Fondamentale, Clinique,
LANTELME Pierre	Cardiologie,
LEBECQUE Serge	Biologie Cellulaire,
LIFANTE Jean-Christophe	Chirurgie Générale,
LONG Anne	Médecine vasculaire,
LUAUTE Jacques	Médecine physique et Réadaptation,
LUSTIG Sébastien	Chirurgie. Orthopédique,
MOJALLAL Alain-Ali	Chirurgie. Plastique,
PAPAREL Philippe	Urologie,
PICAUD Jean-Charles	Pédiatrie,
REIX Philippe	Pédiatrie,
RIOUFOL Gilles	Cardiologie,
SANLAVILLE Damien	Génétique,
SERVIEN Elvire	Chirurgie Orthopédique,
SEVE Pascal	Médecine Interne, Gériatrique,
TAZAROURTE Karim	Médecine Urgence,
THAI-VAN Hung	Physiologies – ORL,
THOBOIS Stéphane	Neurologie,
TRINGALI Stéphane	O.R.L.
WALLON Martine	Parasitologie mycologie,
WALTER Thomas	Gastroentérologie – Hépatologie,

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (2ème Classe)

BACHY Emmanuel	Hématologie,
BELOT Alexandre	Pédiatrie,
BOHE Julien	Réanimation urgence,
BOSCHETTI Gilles	Gastro-entérologie Hépat.
BREVET-QUINZIN Marie	Anatomie et cytologie pathologiques,
CHO Tae-hee	Neurologie,
COTTE Eddy	Chirurgie générale,
COURAND Pierre-Yves	Cardiologie,
COURAUD Sébastien	Pneumologie,
DALLE Stéphane	Dermatologie,
DEMILY Caroline	Psy-Adultes,
DESESTRET Virginie	Histo.Embryo.Cytogénétique,
DEVOUASSOUX Gilles	Pneumologie,
DISSE Emmanuel	Endocrinologie diabète et maladies métaboliques,
DUPUIS Olivier	Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale,
FASSIER Jean-Baptiste	Méd. Santé au travail,
FRIGGERI Arnaud	Anesthésie Réa.Méd.

GHESQUIERES Hervé	Hématologie,
HAUMONT Thierry	Chirurgie Infantile,
LASSET Christine	Épidémiologie., éco. Santé,
LEGA Jean-Christophe	Thérapeutique – Médecine Interne,
LEGER FALANDRY Claire	Médecine interne, gériatrie,
MARIGNIER Romain	Neurologie,
MAUCORT BOULCH Delphine	Biostat.Inf. Méd.
MILOT Laurent	Radiologie Imagerie Médicale
NANCEY Stéphane	Gastro Entérologie,
PASSOT Guillaume	Chirurgie Générale,
PIALAT Jean-Baptiste	Radiologie et Imagerie médicale,
PINKELE CAUSSY Cyrielle	Nutrition
ROLLAND Benjamin	Addictologie
ROSSIGNOL Audrey	Immunologie
ROUSSET Pascal	Radiologie imagerie médicale,
TRAVERSE-GLEHEN Alexandra	Anatomie et cytologies pathologiques,
VOLA Marco	Chirurgie thoracique cardiologie vasculaire,
VUILLEROT Carole	Médecine Physique Réadaptation.
YOU Benoît	Cancérologie,

PROFESSEUR ASSOCIÉ sur Contingent National

PIERRE Bernard	Cardiologie,
----------------	--------------

PROFESSEUR ASSOCIÉ – Autre Discipline

Pr PERCEAU-CHAMBARD,

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - MÉDECINE GÉNÉRALE (2^{ème} Classe)

BOUSSAGEON Rémy,
ERPELDINGER Sylvie,

PROFESSEURS ASSOCIES - MÉDECINE GÉNÉRALE

DUPRAZ Christian,
PERDRIX Corinne,

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (Hors Classe)

ARDAIL Dominique	Biochimie et Biologie moléculaire,
CALLET-BAUCHU Evelyne	Hématologie ; Transfusion,
DIJOURD Frédérique	Anatomie et Cytologie pathologiques,
GISCARD D'ESTAING Sandrine	Biologie et Médecine du développement et de la
reproduction,	
LORNAGE-SANTAMARIA Jacqueline	Biologie et Médecine du développement et de la
reproduction,	
RABODONIRINA Meja	Parasitologie et Mycologie,
VAN GANSE Eric	Pharmacologie Fondamentale, Clinique,

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS (1ère Classe)

BRUNEL SCHOLTES Caroline	Bactériologie virologie ; Hygiène hospitalière,
COURY LUCAS Fabienne	Rhumatologie,
DECAUSSIN-PETRUCCI Myriam	Anatomie et cytologie pathologiques,
DUMITRESCU BORNE Oana	Bactériologie Virologie,
HAFLON DOMENECH Pierre-Yves	Pédiatrie,
JAMILLOUX Yvan	Médecine Interne Gériatrie et Addictologie
LOPEZ Jonathan	Biochimie Biologie Moléculaire,
MAUDUIT Claire	Cytologie – Histologie,
MILLAT Gilles	Biochimie et Biologie moléculaire,
PERROT Xavier	Physiologie – Neurologie,
PETER DERECH Laure	Physiologie,
PONCET Delphine	Biochimie, Biologie cellulaire,
PUTOUX DETRE Audrey	Génétique
RASIGADE Jean-Philippe	Bactériologie – Virologie ; Hygiène hospitalière,
SKANJETI Andréa	Biophysique. Médecine nucléaire.
SUJOBERT Pierre	Hématologie – Transfusion,
VALOUR Florent	Mal infect.

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (2ème Classe)

AUFFRET Marine	Pharm.fond.pharm clinique,
BERHOUMA Moncef	Neurochirurgie,
BOLZE Pierre-Adrien	Gynécologie Obstétrique,
CHATRON Nicolas	Génétique,
DANANCHE Cédric	Épidémiologie. économie de la santé,
JAMILLOUX Yvan	Médecine Interne – Gériatrie,
KEPENEKIAN Vahan	Chirurgie Viscérale et Digestive,
KOPPE Laetitia	Néphrologie,
LE BOSSE Fanny	Gastro-Hépatologie
LE QUELLEC Sandra	Hématologie transfusion,
PERON Julien	Cancérologie ; radiothérapie,
PUTOUX DETRE Audrey	Génétique,
RAMIERE Christophe	Bactériologie-virologie,
SUBTIL Fabien	Bio statistiques,
VISTE Anthony	Anatomie,
WOZNY Anne-Sophie	Biochimie biologie moléculaire

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES – MÉDECINE GÉNÉRALE

BENEDINI Elise,
DEPLACE Sylvie,

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Les Professeurs émérites peuvent participer à des jurys de thèse ou d'habilitation. Ils ne peuvent pas être président du jury.

ANDRE Patrice
ANNAT Guy
ECOCHARD René
FLANDROIS Jean-Pierre
LAVILLE Martine
LAVILLE Maurice
LLORCA Guy
MALICIER Daniel
MATILLON Yves
MOYEN Bernard
PACHECO Yves
PRACROS Jean-Louis
SAMARUT Jacques
TEBIB Jacques

Bactériologie – Virologie,
Physiologie,
Bio-statistiques,
Bactériologie – Virologie ; Hygiène hospitalière,
Nutrition – Endocrinologie,
Thérapeutique – Néphrologie,
Thérapeutique,
Médecine Légale et Droit de la santé,
Epidémiologie, Economie Santé et Prévention,
Orthopédiste,
Pneumologie,
Radiologie et Imagerie Médicale,
Biochimie et Biologie moléculaire,
Rhumatologie,

LE SERMENT D'HIPPOCRATE

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance.

Je donnerai mes soins à l'indigent et je n'exigerai pas un salaire au dessus de mon travail.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement la vie ni ne provoquerai délibérément la mort.

Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission.

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

REMERCIEMENTS

Au Président du Jury et aux Membres du Jury :

À notre présidente du jury, Madame la Professeure Marie FLORI,

Nous vous remercions d'avoir accepté de présider notre jury de thèse et de l'intérêt que vous avez accordé à notre sujet. Vos conseils avisés nous ont aidées à peaufiner et à aboutir notre travail et nous espérons que celui-ci sera à la hauteur de vos attentes. Soyez assurée de notre profond respect.

À Monsieur le Professeur Pierre FOURNERET,

Nous vous remercions d'avoir accepté de faire partie des membres du jury de notre thèse. Nous sommes honorées de pouvoir échanger avec vous sur un sujet riche et constamment renouvelé. Nous vous adressons toute notre gratitude.

À Monsieur le Professeur Marc NICOLINO,

Nous vous remercions d'avoir accepté de faire partie des membres du jury de notre thèse. Nous attendons avec impatience de bénéficier de votre avis d'expert lors de la soutenance. Veuillez croire en l'expression de notre sincère reconnaissance.

À notre directeur de thèse Monsieur le Docteur Frédéric ZORZI,

Un immense merci pour ton accompagnement précieux et ta disponibilité de chaque instant qui nous ont permis de garder une bonne motivation tout au long de ce travail. Merci également pour ton enthousiasme et pour la confiance que tu nous as accordée. Par ta bienveillance et ton ouverture d'esprit tu as su reconnaître la pertinence de ce sujet singulier. Nous avons toutes les deux eu le plaisir de t'avoir comme maître de stage, les valeurs humaines et communicationnelles que tu nous as transmises ont profondément marqué notre pratique de la médecine.

REMERCIEMENTS Alicia

A toutes les équipes médicales, para médicales qui m'ont fait grandir, et me permettent d'exercer sereinement et pleinement mon métier.

Docteur BIOT-LAPORTE, vous m'avez transmis votre passion, et avez su me guider vers la médecine générale. Je me souviens encore de l'admiration qui s'éveillait en moi, enfant, face à l'immensité de vos connaissances et à votre savoir faire. Le hasard a voulu que ce jour de soutenance soit celui de votre départ à la retraite et celui de mes débuts en tant que docteur. J'ai l'intention de suivre vos pas afin d'exceller dans ma pratique médicale et dans ma bienveillance envers mes patients.

A Sophie EDO FOREST, merci pour la transmission de ton savoir qui a profondément marqué ma pratique de la médecine. Merci pour ta bonne humeur et ta spontanéité.

A l'équipe de l'HAD du CLB, j'ai passé un excellent dernier semestre à vos côtés. J'ai retrouvé ce travail d'équipe qui me manquait tant en libéral. Grâce à vous, j'ai pris confiance en moi, et j'ai pu m'envoler sereinement une fois diplômée.

A ma famille

A mes parents, merci de m'avoir soutenue pendant toutes ces années, d'avoir cru en moi à chaque instant, de m'avoir accompagnée à chaque cours et chaque examen. Il me faudrait des pages pour vous dire à quel point je suis heureuse de vous avoir et à quel point je vous aime.

A mon frère, Bryan, premier supporter et premier patient. Merci d'avoir été un si bon compagnon de vie depuis notre plus tendre enfance. Ce jour est particulier pour tous les deux, par la concrétisation de notre projet professionnel. Et même si la distance physique nous sépare un peu plus, je sais que tu seras toujours près de moi. A tout le temps, toutes les aventures qu'il nous reste à partager.

Anaëlle, je te rattache à Bryan alors que je prône l'indépendance féminine et que je refuse de faire de toi "la copine de ...". Merci d'être si pétillante, si naturelle, si drôle et d'apporter cette petite touche particulière à notre famille.

A mon cousin Kelvin, le deuxième compagnon de vie de mon enfance. A tous nos souvenirs de vacances. A tous les cours de tennis, plongeon, gym qu'on aurait voulu éviter pour jouer encore plus longtemps. A notre pacte de ne jamais s'oublier, de ne jamais se séparer. Merci pour tout.

Un petit mot pour **Loli**, nous devons absolument faire notre brunch ! Merci d'être présente en ce jour si particulier.

A ma Patita et mon Fifi, couple indissociable, présent à chaque instant. Merci de me donner tant d'amour, de m'avoir soutenue, de faire de moi une nièce comblée, et même

la fille que vous n'avez jamais eue (désolé Kéké ;)). La team SEVEN FOREVER. Tous ces souvenirs partagés resteront à jamais.

Boris, je suis si fière de t'avoir comme parrain. Tu remplis ta mission avec brio. Merci de toujours prendre de mes nouvelles, d'être si présent pour moi. Les moments passés à vos côtés avec **Céline** sont toujours remplis d'amour et apaisants.

Johan et Estelle, merci d'être toujours là pour moi, de m'accueillir à n'importe quel moment. Mon enfance est remplie de souvenirs heureux avec vous. Merci d'avoir fait de moi une marraine le 8 avril 2013.

Tatie Claudie, merci pour tous ces moments de partages, merci de me faire découvrir tant de nouvelles choses à chacune de mes visites que ce soit à Paris, à Lyon, à Cannes, à la Clusaz et même en Irlande. Merci d'être là aujourd'hui ça me touche énormément.

A mes tantes Angéline et Géraldine, merci d'être présentes en ce jour si important. Trinquer ce soir avec vous me remplit de joie.

A ma marraine Annie, la distance et nos vies à mille à l'heure ne nous permettent pas de nous voir assez souvent. Merci d'être là aujourd'hui.

A mes grand parents disparus, beaucoup de souvenirs et d'amour me viennent à chaque fois que je pense à vous. J'aurais tant aimé vous avoir près de moi aujourd'hui.

A ma belle-famille

Merci de m'avoir soutenue durant toutes ces années. Vous êtes présents presque depuis mes premiers pas en médecine.

Merci **Laurence** pour ton soutien, ton exemple de ténacité m'inspire au quotidien. Les moments de décompression à Venerieu ont beaucoup compté. Les petits repas préparés pour les gardes de Bourgoin et le nid douillet à proximité n'avaient pas de prix.

Merci **Steph et Émilie**, nos discussions autour d'une pizza ou de pâtes aux anchois sont irremplaçables, si légères, si rafraîchissantes. C'est un vrai plaisir de partager tous ces moments avec vous.

A la famille TROVA, les kilomètres nous séparent mais je sais que vous pensez à moi en ce jour particulier.

A mes amis

A Emilie, à ma plus belle amitié. Nous avons pris des chemins différents et pourtant nous avons toujours su nous retrouver. Aux voyages scolaires, à l'AS escalade, à l'AS volley, aux repas à Sainte-foy les jeudis soirs, et tellement d'autres choses qui ont beaucoup compté. Merci pour ton soutien, merci d'être là.

Sybille, merci d'avoir toujours été si présente et attentionnée.

Alice, dès le premier jour de pré rentrée Médiplus je me suis identifiée à toi, et tu m'as montré que tout était possible. Merci pour tes précieux conseils tout au long de ces années. Merci de m'avoir choisie dans ton équipe de référents, sans toi il n'y aurait probablement pas d'Alicia et Arnaud.

Manon, les études de médecine m'auront permis de croiser ton chemin, et je me dois peut-être de les remercier. Ton écoute, ta disponibilité et ton soutien ont été la clef de voûte de ma réussite professionnelle. Malgré la distance, tu as continué à être là dans les moments les plus difficiles.

Aux cours de Zumba, aux bons repas vietnamiens qui ne coûtent rien, au meilleur pâtissier, à Gad Elmaleh, à notre combat pour essayer de vivre dans un monde meilleur et tellement d'autres choses qui font que notre amitié m'est si chère. Mille mercis

Manon, ta présence et tes mots ont toujours su m'apaiser. Tu m'as appris à relativiser et à prendre confiance en moi. Les petits repas oullinois le midi chez toi, accompagnés de nos discussions interminables, me manquent. Les ateliers de perles, les soirées dansantes endiablées et bien sûr les cocktails Vietnamiens dans des lieux paradisiaques resteront à jamais. Merci pour tout cela et bien plus encore.

Mylena, notre séjour au Karélyls aura soudé notre amitié. Les aventures partagées depuis sont si nombreuses que je ne sais laquelle raconter aujourd'hui (peut-être cette mythique semaine de planche à voile;)). Même si nos routes s'éloignent parfois je sais que tu seras toujours là. Merci.

Roman, ami inconditionnel d'Arnaud, et pourtant nous avons rapidement su créer nos propres liens d'amitiés. Merci d'être là ce soir, merci pour ton soutien. J'ai hâte de partager avec toi de nouvelles aventures en mer, à la montagne et à la campagne.

Pauline, notre amitié s'est scellée à un certain anniversaire, et elle perdure avec le partage de notre internat. Merci pour tes si bons conseils de choix de stage. J'ai enfin trouvé une partenaire de ski pour me soutenir en hors-piste et, qui sait, peut-être bientôt en ski de rando !!! Merci **Enzo** pour ta gentillesse, ta générosité, ta bienveillance, ton accueil. Notre amitié ne fait que commencer.

Zofia, merci pour tous ces moments de détente partagés qui m'ont permis de décompresser pendant l'externat. Et même pendant l'internat : les séances d'escalade, les spritz en terrasse, les cinés en plein air.

Elsa, les années passent et nous rapprochent. Arnaud a très vite su reconnaître en toi une amie particulière et je ne peux que confirmer. Merci pour ton optimisme et ta légèreté. J'ai hâte de partager ce SBT avec toi.

Flora, tu as pris le train en route et pourtant notre amitié à très vite été une évidence. Merci pour ton soutien, merci de m'avoir remotivée quand il le fallait. "*La véritable amitié ce n'est pas d'être inséparable, c'est d'être séparé et que rien ne change*". La découverte de la Réunion à tes côtés est un de mes plus beaux voyages. Les apéros au coucher de soleil, la découverte des baleines, les randonnées extraordinaires. Merci

Gab, les allers retours Lyon Bourgoin n'auraient pas eu la même saveur sans toi. Merci d'avoir été un si bon colocataire et surtout d'avoir supporté les GG pendant quelques semaines. Merci pour ton humour cynique qui me fait tant rire.

Romain, je me dois avant tout de te remercier pour ce petit cours particulier pré ECN qui m'a beaucoup servi, et m'a permis d'interpréter sans difficulté cette audiométrie. Et après

ces quelques années, tu es encore là pour me supporter en ce jour singulier. Merci d'être toi, merci d'être là et à bientôt au sauna.

Blanche, ma plus belle rencontre de l'internat. Merci de m'avoir soutenue dans les moments difficiles, merci de développer ma curiosité au quotidien, d'être une si bonne coach de développement personnel. Ta spontanéité, ta fraîcheur, ta simplicité rendent chaque instant unique passé à tes côtés.

Maud, alors que nous nous connaissons depuis presque 10 ans, il aura fallu un internat commun pour faire naître une amitié. Merci pour ton soutien, pour nos messages de réassurance après les consultations difficiles. Nous allons prendre la route chacune de notre côté, mais je ne doute pas que nous saurons nous retrouver.

Solène, merci d'avoir tout mis en œuvre pour être présente aujourd'hui cela me touche beaucoup.

A la famille CORTIER, difficile de choisir entre la case amis ou famille. Merci d'être si accueillants. Merci d'avoir suivi mon parcours dès notre première rencontre. Cette année, je fais mes premiers pas dans le scoutisme et je ne peux m'empêcher de penser à vous.

A ces personnes particulières

Bérénice, merci d'avoir été une si bonne coéquipière, merci d'avoir rendue cette thèse possible. Tes fredonnements apaisants pendant nos séances de travail me manqueront. Je te souhaite plein de bonheur. Un "double date" nous attend peut-être sur un voilier, qui sait peut-être même en transatlantique. J'espère que nos aventures ne s'arrêteront pas là.

Gaëtan je ne t'oublie pas bien sûr, merci d'être toujours si enthousiaste, d'une incroyable gentillesse, merci d'être un si bon camarade pour Arnaud.

A Arnaud,

qui fait pétiller ma vie depuis bientôt 8 ans. Merci de me donner des ailes, de me faire découvrir la vie autrement. Je m'épanouis chaque jour un peu plus avec toi. Tous ces mots sont si peu de choses pour t'exprimer mon amour. Merci d'être mon confident, mon âme sœur, ma famille. On s'car à pattes bientôt, et ça me comble de joie.

REMERCIEMENTS Bérénice

A tous ceux qui m'ont guidé et formé dans l'apprentissage de la médecine :

Ma pédiatre, le Dr Vurpillat, vous m'avez inspiré et donné l'envie de faire ce métier. Merci d'avoir été à l'écoute, d'avoir eu confiance en moi et de m'avoir conseillé dans les moments difficiles de ce long cursus. Merci pour la bienveillance dont vous faites preuve avec vos patients et le bon sens qui vous guide dans votre pratique du soin. J'espère m'en inspirer à mon tour avec mes patients.

Dr Antoinette Planchat, Dr Aurore Planchat-Delecroix. Chère tata, chère cousine, Merci de m'avoir toujours conseillée et épaulée dans les différentes préparations de concours, les joies et déceptions de ce cursus. Vous continuez, par nos discussions, échanges de pratiques etc à participer à mon enrichissement pro et personnel, merci !

Les services qui m'ont formé pendant l'internat. Les urgences d'HEH, pour votre accueil quand, jeune bisontine perdue, je suis arrivée dans le bain du grand Lyon. Mes premiers pas de médecin se sont faits avec et grâce à vous. À l'hôpital gériatrique des Charpennes, merci pour votre bienveillance et votre expertise auprès des personnes âgées. Merci Dr Matthieu Gros pour ta pédagogie, au Dr Makaroff pour votre accompagnement précieux dans les épreuves difficiles de cet apprentissage. Les urgences pédiatriques, grands-enfants et nourrissons de l'HNO, ma pratique s'est développée et enrichie grâce à vous. J'ai adoré le travail d'équipe avec vous.

Tous les médecins généralistes avec qui j'ai été en stage au cours de l'externat et l'internat. Merci infiniment pour ce que vous m'avez transmis. J'ai appris avec chacun de vous à découvrir cette belle spécialité de la médecine générale, j'ai pu enrichir mes compétences, mon savoir-faire et savoir-être avec les patients. Votre écoute et votre présence au cours de ces dernières années ont profondément marqué mon parcours. Je suis honorée d'avoir pu travailler à vos côtés.

À mes amis :

Joséphine, Grol, mon binôme, mon acolyte, ma complice, ma plus vieille amie. Vingt et un ans qu'on se connaît et seize ans dans la même classe... il nous suffit de voir écrit "Bungalow" pour faire un mémorable chips, ça, c'est de la connexion ! Grande musicienne, philosophe (et bientôt psychiatre), et avec tout ça tu es toujours restée disponible, d'une écoute précieuse. Tu es pétillante et solaire, merci pour les innombrables choses qu'on a vécu, les discussions à n'en plus finir et ainsi de suite... J'ai hâte de continuer à faire grandir notre amitié et à vivre de nouvelles aventures ensemble !!
Lucie, dite Luf, deux ans de colocation dont la D4 et un premier semestre d'internat, un confinement... tant de choses qui rapprochent et ont été le ciment d'une solide et sincère

amitié. Je voulais te remercier pour m'avoir motivé et encouragé dans les périodes de flemme, pour ta bienveillance, ton écoute dans les moments difficiles. Je n'en serais pas arrivée là aujourd'hui sans toi. Merci pour tous les fous rires, les pleures, les BDG, le 91, la course, le sinké, les films, les randos, les débats, Cordon, bref, tout ce qu'on a partagé ces sept dernières années. Ton amitié m'est précieuse.

Juliette, Rouliette, mon mentor, mon modèle de stabilité et de résilience. Pour toutes les discussions qu'on a eu, nos aventures dans la Drôme, pour ton ouverture d'esprit et ta joie de vivre, ta créativité. Merci pour ton soutien infailible et pour ton amitié, je sais que je peux toujours compter sur toi quelle que soit l'épreuve que je traverse.

Viviane, DJviv...Pour tous ces moments de galère endurés ensemble durant ces études en particulier en D4. Pour ces moments de réconfort culinaires, pour ton humour et ton entièreté, pour m'avoir fait découvrir le monde merveilleux de la couture, pour le wood, les chats, le marché de Noël de Montbéliard, le ~~jaret de père~~ et tant d'autres choses, merci.

Corentin, Coco, Coq, merci pour l'accueil incroyable que vous nous faites presque toutes les semaines dans le 7ème, tu régales toujours par ton humour (*que tu adores), de délicieux mets de viandes et surtout des rhums arrangés à n'en plus finir. D'habitants du 7ème à Châtellains il y a un gouffre, mais comptez sur moi pour vous aider dans ce projet !

Juliette, je n'étais pas du côté de ta bonne oreille ce premier jour de TP de physique en classe de seconde, et pourtant on s'est très rapidement comprises toi et moi. J'aime le fait que ne pas te voir pendant plusieurs mois ne change rien à nos discussions, notre proximité et nos échanges. Merci pour ta clairvoyance et ta franchise, ton humour. Merci pour tes jolis messages toujours pleins de poésie et d'amour.

Farrah, Farraon, merci pour ton amitié toutes ces années ! Je garde d'incroyables souvenirs de nos années collège et de cette PACES ensemble. Merci de m'avoir fait partager ta joie ces derniers mois, j'ai hâte qu'elle montre le bout de son nez.

Alicia, sans toi je n'en serais probablement pas là aujourd'hui ! Merci de m'avoir fait confiance et de m'avoir proposé de rejoindre ce projet de thèse avec toi. Merci pour les moments de rires et de partages pendant ce travail, de ta bonne humeur et ton positivisme, merci de m'avoir accueilli de nombreuses fois au 106 avec tant de bonnes victuailles (pizza d'Arnould, pâtisseries et j'en passe). Merci de m'avoir aidé à persévérer dans des moments de grande flemme. Je suis fière d'avoir réalisé ce travail avec toi !

Arnaud, Pr Arnould, grâce à qui j'ai rencontré Alicia, redécouvert l'escalade, rit tant de fois dans les murs du pavillon N. Merci pour tes appels en plein milieu d'une garde qui redonnent la motivation et le sourire. Vos projets avec Alicia sont incroyables et je suis admirative de tout ce que vous apprenez à faire pour réaliser ce rêve.

À ma famille :

Mes parents pour m'avoir fait entrer dans ce monde. Merci pour toutes les valeurs que vous m'avez transmises et qui m'ont permis d'arriver ici aujourd'hui. Merci d'avoir été aimant de nous avoir toujours donné tout ce dont nous avons besoin mes frères et moi.

Merci de m'avoir fait confiance, papa quant au travail que je devais fournir, maman quand j'ai hésité à changer de voie. Merci papa d'avoir pris le temps de relire et de corriger consciencieusement cette thèse, t'entendre parler des nourrissons BLISS à répétition a été un grand amusement. Merci à tous les deux d'avoir toujours été présents, malgré mes humeurs dans les périodes de stress, je sais que je peux être un peu dure parfois. Merci pour votre soutien au cours de ces neuf longues années. Je vous aime.

Mes frères. Grandir au milieu de trois garçons n'a pas été facile, d'une certaine manière je vous dois mon opiniâtreté et ma détermination. Merci d'avoir rendu mon enfance si colorée. **Ferjeux**, mon "frère préféré" à La Rochelle, coéquipier au foot avec qui j'étais fière de gagner tous les match, **Timothée** l'authentique Terreur qui me faisait tordre de rire avant de me faire plonger et devenir terrible à mon tour, **Maxence**, Massenzio, mon grand compagnon de route et de voyage. J'ai hâte de grandir dans notre nouvelle petite famille.

Eline et Julia, repères du monde de la santé dans la famille ! Merci d'être si douces et attentionnées. J'ai hâte de partager de plus en plus avec vous, de vivre l'arrivée de ma première nièce.

Mes grands-parents. Grand-mère, merci pour les heures incalculables de révisions passées au studio depuis le début de mes études, j'ai été grâce à tes attentions dans les meilleures conditions possible pour franchir ces étapes les unes après les autres. Grand-père, pour ta sagesse et tes enseignements, Amatxi, toi qui étais si fière de me présenter comme étudiante en médecine. Merci pour les valeurs que vous m'avez transmises, j'espère que vous êtes fiers de moi, là où vous êtes. Papi et Maï, merci pour votre soutien et votre joie.

Clémence, je suis heureuse de tout ce qu'on a partagé depuis notre tendre enfance, des mouffettes jusqu'aux calanques de piana en passant par trois années de colocation incroyables. Merci de m'avoir supporté quand je préparais mes partiels. Je ne me lasse pas de nos nuits blanches à discuter, quitte à se faire reprendre, à 6 ans comme à 26.

Lulu, merci pour votre accueil toujours incroyable, à Lons, Doucier ou Châtel, merci de m'avoir fait voyager avec vous quand j'étais petite. Tu as été une marraine géniale !

À mon fiancé.

Gaëtan, ces quelques lignes ne sauraient traduire toute la gratitude que je voudrais t'exprimer à l'issue de ce travail. Je rends grâce de t'avoir rencontré ce jour de rentrée d'internat, au seuil d'une nouvelle vie à Lyon. Merci pour la personne que tu es, pour ta présence et pour ton aide précieuse dans les périodes de bonheur et les épreuves, en particulier au cours de cette dernière année de travail de thèse. Merci pour ton écoute, la confiance que tu m'accordes, tu m'aides à grandir et devenir une meilleure personne. J'ai hâte de m'engager pour la vie avec toi et de devenir bientôt ta femme, hâte de vivre ces six premiers mois de mariage à l'aventure, hâte de construire notre vie ensemble. Je t'aime.

LISTE DES ABRÉVIATIONS

AC : Aliments complémentaires / alimentation complémentaire

AG : Acides gras

AM : Allaitement maternel

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

BLISS : Baby led introduction to solids

DA : Diversification alimentaire

DME : Diversification alimentaire menée par l'enfant

DT : Diversification traditionnelle

EI : Effet indésirable

HCSP : Haut comité de santé publique

IMC : Indice de masse corporelle

IC : Indice de confiance

OMS : Organisation mondiale de la santé

PICO : Patient ; Intervention ; Control ; Outcome

PNNS : Programme National Nutrition Santé

PS : Professionnels de la santé

RR : Risque relatif

TOC : Troubles obsessionnels compulsifs

TABLE DES MATIÈRES

1. Introduction	20
1.1 Définition de la diversification	20
1.2 Diversification dans le monde	20
1.3 Diversification en France	20
1.4 La DME : définition, données	21
1.5 Ce que disent les revues de la littérature	22
1.6 Question de recherche	23
2. Matériel et méthode	23
2.1 Type d'étude	23
2.2 Stratégie de recherche	23
2.2.1 Bases de données	23
2.2.2 Mots clés et équation de recherche	24
2.2.3 Critères d'inclusion	24
2.2.4 Critères d'exclusion	24
2.3 Analyse et traitement des données	25
2.3.1 Extraction et stratégie de synthèse des données	25
2.3.2 Traitement des doublons	25
2.3.3 Evaluation du risque de biais	26
2.3.4 Attribution du niveau de preuve	26
2.4 Exposition des résultats	26
2.4.1 Synthèse	26
2.4.2 Significativité	27
2.5 Inscription Prospero	27
2.6 Sources de financement	27
2.7 Références bibliographiques	27
3. Résultats	28

3.1 Résultats de la recherche bibliographique	28
3.2 Caractéristiques générales des études	29
3.3 Principaux résultats regroupés par thème	35
3.4 Résultats détaillés par article	42
4. Discussion	61
4.1 La relation soignant-enfant-parent dans la diversification	61
4.2 Arguments clés sur la DME	62
4.2.1 Des craintes infondées sur le risque de fausses routes	62
4.2.2 Allaitement et introduction de l'alimentation complémentaire	63
4.2.3 Croissance staturo pondérale	63
4.2.4 Apports en fer et en zinc	64
4.2.5 Données nutritionnelles	65
4.3 Être à l'écoute des parents - mise en avant des avantages	66
4.3.1 La DME choisie	66
4.3.2 Comportements alimentaires familiaux	66
4.3.3 DME et développement psychomoteur	67
4.3.4 Régulation de la satiété	68
4.4 Limites de la DME	68
4.4.1 Contexte social	68
4.4.2 Difficultés logistiques	69
4.4.3 Une définition floue	69
4.5 Limites et forces de cette revue de la littérature	70
4.6 Avancées récentes en France	71
5. Conclusion	72
Bibliographie	73
Annexes	77

1. Introduction

1.1 Définition de la diversification

L'alimentation du nouveau-né est exclusivement composée de lait (maternel ou artificiel). La diversification alimentaire correspond à la période d'introduction d'aliments solides chez le nourrisson, autre que le lait, conduisant à une alimentation familiale (1). Selon l'OMS, cette dernière commence à six mois après un allaitement exclusif. Passé cet âge, le lait maternel ne suffit plus à combler les besoins en énergie et en nutriment (2).

1.2 Diversification dans le monde

La diversification alimentaire diffère selon les pays. Aux îles Salomon, une communauté commence les solides dès deux semaines et une autre ne commence la diversification qu'à six mois. La variété alimentaire est hétérogène selon les us et coutumes. La quantité d'oléagineux et de légumineuses est plus importante en Inde qu'aux Etats Unis à l'âge de six mois. Les œufs sont peu consommés en Norvège quel que soit l'âge. La manière d'alimenter le nourrisson diverge également selon les régions. En France, l'adulte fait face à l'enfant pendant le repas. Au Japon, l'adulte tient l'enfant sur ses genoux et dos à lui. Au Mali et au Pérou, l'enfant se nourrit seul. Aux îles Salomon, les adultes prémâchent les aliments. (3)

1.3 Diversification en France

Dans les recommandations françaises du Programme national nutrition santé (PNNS) la diversification alimentaire peut commencer à quatre mois, par des fruits et des légumes en purée lisse. Progressivement les autres familles d'aliments vont être introduites (protéines, matières grasses, gluten, autres produits laitiers). La consistance va également évoluer vers des morceaux (4). L'alimentation participe au développement psychomoteur et à la construction sociale pendant cette période de diversification.

Ces pratiques alimentaires n'ont cessé d'évoluer pour améliorer la santé infantile et limiter le risque allergique (5). Les dernières études ne montrent pas d'intérêt à reculer l'âge de la diversification alimentaire. L'introduction avant un an des aliments dits allergisants (poisson, oeuf) limiterait le risque d'allergie. Commencer la diversification avant quatre mois ne semble pas bénéfique pour le nourrisson du fait de son développement moteur et pour conserver les bienfaits de l'allaitement. (6)

1.4 La DME : définition, données

De nouvelles formes de diversification alimentaire apparaissent dans les pays occidentaux. L'essor d'internet a probablement favorisé la connaissance de ces différentes pratiques. La diversification alimentaire médiée par l'enfant est l'une d'elles. Elle est nommée "Baby Led Weaning" par Gill RAPLEY dans les années 2000. La DME se base sur les instincts du nourrisson, sa capacité à se gérer seul. Le bébé sait téter, et réclamer à manger quand il en a besoin. Cette observation suggère que l'enfant serait aussi capable d'être autonome pour se nourrir à six mois, lorsque son développement psychomoteur lui permet d'attraper et d'interagir avec son environnement. Selon cette théorie, la diversification alimentaire traditionnelle est considérée comme un obstacle à l'autonomie du nourrisson. Il ne choisit ni ce qu'il mange, ni comment, ni en quelle quantité.

Les principes de la DME sont les suivants: respect du choix de l'enfant en proposant quand il le demande des aliments solides et variés. Début vers six mois, après un allaitement exclusif, lorsque le nourrisson est capable de tenir assis et commence à attraper. Les familles s'organisent ensuite comme elles le souhaitent. Habituellement, cela permet aux foyers de prendre leurs repas ensemble. Les parents sont moins actifs lors de la prise alimentaire de leur nourrisson.

Des inquiétudes apparaissent quant à cette méthode sur la suffisance des apports alimentaires, l'équilibre alimentaire et le risque d'étouffement. (7)

Pour répondre à ses préoccupations, une DME plus protocolisée est apparue en Nouvelle Zélande. La méthode BLISS (Baby Led Introduction to SolidS) permettrait de diminuer le risque de retard de croissance, de carence en fer et le risque d'étouffement. Elle propose aux parents de donner à chaque repas un aliment riche en fer, un aliment

riche en énergie et un fruit ou un légume. Quant au risque d'étouffement, des conseils ont été formulés en lien avec des orthophonistes. Il est recommandé de tester les aliments avant de les proposer à l'enfant, afin de s'assurer qu'ils soient assez mous pour être écrasés sur le palais, et qu'ils ne s'émiettent pas une fois dans la bouche. Les morceaux doivent être aussi longs que le poing de l'enfant. Le nourrisson doit être surveillé pendant le repas et rester en position assise. (8)

Le "gagging" est défini comme un réflexe ramenant les aliments non suffisamment mastiqués vers l'avant de la bouche, ne permettant qu'aux aliments bien mastiqués d'être avalés. Lors de ce réflexe, le bébé tousse, bafouille pour ramener le morceau vers l'avant de la bouche. (7),(9),(10)

1.5 Ce que disent les revues de la littérature

Aucune donnée épidémiologique ne permet d'estimer l'ampleur de la pratique de la DME en France. Du point de vue des soignants, elle semble augmenter. Les médecins généralistes accompagnent les parents dans la diversification alimentaire. Les recommandations françaises actuelles n'invitent pas à essayer d'autre forme que la diversification traditionnelle figurant dans les carnets de santé (4).

Une revue systématique de la littérature a été effectuée par une équipe italienne, ayant sélectionné douze articles sur une période allant de 2000 au 1er mars 2018 et recherchant des données sur le risque d'étouffement, l'apport énergétique, la carence en fer, la satiété, le poids du nourrisson, l'anxiété des mères, les préférences alimentaires, les partages des repas (11). Une revue non systématique espagnole a sélectionné treize articles en 2016 sans période définie dans les critères d'inclusions. Cette revue de la littérature s'intéressait au comportement alimentaire du nourrisson, à son développement, ainsi qu'au comportement des mères et des professionnels de santé face à cette pratique. (12) (annexe 1 et 2)

Ces deux revues de la littérature ont conclu que le risque de fausse route n'était pas plus important et qu'il n'y aurait pas plus de risque de déficit d'apport énergétique ni de retard de croissance. Les enfants initiés aux solides par la DME seraient plus sensibles à la satiété, et auraient un comportement alimentaire moins difficile. Ils souffriraient moins

de surpoids. Aucune conclusion n'a été possible concernant une éventuelle carence d'apport en fer, en zinc et en vitamine B12. La DME pourrait être à l'origine d'une trop grande consommation de sel et de sucre en l'absence d'éducation des parents. Les mamans pratiquant la DME seraient moins anxieuses et ressentiraient moins de contraintes alimentaires. Les professionnels de santé seraient plus hésitants à recommander cette méthode tandis que les mères l'ayant pratiqué y seraient favorables.

1.6 Question de recherche

Quelles sont les données scientifiques pertinentes actuelles concernant la diversification alimentaire menée par l'enfant ?

L'objectif était d'intégrer l'ensemble des articles traitant de la DME ou de la BLISS pour clarifier les avantages et les risques.

2. Matériel et méthode

2.1 Type d'étude

Notre étude était une revue systématique descriptive de la littérature francophone et anglophone, réalisée en accord avec les critères de la grille PRISMA. L'objectif principal était de recueillir et d'exposer les résultats statistiquement significatifs issus des études scientifiques médicales concernant la diversification alimentaire menée par l'enfant.

2.2 Stratégie de recherche

2.2.1 Bases de données

Les recherches ont été conduites dans cinq bases de données répertoriant des articles scientifiques médicaux : Pubmed, Cochrane, Embase, Web of science, Google scholar.

2.2.2 Mots clés et équation de recherche

La traduction anglophone de la diversification alimentaire menée par l'enfant - baby-led weaning - et sa version modifiée - baby-led introduction to solids - ont été les mots clés utilisés. Des mots clés plus spécifiques n'ont pas été intégrés afin d'effectuer une recherche la plus exhaustive possible sur le sujet de la DME.

Les équations de recherche par base de données ont été les suivantes :

- Pubmed → ((baby led weaning[Title/Abstract]) OR (baby led introduction to solids[Title/Abstract])) AND ((french[Language]) OR (english[Language]))
- Google scholar → allintitle: baby led weaning ; allintitle: baby led introduction to solids
- Cochrane : Title Abstract Keyword : Baby led weaning OR Title Abstract Keyword baby led introduction to solids
- Embase → ('baby led weaning':ab,ti OR 'baby led introduction to solids':ab,ti) AND ([english]/lim OR [french]/lim)
- Web of science → (TI=(baby led weaning OR baby led introduction to solid*) AND AB=(baby led weaning OR baby led introduction to solid*)) AND LANGUAGE: (English OR French)

2.2.3 Critères d'inclusion

Les critères d'inclusion ont été définis selon les critères du PICO. La population étudiée correspondait à tous les parents ou enfants ayant pratiqué/expérimenté la DME ou sa version modifiée, le BLISS. La pratique de la DME devait permettre de constituer un groupe d'étude, soit seul soit en comparaison avec un groupe utilisant une autre méthode de diversification. Les articles sélectionnés devaient être des études observationnelles ou des essais cliniques.

2.2.4 Critères d'exclusion

Les articles évaluant des pratiques alimentaires et leurs caractéristiques dans lesquels la DME était mentionnée mais ne faisait pas l'objet de l'étude en tant que telle ont été exclus.

Les revues d'experts, directives de pratiques, examens narratifs, éditoriaux, conférences, études de prévalence, témoignages et livres ont été exclus.

Les revues de la littérature (dont systématiques) ont été exclues car tous les articles analysés dans ces revues et respectant nos critères d'inclusion et d'exclusion ont été sélectionnés pour notre étude.

Les articles dans une langue autre que le français ou l'anglais et ceux qui n'étaient pas disponibles en intégralité ont été exclus.

2.3 Analyse et traitement des données

2.3.1 Extraction et stratégie de synthèse des données

- Lecture par les deux investigatrices de tous les titres et résumés de la littérature scientifique. Les cinq bases de données ont été consultées jusqu'au 18 mai 2021.
- Sélection par chacune des deux investigatrices en aveugle l'une de l'autre.
- Mise en commun des données pour une sélection définitive sur le titre et le résumé.
- Répartition aléatoire des articles entre les deux investigatrices. Admissibilité après lecture intégrale des articles correspondant aux critères d'inclusion et ne présentant aucun critère d'exclusion.
- Inclusion définitive pour l'analyse des données recueillies.

Les variables recherchées étaient étendues aux données démographiques concernant les patients étudiés et tout effet décrit comme résultat de la DME (sur les parents ou les enfants). Les données manquantes ou imprécises n'ont ni été rapportées ni analysées.

Toutes les données des articles ont été répertoriées dans un document Excel régulièrement alimenté par les deux investigatrices.

2.3.2 Traitement des doublons

Les doublons retrouvés dans les différentes bases de données ont été exclus manuellement.

2.3.3 Evaluation du risque de biais

Les études incluses ont fait l'objet d'un contrôle de qualité par l'utilisation des grilles STROBE pour les études observationnelles (annexe 3), CONSORT pour les études quantitatives (annexe 4) et COREQ pour les études qualitatives (annexe 5).

Les biais des différentes études ont été mis en lumière et interprétés par les deux investigatrices selon la répartition arbitraire des études.

2.3.4 Attribution du niveau de preuve

Chaque étude a été attribuée d'un grade de recommandation et d'un niveau de preuve selon la grille suivante :

Grade des recommandations	Niveau de preuve scientifique fourni par la littérature
A Preuve scientifique établie	Niveau 1 - essais comparatifs randomisés de forte puissance ; - méta-analyse d'essais comparatifs randomisés ; - analyse de décision fondée sur des études bien menées.
B Présomption scientifique	Niveau 2 - essais comparatifs randomisés de faible puissance ; - études comparatives non randomisées bien menées ; - études de cohortes.
C Faible niveau de preuve scientifique	Niveau 3 - études cas-témoins.
	Niveau 4 - études comparatives comportant des biais importants ; - études rétrospectives ; - séries de cas ; - études épidémiologiques descriptives (transversale, longitudinale).

Tableau 1 - Grades et niveaux de preuve scientifiques

Les études ont ensuite été classées selon leur niveau de preuve dans l'ordre croissant.

2.4 Exposition des résultats

2.4.1 Synthèse

Les résultats des études ont été regroupés par thèmes principaux pour les plus pertinents d'entre eux à savoir : risque de fausse route, croissance staturo pondérale, statut nutritionnel, bénéfices dans la dynamique familiale.

Les résultats détaillés de chaque article sont exposés dans la partie dédiée. La technique de collecte des données, les interventions sur les participants et les détails sur les thèmes étudiés, peuvent être retrouvés dans les tableaux 2, 3 et 4.

Les 38 études sont classées par niveau de preuve puis par ordre alphabétique.

2.4.2 Significativité

Les valeurs-p des résultats significatifs des études de grade A et B ont été précisées. Les valeurs-p des études de grade C sont accessibles dans les articles référencés.

Tout grade confondu, seuls les résultats significatifs ($p < 0,05$) ont été exposés dans la partie résultat. Les adjectifs comparatifs exprimant une différence entre deux groupes ne sont donc pas nécessairement accompagnés de la mention “significative/significatif/significativement”.

Une absence de différence entre les groupes correspond à une p-valeur > 0.05 et n'est en aucun cas considérée comme une égalité.

2.5 Inscription Prospero

Cette étude a fait l'objet d'un recensement sur Prospero avec publication de son protocole le 16 juillet 2021 (annexe 6). Le numéro d'enregistrement est le CRD42021261101. Cette publication est disponible en ligne : https://www.crd.york.ac.uk/prospero/display_record.php?ID=CRD42021261101

2.6 Sources de financement

Aucune source de financement n'est à déclarer pour la réalisation de cette étude. Les investigatrices déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêt.

2.7 Références bibliographiques

Le logiciel Zotero a été utilisé. Les références bibliographiques ont été transcrites selon la norme de Vancouver.

3. Résultats

3.1 Résultats de la recherche bibliographique

270 articles ont été identifiés dans les cinq bases de données. 121 ont été sélectionnés après élimination des doublons et 56 ont été retenus après exclusion selon les critères prédéfinis, sur titre et abstract. 39 articles ont été éligibles pour l'inclusion après lecture intégrale. 38 ont été finalement inclus dans l'analyse, 1 article a été exclu après extraction des données.

Le résultat de la sélection des articles est représenté par un diagramme de flux PRISMA (figure 1).

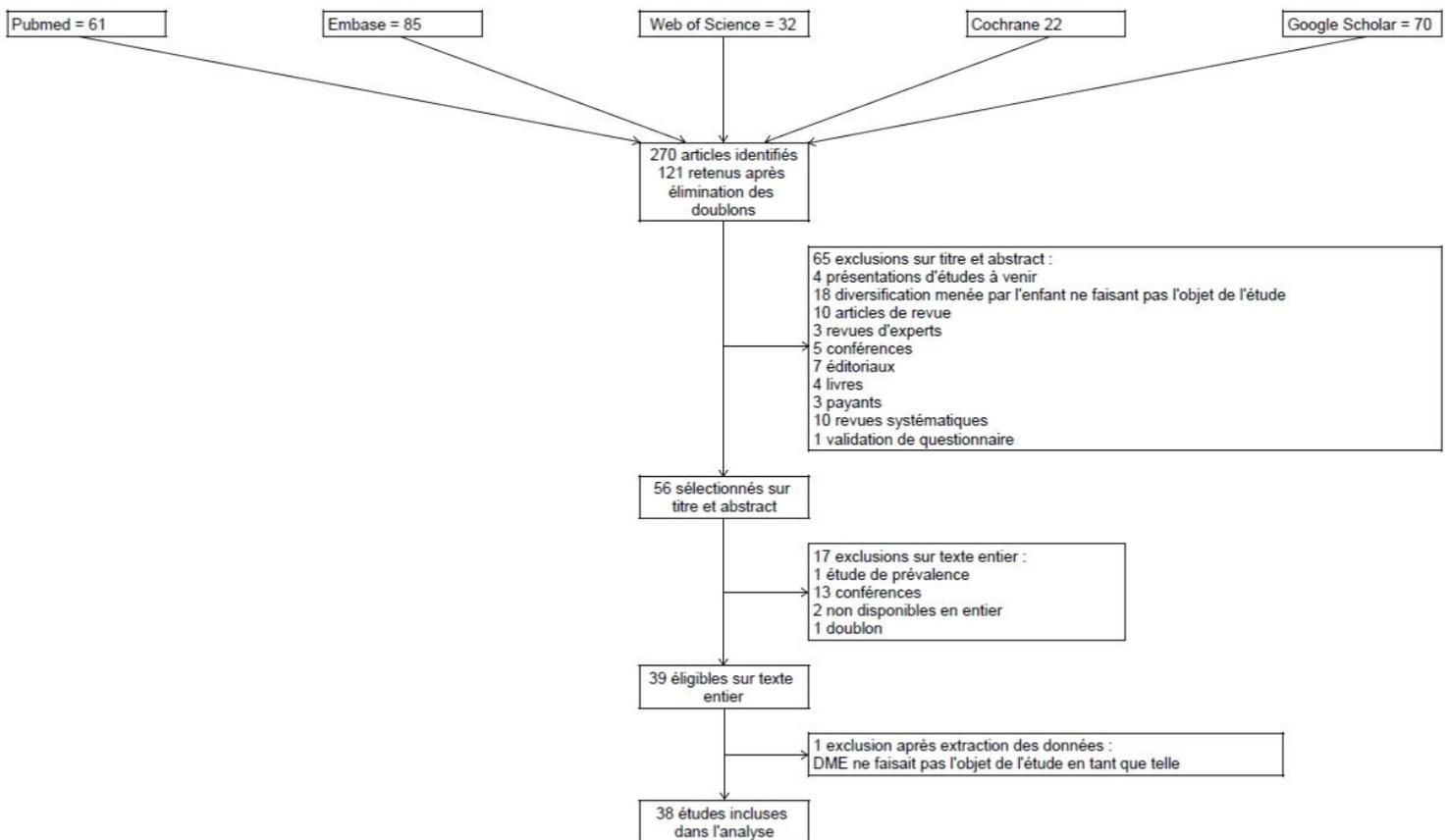
Ces 38 articles étaient de différents grades et niveaux de preuve :

- 2 études de grade A niveau de preuve 1
- 4 études de grade B niveau de preuve 2
- 2 études de grade C niveau de preuve 3
- 30 études de grade C niveau de preuve 4

Différents types d'étude ont été représentés :

- 1 essai clinique contrôlé non randomisé
- 4 essais cliniques contrôlés randomisés
- 28 études épidémiologiques qualitatives observationnelles descriptives transversales
- 4 études épidémiologiques qualitatives observationnelles analytiques
- 1 étude mixte : essai clinique contrôlé randomisé en groupes parallèles et étude épidémiologique qualitative observationnelle descriptive transversale

Figure 1 - Diagramme de flux selon PRISMA



3.2 Caractéristiques générales des études

Dans 14 de ces 38 études, la pratique de la DME n'était pas évaluée selon des critères précis mais définie par les parents eux-mêmes qui s'identifiaient comme des utilisateurs.

Dans les autres études, les sujets étudiés ont été attribués à un groupe DME s'ils estimaient utiliser dans l'alimentation des purées, la cuillère, ou les deux, moins de 10% du temps.

Lorsque la DME modifiée (la BLISS) a été étudiée, les patients ont bénéficié d'informations sur le principe de l'auto-alimentation et de questionnaires demandés régulièrement pour évaluer l'adhésion à la pratique.

Les études portaient majoritairement sur la DME et la DT, une seule comparait les deux types de DME (DME classique et BLISS) (figure 2).

Méthodes de diversification alimentaire comparées/explorées dans les études

DME = Diversification Menée par l'Enfant - DT = Diversification traditionnelle - BLISS = Baby Led introduction to Solids

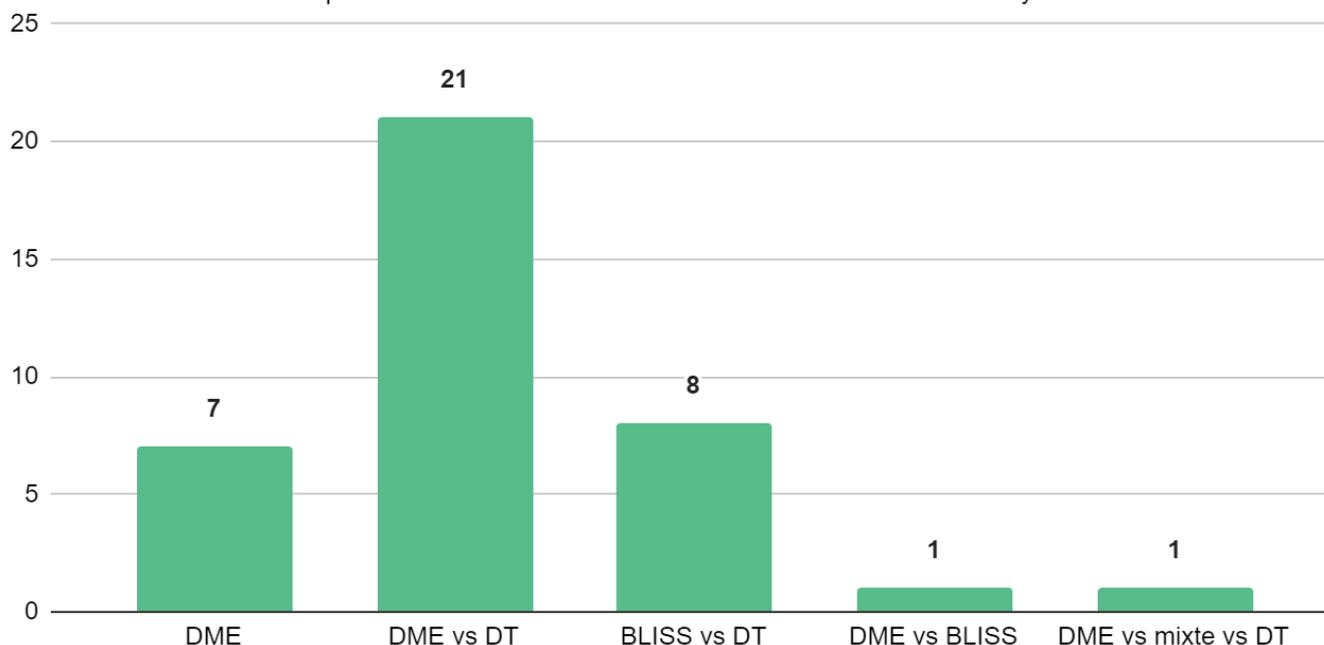


Figure 2 - Méthodes de diversification alimentaire comparées dans les études

30 des 38 études ont été réalisées dans des pays anglo-saxons (dont 13 au Royaume-Uni, 12 en Nouvelle-Zélande, 2 aux Etats-Unis, 1 en Australie, 1 au Canada, 1 en Irlande).

36 études portaient sur des enfants de 0 à 36 mois maximum.

Dans une étude qualitative par questionnaire aux parents, les enfants pouvaient avoir de 20 mois à 6 ans et demi, dans une autre qualitative par entretien des mères, les enfants pouvaient avoir de 1 à 5 ans.

Le tableau 2 reprend les caractéristiques de ces études.

Tableau 2 - Caractéristiques des études incluses (1)

Titre	Auteurs	Année / Pays	Types d'études	Collecte des données	Taille de l'échantillon	Âge des enfants	Méthode de diversification	Intervention/Thèmes étudiés	Grade / Niveau de preuve
Baby-led complementary feeding: Randomized controlled study	Dogan E, et al.	2018 / Turquie	Essai clinique contrôlé randomisé en groupes parallèles	Remplissage de fiche d'apports alimentaires. RDV hebdomadaires.	N = 280 nourrissons	5 à 6 mois	BLISS vs diversification traditionnelle	6 à 9 mois, RDV tel hebdo : adhésion de la diversification, apports en aliments riches en fer/énergie/à haut risque d'EI et rapport des EI (étouffements ou baillonnements). A 12 mois : paramètres anthropométriques et hématologiques à 12 mois	A / 1
Effect of a Baby-Led Approach to Complementary Feeding on Infant Growth and Overweight: A Randomized Clinical Trial	Taylor RW, et al.	2017 / Nouvelle-Zélande	Étude mixte : essai clinique contrôlé randomisé en groupes parallèles et étude épidémiologique qualitative observationnelle descriptive transversale	Poids des nourrissons mesuré sur une balance électronique (modèle 334 ; Seca) à 6, 7, 8, 9, 12 et 24 mois. Taille mesurée sur une planche de 100 cm à 6, 12 et 24 mois à 2 reprises. Pour les critères secondaires : questionnaires.	N = 206 mères	0-24 mois	BLISS vs diversification traditionnelle	Comparaison de l'IMC selon les méthodes de diversifications alimentaires. Critères secondaires étudiés : qualité de l'alimentation, satiété, plaisir alimentaire, agitation.	A / 1
A baby led approach to eating solids and risk of choking	Fangupo LJ, et al.	2018 / Nouvelle-Zélande	Essai clinique contrôlé randomisé en groupes parallèles	Questionnaires, calendrier, registres alimentaires	N = 206 nourrissons	6 à 12 mois	BLISS vs diversification traditionnelle	Risque d'étouffement	B / 2
Development and pilot testing of Baby-Led Introduction to Solids - a version of Baby-Led Weaning modified to address concerns about iron deficiency, growth faltering and choking	Cameron SL, et al.	2015 / Nouvelle-Zélande	Essai clinique contrôlé non randomisé en groupes parallèles	Entretiens téléphoniques structurés de 30min par semaine pendant 12 semaines.	N = 23 nourrissons (14 BLISS, 9 DME)	6 à 9 mois	BLISS vs DME	DME : Un entretien par semaine (12 en tout) BLISS : suivre le protocole BLISS après réception des brochures. Adhésion DME/BLISS. Teneur en fer des aliments complémentaires + Contenu énergétique. Survenue d'étouffement/baillonnement	B / 2
Mediation Analysis as a Means of Identifying Dietary Components That Differentially Affect the Fecal Microbiota of Infants Weaned by Modified Baby-Led and Traditional Approaches	Leong C, et al.	2018 / Nouvelle-Zélande	Essai clinique contrôlé randomisé en groupes parallèles	Échantillon de selles à 7 et 12 mois + carnet alimentaire pesé sur 3 jours à 7 mois. Analyse de médiation.	N = 74 nourrissons	7 et 12 mois	BLISS vs diversification traditionnelle	Diversité alpha et abondance relative des différentes familles bactériennes du microbiote intestinal infantile	B / 2
Modified Version of Baby-Led Weaning Does Not Result in Lower Zinc Intake or Status in Infants: A Randomized Controlled Trial	Daniels L, et al.	2018 / Nouvelle-Zélande	Essai clinique contrôlé randomisé en groupes parallèles	Carnet d'apports en Zn sur 3J à 7 et 12 mois + Taux de Zinc plasmatique à 12 mois	N = 206	7 et 12 mois	BLISS vs diversification traditionnelle	Sources, apports en zinc et taux de zinc plasmatiques	B / 2
Comparison between baby led weaning and traditional spoon-feeding on iron status and growth in breastfed infants	Hanindita MH, et al.	2019 / Indonésie	Etude épidémiologique qualitative observationnelle analytique cas témoins	Mesure sérique de l'hémoglobine, la transferrine, la ferritine. Mesure du poids corporel et taille.	N = 30 nourrissons	9 à 15 mois	DME vs diversification traditionnelle	Anomalies ferritines et retard de croissance.	C / 3
Impact of a modified version of BLW on iron intake and status: a randomised controlled trial	Daniels L, et al.	2018 / Nouvelle-Zélande	Etude épidémiologique qualitative observationnelle analytique transversale	Questionnaires et registres alimentaires sur 3 jours non consécutifs + échantillon de sang veineux non à jeun à 12 mois	N = 206 mères	7-24 mois	BLISS vs diversification traditionnelle	Apport et statut en Fer	C / 3

Tableau 2 - Caractéristiques des études incluses (2)

Titre	Auteurs	Année / Pays	Types d'études	Collecte des données	Taille de l'échantillon	Âge des enfants	Méthode de diversification	Intervention/Thèmes étudiés	Grade / Niveau de preuve
"Becoming an independent feeder": infant's transition in solid food introduction through baby-led weaning	Ayu Fitria Utami, et al.	2019 / Indonésie	Etude épidémiologique qualitative observationnelle descriptive transversale	Entretiens semi-structurés d'1h30	N = 13 mères	1 à 5 ans	DME	Comportement de mangeur difficile. Risques de balonnement et d'étouffement. Devenir des mangeurs indépendants.	C / 4
A descriptive study investigating the use and nature of baby-led weaning in a UK sample of mothers	Brown A et Lee M	2011 / Royaume-Uni	Etude épidémiologique qualitative observationnelle descriptive transversale	Questionnaire en ligne	N = 655 mères	6 à 12 mois	DME vs diversification traditionnelle	Connaissance de la DME. Style de sevrage. Données démographiques. Introduction d'aliments complémentaires. Premiers aliments. Allaitement. Horaire des repas. Consommation d'aliments. Expérience des heures de repas. Sources de soutien et de conseil.	C / 4
An exploration of mothers following a BLW style developmental readiness for complementary foods	Brown A et Lee M	2013 / Royaume-Uni	Etude épidémiologique qualitative observationnelle descriptive transversale	Entretiens semi-structurés	N = 36 mères	12-18 mois	DME vs diversification traditionnelle	Introduction alimentation, mise en place de la DME, satiété, points négatifs	C / 4
An investigation into the prevalence, attitude and behaviour towards baby-led weaning practices in Ireland	Mezynska A, et al.	2020 / Irlande	Etude épidémiologique qualitative observationnelle descriptive transversale	Questionnaires en ligne avec incitation financière, et questionnaire papier lors d'un congrès.	N = 933 parents et N = 98 PS	0 à 10 mois	DME vs diversification traditionnelle	Déterminer les pratiques de la DME ainsi que les attitudes et les connaissances des professionnels de santé	C / 4
An invisible map maternal perceptions of hunger satiation and enough in the context of baby led and traditional complementary feeding practices	McNally J, et al.	2019 / Royaume-Uni	Etude épidémiologique qualitative observationnelle descriptive transversale	Entretiens semi-structurés, visionnage de vidéos filmées lors d'une précédente étude sur la satiété du nourrisson.	N = 11 mères	/	DME vs diversification traditionnelle	Signaux de Satiété	C / 4
Baby knows best? The impact of weaning style on food preferences and body mass index in early childhood in a case-controlled sample	Townsend E et Pitchford NJ	2012 / Royaume-Uni	Etude épidémiologique qualitative observationnelle descriptive transversale	Questionnaire en ligne + données laboratoire (IMC)	N = 155 parents	20 à 78 mois	DME vs diversification traditionnelle	Catégorie d'aliments préférés ajusté sur l'exposition à ces aliments. IMC. Mangeurs difficiles	C / 4
Baby-led weaning in Italy and potential implications for infant development	Addeisi E, et al.	2021 / Italie	Etude épidémiologique qualitative observationnelle descriptive transversale	Questionnaire en ligne	N = 1245 mères	6 à 12 mois	DME vs diversification traditionnelle	Fréquence de la DME, données démographiques, expérience de l'alimentation complémentaire, allaitement, réalisation (oui, non, âge) d'étapes du développement : station assise seul, ramper, dire ses premiers mots	C / 4
Baby-led weaning versus traditional weaning: the assessment of nutritional status in early childhood and maternal feeding practices in Turkey	Kahraman A, et al.	2020 / Turquie	Etude épidémiologique qualitative observationnelle descriptive transversale	Questionnaire en ligne	N = 485 mères	6 à 24 mois	DME vs DME + DT vs DT	Etat nutritionnel	C / 4
Baby-Led Weaning: A Preliminary Investigation	D'Andrea E, et al.	2016 / Canada	Etude épidémiologique qualitative observationnelle descriptive transversale	Questionnaire en ligne	N = 98 (65 mères et 33 PS)	/	DME	Examen des pratiques courantes de DME. Comparaisons des connaissances de perceptions des mères vs PS	C / 4
Baby-Led-Weaning (DME) from maternal perspective: Polish experience	Poniedzial ek B, et al.	2018 / Pologne	Etude épidémiologique qualitative observationnelle descriptive transversale	Questionnaire en ligne	N = 373 mères	/	DME	Caractéristiques démographiques. Sources de connaissance de la DME. Inquiétudes et survenue d'EI. Avantages et inconvénients. Attitude des proches. Satisfaction générale.	C / 4
BLW a study of infant feeding practices using a US sample	Currie EK	2018 / Etats-Unis	Etude épidémiologique qualitative observationnelle descriptive transversale	Questionnaire	N= 175 mères	6 - 12 mois	DME vs diversification traditionnelle	Etude des pratiques alimentaires : analyses des données démographiques des mères pratiquant la DME, description de la mise en place de la DME, du développement moteur de l'enfant.	C / 4
BLW and the family diet. A pilot study	Rowan H et Harris C	2012 / Etats-Unis / Royaume-Uni	Etude épidémiologique qualitative observationnelle descriptive transversale	Journal alimentaire	N = 11 familles	6-9 mois	DME	Modification de l'alimentation au sein de toute la famille lors de la DME, proposition d'aliments familiaux au nourrisson	C / 4

Tableau 2 - Caractéristiques des études incluses (3)

Titre	Auteurs	Année / Pays	Types d'études	Collecte des données	Taille de l'échantillon	Âge des enfants	Méthode de diversification	Intervention/Thèmes étudiés	Grade / Niveau de preuve
Differences in dietary composition between infants introduced to complementary foods using BLW and traditional spoon feeding	Rowan H, et al.	2019 / Royaume-Uni	Etude épidémiologique qualitative observationnelle descriptive transversale	Questionnaire en ligne, recueil alimentaire sur 24h	N = 180 parents	6 à 12 mois	DME vs diversification traditionnelle	Comparaison d'exposition des nourrissons aux différents groupes d'aliments selon la méthode de diversification alimentaire, et plus spécifiquement des aliments riches en fer.	C / 4
Differences in parental feeding styles and practices and toddler eating behaviour across complementary feeding methods: Managing expectations through consideration of effect size	Kominou S, et al.	2019 / Royaume-Uni	Etude épidémiologique qualitative observationnelle descriptive transversale	Questionnaire en ligne	N = 565 parents	12-36 mois	DME vs diversification traditionnelle	Comparaison de différents items selon le style de diversification alimentaire : Allaitement, Statut socio-économique, Partage des repas, Style alimentaire, Comportement de l'enfant, Sources d'informations utilisées par la famille.	C / 4
Early influences on child satiety-responsiveness: the role of weaning style	Brown A et Lee M	2015 / Royaume-Uni	Etude épidémiologique qualitative observationnelle descriptive transversale	Questionnaire en ligne	N = 298 mères	18 à 24 mois	DME vs diversification traditionnelle	Style d'alimentation de l'enfant par la mère. Comportement alimentaire de l'enfant. Style de sevrage. Poids de l'enfant.	C / 4
Experiences of baby-led weaning: trust, control and renegotiation	Arden MA et Abbott RL	2015 / Royaume-Uni	Etude épidémiologique qualitative observationnelle descriptive transversale	Entretiens semi-structurés par email (5)	N = 15 mères	9 à 15 mois	DME	Confiance dans l'enfant. Contrôle et responsabilité parentale. Lait. Renégocier la DME.	C / 4
Food fussiness and early feeding characteristics of infants following Baby-Led Weaning and traditional spoon-feeding in New Zealand: An internet survey	Fu X, et al.	2018 / Nouvelle-Zélande	Etude épidémiologique qualitative observationnelle descriptive transversale	Questionnaire en ligne	N = 867 nourrissons	6 à 36 mois	DME vs diversification traditionnelle	Caprices alimentaires (CEBQ). Poids. Etouffements graves. Caractéristiques de l'alimentation précoce. Sources de conseils sur la DME des parents néo-zélandais. Attitudes de DME chez ceux la pratiquant ou l'ayant essayé.	C / 4
Foreign Body aspiration in infants role of self feeding	Özyüksel G, et al.	2019 / Turquie	Etude épidémiologique qualitative observationnelle analytique de cohorte rétrospective	Base de données rétrospectives,	N = 826 nourrissons	< 3 ans	DME	Rôle de la DME dans l'inhalation de corps étrangers nécessitant une fibroscopie	C / 4
Healthcare professionals' and mothers' knowledge of, attitudes to and experiences with, Baby-Led Weaning: a content analysis study	Cameron SL, et al.	2012 / Nouvelle-Zélande	Etude épidémiologique qualitative observationnelle descriptive transversale	Entretiens semi-structurés	N = 51 (20 mères et 31 PS)	8-24 mois	DME	Connaissances, attitudes et expérience de la DME mères vs PS	C / 4
How different are baby-led weaning and conventional complementary feeding? A cross-sectional study of infants aged 6-8 months	Morison BJ, et al.	2016 / Nouvelle-Zélande	Etude épidémiologique qualitative observationnelle descriptive transversale	Questionnaire en ligne	N = 51 familles	6-8 mois	DME vs diversification traditionnelle	Comparaison des apports alimentaires selon la méthode de diversification	C / 4
Impact of a Modified Version of Baby-Led Weaning on Infant Food and Nutrient Intakes: The BLISS Randomized Controlled Trial	Ericksen LW, et al.	2018 / Nouvelle-Zélande	Etude épidémiologique qualitative observationnelle descriptive transversale	Questionnaires, recueil alimentaire sur 3 jours à 7, 12 et 24 mois.	N = 206 mères	7 - 24 mois	BLISS vs diversification traditionnelle	Evaluation de la consommation d'aliments et de nutriments selon la diversification alimentaire	C / 4
Impact of a modified version of BLW on dietary variety and food preferences in Infants	Morison BJ, et al.	2018 / Nouvelle-Zélande	Etude épidémiologique qualitative observationnelle descriptive transversale	Questionnaires et registres alimentaires sur 3 jours non consécutifs	N = 206 mères	7-24 mois	BLISS vs diversification traditionnelle	Comparaison des préférences et des différences alimentaires selon la méthode de diversification alimentaire	C / 4
Maternal control of child feeding during the weaning period: differences between mothers following a baby-led or standard weaning approach	Brown A et Lee M	2010 / Royaume-Uni	1ère phase d'une étude épidémiologique qualitative observationnelle descriptive longitudinale	Questionnaire en ligne et papier	N = 604 mères	6 à 12 mois	DME vs diversification traditionnelle	Caractéristiques démographiques. Style d'alimentation de l'enfant par la mère (child feeding questionnaire), poids de l'enfant et perception de son évolution et poids de la mère (IMC, échelle de Likert)	C / 4

Tableau 2 - Caractéristiques des études incluses (4)

Titre	Auteurs	Année / Pays	Types d'études	Collecte des données	Taille de l'échantillon	Âge des enfants	Méthode de diversification	Intervention/Thèmes étudiés	Grade / Niveau de preuve
Differences in eating behaviour, well-being and personality between mothers following baby-led vs. traditional weaning styles	Brown A	2015 / Royaume-Uni	2ème phase d'une étude épidémiologique qualitative observationnelle analytique longitudinale	Questionnaires	N = 604 mères	6 à 12 mois	DME vs diversification traditionnelle	Caractéristiques démographiques, moment d'introduction des AC, données anthropométriques de la mère, Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ) (échelles de la retenue, de l'alimentation externe et émotionnelle), questionnaire de personnalité (Mesure les "cinq grands" traits de personnalité, Brief Symptom Inventory (BSI) (échelles d'anxiété, d'obsession-compulsion et de dépression)	C / 4
Mothers' experiences with complementary feeding: Conventional and baby-led approaches	Swanepoel L, et al.	2020 / Australie	Etude épidémiologique qualitative observationnelle descriptive transversale	Photovoix 1/semaine pendant 1 mois, focus groupes 1h-1h30	N = 13 mères	/	DME vs diversification traditionnelle	Approche et expérience vécue par les mères dans la DA	C / 4
No difference in self reported frequency of choking between infants introduced to solid foods using BLW or TW approach	Brown A	2017 / Royaume-Uni	Etude épidémiologique qualitative observationnelle descriptive transversale	Questionnaire en ligne	N = 1151 mères	4 - 12 mois	DME vs diversification traditionnelle	Risque d'étouffement	C / 4
Parent-led or baby-led? Associations between complementary feeding practices and health-related behaviours in a survey of New Zealand families	Cameron SL, et al.	2013 / Nouvelle-Zélande	Etude épidémiologique qualitative observationnelle descriptive transversale	Questionnaire en ligne	N = 199	6 - 12 mois	DME vs diversification traditionnelle	Déterminer les pratiques d'alimentation et les comportements liés à la santé	C / 4
Percentage of self feeding practice in babies using BLW and traditional weaning in Indonesia	Susmarin D, et al.	2019 / Indonésie	Etude épidémiologique qualitative observationnelle descriptive transversale	Questionnaire en ligne	N = 316 mères	6 - 12 mois	DME vs diversification traditionnelle	Caractéristiques démographiques et description de la DME pratiquée en Indonésie	C / 4
Spoonfeeding is associated with increased infant weight but only amongst formula-fed infants	Jones SW, et al.	2019 / Royaume-Uni	Etude épidémiologique qualitative observationnelle descriptive transversale de cohorte	Mesures anthropométriques et questionnaires	N = 269 nourrissons	3 - 12 mois	DME vs diversification traditionnelle	Évaluer la croissance des nourrissons entre 3 et 12 mois selon le style de diversification et l'allaitement	C / 4
Standard v. baby-led complementary feeding: a comparison of food and nutrient intakes in 6-12-month-old infants in the UK	Alpers B, et al.	2019 / Royaume-Uni	Etude épidémiologique qualitative observationnelle descriptive transversale	Questionnaire en ligne	N = 134 nourrissons	6 à 12 mois	DME vs diversification traditionnelle	Données démographiques. Food Frequency Questionnaire de 28 jours. Rapport alimentaire sur 24 heures.	C / 4

3.3 Principaux résultats regroupés par thème

Tableau 6 - Présentation des principaux résultats par thème

Thèmes	Titre	Auteurs	Année	Type d'étude	Résultats	Grade
Risque de fausses routes	Etude 3 : A baby led approach to eating solids and risk of choking (15)	Fangupo LJ et al.	2016	Essai clinique contrôlé randomisé en groupes parallèles	Pas de conclusion possible sur le nombre d'étouffements ou de gagging entre le groupe BLISS et la DT quel que soit l'âge ($P_s > 0,20$). 52 % des nourrissons à 7 mois et 94% des nourrissons à 12 mois se sont vus proposer des aliments présentant un risque d'étouffement sans que ces résultats soient significatifs. (7 mois : RR 1,12 ; IC 95 %, 0,79-1,59 ; 12 mois : RR 0,94 ; IC à 95 %, 0,83-1,07).	B / 2
	Etude 4 : Development and pilot testing of Baby-Led Introduction to SolidS - a version of Baby-Led Weaning modified to address concerns about iron deficiency, growth faltering and choking (16)	Cameron SL et al.	2015	Essai clinique contrôlé non randomisé en groupes parallèles	Pas de différence significative sur la survenue des étouffements ou des gagging entre les groupes ($p > 0.05$) quel que soit l'âge. Moins d'aliments à risque d'étouffement étaient proposés en BLISS à 6 et 8 mois ($p=0.026$ et $p=0.029$ respectivement).	B / 2
	Etude 16 : Baby-led weaning versus traditional weaning: the assessment of nutritional status in early childhood and maternal feeding practices in Turkey (28)	Kahraman A et al.	2020	Etude épidémiologique qualitative observationnelle descriptive transversale	Pas de différence significative sur les étouffements	C / 4
	Etude 25 : Food fussiness and early feeding characteristics of infants following Baby-Led Weaning and traditional spoon-feeding in New Zealand: An internet survey (37)	Fu X et al.	2018	Etude épidémiologique qualitative observationnelle descriptive transversale	Pas d'analyse de comparaison statistique possible sur les étouffements car leur survenue était trop rare dans les deux groupes.	C / 4
	Etude 26 : Foreign Body aspiration in infants role of self feeding (38)	Özyüksel G et al.	2019	Etude épidémiologique qualitative observationnelle analytique de cohorte rétrospective	Les pourcentages publiés n'ont pas été soumis à une analyse statistique, les données ne sont pas exploitables.	C / 4
	Etude 34 : No difference in self reported frequency of choking between infants introduced to solid foods using BLW or TW approach (10)	Brown A	2017	Etude épidémiologique qualitative observationnelle descriptive transversale	Pas de différence de risque d'étouffement de manière significative ($p=0.001$) selon la méthode de diversification quel que soit l'aliment proposé. Les étouffements étaient plus fréquents de manière significative en DT avec les purées grumeleuses ($p=0.002$).	C / 4

Croissance Staturale Pondérale	Etude 1 : Baby-led complementary feeding: Randomized controlled study (13)	Dogan E et al.	2018	Essai clinique contrôlé randomisé en groupes parallèles	A 12 mois, les bébés du groupe DT étaient plus lourds ($p < 0.001$), le gain de poids était plus important entre 6 et 12 mois dans le groupe DT ($p < 0.001$). Dans le groupe BLISS, 98% avaient un poids normal et 2 % étaient en sous-poids. Dans le groupe DT 83 % avaient un poids normal et 17 % étaient en surpoids.	A / 1
	Etude 2 : Effect of a Baby-Led Approach to Complementary Feeding on Infant Growth and Overweight A Randomized Clinical Trial (14)	Taylor RW et al.	2017	Étude mixte : essai clinique contrôlé randomisé en groupes parallèles et étude épidémiologique qualitative observationnelle descriptive transversale	Pas de différence significative d'IMC du nourrisson entre le groupe BLISS et le groupe DT (à 12 mois RR ajusté 0.2; IC 95% 0.07-0.48 à 24 mois RR 0.16; IC 95% 0.13-0.45).	A / 1
	Etude 7 : Comparison between baby led weaning and traditional spoon-feeding on iron status and growth in breastfed infants (19)	Hanindita MH et al.	2019	Etude épidémiologique qualitative observationnelle analytique cas témoins	L'insuffisance pondérale était plus importante dans le groupe DME, ainsi que l'insuffisance pondérale sévère. Les retards de croissance étaient plus importants dans le groupe DME.	C / 3
	Etude 14 : Baby knows best? The impact of weaning style on food preferences and body mass index in early childhood in a case-controlled sample (27)	Townsend E, Pitchford NJ	2012	Etude épidémiologique qualitative observationnelle descriptive transversale	IMC bas davantage présent en DME. Plus de surpoids et d'obésité dans le groupe DT, plus de sous-nutrition dans le groupe DME.	C / 4
	Etude 23 : Early influences on child satiety-responsiveness: the role of weaning style (35)	Brown A, Lee M	2015	Etude épidémiologique qualitative observationnelle descriptive transversale	Les bébés DME étaient moins lourds.	C / 4
	Etude 25 : Food fussiness and early feeding characteristics of infants following Baby-Led Weaning and traditional spoon-feeding in New Zealand: An internet survey (37)	Fu X et al.	2018	Etude épidémiologique qualitative observationnelle descriptive transversale	Pas de différence significative entre les groupes sur le poids.	C / 4
	Etude 37 : Spoonfeeding is associated with increased infant weight but only amongst formula-fed infants (47)	Jones SW et al.	2019	Etude épidémiologique qualitative observationnelle descriptive transversale et de cohorte	Taille attendue pour l'âge plus élevée dans le groupe DT. La différence disparaît après corrélation sur la durée d'exposition aux solides. Le poids attendu pour l'âge était plus important dans le groupe de la DT associée à du lait maternisé exclusif.	C / 4

Statut nutritionnel	Etude 1 : Baby-led complementary feeding: Randomized controlled study (13)	Dogan E et al.	2018	Essai clinique contrôlé randomisé en groupes parallèles	Pas de différence significative dans les apports en fer à 12 mois entre les groupes ($p=0.76$). Pas de différence significative entre les groupes à 6 et 12 mois sur les paramètres hématologiques (ferritine, coefficient de saturation de la transferrine, hématicrite, hémoglobine, VGM, CCMH) ($p\geq 0.10$)	A / 1
	Etude 4 : Development and pilot testing of Baby-Led Introduction to SolidS - a version of Baby-Led Weaning modified to address concerns about iron deficiency, growth faltering and choking (16)	Cameron SL et al.	2015	Essai clinique contrôlé non randomisé en groupes parallèles	Une plus grande variété d'aliments riches en fer était proposée en BLISS 78,6% contre 22,3% en DME ($p=0.007$). La quantité de viande rouge offerte était plus importante (20,1 g/jour dans le groupe BLISS contre 3,2 g/jour - $p=0.014$). Les enfants BLISS ont eu plus de portions d'aliments riches en fer par jour (2,4 contre 0,8 portions par jour - $p=0.001$).	B / 2
	Etude 5 : Mediation Analysis as a Means of Identifying Dietary Components That Differentially Affect the Fecal Microbiota of Infants Weaned by Modified Baby-Led and Traditional Approaches (17)	Leong C et al.	2018	Essai clinique contrôlé randomisé en groupes parallèles	A 7 mois et 12 mois, il n'y avait pas de différence significative sur les apports énergétiques entre les groupes ($p=0.789$ et $p=0.881$).	B / 2
	Etude 6 : Modified Version of Baby-Led Weaning Does Not Result in Lower Zinc Intake or Status in Infants: A Randomized Controlled Trial (18)	Daniels L et al.	2018	Essai clinique contrôlé randomisé en groupes parallèles	Pas de différence sur les apports en zinc à 7 mois et à 12 mois ($p=0.42$ et $p=0.86$). Les sources d'aliments riches en zinc étaient différentes selon les groupes. Pas de différence significative de concentration plasmatique en zinc avant et après ajustement entre les 2 groupes ($p=0.49$ et $p=0.75$). Pourcentage élevé d'enfants avec faible concentration plasmatique de zinc tout groupe confondu.	B / 2
	Etude 7 : Comparison between baby led weaning and traditional spoon-feeding on iron status and growth in breastfed infants (19)	Hanindita MH et al.	2019	Etude épidémiologique qualitative observationnelle analytique cas témoins	Différence entre les deux groupes en ce qui concerne le taux d'Hb, la transferrine sérique et la ferritine sérique : l'anémie ferriprive était plus fréquente dans le groupe DME.	C / 3
	Etude 8 : Impact of a modified version of BLW on iron intake and status : a randomised controlled trial (20)	Daniels L et al.	2018	Etude épidémiologique qualitative observationnelle analytique transversale	Nous ne pouvons conclure d'une différence entre le statut en fer du groupe BLISS versus DT. La prévalence d'apports en fer est insuffisante à 7 mois dans les deux groupes. Le problème est corrigé à 12 mois. L'apport en Vitamine C dans le groupe BLISS est diminué par rapport au groupe traditionnel de manière significative.	C / 3

Statut nutritionnel	<p>Etude 14 : Baby knows best? The impact of weaning style on food preferences and body mass index in early childhood in a case-controlled sample (27)</p>	Townsend E, Pitchford NJ	2012	Etude épidémiologique qualitative observationnelle descriptive transversale	Les nourrissons en DME semblaient mieux aimer les glucides complexes que les bébés DT, indépendamment de l'exposition à ce type d'aliment.	C / 4
	<p>Etude 16 : Baby-led weaning versus traditional weaning: the assessment of nutritional status in early childhood and maternal feeding practices in Turkey (28)</p>	Kahraman A et al.	2020	Etude épidémiologique qualitative observationnelle descriptive transversale	L'apparition d'une déficience en fer était plus faible dans le groupe DT et dans le groupe mixte DT+DME.	C / 4
	<p>Etude 21 : Differences in dietary composition between infants introduced to complementary foods using BLW and traditional spoon feeding (33)</p>	Rowan H et al.	2019	Etude épidémiologique qualitative observationnelle descriptive transversale	A 6-7 mois, les groupes DME libre et strict étaient plus exposés aux protéines, aux légumes et aux repas dits "composés" par rapport au groupe de DT. A 11-12 mois, le groupe DME libre était plus exposé aux produits laitiers et aux encas salés par rapport au groupe DME strict. Au même âge, les repas composés étaient plus fréquents en DT qu'en DME strict.	C / 4
	<p>Etude 25 : Food fussiness and early feeding characteristics of infants following Baby-Led Weaning and traditional spoon-feeding in New Zealand: An internet survey (37)</p>	Fu X et al.	2018	Etude épidémiologique qualitative observationnelle descriptive transversale	Les bébés DME étaient moins susceptibles de manger "plus de fruits que de légumes", avaient moins de chance de consommer des céréales fortifiées en fer et plus de chance de consommer de la viande rouge.	C / 4
	<p>Etude 28 : How different are baby-led weaning and conventional complementary feeding? A cross-sectional study of infants aged 6-8 months (40)</p>	Morison BJ et al.	2016	Etude épidémiologique qualitative observationnelle descriptive transversale	Sur le plan quantitatif et nutritionnel, la DME serait plus riche en graisse mais moins riche en zinc, fer, calcium, fibres et en vitamines B12, C par rapport à la DT.	C / 4
	<p>Etude 29 : Impact of a Modified Version of Baby-Led Weaning on Infant Food and Nutrient Intakes: The BLISS Randomized Controlled Trial (41)</p>	Erickson LW et al.	2018	Etude épidémiologique qualitative observationnelle descriptive transversale	Les nourrissons BLISS consommait plus de graisses et de sodium. Les sources d'énergie étaient différentes entre les groupes. À 12 mois, les nourrissons BLISS consommait moins de graisses saturées. Quel que soit le groupe étudié, les apports en sodium et en sucre étaient élevés pour l'âge.	C / 4
	<p>Etude 30 : Impact of a modified version of BLW on dietary variety and food preferences in Infants (42)</p>	Morison BJ et al.	2018	Etude épidémiologique qualitative observationnelle descriptive transversale	A l'âge de 7 mois, plus grande diversité alimentaire chez les nourrissons BLISS. A 12 mois, après ajustement sur l'âge de début de la diversification, plus grande variété d'aliments non carnés chez les BLISS. A l'âge de 24 mois, les nourrissons BLISS consommait une plus grande variété de fruits et de légumes.	C / 4

Statut nutritionnel	Etude 35 : Parent-led or baby-led? Associations between complementary feeding practices and health-related behaviours in a survey of New Zealand families (9)	Cameron SL et al.	2013	Etude épidémiologique qualitative observationnelle descriptive transversale	Les bébés DME étaient moins susceptibles de recevoir des aliments préparés dans le commerce et des céréales enrichies en fer. Ils consommaient plus de fruits et de légumes mais aussi des "foods fingers".	C / 4
	Etude 38 : Standard v. baby-led complementary feeding: a comparison of food and nutrient intakes in 6-12-month-old infants in the UK (48)	Alpers B et al.	2019	Etude épidémiologique qualitative observationnelle descriptive transversale	Dans le groupe DME, il y avait une offre plus fréquente de poissons gras et de viandes transformées, une offre moins fréquente d'aliments enrichis, d'encas salés à 6-8 mois, de laitages à 9-12 mois, et de nourriture préparée industriellement tout âge confondu. Pas de différence significative entre les groupes sur l'apport énergétique total, les glucides, les protéines, les AG saturés et le zinc. Dans les 2 groupes, l'apport en fer était inférieur aux recommandations journalières de l'OMS.	C / 4
Bénéfices sur la dynamique familiale	Etude 2 : Effect of a Baby-Led Approach to Complementary Feeding on Infant Growth and Overweight A Randomized Clinical Trial (14)	Taylor RW et al.	2017	Étude mixte : essai clinique contrôlé randomisé en groupes parallèles et étude épidémiologique qualitative observationnelle descriptive transversale	L'attitude à l'égard de la nourriture était plus positive dans le groupe BLISS (A 12 mois RR ajusté 0.25; IC 95% 0.07-0.43 et à 24 mois RR ajusté 0.24; IC 95% 0.05-0.43). Les enfants étaient moins difficiles lors des repas. (RR -0.33; IC 95% 0.51-0.14).	A / 1
	Etude 9 : "Becoming an independent feeder": infant's transition in solid food introduction through baby-led weaning (21)	Ayu Fitria Utami et al.	2019	Etude épidémiologique qualitative observationnelle descriptive transversale	Les nourrissons étaient difficiles au début puis développaient des préférences, reconnaissaient et acceptaient mieux les aliments. Ils étaient curieux des textures et saveurs, via la réalisation en phase orale. Les mères les décrivaient comme plus impliqués, avec une plus grande participation à la préparation des repas et une meilleure intégration dans un comportement social/familial (heure des repas, discipline de manger assis).	C / 4
	Etude 10 : A descriptive study investigating the use and nature of baby-led weaning in a UK sample of mothers (22)	Brown A, Lee M	2011	Etude épidémiologique qualitative observationnelle descriptive transversale	Plus de participation aux repas familiaux. L'alimentation des familles était modifiée par des choix d'aliments sains, frais, faits maison à moindre coût. Moins de préoccupations maternelles concernant le processus de sevrage. Les parents étaient moins actifs pendant les repas. Limitation	C / 4

Bénéfices sur la dynamique familiale					du stress et de l'anxiété autour du processus de sevrage	
	Etude 11 : An exploration of mothers following a BLW style developmental readiness for complementary foods (23)	Brown A, Lee M	2013	Etude épidémiologique qualitative observationnelle descriptive transversale	L'adaptation de l'alimentation de toute la famille à celle du nourrisson était considérée comme un gain de temps . L'alimentation des familles était modifiée par des choix d'aliments sains, frais, faits maison . L'enfant serait moins difficile sur l'alimentation à long terme. Selon les mamans, il fallait une ligne conductrice pour garder une alimentation saine.	C / 4
	Etude 18 : Baby-Led-Weaning (DME) from maternal perspective: Polish experience (30)	Poniedzialek B et al.	2018	Etude épidémiologique qualitative observationnelle descriptive transversale	Les avantages décrits étaient la promotion de l' auto-responsabilité du bébé, les aptitudes motrices (mordre/mastiquer/parler), l'apprentissage sensoriel des aliments, la motivation des adultes aux repas en famille et le choix d'aliments plus sains .	C / 4
	Etude 19 : BLW a study of infant feeding practices using a US sample (31)	Currie EK	2018	Etude épidémiologique qualitative observationnelle descriptive transversale	Les nourrissons de la DME partageaient plus d'aliments et de repas avec le reste de la famille permettant d'avoir une alimentation plus variée. La DT était considérée comme plus énergivore pour les parents puisque des repas particuliers devaient être préparés pour le nourrisson. La DME était un gain de temps .	C / 4
	Etude 20 : BLW and the family diet. A pilot study (32)	Rowan H, Harris C	2012	Etude épidémiologique qualitative observationnelle descriptive transversale	Aucune conclusion possible quant au changement alimentaire des parents. En moyenne, 57% des repas étaient identiques pour toute la famille, 85% des repas étaient partagés. Il était plus pratique de proposer le même repas à toute la famille (gain de temps).	C / 4
	Etude 22 : Differences in parental feeding styles and practices and toddler eating behaviour across complementary feeding methods: Managing expectations through consideration of effect size (34)	Komninou S et al.	2019	Etude épidémiologique qualitative observationnelle descriptive transversale	Les repas étaient les mêmes pour toute la famille et étaient plus souvent partagés. Gain de temps décrit sur la préparation des repas. Les parents rapportaient plus de plaisir et moins d'agitation de leur nourrisson lors des repas.	C / 4
	Etude 23 : Early influences on child satiety-responsiveness: the role of weaning style (35)	Brown A, Lee M	2015	Etude épidémiologique qualitative observationnelle descriptive transversale	Lien mis en évidence entre le contrôle maternel et le comportement alimentaire dans les 2 groupes : une pression exercée sur l'enfant pour qu'il s'alimente était liée à une plus grande réactivité à la nourriture ; plus de restrictions alimentaires étaient	C / 4

Bénéfices sur la dynamique familiale					liées à une moins bonne perception de la satiété.	
	Etude 24 : Experiences of baby-led weaning: trust, control and renegotiation (36)	Arden MA, Abbott RL	2015	Etude épidémiologique qualitative observationnelle descriptive transversale	Les mères exprimaient une grande confiance dans la capacité de l'enfant à choisir le moment, le type, la quantité d'aliments ainsi que dans le développement de ses compétences d'auto-alimentation. Elles avaient aussi confiance et espoir en la durabilité de ces bienfaits à long terme. La DME était décrite comme compatible avec le style parental d'attachement (souvent pratiqué avec le cododo, le portage). Parfois un écartement des règles de la DME était décrit, pour limiter le désordre ou bien ne rien imposer à la crèche ou aux proches.	C / 4
	Etude 25 : Food fussiness and early feeding characteristics of infants following Baby-Led Weaning and traditional spoon-feeding in New Zealand: An internet survey (37)	Fu X et al.	2018	Etude épidémiologique qualitative observationnelle descriptive transversale	Les bébés en DME étaient moins capricieux quelle que soit la classe d'âge.	C / 4
	Etude 27 : Healthcare professionals' and mothers' knowledge of, attitudes to and experiences with, Baby-Led Weaning: a content analysis study (39)	Cameron SL et al.	2012	Etude épidémiologique qualitative observationnelle descriptive transversale	Les avantages de la DME pour les mères étaient : moins de préparation de repas, un gain de temps, un coût moindre, des repas moins stressants , plus de liberté vis à vis des protocoles d'introduction alimentaire, une induction de comportements alimentaires plus sains (sensibilité à la satiété, repas en famille, aliments variés). Concernant les inquiétudes, les ¾ n'en avaient pas.	C / 4
	Etude 31 : Maternal control of child feeding during the weaning period: differences between mothers following a baby-led or standard weaning approach (43)	Brown A, Lee M	2010	1ère phase d'une étude épidémiologique qualitative observationnelle descriptive longitudinale	Les mères DME avaient un niveau plus bas de restriction, moins de pression pour manger et moins de surveillance , elles étaient moins préoccupées par le poids de l'enfant.	C / 4
	Etude 32 Differences in eating behaviour, well-being and personality between mothers following baby-led vs. traditional weaning styles (44)	Brown A	2015	2ème phase d'une étude épidémiologique qualitative observationnelle analytique longitudinale	Chez les mères pratiquant la DME, il était noté une anxiété maternelle et des TOC plus faibles, une personnalité plutôt consciencieuse, moins anxieuse et des comportements alimentaires avec un plus faible niveau de retenue.	C / 4
	Etude 33 : Mothers' experiences with complementary feeding: Conventional and baby-led approaches (45)	Swanepoel L et al	2020	Etude épidémiologique qualitative observationnelle descriptive	Les mères DME disaient qu'il était nécessaire d' avoir confiance en l'enfant sur sa capacité à déterminer quand commencer l'AC, à choisir des aliments et	C / 4

Bénéfices sur la dynamique familiale				transversale	textures appropriés, à le faire en sécurité.	
	Etude 35 : Parent-led or baby-led? Associations between complementary feeding practices and health-related behaviours in a survey of New Zealand families (9)	Cameron SL et al.	2013	Etude épidémiologique qualitative observationnelle descriptive transversale	Le groupe DME était plus susceptible de consommer les mêmes aliments que le reste de la famille.	C / 4

3.4 Résultats détaillés par article

Etude 1 : Baby-led complementary feeding: Randomized controlled study (13)

Essai clinique contrôlé randomisé turc de 2018 sur un échantillon de 280 nourrissons en simple aveugle (pour les chercheurs réalisant les mesures) comparant la BLISS et la DT sur les données anthropomorphiques et hématologiques.

L'allaitement exclusif était plus long dans le groupe BLISS (*BLISS 24,4 semaines ; DT 23,6 - $p < 0.001$*). Il n'y avait pas de différence significative sur le poids à la naissance et à 6 mois entre les groupes (*$p = 0.13$ et $p = 0.41$ respectivement*). A 12 mois, les bébés du groupe DT étaient plus lourds (*$p < 0.001$*) et le gain de poids était plus important entre 6 et 12 mois dans le groupe DT (*$p < 0.001$*). Selon les normes de l'OMS sur le rapport poids/longueur : 98% avaient un poids normal et 2 % étaient en sous-poids dans le groupe BLISS contre 83 % de poids normal et 17 % en surpoids dans le groupe DT.

Il n'y avait pas de différence significative entre les groupes dans les apports en fer à 12 mois (*$p = 0.76$*). Aussi, il n'existait pas de différence entre les deux groupes à 6 et 12 mois sur les paramètres hématologiques (ferritine, coefficient de saturation de la transferrine, hémocrite, hémoglobine, VGM, CCMH) (*$p \geq 0.10$*). Les étouffements ont été de 2 en BLISS et 3 en DT, sans étude statistique menée pour ce paramètre.

Etude 2 : Effect of a Baby-Led Approach to Complementary Feeding on Infant Growth and Overweight A Randomized Clinical Trial (14)

Essai clinique randomisé Néo-zélandais de 2017 comparant la BLISS à la DT sur 206 familles.

Il n'y a pas de différence significative d'IMC du nourrisson entre le groupe BLISS et le groupe de la DT (à 12 mois *RR ajusté 0.2; IC 95% 0.07-0.48* à 24 mois *RR 0.16; IC 95%*

0.13-0.45). Des critères secondaires ont été étudiés. Les nourrissons BLISS étaient significativement moins sensibles à la satiété (*RR ajusté -0.24 ; IC 95% -0.41 - -0.07*). L'attitude à l'égard de la nourriture a été plus positive dans le groupe BLISS (A 12 mois *RR ajusté 0.25; IC 95% 0.07-0.43* et à 24 mois *RR ajusté 0.24; IC 95% 0.05-0.43*). Les enfants étaient moins difficiles lors des repas. (*RR -0.33; IC 95% 0.51-0.14*). L'allaitement a été plus long dans le groupe BLISS avec une médiane de 21,7 semaines (*IC 95%, 13-23,8 semaines*) contre 17,3 semaines (*IC 95 %, 6,0-21,7 semaines*) dans le groupe témoin $p = 0.002$.

Etude 3 : A baby led approach to eating solids and risk of choking (15)

Essai clinique Néo Zélandais randomisé de 2016 sur un échantillon de 206 nourrissons étudiant le risque d'étouffement selon le type de diversification alimentaire en BLISS versus DT.

Il n'y a pas de conclusion possible sur le nombre d'étouffements ou de gagging entre le groupe BLISS et la DT quel que soit l'âge ($p > 0.20$). 52 % des nourrissons à 7 mois et 94% des nourrissons à 12 mois se sont vus proposer des aliments présentant un risque d'étouffement indépendamment du groupe de diversification sans que ces résultats soient significatifs. (7 mois : *RR 1.12 ; IC 95 %, 0.79-1.59 ; 12 mois : RR 0.94 ; IC à 95 %, 0.83-1.07*).

Etude 4 : Development and pilot testing of Baby-Led Introduction to SolidS - a version of Baby-Led Weaning modified to address concerns about iron deficiency, growth faltering and choking (16)

Article néo-zélandais de 2015. Étude pilote de la pratique et l'adhésion de la BLISS sous la forme d'un essai clinique contrôlé non randomisé sur un échantillon de 23 nourrissons comparant la BLISS et la DME.

Aucune différence significative n'a été mise en évidence entre les groupes sur l'adhésion à la méthode de diversification (pourcentage d'auto alimentation, repas familiaux partagés, nourriture familiale) quel que soit l'âge ($p \geq 0.101$). La quantité de viande rouge offerte était plus importante dans le groupe BLISS (*20,1 g/jour contre 3,2 g/jour - $p=0.014$*) et une plus grande variété d'aliments riches en fer était proposée en

BLISS, tout âge confondu ($p=0.016$ à 6 mois, $p=0.002$ à 7 mois, $p=0.013$ à 8 mois). Un plus grand nombre de parents ont présenté des aliments riches en fer au début de la diversification en BLISS (78,6% contre 22,3% - $p=0.007$) et les enfants BLISS ont eu plus de portions d'aliments riches en fer par jour (2,4 contre 0,8 portions par jour - $p=0.001$). Une plus grande variété d'aliments à haute valeur énergétique a été offerte en BLISS ($p\leq 0,049$) tout âge confondu ($p=0.016$ à 6 mois, $p=0.002$ à 7 mois, $p=0.001$ à 8 mois). Il n'y avait pas de différence sur le nombre moyen de repas par jour. Il n'y avait pas de différence significative sur la survenue des étouffements ou des gagging entre les groupes ($p>0.05$) quel que soit l'âge. En revanche, moins d'aliments à risque d'étouffement ont été proposés en BLISS à 6 et 8 mois ($p=0.026$ et $p=0.029$ respectivement).

Etude 5 : Mediation Analysis as a Means of Identifying Dietary Components That Differentially Affect the Fecal Microbiota of Infants Weaned by Modified Baby-Led and Traditional Approaches (17)

Article néo-zélandais de 2018. Essai clinique contrôlé non randomisé sur un échantillon de 74 nourrissons comparant l'impact de la BLISS et de la DT sur la répartition du microbiote intestinal.

Il n'y avait pas de différence significative sur l'allaitement (taux ou quantité d'allaitement artificiel ou au sein) ni sur l'utilisation récente d'antibiotiques ($p=0.707$). Il y avait une augmentation significative entre 7 et 12 mois des espèces du microbiote intestinal dans les deux groupes ($p<0.001$). Il n'y avait pas de différence de diversité de microbiote entre les 2 groupes à 7 mois ($p>0.1$) mais à 12 mois, la diversité était significativement plus faible dans le groupe BLISS ($p=0.028$). A 7 et 12 mois, il n'y avait pas de différence significative sur les apports énergétiques entre les groupes ($p=0.789$ et $p=0.881$). Il existait une plus grande diversité microbienne chez les premiers nés de la fratrie ($p\leq 0.002$). En analyse de médiation, la consommation de fruits et légumes et fibres alimentaires à 7 mois, qui était plus élevée chez les nourrissons du groupe DT, était liée à une plus grande diversité à 12 mois ($p\leq 0.048$).

Etude 6 : Modified Version of Baby-Led Weaning Does Not Result in Lower Zinc Intake or Status in Infants: A Randomized Controlled Trial (18)

Étude néo-zélandaise de 2018 présentant les résultats d'un objectif secondaire de l'essai clinique contrôlé non randomisé BLISS sur un échantillon de 206 nourrissons comparant la BLISS et la DT sur les sources, apports et taux de zinc plasmatique.

Il existait une meilleure adhésion à l'alimentation complémentaire (c'est-à-dire à l'auto-alimentation) dans le groupe BLISS à 7 mois et à 12 mois ($p < 0.001$ et $p < 0.001$). Un plus grand nombre d'enfants BLISS a atteint les 6 mois au moment de l'AC ($p < 0.001$). Il n'y avait pas de différence sur le type de lait consommé à 7 et 12 mois ($p = 0.95$ et $p = 0.94$). Il n'y avait pas de différence sur les apports en zinc à 7 et 12 mois ($p = 0.42$ et $p = 0.86$).

Les sources d'aliments riches en zinc étaient différentes selon les groupes. A 7 mois c'étaient davantage les légumes dans le groupe DT ($p = 0,025$) et davantage le pain et les céréales ($p < 0.001$), les oeufs ($p < 0.001$) les produits laitiers ($p = 0.012$), la viande rouge ($p = 0.039$) et les légumineuses/noix/graines ($p = 0.013$) dans le groupe BLISS. A 12 mois, seule la différence sur les légumes persistait ($p = 0.041$).

Il n'y avait pas de différence significative de concentration plasmatique en zinc avant et après ajustement entre les 2 groupes ($p = 0.49$ et $p = 0.75$). Il y avait un pourcentage élevé d'enfants avec une faible concentration plasmatique de zinc tout groupe confondu.

Etude 7 : Comparison between baby led weaning and traditional spoon-feeding on iron status and growth in breastfed infants (19)

Étude indonésienne de 2019, épidémiologique qualitative observationnelle analytique cas témoins sur un échantillon de 30 nourrissons comparant le risque d'anomalies ferriprives et de retard de croissance en DME et en DT.

Il existait une différence entre les deux groupes en ce qui concerne le taux d'Hb, la transferrine sérique et la ferritine sérique : l'anémie ferriprive était plus fréquente dans le groupe DME. L'insuffisance pondérale était plus importante dans le groupe DME, ainsi que l'insuffisance pondérale sévère. Les retards de croissance étaient plus importants dans le groupe DME.

Etude 8 : Impact of a modified version of BLW on iron intake and status : a randomised controlled trial (20)

Étude épidémiologique qualitative observationnelle Néo Zélandaise de 2018 comparant l'apport et le statut en fer, sur un échantillon de 206 mères et leur nourrisson, en BLISS versus DT.

Il n'y a pas de conclusion possible d'une différence entre le statut en fer du groupe BLISS versus DT. La prévalence d'apports en fer était insuffisante à 7 mois dans les deux groupes. Le problème a été corrigé à 12 mois. L'apport en Vitamine C dans le groupe BLISS était diminué par rapport au groupe traditionnel de manière significative.

Etude 9 : “Becoming an independent feeder”: infant’s transition in solid food introduction through baby-led weaning (21)

Étude indonésienne de 2019 épidémiologique qualitative observationnelle transversale sur un échantillon de 13 mères explorant la DME en entretien individuel et portant sur des enfants pouvant avoir jusqu'à 5 ans.

Les nourrissons étaient difficiles au début de la diversification puis ils développaient des préférences, reconnaissaient et acceptaient mieux les aliments. Ils étaient curieux des textures et saveurs, via la réalisation en phase orale. Certaines mères décrivaient une anxiété de la survenue d'étouffement tandis que d'autres minimisaient ce risque et l'impact d'une fausse route potentielle ; d'autres l'acceptaient comme processus normal de l'apprentissage. Les nourrissons développaient une bonne autonomie via la motricité fine, ils étaient plus à même de mâcher, d'utiliser des couverts et de boire. Les mères les décrivaient comme plus impliqués avec une plus grande participation à la préparation des repas et une meilleure intégration dans un comportement social/familial (heure des repas, discipline de manger assis).

Etude 10 : A descriptive study investigating the use and nature of baby-led weaning in a UK sample of mothers (22)

Étude britannique de 2011 épidémiologique qualitative observationnelle descriptive sur un échantillon de 655 mères comparant la DME et la DT.

Elle mettait en évidence un rapport de corrélation inversé entre d'un côté le degré de connaissance de la DME et de l'autre la proportion d'alimentation à la cuillère et l'utilisation de purée. L'utilisation de la cuillère était positivement corrélée au fait de donner des aliments en purée. Démographiquement, les mères pratiquant la DME avaient un niveau d'études plus élevé, étaient davantage mariées et moins susceptibles d'avoir repris le travail avant que l'enfant n'ait atteint 12 mois.

Les mères pratiquant la DME introduisaient plus tardivement des aliments complémentaires et donnaient plus de légumes et de fruits, de produits frais et faits maison. En DME, l'allaitement exclusif était plus long, il y avait plus de participation aux repas assis en famille. Il y avait moins de préoccupations maternelles concernant le processus de sevrage, d'anxiété maternelle en général et moins de recherche et/ou soutien auprès des PS.

Etude 11 : An exploration of mothers following a BLW style developmental readiness for complementary foods (23)

Entretiens semi-structurés de 2013 en Angleterre réalisés avec 36 mères pour déterminer les facteurs influençant la décision d'initiation à la diversification, les avantages et les inconvénients de la pratique de la DME.

Les mères disaient plutôt attendre les signes montrant que le nourrisson était prêt à prendre avec ses doigts pour commencer la diversification que de commencer à 6 mois comme préconisé en DME. Il n'y avait pas d'alimentation active, le nourrisson choisissait sur un plateau et déterminait la durée du repas. L'adaptation de l'alimentation de toute la famille à celle du nourrisson était considérée comme un gain de temps. L'enfant serait moins difficile sur l'alimentation à long terme. La DME était difficile à pratiquer en société, sa mise en œuvre générant du désordre et du gaspillage. Les parents se disaient anxieux des fausses routes au commencement. Selon les mamans, il faudrait une ligne conductrice pour garder une alimentation saine.

Etude 12 : An investigation into the prevalence, attitude and behaviour towards baby-led weaning practices in Ireland (24)

Etude épidémiologique qualitative et observationnelle irlandaise de 2020 sur 933 parents et 96 PS afin de déterminer les pratiques de la DME et les connaissances des PS à ce sujet.

Elle n'a pas mis en évidence de différence significative sur le niveau d'anxiété parental. Les mères du groupe DME allaitaient plus longtemps et avaient un niveau d'études supérieures. 13% des PS interrogés ont eu une formation sur la DME et 62% ont déclaré qu'ils l'encourageaient. En l'absence de définition exacte de la DME, 56% des PS ont déclaré qu'il s'agissait de "présenter au bébé différents aliments, y compris des purées et des aliments à manger avec les doigts, et de laisser choisir ceux qu'il peut explorer et manger". Un certain nombre de parents ne se déclarait pas comme pratiquant la DME alors que leur bébé était nourri à la cuillère moins de 50% du temps. L'âge moyen d'introduction des aliments n'était pas différent selon les groupes et correspondait aux recommandations irlandaises.

Etude 13 : An invisible map maternal perceptions of hunger satiation and enough in the context of baby led and traditional complementary feeding practices (25)

Étude anglaise de 2019 épidémiologique qualitative observationnelle. Entretiens semi-structurés chez 11 mères pour examiner les signaux de satiété.

Les vidéos réalisées à différentes étapes de la diversification ont été visionnées à distance par les parents. Les signaux de satiété ont été plus détectés en DT. Les nourrissons de la DME s'autorégulaient et n'atteignaient pas cet état de satiété. Ces signaux étaient difficiles à déceler et pouvaient être confondus avec l'ennui. Les apports alimentaires ont été délicats à estimer. Il existait une pression extérieure de l'entourage et de la société.

Etude 14 : Baby knows best? The impact of weaning style on food preferences and body mass index in early childhood in a case-controlled sample (26)

Étude britannique de 2011 épidémiologique qualitative observationnelle descriptive sur un échantillon de 155 parents comparant les préférences alimentaires et l'IMC selon la pratique d'une AC en DME et en DT .

Les nourrissons en DME semblaient mieux aimer les glucides complexes que les bébés DT, indépendamment de l'exposition à ce type d'aliment dans l'un ou l'autre groupe. Un IMC bas était davantage présent en DME. Il y avait plus de surpoids et d'obésité dans le groupe DT mais aussi plus de sous-nutrition dans le groupe DME.

Etude 15 : Baby-led weaning in Italy and potential implications for infant development (27)

Étude italienne de 2021, épidémiologique qualitative observationnelle descriptive sur un échantillon de 1245 mères comparant la DME et la DT.

Une plus grande proportion de mères DME avait un emploi comparativement aux mères DT, elles étaient retournées au travail plus tard et avaient un revenu inférieur. Un pourcentage important de repas en famille, une faible utilisation de cuillères et de purées étaient corrélés positivement. Cependant, un faible pourcentage de l'échantillon pratiquait la DME selon ces trois critères (7%). Dans les 3 catégories de DME, les mères allaitaient plus longtemps, utilisaient moins la cuillère et les purées quand elles allaitaient, nourrissaient davantage en AC par l'alimentation familiale. Aussi, l'introduction des aliments complémentaires était plus tardive, l'utilisation des doigts pour manger et les aliments familiaux étaient plus précoces.

Bien que faiblement, cette étude montrait de façon significative qu'une forte alimentation familiale était associée au fait de s'asseoir sans soutien à un âge plus précoce et qu'une faible alimentation à la cuillère était associée au fait de ramper à un âge plus précoce.

Etude 16 : Baby-led weaning versus traditional weaning: the assessment of nutritional status in early childhood and maternal feeding practices in Turkey (28)

Étude épidémiologique qualitative observationnelle descriptive turque de 2020 sur un échantillon de 485 mères comparant l'état nutritionnel dans la petite enfance en comparant la DME, la DT et la DME+DT.

Il existait un lien entre niveau d'éducation et choix de la méthode (haut niveau davantage lié à la DME). L'apparition d'une déficience en fer était plus faible en DT et en alimentation mixte (DT+DME). Les mères pratiquant une DT et la DT+DME commençaient la diversification plus tôt, donnaient moins de légumes comme premier aliment que les autres familles, connaissaient moins les gestes premiers secours et utilisaient une méthode pour détourner l'attention de leur enfant pendant l'alimentation. Les inquiétudes des mères pratiquant la DME étaient plus centrées sur les étouffements, tandis que les inquiétudes de celles pratiquant la DT et la DT+DME étaient plus centrées sur la mauvaise prise de poids.

Il n'y avait pas de différence significative sur les étouffements. Indépendamment du poids des parents, les nourrissons du groupe DT étaient plus en surpoids. Les mères pratiquant la DT ont décrit plus d'inquiétudes sur le poids de leur enfant, et de pressions pour manger que celles en DME ou DME+DT.

Etude 17 : Baby-led Weaning: A Preliminary Investigation (29)

Étude canadienne de 2016, épidémiologique qualitative observationnelle descriptive sur un échantillon de 98 mères et 33 PS, explorant la DME.

La DME était choisie par les mères car elles décrivaient cette pratique comme plus naturelle, ayant plus de sens. Cependant, dans leur pratique elles offraient souvent des purées à leur nourrisson. Leurs sources d'information et de soutien étaient davantage internet et les proches que les PS. L'inquiétude principale des mères était l'étouffement, elles ne faisaient pas la différence avec les gagging mais suggéraient que ça leur soit appris en formation. Mères et PS pensaient tous les deux que la DME favorisait la motricité fine et orale. Les mères étaient plus nombreuses que les PS à penser que la DME encourageait à une alimentation plus saine, évitait les mangeurs difficiles/capricieux.

Les PS étaient plus nombreux que les mères à s'inquiéter des risques d'étouffement, du manque d'énergie et de l'apport en fer.

Toutes les mères pratiquant la DME la recommandaient tandis que moins de la moitié (48,5%) des PS la soutiendrait dans leur pratique.

Etude 18 : Baby-Led-Weaning (DME) from maternal perspective: Polish experience (30)

Étude épidémiologique qualitative observationnelle descriptive polonaise de 2018 sur un échantillon de 373 mères, explorant la DME.

Les mères avaient majoritairement un emploi tertiaire, un bon statut économique, habitaient en aire urbaine. Leurs sources d'information étaient surtout non scientifiques, relevées sur internet. Aucune n'avait demandé d'information à des PS.

Leur inquiétude principale était le risque d'étouffement. Un EI d'étouffement non grave est survenu chez plus de 55% de l'échantillon au moins une fois, dans une DME pratiquée avant 6 mois. Les inconvénients décrits étaient le désordre à la maison et la saleté. 71% des mères étaient confrontées à l'attitude négative et les critiques des proches sur la saleté, le gaspillage alimentaire, l'étouffement et la sous-alimentation.

Les avantages décrits étaient la promotion de l'auto-responsabilité du bébé, les aptitudes motrices (mordre/mastiquer/parler), l'apprentissage sensoriel des aliments, la motivation des adultes aux repas en famille et le choix d'aliments plus sains.

Etude 19 : BLW a study of infant feeding practices using a US sample (31)

Étude qualitative observationnelle de 2018 réalisée aux Etats unis chez 175 mères étudiant les pratiques de la DME.

Les mères du groupe DME étaient plus jeunes et travaillaient moins. Les nourrissons de la DME partageaient plus d'aliments et de repas avec le reste de la famille permettant ainsi d'avoir une alimentation plus variée. Les nourrissons DME ont tenu leur tête un demi mois avant le groupe de DT. La DT était considérée comme plus énergivore pour les parents puisque des repas particuliers devaient être préparés pour le nourrisson. Le stade de développement moteur pourrait influencer les parents sur le choix de la méthode de sevrage.

Etude 20 : BLW and the family diet. A pilot study (32)

Journaux alimentaires réalisés chez 11 familles du Royaume Uni et des Etats Unis en 2012 pour étudier les modifications alimentaires du foyer pendant la réalisation de la DME.

Aucune conclusion n'a été possible quant au changement alimentaire des parents. En moyenne, 57% des repas étaient identiques pour toute la famille. 85% des repas étaient partagés. Les apports en sucre, sodium et matières grasses étaient inadéquats par rapport aux recommandations anglaises. Le nombre de calories total était en revanche respecté. Il était plus pratique de proposer le même repas à toute la famille, c'est pour cela qu'il faudrait encourager les parents à adopter une alimentation plus saine.

Etude 21 : Differences in dietary composition between infants introduced to complementary foods using BLW and traditional spoon feeding (33)

Étude anglaise qualitative observationnelle descriptive de 2019 sur 180 participants classés selon la fréquence d'utilisation de la cuillère pour comparer l'exposition aux différents groupes d'aliments.

A 6-7 mois, le groupe DME libre et strict était plus exposé aux protéines, aux légumes et aux repas dits "composés" par rapport au groupe de DT. A 11-12 mois, le groupe DME libre était plus exposé aux produits laitiers et aux encas salés par rapport au groupe DME strict. Au même âge, les repas composés étaient plus fréquents dans le groupe DT que DME strict.

Etude 22 : Differences in parental feeding styles and practices and toddler eating behaviour across complementary feeding methods: Managing expectations through consideration of effect size (34)

Analyse sur 565 questionnaires en ligne des facteurs démographiques des pratiquants de la DME en Angleterre en 2019.

Le groupe DME strict était exposé à un allaitement plus long, à moins de contrôle alimentaire parental et à moins d'encouragement à l'alimentation. Les repas étaient les mêmes pour l'ensemble de la famille et étaient plus souvent partagés. Les parents

rapportaient plus de plaisir et moins d'agitation de leur nourrisson lors des repas. Les parents suivaient moins les conseils des PS.

Etude 23 : Early influences on child satiety-responsiveness: the role of weaning style (35)

Étude britannique de 2015 épidémiologique qualitative observationnelle descriptive transversale sur un échantillon de 298 mères, comparant la DME et la DT en termes de comportements alimentaires et de rapport au poids de l'enfant.

En DME, les mères avaient moins de préoccupation pour le poids de l'enfant, de pression pour manger, de restriction et de surveillance. Les bébés diversifiés en DME étaient moins sensibles à la nourriture mais plus sensibles à la satiété, indépendamment de l'éducation maternelle, du contrôle, du poids de l'enfant et du moment d'introduction des AC. Ils étaient moins lourds. Les bébés allaités pendant une plus longue période étaient plus sensibles à la satiété et moins difficiles. Ceux sevrés plus tôt étaient plus capricieux à 18-24 mois.

Un lien a été mis en évidence entre le contrôle maternel et le comportement alimentaire dans les 2 groupes : une pression exercée sur l'enfant pour qu'il s'alimente était liée à une plus grande réactivité à la nourriture ; le fait d'instaurer plus de restrictions était lié à une moins bonne perception de la satiété.

Etude 24 : Experiences of baby-led weaning: trust, control and renegotiation (36)

Semi-entretiens dirigés, étude descriptive britannique de 2015, sur un échantillon de 15 mères, explorant la DME.

Les mères exprimaient une grande confiance dans la capacité de l'enfant de choisir le moment, le type, la quantité d'aliments et le développement de ses compétences d'auto-alimentation. Elles avaient aussi confiance et espoir en la durabilité de ces bienfaits pour plus tard. Cependant, un maintien de niveaux de surveillance élevés et un contrôle de nombreux aspects du processus ont été mis en valeur pour suivre de meilleures pratiques (comme le fait de veiller à un début à 6 mois, limiter la disponibilité de certains aliments). Elles exprimaient des préoccupations et des inquiétudes mais étaient en opposition avec l'approche de la DT qu'elles disaient forcée.

Elles percevaient l'AM comme important pour la nutrition. Le rôle de l'AC dans l'arrêt de l'AM était une préoccupation pour beaucoup vis-à-vis de la relation mère/bébé et était déterminant dans le choix d'une DME. La DME était compatible avec le style parental d'attachement (souvent pratiqué avec le cododo, le portage).

Il y avait parfois un écartement des règles de la DME pour limiter le désordre ou pour ne rien imposer à la crèche ou aux proches. Finalement, le plus souvent, la diversification était un mélange de DT et DME.

Etude 25 : Food fussiness and early feeding characteristics of infants following Baby-Led Weaning and traditional spoon-feeding in New Zealand: An internet survey (37)

Étude épidémiologique qualitative observationnelle descriptive transversale néo-zélandaise de 2018 sur un échantillon de 867 nourrissons, comparant la DME et la DT sur les comportements alimentaires, le poids, les survenues d'EI.

Les bébés DME étaient nés à un âge gestationnel plus avancé. Les bébés en DME avaient un AM exclusif plus long, étaient moins susceptibles de manger "plus de fruits que de légumes", avaient moins de chance de consommer des céréales fortifiées en fer et plus de chance de consommer de la viande rouge.

Beaucoup de parents pratiquant la DT avaient essayé la DME avant 12 mois.

Les bébés en DME étaient moins capricieux quelle que soit la classe d'âge. Il n'y avait pas de différence significative entre les groupes sur le poids. La survenue des étouffements était trop rare ce qui a empêché d'effectuer une analyse statistique.

Etude 26 : Foreign Body aspiration in infants role of self feeding (38)

Étude analytique d'une cohorte rétrospective réalisée en Turquie en 2019.

826 dossiers ont été étudiés pour définir le rôle de la DME dans l'inhalation de corps étrangers ayant nécessité une fibroscopie. Les pourcentages publiés n'ont pas été soumis à une analyse statistique, les données n'ont pas été exploitables.

Etude 27 : Healthcare professionals' and mothers' knowledge of, attitudes to and experiences with, Baby-Led Weaning: a content analysis study (39)

Étude néo-zélandaise de 2012, épidémiologique qualitative observationnelle descriptive transversale sur un échantillon de 51 mères, explorant les connaissances, attitudes et expériences en DME chez les mères et les PS.

Du point de vue des PS : les avantages de la DME étaient les repas en famille, une alimentation plus variée, une meilleure autorégulation et perception de la satiété, un meilleur développement de l'oralité, la mastication et la motricité fine. Les PS voyaient la DME comme une alternative possible pour des problématiques alimentaires en DT. Leurs inquiétudes étaient les étouffements, une majoration de l'esprit de compétition sur les progrès du bébé (avec le risque de proposition d'aliments non adaptés pour l'âge), un ralentissement de la croissance, des apports énergétiques et des apports en fer insuffisants et de mauvais choix alimentaires. Ils craignaient que la DME majore l'anxiété parentale.

Du point de vue des mères : la connaissance de la DME se faisait davantage par les paires et en ligne. Les avantages décrits étaient : moins de préparation de repas, un coût moindre, des repas moins stressants, plus de liberté vis à vis des protocoles d'introduction en DT et une induction de comportements alimentaires plus sains (sensibilité à la satiété, repas en famille, aliments variés). Les $\frac{3}{4}$ des mères n'avaient pas d'inquiétudes particulières. Pour les autres, c'était surtout le risque d'étouffement de certains aliments, l'inadéquation des apports en fer, plus de désordre, des repas plus longs ou des repas familiaux non adaptés. Elles conseillaient une formation premiers secours et un apprentissage de la gestion des gagging qu'elles décrivaient comme normaux et devenant moins fréquents après 1 mois de DME.

Etude 28 : How different are baby-led weaning and conventional complementary feeding? A cross-sectional study of infants aged 6-8 months (40)

Étude néo Zélandaise épidémiologique qualitative observationnelle descriptive transversale de 2016 chez 51 familles. Évaluation des différents apports alimentaires selon la méthode de diversification.

L'auto alimentation représentait plus de la moitié des repas de la DME. En moyenne, lors de la DT, l'alimentation avec les doigts était réalisée au moins une fois par jour, sans précision sur l'âge du nourrisson. Les aliments en purée représentaient 28% des aliments de la DME. L'allaitement était plus long dans le groupe DME. L'introduction des céréales a été plus tardive lors de la DME. Sur le plan quantitatif et nutritionnel, la DME serait plus riche en graisse mais moins riche en zinc, fer, calcium, fibres et en vitamines B12, C par rapport à la DT. Les repas étaient plus souvent partagés lors de la DME.

Etude 29 : Impact of a Modified Version of Baby-Led Weaning on Infant Food and Nutrient Intakes: The BLISS Randomized Controlled Trial (41)

Étude néo-zélandaise de 2018 qualitative observationnelle descriptive transversale. Évaluation des différences nutritionnelles selon le type de diversification (BLISS versus DT) sur 206 mères.

A 7 mois, les nourrissons du groupe BLISS s'auto-alimentaient en moyenne 40% du temps de repas, partageaient plus de repas avec leur famille et le menu était similaire. Ils consommaient plus de graisses et de sodium. Les sources d'énergie différaient. Les "grains et céréales", la "viande et substituts de viande", le "lait et produits laitiers" apportaient la majorité de leurs apports énergétiques. À 12 mois, ils consommaient moins de graisses saturées. Quel que soit le groupe étudié, les apports en sodium et en sucre étaient élevés pour l'âge.

Etude 30 : Impact of a modified version of BLW on dietary variety and food preferences in Infants (42)

Étude qualitative observationnelle transversale de 2018. Données de 206 questionnaires recueillies lors de l'essai clinique "Effect of a Baby-Led Approach to Complementary Feeding on Infant Growth and Overweight A Randomized Clinical Trial" (étude 2). Comparaison de la BLISS à la DT.

Chez les nourrissons BLISS, il a été observé à l'âge de 7 mois une plus grande diversité alimentaire, à 12 mois après ajustement sur l'âge de début de la diversification

une plus grande variété d'aliments non carnés, à l'âge de 24 mois une consommation d'une plus grande variété de fruits et de légumes.

Etude 31 : Maternal control of child feeding during the weaning period: differences between mothers following a baby-led or standard weaning approach (43)

Étude britannique de 2010, première phase de l'étude 32 épidémiologique qualitative observationnelle analytique longitudinale sur un échantillon de 604 mères, comparant la DME et la DT sur les styles d'alimentation de l'enfant par sa mère, le poids de l'enfant et la perception de son évolution.

Les mères du groupe DME avaient un niveau d'éducation plus élevé, exerçaient plutôt une profession libérale ou de direction. Les mères pratiquant la DME avaient un niveau plus bas de restriction, de pression pour manger et de surveillance et elles étaient moins préoccupées par le poids de l'enfant. Dans les 2 groupes, un poids plus élevé à 6 mois était associé à plus de restrictions et à une pression plus faible pour manger. Les mères pratiquant la DME ont perçu leur enfant comme étant plus gros au cours des 6 premiers mois du post-partum.

Etude 32 : Differences in eating behaviour, well-being and personality between mothers following baby-led vs. traditional weaning styles (44)

Étude britannique de 2015, deuxième phase de l'étude 31 épidémiologique qualitative observationnelle analytique longitudinale sur un échantillon de 604 mères, comparant la DME et la DT sur des questionnaires de personnalité, de symptômes d'anxiété/compulsions/TOC, de comportements alimentaires.

Les caractéristiques démographiques des mères étaient les mêmes que celles de l'étude 31. Le début de l'AC était plus tardif si l'anxiété maternelle et les TOC étaient faibles, quand les mères avaient une personnalité plus consciencieuse, moins anxieuse et si elles avaient des comportements alimentaires avec un faible niveau de retenue (plus émotionnelle). C'est aussi ce que l'on pouvait remarquer chez les mères DME.

Il existait une corrélation inverse entre le poids de la mère et du nourrisson avec le moment d'initiation de l'AC : les mères dont L'IMC avant grossesse et actuel était élevé et/ou qui avaient un bébé plus lourd à la naissance avaient introduit les AC plus tôt.

Etude 33 : Mothers' experiences with complementary feeding: Conventional and baby-led approaches (45)

Étude australienne de 2020 épidémiologique qualitative observationnelle descriptive transversale sur un échantillon de 13 mères, comparant la DME et la DT dans leur approche et expérience vécue de la période de DA.

La DME était plus souple dans la pratique qu'en théorie. Les mères pratiquant la DME disaient qu'il était nécessaire d'avoir confiance en l'enfant sur sa capacité à déterminer quand commencer l'AC, à choisir des aliments et des textures appropriés et sur le fait qu'il soit capable de manger en toute sécurité. Dans les 2 groupes, la confiance en elles-mêmes était déterminante par rapport à la pression perçue des médias, des proches, des PS et de la société (les mères DME percevaient plus d'influences externes limitantes et jugeantes sur leur pratique et faisaient davantage leurs propres recherches). La logistique - par exemple le désir de facilité, le manque de temps, le retour au travail, le gaspillage - influençait la décision du type de DA et de l'utilisation ou non de petits pots industriels. Il existait des idéaux forts en matière d'alimentation chez les mères DME. Les mères DT étaient en adéquation avec leurs valeurs par le choix du fait maison et du bio. Les pratiques changeaient quand la logistique changeait alors le passage de la DME à la DT était fréquent.

Etude 34 : No difference in self reported frequency of choking between infants introduced to solid foods using BLW or TW approach (10)

Étude anglaise de 2017 qualitative observationnelle transversale sur 1151 questionnaires explorant les facteurs de risque d'étouffement.

Il n'y avait pas de différence de risque d'étouffement de manière significative ($p=0.001$) selon la méthode de diversification et quel que soit l'aliment proposé. Les étouffements étaient plus fréquents de manière significative en DT avec les purées grumeleuses ($p=0.002$).

Etude 35 : Parent-led or baby-led? Associations between complementary feeding practices and health-related behaviours in a survey of New Zealand families (9)

Étude épidémiologique transversale observationnelle néo Zélandaise de 2013 sur 199 familles afin d'étudier les pratiques de la DME.

Le groupe "DME adhérent" (le bébé s'autoalimente la majorité du temps et les parents ont décidé de pratiquer la DME) était plus susceptible de consommer les mêmes aliments que le reste de la famille et moins susceptible de recevoir des aliments préparés dans le commerce et des céréales enrichies en fer. Il suivait les recommandations OMS sur le temps d'allaitement exclusif. Pas de conclusion possible sur le risque d'étouffement ou de "gagging" selon les groupes. Le groupe DME consommait plus de fruits et de légumes mais aussi des "foods fingers".

Toutes les familles ayant suivi la DME la recommandaient, mais 59,6% la recommandaient en association avec la DT. Les familles qui ont suivi la DT étaient réticentes à essayer la DME par le risque d'étouffement et l'insuffisance d'apport. Les parents avaient parfois eu recours à l'alimentation à la cuillère lorsqu'ils considéraient que l'enfant ne pouvait pas s'auto alimenter (lorsqu'il était malade par exemple) ou pour lui donner des céréales enrichies en fer. Les parents avaient du mal à faire la différence entre "gagging" et la fausse route.

Etude 36 : Percentage of self feeding practice in babies using BLW and traditional weaning in Indonesia (46)

Étude de 2019 descriptive observationnelle transversale sur 316 mères pour étudier les pratiques de la DME en Indonésie.

Les nourrissons étaient caractérisés comme incapables de se nourrir par eux-mêmes. Il était donc coutume de les nourrir à la cuillère. Les questionnaires en ligne ont mis en évidence qu'en DT la famille était plutôt élargie et non nucléaire. L'implication dans les repas était plus importante en DME. 43% du groupe DME déclaraient faire plus de 90% des repas en auto-alimentation et 50% du groupe de la DT déclaraient faire 100% des repas avec la cuillère.

Etude 37 : Spoonfeeding is associated with increased infant weight but only amongst formula-fed infants (47)

Étude anglaise qualitative observationnelle transversale de 2019 sur 269 questionnaires étudiant les mesures anthropométriques des nourrissons selon le type de diversification.

L'allaitement était plus fréquent et la diversification plus tardive dans le groupe DME. La taille attendue pour l'âge était plus élevée dans le groupe de la DT, mais la différence disparaissait après corrélation sur la durée d'exposition aux solides. Le poids attendu pour l'âge était plus important dans le groupe de la DT associée à du lait maternisé exclusif.

Etude 38 : Standard v. baby-led complementary feeding: a comparison of food and nutrient intakes in 6-12-month-old infants in the UK (48)

Étude épidémiologique qualitative observationnelle descriptive transversale britannique de 2019 sur un échantillon de 134 nourrissons, comparant la DME et la DT.

En DME, la diversification a débuté plus tard, plus de bébés étaient en AM exclusif après 6 mois. Les parents en DME offraient plus fréquemment du poisson gras et des viandes transformées mais moins d'aliments enrichis, d'encas salés chez les 6-8 mois, de laitages chez les 9-12 mois et de nourriture préparée industriellement tout âge confondu.

Il n'y avait pas de différence significative entre les groupes sur l'apport énergétique total, les glucides, les protéines, les AG saturés et le zinc.

En DME, il y avait moins d'apports en sucre rapide chez les 6-8 mois et en fer provenant du lait infantile. Il y avait plus d'apports en AG et sodium alimentaire.

Dans les 2 groupes, l'apport en fer était inférieur aux recommandations journalières de l'OMS.

4. Discussion

4.1 La relation soignant-enfant-parent dans la diversification

La période de la diversification alimentaire est une période charnière dans le développement de l'enfant. C'est une phase où les parents se posent beaucoup de questions et où leur recherche d'appuis est importante. Les professionnels de santé ont des inquiétudes vis-à-vis de la DME. Elles sont centrées sur les fausses routes, les carences en fer et le manque d'apports nutritionnels avec ralentissement de la croissance. Ils craignent que la DME favorise la compétitivité entre les parents autour des progrès de l'enfant, les amenant alors à proposer des aliments inadaptés à l'âge (29),(39). Les avantages de la DME sur l'enfant et sur sa famille amènent certains professionnels à suggérer cette méthode dans les cas où la DT est problématique (39), utilisant alors la DME comme un soin pour l'enfant. En Irlande, 13% des professionnels de santé interrogés ont eu une formation sur la DME et près de la moitié l'encouragerait (24),(29).

Quelle que soit la méthode de diversification choisie, les parents sont nombreux à rapporter que la confiance en eux était importante pour se sentir bien malgré la pression de la société, de leurs proches, des médias et des acteurs de santé (45). 46% des parents ayant pratiqué la DT se disent prêts à faire de la DME s'ils ont un deuxième enfant (9). Ceci suggère que l'expérience de la diversification est déterminante dans l'acquisition de la confiance en soi. Par leur bienveillance, les professionnels de santé pourraient les aider à avoir confiance dès le premier enfant. Les résultats d'entretiens semi-dirigés exposés dans la revue *Exercer* montrent que les médecins restent la principale source de conseils. Mais ceux-ci sont considérés comme trop directifs et pas assez personnalisés. Les mères souhaiteraient adapter la DA selon le développement des goûts et des préférences de leur enfant plutôt que selon les protocoles médicaux. (49)

De manière générale, les risques potentiels induits par l'introduction des aliments complémentaires sont mal connus des parents (21). Les craintes des parents pratiquant la DME se dirigent sur le risque de fausses routes, la capacité du nourrisson à manger suffisamment et à avoir les ressources motrices nécessaires pour s'auto-alimenter (9).

Leurs principales sources d'information sont trop souvent internet, les forums de pairs (29),(30),(34),(39) et les proches (29),(39) tandis qu'ils se tournent très peu vers les professionnels de santé. Ce constat questionne sur la transformation de la relation parent-soignant dans une société qui semble méfiante vis-à-vis des professionnels de santé.

La DME étant souvent critiquée pour les risques de fausses routes, cela pourrait inciter les parents à être d'autant plus vigilants (28),(29),(30) comparativement à ceux pratiquant la DT. Les mères pratiquant la DME connaissent plus souvent les gestes de premiers secours que celles pratiquant la DT (28) et beaucoup rapportent qu'elles seraient ouvertes à une formation pour apprendre à gérer les gagging, les fausses routes et à les différencier (29),(39).

4.2 Arguments clés sur la DME

4.2.1 Des craintes infondées sur le risque de fausses routes

De façon significative, le risque de fausse route est statistiquement identique entre la DME et la DT (10). Certaines études n'ont pas réussi à conclure sur une différence de risque (15),(28),(9). L'une n'a pas pu faire d'analyse statistique, la survenue de cet EI étant trop faible dans les deux groupes malgré un échantillon important (37). Les résultats de l'étude pilote sur la méthode BLISS montrent une diminution des propositions d'aliments à risque de fausse route en BLISS comparativement à la DME classique, sans différence significative sur la survenue d'étouffements (16). Les parents ou les PS chez qui des craintes de fausse route persistent pourraient privilégier ce type de DME afin de l'envisager plus sereinement.

Lors de la DME, les parents ont des difficultés à faire la différence entre le gagging et les fausses routes (29),(9). Quelle que soit la méthode de diversification, le risque d'étouffement doit être prévenu. Une hypothèse suggère que les enfants de la DME seraient plus à même de différencier les solides des purées grumeleuses et les protégeraient du risque de fausse route (10).

4.2.2 Allaitement et introduction de l'alimentation complémentaire

La diversification devrait, selon l'OMS, débuter à partir de six mois avec un allaitement maternel exclusif jusqu'à cette date (2). Cette revue de la littérature montre que l'allaitement maternel est plus fréquent et/ou plus long chez les familles pratiquant la DME (9),(13),(14),(22),(24),(27),(33),(34),(37),(40),(47),(48) et que l'introduction des aliments complémentaires est significativement plus tardive en DME (22),(27),(28),(35),(48) et en BLISS (17) qu'en DT. Les instances de santé en France et dans le monde privilégient largement l'allaitement maternel pour ses bienfaits. La méthode de DME semble promouvoir des pratiques d'allaitement en adéquation avec les recommandations de l'OMS. Un allaitement artificiel ne permet pas d'attendre les six mois du nourrisson pour débuter la diversification alimentaire, la DME ne peut donc pas être appliquée stricto sensu (4). En revanche, il est envisageable de commencer une DT à quatre mois puis d'appliquer la DME lorsque le nourrisson tient assis et commence à attraper.

Toutes méthodes confondues, l'introduction des aliments débute d'autant plus tôt que l'IMC de la maman est élevé et que le bébé est lourd à la naissance et débute d'autant plus tard quand l'anxiété maternelle est faible (44). Il est possible que les problématiques autour du poids induites chez une maman ayant un IMC élevé soient source de stress et de pressions alimentaires se répercutant sur l'alimentation de l'enfant. L'hypothèse que le stress et la pression autour de l'alimentation chez les parents ayant un IMC élevé puisse avoir une incidence sur le moment et la méthode d'introduction des aliments complémentaires est à étudier. De plus, il est possible que les parents de bébés lourds à la naissance introduisent les aliments de façon plus précoce du fait d'une peur de perte de poids ou de cassure de la courbe staturo-pondérale.

La durée d'allaitement pourrait avoir une incidence sur la sensibilité à la satiété et aux comportements capricieux (35) avec un intérêt dans les deux cas à ce qu'elle soit longue.

4.2.3 Croissance staturo pondérale

Les données sur la prise de poids sont discordantes. L'étude de grade A comparant la BLISS à la DT conclut à une meilleure prise de poids en DT de façon

significative (13). Notre seconde étude de grade A comparant également la BLISS à la DT ne retrouve pas de différence significative sur cette prise de poids (14). A l'inverse, une insuffisance pondérale modérée et sévère ainsi qu'un retard de croissance ont été significativement plus importants en DME qu'en DT dans des études de plus faible niveau de preuve (19),(26). Un poids attendu pour l'âge plus important se retrouvait de manière significative chez les enfants en DT sous lait maternisé exclusif (47). Le surpoids et l'obésité sont plus fréquents en DT (26),(28). Cela pourrait être expliqué par une plus grande exposition à des céréales enrichies.

Des périodes d'étude aussi courtes ne permettent pas de conclure à un réel effet sur la croissance staturo pondérale à long terme ni sur le risque d'obésité. La DME pourrait là aussi être utilisée comme soin, en particulier dans les pays développés où le surpoids et l'obésité sont devenus une problématique de santé publique majeure.

4.2.4 Apports en fer et en zinc

Des études de faible niveau de preuve ont mis en évidence un risque accru significatif d'anémie ferriprive en DME comparativement à la DT (19),(28) et à l'alimentation mixte DT+DME (28), indépendamment du type d'allaitement reçu. Nous n'avons pas de précision sur la quantification de cette anémie et ne savons pas si celle-ci a une différence significative clinique. L'apport en fer est moins important à 6-7 mois pour la DME (40). Ce risque semblerait limité en BLISS puisqu'aucune différence significative sur les paramètres hématologiques n'a été mise en évidence dans une étude de grade A (13). Les apports en viande rouge, en aliments riches en fer et en aliments à forte valeur énergétique sont significativement plus importants en BLISS qu'en DME classique (16). En revanche, l'apport en fer est insuffisant selon les normes de l'OMS toutes méthodes confondues (20),(48).

Concernant le zinc, il existe des discordances entre différentes études. L'une d'entre elles de grade B montre que les sources d'apport sont différentes en BLISS et en DT mais sans différence significative sur les apports effectifs ni sur les concentrations plasmatiques (18) tandis qu'une autre montre un apport moindre en DME qu'en DT à 6-7 mois, disparaissant à 24 mois (40).

4.2.5 Données nutritionnelles

Les qualités nutritionnelles des repas diffèrent selon la méthode de diversification. Il n'y a pas de différence d'apport énergétique (14),(48), les apports en sodium et sucre sont supérieurs aux recommandations pour l'âge quelle que soit la méthode de diversification (41). Le régime en DME est plus riche en graisse (32),(40),(41) en sodium (32),(41),(48) mais aussi en protéines, fruits et légumes (22),(33),(42). Les données sur l'apport en sucre sont discordantes (26),(32),(48). Ces différences s'expliquent par une plus grande consommation de produits faciles à prendre avec les doigts comme le fromage (42). Les nourrissons DME semblent avoir plus d'attrait pour les glucides complexes que ceux en DT (26). Les repas sont plus variés, lorsque la diversification est débutée après six mois (42). En BLISS, les nourrissons ont un apport énergétique essentiellement par les produits laitiers, les viandes, les graines et les céréales à six-sept mois. L'apport en calcium, fibres vitamines B12 (40) et vitamine C (20),(40) est moins important à six-sept mois pour la DME. A 24 mois, les différences s'estompent.

A douze mois, la diversité microbienne intestinale est plus faible en BLISS qu'en DT, ce qui pourrait être lié à une consommation à sept mois de fruits et légumes plus importante en DT qu'en BLISS (17). Les conséquences cliniques de cette différence restent à ce jour incertaines.

Finalement, il existe peu d'arguments dans la littérature actuelle qui justifient de limiter la DME. Une attention particulière est nécessaire, comme pour les autres méthodes de diversification, notamment sur le risque de fausse route, sur l'équilibre alimentaire et la croissance staturo pondérale. L'interrogatoire des parents, adapté à l'âge de l'enfant lors des visites de suivi, est un moment privilégié pour explorer la survenue d'événements indésirables liés à l'alimentation. Le suivi des courbes de poids, taille et IMC du carnet de santé doit rester systématique afin de ne pas méconnaître une cassure staturo pondérale.

4.3 Être à l'écoute des parents - mise en avant des avantages

4.3.1 La DME choisie

Les parents choisissent souvent la DME car cette méthode leur semble plus "naturelle", et plus sensée (29). Certains la choisissent par peur de trop contrôler l'alimentation de leur enfant ou pour éviter une forme d'alimentation dite forcée (37). Ils témoignent dans plusieurs études que la confiance en leur enfant sur de multiples aspects est nécessaire (45). Le choix de ce mode d'alimentation va souvent avec un mode de vie alternatif où tout ce qui favorise la relation parent-enfant est mis en pratique (cododo, portage...) (36),(45).

Aussi, le protocole BLISS peut être vu comme une re-médicalisation de la DME. Il correspond à un protocole de DME modifiée créé par des médecins. Il a son propre cahier des charges et un certain nombre de directives. Il ne semble pas y avoir de différence d'acceptation de la méthode comparativement à la DME de la part des nourrissons (16). Ce protocole pourrait ainsi permettre aux parents et professionnels de santé d'être plus sereins tout en gardant le principe d'autonomisation de l'enfant, d'alimentation familiale et d'introduction des morceaux dès six mois.

4.3.2 Comportements alimentaires familiaux

Le partage des repas en famille est une des principales différences entre les deux méthodes de diversification. 87% des repas sont pris en famille et 57% des repas sont identiques pour toute la famille. Cela est considéré comme un gain de temps (31),(32),(34),(39),(40),(41),(9). L'alimentation des familles est par conséquent modifiée par des choix d'aliments sains, frais, faits maison et à moindre coût (22),(23),(29),(30),(39),(9), la consommation de préparation industrielle étant significativement moindre en DME (48). Cette dynamique familiale pourrait être à l'origine d'une implication positive de l'enfant dans la préparation des repas en grandissant (21).

L'attitude de l'enfant au moment des repas serait plus positive en DME (14). Les nourrissons seraient plus ouverts sur les différentes propositions alimentaires (21),(23) et moins capricieux (35),(37). Ils sont habitués plus tôt à plus de goûts et de textures (30),(35) et y sont curieux (21). Certaines hypothèses suggèrent que si le nourrisson ne partage pas le même repas que ses parents, il pourrait penser qu'il y a une nourriture

"pour enfant" et "pour adulte" et ainsi devenir plus capricieux (32). Des parents rapportent que la DME aide l'enfant à intégrer l'alimentation dans un comportement social et familial avec des conséquences positives sur son attitude. Notamment une adaptation à l'heure des repas, une incitation à la discipline (manger bien assis) et à la reconnaissance de la satiété (21),(22).

Les encouragements, la surveillance et les restrictions alimentaires sont moindres lors de la DME (35),(43). Les responsabilités perçues, les inquiétudes centrées sur le poids de l'enfant et la pression exercée pour manger sont plus fortement ressenties en DT qu'en DME ou en alimentation mixte (28),(43). Les parents sont moins actifs pendant les repas ce qui pourrait limiter le stress et l'anxiété autour du processus de sevrage (22),(34). En DT ils utilisent plus fréquemment des méthodes pour détourner l'attention de leur enfant afin de le faire manger (28). La DME rendrait ainsi le moment des repas moins stressant (39). La DME peut paradoxalement être source de stress chez les parents qui limitent à leur enfant de manière excessive la disponibilité d'aliments non sains (36).

Les différents traits de personnalité des parents pourraient avoir un lien avec l'une ou l'autre des méthodes (44), rendant difficile la mise en évidence d'une relation de causalité et la direction de cette relation.

4.3.3 DME et développement psychomoteur

Un grand nombre de parents faisant l'expérience de la DME semble mettre en évidence une amélioration des capacités de l'enfant sur le plan du développement psycho-moteur. Ils sont plus nombreux que les professionnels de santé à penser que la DME pourrait promouvoir le développement de la motricité fine et la mastication (29) et certains l'observent dans leur pratique (9)(30). Dans l'étude italienne, deux résultats significatifs intéressants à ce sujet sont à souligner. D'une part, une forte participation aux repas familiaux est associée à une station assise sans soutien plus précoce. D'autre part, une faible utilisation de la cuillère est associée au fait de ramper plus tôt (27). La tenue de tête serait plus précoce d'un demi mois dans le groupe DME. Ce résultat intervient avant le début de la DME à quatre mois. Dans ce contexte, les familles seraient plus tentées de commencer la DME (31).

Les orthophonistes s'intéressent à une possible relation entre la DME, les troubles de l'oralité et l'acquisition linguistique. Une étude de faible puissance a montré une augmentation d'associations syllabiques des enfants pratiquant la DME par rapport aux enfants en DT entre 8 et 14 mois. Ces résultats seraient expliqués par une capacité de dissociation langue-mandibule plus précoce chez les nourrissons diversifiés par la DME. (50).

Les recherches dans le domaine dentaire montrent que les dysmorphoses orthodontiques sont favorisées en grande partie par des facteurs extérieurs comme le style de diversification alimentaire. Les malpositions dentaires et malocclusions sont moins fréquentes chez des enfants ayant été allaités exclusivement au sein. Favoriser une alimentation plus solide et plus fibreuse limiterait aussi ce risque à 6-8 mois, lorsque la fonction de préhension-morsure apparaît suite à l'éruption de la denture lactéale. (51)

4.3.4 Régulation de la satiété

Les données sont discordantes sur la satiété. Davantage de restrictions alimentaires lors de la DT seraient liées à une moins bonne perception de la satiété et les nourrissons DME y seraient plus sensibles (35). Les signaux de satiété sont plus souvent retrouvés en DT, les nourrissons DME s'autorégulent et n'atteignent jamais cette satiété (25). A l'inverse, une étude plus récente et de grade A a montré que les nourrissons BLISS étaient significativement moins sensibles à la satiété (14). Les caractéristiques du comportement alimentaire, comme la réactivité à la nourriture et à la satiété, l'autorégulation, pourraient être le résultat des traits généraux des parents avec un lien génétique. L'allaitement prolongé encourage le nourrisson à se réguler lui-même. Ce dernier n'a pas de biberon à terminer (47). Dans tous les cas, la croissance staturo pondérale est un bon indice d'apport suffisant.

4.4 Limites de la DME

4.4.1 Contexte social

Des disparités économiques, sociales et démographiques ont été mises en évidence entre les foyers pratiquant la DME et ceux pratiquant la DT. La majorité de nos études incluses (>84%) prévoit d'interroger des mères de famille et présente les résultats

en parlant d'elles, préjugant que les pères n'ont pas de rôle à jouer dans l'alimentation de l'enfant. Les mères pratiquant la DME sont souvent plus jeunes, travaillent moins d'heures par semaine et ont un plus haut niveau d'études (22),(24),(28),(30),(31),(43),(10). Elles sont davantage mariées et reprennent le travail plus tard (22),(27). Les foyers DME habitent plus souvent en milieu urbain (30). Ces données ne sont probablement pas représentatives de la population effectuant la DME, il existe un biais de sélection presque constant dans toutes les études. Le recrutement se fait essentiellement par internet.

4.4.2 Difficultés logistiques

Les inconvénients principaux mis en avant par les familles sur la pratique de la DME sont l'attitude négative et les critiques des proches (30). Le désordre et la saleté à la maison (30),(39) sont fréquemment cités. La propreté pendant les repas est difficile à obtenir, il faut souvent prévoir un tapis et un grand tablier. La réalisation en société est par conséquent délicate (23). Aussi, certains ne souhaitent pas imposer ces inconvénients à la crèche ou à leur entourage et s'éloignent des règles de la DME en créant un mélange de DT et de DME (36).

4.4.3 Une définition floue

Une définition précise de la DME est difficile à établir. La définition la plus communément admise dans les études correspond à une faible utilisation de la cuillère, un faible recours aux purées, et beaucoup de repas en famille. Une faible portion de familles pratique la DME selon tous ces critères (27). Selon les us et coutumes de celles-ci, la pratique de la DME est différente (29),(46). Inversement, certaines familles ne se considèrent pas comme réalisant la DME alors que leur nourrisson est nourri à la cuillère moins de la moitié du temps (24). La plupart d'entre elles ne suivent pas la DME de façon très rigoureuse et sont souples (45), tandis que les professionnels de santé et les équipes de recherche ont une tendance à créer une dichotomie entre DME et DT. La logistique organisationnelle de la famille (emploi, mode de garde, temps disponible) influence fortement la méthode choisie et il existe souvent un continuum entre les deux méthodes, certaines passant de l'une à l'autre selon leur situation (37),(45).

4.5 Limites et forces de cette revue de la littérature

Notre revue comporte des limites. Un grand nombre d'études incluses sont de faible niveau de preuve et de puissance limitée, les échantillons étant faibles. Celles présentant des résultats intéressants sont parfois imprécises, certaines retrouvant une différence significative non quantifiée (sur l'anémie par exemple). (28) Les biais de sélections sont les plus fréquemment retrouvés au sein des études, le recrutement se faisant principalement sur internet par des forums de parents ou par effet boule de neige. La population y ayant accès est donc aisée. Les biais de mémorisation et d'information sont également répandus avec beaucoup de données rétrospectives et subjectives rapportées par les parents. Notre grille PRISMA (annexe n°7) montre les limites internes de notre propre revue. La validité externe est également limitée. Aucune étude française n'a pu être incluse. Nous ne savons pas dans quelle mesure nos résultats peuvent être appliqués à la population générale française. Il existe très peu d'études après 36 mois.

Cette revue systématique présente des forces. Parmi les 38 études, 23 ont été publiées depuis la dernière revue systématique de la littérature de l'équipe italienne en 2018 (11). Nous avons choisi d'inclure de manière exhaustive toutes les études présentant des résultats sur la DME, quel que soit le domaine exploré. Cela nous donne aujourd'hui une vision globale de cette nouvelle méthode de diversification. Certaines de nos études présentent un bon niveau de preuve et ont montré l'égalité significative entre la méthode traditionnelle et la DME sur le risque d'étouffement, une des inquiétudes principales (10). Nous avons limité les biais de sélection de notre revue par la double investigation en aveugle l'une de l'autre. Les biais d'interprétations des études ont également été limités par une méthodologie rigoureuse et l'utilisation d'instruments de lecture validés (annexes n°3, 4 et 5).

4.6 Avancées récentes en France

A partir des travaux de l'ANSES et du HCSP et dans le cadre du PNNS, Santé Publique France a élaboré de nouvelles recommandations sur l'alimentation des enfants de quatre mois à trois ans et sur la diversification alimentaire pour les nourrissons, publiées le 13 septembre 2021. (52) Désormais, les enfants peuvent commencer à découvrir tous les types de famille d'aliments dès quatre mois, y compris ceux réputés allergènes (53). La découverte des différentes textures et des morceaux est conseillée dès six mois, avec invitation à laisser l'enfant expérimenter l'alimentation avec les doigts s'il le souhaite. La DME est d'ailleurs mentionnée par les auteurs comme une pratique possible dès que l'enfant sait se tenir bien assis et capable d'attraper et porter à la bouche (54). Des signes d'alerte et des conseils de surveillance sont donnés en insistant sur l'accompagnement et la surveillance des parents. Ces dernières recommandations vont dans le sens d'une diversification alimentaire moins stricte et davantage centrée sur l'enfant et s'accordent avec certains principes phares de la DME. (annexe n°8)

5. Conclusion

La DME présente autant de risques que la diversification traditionnelle et s'en distingue par des bénéfices sur la qualité de vie des familles. Le risque de fausse route est identique, les données sur la croissance staturo pondérale sont discordantes mais le suivi des courbes de croissance permet de limiter les risques. Les protocoles BLISS sont une réponse à certaines difficultés ou inquiétudes des parents et des PS. Une forte participation aux repas familiaux est associée à un développement moteur plus précoce.

La dichotomie DME versus DT est le fait des chercheurs et des professionnels de santé. Les familles s'approprient les différentes méthodes de diversification pour les adapter à leur style de vie. Dans une approche centrée patient, il convient d'accompagner la DME avec bienveillance et ouverture d'esprit. Les nouvelles recommandations élaborées par Santé Publique France et publiées en septembre 2021 semblent aller dans le sens d'une diversification alimentaire moins contraignante validant une approche plus centrée sur l'enfant.

La prévalence de la DME est inconnue en France. Elle pourrait être étudiée lors de la visite des neuf mois par le certificat obligatoire. Il serait intéressant d'avoir une cohorte sur une dizaine d'années, afin de connaître les éventuels effets sur le développement staturo pondéral et psychomoteur à long terme.

Une information dans le carnet de santé et des affiches informatives en salle d'attente pourraient être ajoutées afin d'ouvrir la discussion avec le patient. La libération de la parole sur une diversification alimentaire différente de nos pratiques serait une source d'information importante.

Bibliographie

1. Alimentation du bébé : la diversification alimentaire [Internet]. l'Assurance Maladie. 2021 [cité 2 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/rhone/assure/sante/themes/alimentation-0-3-ans/debut-diversification-alimentaire>
2. Alimentation du nourrisson et du jeune enfant [Internet]. Organisation Mondiale de la Santé. 2021 [cité 31 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding>
3. Perez P. La diversification alimentaire à travers le monde. Spirale. 2014;N° 72(4):133.
4. Direction Générale de la Santé. Carnet de santé [Internet]. Dicom; 2018 [cité 31 janv 2022]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/carnet_de_sante-num-.pdf
5. Turck D, Dupont C, Vidailhet M, Bocquet A, Briend A, Chouraqui J-P, et al. Diversification alimentaire : évolution des concepts et recommandations. Arch Pédiatrie. mai 2015;22(5):457-60.
6. Pourbaix B, Martin-Gourmez P, Tilly-Dufour A, Cunin M, Berkhout C. Âge de la diversification alimentaire du nourrisson permettant de limiter le risque d'atopie. Rev Exerc. 24 nov 2014;25(116):7.
7. Rapley G. Baby-led weaning: The theory and evidence behind the approach. J Health Visit. 2 mars 2015;3(3):144-51.
8. Daniels L, Heath A-L, Williams S, Cameron S, Fleming E, Taylor B, et al. Baby-Led Introduction to SolidS (BLISS) study: A randomised controlled trial of a baby-led approach to complementary feeding. BMC Pediatr. 12 nov 2015;15:179.
9. Cameron SL, Taylor RW, Heath A-LM. Parent-led or baby-led? Associations between complementary feeding practices and health-related behaviours in a survey of New Zealand families. BMJ Open. déc 2013;3(12):e003946.
10. Brown A. No difference in self-reported frequency of choking between infants introduced to solid foods using a baby-led weaning or traditional spoon-feeding approach. J Hum Nutr Diet. août 2018;31(4):496-504.
11. D'Auria E, Bergamini M, Staiano A, Banderali G, Penderzza E, Penagini F, et al. Baby-led weaning: what a systematic review of the literature adds on. Ital J Pediatr. déc 2018;44(1):49.
12. Arantes ALA e, Neves FS, Campos AAL, Pereira Netto M. Método baby-led weaning (BLW) no contexto da alimentação complementar: uma revisão. Rev Paul Pediatr. 10 juill 2018;36(3):353-63.
13. Dogan E, Yilmaz G, Caylan N, Turgut M, Gokcay G, Oguz MM. Baby-led complementary feeding: Randomized controlled study. Pediatr Int. déc 2018;60(12):1073-80.
14. Taylor RW, Williams SM, Fangupo LJ, Wheeler BJ, Taylor BJ, Daniels L, et al. Effect of a Baby-Led Approach to Complementary Feeding on Infant Growth and Overweight: A Randomized Clinical Trial. JAMA Pediatr. 1 sept 2017;171(9):838.
15. Fangupo LJ, Heath A-LM, Williams SM, Erickson Williams LW, Morison BJ, Fleming EA, et al. A Baby-Led Approach to Eating Solids and Risk of Choking. PEDIATRICS. 1 oct 2016;138(4):e20160772-e20160772.

16. Cameron SL, Taylor RW, Heath A-LM. Development and pilot testing of Baby-Led Introduction to SolidS - a version of Baby-Led Weaning modified to address concerns about iron deficiency, growth faltering and choking. *BMC Pediatr.* déc 2015;15(1):99.
17. Leong C, Haszard JJ, Lawley B, Otal A, Taylor RW, Szymlek-Gay EA, et al. Mediation Analysis as a Means of Identifying Dietary Components That Differentially Affect the Fecal Microbiota of Infants Weaned by Modified Baby-Led and Traditional Approaches. Dozois CM, éditeur. *Appl Environ Microbiol* [Internet]. 15 sept 2018 [cité 14 nov 2021];84(18). Disponible sur: <https://journals.asm.org/doi/10.1128/AEM.00914-18>
18. Daniels L, Taylor RW, Williams SM, Gibson RS, Samman S, Wheeler BJ, et al. Modified Version of Baby-Led Weaning Does Not Result in Lower Zinc Intake or Status in Infants: A Randomized Controlled Trial. *J Acad Nutr Diet.* juin 2018;118(6):1006-1016.e1.
19. Hanindita MH, Widjaja NA, Irawan R, Hidayat B. Comparison between baby led weaning and traditional spoon-feeding on iron status and growth in breastfed infants. *Carpathian J Food Sci Technol.* 31 déc 2019;96-100.
20. Daniels L, Taylor RW, Williams SM, Gibson RS, Fleming EA, Wheeler BJ, et al. Impact of a modified version of baby-led weaning on iron intake and status: a randomised controlled trial. *BMJ Open.* juin 2018;8(6):e019036.
21. Utami AF, Wanda D, Hayati H, Fowler C. “Becoming an independent feeder”: infant’s transition in solid food introduction through baby-led weaning. *BMC Proc.* déc 2020;14(S13):18.
22. Brown A, Lee M. A descriptive study investigating the use and nature of baby-led weaning in a UK sample of mothers: Baby-led weaning in a UK sample of mothers. *Matern Child Nutr.* janv 2011;7(1):34-47.
23. Brown A, Lee M. An exploration of experiences of mothers following a baby-led weaning style: developmental readiness for complementary foods: An exploration of baby-led weaning. *Matern Child Nutr.* avr 2013;9(2):233-43.
24. Mezynska A, O’Keeffe S, Redmond M, O’Connor K, O’Neill JL. An investigation into the prevalence, attitude and behaviour towards baby-led weaning practices in Ireland. *Proc Nutr Soc.* 2020;79(OCE3):E766.
25. McNally J, Hugh-Jones S, Hetherington MM. “An invisible map” - maternal perceptions of hunger, satiation and ‘enough’ in the context of baby led and traditional complementary feeding practices. *Appetite.* mai 2020;148:104608.
26. Townsend E, Pitchford NJ. Baby knows best? The impact of weaning style on food preferences and body mass index in early childhood in a case–controlled sample. *BMJ Open.* 2012;2(1):e000298.
27. Addessi E, Galloway AT, Wingrove T, Brochu H, Pierantozzi A, Bellagamba F, et al. Baby-led weaning in Italy and potential implications for infant development. *Appetite.* sept 2021;164:105286.
28. Kahraman A, Gümüş M, Binay Yaz Ş, Başbakkal Z. Baby-led weaning versus traditional weaning: the assessment of nutritional status in early childhood and maternal feeding practices in Turkey. *Early Child Dev Care.* 3 avr 2020;190(5):615-24.
29. D’Andrea E, Jenkins K, Mathews M, Roebbothan B. Baby-led Weaning: A Preliminary Investigation. *Can J Diet Pract Res.* juin 2016;77(2):72-7.
30. Poniedziałek B, Paszkowiak N, Rzymiski P. Baby-Led-Weaning (BLW) from maternal perspective: Polish experience. *J Med Sci.* 2 juill 2018;87(2):75-81.

31. Currie KE. BLW a study of infant feeding practices using a US sample.pdf. Appalachian State University; 2018.
32. Rowan H, Harris C. Baby-led weaning and the family diet. A pilot study. *Appetite*. juin 2012;58(3):1046-9.
33. Rowan H, Lee M, Brown A. Differences in dietary composition between infants introduced to complementary foods using Baby-led weaning and traditional spoon feeding. *J Hum Nutr Diet*. févr 2019;32(1):11-20.
34. Komninou S, Halford JCG, Harrold JA. Differences in parental feeding styles and practices and toddler eating behaviour across complementary feeding methods: Managing expectations through consideration of effect size. *Appetite*. juin 2019;137:198-206.
35. Brown A, Lee MD. Early influences on child satiety-responsiveness: the role of weaning style. *Pediatr Obes*. févr 2015;10(1):57-66.
36. Arden MA, Abbott RL. Experiences of baby-led weaning: trust, control and renegotiation: Experiences of BLW. *Matern Child Nutr*. oct 2015;11(4):829-44.
37. Fu X, Conlon CA, Haszard JJ, Beck KL, von Hurst PR, Taylor RW, et al. Food fussiness and early feeding characteristics of infants following Baby-Led Weaning and traditional spoon-feeding in New Zealand: An internet survey. *Appetite*. nov 2018;130:110-6.
38. Özyüksel G, Soyer T, Üzümcügil F, Yalçın Ş, Ekinci S, Karnak İ, et al. Foreign Body Aspiration in Infants: Role of Self-Feeding. *Pediatr Allergy Immunol Pulmonol*. juin 2019;32(2):52-5.
39. Cameron SL, Heath A-LM, Taylor RW. Healthcare professionals' and mothers' knowledge of, attitudes to and experiences with, Baby-Led Weaning: a content analysis study: Table 1. *BMJ Open*. 2012;2(6):e001542.
40. Morison BJ, Taylor RW, Haszard JJ, Schramm CJ, Williams Erickson L, Fangupo LJ, et al. How different are baby-led weaning and conventional complementary feeding? A cross-sectional study of infants aged 6–8 months. *BMJ Open*. mai 2016;6(5):e010665.
41. Williams Erickson L, Taylor R, Haszard J, Fleming E, Daniels L, Morison B, et al. Impact of a Modified Version of Baby-Led Weaning on Infant Food and Nutrient Intakes: The BLISS Randomized Controlled Trial. *Nutrients*. 7 juin 2018;10(6):740.
42. Morison BJ, Heath A-LM, Haszard JJ, Hein K, Fleming EA, Daniels L, et al. Impact of a Modified Version of Baby-Led Weaning on Dietary Variety and Food Preferences in Infants. *Nutrients*. 15 août 2018;10(8):1092.
43. Brown A, Lee M. Maternal Control of Child Feeding During the Weaning Period: Differences Between Mothers Following a Baby-led or Standard Weaning Approach. *Matern Child Health J*. nov 2011;15(8):1265-71.
44. Brown A. Differences in eating behaviour, well-being and personality between mothers following baby-led vs. traditional weaning styles: Characteristics baby-led weaning. *Matern Child Nutr*. oct 2016;12(4):826-37.
45. Swanepoel L, Henderson J, Maher J. Mothers' experiences with complementary feeding: Conventional and baby-led approaches. *Nutr Diet*. juill 2020;77(3):373-81.
46. Susmarini D, Sumarwati M, Isworo A, Latifah L. Percentage of Self-feeding Practice in Babies Using Baby-led and Traditional Weaning in Indonesia. *J Keperawatan Soedirman [Internet]*. 25 nov 2019 [cité 14 nov 2021];14(3). Disponible sur: <http://jks.fikes.unsoed.ac.id/index.php/jks/article/view/1188>

47. Jones SW, Lee M, Brown A. Spoonfeeding is associated with increased infant weight but only amongst formula-fed infants. *Matern Child Nutr* [Internet]. juill 2020 [cité 14 nov 2021];16(3). Disponible sur: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/mcn.12941>
48. Alpers B, Blackwell V, Clegg ME. Standard v. baby-led complementary feeding: a comparison of food and nutrient intakes in 6–12-month-old infants in the UK. *Public Health Nutr*. oct 2019;22(15):2813-22.
49. Serayet P, Planel E, Lopez A, Pavageau S, Clotet L, Tran TA, et al. Recherche : Santé de la mère et de l'enfant. *Rev Exerc*. nov 2019;(157):388-93.
50. POINDRON M. Babillage et Oralité Alimentaire: Etude des productions syllabiques d'enfants diversifiés classiquement ou avec la Diversification Menée par l'Enfant. Université Claude Bernard Lyon 1; 2018.
51. Limme M. Diversification alimentaire et développement dentaire : importance des habitudes alimentaires des jeunes enfants pour la prévention de dysmorphoses orthodontiques. *Arch Pédiatrie*. déc 2010;17:S213-9.
52. Santé Publique France. Santé publique France accompagne les parents pour prendre en main les nouvelles recommandations sur la diversification alimentaire des tout-petits [Internet]. 2021. 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>
53. Manger Bouger. Entre 4 et 6 mois : on commence à goûter à tout [Internet]. Manger Bouger. 2021 [cité 6 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.mangerbouger.fr/manger-mieux/a-tout-age-et-a-chaque-etape-de-la-vie/jeunes-enfants-de-0-a-3-ans-du-lait-a-la-diversification/entre-4-et-6-mois-on-commence-a-gouter-a-tout>
54. Manger Bouger. À partir de 6-8 mois : on touche, on mâche, on découvre de nouvelles textures [Internet]. Manger Bouger. 2021 [cité 6 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.mangerbouger.fr/manger-mieux/a-tout-age-et-a-chaque-etape-de-la-vie/jeunes-enfants-de-0-a-3-ans-du-lait-a-la-diversification/a-partir-de-6-8-mois-on-touche-on-mache-on-decouvre-de-nouvelles-textures>

Annexes

Annexe 1 - Grille PRISMA de la revue de la littérature italienne

Annexe 2 - Grille PRISMA de la revue de la littérature espagnole

Annexe 3 - Grille de lecture STROBE

Annexe 4 - Grille de lecture CONSORT

Annexe 5 - Grille de lecture COREQ

Annexe 6 - Enregistrement Prospero

Annexe 7 - Grille PRISMA de notre revue de la littérature

Annexe 8 - Tableau de la diversification Santé Publique France

Annexe 1 - Grille PRISMA de la revue de la littérature italienne

Section/sujet	#	Élément de la liste de contrôle	Rapporté à la page #
TITRE			
Titre	1	Identifiez le rapport comme étant une revue systématique, une méta-analyse, ou les deux.	1
RÉSUMÉ			
Résumé structuré	2	Fournir un résumé structuré comprenant, le cas échéant : le contexte ; les objectifs ; les sources de données ; les critères d'éligibilité de l'étude, les participants et les interventions ; les méthodes d'évaluation et de synthèse de l'étude ; les résultats ; les limites ; les conclusions et les implications des principaux résultats ; le numéro d'enregistrement de la revue systématique.	1 il manque les critères d'inclusions, les participants, les interventions, méthode d'évaluation, numéro d'enregistrement
INTRODUCTION			
Justification	3	Décrire la raison d'être de l'examen dans le contexte de ce qui est déjà connu.	1-2
Objectifs	4	Fournir un énoncé explicite des questions abordées en faisant référence aux participants, aux interventions, aux comparaisons, aux résultats et à la conception de l'étude (PICOS).	2
MÉTHODES			
Protocole et enregistrement	5	Indiquez si un protocole d'examen existe, si et où il peut être consulté (par exemple, l'adresse Internet) et, s'il est disponible, fournissez les informations d'enregistrement, y compris le numéro d'enregistrement.	?
Critères d'éligibilité	6	Préciser les caractéristiques de l'étude (par exemple, PICOS, durée du suivi) et les caractéristiques du rapport (par exemple, années considérées, langue, statut de publication) utilisées comme critères d'éligibilité, en donnant une justification.	2-3 - manque d'info : langue, type de publication
Sources d'information	7	Décrire toutes les sources d'information (par exemple, les bases de données avec les dates de couverture, les contacts avec les auteurs des études pour identifier des études supplémentaires) dans la recherche et la date de la dernière recherche.	2- tableau 2
Recherche	8	Présenter la stratégie de recherche électronique complète pour au moins une base de données, y compris les limites utilisées, de sorte qu'elle puisse être répétée.	Tableau 1
Sélection des études	9	Indiquez le processus de sélection des études (c.-à-d., sélection, admissibilité, inclusion dans l'examen systématique et, le cas échéant, inclusion dans la méta-analyse).	3
Processus de collecte des données	10	Décrivez la méthode d'extraction des données des rapports (par exemple, formulaires pilotés, indépendamment, en double) et tout processus d'obtention et de confirmation des données auprès des enquêteurs.	3
Éléments de données	11	Énumérez et définissez toutes les variables pour lesquelles des données ont été recherchées (par exemple, PICOS, sources de financement) et toutes les hypothèses et simplifications faites.	Manquant, non détaillé
Risque de biais dans les études individuelles	12	Décrire les méthodes utilisées pour évaluer le risque de biais des études individuelles (en précisant si cela a été fait au niveau de l'étude ou du résultat), et comment ces informations seront utilisées dans toute synthèse de données.	3
Mesures de synthèse	13	Indiquez les principales mesures de synthèse (par exemple, le rapport de risque, la différence de moyennes).	manquant
Synthèse des résultats	14	Décrivez les méthodes de traitement des données et de combinaison des résultats des études, le cas échéant, y compris les mesures de cohérence (par exemple, I^2) pour chaque méta-analyse.	3
Risque de biais dans les études	15	Précisez toute évaluation du risque de biais qui pourrait affecter les preuves cumulées (par exemple, biais de publication, rapports sélectifs au sein des études).	N'énumère pas les différents biais possibles
Analyses complémentaires	16	Décrire les méthodes d'analyses supplémentaires (par exemple, analyses de sensibilité ou de sous-groupes, méta-régression), si elles ont été effectuées, en indiquant celles qui ont été pré-spécifiées.	/
RÉSULTATS			
Sélection des études	17	Indiquer le nombre d'études sélectionnées, évaluées pour leur admissibilité et incluses dans l'examen, avec les raisons des exclusions à chaque étape, idéalement avec un diagramme de flux.	3 Fig 1 / annexe 1
Caractéristiques de l'étude	18	Pour chaque étude, présentez les caractéristiques pour lesquelles les données ont été extraites (par exemple, taille de l'étude, PICOS, période de suivi) et fournissez les citations.	Tableau 2, manque les citations
Risque de biais dans les études	19	Présentez les données sur le risque de biais de chaque étude et, si disponible, toute évaluation du niveau de résultat (voir point 12).	Tableau 4 mais seulement pour ECR
Résultats des études individuelles	20	Pour tous les résultats considérés (avantages ou inconvénients), présenter, pour chaque étude : (a) des données sommaires simples pour chaque groupe d'intervention (b) des estimations de l'effet et des intervalles de confiance, idéalement avec un diagramme forestier.	Tableau 2 3->8
Synthèse des résultats	21	Présenter les résultats de chaque méta-analyse effectuée, y compris les intervalles de confiance et les mesures de cohérence.	/
Risque de biais dans les études	22	Présentez les résultats de toute évaluation du risque de biais entre les études (voir point 15).	Tableau 4 mais seulement ECR
Analyse complémentaire	23	Indiquez les résultats d'analyses supplémentaires, le cas échéant (par exemple, analyses de sensibilité ou de sous-groupes, méta-régression [voir point 16]).	/
DISCUSSION			

Résumé des preuves	24	Résumez les principales conclusions, y compris la solidité des preuves pour chaque résultat principal ; tenez compte de leur pertinence pour les groupes clés (par exemple, les prestataires de soins de santé, les utilisateurs et les décideurs).	8-9-10
Limites	25	Discutez des limites au niveau de l'étude et des résultats (par exemple, le risque de biais), et au niveau de la revue (par exemple, l'extraction incomplète de la recherche identifiée, le biais de rapport).	8-9-10
Conclusions	26	Fournir une interprétation générale des résultats dans le contexte d'autres preuves, et des implications pour les recherches futures.	10
FINANCEMENT			
Financement	27	Décrire les sources de financement de l'examen systématique et les autres soutiens (par exemple, la fourniture de données) ; le rôle des bailleurs de fonds de l'examen systématique.	10'

Annexe 2 - Grille PRISMA de la revue de la littérature espagnole

Section/sujet	#	Élément de la liste de contrôle	Rapporté à la page #
TITRE			
Titre	1	Identifiez le rapport comme étant une revue systématique, une méta-analyse, ou les deux.	1
RÉSUMÉ			
Résumé structuré	2	Fournir un résumé structuré comprenant, le cas échéant : le contexte ; les objectifs ; les sources de données ; les critères d'éligibilité de l'étude, les participants et les interventions ; les méthodes d'évaluation et de synthèse de l'étude ; les résultats ; les limites ; les conclusions et les implications des principaux résultats ; le numéro d'enregistrement de la revue systématique.	1 il manque le contexte, les méthodes d'évaluation, le numéro d'enregistrement
INTRODUCTION			
Justification	3	Décrire la raison d'être de l'examen dans le contexte de ce qui est déjà connu.	2
Objectifs	4	Fournir un énoncé explicite des questions abordées en faisant référence aux participants, aux interventions, aux comparaisons, aux résultats et à la conception de l'étude (PICOS).	2 il le manque design de l'étude
MÉTHODES			
Protocole et enregistrement	5	Indiquez si un protocole d'examen existe, si et où il peut être consulté (par exemple, l'adresse Internet) et, s'il est disponible, fournissez les informations d'enregistrement, y compris le numéro d'enregistrement.	/
Critères d'éligibilité	6	Préciser les caractéristiques de l'étude (par exemple, PICOS, durée du suivi) et rapporter les caractéristiques (par exemple, années prises en compte, langue, statut de publication) utilisés comme critères d'éligibilité, en donnant une justification.	2
Sources d'information	7	Décrire toutes les sources d'information (par exemple, les bases de données avec les dates de couverture, les contacts avec les auteurs des études pour identifier des études supplémentaires) dans la recherche et la date de la dernière recherche.	2
Recherche	8	Présenter la stratégie de recherche électronique complète pour au moins une base de données, y compris les limites utilisées, de sorte qu'elle puisse être répétée.	Absent
Sélection des études	9	Indiquez le processus de sélection des études (c.-à-d., sélection, admissibilité, inclusion dans l'examen systématique et, le cas échéant, inclusion dans la méta-analyse).	2-3
Processus de collecte des données	10	Décrivez la méthode d'extraction des données des rapports (par exemple, formulaires pilotés, indépendamment, en double) et tout processus d'obtention et de confirmation des données auprès des enquêteurs.	2
Éléments de données	11	Énumérez et définissez toutes les variables pour lesquelles des données ont été recherchées (par exemple, PICOS, sources de financement) et toutes les hypothèses et simplifications faites.	Manquant, non détaillé
Risque de biais dans les études individuelles	12	Décrire les méthodes utilisées pour évaluer le risque de biais des études individuelles (en précisant si cela a été fait au niveau de l'étude ou du résultat), et comment ces informations seront utilisées dans toute synthèse de données.	manquant
Mesures de synthèse	13	Indiquez les principales mesures de synthèse (par exemple, le rapport de risque, la différence de moyennes).	manquant
Synthèse des résultats	14	Décrire les méthodes de traitement des données et de combinaison des résultats des études, le cas échéant, y compris les mesures de cohérence (par exemple, I ²) pour chaque méta-analyse.	manquant

Risque de biais dans les études	15	Précisez toute évaluation du risque de biais qui pourrait affecter les preuves cumulées (par exemple, biais de publication, rapports sélectifs au sein des études).	N'énumère pas les différents biais possibles
Analyses complémentaires	16	Décrire les méthodes d'analyses supplémentaires (par exemple, analyses de sensibilité ou de sous-groupes, méta-régression), si elles ont été effectuées, en indiquant celles qui ont été pré-spécifiées.	/
RÉSULTATS			
Sélection des études	17	Indiquer le nombre d'études sélectionnées, évaluées pour leur admissibilité et incluses dans l'examen, avec les raisons des exclusions à chaque étape, idéalement avec un diagramme de flux.	3 Fig 1
Caractéristiques de l'étude	18	Pour chaque étude, présentez les caractéristiques pour lesquelles les données ont été extraites (par exemple, taille de l'étude, PICOS, période de suivi) et fournissez les citations.	Tableau 1 mais données manquantes / non détaillées

Risque de biais dans les études	19	Présentez les données sur le risque de biais de chaque étude et, si disponible, toute évaluation du niveau de résultat (voir point 12).	Manquant
Résultats des études individuelles	20	Pour tous les résultats considérés (avantages ou inconvénients), présenter, pour chaque étude : (a) des données sommaires simples pour chaque groupe d'intervention (b) des estimations de l'effet et des intervalles de confiance, idéalement avec un diagramme forestier.	Manquant
Synthèse des résultats	21	Présentez les résultats de chaque méta-analyse effectuée, y compris les intervalles de confiance et les mesures de cohérence.	/
Risque de biais dans les études	22	Présentez les résultats de toute évaluation du risque de biais entre les études (voir point 15).	Manquant

Analyse complémentaire	23	Indiquez les résultats d'analyses supplémentaires, le cas échéant (par exemple, analyses de sensibilité ou de sous-groupes, méta-régression (voir point 16)).	/
DISCUSSION			
Résumé des preuves	24	Résumez les principales conclusions, y compris la solidité des preuves pour chaque résultat principal ; tenez compte de leur pertinence pour les groupes clés (par exemple, les prestataires de soins de santé, les utilisateurs et les décideurs).	3-4-5-6
Limites	25	Discutez des limites au niveau de l'étude et des résultats (par exemple, le risque de biais), et au niveau de la revue (par exemple, l'extraction incomplète de la recherche identifiée, le biais de rapport).	Incomplet 3-4-5-6
Conclusions	26	Fournir une interprétation générale des résultats dans le contexte d'autres preuves, et des implications pour les recherches futures.	6
FINANCEMENT			
Financement	27	Décrire les sources de financement de l'examen systématique et les autres soutiens (par exemple, la fourniture de données) ; le rôle des bailleurs de fonds de l'examen systématique.	6

Annexe 3 - Grille de lecture STROBE

Titre et résumé	1	(a) Indiquer dans le titre ou dans le résumé le type d'étude réalisée en termes couramment utilisés (b) Fournir dans le résumé une information synthétique et objective sur ce qui a été fait et ce qui a été trouvé
Introduction		
Contexte/justification	2	Expliquer le contexte scientifique et la légitimité de l'étude en question
Objectifs	3	Citer les objectifs spécifiques, y compris toutes les hypothèses <i>a priori</i>
Méthodes		
Conception de l'étude	4	Présenter les éléments clés de la conception de l'étude en tout début de document
Contexte	5	Décrire le contexte, les lieux et les dates pertinentes, y compris les périodes de recrutement, d'exposition, de suivi et de recueil de données
Population	6	(a) <i>Étude de cohorte</i> – Indiquer les critères d'éligibilité, et les sources et méthodes de sélection des sujets. Décrire les méthodes de suivi <i>Étude cas-témoin</i> – Indiquer les critères d'éligibilité, et les sources et méthodes pour identifier les cas et sélectionner les témoins. Justifier le choix des cas et des témoins <i>Étude transversale</i> – Indiquer les critères d'éligibilité et les sources et méthodes de sélection des participants (b) <i>Étude de cohorte</i> – Pour les études appariées, indiquer les critères d'appariement et le nombre de sujets exposés et non exposés <i>Étude cas-témoin</i> – Pour les études appariées, indiquer les critères d'appariement et le nombre de témoins par cas
Variabes	7	Définir clairement tous les critères de résultats, les expositions, les facteurs de prédiction, les facteurs de confusion potentiels, et les facteurs d'influence. Indiquer les critères diagnostiques, le cas échéant
Sources de données/mesures 8*		Pour chaque variable d'intérêt, indiquer les sources de données et les détails des méthodes d'évaluation (mesures). Décrire la comparabilité des méthodes d'évaluation s'il y a plus d'un groupe
Biais potentiels de biais	9	Décrire toutes les mesures prises pour éviter les sources
Taille de l'étude	10	Expliquer comment a été déterminé le nombre de sujets à inclure
Variabes quantitatives	11	Expliquer comment les variables quantitatives ont été traitées dans les analyses. Le cas échéant, décrire quels regroupements ont été effectués et pourquoi
Analyses statistiques	12	(a) Décrire toutes les analyses statistiques, y compris celles utilisées pour contrôler les facteurs de confusion (b) Décrire toutes les méthodes utilisées pour examiner les sous-groupes et les interactions (c) Expliquer comment les données manquantes ont été traitées (d) <i>Étude de cohorte</i> – Le cas échéant, expliquer comment les perdus de vue ont été traités <i>Étude cas-témoin</i> – Le cas échéant, expliquer comment l'appariement des cas et des témoins a été réalisé <i>Étude transversale</i> – Le cas échéant, décrire les méthodes d'analyse qui tiennent

		compte de la stratégie d'échantillonnage (e) Décrire toutes les analyses de sensibilité
Résultats		
Population	13*	(a) Rapporter le nombre d'individus à chaque étape de l'étude – par exemple : potentiellement éligibles, examinés pour l'éligibilité, confirmés éligibles, inclus dans l'étude, complètement suivis, et analysés (b) Indiquer les raisons de non-participation à chaque étape (c) Envisager l'utilisation d'un diagramme de flux
Données descriptives	14*	(a) Indiquer les caractéristiques de la population étudiée (par exemple : démographiques, cliniques, sociales) et les informations sur les expositions et les facteurs de confusion potentiels (b) Indiquer le nombre de sujets inclus avec des données manquantes pour chaque variable d'intérêt (c) <i>Étude de cohorte</i> – Résumer la période de suivi (par exemple : nombre moyen et total)
Données obtenues	15*	<i>Étude de cohorte</i> – Rapporter le nombre d'événements survenus ou les indicateurs mesurés au cours du temps <i>Étude cas-témoin</i> – Reporter le nombre de sujets pour chaque catégorie d'exposition, ou les indicateurs du niveau d'exposition mesurés <i>Étude transversale</i> – Reporter le nombre d'événements survenus ou les indicateurs mesurés
Principaux résultats	16	(a) Indiquer les estimations non ajustées et, le cas échéant, les estimations après ajustement sur les facteurs de confusion avec leur précision (par exemple : intervalle de confiance de 95 %). Expliciter quels facteurs de confusion ont été pris en compte et pourquoi ils ont été inclus (b) Indiquer les valeurs bornes des intervalles lorsque les variables continues ont été catégorisées (c) Selon les situations, traduire les estimations de risque relatif en risque absolu sur une période de temps (cliniquement) interprétable
Autres analyses	17	Mentionner les autres analyses réalisées – par exemple : analyses de sous-groupes, recherche d'interactions, et analyses de sensibilité
Discussion		
Résultats clés	18	Résumer les principaux résultats en se référant aux objectifs de l'étude
Limitations	19	Discuter les limites de l'étude, en tenant compte des sources de biais potentiels ou d'imprécisions. Discuter du sens et de l'importance de tout biais potentiel
Interprétation	20	Donner une interprétation générale prudente des résultats compte tenu des objectifs, des limites de l'étude, de la multiplicité des analyses, des résultats d'études similaires, et de tout autre élément pertinent
« Généralisabilité »	21	Discuter la « généralisabilité » (validité externe) des résultats de l'étude
Autre information		
Financement	22	Indiquer la source de financement et le rôle des financeurs pour l'étude rapportée, le cas échéant, pour l'étude originale sur laquelle s'appuie l'article présenté

*Indiquer l'information séparément pour les cas et les témoins dans les études cas-témoins et, le cas échéant, pour les groupes exposés et non-exposés dans les études de cohorte et les études transversales.

Annexe 4 - Grille de lecture CONSORT

Section/sujet	Item N°	DESCRIPTION	Page N°
TITRE & RESUME			
	1a	Identification en tant qu' "essai randomisé" dans le titre	
	1b	Résumé structuré du plan d'essai, méthodes, résultats et conclusions (pour une aide spécifique voir CONSORT pour Abstract)	
INTRODUCTION			
Contexte et objectifs	2a	Contexte scientifique et explication du bien-fondé	
	2b	Objectifs spécifiques et hypothèses	
METHODES			
Plan de l'essai	3a	Description du plan de l'essai (tel que : groupes parallèles, plan factoriel) en incluant les ratios d'allocation	
	3b	Changements importants de méthode après le début de l'essai(tel que les critères d'éligibilité), en expliquer la raison	
Participants	4a	Critères d'éligibilité des participants	
	4b	Structures et lieux de recueil des données	
Interventions	5	Interventions pour chaque groupe avec suffisamment de détails pour pouvoir reproduire l'étude, en incluant comment et quand elles ont été véritablement conduites	
Critères de jugement	6a	Critères "à priori" de jugement principal et secondaires entièrement définis, en incluant comment et quand ils ont été évalués	
	6b	Changement quelconque de critères de jugement après le début de l'essai, en expliquer la raison	
Taille de l'échantillon	7a	Comment la taille de l'échantillon a-t-elle été déterminé ?	
	7b	Quand cela est applicable, explication des analyses intermédiaires et des règles d'arrêt	
RANDOMISATION			
Production de la séquence	8a	Méthode utilisée pour générer la séquence d'allocation par tirage au sort	
	8b	Type de randomisation, en incluant les détails relatifs à une méthode de restriction (comme par ex. : par blocs, avec la taille des blocs)	
Mécanisme d'assignation secrète	9	Mécanisme utilisé pour mettre en œuvre la séquence d'allocation randomisée (comme par exemple : l'utilisation d'enveloppes numérotées séquentiellement), en décrivant chaque mesure prise pour masquer l'allocation jusqu'à l'assignation des interventions.	
Mise en oeuvre	10	Qui a généré la séquence d'allocation, qui a enrôlé les participants et qui a assigné les participants à leurs groupes	
Aveugle	11a	Au cas où, décrire qui a été en aveugle après l'assignation des interventions (par exemple, les participants, les administrateurs de traitement, ceux qui évaluent les résultats) et comment ont-ils été empêchés de savoir	
	11b	Si approprié, description de la similitude des interventions	
Méthodes statistiques	12a	Méthodes statistiques utilisées pour comparer les groupes au regard des critères de jugement principal et secondaires	
	12b	Méthodes utilisées pour des analyses supplémentaires, telles que des analyses de sous-groupes ou des analyses ajustées	
RESULTATS			
Flux des participants (un diagramme est fortement conseillé)	13a	Pour chaque groupe, le nombre de participants qui ont été assignés par tirage au sort, qui ont reçu le traitement qui leur était destiné, et qui ont été analysés pour le critère de jugement principal	
		Pour chaque groupe, abandons et exclusions après la randomisation, en donner les raisons	
Recrutement	14a	Dates définissant les périodes de recrutement et de suivi	
	14b	Pourquoi l'essai a-t-il pris fin ou a été interrompu	
Données initiales	15	Une table décrivant les caractéristiques initiales démographiques et cliniques de chaque groupe	
Effectifs analysés	16	Nombre de participants (dénominateur) inclus dans chaque analyse en précisant si l'analyse a été faite avec les groupes d'origine	
Critères de jugement et estimations	17a	Pour chaque critère de jugement principal et secondaire, donner les résultats pour chaque groupe, et la taille estimée de l'effet ainsi que sa précision (comme par ex. : intervalles de confiance à 95%)	
	17b	Pour les variables binaires, une présentation de la taille de l'effet en valeurs absolues et relatives est recommandée	
Analyses accessoires	18	Résultats de toute analyse supplémentaire réalisée, en incluant les analyses en sous-groupes et les analyses ajustées, et en distinguant les analyses spécifiées à priori des analyses exploratoires	
Risques	19	Tous les risques importants ou effets secondaires inattendus dans chaque groupe (pour un conseil détaillé voir 'CONSORT for harms')	
DISCUSSION			
Limitations	20	Limitations de l'essai, en tenant compte des sources de biais potentiels ou d'imprécision, et au cas où, en tenant compte de la multiplicité des analyses	
"Généralisabilité"	21	"Généralisabilité" (validité externe, applicabilité) des résultats de l'essai	
Interprétation	22	Interprétations/conclusions cohérentes avec les résultats, en tenant compte du ratio bénéfices/risques et de possibles autres faits pertinents	
INFORMATIONS SUPPLEMENTAIRES			
Enregistrement	23	Numéro d'enregistrement de l'essai en précisant le registre utilisé	
Protocole	24	Où le protocole complet de l'essai peut-il être consulté, si possible	
Financement	25	Sources de financement et autres ressources (par ex. : fourniture de médicaments), rôle des donateurs	

Annexe 5 - Grille de lecture COREQ

N°	Item	Guide questions/description
Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion		
Caractéristiques personnelles		
1.	Enquêteur/animateur	Quel(s) auteur(s) a (ont) mené l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (<i>focus group</i>) ?
2.	Titres académiques	Quels étaient les titres académiques du chercheur ? <i>Par exemple : PhD, MD</i>
3.	Activité	Quelle était leur activité au moment de l'étude ?
4.	Genre	Le chercheur était-il un homme ou une femme ?
5.	Expérience et formation	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?
Relations avec les participants		
6.	Relation antérieure	Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ?
7.	Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Que savaient les participants au sujet du chercheur ? <i>Par exemple : objectifs personnels, motifs de la recherche</i>
8.	Caractéristiques de l'enquêteur	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur/animateur ? <i>Par exemple : biais, hypothèses, motivations et intérêts pour le sujet de recherche</i>
Domaine 2 : Conception de l'étude		
Cadre théorique		
9.	Orientation méthodologique et théorie	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ? <i>Par exemple : théorie ancrée, analyse du discours, ethnographie, phénoménologie, analyse de contenu</i>
Sélection des participants		
10.	Échantillonnage	Comment ont été sélectionnés les participants ? <i>Par exemple : échantillonnage dirigé, de convenance, consécutif, par effet boule-de-neige</i>
11.	Prise de contact	Comment ont été contactés les participants ? <i>Par exemple : face-à-face, téléphone, courrier, courriel</i>
12.	Taille de l'échantillon	Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?
13.	Non-participation	Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ? Raisons ?
Contexte		
14.	Cadre de la collecte de données	Où les données ont-elles été recueillies ? <i>Par exemple : domicile, clinique, lieu de travail</i>
15.	Présence de non-participants	Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ?
16.	Description de l'échantillon	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ? <i>Par exemple : données démographiques, date</i>
Recueil des données		
17.	Guide d'entretien	Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ?
18.	Entretiens répétés	Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ?
19.	Enregistrement audio/visuel	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?
20.	Cahier de terrain	Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (<i>focus group</i>) ?

21.	Durée	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ou l'entretien de groupe focalisé (<i>focus group</i>) ?
22.	Seuil de saturation	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?
23.	Retour des retranscriptions	Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ?
Domaine 3 : Analyse et résultats		
Analyse des données		
24.	Nombre de personnes codant les données	Combien de personnes ont codé les données ?
25.	Description de l'arbre de codage	Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?
26.	Détermination des thèmes	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?
27.	Logiciel	Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ?
28.	Vérification par les participants	Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ?
Rédaction		
29.	Citations présentées	Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ? <i>Par exemple : numéro de participant</i>
30.	Cohérence des données et des résultats	Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ?
31.	Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?
32.	Clarté des thèmes secondaires	Y a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ?

Annexe 6 - Enregistrement Prospero

PROSPERO
International prospective register of systematic reviews



UNIVERSITY of York
Centre for Reviews and Dissemination

Systematic review

Fields that have an asterisk (*) next to them means that they must be answered. Word limits are provided for each section. You will be unable to submit the form if the word limits are exceeded for any section. Registrant means the person filling out the form.

1. * Review title.

Give the title of the review in English
Baby Led Weaning : a systematic review 2006-2021

2. Original language title.

For reviews in languages other than English, give the title in the original language. This will be displayed with the English language title.

3. * Anticipated or actual start date.

Give the date the systematic review started or is expected to start.
23/02/2021

4. * Anticipated completion date.

Give the date by which the review is expected to be completed.
30/04/2022

5. * Stage of review at time of this submission.

Tick the boxes to show which review tasks have been started and which have been completed. Update this field each time any amendments are made to a published record.

Reviews that have started data extraction (at the time of initial submission) are not eligible for inclusion in PROSPERO. If there is later evidence that incorrect status and/or completion date has been supplied, the published PROSPERO record will be marked as retracted.

This field uses answers to initial screening questions. It cannot be edited until after registration.

The review has not yet started: No

Page: 1 / 10

PROSPERO
International prospective register of systematic reviews



refers to groups or organisations to which review team members belong. NOTE: email and country now MUST be entered for each person, unless you are amending a published record.

Mrs Alicia GAUDILLOT, Université Lyon 1
Mrs Berenice LAB, Université Lyon 1

12. * Funding sources/sponsors.

Details of the individuals, organizations, groups, companies or other legal entities who have funded or sponsored the review.

Université Lyon 1

Grant number(s)

State the funder, grant or award number and the date of award

13. * Conflicts of interest.

List actual or perceived conflicts of interest (financial or academic).

None

14. Collaborators.

Give the name and affiliation of any individuals or organisations who are working on the review but who are not listed as review team members. NOTE: email and country must be completed for each person, unless you are amending a published record.

15. * Review question.

State the review question(s) clearly and precisely. It may be appropriate to break very broad questions down into a series of related more specific questions. Questions may be framed or refined using P(I)E(C)OS or similar where relevant.

What is the current relevant science regarding baby led weaning?

16. * Searches.

State the sources that will be searched (e.g. Medline). Give the search dates, and any restrictions (e.g. language or publication date). Do NOT enter the full search strategy (it may be provided as a link or attachment below.)

PubMed, Cochrane, Google Scholar, Embase, Web of Science. 23/02/2021 - 16/05/2021. Restrictions : articles in languages other than English or french

17. URL to search strategy.

Upload a file with your search strategy, or an example of a search strategy for a specific database, (including the keywords) in pdf or word format. In doing so you are consenting to the file being made publicly accessible. Or provide a URL or link to the strategy. Do NOT provide links to your search results.

Alternatively, upload your search strategy to CRD in pdf format. Please note that by doing so you are consenting to the file being made publicly accessible.

Do not make this file publicly available until the review is complete

18. * Condition or domain being studied.

Give a short description of the disease, condition or healthcare domain being studied in your systematic review.

Page: 3 / 10

PROSPERO
International prospective register of systematic reviews



Review stage	Started	Completed
Preliminary searches	Yes	Yes
Piloting of the study selection process	Yes	Yes
Formal screening of search results against eligibility criteria	Yes	Yes
Data extraction	No	No
Risk of bias (quality) assessment	No	No
Data analysis	No	No

Provide any other relevant information about the stage of the review here.

6. * Named contact.

The named contact is the guarantor for the accuracy of the information in the register record. This may be any member of the review team.

Alicia GAUDILLOT Berenice LAB

Email salutation (e.g. "Dr Smith" or "Joanne") for correspondence:

Mrs GAUDILLOT LAB

7. * Named contact email.

Give the electronic email address of the named contact.

lilgaudillot@hotmail.fr

8. Named contact address

Give the full institutional/organisational postal address for the named contact.

9. Named contact phone number.

Give the telephone number for the named contact, including international dialling code.

10. * Organisational affiliation of the review.

Full title of the organisational affiliations for this review and website address if available. This field may be completed as 'None' if the review is not affiliated to any organisation.

Université Lyon 1

Organisation web address:

11. * Review team members and their organisational affiliations.

Give the personal details and the organisational affiliations of each member of the review team. Affiliation

Page: 2 / 10

PROSPERO
International prospective register of systematic reviews



Dietary diversification in infants. Baby Led weaning

19. * Participants/population.

Specify the participants or populations being studied in the review. The preferred format includes details of both inclusion and exclusion criteria.

parents or children who have practiced or experienced baby led weaning

20. * Intervention(s), exposure(s).

Give full and clear descriptions or definitions of the interventions or the exposures to be reviewed. The preferred format includes details of both inclusion and exclusion criteria.

Baby led weaning practice according to well-defined criteria beforehand

21. * Comparator(s)/control.

Where relevant, give details of the alternatives against which the intervention/exposure will be compared (e.g. another intervention or a non-exposed control group). The preferred format includes details of both inclusion and exclusion criteria.

not applicable

22. * Types of study to be included.

Give details of the study designs (e.g. RCT) that are eligible for inclusion in the review. The preferred format includes both inclusion and exclusion criteria. If there are no restrictions on the types of study, this should be stated.

evidence-base guidelines, systematic review, randomized controlled trials, controlled clinical trials, observational studies

23. Context.

Give summary details of the setting or other relevant characteristics, which help define the inclusion or exclusion criteria.

24. * Main outcome(s).

Give the pre-specified main (most important) outcomes of the review, including details of how the outcome is defined and measured and when these measurement are made, if these are part of the review inclusion criteria.

evaluation of the benefit-risk balance of the practice of BLW compared to the dietary diversification currently recommended by the HAS and the WHO

Measures of effect

Please specify the effect measure(s) for you main outcome(s) e.g. relative risks, odds ratios, risk difference, and/or number needed to treat.

25. * Additional outcome(s).

List the pre-specified additional outcomes of the review, with a similar level of detail to that required for main outcomes. Where there are no additional outcomes please state 'None' or 'Not applicable' as appropriate to the review

Not applicable

Page: 4 / 10

Measures of effect

Please specify the effect measure(s) for you additional outcome(s) e.g. relative risks, odds ratios, risk difference, and/or 'number needed to treat'.

26. * Data extraction (selection and coding).

Describe how studies will be selected for inclusion. State what data will be extracted or obtained. State how this will be done and recorded.

Reading of all titles and abstracts of the 5 databases by each of the 2 investigators and first phase of

Publication data for a final selection on title and abstract in double reading.

Complete reading of the articles divided between the 2 investigators.

Thematic analysis of the data

27. * Risk of bias (quality) assessment.

State which characteristics of the studies will be assessed and/or any formal risk of bias/quality assessment tools that will be used.

Reflection on the results of included studies

- Internal validity by using the STROBE, CONSORT, PRISMA, COREQ reading grids
- highlighting and interpretation of the biases of the different studies
- 1 reviewer involved per study
- presentation of the evaluation of the risk of bias of each study between reviewers

28. * Strategy for data synthesis.

Describe the methods you plan to use to synthesise data. This must not be generic text but should be specific to your review and describe how the proposed approach will be applied to your data. If meta-analysis is planned, describe the models to be used, methods to explore statistical heterogeneity, and software package to be used.

Synthesis of the data made after a thematic analysis of the collected data. Grouping by themes and sub-themes defined after complete reading of all articles.

29. * Analysis of subgroups or subsets.

State any planned investigation of 'subgroups'. Be clear and specific about which type of study or participant will be included in each group or covariate investigated. State the planned analytic approach. not applicable

30. * Type and method of review.

Select the type of review, review method and health area from the lists below.

Type of review

Cost effectiveness
No

Diagnostic
No

Epidemiologic
No

Individual patient data (IPD) meta-analysis
No

Intervention
No

Living systematic review
No

Meta-analysis
No

Methodology
No

Narrative synthesis
No

Network meta-analysis
No

Pre-clinical
No

Prevention
No

Prognostic
No

Prospective meta-analysis (PMA)
No

Review of reviews
No

Service delivery
No

Synthesis of qualitative studies
No

Systematic review
Yes

Other
No

No

Health area of the review

Alcohol/substance misuse/abuse
No

No

Blood and immune system
No

Cancer
No

Cardiovascular
No

Care of the elderly
No

Child health
Yes

Complementary therapies
No

COVID-19
No

Crime and justice
No

Dental
No

Digestive system
No

Ear, nose and throat
No

Education
No

Endocrine and metabolic disorders
No

Eye disorders
No

General interest
No

Genetics
No

Health inequalities/health equity
No

Infections and infestations
No

International development
No

Mental health and behavioural conditions
No

Musculoskeletal
No

Neurological

No

Nursing
No

Obstetrics and gynaecology
No

Oral health
No

Palliative care
No

Perioperative care
No

Physiotherapy
No

Pregnancy and childbirth
No

Public health (including social determinants of health)
No

Rehabilitation
No

Respiratory disorders
No

Service delivery
No

Skin disorders
No

Social care
No

Surgery
No

Tropical Medicine
No

Urological
No

Wounds, injuries and accidents
No

Violence and abuse
No

No

31. Language.

Select each language individually to add it to the list below, use the bin icon to remove any added in error.

English

French

There is not an English language summary

32. * Country.

Select the country in which the review is being carried out. For multi-national collaborations select all the countries involved.

France

33. Other registration details.

Name any other organization where the systematic review title or protocol is registered (e.g. Campbell, or The Joanna Briggs Institute) together with any unique identification number assigned by them. If extracted data will be stored and made available through a repository such as the Systematic Review Data Repository (SHDR), details and a link should be included here. If none, leave blank.

34. Reference and/or URL for published protocol.

If the protocol for this review is published provide details (authors, title and journal details, preferably in Vancouver format)

Add web link to the published protocol.

Or, upload your published protocol here in pdf format. Note that the upload will be publicly accessible.

No I do not make this file publicly available until the review is complete

Please note that the information required in the PROSPERO registration form must be completed in full even if access to a protocol is given.

35. Dissemination plans.

Do you intend to publish the review on completion?

No

Give brief details of plans for communicating review findings. ?

36. Keywords.

Give words or phrases that best describe the review. Separate keywords with a semicolon or new line. Keywords help PROSPERO users find your review (keywords do not appear in the public record but are included in searches). Be as specific and precise as possible. Avoid acronyms and abbreviations unless these are in wide use.

Systematic review: Baby led weaning: baby led introduction to solids.

37. Details of any existing review of the same topic by the same authors.

If you are registering an update of an existing review give details of the earlier versions and include a full bibliographic reference, if available.

38. * Current review status.

Update review status when the review is completed and when it is published. New registrations must be ongoing so this field is not editable for initial submission.

Please provide anticipated publication date

Review_Ongoing

39. Any additional information.

Provide any other information relevant to the registration of the review.

40. Details of final report/publication(s) or preprints if available.

Leave empty until publication details are available OR you have a link to a preprint (NOTE: this field is not editable for initial submission). List authors, title and journal details preferably in Vancouver format.

Give the link to the published review or preprint.

Annexe 7 - Grille PRISMA de notre revue de la littérature

Section et sujet	Item #	Élément de la liste de contrôle	Lieu où l'article est signalé
TITRE			
Titre	1	Identifier le rapport comme une revue systématique.	Page 1
RÉSUMÉ			
Résumé	2	Voir la liste de contrôle PRISMA 2020 pour les résumés.	
INTRODUCTION			
Justification	3	Décrire la raison d'être de l'examen dans le contexte des connaissances existantes.	Page 20
Objectifs	4	Fournir un énoncé explicite de l'objectif ou des objectifs ou des questions auxquels l'examen répond.	Page 23
MÉTHODES			
Critères d'éligibilité	5	Préciser les critères d'inclusion et d'exclusion de l'examen et la manière dont les études ont été regroupées pour les synthèses.	Page 24
Sources d'information	6	Précisez toutes les bases de données, registres, sites web, organisations, listes de référence et autres sources recherchées ou consultées pour identifier les études. Précisez la date à laquelle chaque source a été recherchée ou consultée pour la dernière fois.	Pages 23 et 25
Stratégie de recherche	7	Présentez les stratégies de recherche complètes pour toutes les bases de données, registres et sites web, y compris les filtres et limites utilisés.	Page 24
Processus de sélection	8	Précisez les méthodes utilisées pour décider si une étude répond aux critères d'inclusion de l'examen, y compris le nombre de réviseurs qui ont examiné chaque enregistrement et chaque rapport récupéré, s'ils ont travaillé de manière indépendante et, le cas échéant, les détails des outils d'automatisation utilisés dans le processus.	Page 25
Processus de collecte des données	9	Précisez les méthodes utilisées pour collecter les données des rapports, y compris le nombre de réviseurs qui ont collecté les données de chaque rapport, s'ils ont travaillé de manière indépendante, tout processus pour obtenir ou confirmer les données des investigateurs de l'étude et, le cas échéant, les détails des outils d'automatisation utilisés dans le processus.	Page 25
Éléments de données	10a	Énumérer et définir tous les résultats pour lesquels des données ont été recherchées. Précisez si tous les résultats compatibles avec chaque domaine de résultats dans chaque étude ont été recherchés (par exemple, pour toutes les mesures, tous les points dans le temps, toutes les analyses) et, dans la négative, les méthodes utilisées pour décider des résultats à collecter.	Pages 24 et 25
	10b	Énumérer et définir toutes les autres variables pour lesquelles des données ont été recherchées (par exemple, les caractéristiques des participants et des interventions, les sources de financement). Décrire toutes les hypothèses faites sur les informations manquantes ou imprécises.	Pages 25-27
Évaluation du risque de biais de l'étude	11	Précisez les méthodes utilisées pour évaluer le risque de biais dans les études incluses, y compris les détails de l'outil ou des outils utilisés, le nombre de réviseurs qui ont évalué chaque étude et s'ils ont travaillé de manière indépendante, et le cas échéant, les détails des outils d'automatisation utilisés dans le processus.	Page 26
Mesures d'effet	12	Préciser pour chaque résultat la ou les mesures de l'effet (par exemple, le rapport de risque, la différence moyenne) utilisées dans la synthèse ou la présentation des résultats.	Pages 26 et 27
Méthodes de synthèse	13a	Décrire les processus utilisés pour décider quelles études étaient éligibles pour chaque synthèse (par exemple, tabulation des caractéristiques de l'intervention de l'étude et comparaison avec les groupes prévus pour chaque synthèse (point 5)).	
	13b	Décrivez toute méthode requise pour préparer les données en vue de leur présentation ou de leur synthèse, comme le traitement des statistiques sommaires manquantes ou les conversions de données.	Pages 26 et 27
	13c	Décrivez toutes les méthodes utilisées pour présenter sous forme de tableaux ou visuellement les résultats des études individuelles et des synthèses.	Pages 26 et 27
	13d	Décrivez toute méthode utilisée pour synthétiser les résultats et justifiez le(s) choix. Si une méta-analyse a été effectuée, décrivez le(s) modèle(s), la(les) méthode(s) pour identifier la présence et l'étendue de l'hétérogénéité statistique, et le(s) logiciel(s) utilisé(s).	Pages 26 et 27
	13e	Décrivez toute méthode utilisée pour explorer les causes possibles de l'hétérogénéité entre les résultats des études (par exemple, analyse de sous-groupes, méta-régression).	
	13f	Décrivez toute analyse de sensibilité effectuée pour évaluer la robustesse des résultats synthétisés.	
Évaluation du	14	Décrire toute méthode utilisée pour évaluer le risque de biais dû aux résultats manquants dans une synthèse (résultant de biais de	
Biais de déclaration		oclaration).	
Évaluation de la certitude	15	Décrire toute méthode utilisée pour évaluer la certitude (ou la confiance) dans l'ensemble des preuves pour un résultat.	Page 27
RÉSULTATS			
Sélection des études	16a	Décrivez les résultats du processus de recherche et de sélection, du nombre d'enregistrements identifiés dans la recherche au nombre d'études incluses dans l'examen, en utilisant idéalement un diagramme de flux.	Pages 28 et 29
	16b	Citez les études qui pourraient sembler répondre aux critères d'inclusion, mais qui ont été exclues, et expliquez pourquoi elles ont été exclues.	Page 29
Caractéristiques de l'étude	17	Citez chaque étude incluse et présentez ses caractéristiques.	Pages 31-34
Risque de biais dans les études	18	Présenter les évaluations du risque de biais pour chaque étude incluse.	
Résultats des études individuelles	19	Pour tous les résultats, présenter, pour chaque étude : (a) des statistiques sommaires pour chaque groupe (le cas échéant) et (b) une estimation de l'effet et sa précision (par exemple, intervalle de confiance/crédible), idéalement en utilisant des tableaux ou des graphiques structurés.	Pages 31-42
Résultats des synthèses	20a	Pour chaque synthèse, résumez brièvement les caractéristiques et le risque de biais des études participantes.	Pages 35-42
	20b	Présenter les résultats de toutes les synthèses statistiques effectuées. Si une méta-analyse a été effectuée, présenter pour chacune l'estimation sommaire et sa précision (par exemple, intervalle de confiance/crédible) et les mesures de l'hétérogénéité statistique. En cas de comparaison de groupes, décrire la direction de l'effet.	
	20c	Présenter les résultats de toutes les enquêtes sur les causes possibles d'hétérogénéité entre les résultats des études.	
	20d	Présenter les résultats de toutes les analyses de sensibilité effectuées pour évaluer la robustesse des résultats synthétisés.	
Biais de déclaration	21	Présenter les évaluations du risque de biais dû aux résultats manquants (découlant des biais de déclaration) pour chaque synthèse évaluée.	
Certitude de la preuve	22	Présenter les évaluations de la certitude (ou de la confiance) dans l'ensemble des preuves pour chaque résultat évalué.	
DISCUSSION			
Discussion	23a	Fournir une interprétation générale des résultats dans le contexte d'autres preuves.	Pages 61-69
	23b	Discutez des limites des preuves incluses dans l'examen.	Page 70
	23c	Discutez des limitations éventuelles des processus d'examen utilisés.	Page 70
	23d	Discutez des implications des résultats pour la pratique, la politique et la recherche future.	Pages 71-72
AUTRES INFORMATIONS			
Enregistrement et protocole	24a	Fournir les informations d'enregistrement de l'examen, y compris le nom du registre et le numéro d'enregistrement, ou indiquer que l'examen n'a pas été enregistré.	Page 27
	24b	Indiquer où le protocole d'examen peut être consulté, ou préciser qu'aucun protocole n'a été préparé.	Page 27
	24c	Décrivez et expliquez toute modification des informations fournies lors de l'enregistrement ou dans le protocole.	Annexe 6
Soutien	25	Décrivez les sources de soutien financier ou non financier pour l'examen, et le rôle des bailleurs de fonds ou des sponsors dans l'examen.	Page 27
Intérêts concurrents	26	Déclarez tout intérêt concurrent des auteurs de la revue.	Page 27
Disponibilité des données, du code et d'autres matériaux	27	Indiquer quels sont les éléments suivants qui sont accessibles au public et où ils peuvent être trouvés : modèles de formulaires de collecte de données ; données extraites des études incluses ; données utilisées pour toutes les analyses ; code analytique ; tout autre matériel utilisé dans l'examen.	

Annexe 8 - Tableau de la diversification Santé Publique France

LA DIVERSIFICATION ALIMENTAIRE DE VOTRE ENFANT JUSQU'A 3 ANS

		DE LA NAISSANCE À 4 MOIS		ENTRE 4 ET 6 MOIS
CONSEILS				
		Donner uniquement du lait		<ul style="list-style-type: none"> - Débuter la diversification - Proposer tous les groupes d'aliments sous forme mixée lisse - Si allergies dans la famille, consulter le médecin avant de débiter
	Lait maternel Et/ou Préparations infantiles	Lait maternel ou Préparation pour nourrissons ("lait" 1 ^{er} âge)		Lait maternel ou Transition "lait infantile" 1 ^{er} âge au "lait infantile" 2 ^e âge
	Produits laitiers : yaourts, fromage blanc, petits suisses, fromage	Ne pas donner		<ul style="list-style-type: none"> Exemples : - quelques cuillères à café de yaourt au goûter - de temps en temps faire fondre un peu de fromage râpé dans une purée
	Fruits et Légumes : tous	Ne pas donner		<ul style="list-style-type: none"> - Tous les jours - Quelques cuillères à café, puis augmenter progressivement selon l'appétit de l'enfant - Légumes bien cuits et mixés lisses - Fruits bien cuits et mixés en compotes non sucrées
	Légumes secs : lentilles, haricots secs, pois chiches, etc.	Ne pas donner		<ul style="list-style-type: none"> - De temps en temps - 1 cuillère à café - Bien cuits et mixés en purée lisse
	Pommes de terre et autres féculents : pâtes, riz, semoule, pain, dont produits complets ou semi complets	Ne pas donner		<ul style="list-style-type: none"> - Le gluten peut être introduit même pour les enfants à risque d'allergie - Toujours mélangés avec des légumes : ¼ féculents mixés et ¾ légumes mixés en purée lisse
	Volaille, autres viandes, poisson et œufs	Ne pas donner		<ul style="list-style-type: none"> - De temps en temps puis plus régulièrement - 5 g/jour = 1 cuillère à café d'aliments mixés ou d'œuf dur écrasé
	Matières grasses ajoutées : huile (colza, noix, olive), beurre	Ne pas donner		Par jour : 1 cuillère à café d'huile ou de temps en temps 1 noisette de beurre
	Boissons	Proposer de l'eau en cas de forte chaleur, de fièvre, de vomissements ou de diarrhée		<ul style="list-style-type: none"> - Eau à volonté, au verre - Eviter toutes les boissons sucrées, dont tous les types de jus de fruits, tous les sodas et les sirops
	Charcuterie	Ne pas donner		Jambon blanc possible de temps en temps, mixé très lisse : 1 cuillère à café
	Sel et produits salés	Ne pas donner		<ul style="list-style-type: none"> - Ne pas saler les préparations maison ni les petits pots du commerce - Ne pas donner de produits salés (produits apéritifs...)
	Produits sucrés : chocolat, confiseries, gâteaux, crèmes dessert, glaces, ketchup...	Ne pas donner		Ne pas donner de miel avant 1 an (risque infectieux)

Votre enfant grandit, retournez l'affichette

LA DIVERSIFICATION ALIMENTAIRE DE VOTRE ENFANT JUSQU'A 3 ANS

	CONSEILS	À PARTIR DE 6/8 MOIS	DE 1 AN A 3 ANS
		<i>Faire découvrir progressivement toutes les textures : des aliments mixés lisses aux aliments hachés, écrasés, puis aux petits morceaux mous</i>	<i>Donner une alimentation variée et équilibrée proche de celle recommandée pour les adultes, en quantités adaptées à l'âge de l'enfant</i> <i>Continuer à donner du lait</i>
 Lait maternel Et/ou Préparations infantiles		Lait maternel et / ou "Lait infantile" 2 ^e âge : 500 ml/j	Lait maternel ou "Lait de croissance" ou alterner "lait de croissance" et lait de vache entier UHT 500ml/j (sans dépasser 800ml par jour de lait + produits laitiers)
 Produits laitiers : yaourts, fromage blanc, petits suisses, fromage	- À alterner - Nature, non aromatisés - Ne pas donner de lait cru ni de fromages au lait cru (risques infectieux) sauf emmental ou comté - Les produits 0%, écrémés et demi-écrémés ne conviennent pas aux moins de 3 ans	- À partir de 8/10 mois, petit morceau de fromages mous - À partir de 10 mois, petit morceau de fromages de plus en plus durs	- 150 à 200 ml de lait = un yaourt = 20 g de fromage - Toutes textures
 Fruits et Légumes : tous	- Plutôt de saison et produits localement - Bio si possible	- À chaque repas et selon l'appétit de l'enfant - Légumes bien cuits - Fruits bien mûrs ou cuits	- À chaque repas et selon l'appétit de l'enfant - Crus et cuits, toutes textures, dont morceaux à croquer
 Légumes secs : lentilles, haricots secs, pois chiches, etc.	- Bio si possible - À proposer selon la façon dont l'enfant les digère	- Environ 1 fois par semaine - Quelques cuillères à café - Purée écrasée à la fourchette - Puis progressivement, légumes secs non mixés, bien cuits et fondants	- Au moins 2 fois par semaine - Toutes les textures
 Pommes de terre et autres féculents : pâtes, riz, semoule, pain, dont produits complets ou semi complets	- Bio si possible - Féculents complets : Proposer selon la façon dont l'enfant les digère	- Toujours proposés avec des légumes : moitié féculents moitié légumes - Riz, semoule, pâtes de moins en moins fines, pain, pommes de terre en petits morceaux fondants	- Tous les jours - Toutes textures - 3 à 4 cuillères à soupe par jour
 Volaille, autres viandes, poisson et œufs	- Toujours très cuits - Privilégier la volaille - Poisson : 2 fois par semaine dont 1 poisson gras : sardine, maquereau, saumon... - Ne pas donner de coquillages crus, ou de préparations à base d'œuf cru	10 g/jour = 2 cuillères à café ou ¼ d'œuf dur	Hachés, écrasés, puis progressivement en morceaux - Entre 1 et 2 ans : 20 g/jour = 4 cuillères à café ou 1/3 d'œuf dur - Entre 2 et 3 ans : 30 g/jour = 6 cuillères à café ou 1/2 œuf dur
 Matières grasses ajoutées : huile (colza, noix, olive), beurre	- À ajouter crues aux préparations maison ou du commerce si elles n'en contiennent pas - Privilégiez les huiles et variez-les	Par jour : 1 cuillère à café d'huile ou de temps en temps 1 noisette de beurre	Par jour : 2 cuillères à café d'huile ou de temps en temps 2 noisettes de beurre
 Boissons	La seule boisson recommandée est l'eau	- Eau à volonté, au verre - Eviter toutes les boissons sucrées, dont tous les types de jus de fruits, tous les sodas et les sirops - Ne pas donner de boissons "light", de café, thé, sodas caféinés ni de boissons dites "énergisantes"	
 Charcuterie	En dehors du jambon blanc, la charcuterie (saucisses, pâtés...) ne doit être donnée qu'exceptionnellement	Jambon blanc possible de temps en temps, mixé puis en petits morceaux : 2 cuillères à café	Jambon blanc possible de temps en temps : Entre 1 et 2 ans : 4 cuillères à café Entre 2 et 3 ans : 6 cuillères à café
 Sel et produits salés	À limiter	- Ne pas saler les préparations maison ni les petits pots du commerce - Ne pas donner de produits salés (produits apéritifs...)	- Ne pas saler les produits du commerce - Limiter la consommation de produits salés (produits apéritifs...)
 Produits sucrés : chocolat, confiseries, gâteaux, crèmes dessert, glaces, ketchup...	- À limiter - À introduire à l'âge le plus tardif possible	Ne pas donner de miel avant 1 an (risque infectieux)	Attention, les céréales du petit-déjeuner sont en général sucrées



Nom, prénom du candidat : GAUDILLOT Alicia

CONCLUSIONS

La diversification alimentaire menée (DME) par l'enfant a pour but de respecter les choix de l'enfant en proposant des aliments solides et variés à partir de 6 mois. Des inquiétudes apparaissent sur la suffisance des apports alimentaires, l'équilibre alimentaire et le risque d'étouffement.

Quelles sont les données scientifiques pertinentes actuelles concernant la diversification alimentaire menée par l'enfant ?

Une revue systématique descriptive de la littérature francophone et anglophone, provenant de 5 bases de données, est réalisée en accord avec la grille PRISMA. 38 articles ont été inclus.

La DME présente autant de risques que la diversification traditionnelle et s'en distingue par des bénéfices sur la qualité de vie des familles. Le risque de fausse route est identique, les données sur la croissance staturo pondérale sont discordantes mais le suivi des courbes de croissance permet de limiter les risques. Une forte participation aux repas familiaux est associée à un développement moteur plus précoce. Les protocoles BLISS (Baby Led Introduction to Solids) peuvent être une réponse à certaines inquiétudes des parents et des professionnels de santé. Le principal inconvénient rapporté par les familles est l'attitude négative des proches et professionnels de santé avec une difficulté à la mettre en place en collectivité.

La DME peut être proposée, elle doit être accompagnée comme la diversification traditionnelle. De nouvelles études sont nécessaires afin de compléter nos connaissances sur les effets à long terme. La prévalence en France n'est pas connue. Les nouvelles recommandations élaborées par Santé Publique France (septembre 2021) semblent aller dans le sens d'une diversification alimentaire moins contraignante validant une approche plus centrée sur l'enfant.

Le Président de jury,
Nom et Prénom
Signature

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD LYON 1
Docteur Marie FLORI
Professeur
de Médecine Générale

VU,
Le Doyen de la Faculté de Médecine
et de Maïeutique Lyon-Sud Charles Mérieux

Professeur Caroline RILLON

Vu et permis d'imprimer
Lyon, le 15/02/2022



Nom, prénom du candidat : LAB Bérénice

CONCLUSIONS

La diversification alimentaire menée (DME) par l'enfant a pour but de respecter les choix de l'enfant en proposant des aliments solides et variés à partir de 6 mois. Des inquiétudes apparaissent sur la suffisance des apports alimentaires, l'équilibre alimentaire et le risque d'étouffement.

Quelles sont les données scientifiques pertinentes actuelles concernant la diversification alimentaire menée par l'enfant ?

Une revue systématique descriptive de la littérature francophone et anglophone, provenant de 5 bases de données, est réalisée en accord avec la grille PRISMA. 38 articles ont été inclus.

La DME présente autant de risques que la diversification traditionnelle et s'en distingue par des bénéfices sur la qualité de vie des familles. Le risque de fausse route est identique, les données sur la croissance staturale pondérale sont discordantes mais le suivi des courbes de croissance permet de limiter les risques. Une forte participation aux repas familiaux est associée à un développement moteur plus précoce. Les protocoles BLISS (Baby Led Introduction to SolidS) peuvent être une réponse à certaines inquiétudes des parents et des professionnels de santé. Le principal inconvénient rapporté par les familles est l'attitude négative des proches et professionnels de santé avec une difficulté à la mettre en place en collectivité.

La DME peut être proposée, elle doit être accompagnée comme la diversification traditionnelle. De nouvelles études sont nécessaires afin de compléter nos connaissances sur les effets à long terme. La prévalence en France n'est pas connue. Les nouvelles recommandations élaborées par Santé Publique France (septembre 2021) semblent aller dans le sens d'une diversification alimentaire moins contraignante validant une approche plus centrée sur l'enfant.

Le Président de jury,
Nom et Prénom
Signature

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD LYON 1
Docteur Marie FLORI
Professeur
de Médecine Générale

VU,
Le Doyen de la Faculté de Médecine
et de Maïeutique Lyon-Sud Charles Mérieux

Professeur

Vu et permis d'imprimer
Lyon, le 15/02/2022



GAUDILLOT Alicia, LAB Bérénice

LA DIVERSIFICATION ALIMENTAIRE MENÉE PAR L'ENFANT

Une revue systématique descriptive de la littérature de 2006 à 2021

RÉSUMÉ

CONTEXTE : La DME est une pratique de diversification en expansion. Les professionnels de santé n'ont pas de formation sur le sujet. Les médecins généralistes sont sollicités par les familles et doivent s'assurer du bon développement de l'enfant.

OBJECTIF : Faire un état des lieux des connaissances scientifiques actuelles sur la DME.

MÉTHODE : Revue systématique de la littérature issue de cinq bases de données, selon les principes du Prisma statement.

RÉSULTATS : 38 articles ont été retenus à l'issue du processus de sélection. Quatre thèmes ont fait l'objet d'une attention particulière : 1) risque de fausses routes 2) croissance staturo pondérale 3) statut nutritionnel 4) bénéfices sur la dynamique familiale

CONCLUSION : La DME présente autant de risques que la diversification traditionnelle et s'en distingue par des bénéfices sur la qualité de vie des familles. La diffusion d'informations aux professionnels de santé serait bénéfique dans une approche centrée-patient.

MOTS CLÉS Diversification alimentaire menée par l'enfant, médecine générale

JURY

Président :	Madame la Professeure Marie FLORI
Membres :	Monsieur le Professeur Pierre FOURNERET
	Monsieur le Professeur Marc NICOLINO
	Monsieur le Docteur Frédéric ZORZI

DATE DE SOUTENANCE Jeudi 31 mars 2022

ADRESSE POSTALE DES AUTEURS

Mme GAUDILLOT Alicia
106 Cours Albert Thomas
69008 LYON

Mme LAB Bérénice
5 Quai Jules Courmont
69002 LYON

VOTRE EMAIL

lili.gaudillot@hotmail.fr

berenice.lab@tutanota.fr