

Mémoire de Maîtrise en médecine No 2571

Alimentation et santé dans la population immigrante infantile récemment arrivée en Suisse

Etudiant

Cyril Knob

Tuteur

Dr. Mario Gehri

Département médico-chirurgical de pédiatrie, HEL, CHUV

Expert

Dr. Xavier Onrubia

Pédiatre FMH

Lausanne, décembre 2015

Abstract

Alimentation et santé dans la population immigrante infantile récemment arrivée en Suisse

Food and health among the immigrated infant population recently arrived in Switzerland

Introduction: L'alimentation et la nutrition sont des facteurs importants pour le maintien d'une bonne santé. Ceci est particulièrement vrai durant le jeune âge de part les importantes répercussions que peuvent avoir une nutrition de mauvaise qualité sur la santé de l'enfant et sur sa vie adulte future. La population immigrante infantile étant souvent plus fragile de point de vue socio-économique, semblerait être plus susceptible de développer une alimentation de mauvaise qualité et s'exposerait ainsi de façon plus importante aux pathologies associées.

Objectifs: Evaluer, en regard des recommandations alimentaires de la Société Suisse de Pédiatrie et de la Société Suisse de Nutrition, les habitudes alimentaires au sein d'une population d'enfants migrants récemment arrivés en Suisse romande. Explorer le processus d'adaptation alimentaire des enfants et des familles migrantes, les changements diététiques perçus par rapport à leur pays d'origine ainsi que les difficultés rencontrées pour avoir une alimentation de qualité.

Méthodes: Etude pilote, prospective, transversale s'articulant autour d'entretiens semi-dirigés de type qualitatifs avec certaines composantes quantitatives.

Résultats: Vingt-neuf enfants migrants ont été inclus dans l'étude. Les habitudes alimentaires incorrectes répertoriées sont une consommation insuffisante de fruits et légumes, la consommation excessive de boissons sucrées et un nombre insuffisant de produits laitiers dans la diète. Parmi ces catégories, un changement dans les habitudes alimentaires des enfants entre le pays d'origine et la Suisse est ressorti pour les deux premiers items. Les principaux facteurs évoqués influençant les pratiques alimentaires sont la culture d'origine, le parcours migratoire, le statut socio-économique et le processus d'acculturation au pays d'origine.

Conclusion: Ces pratiques alimentaires inadéquates peuvent avoir des répercussions sérieuses sur la santé. Une prévention plus efficace pourrait être envisagée.

Mots-clés: Habitudes alimentaires – Enfants migrants – Diversité culturelle – Adaptation comportementale – Education nutritionnelle.

Table des matières

Introduction	4
Etat des connaissances.....	4
Objectifs de l'étude.....	8
Intérêts de l'étude	8
Méthodologie	9
Généralités et cadre de l'étude	9
Sélection des sujets.....	9
Collecte des données.....	9
Outils méthodologiques.....	10
Résultats	12
Description de l'échantillon.....	12
Caractéristiques des habitudes alimentaires et changements au niveau de la diète : éléments quantifiables	13
Alimentation et adaptation : données qualitatives.....	14
Discussion	16
Mise en perspective des résultats en regard des connaissances actuelles	16
Limites de l'étude	18
Bénéfices du travail et nouvelles perspectives.....	19
Conclusion	21
Remerciements	22
Références.....	23
Annexes.....	26

Introduction

Etat des connaissances

La Suisse, de par sa position géographique, politique et économique, est soumise à d'importants flux migratoires. Pour l'année 2014, l'office fédéral de la statistique dénombre une entrée en Suisse de 161'149 immigrants de nationalité étrangère dont 44'656 sont issus d'un pays non-membre de l'Union européenne ou de l'Association européenne de libre-échange (AELE).¹ Toujours en 2014, le nombre de personnes étant dans le processus d'asile suisse s'élevait à 48'000. A noter que parmi celles-ci, les nationalités les plus représentées sont l'Erythrée et la Syrie.² Ces chiffres illustrent bien combien la Suisse s'inscrit dans les mouvements migratoires actuels impliquant une perpétuelle adaptation notamment sociale et sanitaire.

Ainsi, en terme de santé publique et de prévention, les migrations amènent à de nouveaux défis qu'il est important de ne pas négliger. Ceci est particulièrement vrai pour les populations migrantes infantiles, celles-ci étant par définition des populations vulnérables³. Il est donc important de bien évaluer un enfant migrant lors de son arrivée, tout en gardant en tête que bien qu'il s'agisse d'une population vulnérable, être un enfant migrant n'est pas toujours un facteur de risque. Ceci dépendra des questions suivantes : D'où vient-il ? Pourquoi est-il venu ? Comment est-il accueilli ? Comment est-il inséré ? De quelle milieu socio-économique est-il issu ? Différents facteurs peuvent ainsi influencer la prise en charge d'un enfant immigré (tableau 1).⁴

Facteurs sociaux	<ul style="list-style-type: none"> • Absence ou mauvaise couverture sociale (assurance maladie) • Précarité de la situation légale (type de permis de séjour) • Difficultés ou non d'intégration dans le pays d'immigration • Qualité de l'intégration des parents dans le pays d'immigration
Facteurs psychologiques	<ul style="list-style-type: none"> • Exposition à la violence, torture, désastre écologique avant d'arriver • Différences plus ou moins prononcées de culture et de langue
Facteurs médicaux	<ul style="list-style-type: none"> • Incubation de maladie « exotique » (malaria, typhoïde, amibiase, ...) • Utilisation de thérapies traditionnelles • Passage dans des camps, prisons, hôpitaux (tuberculose, HIV, hép. B) • Différences dans le mode d'alimentation • Calendrier vaccinal du pays de provenance parfois sommaire

Tableau 1 : Facteurs pouvant influencer la prise en charge médicale.⁴

L'évaluation d'un enfant migrant sur le plan sanitaire n'est donc pas toujours aisée. Dès lors, il peut être utile de garder en mémoire les problèmes de santé les plus fréquents (tableau 2).⁵

Infectieux	Nutritionnel	Santé mentale	Expositions aux toxiques	Général
<ul style="list-style-type: none"> • Vaccinations incomplètes • Tuberculose • Parasitoses digestives • Hép B, C • Malaria • HIV 	<ul style="list-style-type: none"> • Anémies • Malnutrition • Obésité • Rachitisme 	<ul style="list-style-type: none"> • Dépression • Anxiété • Stress post-traumatique • Hyperactivité/trouble de déficit de l'attention 	<ul style="list-style-type: none"> • Plomb • Exposition prénatale à l'alcool ou aux drogues • Radioactivité 	<ul style="list-style-type: none"> • Problèmes dentaires • Difficulté d'évaluer l'âge de l'enfant • Retard de développement • Problèmes auditifs et ophtalmiques • Puberté précoce

Tableau 2 : Problèmes de santé les plus fréquents rencontrés chez l'enfant migrant.⁵

L'aspect nutritionnel occupe donc une place fondamentale dans la prise en charge de la population migrante infantile. De manière générale et particulièrement chez les enfants, l'alimentation et la nutrition sont des facteurs importants pour le maintien d'une bonne santé. Le déficit ou l'excès de certains nutriments que l'on peut retrouver chez l'enfant ou l'adolescent migrant peut amener à différentes pathologies durant l'enfance parmi lesquelles nous pouvons entre autres citer l'anémie par carence martiale, le rachitisme, l'obésité et la malnutrition.^{6, 7, 8, 9} Une mauvaise alimentation durant l'enfance peut également amener au développement de certaines pathologies durant la vie adulte comme par exemple l'hypertension artérielle, l'hypercholestérolémie, le diabète de type II ou encore l'obésité.^{10, 11, 12, 13}

La population immigrante récemment arrivée dans un pays occidental, étant souvent plus fragile d'un point de vue socio-économique, semblerait être plus susceptible de développer une alimentation de mauvaise qualité et s'exposerait en conséquence de façon plus importante aux pathologies associées.

Ainsi, une étude genevoise¹⁴ conduite parmi une population de demandeurs d'asile africains à Genève, relève certains changements de diète après la migration avec notamment une diminution de la consommation des fruits et légumes et une augmentation de la consommation de boissons sucrées.

En Espagne, diverses études ^{15, 16} au sein de la population migrante infantile mettent en avant des pratiques alimentaires inadéquates par rapport aux recommandations sanitaires de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et de la ESPGHAN (European Society for Paediatric Gastroenterology Hepatology and Nutrition) avec entre autres une introduction incorrecte de certains aliments dans l'alimentation complémentaire du nourrisson.

Devant le constat d'une alimentation de mauvaise qualité, il est légitime de s'interroger sur l'origine de celle-ci. On ne peut cependant pas donner de réponse claire à cette question tant l'alimentation du migrant est influencée par différents facteurs : le parcours migratoire, la culture d'origine, les processus d'adaptation et d'acculturation, le statut socio-économique et migratoire, les croyances religieuses,... ¹⁷

Durant le parcours migratoire, le migrant peut être confronté à de nombreux obstacles pour obtenir une nourriture de qualité, diversifiée et complète. Le passage par un camp de réfugié pourrait notamment amener à un déficit en micronutriments alors que le passage par une zone urbaine pourrait constituer un risque augmenté en terme de surpoids ou d'obésité. ¹⁸

Une étude américaine ¹⁹ au sein d'une population d'enfants réfugiés arrivant dans l'état de Géorgie, compare par exemple, les réfugiés Birmans arrivant via la Thaïlande, où la majorité des individus ont résidé dans un camp de réfugié, à ceux ayant transité par la Malaisie, où la majorité des individus ont vécu dans des zones urbaines. Les résultats mettent en évidence une prévalence d'enfants malnutris plus élevée pour les réfugiés qui sont passés par la Thaïlande par rapport à ceux ayant transité par la Malaisie.

Bien évidemment, la culture d'origine influence également fortement l'alimentation de l'enfant migrant. Les différences en terme d'alimentation étant au moins aussi nombreuses que les différences culturelles autour de la planète, il existe ainsi une très grande variabilité en ce qui concerne les comportements alimentaires. ²⁰

Aux Etats-Unis par exemple, les mères hispaniques introduisent plus rapidement la nourriture complémentaire chez leurs enfants que les mères anglo-américaines. ²¹

Autre exemple, une étude conduite au sein de populations chinoises et marocaines en France, révèle d'importantes différences notamment en ce qui concerne l'allaitement ; les mères chinoises sont beaucoup moins nombreuses à allaiter leurs nourrissons (seulement 1% d'entre-elles) par rapport aux mères marocaines (79%).²²

En outre, les immigrants, en arrivant dans un pays d'accueil, réalisent un processus d'acculturation, au travers duquel ils assimilent et incorporent des éléments provenant de la culture locale.¹⁷ L'immigration induit donc de nouveaux comportements alimentaires balancés entre l'alimentation traditionnelle de base de la famille migrante et l'emprunt de nouvelles habitudes. Ainsi, les parents migrants seront souvent dans le flou concernant la conduite à tenir par rapport à l'alimentation de leurs enfants.²³

Dans une étude où ils décrivent les comportements alimentaires de l'enfant maghrébin de 0 à 18 mois dans son pays d'origine (Maroc, Algérie et Tunisie) et dans trois pays d'immigration (France, Espagne et Belgique)²⁴, F. Rovillé-Sausse et al. ont constaté un âge de sevrage à l'allaitement plus précoce dans la population maghrébine grandissant en Europe par rapport à celle grandissant au Maghreb. Les auteurs notent ainsi une homogénéisation des comportements alimentaires par imitation des habitudes du pays d'accueil.

Deux autres études conduites au sein de population immigrantes aux Etats-Unis, révèlent une augmentation des comportements reliés au surpoids ainsi qu'une augmentation subséquente du BMI chez les migrants de deuxième et troisième générations. Pour expliquer ces résultats, les auteurs suggèrent une augmentation du processus d'acculturation pour le migrants nés sur sol américain et donc pour ceux-ci un comportement plus empreint de la culture « obésogène » des Etats-Unis.^{25,26}

De plus, les enfants de par leur intégration à l'école représentent fréquemment le facteur d'ouverture à ces nouvelles habitudes alimentaires.²⁷ Ils sont souvent les premiers à avoir tendance à « occidentaliser » leurs comportements alimentaires en abandonnant les repas du pays et en se dirigeant notamment vers une alimentation de type malbouffe / « fast food ». ²⁸

Enfin, de par les barrières linguistiques et socio-culturelles, les populations migrantes sont fréquemment des populations qui sont moins souvent atteintes par les

recommandations sanitaires et par les moyens de prévention primaire du pays d'accueil.²⁹

Objectifs de l'étude

Ce travail évalue, en regard des recommandations alimentaires de la Société Suisse de Pédiatrie (SSP)³⁰ et de la Société Suisse de Nutrition (SSN)³¹, les habitudes alimentaires au sein d'une population d'enfants migrants récemment arrivés en Suisse romande. De plus, il explore également le processus d'adaptation alimentaire des enfants et des familles migrantes, les changements diététiques perçus par rapport à leur pays d'origine ainsi que les difficultés rencontrées pour avoir une alimentation de qualité.

Intérêts de l'étude

La thématique des migrations de par sa complexité et de par ses multiples spécificités (chaque flux migratoire est unique, répond à ses propres caractéristiques), nécessite de constantes mises à jour et adaptations en terme de santé de publique. Une meilleure connaissance de la situation actuelle en Suisse permettrait de mieux cibler les besoins et les nécessités de la population migrante infantile et subséquemment de développer une meilleure prévention en terme d'alimentation avec des interventions nutritionnelles éducatives plus appropriées et mieux ciblées à ce type de population.

En outre, de part les phénomènes de globalisation et de mondialisation actuels, les migrations et les mouvements de populations sont de plus en plus importants. Il est donc important d'en saisir les enjeux et les perspectives à travers ce type d'étude.

Méthodologie

Généralités et cadre de l'étude

Il s'agit d'une étude prospective d'observation de type transversale. Elle s'articule autour d'entretiens semi-dirigés de type qualitatifs avec certaines composantes quantitatives. L'étude s'est déroulée à la polyclinique de l'Hôpital de l'Enfance de Lausanne (HEL-CHUV) sur une durée de un mois entre le 1^{er} juin 2015 et le 30 juin 2015. Il est à noter que cette étude est un projet pilote visant à effectuer une première évaluation plutôt de type qualitative afin de mieux cibler les patients et les différentes caractéristiques pertinentes. Aussi, grâce à ces différents aspects, une étude de plus grande envergure s'étalant sur une plus longue durée pourrait être envisagée.

Le protocole de cette étude a été approuvé par la Commission cantonale d'éthique de la recherche sur l'être humain (CER-VD) le 31 mars 2015 (protocole 123/15).

Sélection des sujets

Les sujets inclus dans l'étude sont tous les enfants migrants âgés de 0 à 10 ans se présentant en consultation à la polyclinique de l'HEL durant le mois de juin et dont la date d'arrivée en Suisse ne dépasse pas 24 mois. Les sujets sont identifiés en début de consultation. L'étude est proposée aux parents et aux enfants par oral ainsi qu'au moyen d'une feuille d'information écrite concernant les modalités de l'étude. Un formulaire de consentement est signé en cas d'accord des parents et de l'enfant. Le refus de participer à l'étude entraîne de facto une exclusion de celle-ci.

Collecte des données

Les caractéristiques de base de l'enfant qui sont référencées, sont l'âge, le sexe, l'ethnie et l'origine, la taille, le poids actuel et l'indice de masse corporel (IMC). A ces caractéristiques, s'ajoutent des questions portant sur le parcours migratoire (pays de transit, passage par un camp de réfugié), le niveau socio-économique (lieu de vie, budget pour l'alimentation) ainsi qu'une anamnèse alimentaire détaillée élaborée au préalable sous forme de questionnaire avec l'aide des diététiciennes de l'HEL.

Ces questionnaires diététiques permettent notamment de retranscrire l'alimentation type pour une journée et de mesurer les variables suivantes : nombre de

repas par jour, nombre de repas pris à domicile/à l'extérieur par jour, grignotage entre les repas (oui/non), nombre de fruits et légumes par jour mangés en Suisse/dans le pays d'origine, nombre de boissons sucrées (sodas, ice-tea, limonades, etc.) consommées par jour en Suisse/dans le pays d'origine, nombre de produits laitiers consommés par jour en Suisse/dans le pays d'origine.

Finalement, les entretiens sont conduits de manière semi-directive avec notamment certaines questions ouvertes qui permettent aux familles de s'exprimer librement sur le sujet. Ainsi, des informations sont récoltées sur leurs habitudes alimentaires, le choix des aliments, les difficultés rencontrées concernant l'alimentation et les changements de comportements alimentaires après l'arrivée en Suisse.

A noter encore que les entretiens sont intégrés dans le cadre d'une consultation classique à la polyclinique de l'HEL. Ainsi, un traducteur est présent d'office en cas de besoin.

Outils méthodologiques

Les outils méthodologiques employés pour ce travail consistent donc en une triangulation méthodologique qualitative-quantitative. L'analyse qualitative, plus fréquemment utilisée en sciences sociales ou en anthropologie, permet de répondre aux questions telles que « Quel est X, comment X varie dans différents contextes et pourquoi ? ». ³² Il semble approprié d'utiliser une telle approche pour des thématiques aussi complexes que l'alimentation et les migrations. Il paraît en effet nécessaire, de mieux pouvoir cerner ces sujets tant d'un point de vue purement médical qu'anthropologique, ces deux points de vue étant complémentaires dans la prise en charge du patient.

L'approche anthropologique, qualitative, donne la possibilité d'allier à la compréhension biomédicale, des éléments sociaux, culturels et économiques, qui révèlent sous un autre jour les problèmes de santé auxquels sont confrontés les patients. Tout patient peut être ainsi pensé tout autant au travers de ses caractéristiques personnelles expérimentant la maladie qu'au travers des contextes sociaux, culturels et politiques dans lesquels il évolue. ³⁸ La santé peut donc se définir en elle-même comme une pratique sociale et culturelle, s'inscrivant dans l'évolution de la société. ³⁹ Le rapport qu'entretient une population à la santé peut de ce fait être très différent selon la société dans laquelle a évolué cette population. Dès lors, une population migrante récemment

arrivée dans un pays pourrait entretenir une relation sensiblement différente à la santé par rapport au pays d'accueil. Il semble ainsi adéquat d'appréhender une problématique comme l'alimentation chez les enfants migrants en alliant une approche qualitative à une approche quantitative.

De plus, un travail qualitatif peut apparaître comme une étape préliminaire essentielle à une investigation quantitative de plus grande envergure, ceci en aidant à clarifier et à mieux cibler les principaux items d'investigations.^{33, 34} Le présent travail étant lui-même un projet pilote, préliminaire à une étude de plus grande envergure, une triangulation méthodologique qualitative-quantitative semble d'autant plus appropriée.

Ainsi, une analyse qualitative est effectuée par le biais des questions ouvertes posées en fin d'entretiens et une analyse quantitative est effectuée sur la base des données récoltées au moyen du questionnaire diététique.

De plus, dans le souci de mieux cerner la réalité à laquelle est confrontée une partie des enfants inclus dans l'étude, une visite du centre d'accueil pour migrants de l'établissement vaudois d'accueil des migrants (EVAM) à Crissier a été effectuée.

Concernant l'analyse des résultats quantitatifs, il a été choisi d'utiliser comme référentiel les recommandations de la Société Suisse de Pédiatrie et de la Société Suisse de Nutrition et non pas celle de l'Organisation Mondiale de la Santé, ceci dans le but d'être au plus proche des habitudes alimentaires du pays d'accueil des sujet inclus dans cette étude, en l'occurrence la Suisse.

A noter encore, que d'un point de vue quantitatif et compte tenu de la taille réduite de l'échantillon, les principaux résultats sont dégagés sous forme de pourcentages, de moyennes et d'écart-types puis sont analysés en tant que tendances.

Résultats

Description de l'échantillon

Au total, 29 enfants migrants ont été inclus dans cette étude. Un sujet a été exclu pour être arrivé en Suisse depuis plus de 24 mois. L'âge moyen est de 5.65 ans (\pm 2.3 ans). Les filles représentent 69% de l'échantillon et les garçons 31%. En ce qui concerne l'origine, il est à noter que la région la plus représentée est le Moyen-Orient (45%). Pour ce qui est du parcours migratoire, onze enfants (38%) sont passés par un camp de réfugiés avant d'arriver en Suisse. Au niveau socio-économique, 62% habitent en hébergement collectif dans un centre d'accueil EVAM et 38% en appartements privés dont dispose également l'EVAM.

D'un point de vue anthropométrique et d'après les courbes de croissance de la Société Suisse de Pédiatrie : 2 enfants (7%)

ont un indice de masse corporel se situant en dessous du 3^{ème} percentile ; 26 enfants (90%) se trouvent entre le percentile 3 et le percentile 97 ; 1 enfant (3%) est en situation de surpoids en se situant au-delà du 97^{ème} percentile. A noter que les enfants se situant au-delà du percentile 75 correspondent à l'ensemble des enfants originaires d'Europe de l'Est, que la totalité des enfants provenant d'Erythrée se situent en deçà du percentile 25 et que les huit enfants en-dessous du percentile 25 sont tous passés par un camp de réfugiés avant leur arrivée en Suisse.

	N (%)
	29 (100%)
Sexe	
- Fille	20 (69%)
- Garçon	9 (31%)
Origine	
- Moyen-Orient (Egypte, Iran, Syrie)	13 (45%)
- Europe de l'Est (Albanie, Kosovo, Macédoine, Est de la Russie)	8 (28%)
- Afrique de l'Est (Erythrée)	4 (14%)
- Asie Centrale (Mongolie)	2 (7%)
- Asie du Sud (Sri Lanka)	1 (3%)
- Maghreb (Maroc)	1 (3%)
Passage par un camp de réfugiés	11 (38%)
Lieu de vie	
- Centre collectif EVAM	18 (62%)
- Appartements privés	11 (38%)
Indice de masse corporel (IMC)	
- <3^{ème} percentile	2 (7%)
- P3 – P 25	6 (21%)
- P 25 – P 75	13 (45%)
- P 75 – P 97	7 (24%)
- >97^{ème} percentile	1 (3%)

Tableau 3 Caractéristiques des sujets de l'étude (n=29).

Caractéristiques des habitudes alimentaires et changements au niveau de la diète : éléments quantifiables

Plusieurs changements au niveau de la diète ont pu être mesurés après l'arrivée en Suisse.

Les enfants interrogés prennent en moyenne moins de repas par jour en Suisse que dans leur pays d'origine (Figure 1). Vingt-quatre (83%) d'entre eux prenaient trois repas par jour avant d'émigrer. Ils ne sont plus que dix-sept (59%) à en prendre trois par jour après leur arrivée en Suisse. Le taux d'enfants grignotant entre les repas est lui plus important après l'arrivée en Suisse passant de 34% dans le pays d'origine à 86% après l'immigration.

Le nombre de fruits et légumes consommés est en moyenne plus important dans le pays d'origine qu'en Suisse (Figure 2). Avant leur arrivée en Suisse, sept sujets (24%) mangeaient deux fruits et légumes ou moins, quatorze sujets (48%) en mangeaient entre trois et quatre et huit sujets (28%) en mangeaient cinq ou plus. Après leur arrivée en Suisse, le nombre d'enfants mangeant deux fruits et légumes ou moins passe à douze sujets (41%), le nombre d'enfant qui en mangent entre trois et

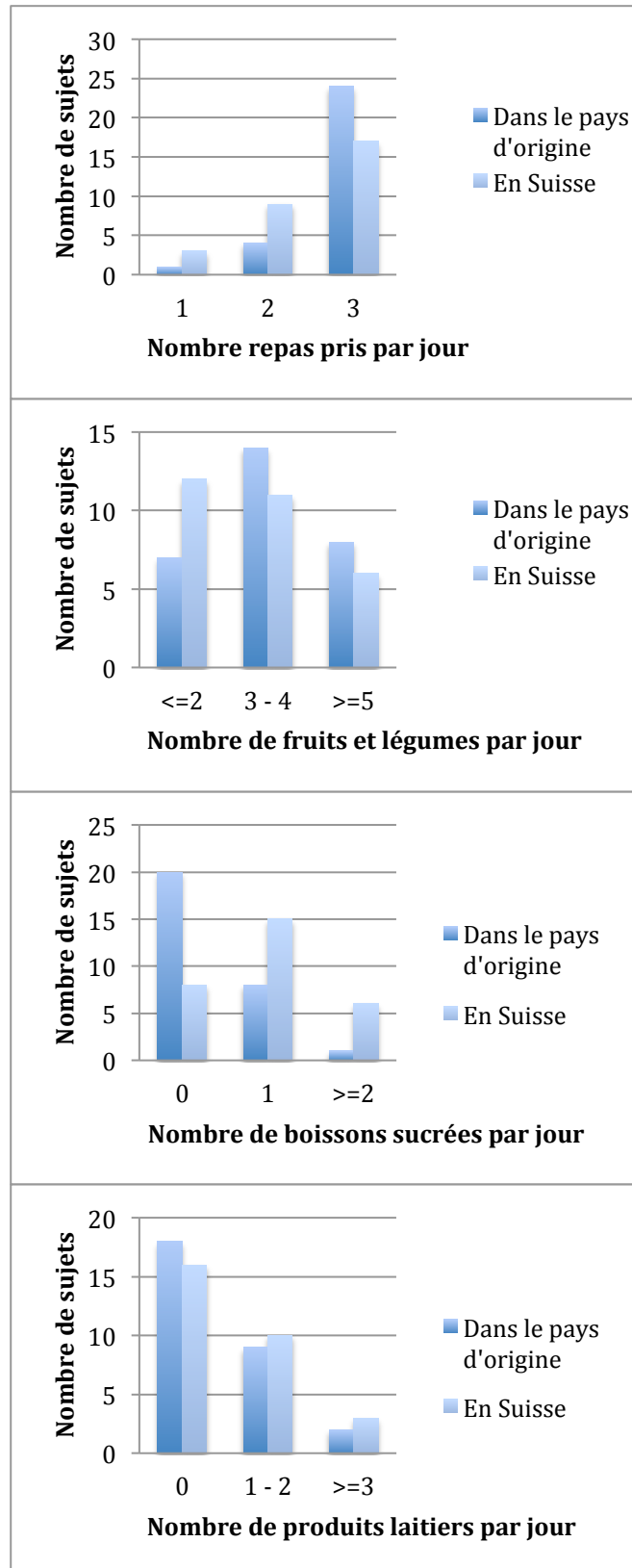


Figure 1, 2, 3 et 4 : Principaux changements dans la diète après l'arrivée en Suisse

quatre est de onze (38%) et les enfants mangeant cinq fruits et légumes ou plus, ne sont plus que six (21%).

En ce qui concerne les boissons sucrées, la proportion d'enfants qui en consomment augmente après l'arrivée en Suisse (Figure 3). Vingt sujets (69%) ne buvaient aucune boisson sucrée dans leur pays d'origine contre seulement huit (28%) après l'arrivée en Suisse. Ainsi, après migration, vingt-et-un enfants (72%) consomment quotidiennement au moins une boisson sucrée (i.e. un verre de 200ml).

Dans le pays d'origine, dix-huit sujets (62%) ne consommaient également aucun produit laitier contre seize sujets (55%) au moment de l'étude en Suisse (Figure 4). On constate donc une très légère augmentation du nombre de produits laitiers consommés après l'arrivée en Suisse ; les enfants en consommant entre un et deux passant de neuf (31%) à dix (35%) et les enfants en consommant trois ou plus passant de deux (7%) à trois (10%).

A noter encore qu'environ la moitié de l'échantillon, soit quinze familles (52%), se déclaraient au moment de l'enquête, insatisfaites par leur alimentation en Suisse. Les principales causes de cette insatisfaction sont reprises dans la section suivante de ce travail.

Enfin, le budget mensuel moyen accordé à l'alimentation en Suisse par chaque famille s'élève à 198.10 (± 21.20) francs par personne.

Alimentation et adaptation : données qualitatives

Vingt-sept familles sur les vingt-neuf interrogées, soit 93%, expriment de manière subjective un changement d'alimentation à leur arrivée en Suisse par rapport à l'alimentation dans le pays d'origine. Afin d'expliquer ce changement, différentes raisons ont été mises en avant par ces familles-là.

Les difficultés à trouver les mêmes produits en Suisse que dans le pays d'origine reviennent souvent parmi les explications données. Une famille égyptienne déclare : « *Il est très difficile de retrouver les mêmes produits ici qu'en Egypte. La société égyptienne étant différente de la société suisse, cela se ressent aussi au niveau de l'alimentation. Chez nous, il est plus fréquent de faire ses courses chez différents marchands : le boucher, le maraîcher, le boulanger,...* Ici, en Suisse, tout est souvent regroupé en un seul supermarché. Les produits sont donc aussi différents. Par exemple, la viande est souvent présentée ici

dans un emballage plastique ce qui pour nous est très peu habituel, nous mangeons donc beaucoup moins de viande depuis que nous sommes en Suisse. »

Ainsi, les familles se redirigent souvent vers de nouveaux produits. Cependant le manque de connaissance vis-à-vis de ces nouveaux produits peut parfois réduire la diversité de l'alimentation comme en témoigne cette mère Erythréenne : *« Il y a plusieurs produits qu'on trouve ici en Suisse dont je ne connais pas la préparation. J'achète donc plus facilement des produits qui ne nécessitent pas d'être cuisinés. A cause de cela, nous mangeons moins souvent des repas chauds. »*

L'accessibilité et l'importante offre pour certains produits, notamment les boissons sucrées, jouent également un rôle dans le changement d'alimentation des enfants d'après certaines familles : *« Nous n'avons jamais eu accès à tant de boissons différentes. C'est vrai que le choix, ici en Suisse, est très grand. C'est génial. En plus, comme les enfants adorent ça, nous en avons toujours à la maison. »* Certaines mères évoquent aussi le fait que les enfants ayant un accès plus facilité que dans leur pays d'origine à certains produits, ils ont tendance à délaisser l'alimentation traditionnelle de la famille : *« Depuis qu'il a goûté les pâtes à l'école, c'est très difficile de lui faire manger autre chose, il a moins de plaisir à manger ce que je cuisine... »*

L'argument financier ressort également souvent pour expliquer le changement de diète et les difficultés à avoir une alimentation satisfaisante, de qualité. Plus que le manque d'argent à proprement parler, c'est surtout la disproportion des prix entre les différents produits qui est avancée par les familles : *« Avec un petit budget nous achetons plus facilement des surgelés que des fruits et légumes frais, c'est moins cher. »*

Parmi les autres difficultés, le manque de temps pour cuisiner et le manque de place sont aussi évoqués. Le manque de place concerne surtout les familles vivant en hébergement collectif (NB : le centre d'accueil EVAM de la commune de Crissier par exemple, met à disposition quatre plaques de cuisson pour seize personnes) : *« Par manque de place pour cuisiner, nous mangeons uniquement le petit-déjeuner et le repas du soir ensemble, entre deux chacun mange des petits snacks... ».*

Finalement, ces différents changements d'alimentation se traduisent également par certaines inquiétudes de la part des parents vis-à-vis de la santé de leurs enfants. Le père d'une famille présente depuis douze mois en Suisse déclare ainsi : *« Nous sommes inquiets car nous avons effectivement remarqué qu'il était plus souvent constipé et que son poids a fortement augmenté sans se stabiliser depuis notre arrivée en Suisse. »*

Discussion

Mise en perspective des résultats en regard des connaissances actuelles

Malgré un échantillon relativement faible, la population incluse dans cette étude correspond au flux migratoire observé au niveau national. En effet, les origines les plus représentées parmi les migrants tant au niveau national qu'au niveau de la présente étude, sont l'Erythrée et la Syrie.² Ainsi, le choix d'une étude monocentrique se tenant à la policlinique de l'HEL de Lausanne se justifierait dans le sens où, les migrants n'ayant généralement pas de médecins de premiers recours, l'HEL draine une population migrante infantile importante et représentative de la population migrante au niveau national.

Un autre point à relever concernant les caractéristiques de l'échantillon étudié, est la diversité des profils inclus dans l'étude aussi bien au niveau de leurs origines qu'au niveau de leurs situations socio-économiques. Lors de la prise en charge de l'enfant migrant, il est donc très important d'effectuer une anamnèse détaillée et de garder en tête les différents facteurs pouvant influencer sur sa santé (tableau 1 et 2)^{4,5}.

Les changements de diète mesurés quantitativement mettent en exergue les difficultés pour les familles migrantes à garder une alimentation saine et équilibrée à leur arrivée en Suisse. Ainsi, au moment de l'étude, la majorité des sujets inclus ne consommeraient pas assez de fruits et de légumes, trop de boissons sucrées et pas assez de produits laitiers en regard des recommandations alimentaires de la Société Suisse de Pédiatrie³⁰ et de la Société Suisse de Nutrition³¹. Comme exposé en introduction de ce travail, ces tendances avaient également été vérifiées par d'autres études au sein de la population migrante à Genève¹⁴ et en Espagne^{15,16}.

En outre, les données quantitatives de cette étude laissent également transparaître la complexité des différentes influences sur l'alimentation de l'enfant migrant. Par exemple, l'augmentation relativement importante de la consommation de boissons sucrées entre le pays d'origine et la Suisse, suggérerait que l'excès de boissons sucrées serait principalement attribuable à l'occidentalisation des comportements et au

phénomène d'acculturation de l'enfant au pays d'accueil. Cette hypothèse ne serait par contre pas valable pour les produits laitiers, dont la consommation est insuffisante tant en Suisse que dans le pays d'origine, suggérant ainsi des habitudes alimentaires, pour ce type de produits, plus dictées par la culture d'origine que par la culture du pays d'accueil et l'occidentalisation des comportements. Ce dernier résultat questionne également la pertinence d'utiliser comme référentiel les recommandations de la SSN³¹ et de la SSP³⁰. En effet, la SSN préconise une consommation chez les enfants de trois produits laitiers par jour. En conséquence, la majorité des enfants inclus dans l'étude ont une consommation insuffisante. Les recommandations nationales concernant les produits laitiers étant variables d'un pays à l'autre, ces mêmes enfants n'auraient peut-être pas une consommation insuffisante en prenant d'autres recommandations comme référentiel.

Les résultats concernant l'indice de masse corporel en fonction de l'origine ou du parcours migratoire confirme également l'importance de tenir compte des spécificités culturelles de chaque migrant lors de sa prise en charge. La puissance de l'échantillon étant faible, les associations entre l'IMC et l'origine ou entre l'IMC et le parcours migratoire, ne peuvent pas être considérées comme significatives, cependant une tendance se dégage mettant en avant des différences d'IMC selon l'origine et selon le parcours migratoire. En l'occurrence, les sujets originaires d'Europe de l'Est inclus dans cette étude se trouvent tous au-delà du percentile 75 des courbes de croissance « IMC en fonction de l'âge », les sujets originaires d'Erythrée se trouvent tous en deçà du percentile 25 et les sujets passés par un camp de réfugié sont majoritairement en-dessous du percentile 25 de ces mêmes courbes.

Ces différents résultats quantitatifs se calquent donc sur les données existantes dans la littérature actuelle, à savoir que l'alimentation de l'enfant migrant se construit autour d'influences multifactorielles¹⁷ notamment le parcours migratoire^{18, 19}, la culture d'origine^{20, 21, 22} et le processus d'acculturation et d'adaptation au pays d'origine^{17, 23, 24, 25, 26}.

Les habitudes alimentaires de chacun dépendant donc de facteurs anthropologiques, l'analyse qualitative se justifie et amène une réelle plus-value pour mieux comprendre ces habitudes. Par exemple, en reprenant la consommation excessive

de boissons sucrées, une des explications donnée par les parents durant les entretiens semi-directifs est l'accessibilité augmentée et facilitée à ce type de produits en Suisse. Partant de ce constat, on peut émettre l'hypothèse, comme l'a fait Dorothée Romand, diététicienne à l'hôpital Saint-Louis à Paris²³, que ce phénomène ne toucherait pas uniquement les populations arrivées en Suisse ou en Europe occidentale, mais également celles migrant de zones rurales vers des zones urbaines, la ville donnant accès à un choix de produits plus important. De plus, il ressort également de quelques entretiens, une certaine satisfaction des familles de pouvoir avoir accès à cette offre abondante de telle sorte que ce choix augmenté serait parfois associé à un état de bien-être personnel supérieur et considéré comme un signe d'aisance économique. Ceci amène à s'interroger sur le rôle de la publicité et du marketing omniprésents pour certains de ces produits industriels.

L'analyse qualitative des entretiens fait également ressortir les difficultés économiques auxquelles sont confrontées les familles. Ces situations économiques précaires entraînent des changements socioculturels importants dont les pratiques alimentaires sont l'un des aspects. Ainsi, les familles migrantes se retrouvent face à des changements socio-économiques importants amenant à un effort d'adaptation nécessaire et constant. De ce fait, l'alimentation est constamment balancée entre l'alimentation traditionnelle de base de la famille et l'emprunt de nouvelles habitudes.^{27,}
²⁸

Enfin, les inquiétudes des parents exprimées durant les entretiens vis-à-vis de la santé de leurs enfants, témoignent de l'importance d'une alimentation de qualité pour le maintien d'une bonne santé comme l'ont montré les différents articles sur le sujet déjà présentés en introduction.^{6, 7, 8, 9}

Limites de l'étude

Le premier facteur limitant de cette étude est sa puissance. Le nombre de sujets inclus dans l'étude est trop faible pour permettre des analyses statistiquement significatives. Une étude sur une plus longue durée, par exemple sur 24 mois permettrait de corriger cet aspect.

L'absence de population témoin est également un facteur limitant. En effet, les pratiques alimentaires de la population étudiée sont uniquement comparées aux recommandations de la Société Suisse de Pédiatrie et de la Société Suisse de Nutrition. Il

aurait été intéressant de connaître les habitudes des enfants nés en Suisse et de savoir si celles-ci diffèrent beaucoup des habitudes des enfants migrants. Cependant le choix de ne pas prendre de population témoin pourrait se justifier par le fait qu'au sein même de la population suisse les pratiques alimentaires et les situations socio-économiques sont extrêmement variées, il aurait donc fallu un échantillon beaucoup plus grand pour réduire les biais de sélection.

Le fait que l'alimentation soit influencée par de multiples facteurs constitue également en soi un facteur limitant. Devant des pratiques inadéquates concernant l'alimentation, il est très difficile de déterminer quel facteur constitue le principal déterminant de cette alimentation de mauvaise qualité. Est-ce le statut social ? Le statut économique ? La culture d'origine ? Le processus d'acculturation ? Les croyances religieuses ? Une étude comprenant un échantillon plus grand ainsi que des données quantitatives plus importantes permettrait, en effectuant des analyses multi-variées, d'avoir plus de précision à ce niveau.

Un autre biais pourrait provenir des questionnaires qui se basent sur des réponses anamnestiques. Les données sont donc plus facilement approximatives, sur- ou sous-estimant les apports alimentaires. Une des solutions envisageables pourrait être de peser tous les aliments ingérés ou de photographier les repas consommés. Néanmoins, cette solution semble difficile à mettre en place d'un point de vue pratique.

La barrière de la langue peut également constituer un facteur limitant. Les questionnaires étant remplis avec l'aide d'un interprète, il est possible que les réponses aient été faussées par une mauvaise compréhension ou une mauvaise interprétation de la part des sujets ou des traducteurs.

Bénéfices du travail et nouvelles perspectives

Le fait que ce travail se base sur une triangulation méthodologique quantitative-qualitative constitue assurément l'un de ses points de fort. En effet, l'aspect qualitatif a permis de mieux comprendre les enjeux de ces sujets complexes que sont l'alimentation et les migrations. Ce travail pilote peut ainsi également servir de base pour mieux identifier les différents items d'investigation d'une étude plus large se déroulant sur plusieurs mois. Une telle étude permettrait certainement d'améliorer encore la prise en charge de l'enfant migrant.

Ce travail peut également servir de base de réflexion afin de mettre en place une prévention de plus grande qualité pour ce qui est de l'alimentation dans cette population. Il est par exemple possible d'imaginer d'organiser une visite des supermarchés afin d'aider à mieux connaître les différents produits disponibles en Suisse ou d'organiser un cours « culinaire » en présentant les différents produits et les différentes recommandations en matière d'alimentation chez l'enfant. Une prévention passant par des modèles de changement de comportement comme l'*Information-Motivation-Behavioral skills (IMB)* ou la théorie sociale cognitive pourrait également être envisagée.

Le modèle *Information-Motivation-Behavioral skills*^{35,36}, identifie trois déterminants essentiels pour changer et maintenir un comportement salubre : une *information* précise et adéquate, une *motivation* personnelle et sociale et des *compétences comportementales* adéquates. Dans le cas présent, une information précise concernant les différents produits et les recommandations en matière d'alimentation, pourrait être donnée. Il serait possible de construire une motivation personnelle et sociale en tenant compte des croyances et des spécificités socio-culturelles de chaque migrant, par exemple en soulignant les bénéfices d'une alimentation de bonne qualité et en démontrant qu'une telle alimentation peut également être possible à petit budget. Enfin, il serait possible de consolider les compétences comportementales en soulignant d'une part, que la plupart des plats traditionnels sont bons pour la santé et en donnant d'autre part, des cours de cuisine pour arriver à une alimentation occidentale de qualité.

La théorie sociale cognitive³⁷ postule qu'une partie des connaissances acquise par un individu et qu'une partie de son comportement proviennent directement de l'observation d'autrui dans le cadre de ses interactions sociales. Ainsi, par exemple pour promouvoir la consommation d'eau du robinet et pour prévenir la consommation excessive de boissons sucrées au sein d'une communauté migrante, une solution envisageable serait de prendre les interprètes comme « modèle – buveur d'eau » (ceux-ci étant généralement bien intégrés dans la communauté) afin d'obtenir un changement de comportement des autres individus du groupe. On aurait alors une intervention de prévention dont les coûts ne seraient pas trop élevés et avec laquelle les barrières de langue et de culture pourraient être en partie surmontées.

Conclusion

Au travers de ce travail, certains changements ont été observés entre les habitudes alimentaires de la population migrante infantile avant la migration et après l'arrivée en Suisse. Ces changements d'alimentation peuvent amener à des pratiques alimentaires inadéquates pouvant avoir un impact non négligeable sur la santé de ces enfants. Dès lors, il est important pour chaque pédiatre de voir les enfants migrants dans leur globalité en prenant en compte les aspects socio-économiques et culturels et d'effectuer une anamnèse générale complète et une anamnèse alimentaire détaillée de chacun de ces enfants afin de prévenir au plus tôt une alimentation de mauvaise qualité et subséquemment les problèmes de santé associés.

Finalement, les résultats de ce travail encouragent à effectuer une étude de plus large envergure et mettent en avant la nécessité d'instaurer, en terme de santé publique, une prévention de meilleure qualité.

Remerciements

Un grand merci au Dr. Mario Gehri pour ses idées, ses explications, son précieux temps et son soutien. Merci au Dr. Pietro Scalfaro pour son suivi durant le mois de juin lors de la récolte des données. Merci aux médecins-assistants et aux infirmières de la policlinique de l'hôpital de l'enfance de Lausanne. Merci au Dr. Xavier Onrubia pour son temps et son rôle d'expert.

Références

1. Office Fédéral de la Statistique Suisse OFS. Immigration de la population résidante permanente selon la nationalité 1991-2014, [en ligne]. [Consulté le 25/06/15]. Disponibilité sur : <<http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/01/07/blank/data/03.html>>.
2. Office Fédéral de la Statistique Suisse OFS. [Consulté le 25/06/15]. Migrations et intégrations – Indicateurs, [en ligne]. <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/01/07/blank/key/01/04.html>.
3. Lott JP. Module three : Vulnerable/special participant populations. *Dev World Bioeth* 2005;5 : 30-54.
4. Gehri M, Mazouni SM. Enfants migrants. In : Gehri M, Laubscher B, Di Paolo ER, Joseph J-M, Roth-Kleiner M, Mazouni M, editors. Vade-Mecum de Pédiatrie. Le Mont-sur-Lausanne : BabyGuide ; 2014. p. 388-390.
5. Jenista JA. The Immigrant, Refugee, or Internationally Adopted Child. *Pediatr Rev* 2001 Dec;22(12):419-29.
6. Brown KH, Dewey KG, Allen LH. Complementary feeding of young children in developing countries: A review of current scientific knowledge. Genève: *World Health Organization*; 1998
7. Seal AJ, Creeke PI, Mirghani Z, Abdalla F, McBurney RP, Pratt LS, Brookes D, Ruth LJ, Marchand E. Iron and vitamin A deficiency in long-term African refugees. *J Nutr*. 2005 Apr ; 135(4) :808-13.
8. Bishop N. Rickets Today — Children Still Need Milk and Sunshine. *New Engl J Med*. 1999 Aug 19; 341(8):602-4.
9. McLean E, Cogswell M, Egli I, Wojdyla D, de Benoist B. Worldwide prevalence of anaemia, WHO vitamin and mineral nutrition information system, 1993-2005. *Public Health Nutr* 2009 ; 12(4) :444-54.
10. Dominguez LJ, Galioto A, Ferlisi A, Pineo A et al. Ageing, lifestyle modifications, and cardiovascular disease in developing countries. *J Nutr Health Aging*. 2006 ;10 :143-9.
11. Bucher SB, Tschumi S, Simonetti G D. Quels facteurs présents pendant l'enfance influencent la pression artérielle de l'adulte ? *Paediatr*. 2013 ; 24 (1) : 23-25.
12. Singhal A, Lucas A. Early origins of cardiovascular disease : is there a unifying hypothesis ? *Lancet*. 2004 ; 363(9421) :1642-5.
13. Alves L, Azevedo A, Barros H, Paccaud F, Marques-Vidal P. Portuguese Migrants in Switzerland: Healthcare and Health Status Compared to Portuguese Residents. *PLoS One*. 2013 ; 8 (10).
14. Kruseman M, Barandereka N-A, Hudelson P, Stalder H. Post-migration dietary changes among African refugees in Geneva : a rapid assessment study to inform nutritional interventions. *International Journal of Public Health*. 2005 ; 50(3) : p. 161-165.
15. Beatriz Miguel-Gil, Cecilia Cruz-Rodríguez, Rosa Maria Masvidal-Aliberch, Elisa de Frutos-Gallego, Ana Estabanell-Buxó y Dolors Riera-Vidal. Alimentación en población infantil inmigrante recién llegada. *Enferm Clin*. 2012; 22(3):118-125.
16. García-Algar O, Gálvez F, Gran M, Delgado I, Boada A, Puig C, et al. Hábitos alimentarios de niños menores de 2 años según el origen étnico de los progenitores en un área urbana de Barcelona. *An Pediatr (Barc)*. 2009; 70: 265-70.

17. Ferrer Lorente B, Vitoria Miñana I, Dalmau Serra J. La alimentación del niño inmigrante. Riesgos y carencias nutricionales. *Acta Pediatr Esp.* 2012 ; 70(4) : 147-154.
18. Fabio M. Nutrition for refugee children : risks, screening, and treatment. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care.* 2014 ; 44(7) : 188-95.
19. Shah AY, Suchdev PS, Mitchell T, Shetty S, Warner C, Oladele A, Reines S. Nutritional status of refugee children entering DeKalb County, Georgia. *J Immigr Minor Health.* 2014 ; 16(5) : 959-67.
20. Suzinne Pak-Gorstein, Aliya Haq and Elinor A. Graham. Cultural Influences on Infant Feeding Practices. *Pediatrics in Review* 2009;30:e11.
21. Ziegler P, Hanson C, Ponza M, et al. Feeding Infants and Toddlers Study: meal and snack intakes of Hispanic and non-Hispanic infants and toddlers. *J Am Diet Assoc.* 2006;106(suppl1):S107–S123.
22. Rovillé-Sausse F, Prado C, Marrodán MC. Alimentación en niños de origen chino y marroquí nacidos en Francia. *Nutrición Clínica y Dietética Hospitalaria.* 2010 ; 30(1) : 44-51.
23. CERIN. L'alimentation des Africains vivant en France : des repères culturels à la cuisine familiale. *Alimentation et précarité.* 2004; 24: 2-13
24. Rovillé-Sausse F, Amor H, Baali A, Ouzennou N, Vercauteren M, Prado-Martinez C, Boudjada Z, Khaldi F. Comportements alimentaires de l'enfant maghrébin de 0 à 18 mois au Maghreb et dans trois pays d'immigration. *Antropo.* 2002 ; 3 : 1-9.
25. Gordon-Larsen P, Harris KM, Ward DS, Popkin BM. Acculturation and overweight-related behaviours among Hispanic immigrants to the US: the National Longitudinal Study of Adolescent Health. *Soc Sci Med.* 2003;57:2023-34
26. Popkin BM, Udry JR. Adolescent obesity increases significantly in second and third U.S. generation on Immigrants: The nacional longitudinal study of adolescent health. *J Nutr.* 1998;128: 701-6.
27. CERIN. L'alimentation des populations migrantes : une adaptation délicate. *Alimentation et précarité.* 2003 Jul;22 :1-16
28. Delourme C. Alimentation et santé chez les jeunes issus de l'immigration : entre "tradition" et "occidentalisation". *Alimentation Santé et Précarité.* 2006 ; 3 :6-9
29. Romand D, Baclet N. Une éducation diététique adaptée aux habitudes culturelles des patients diabétiques. *Soins.* 2006 ; 704 :23-25
30. Société Suisse de Pédiatrie SSP. Recommandations. Consommation de boissons sucrées pas les enfants et les adolescents, [en ligne]. [Consulté le 10/12/15]. Disponibilité sur : <<http://www.swiss-paediatrics.org/sites/default/files/29-30.pdf>>
31. Société Suisse de Nutrition SSN. L'alimentation des enfants, [en ligne]. [Consulté le 15/10/15]. Disponibilité sur : <http://www.sge-ssn.ch/media/feuille_d_info_alimentation_des_enfants_2011_5.pdf>
32. Pope C, Mays N. Reaching the parts other methods cannot reach : an introduction to qualitative methods in health and health services research. *BMJ.* 1995 ; 311(6996) :42-45.
33. Bekhet AK, Zausniewski JA. Methodological triangulation : an approach to understanding data. *Nurse Res.* 2012 ; 20(2) :40-3.
34. Morse JM. Approaches to qualitative-quantitative methodological triangulation. *Nurse Res.* 1991 ; 40(2) : 120-3.

35. Fisher JD, Fisher WA. Changing AIDS-risk behavior. *Psychological Bulletin*. 1992; 111(3):455-474.
36. Fisher JD, Fisher WA, Amico KR, Harman JJ. An information-motivation-behavioral skills model of adherence to antiretroviral therapy. *Health Psychology*. 2006;25(4):462-473.
37. Bandura A. Health promotion by social cognitive means. *Health Educ Behav*. 2004 Apr; 31(2):143-64.
38. Cohen P, Rossi I. Le pluralisme thérapeutique en mouvement. *Anthropologie et Santé*, [en ligne]. 2011 : 2. [Consulté le 25/06/15]. Disponibilité sur < <http://anthropologiesante.revues.org/606>>.
39. Rossi I. Mondialisation et sociétés plurielles ou comment penser la relation entre la santé et migration. *Rev Med Suisse*. 2003 ; 61(2455) : 2039-2042.

Annexes

Questionnaire de recherche

Questionnaire de recherche, Version n°1 du 16 mars 2015



Questionnaire de recherche



Alimentation et santé dans la population immigrante infantile récemment arrivée en Suisse

Date :

I. Général

- a. Date de naissance _____ b. Sexe Masculin Féminin
- c. Pays d'origine _____ d. Ethnie _____
- e. Date d'arrivée en Suisse _____
- f. Parcours migratoire
- Pays de transit et temps passé dans ces pays _____
 - Passage par camps de réfugié (si oui, lesquels) _____
- g. Lieu de vie _____
- h. Professions du père et de la mère _____
- i. Motif de la consultation _____
- j. Taille _____ k. Poids actuel _____
- l. BMI _____ m. Poids de naissance _____

II. Alimentation

- Nombre de repas par jour _____
 - Nombre de repas cuisinés à domicile _____
 - Nombre de repas à l'extérieur (Mac Donald's, restaurants,...) _____
 - Repas sautés ? Fréquence ? _____
 - Grignotage entre les repas ? OUI/ NON De quel type ? _____
- Budget pour l'alimentation par mois _____

Questionnaire de recherche, Version n°1 du 16 mars 2015

III. Alimentation type pour une journée

Matin (petit-déjeuner)

Heure :

Boissons**Aliments**Matinée**Boissons****Aliments**Midi

Heure :

Boissons**Aliments**Après-midi**Boissons****Aliments**Soir

Heure :

Boissons**Aliments**Soirée - Nuit**Boissons****Aliments****Fruits par jour :***En Suisse :**Dans le pays d'origine :***Légumes par jour :***En Suisse :**Dans le pays d'origine :***Bossons sucrées par jour :** *En Suisse :**Dans le pays d'origine :***Produits laitiers par jour :** *En Suisse :**Dans le pays d'origine :*