



HAL
open science

Diversification alimentaire du nourrisson : état des lieux de la pratique des médecins généralistes du Var

Julien Lacombe

► **To cite this version:**

Julien Lacombe. Diversification alimentaire du nourrisson : état des lieux de la pratique des médecins généralistes du Var. Sciences du Vivant [q-bio]. 2019. dumas-02273098

HAL Id: dumas-02273098

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02273098v1>

Submitted on 28 Aug 2019

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

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



Faculté des sciences
médicales et paramédicales
Aix-Marseille Université

**Diversification alimentaire du nourrisson : état des lieux de la pratique
des médecins généralistes du Var**

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

**LA FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET PARAMÉDICALES
DE MARSEILLE**

Le 17 Mai 2019

Par Monsieur Julien LACOMBRE

Né le 2 mars 1991 à Brignoles (83)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur DUBUS Jean-Christophe	Président
Monsieur le Docteur (MCU-PH) FABRE Alexandre	Assesseur
Monsieur le Docteur (MCU-PH) TOSELLO Barthélémy	Assesseur
Monsieur le Docteur THORON Bernard	Assesseur
Monsieur le Docteur SEGHIERI Lionel	Directeur



Faculté des sciences
médicales et paramédicales
Aix-Marseille Université

**Diversification alimentaire du nourrisson : état des lieux de la pratique
des médecins généralistes du Var**

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

**LA FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET PARAMÉDICALES
DE MARSEILLE**

Le 17 Mai 2019

Par Monsieur Julien LACOMBRE

Né le 2 mars 1991 à Brignoles (83)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur DUBUS Jean-Christophe	Président
Monsieur le Docteur (MCU-PH) FABRE Alexandre	Assesseur
Monsieur le Docteur (MCU-PH) TOSELLO Barthélémy	Assesseur
Monsieur le Docteur THORON Bernard	Assesseur
Monsieur le Docteur SEGHIERI Lionel	Directeur

AIX-MARSEILLE UNIVERSITE

Président : Yvon BERLAND

FACULTE DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES

Administrateur provisoire: Georges LEONETTI

Affaires Générales : Patrick DESSI
Professions Paramédicales : Philippe BERBIS

Asseseurs :

- aux Etudes : Jean-Michel VITON
- à la Recherche : Jean-Louis MEGE
- aux Prospectives Hospitalo-Universitaires : Frédéric COLLART
- aux Enseignements Hospitaliers : Patrick VILLANI
- à l'Unité Mixte de Formation Continue en Santé : Fabrice BARLESI
- pour le Secteur Nord : Stéphane BERDAH
- aux centres hospitaliers non universitaires : Jean-Noël ARGENSON

Chargés de mission :

- 1^{er} cycle : Jean-Marc DURAND et Marc BARTHET
- 2^{ème} cycle : Marie-Aleth RICHARD
- 3^{ème} cycle DES/DESC : Pierre-Edouard FOURNIER
- Licences-Masters-Doctorat : Pascal ADALIAN
- DU-DIU : Véronique VITTON
- Stages Hospitaliers : Franck THUNY
- Sciences Humaines et Sociales : Pierre LE COZ
- Préparation à l'ECN : Aurélie DAUMAS
- Démographie Médicale et Filiarisation : Roland SAMBUC
- Relations Internationales : Philippe PAROLA
- Etudiants : Arthur ESQUER

Chef des services généraux : Déborah ROCCHICCIOLI

Chefs de service :

- Communication : Laetitia DELOUIS
- Examens : Caroline MOUTTET
- Intérieur : Joëlle FAVREGA
- Maintenance : Philippe KOCK
- Scolarité : Christine GAUTHIER

DOYENS HONORAIRES

M. Yvon BERLAND
M. André ALI CHERIF
M. Jean-François PELLISSIER

PROFESSEURS HONORAIRES

MM	AGOSTINI Serge	MM	FAVRE Roger
	ALDIGHIERI René		FIECHI Marius
	ALESSANDRINI Pierre		FARNARIER Georges
	ALLIEZ Bernard		FIGARELLA Jacques
	AQUARON Robert		FONTES Michel
	ARGEME Maxime		FRANCOIS Georges
	ASSADOURIAN Robert		FUENTES Pierre
	AUFFRAY Jean-Pierre		GABRIEL Bernard
	AUTILLO-TOUATI Amapola		GALINIER Louis
	AZORIN Jean-Michel		GALLAIS Hervé
	BAILLE Yves		GAMERRE Marc
	BARDOT Jacques		GARCIN Michel
	BARDOT André		GARNIER Jean-Marc
	BERARD Pierre		GAUTHIER André
	BERGOIN Maurice		GERARD Raymond
	BERNARD Dominique		GEROLAMI-SANTANDREA André
	BERNARD Jean-Louis		GIUDICELLI Roger
	BERNARD Pierre-Marie		GIUDICELLI Sébastien
	BERTRAND Edmond		GOUDARD Alain
	BISSET Jean-Pierre		GOUIN François
	BLANC Bernard		GRILLO Jean-Marie
	BLANC Jean-Louis		GRISOLI François
	BOLLINI Gérard		GROULIER Pierre
	BONGRAND Pierre		HADIDA/SAYAG Jacqueline
	BONNEAU Henri		HASSOUN Jacques
	BONNOIT Jean		HEIM Marc
	BORY Michel		HOUEL Jean
	BOTTA Alain		HUGUET Jean-François
	BOURGEADE Augustin		JAQUET Philippe
	BOUVENOT Gilles		JAMMES Yves
	BOUYALA Jean-Marie		JOUVE Paulette
	BREMOND Georges		JUHAN Claude
	BRICOT René		JUIN Pierre
	BRUNET Christian		KAPHAN Gérard
	BUREAU Henri		KASBARIAN Michel
	CAMBOULIVES Jean		KLEISBAUER Jean-Pierre
	CANNONI Maurice		LACHARD Jean
	CARTOUZOU Guy		LAFFARGUE Pierre
	CAU Pierre		LAUGIER René
	CHABOT Jean-Michel		LE TREUT Yves
	CHAMLIAN Albert		LEVY Samuel
	CHARREL Michel		LOUCHET Edmond
	CHAUVEL Patrick		LOUIS René
	CHOUX Maurice		LUCIANI Jean-Marie
	CIANFARANI François		MAGALON Guy
	CLEMENT Robert		MAGNAN Jacques
	COMBALBERT André		MALLAN- MANCINI Josette
	CONTE-DEVOLX Bernard		MALMEJAC Claude
	CORRIOL Jacques		MARANINCHI Dominique
	COULANGE Christian		MARTIN Claude
	DALMAS Henri		MATTEI Jean François
	DE MICO Philippe		MERCIER Claude
	DESSEIN Alain		METGE Paul
	DELARQUE Alain		MICHOTEY Georges
	DEVIN Robert		MILLET Yves
	DEVRED Philippe		MIRANDA François
	DJIANE Pierre		MONFORT Gérard
	DONNET Vincent		MONGES André
	DUCASSOU Jacques		MONGIN Maurice
	DUFOUR Michel		MONTIES Jean-Raoul
	DUMON Henri		NAZARIAN Serge
	ENJALBERT Alain		NICOLI René

MM NOIRCLERC Michel
OLMER Michel
OREHEK Jean
PAPY Jean-Jacques
PAULIN Raymond
PELOUX Yves
PENAUD Antony
PENE Pierre
PIANA Lucien
PICAUD Robert
PIGNOL Fernand
POGGI Louis
POITOUT Dominique
PONCET Michel
POUGET Jean
PRIVAT Yvan
QUILICHINI Francis
RANQUE Jacques
RANQUE Philippe
RICHAUD Christian
RIDINGS Bernard
ROCHAT Hervé
ROHNER Jean-Jacques
ROUX Hubert
ROUX Michel
RUFO Marcel
SAHEL José
SALAMON Georges
SALDUCCI Jacques
SAN MARCO Jean-Louis
SANKALE Marc
SARACCO Jacques
SASTRE Bernard
SCHIANO Alain
SCOTTO Jean-Claude
SEBAHOUN Gérard
SERMENT Gérard
SERRATRICE Georges
SOULAYROL René
STAHL André
TAMALET Jacques
TARANGER-CHARPIN Colette
THOMASSIN Jean-Marc
UNAL Daniel
VAGUE Philippe
VAGUE/JUHAN Irène
VANUXEM Paul
VERVLOET Daniel
VIALETTES Bernard
WEILLER Pierre-Jean

PROFESSEURS HONORIS CAUSA

1967

MM. les Professeurs DADI (Italie)
CID DOS SANTOS (Portugal)

1974

MM. les Professeurs MAC ILWAIN (Grande-Bretagne)
T.A. LAMBO (Suisse)

1975

MM. les Professeurs O. SWENSON (U.S.A.)
Lord J.WALTON of DETCHANT (Grande-Bretagne)

1976

MM. les Professeurs P. FRANCHIMONT (Belgique)
Z.J. BOWERS (U.S.A.)

1977

MM. les Professeurs C. GAJDUSEK-Prix Nobel (U.S.A.)
C.GIBBS (U.S.A.)
J. DACIE (Grande-Bretagne)

1978

M. le Président F. HOUPHOUET-BOIGNY (Côte d'Ivoire)

1980

MM. les Professeurs A. MARGULIS (U.S.A.)
R.D. ADAMS (U.S.A.)

1981

MM. les Professeurs H. RAPPAPORT (U.S.A.)
M. SCHOU (Danemark)
M. AMENT (U.S.A.)
Sir A. HUXLEY (Grande-Bretagne)
S. REFSUM (Norvège)

1982

M. le Professeur W.H. HENDREN (U.S.A.)

1985

MM. les Professeurs S. MASSRY (U.S.A.)
KLINSMANN (R.D.A.)

1986

MM. les Professeurs E. MIHICH (U.S.A.)
T. MUNSAT (U.S.A.)
LIANA BOLIS (Suisse)
L.P. ROWLAND (U.S.A.)

1987

M. le Professeur P.J. DYCK (U.S.A.)

1988

MM. les Professeurs R. BERGUER (U.S.A.)
W.K. ENGEL (U.S.A.)
V. ASKANAS (U.S.A.)
J. WEHSTER KIRKLIN (U.S.A.)
A. DAVIGNON (Canada)
A. BETTARELLO (Brésil)

1989

M. le Professeur P. MUSTACCHI (U.S.A.)

1990

MM. les Professeurs J.G. MC LEOD (Australie)
J. PORTER (U.S.A.)

1991

MM. les Professeurs J. Edward MC DADE (U.S.A.)
W. BURGDORFER (U.S.A.)

1992

MM. les Professeurs H.G. SCHWARZACHER (Autriche)
D. CARSON (U.S.A.)
T. YAMAMURO (Japon)

1994

MM. les Professeurs G. KARPATI (Canada)
W.J. KOLFF (U.S.A.)

1995

MM. les Professeurs D. WALKER (U.S.A.)
M. MULLER (Suisse)
V. BONOMINI (Italie)

1997

MM. les Professeurs C. DINARELLO (U.S.A.)
D. STULBERG (U.S.A.)
A. MEIKLE DAVISON (Grande-Bretagne)
P.I. BRANEMARK (Suède)

1998

MM. les Professeurs O. JARDETSKY (U.S.A.)

1999

MM. les Professeurs J. BOTELLA LLUSIA (Espagne)
D. COLLEN (Belgique)
S. DIMAURO (U. S. A.)

2000

MM. les Professeurs D. SPIEGEL (U. S. A.)
C. R. CONTI (U.S.A.)

2001

MM. les Professeurs P-B. BENNET (U. S. A.)
G. HUGUES (Grande Bretagne)
J-J. O'CONNOR (Grande Bretagne)

2002

MM. les Professeurs M. ABEDI (Canada)
K. DAI (Chine)

2003

M. le Professeur Sir T. MARRIE (Canada)
G.K. RADDI (Grande Bretagne)

2004

M. le Professeur M. DAKE (U.S.A.)

2005

M. le Professeur L. CAVALLI-SFORZA (U.S.A.)

2006

M. le Professeur A. R. CASTANEDA (U.S.A.)

2007

M. le Professeur S. KAUFMANN (Allemagne)

PROFESSEURS EMERITE

2008

M. le Professeur	LEVY Samuel	31/08/2011
Mme le Professeur	JUHAN-VAGUE Irène	31/08/2011
M. le Professeur	PONCET Michel	31/08/2011
M. le Professeur	KASBARIAN Michel	31/08/2011
M. le Professeur	ROBERTOUX Pierre	31/08/2011

2009

M. le Professeur	DJIANE Pierre	31/08/2011
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2012

2010

M. le Professeur	MAGNAN Jacques	31/12/2014
------------------	----------------	------------

2011

M. le Professeur	DI MARINO Vincent	31/08/2015
M. le Professeur	MARTIN Pierre	31/08/2015
M. le Professeur	METRAS Dominique	31/08/2015

2012

M. le Professeur	AUBANIAC Jean-Manuel	31/08/2015
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2015
M. le Professeur	CAMBOULIVES Jean	31/08/2015
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2015
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2015
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2015
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2015

2013

M. le Professeur	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
M. le Professeur	CARAYON Pierre	31/08/2016
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2016
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2016
M. le Professeur	HENRY Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
M. le Professeur	RUF0 Marcel	31/08/2016
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016

2014

M. le Professeur	FUENTES Pierre	31/08/2017
M. le Professeur	GAMERRE Marc	31/08/2017
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2017
M. le Professeur	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017

2015

M. le Professeur	COULANGE Christian	31/08/2018
M. le Professeur	COURAND François	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2016
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2016
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2016

2016

M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2017
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2019
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2017
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2017
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2019
M. le Professeur	JAMMES Yves	31/08/2019
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2017
M. le Professeur	POITOUT Dominique	31/08/2019
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2017
M. le Professeur	VIALETTE Bernard	31/08/2019

2017

M. le Professeur	ALESSANDRINI Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2018
M. le Professeur	CHAUVEL Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2018
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2018
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2018
M. le Professeur	SEBBAHOUN Gérard	31/08/2018

2018

M. le Professeur	MARANINCHI Dominique	31/08/2021
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2019
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2019

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert	CHINOT Olivier	GRIMAUD Jean-Charles
ALBANESE Jacques	CHOSSEGROS Cyrille	GROB Jean-Jacques
ALIMI Yves	<i>CLAVERIE Jean-Michel Surnombre</i>	GUEDJ Eric
AMABILE Philippe	COLLART Frédéric	GUIEU Régis
AMBROSI Pierre	COSTELLO Régis	GUIS Sandrine
ANDRE Nicolas	COURBIERE Blandine	GUYE Maxime
ARGENSON Jean-Noël	COWEN Didier	GUYOT Laurent
ASTOUL Philippe	CRAVELLO Ludovic	GUYS Jean-Michel
ATTARIAN Shahram	CUISSET Thomas	HABIB Gilbert
AUDOUIN Bertrand	CURVALE Georges	HARDWIGSEN Jean
AUQUIER Pascal	DA FONSECA David	HARLE Jean-Robert
AVIERINOS Jean-François	DAHAN-ALCARAZ Laetitia	<i>HOFFART Louis Disponibilité</i>
AZULAY Jean-Philippe	DANIEL Laurent	HOUVENAEGHEL Gilles
BAILLY Daniel	DARMON Patrice	JACQUIER Alexis
BARLESI Fabrice	D'ERCOLE Claude	JOURDE-CHICHE Noémie
BARLIER-SETTI Anne	D'JOURNO Xavier	JOUVE Jean-Luc
BARTHET Marc	DEHARO Jean-Claude	KAPLANSKI Gilles
BARTOLI Christophe	DELAPORTE Emmanuel	KARSENTY Gilles
BARTOLI Jean-Michel	DELPERO Jean-Robert	KERBAUL François
BARTOLI Michel	DENIS Danièle	KRAHN Martin
BARTOLOMEI Fabrice	DISDIER Patrick	LAFFORGUE Pierre
BASTIDE Cyrille	DODDOLI Christophe	LAGIER Jean-Christophe
BENSOUSSAN Laurent	DRANCOURT Michel	LAMBAUDIE Eric
BERBIS Philippe	DUBUS Jean-Christophe	LANCON Christophe
BERDAH Stéphane	DUFFAUD Florence	LA SCOLA Bernard
<i>BERLAND Yvon Surnombre</i>	DUFOUR Henry	LAUNAY Franck
BERNARD Jean-Paul	DURAND Jean-Marc	LAVIEILLE Jean-Pierre
BEROUD Christophe	DUSSOL Bertrand	LE CORROLLER Thomas
BERTUCCI François	EUSEBIO Alexandre	LECHEVALLIER Eric
BLAISE Didier	FAKHRY Nicolas	LEGRE Régis
BLIN Olivier	<i>FAUGERE Gérard Surnombre</i>	LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
BLONDEL Benjamin	FELICIAN Olivier	LEONE Marc
BONIN/GUILLAUME Sylvie	FENOLLAR Florence	LEONETTI Georges
BONELLO Laurent	FIGARELLA/BRANGER Dominique	LEPIDI Hubert
BONNET Jean-Louis	FLECHER Xavier	LEVY Nicolas
<i>BOTTA/FRIDLUND Danielle Surnom</i>	FOURNIER Pierre-Edouard	MACE Loïc
BOUBLI Léon	<i>FRANCES Yves Surnombre</i>	MAGNAN Pierre-Edouard
BOUFI Mourad	FRANCESCHI Frédéric	<i>MATONTI Frédéric Disponibilité</i>
BOYER Laurent	FUENTES Stéphane	MEGE Jean-Louis
BREGEON Fabienne	GABERT Jean	MERROT Thierry
BRETELLE Florence	GABORIT Bénédicte	METZLER/GUILLEMAIN Catherine
BROUQUI Philippe	GAINNIER Marc	MEYER/DUTOUR Anne
BRUDER Nicolas	GARCIA Stéphane	MICCALEF/ROLL Joëlle
BRUE Thierry	GARIBOLDI Vlad	MICHEL Fabrice
BRUNET Philippe	GAUDART Jean	MICHEL Gérard
BURTEY Stéphane	GAUDY-MARQUESTE Caroline	MICHEL Justin
CARCOPINO-TUSOLI Xavier	GENTILE Stéphanie	MICHELET Pierre
CASANOVA Dominique	GERBEAUX Patrick	MILH Mathieu
CASTINETTI Frédéric	GEROLAMI/SANTANDREA René	MOAL Valérie
CECCALDI Mathieu	GILBERT/ALESSI Marie-Christine	MONCLA Anne
CHAGNAUD Christophe	GIORGI Roch	MORANGE Pierre-Emmanuel
CHAMBOST Hervé	GIOVANNI Antoine	MOULIN Guy
CHAMPSAUR Pierre	GIRARD Nadine	MOUTARDIER Vincent
CHANEZ Pascal	GIRAUD/CHABROL Brigitte	<i>MUNDLER Olivier Surnombre</i>
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle	GONCALVES Anthony	NAUDIN Jean
CHARREL Rémi	GORINCOUR Guillaume	NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
<i>CHARPIN Denis Surnombre</i>	GRANEL/REY Brigitte	NICOLLAS Richard
CHAUMOTRE Kathia	GRANVAL Philippe	OLIVE Daniel
CHIARONI Jacques	GREILLIER Laurent	OUAFIK L'Houcine

PAGANELLI Franck	ROCHE Pierre-Hugues	THOMAS Pascal
PANUEL Michel	ROCH Antoine	THUNY Franck
PAPAZIAN Laurent	ROCHWERTGER Richard	TREBUCHON-DA FONSECA Agnès
PAROLA Philippe	ROLL Patrice	TRIGLIA Jean-Michel
<i>PARRATTE Sébastien Disponibilité</i>	ROSSI Dominique	TROPIANO Patrick
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure	ROSSI Pascal	TSIMARATOS Michel
PELLETIER Jean	ROUDIER Jean	TURRINI Olivier
PERRIN Jeanne	SALAS Sébastien	VALERO René
PETIT Philippe	<i>SAMBUC Roland Surnombre</i>	VAROQUAUX Arthur Damien
PHAM Thao	SARLES Jacques	VELLY Lionel
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique	SARLES/PHILIP Nicole	VEY Norbert
PIQUET Philippe	SARLON-BARTOLI Gabrielle	VIDAL Vincent
PIRRO Nicolas	SCAVARDA Didier	VIENS Patrice
POINSON François	SCHLEINITZ Nicolas	VILLANI Patrick
RACCAH Denis	SEBAG Frédéric	VITON Jean-Michel
RANQUE Stéphane	SEITZ Jean-François	VITTON Véronique
RAOULT Didier	SIELEZNEFF Igor	VIEHWEGER Heide Elke
REGIS Jean	SIMON Nicolas	VIVIER Eric
REYNAUD/GAUBERT Martine	STEIN Andréas	XERRI Luc
REYNAUD Rachel	TAIEB David	
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth	THIRION Xavier	

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

ADALIAN Pascal
 AGHABABIAN Valérie
 BELIN Pascal
 CHABANNON Christian
 CHABRIERE Eric
 FERON François
 LE COZ Pierre
 LEVASSEUR Anthony
 RANJEVA Jean-Philippe
 SOBOL Hagay

PROFESSEUR CERTIFIE

BRANDENBURGER Chantal

PRAG

TANTI-HARDOUIN Nicolas

PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE A MI-TEMPS

ADNOT Sébastien
 FILIPPI Simon

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIEN HOSPITALIER

ACHARD Vincent (<i>disponibilité</i>)	EBBO Mikaël	NGUYEN PHONG Karine
AHERFI Sarah	FABRE Alexandre	NINOVE Laetitia
ANGELAKIS Emmanouil (<i>dispo oct 2018</i>)	FAURE Alice	NOUGAIREDE Antoine
ATLAN Catherine (<i>disponibilité</i>)	FOLETTI Jean- Marc	OLLIVIER Matthieu
BARTHELEMY Pierre	FOUILLOUX Virginie	OVAERT Caroline
BEGE Thierry	FROMNOT Julien	PAULMYER/LACROIX Odile
BELIARD Sophie	GASTALDI Marguerite	PESENTI Sébastien
BERBIS Julie	GELSI/BOYER Véronique	RESSEGUIER Noémie
BERGE-LEFRANC Jean-Louis	GIUSIANO Bernard	REY Marc
BERTRAND Baptiste	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	ROBERT Philippe
BEYER-BERJOT Laura	GONZALEZ Jean-Michel	SABATIER Renaud
BIRNBAUM David	GOURIET Frédérique	SARI-MINODIER Irène
BONINI Francesca	GRAILLON Thomas	SAVEANU Alexandru
BOUCRAUT Joseph	GRISOLI Dominique	SECQ Véronique
BOULAMERY Audrey	GUERIN Carole	SUCHON Pierre
BOULLU/CIOCCA Sandrine	GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné	TABOURET Emeline
BUFFAT Christophe	GUIDON Catherine	TOGA Caroline
CAMILLERI Serge	HAUTIER/KRAHN Aurélie	TOGA Isabelle
CARRON Romain	HRAIECH Sami	TOMASINI Pascale
CASSAGNE Carole	KASPI-PEZZOLI Elise	TOSELLO Barthélémy
CHAUDET Hervé	L'OLLIVIER Coralie	TROUSSE Delphine
CHRETIEN Anne-Sophie	LABIT-BOUVIER Corinne	TUCHTAN-TORRENTS Lucile
COZE Carole	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	VELY Frédéric
CUNY Thomas	LAGIER Aude (<i>disponibilité</i>)	VION-DURY Jean
DADOUN Frédéric (<i>disponibilité</i>)	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	ZATTARA/CANNONI Hélène
DALES Jean-Philippe	LEVY/MOZZICONACCI Annie	
DAUMAS Aurélie	LOOSVELD Marie	
DEGEORGES/VITTE Joëlle	MANCINI Julien	
DELLIAUX Stéphane	MARY Charles	
DESPLAT/JEGO Sophie	MASCAUX Céline	
DEVILLIER Raynier	MAUES DE PAULA André	
DUBOURG Grégory	MILLION Matthieu	
DUFOUR Jean-Charles	MOTTOLA GHIGO Giovanna	

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

ABU ZAINEH Mohammad	DEGIOANNI/SALLE Anna	RUEL Jérôme
BARBACARU/PERLES T. A.	DESNUES Benoît	THOLLON Lionel
BERLAND/BENHAIM Caroline	MARANINCHI Marie	THIRION Sylvie
BOUCAULT/GARROUSTE Françoise	MERHEJ/CHAUVEAU Vicky	VERNA Emeline
BOYER Sylvie	MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte	
COLSON Sébastien	POGGI Marjorie	

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

CASANOVA Ludovic
GENTILE Gaëtan

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

BARGIER Jacques
BONNET Pierre-André
CALVET-MONTREDON Céline
GUIDA Pierre
JANCZEWSKI Aurélie

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

MATHIEU Marion
REVIS Joana

ANATOMIE 4201

CHAMPSAUR Pierre (PU-PH)
LE CORROLLER Thomas (PU-PH)
PIRRO Nicolas (PU-PH)

GUENOUN-MEYSSIGNAC Daphné (MCU-PH)
LAGIER Aude (MCU-PH) disponibilité

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203

CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH)
DANIEL Laurent (PU-PH)
FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH)
GARCIA Stéphane (PU-PH)
XERRI Luc (PU-PH)

DALES Jean-Philippe (MCU-PH)
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH)
LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH)
MAUES DE PAULA André (MCU-PH)
SECQ Véronique (MCU-PH)

**ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ;
MEDECINE URGENCE 4801**

ALBANESE Jacques (PU-PH)
BRUDER Nicolas (PU-PH)
LEONE Marc (PU-PH)
MICHEL Fabrice (PU-PH)
VELLY Lionel (PU-PH)

GUIDON Catherine (MCU-PH)

ANGLAIS 11

BRANDENBURGER Chantal (PRCE)

**BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT
ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5405**

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)
PERRIN Jeanne (PU-PH)

BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE 4301

GUEDJ Eric (PU-PH)
GUYE Maxime (PU-PH)
MUNDLER Olivier (PU-PH) Surnombre
TAIEB David (PU-PH)

BELIN Pascal (PR) (69ème section)
RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)

CAMMILLERI Serge (MCU-PH)
VION-DURY Jean (MCU-PH)

BARBACARU/PERLES Téodora Adriana (MCF) (69ème section)

**BIostatistiques, Informatique Médicale
ET TECHNOLOGIES DE COMMUNICATION 4604**

CLAVERIE Jean-Michel (PU-PH) Surnombre
GAUDART Jean (PU-PH)
GIORGI Roch (PU-PH)

CHAUDET Hervé (MCU-PH)
DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)
GIUSIANO Bernard (MCU-PH)
MANCINI Julien (MCU-PH)

ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)
BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

ANTHROPOLOGIE 20

ADALIAN Pascal (PR)

DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)
VERNA Emeline (MCF)

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501

CHARREL Rémi (PU PH)
DRANCOURT Michel (PU-PH)
FENOLLAR Florence (PU-PH)
FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH)
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH)
LA SCOLA Bernard (PU-PH)
RAOULT Didier (PU-PH)

AHERFI Sarah (MCU-PH)
ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH) disponibilité octobre 2018
DUBOURG Grégory (MCU-PH)
GOURIET Frédérique (MCU-PH)
NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH)
NINOVE Laetitia (MCU-PH)

CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)
LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section)
DESNUES Benoit (MCF) (65ème section)
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401

BARLIER/SETTI Anne (PU-PH)
GABERT Jean (PU-PH)
GUIEU Régis (PU-PH)
OUAFIK L'Houcine (PU-PH)

BUFFAT Christophe (MCU-PH)
FROMNOT Julien (MCU-PH)
MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)
SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

BIOLOGIE CELLULAIRE 4403

ROLL Patrice (PU-PH)

GASTALDI Marguerite (MCU-PH)
KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH)
LEVY-MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)

CARDIOLOGIE 5102

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)
BONELLO Laurent (PU PH)
BONNET Jean-Louis (PU-PH)
CUISSSET Thomas (PU-PH)
DEHARO Jean-Claude (PU-PH)
FRANCESCHI Frédéric (PU-PH)
HABIB Gilbert (PU-PH)
PAGANELLI Franck (PU-PH)
THUNY Franck (PU-PH)

CHIRURGIE DIGESTIVE 5202

BERDAH Stéphane (PU-PH)
HARDWIGSEN Jean (PU-PH)
SIELEZNEFF Igor (PU-PH)

BEYER-BERJOT Laura (MCU-PH)

CHIRURGIE GENERALE 5302

DELPERO Jean-Robert (PU-PH)
MOUTARDIER Vincent (PU-PH)
SEBAG Frédéric (PU-PH)
TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)
BIRNBAUM David (MCU-PH)

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)
 BLONDEL Benjamin (PU-PH)
 CURVALE Georges (PU-PH)
 FLECHER Xavier (PU PH)
PARRATTE Sébastien (PU-PH) Disponibilité
 ROCHWERGER Richard (PU-PH)
 TROPIANO Patrick (PU-PH)

OLLIVIER Matthieu (MCU-PH)

CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702

BERTUCCI François (PU-PH)
 CHINOT Olivier (PU-PH)
 COWEN Didier (PU-PH)
 DUFFAUD Florence (PU-PH)
 GONCALVES Anthony (PU-PH)
 HOUVENAEGHEL Gilles (PU-PH)
 LAMBAUDIE Eric (PU-PH)
 SALAS Sébastien (PU-PH)
 VIENS Patrice (PU-PH)

SABATIER Renaud (MCU-PH)
 TABOURET Emeline (MCU-PH)

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103

COLLART Frédéric (PU-PH)
 D'JOURNO Xavier (PU-PH)
 DODDOLI Christophe (PU-PH)
 GARIBOLDI Vlad (PU-PH)
 MACE Loïc (PU-PH)
 THOMAS Pascal (PU-PH)

FOUILLOUX Virginie (MCU-PH)
 GRISOLI Dominique (MCU-PH)
 TROUSSE Delphine (MCU-PH)

CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104

ALIMI Yves (PU-PH)
 AMABILE Philippe (PU-PH)
 BARTOLI Michel (PU-PH)
 BOUFI Mourad (PU-PH)
 MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)
 PIQUET Philippe (PU-PH)
 SARLON-BARTOLI Gabrielle (PU PH)

HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202

LEPIDI Hubert (PU-PH)

ACHARD Vincent (MCU-PH) disponibilité
 PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003

BERBIS Philippe (PU-PH)
 GAUDY/MARQUESTE Caroline (PU-PH)
 GROB Jean-Jacques (PU-PH)
 RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)

DUSI

COLSON Sébastien (MCF)

ENDOCRINOLOGIE ,DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5404

BRUE Thierry (PU-PH)
 CASTINETTI Frédéric (PU-PH)
 CUNY Thomas (MCU PH)

EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION 4601

AUQUIER Pascal (PU-PH)
 BOYER Laurent (PU-PH)
 GENTILE Stéphanie (PU-PH)
SAMBUC Roland (PU-PH) Surnombre
 THIRION Xavier (PU-PH)

BERBIS Julie (MCU-PH)
 LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)
 RESSEGUIER Noémie (MCU-PH)

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF)(06ème section)
 TANTI-HARDOUIN Nicolas (PRAG)

CHIRURGIE INFANTILE 5402

GUYS Jean-Michel (PU-PH)
 JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
 LAUNAY Franck (PU-PH)
 MERROT Thierry (PU-PH)
 VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH)
 FAURE Alice (MCU PH)
 PESENTI Sébastien (MCU-PH)

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)
 GUYOT Laurent (PU-PH)

FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛOLOGIE 5004

CASANOVA Dominique (PU-PH)
 LEGRE Régis (PU-PH)

BERTRAND Baptiste (MCU-PH)
 HAUTIER/KRAHN Aurélie (MCU-PH)

GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201

BARTHET Marc (PU-PH)
 BERNARD Jean-Paul (PU-PH)
BOTTA-FRIDLUND Danielle (PU-PH) Surnombre
 DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)
 GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)
 GRANDVAL Philippe (PU-PH)
 GRIMAUD Jean-Charles (PU-PH)
 SEITZ Jean-François (PU-PH)
 VITTON Véronique (PU-PH)

GONZALEZ Jean-Michel (MCU-PH)

GENETIQUE 4704

BEROUD Christophe (PU-PH)
 KRAHN Martin (PU-PH)
 LEVY Nicolas (PU-PH)
 MONCLA Anne (PU-PH)
 SARLES/PHILIP Nicole (PU-PH)

NGYUEN Karine (MCU-PH)
 TOGA Caroline (MCU-PH)
 ZATTARA/CANNONI Héléne (MCU-PH)

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403

AGOSTINI Aubert (PU-PH)
 BOUBLI Léon (PU-PH)
 BRETELLE Florence (PU-PH)
 CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH)
 COURBIERE Blandine (PU-PH)
 CRAVELLO Ludovic (PU-PH)
 D'ERCOLE Claude (PU-PH)

IMMUNOLOGIE 4703

KAPLANSKI Gilles (PU-PH)
 MEGE Jean-Louis (PU-PH)
 OLIVE Daniel (PU-PH)
 VIVIER Eric (PU-PH)

FERON François (PR) (69ème section)

BOUCRAUT Joseph (MCU-PH)
 CHRETIEN Anne-Sophie (MCU PH)
 DEGEORGES/VITTE Joëlle (MCU-PH)
 DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)
 ROBERT Philippe (MCU-PH)
 VELY Frédéric (MCU-PH)

BOUCAULT/GARROUSTE Françoise (MCF) 65ème section)

MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503

BROUQUI Philippe (PU-PH)
 LAGIER Jean-Christophe (PU-PH)
 PAROLA Philippe (PU-PH)
 STEIN Andréas (PU-PH)

MILLION Matthieu (MCU-PH)

MEDECINE D'URGENCE 4805

KERBAUL François (PU-PH)
 MICHELET Pierre (PU-PH)

**MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU
 VEILLISSEMENT ; MEDECINE GENERALE ; ADDICTOLOGIE 5301**

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)
 DISDIER Patrick (PU-PH)
 DURAND Jean-Marc (PU-PH)
FRANCES Yves (PU-PH) Surnombre
 GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)
 HARLE Jean-Robert (PU-PH)
 ROSSI Pascal (PU-PH)
 SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)

EBBO Mikael (MCU-PH)

GENTILE Gaëtan (MCF Méd. Gén. Temps plein)

ADNOT Sébastien (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)
 FILIPPI Simon (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)

BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
 BONNET Pierre-André (MCF associé Méd. Gén à mi-temps)
 CALVET-MONTREDON Céline (MCF associé Méd. Gén. à temps plein)
 GUIDA Pierre (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)
 JANCZEWSKI Aurélie (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

NUTRITION 4404

DARMON Patrice (PU-PH)
 RACCAH Denis (PU-PH)
 VALERO René (PU-PH)

ATLAN Catherine (MCU-PH) disponibilité
 BELIARD Sophie (MCU-PH)

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)

CHABANNON Christian (PR) (66ème section)
 SOBOL Hagay (PR) (65ème section)

IMMUNOLOGIE ; TRANSFUSION 4701

BLAISE Didier (PU-PH)
 COSTELLO Régis (PU-PH)
 CHIARONI Jacques (PU-PH)
 GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH)
 MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH)
 VEY Norbert (PU-PH)

DEVILLIER Raynier (MCU PH)
 GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)
 LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)
 LOOSVELD Marie (MCU-PH)
 SUCHON Pierre (MCU-PH)

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603

BARTOLI Christophe (PU-PH)
 LEONETTI Georges (PU-PH)
 PELISSIER-ALICOT Anne-Laure (PU-PH)
 PIERCECCHI-MARTI Marie-Dominique (PU-PH)

TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

BERLAND/BENHAIM Caroline (MCF) (1ère section)

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)
 VITON Jean-Michel (PU-PH)

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

BERGE-LEFRANC Jean-Louis (MCU-PH)
 SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

NEPHROLOGIE 5203

BERLAND Yvon (PU-PH) Surnombre
 BRUNET Philippe (PU-PH)
 BURTEY Stéphanne (PU-PH)
 DUSSOL Bertrand (PU-PH)
 JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)
 MOAL Valérie (PU-PH)

NEUROCHIRURGIE 4902

DUFOUR Henry (PU-PH)
 FUENTES Stéphane (PU-PH)
 REGIS Jean (PU-PH)
 ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)
 SCAVARDA Didier (PU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)
 GRAILLON Thomas (MCU PH)

NEUROLOGIE 4901

ATTARIAN Sharham (PU PH)
 AUDOIN Bertrand (PU-PH)
 AZULAY Jean-Philippe (PU-PH)
 CECCALDI Mathieu (PU-PH)
 EUSEBIO Alexandre (PU-PH)
 FELICIAN Olivier (PU-PH)
 PELLETIER Jean (PU-PH)

OPHTALMOLOGIE 5502

DENIS Danièle (PU-PH)
 HOFFART Louis (PU-PH) *Disponibilité*
 MATONTI Frédéric (PU-PH) *Disponibilité*

PEDEPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904

DA FONSECA David (PU-PH)
 POINSO François (PU-PH)

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501

DESSI Patrick (PU-PH)
 FAKHRY Nicolas (PU-PH)
 GIOVANNI Antoine (PU-PH)
 LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH)
 MICHEL Justin (PU-PH)
 NICOLLAS Richard (PU-PH)
 TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH)
 DEVEZE Arnaud (MCU-PH) *Disponibilité*
 REVIS Joana (MAST) (Orthophonie) (7ème Section)

**PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE -
PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE 4803**

BLIN Olivier (PU-PH)
 FAUGERE Gérard (PU-PH) *Surnombre*
 MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)
 SIMON Nicolas (PU-PH)
 BOULAMERY Audrey (MCU-PH)

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE 4502

RANQUE Stéphane (PU-PH)
 CASSAGNE Carole (MCU-PH)
 L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)
 MARY Charles (MCU-PH)
 TOGA Isabelle (MCU-PH)

PHILOSOPHIE 17

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)
 MATHIEU Marion (MAST)

PEDIATRIE 5401

ANDRE Nicolas (PU-PH)
 CHAMBOST Hervé (PU-PH)
 DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)
 GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)
 MICHEL Gérard (PU-PH)
 MILH Mathieu (PU-PH)
 REYNAUD Rachel (PU-PH)
 SARLES Jacques (PU-PH)
 TSIMARATOS Michel (PU-PH)
 COZE Carole (MCU-PH)
 FABRE Alexandre (MCU-PH)
 OVAERT Caroline (MCU-PH)
 TOSELLO Barthélémy (MCU-PH)

PHYSIOLOGIE 4402

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)
 BREGEON Fabienne (PU-PH)
 GABORIT Bénédicte (PU-PH)
 MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)
 TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)

BARTHELEMY Pierre (MCU-PH)
 BONINI Francesca (MCU-PH)
 BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)
 DADOUN Frédéric (MCU-PH) (*disponibilité*)
 DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)
 REY Marc (MCU-PH)

PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903

BAILLY Daniel (PU-PH)
 LANCON Christophe (PU-PH)
 NAUDIN Jean (PU-PH)

RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)
 THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

PSYCHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PCYCHOLOGIE SOCIALE 16

AGHABABIAN Valérie (PR)

PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101**RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302**

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)
 CHAGNAUD Christophe (PU-PH)
 CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)
 GIRARD Nadine (PU-PH)
 GORINCOUR Guillaume (PU-PH)
 JACQUIER Alexis (PU-PH)
 MOULIN Guy (PU-PH)
 PANUEL Michel (PU-PH)
 PETIT Philippe (PU-PH)
 VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)
 VIDAL Vincent (PU-PH)

ASTOUL Philippe (PU-PH)
 BARLESI Fabrice (PU-PH)
 CHANEZ Pascal (PU-PH)
 CHARPIN Denis (PU-PH) *Surnombre*
 GREILLIER Laurent (PU PH)
 REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

MASCAUX Céline (MCU-PH)
 TOMASINI Pascale (MCU-PH)

REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE 4802

GAINNIER Marc (PU-PH)
 GERBEAUX Patrick (PU-PH)
 PAPAIZIAN Laurent (PU-PH)
 ROCH Antoine (PU-PH)

THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4804

AMBROSI Pierre (PU-PH)
 VILLANI Patrick (PU-PH)

HRAIECH Sami (MCU-PH)

DAUMAS Aurélie (MCU-PH)

RHUMATOLOGIE 5001

GUIS Sandrine (PU-PH)
 LAFFORGUE Pierre (PU-PH)
 PHAM Thao (PU-PH)
 ROUDIER Jean (PU-PH)

UROLOGIE 5204

BASTIDE Cyrille (PU-PH)
 KARSENTY Gilles (PU-PH)
 LECHEVALLIER Eric (PU-PH)
 ROSSI Dominique (PU-PH)

REMERCIEMENTS

À **Monsieur le Professeur Jean-Christophe Dubus**, je vous remercie de l'honneur que vous me faites en ayant accepté de présider mon jury de thèse ainsi que pour votre disponibilité. Soyez assuré de ma réelle gratitude et de mon profond respect.

À **Monsieur le Docteur Alexandre Fabre**, vous me faites l'honneur de juger mon travail. Veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements et de ma profonde gratitude.

À **Monsieur le Docteur Barthélémy Tosello**, vous avez accepté de juger ce travail, je vous remercie grandement pour l'honneur que vous me faites. Soyez assuré de ma sincère reconnaissance pour cela.

À **Monsieur le Docteur Bernard Thoron**, je vous remercie de l'honneur que vous me faites en acceptant de juger ce travail. Vous m'avez fait découvrir et aimer la pédiatrie. Je vous présente mes plus sincères remerciements pour ce que vous m'avez appris.

À **Monsieur le Docteur Lionel Seghieri**, vous avez accepté de diriger mon travail de thèse et de m'accompagner tout au long de ce projet. Vous m'avez fait confiance et je vous en remercie très sincèrement. Je ne peux être que profondément reconnaissant devant votre soutien, votre disponibilité et vos conseils avisés. Vous êtes un médecin généraliste passionné par ce que vous faites avec une grande humanité. J'ai eu beaucoup de chance de me former à vos côtés. Merci pour tout.

Au Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins du Var, qui m'a gentiment fourni les adresses mails des médecins et sans qui ma thèse n'aurait pu voir le jour.

Aux médecins généralistes, qui ont accepté de m'aider dans mon projet et qui ont donné de leur temps pour répondre à ce questionnaire. Vous avez permis la concrétisation de ce travail. Un grand merci pour cela.

À **tous les médecins et personnels soignants**, que j'ai croisés sur ma route à Marseille, Digne, Martigues ou dans le Var.

À **Henri**, je te remercie de ta profonde gentillesse. Je ne peux être que reconnaissant devant ce que tu fais pour moi concernant les remplacements. C'est un plaisir de travailler avec toi.

À **Ludivine**, je garde un excellent souvenir de ce semestre à La Celle. Merci pour ce que tu m'as appris.

À **Jean-Luc**, merci pour ton implication concernant la formation des internes varois, ainsi que l'organisation de la permanence de soins dans cette région qui me tient tant à cœur.

À **Denis**, c'était toujours un plaisir d'aller à Barjols, je te remercie pour ta bonne humeur et tes conseils.

À mes parents, je ne vous remercierai jamais assez pour tout ce que vous avez fait pour moi que ce soit pendant les études ou dans la vie personnelle. Vous m'avez toujours mis dans les meilleures conditions pour réussir. Vous avez toujours été présents pour moi et avez su m'encourager dans les meilleurs moments comme les plus difficiles. C'est grâce à vous si j'en suis là aujourd'hui. Merci pour ces moments de partages, votre gentillesse, votre amour et de nous avoir fait découvrir le monde à travers ces magnifiques voyages. Pour cette si belle relation qui nous unie et pour tous nos projets, Merci. Je vous aime fort.

À Charlotte, ma grande sœur, on en a parcouru du chemin depuis l'enfance. Je suis très heureux de te rejoindre parmi les Docteurs ce jour. Tu as toujours été une source de motivation, un exemple pour moi. J'ai beaucoup de chance de t'avoir à mes côtés. Je suis fier d'être ton frère. Je t'aime sœurlette.

À Soline, notre princesse qui nous rend tellement heureux. Je t'aime ma Soso.

À mes grands-parents, Mamie Colette qui est partie bien trop tôt, je t'embrasse fort. À Mamie Nadette je ne garde que de fabuleux souvenirs passés avec toi, tu étais tellement attentionnée et gentille avec nous.

À Papy Alain, j'aurais vraiment aimé que tu sois là aujourd'hui. Merci pour tout, le Rayol nous a donné des souvenirs pour toute une vie.

À Papy Guy, tu es une force de la nature avec un cœur immense, je suis tellement heureux que tu sois là. Nous avons beaucoup de chance de t'avoir parmi nous. Je t'aime fort Papy.

À mes oncles et mes tantes, Nadine, Parrain Thierry, Marraine Florence et Anthony, merci pour votre gentillesse, votre soutien et votre bienveillance à mon égard. Je vous embrasse.

À mes cousins, Alexia, Arthur, Julie et Pierre, merci pour tous ces moments de bonheur passés ensemble. Je vous adore. J'embrasse Mélanie, Thomas M, Thomas J.

À Thibault, que j'apprécie tant. On va boire une bonne bouteille pour fêter ça.

À mes beaux-parents, Jean-Yves et Chantal, vous m'avez accueilli au sein de votre famille. Je vous remercie de votre gentillesse à mon égard. C'est un plaisir de partager des moments avec vous. Merci pour votre soutien.

À Roxane, merci pour ta gentillesse, pour tous ces beaux moments passés ensemble. Tu es une super kiné.

À toute ma belle-famille, Christiane, Daniel, Nicolas, Christine, Aurélia, merci pour votre soutien.

À la famille Tuche,

- **À Thomas**, je suis très heureux de partager ce moment avec toi. Tu as toujours été un soutien. On en a parcouru du chemin depuis la sixième à Jeanne-D'Arc, on peut être fiers de nous. On a passé de supers moments durant toutes ces années et ce n'est pas près de s'arrêter. Je te souhaite tout le bonheur que tu mérites avec Diane.

- **À Jeff**, qui est devenu fan de foot depuis l'été 2018, je me souviendrai toujours du 15 juillet à Cavalaire, et promis on va trouver une solution pour tes cheveux ^^.

- **À Céline** vous formez un superbe couple avec François, hâte d'être cet été pour fêter cela. Je vous embrasse fort.

-**À Bastien**, je te félicite car tu as réussi à me supporter toutes ces années...^^. Tu seras un grand psychiatre. Que de moments à rire ensemble. Je te souhaite le meilleur.

-**À Ines**, même si je ne peux plus compter sur toi pour garder « les clés » et que tu mets des coups aux bouées tractées ^^, je te remercie pour ta bonne humeur et les rigolades.

À Polo, on a tout fait ensemble avec Thomas, je suis très heureux pour toi que tu sois épanoui au Brésil. J'espère tout de même que tu vas revenir. Merci Polo.

À Pierre, il est loin le temps de la maternelle à Garéoult ^^. On a passé des super moments durant notre jeunesse et cela va continuer. Je te souhaite tout le bonheur que tu mérites.

À mes amis, Robin, Clément C, Clément Ce, Julien B, Alexandre, Gauthier, merci pour tous les bons moments passés en votre compagnie durant ces années. On s'est bien marré et ça va continuer. Vous pouvez compter sur moi. Merci les gars.

À mes Co - internes de Sainte Marguerite, Diane, Florie, Ismaël, pour tous ces bons souvenirs. J'ai vraiment apprécié de travailler avec vous. Et surtout vive le secteur 1^^.

À tous les copains de médecine, Mika.D, Rosine, Anais, Romain, Cassandre, Valentin, Léa, Aldrick, Chloé, Florian, William, Laure, Margaux, Sarah, Mathieu T, Aurélie, Thomas D, Thomas B, Clémence, Mika.L, Mathilde, Jonathan, Bruno, Benoît, Sébastien, Hatem ... à tous ceux que j'oublie, que de belles rencontres. Je vous embrasse.

Enfin, à Fiona, ma future femme, ma choupinette, merci pour tout ce que tu m'apportes au quotidien. Tu as été un soutien pour moi pendant toutes les études, l'internat est maintenant terminé, on a la vie devant nous. Je suis fier de toi. On va continuer à partager plein de bons moments ensemble et continuer de découvrir le monde.

Je t'aime.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	3
GENERALITES	5
I. Historique de la diversification alimentaire	5
II. Evolution récente des recommandations.....	6
III. Recommandations actuelles	7
IV. Besoins nutritionnels du nourrisson	9
V. Rôle du médecin généraliste	15
VI. Démographie médicale.....	16
MATERIELS ET METHODES	18
I. Objectif principal.....	18
II. Objectif secondaire.....	18
III. Population étudiée	18
IV. Type d'étude.....	18
V. Questionnaire	19
VI. Analyse statistique.....	20
RESULTATS	21
I. Effectifs des médecins inclus dans l'étude.....	21
II. Description des participants	22
a. Sexe	22
b. Age	22
c. Année d'installation et lieu d'exercice	23
d. Patientèle pédiatrique	24
III. La diversification alimentaire.....	24
a. Aborder la diversification alimentaire.....	24
b. Sources d'informations des parents rapportées par les médecins	25
c. Supports utilisés par les médecins	26
IV. Introduction des aliments	27
a. Age recommandé pour débiter la diversification	27
b. Les légumes	28
c. Les fruits.....	28
d. Les protéines.....	29
e. Les céréales infantiles.....	30

f. Les matières grasses	30
g. Les laitages	31
h. Les légumineuses.....	32
i. Autres aliments.....	32
V. Conseils concernant la préparation des aliments.....	33
VI. Allaitement maternel et laits artificiels	34
VII. Enfants à risque d'allergie.....	35
VIII. Ressenti des médecins sur la diversification alimentaire	36
IX. Fiches d'informations destinées aux parents.....	37
DISCUSSION	43
I. Forces et limites de l'étude.....	43
II. Caractéristiques des médecins inclus	44
III. Modalités autour de la diversification alimentaire	45
IV. Pratique des médecins généralistes en regard des recommandations	48
V. Allaitement maternel et les laits artificiels	57
VI. Diversification alimentaire chez les enfants à risque d'allergie	60
CONCLUSION.....	62
BIBLIOGRAPHIE	64
ANNEXES.....	72
ABREVIATIONS.....	81

INTRODUCTION

Pour l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la diversification alimentaire correspond à l'introduction de tout autre aliment solide ou liquide que le lait maternel, sauf les solutés de réhydratation ou les suppléments en vitamines et minéraux (1).

Dans les pays industrialisés, la Société Européenne de Gastro-entérologie Pédiatrique, Hépatologie et Nutrition (ESPGHAN) et la Société Française de Pédiatrie (SFP), définissent la diversification alimentaire par l'introduction d'aliments solides chez un enfant allaité ou recevant une préparation pour nourrissons (2) (3).

Nous retiendrons dans notre étude la définition des organismes occidentaux sur les pays industrialisés qui est plus en adéquation avec nos pratiques.

La diversification alimentaire est indispensable pour le développement du nourrisson pour des raisons nutritionnelles, psychomotrices et sensorielles. Cela permet une évolution vers un régime alimentaire varié, qui va se rapprocher progressivement vers un modèle adulte.

Elle est profondément influencée par le milieu socioculturel et les habitudes familiales.

Les recommandations concernant la diversification alimentaire n'ont cessé d'évoluer ces dernières années. Ces multiples changements contribuent au doute des parents et des médecins sur les modalités de mise en œuvre.

La prise de position de l'ESPGHAN en janvier 2017 sur la diversification alimentaire chez les nourrissons permet de mettre à jour les données publiées en 2008 (4).

Parallèlement, il existe une pénurie de pédiatres libéraux en France. Seulement 1 enfant sur 5 est suivi par un pédiatre. La densité des pédiatres est l'une des plus faibles d'Europe, avec seulement 1 pédiatre libéral pour 6 000 enfants, soit 3 fois moins que la moyenne européenne (6).

La place du médecin généraliste dans le suivi des enfants est donc prépondérante, dans un contexte de démographie médicale globale en baisse.

Aujourd'hui, l'évolution de l'alimentation accompagne les transformations de notre société et les sources d'informations non médicales se multiplient : Internet, les réseaux sociaux, la publicité, l'entourage familial (7).

Les parents attendent des réponses claires et adaptées afin de les guider étape par étape lors de la diversification. Le médecin généraliste étant au centre de la prise en charge, doit apporter aux parents ces informations (8).

L'objectif de ce travail est de réaliser un état des lieux de la pratique de la diversification alimentaire des nourrissons par les médecins généralistes du Var au regard des recommandations actuelles.

GENERALITES

I. Historique de la diversification alimentaire

Dans l'Antiquité, la morbidité et la mortalité infantiles ont probablement été favorisées par la méconnaissance du processus de lactation et de la fonction du lait maternel dans l'alimentation de l'enfant. A cette époque, on considérait le colostrum comme du sang blanchi et comme impropre à la consommation par les nouveau-nés. Ils étaient allaités par des nourrices pendant cette période et en l'absence de ces dernières, les mères étaient incitées à faire jeuner leur enfant ou bien à remplacer le lait par des bouillies de farines diverses, en attendant la montée de lait (9).

Dans l'Egypte Ancienne, la recommandation de l'allaitement maternel est fixée à une durée de 3 ans. Dans la civilisation grecque cependant, les contrats pour nourrices mentionnaient un allaitement exclusif de 6 mois.

Jusqu'au Moyen Age, il existe peu de données sur la diversification alimentaire mais historiquement, l'alimentation du nourrisson était probablement exclusivement lactée pendant les deux premières années de vie.

A partir du XVIe siècle, on commence à voir un début de tableau d'introduction des aliments. Jacques Guillemeau, obstétricien de l'époque recommandait de ne pas allaiter son bébé avant 8 jours voire 1 mois de vie, sans toutefois préciser quelle alimentation lui donner durant ce laps de temps. Il conseillait de démarrer la diversification alimentaire lors de l'éruption des incisives supérieures et inférieures en intégrant le pain, les bouillies, des panades puis vers 15 mois la volaille puis la viande vers 2 ans.

Depuis la fin du XIXe siècle, la diversification alimentaire a commencé plus précocement. En effet avec le début de l'industrialisation, l'apparition de l'industrie alimentaire (laits artificiels, petits pots), le travail des femmes dans les usines et la baisse du nombre de nourrices ont entraîné une diminution de l'allaitement maternel (10).

En 1923, un pédiatre suédois, Jundell, conseille un début de diversification alimentaire plus précoce dès 6 mois, afin d'entraîner une meilleure résistance aux infections et une meilleure

croissance staturo-pondérale. L'Association Médicale Américaine a confirmé cette préconisation en 1937.

Dans les années 1960 - 1970, le début de la diversification alimentaire a été proposé de plus en plus tôt, elle débutait en France vers l'âge de 3 mois.

De 1980 aux années 2000, l'âge de la diversification recule à 4 mois, en raison d'une augmentation des pathologies allergiques et maladies auto-immunes lorsque la diversification survient avant 4 mois. Par mesure de précaution, il est proposé une introduction plus tardive, après un an, de certains aliments allergisants (œuf, poisson, arachide).

En France, la SFP recommandait en 1998 de débiter la diversification alimentaire entre 4 et 6 mois (3).

II. Evolution récente des recommandations

L'OMS a longtemps recommandé de débiter la diversification alimentaire après une période de 4 à 6 mois d'allaitement exclusif. Cependant en 2002, elle préconise que l'allaitement maternel exclusif soit poursuivi jusqu'à l'âge de 6 mois, y compris dans les pays industrialisés (11) (12).

La tendance globale a alors été de retarder la diversification alimentaire jusqu'à 6 mois, comme l'a fait la SFP en 2003. Par la suite, la SFP a rejoint les recommandations européennes en 2008, en préconisant un début de diversification entre 4 et 6 mois, puis en le confirmant lors des dernières recommandations de la SFP de 2015 (14) (15).

L'OMS recommande toujours en 2018 un allaitement maternel exclusif jusqu'à l'âge de 6 mois, et un début de diversification après 6 mois révolus (16) (17).

Ce discours différent entre l'OMS et les sociétés savantes européennes a souvent été source de confusion pour les professionnels de santé et les parents.

III. Recommandations actuelles

Les dernières recommandations de l'ESPGHAN en janvier 2017 sont très proches de celles de la SFP de 2015, elles confirment que l'allaitement maternel est recommandé pendant les 4 premiers mois de la vie de l'enfant de façon exclusive et pendant les 6 premiers mois, de façon exclusive ou prédominante. De plus l'introduction des aliments de complément devrait se faire après l'âge de 4 mois et ne devrait pas être retardée après 6 mois (4).

Le tableau suivant regroupe les recommandations de la SFP de 2015 et de l'ESPGHAN 2017 concernant la durée d'allaitement maternel et l'âge d'introduction des principaux aliments.

Tableau 1 : Recommandations de la SFP 2015 et de l'ESPGHAN 2017.

	SFP 2015	ESPGHAN 2017
Durée de l'allaitement maternel	6 mois	6 mois
Age de début de la diversification alimentaire	Entre 4 à 6 mois	Entre 4 à 6 mois
Age d'introduction des légumes	Entre 4 à 6 mois	Entre 4 à 6 mois
Age d'introduction des fruits		
Fruits classiques	Entre 4 à 6 mois	Entre 4 à 6 mois
Fruits rouges	Entre 4 à 6 mois	Entre 4 à 6 mois
Fruits exotiques	Entre 4 à 6 mois	Entre 4 à 6 mois
Age d'introduction des céréales		
Sans gluten	Entre 4 à 6 mois	Entre 4 à 6 mois
Avec gluten	Possible dès 4 mois, en petite quantité	Entre 4 à 12 mois, en petite quantité
Age d'introduction des protéines		
Viande	6 mois	6 mois
Poisson	6 mois	6 mois
Œuf	6 mois	6 mois
Age d'introduction des matières grasses	6 mois	6 mois
Age d'introduction des laitages	6 mois	6 mois
Age d'introduction des légumineuses	18 mois	18 mois
Age d'introduction du miel	12 mois	12 mois
Age d'introduction des aliments allergisants	Entre 4 à 6 mois	Entre 4 à 6 mois

Concernant le gluten la recommandation de la SFP indique que l'introduction du gluten entre 4 et 6 mois n'a pas d'influence sur la survenue ultérieure de la maladie cœliaque tandis que pour l'ESPGHAN, le gluten devrait être introduit progressivement entre 4 et 12 mois (15).

L'ESPGHAN fait d'autres précisions sur la diversification alimentaire, en voici le résumé (4) :

Les nourrissons doivent se voir proposer des aliments de saveurs et de textures variées, y compris les légumes verts ayant un goût amer, même si cela ne répond pas à leur appétence naturelle, tout en poursuivant l'allaitement maternel. Tous les nourrissons doivent consommer des aliments riches en fer, y compris de la viande et/ou des aliments enrichis en fer. Les aliments doivent être servis sans sel ni sucre ajouté et les jus de fruits comme les boissons avec sucres ajoutés doivent être évités.

Les aliments allergéniques peuvent être introduits dès le début de la diversification alimentaire, après l'âge de 4 mois. Chez les nourrissons à haut risque d'allergie à l'arachide (eczéma sévère et/ou allergie à l'œuf), l'introduction de cet allergène doit se faire entre 4 et 11 mois, après avis d'un praticien expert dans le domaine. Le gluten peut être introduit entre 4 et 12 mois, en évitant la consommation de grande quantité au cours des premières semaines après son introduction et plus tard dans l'enfance. Il n'y a pas de preuve d'un impact de l'allaitement ou du non allaitement sur le risque de maladie cœliaque. Les quantités optimales de gluten ne sont toutefois pas précisées dans les recommandations, qui s'appliquent de la même façon chez tous les bébés.

Le lait de vache entier ne doit pas être consommé en tant que boisson principale avant l'âge de 12 mois. La consommation de grandes quantités de lait de vache est en effet associée à un apport excessif en énergie, protéines et graisses, et à l'inverse pauvre en fer. Or, un excès d'apports protéiques au cours de la diversification alimentaire pourrait accroître le risque ultérieur de surpoids et d'obésité, notamment chez les nourrissons prédisposés.

L'utilisation prolongée d'aliments en purée est à éviter. L'introduction des textures doit suivre le développement de l'enfant ; par exemple l'introduction des textures grumeleuses est recommandée entre 8 et 10 mois. L'enfant doit être amené à manger progressivement par lui-même. A partir de 12 mois, il devrait principalement boire avec un verre ou une tasse d'apprentissage.

Les parents sont encouragés à nourrir leur enfant en réponse aux signaux de faim et de satiété de celui-ci, en évitant d'utiliser l'alimentation comme un réconfort ou une récompense.

IV. Besoins nutritionnels du nourrisson

Le nourrisson a besoin de 0 à 12 mois d'un apport énergétique total (AET) de 100 kcal/kg par jour (18).

Le tableau suivant présente les Apports Nutritionnels Conseillés (19).

Tableau 2 : Apports Nutritionnels Conseillés (ANC)

Apports nutritionnels conseillés (ANC)	
Lipides	45 à 50 % de l'AET
Glucides	45 à 50 % de l'AET
Protéines	10 % de l'AET
Calcium	400 à 500 mg/j (de 0 à 36 mois)
Fer	5 à 10 mg/j (de 0 à 12 mois)
Vitamine D	800 à 1000 UI (de 0 à 24 mois) À rajouter de façon systématique quotidiennement dès la naissance

Les légumes

Ils sont riches en fibres et entraînent une modification de la flore colique du nourrisson ainsi que du transit intestinal tout en induisant un sentiment de satiété. Ces fibres peuvent ainsi être responsables de phénomènes douloureux ou de troubles du transit. Pour éviter cela, il est important de bien cuire et de mixer les légumes afin de « prédigérer » les fibres qu'ils contiennent et ainsi réduire le risque de fermentation colique. On retrouve dans leur composition plusieurs éléments nutritifs (vitamines, minéraux, oligo-éléments...), de l'eau mais ils apportent peu d'énergie (20).

La majorité des légumes peut être proposée aux nourrissons. Il est préférable de proposer un seul légume (en plus de la pomme de terre qui peut servir de liant) pour que l'enfant apprenne le goût particulier de chaque légume mais aussi de changer de légume chaque jour. On peut commencer par exemple par : la carotte, la courgette, le blanc de poireau, les haricots verts, le potiron. On évite de débiter par ceux dont le goût est trop prononcé (poivrons, salsifis ...) (21).

La qualité des légumes surgelés est au moins égale à celle des “ produits frais ” de la grande distribution. Les légumes surgelés conservent de manière intacte leur contenu vitaminique. Ils ont l’avantage d’être prêts à la cuisson, sans nécessité d’épluchage. Les légumes du potager familial sont une excellente solution, à condition que leur culture soit réalisée en limitant l’usage des pesticides et des engrais et que leur durée de conservation soit courte (22).

Le goût des légumes est souvent moins bien apprécié par les nourrissons que celui des fruits. En fait, la différence d’acceptabilité de ces groupes d’aliments est moins flagrante au cours de la diversification alimentaire, qu’après la première année de vie. Il faut profiter de cette période pour proposer plusieurs légumes, même si cela ne présage pas de l’acceptabilité ultérieure des légumes (23).

Les fruits

Pour les mêmes raisons que les légumes, ils doivent être proposés cuits et mixés sur forme de compotes. Tous les fruits peuvent être utilisés, même la fraise ou le kiwi et les fruits exotiques, en limitant l’apport de sucre (24). Certains fruits comme la banane ou la pomme peuvent être débutés sous forme crue. Les fruits à coque contiennent des huiles végétales, intéressantes pour l’apport en acides gras essentiels. Ils peuvent être introduits dans des gâteaux secs ou des desserts lactés. Cependant, ils ne devront pas être donnés entiers avant l’âge de 3 ans pour éviter le risque d’inhalation accidentelle.

Les protéines

Les viandes, poissons, œufs sont traditionnellement introduits après les légumes et les fruits dans l’alimentation.

- La viande

Les viandes (sauf la charcuterie) peuvent être introduits à partir de 6 mois. Il est habituel de commencer par des viandes de bœuf, veau, poulet, dinde ou du jambon blanc, mais en fait toutes les viandes peuvent être proposées d’emblée suffisamment cuites, grillées sans graisse ou bouillies ou cuites à la vapeur. La cuisson permettant d’éviter la transmission des bactéries pathogènes. Que la viande soit rouge ou blanche, c’est une très bonne source de protéines. La charcuterie doit être évitée en raison de sa teneur en sel et en graisse. Il n’y a aucune raison de

proscrire les abats chez le nourrisson, mais par habitude ils ne sont proposés qu'à partir de 1 an (25).

- Le poisson

Le Programme National Nutrition Santé (PNNS) recommande de consommer du poisson frais ou surgelé deux fois par semaine : une fois du poisson maigre (cabillaud, colin, merlan, sole, etc.), et une fois du poisson gras (saumon...) (26). Les poissons gras au goût plus prononcé peuvent être plus difficilement acceptés par les nourrissons et pourront être proposés secondairement. Il faut éviter certains poissons apportant potentiellement du polychlorobiphényle (anguille, carpe ...) ou du méthyl-mercure (espadon, marlin et lamproie). Les lipides des poissons représentent la source majoritaire (95 %) d'acides gras poly-insaturés à longue chaîne (AGPI-LC).

- Les œufs

Les protéines des œufs sont d'excellente qualité et ont l'avantage d'être peu couteuses et peuvent remplacer le poisson et la viande chez les enfants qui ne les apprécient pas. L'idée largement répandue de débiter par le jaune d'œuf puis de poursuivre avec le blanc si aucune réaction allergique n'est survenue ne devrait plus circuler. En effet, même si les protéines de l'œuf ont un pouvoir allergénique, actuellement pour faciliter l'acquisition de tolérance, l'œuf est recommandé entier, dès le 6^{ème} mois (27).

Les produits laitiers

Le meilleur choix pour le nourrisson lors de la diversification alimentaire est de poursuivre l'allaitement maternel (28). Concernant les laits artificiels, le lait de suite reste le plus souvent le principal produit laitier consommé au moment de la diversification. Ils doivent être préférés au lait de vache qui n'a pas sa place dans l'alimentation du nourrisson à 6 mois.

Les petits suisses, les yaourts et les fromages blancs sont les premiers laitages après le lait, proposés aux nourrissons à partir de 6 mois en raison de leur facilité d'administration. Il existe des laitages préparés à bases de lait de suite qui contiennent des nutriments absents des petits suisses traditionnels. Leur désavantage est d'être plus cher que les mêmes produits fabriqués à partir de lait de vache (20).

Les fromages seront débutés progressivement entre 6 et 9 mois, en commençant par des pâtes molles à goût modéré pour aller progressivement vers des textures plus denses et des goûts plus marqués. Les fromages au lait cru ne devraient pas être proposés avant l'âge d'un an.

Les glucides complexes

L'introduction des céréales infantiles sans gluten doit être réalisée entre 4 et 6 mois. Elles peuvent être introduites dans un biberon de lait, elles augmentent alors la densité de ces biberons puis permettent aux nourrissons les plus âgés d'assurer leur besoin énergétique.

Concernant le gluten, les céréales représentent une méthode simple pour l'introduire (29). Il peut être introduit progressivement entre 4 et 12 mois.

Les féculents (pommes de terre, patate douce, manioc, et légumes secs (lentilles, pois cassés, pois chiches, fèves)) et les céréales représentent une part importante l'apport calorique, entre 45 et 50 %. Ils favorisent un apport énergétique prolongé dans le temps, pour le bon fonctionnement musculaire et cérébral (30). La pomme de terre sert de liant pour l'introduction des légumes les plus fluides. Sa digestibilité est bonne et son goût apprécié.

Les légumes secs ne devront pas être proposés sans avoir été préalablement mixés ou écrasés, et cela jusqu'à 18 mois en raison de la fermentation colique.

Les matières grasses

Contrairement aux idées reçues, les apports en lipides sont souvent insuffisants, notamment dans les plats préparés et les petits pots pour nourrissons. Il ne faut pas diaboliser les matières grasses. Les lipides et notamment les acides gras essentiels, ont pour objectif majeur d'assurer un développement et un fonctionnement cérébral optimal chez le jeune enfant. Ils permettent également de prévenir à long terme les pathologies cardiovasculaires (31).

Il est nécessaire d'apporter des lipides supplémentaires afin d'atteindre les recommandations. Les lipides devraient représenter 45 % à 50% de l'apport énergétique avant 3 ans. On constate que les enfants de 18 mois à 3 ans ont un apport lipidique inférieur aux recommandations de plus d'un tiers, d'où l'intérêt d'ajouter des huiles végétales dans les légumes et, de temps en

temps, du beurre ou de la crème fraîche. Il est préférable que ces graisses ajoutées ne soient pas cuites mais plutôt introduites dans les légumes après cuisson.

Il faut éviter les fritures. Les acides gras essentiels sont apportés par les huiles végétales et les acides gras poly-insaturés à longue chaîne (AGPI-LC) par les poissons (32). Les huiles où l'on retrouve un apport suffisant et équilibré en oméga 3 et oméga 6 sont les huiles de colza et de noix. Il faut éviter les apports excessifs d'acides gras oméga 6 qui augmenteraient le risque d'obésité ou de syndrome métabolique.

Les boissons

L'eau est la seule boisson à proposer aux nourrissons pour étancher leur soif. En cas de fièvre, de diarrhées ou de vomissements ou de fortes chaleurs, il faut proposer de l'eau régulièrement : si l'enfant la refuse, ce n'est pas qu'il n'aime pas l'eau mais qu'il n'en a pas besoin à ce moment-là.

Beaucoup de parents s'inquiètent de la faible consommation d'eau de leur nourrisson, il faut savoir les rassurer en leur précisant que la plus grande partie de l'eau dont leur enfant a besoin lui est fournie par le lait qu'il ingère, et qu'il est donc normal qu'il consomme peu d'eau pure. En effet, son alimentation, qui contient environ 85 % d'eau, lui apporte des quantités d'eau telles qu'il peut ne pas avoir soif en période d'équilibre (20).

Les biberons d'eau doivent être proposés aux nourrissons pendant les repas solides et en dehors des repas pendant les saisons chaudes, mais il faut surtout éviter de les forcer à boire. En cas de refus, ne pas remplacer l'eau par du jus de fruits (même spécial bébé), des tisanes pour bébés qui contiennent souvent 5 % de saccharose, d'eau sucrée ou de sirop qui provoquent, outre un apport calorique inadapté, des caries sur les incisives.

Le miel

Des cas de botulisme transmis par l'ingestion de miel ayant été rapportés chez le jeune nourrisson, la consommation de miel est proscrite chez le nourrisson âgé de moins de 1 an (33).

Le botulisme alimentaire est la forme la plus fréquente en France et atteint majoritairement les adultes. En revanche, le botulisme infantile est nettement moins fréquent, il se manifeste principalement chez des nourrissons de moins de 6 mois. À la différence du botulisme

alimentaire provoqué par l'ingestion de toxines préalablement formées, il touche des nourrissons qui avalent des spores de *C. botulinum*, lesquelles germent pour donner des bactéries qui colonisent l'intestin de l'enfant et libèrent des toxines. Chez la plupart des adultes et des enfants de plus de 6 mois, ce phénomène ne se produit pas en raison des défenses naturelles qui se mettent en place.

La consommation de miel est un des facteurs de risque clairement identifié au travers de multiples cas recensés depuis 1976 chez des nourrissons ayant développé un botulisme infantile. Dès 1996 au Royaume-Uni et 2000 aux Etats-Unis, les conditionneurs et détaillants de miel ont apposé des recommandations sur les étiquettes pour déconseiller la consommation du miel chez les nourrissons de moins d'un an. Les Etats-Unis sont très fortement touchés avec 2 419 cas de botulisme infantile sur la période 1976-2006. L'Agence Nationale de Santé Publique rapporte plusieurs enquêtes internationales qui montrent que 2 à 24% des miels vendus contiennent des spores de *C. botulinum*. De même, une étude finlandaise de 2006 a montré que 11% des miels européens étaient contaminés par des spores de *Clostridium* (34).

La législation européenne sur les miels ne permet pas d'appliquer un traitement assainissant qui éliminerait les spores de *Clostridium*. Bien que rare, le botulisme infantile peut être mortel si son traitement n'est pas entrepris à temps. Le seul moyen préventif efficace est donc l'information des parents et du corps pédiatrique.

L'arachide

En France, le PNNS de 2003 conseille de retarder l'introduction de l'arachide après l'âge de 1 an chez tous les enfants et après 3 ans chez les enfants à risque d'atopie (26).

En 2008, la SFP avance l'introduction de l'arachide, possible dès 4 mois pour tous les enfants, et après l'âge de 1 an pour les enfants à risque d'allergie (14).

La SFP en 2015 simplifie les recommandations et considère que rien ne justifie de retarder au-delà de l'âge de 6 mois la diversification alimentaire chez les enfants à risque d'allergie (père, mère, frère ou sœur allergique), y compris pour les aliments les plus allergisants (dont l'arachide) (15).

Enfin l'ESPGHAN en 2017 considère que les nourrissons présentant un risque élevé d'allergie aux arachides (ceux qui souffrent d'eczéma grave, d'allergie aux œufs ou des deux) devraient recevoir l'introduction d'arachide entre 4 à 11 mois, après évaluation par un professionnel dûment formé. Pour les nourrissons non à risque d'allergie, l'introduction est possible dès 4 mois (4).

V. Rôle du médecin généraliste

Pour le suivi du nourrisson, les médecins généralistes peuvent se référer au décret du 2 mars 1973 et confirmé par les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) publiées en 2005 (35) (36). Le suivi s'articule autour du dépistage des troubles psychologiques et psycho-comportementaux, des troubles du langage, des troubles de l'audition, des troubles de la vision, de la croissance staturo-pondérale et du saturnisme.

Jusqu'à présent, ce suivi comportait la réalisation de 20 examens jusqu'à l'âge de 6 ans. Parmi ces 20 examens systématiques, 3 sont obligatoires. Il s'agit des examens du 8ème jour, du 9ème mois et du 24ème mois, âges clés dans le développement de l'enfant.

Depuis la loi du 15 juillet 1970, ces trois examens donnent lieu à l'établissement de certificats de santé à transmettre à la Protection Maternelle et Infantile (PMI) (37).

Récemment un décret paru au Journal officiel du 28 février 2019 dresse la liste des examens qui sont obligatoires pour les enfants (38). Il est complété par un arrêté paru le même jour qui en fixe le calendrier.

Ce décret, rentré en vigueur le 1^{er} mars 2019, vient d'étendre la réalisation des examens jusqu'aux 16 ans de l'enfant. Cette mesure fait suite au plan Priorité prévention présenté par le gouvernement en mars 2018 et qui prévoyait d'élargir les examens obligatoires actuellement concentrés sur les enfants de moins de 6 ans.

Ces 20 examens ont pour objet la surveillance de la croissance staturo-pondérale, la surveillance du développement psychomoteur, la surveillance de l'épanouissement affectif de l'enfant, le dépistage précoce des anomalies ou déficiences et la pratique des vaccinations.

Examens obligatoires de l'enfant de la naissance à 16 ans :

- Dans les 8 jours suivant la naissance : 1 examen, le premier certificat de santé.
- Au cours de la 2^e semaine : 1 examen.
- Du 1^{er} mois au 6^e mois : 6 examens (1 fois par mois jusqu'à 6 mois).
- Au cours du 9^e mois : 1 examen, le deuxième certificat de santé.
- Au cours du 12^e mois : 1 examen.
- Au cours du 13^e mois : 1 examen.
- Entre 16 et 18 mois : 1 examen.
- Au cours du 24^e ou du 25^e mois : 1 examen, le troisième certificat de santé.
- Au cours des 3^e à 6^e années : 4 examens (1 fois par an jusqu'à l'âge de 6 ans).
- Entre 8 et 9 ans : 1 examen.
- Entre 11 et 13 ans : 1 examen.
- Entre 15 et 16 ans : 1 examen.

Ces diverses consultations, permettent de suivre le développement de l'enfant et de guider les parents notamment sur le plan nutritionnel.

Le médecin traitant par définition « médecin de famille », en connaissant les habitudes, la culture, le contexte familial, peut adapter son discours et ses conseils pour le meilleur développement possible de l'enfant.

VI. Démographie Médicale

En France, au 1er janvier 2018, le Tableau de l'Ordre recense 198 081 médecins inscrits en activité régulière. Le pourcentage des médecins en activité régulière parmi l'ensemble des médecins inscrits au Tableau a baissé depuis 2010 de 9 points et représente 66.7% des inscrits au Tableau de l'Ordre (39).

Au niveau national, les effectifs des médecins généralistes en activité régulière diminuent depuis 2010, cette baisse va continuer jusqu'en 2025.

Concernant les spécialistes, la tendance à la hausse des médecins spécialistes (hors médecins généralistes) depuis 2010 est confirmée dans la grande majorité des régions et des départements. Cependant, cette hausse est un trompe œil car elle ne concerne pas toutes les spécialités, par

exemple le nombre de pédiatres toutes activités confondues baisse d'année en année (6). De plus, la densité médicale des spécialistes baisse car la hausse du nombre de spécialistes n'est pas aussi importante que l'augmentation de la population (40).

En Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA), au cours de l'année 2015, les bassins de vie de la région recensent 281 pédiatres inscrits aux tableaux des Ordres Départementaux en activité régulière avec un mode d'exercice libéral ou mixte.

Sur la période 2007-2015, les effectifs ont diminué de 4,7%. Cette tendance va se confirmer sur la période 2015-2020 (-2,8%) (41).

Dans le département du Var en 2018, la démographie médicale des pédiatres (tous modes d'exercice confondus) est inférieure à la moyenne nationale 52,1 pédiatres pour 100000 enfants de moins de 15 ans, contre 57,6 pédiatres pour 100 000 enfants en France. Bien loin des Bouches-du-Rhône avec 86,7 pédiatres et des Alpes-Maritimes 82,1 pédiatres pour 100 000 enfants de moins de 15 ans (42).

Le Var est le 36^{ème} département en termes de densité médicale de pédiatres.

Pour les pédiatres libéraux du Var, leur densité reste supérieure à la moyenne nationale 23,1 contre 12.4 pour 100000 enfants au niveau national, mais la tendance est à la baisse. Ils étaient 45 pédiatres libéraux en 2015 contre 39 en 2018.

Que ce soit au niveau national, régional ou départemental, le nombre de pédiatres diminue, surtout pour l'exercice libéral.

Dans ce contexte, les médecins généralistes varois vont être amenés à suivre de plus en plus de de nourrissons les prochaines années. Il est donc nécessaire que les règles de la diversification alimentaire soient connues de ces derniers et réactualisées régulièrement.

MATERIELS ET METHODES

I. Objectif principal

L'objectif principal de notre travail était de réaliser un état des lieux de la pratique de la diversification alimentaire des nourrissons par les médecins généralistes du Var en regard des recommandations actuelles.

II. Objectif secondaire

L'objectif secondaire était de concevoir des fiches d'informations destinées aux parents sur les grandes étapes de la diversification alimentaire.

Ces fiches seront distribuées aux âges clés du suivi et de la diversification de l'enfant : 4, 6, 9 et 11 mois.

Elles permettront aux parents d'avoir un support réalisé par un professionnel de santé pour mettre en application de façon pratique les recommandations actuelles.

III. Population étudiée

De manière à obtenir un nombre de réponses satisfaisant nous nous sommes fixés comme objectif de contacter au minimum 30 % de l'effectif total des médecins généralistes libéraux installés du Var. Ainsi, sur un total de 1007 praticiens, nous avons décidé de contacter environ 300 médecins. Le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins nous a communiqué après demande écrite un fichier Excel comprenant 350 adresses mails des médecins généralistes libéraux installés du Var.

IV. Type d'étude

Il s'agissait d'une étude descriptive transversale basée sur un questionnaire anonyme qui a été envoyé par mail à 350 médecins généralistes installés dans le Var.

La période de recueil des résultats s'est déroulée du 12 Mars au 12 Mai 2018, soit sur 2 mois.

Les critères d'inclusion étaient : les médecins généralistes thésés et installés dans le département du Var.

Les critères d'exclusion étaient : les internes de médecine générale, et les médecins généralistes non installés.

V. Questionnaire

Nous avons élaboré un questionnaire sur Google Form dont nous avons transmis le lien par mail aux médecins (Annexe 4). Ils pouvaient répondre directement en ligne à partir d'un ordinateur, d'un portable ou d'une tablette.

Le questionnaire comportait 28 questions fermées avec une ou plusieurs réponses possibles et 2 questions ouvertes. Toutes les questions fermées étaient obligatoires. Nous avons privilégié l'utilisation des questions fermées car elles permettent d'augmenter les quantités de répondants et de simplifier grandement l'analyse des données car elles donnent un comparateur fiable.

L'utilisation de questions ouvertes est restée marginale, nous les avons utilisées pour obtenir des précisions sur les informations demandées.

Le questionnaire a volontairement été rédigé de manière que la réponse soit simple et rapide, afin de maximiser nos chances d'avoir le meilleur taux de réponses possibles.

Le questionnaire s'ordonnait de la manière suivante :

Les questions 1 à 5 concernaient les données socio-économiques des médecins interrogés : sexe, âge, durée d'installation, zone d'activité (rurale, mixte, urbaine), pourcentage de nourrisson dans la patientèle.

Les questions 6 à 10 concernaient l'échange entre les parents et les médecins sur la diversification alimentaire : qui aborde le sujet, les supports et sources d'informations, l'avis du médecin sur les pages dédiées dans le carnet de santé.

Les questions 11 à 23 portaient sur l'âge de début de la diversification alimentaire, l'âge d'introduction des principaux aliments selon les recommandations des médecins et les conseils donnés sur la préparation des aliments.

Les questions 24 à 28 correspondaient aux recommandations des médecins sur l'allaitement maternel et le lait artificiel : durée d'allaitement maternel, utilisation du lait de croissance, lait de vache, laits végétaux.

Les questions 29 à 30 concernaient les modalités de diversification alimentaire chez les enfants à risque d'allergies.

En fin de questionnaire, un espace a été laissé pour les commentaires éventuels des médecins interrogés.

Un exemplaire du questionnaire est consultable dans les annexes.

VI. Analyse statistique

Le logiciel Google Form, nous a permis d'obtenir des premières statistiques. Elles permettent de donner les résultats en nombre absolu et en pourcentage. Nous avons ensuite utilisé le logiciel Excel afin de réaliser les figures manquantes.

RESULTATS

I. Effectifs des médecins inclus dans l'étude

Nous avons envoyé notre questionnaire à 350 médecins généralistes installés dans le Var.
Après le premier envoi, nous avons obtenu 58 réponses.

La relance par mail deux semaines plus tard nous a permis d'avoir 21 réponses de plus.

Au total, 79 réponses ont pu être ainsi analysées constituant ainsi l'échantillon de notre étude.
Le taux de réponses par rapport au nombre de médecins inclus est de 22,6 %.

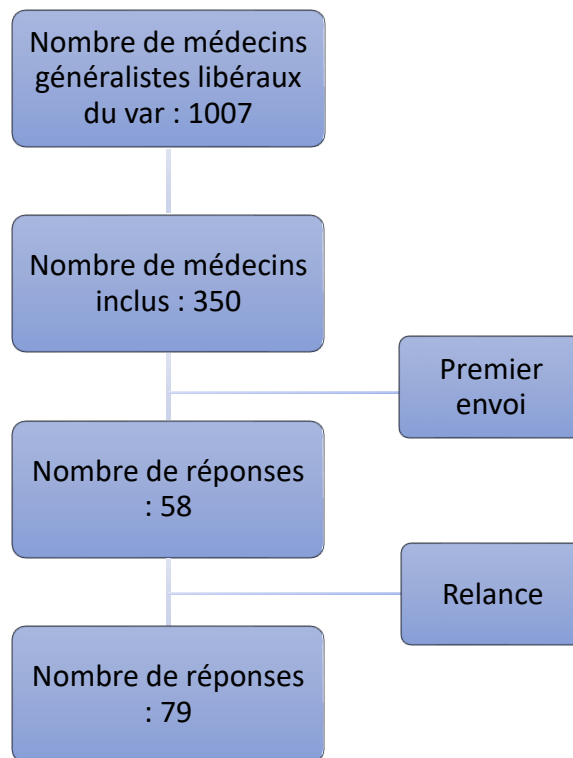


Figure 1 : Diagramme de flux des inclusions des médecins généralistes.

II. Description des participants

a. Sexe

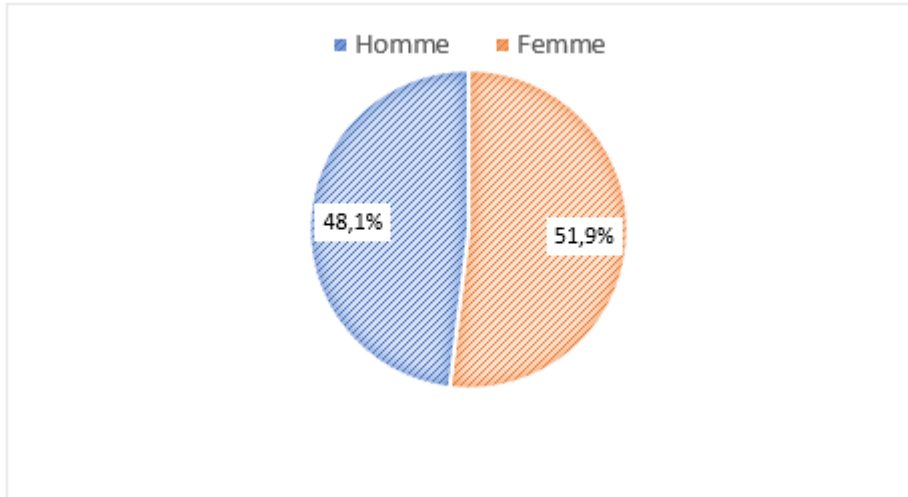


Figure 2 : Diagramme circulaire du sexe des médecins généralistes.

Sur les 79 médecins ayant participé à l'étude, 38 étaient des hommes, soit 48,1 % de l'effectif, et 41 des femmes soit 51,9 %.

b. Age

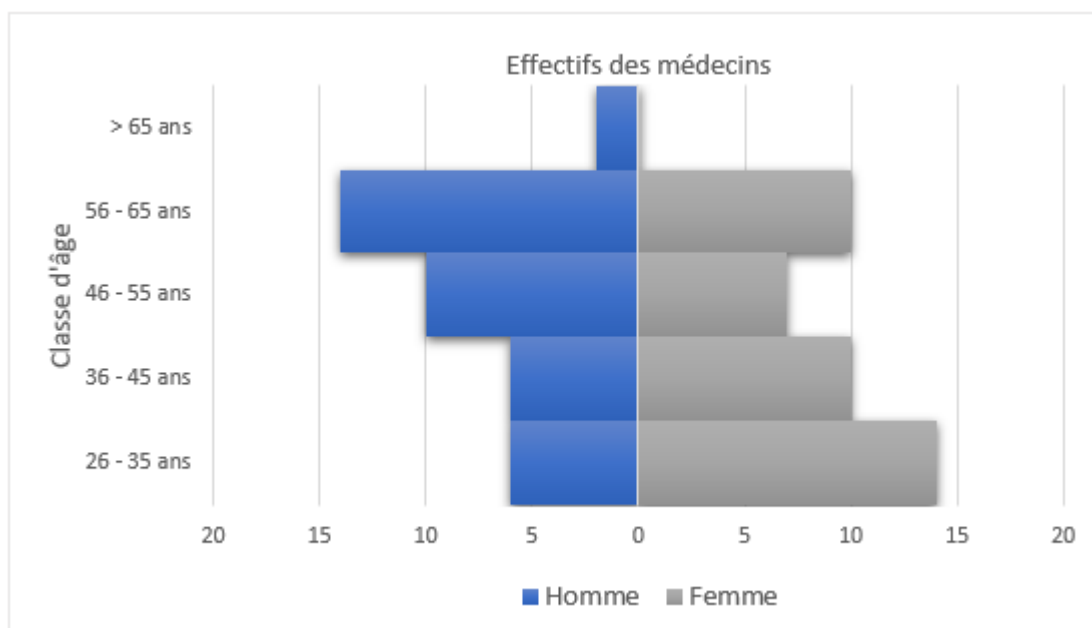


Figure 3 : Pyramide des âges des médecins généralistes.

Tout sexe confondu, la classe d'âge la plus représentée était les 56 – 65 ans avec 24 médecins, (30,3 % des médecins) suivi par les 26 – 35 ans avec 20 médecins (25,3 % des médecins).

Concernant les hommes la classe d'âge la plus représentée était les 56 – 65 ans avec 14 hommes, soit 36,8 % de l'ensemble des hommes.

Chez les femmes, la classe 26 – 35 ans était la classe la plus représentée avec 14 femmes, soit 34,1 % de l'ensemble des femmes.

c. Année d'installation et lieu d'exercice

Tableau 3 : Date d'installation des médecins généralistes.

	Réponse	Médecins (n %)
Installation	0 - 5 ans	20 (25,3%)
	6 - 10 ans	13 (16,4%)
	11 - 20 ans	12 (15,2%)
	21 - 30 ans	16 (20,3%)
	> 30 ans	18 (22,8%)

Les médecins répondant à notre étude étaient installés depuis moins de 5 ans pour 25,3% d'entre eux.

On retrouve ensuite respectivement les médecins installés depuis plus de 30 ans (22,8%), la classe des 21 – 30 ans (20,3%), celles des 6 – 10 ans (16,4%), les 11 – 20 ans (3,8%) puis les 6 – 10 ans (16,4%).

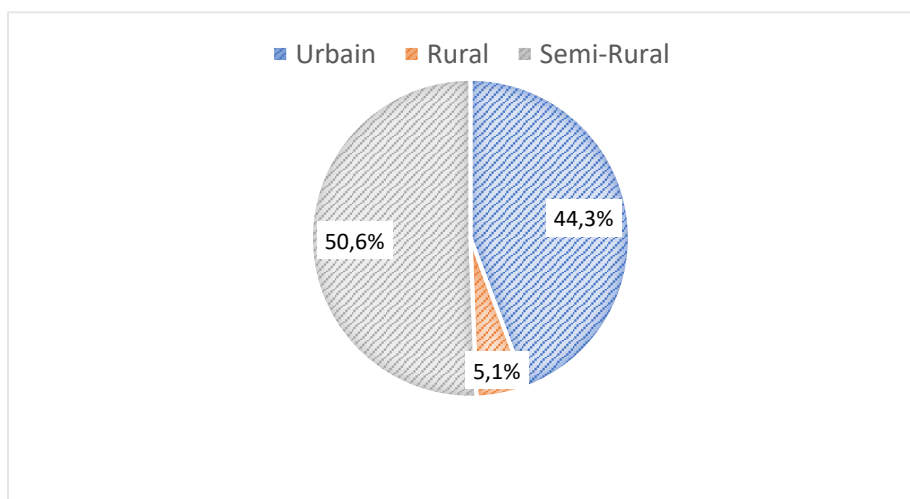


Figure 4 : Diagramme circulaire du lieu d'exercice des médecins généralistes.

50,6 % des médecins exerçaient en milieu semi rural, 44,3 % en milieu urbain et 5,1 % en milieu rural.

d. Patientèle pédiatrique

Tableau 4 : Pourcentage de nourrissons dans la patientèle des médecins généralistes.

	Réponse	Médecins (n %)
Pourcentage de nourrissons	< 5 %	37 (46,8%)
	6 - 10 %	30 (38%)
	11 - 20 %	8 (10,1%)
	21 - 30 %	3 (3,8%)
	> 30 %	1 (1,3%)

La plupart des médecins avait moins de 10 % de nourrissons dans leur patientèle, 46,8% moins de 5% de nourrissons et 38 % entre 6 et 10 % de nourrissons.

Seulement 1 médecin (soit 1,3%) voit plus de 30 % de nourrissons.

III. La diversification alimentaire

a. Aborder la diversification alimentaire

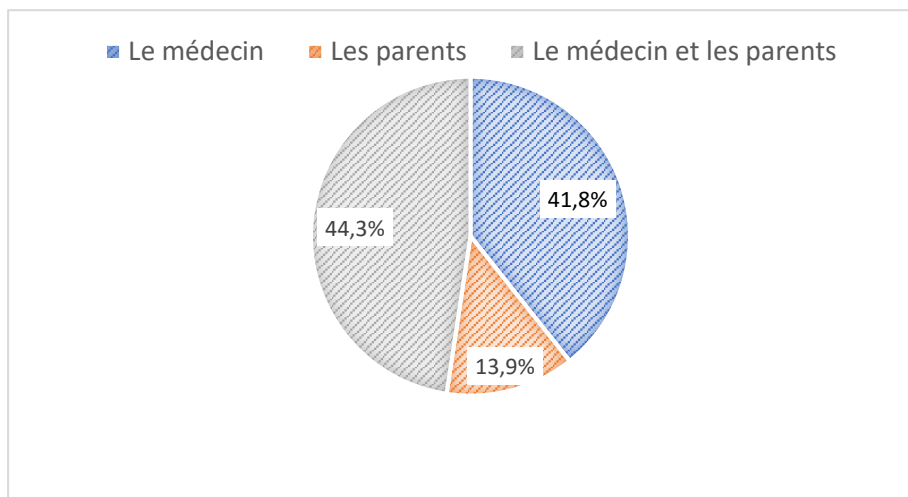


Figure 5 : Diagramme circulaire sur le fait d'aborder la diversification alimentaire en consultation.

Les médecins considéraient à 41,8 % que ce sont eux qui abordent le sujet de la diversification alimentaire lors des consultations. Pour 44,3 % des médecins ce sujet était abordé de façon

équivalente avec les parents selon les consultations et pour 13,9 % d'entre eux, la diversification alimentaire était abordée uniquement pour les parents.

b. Sources d'informations des parents rapportés par les médecins

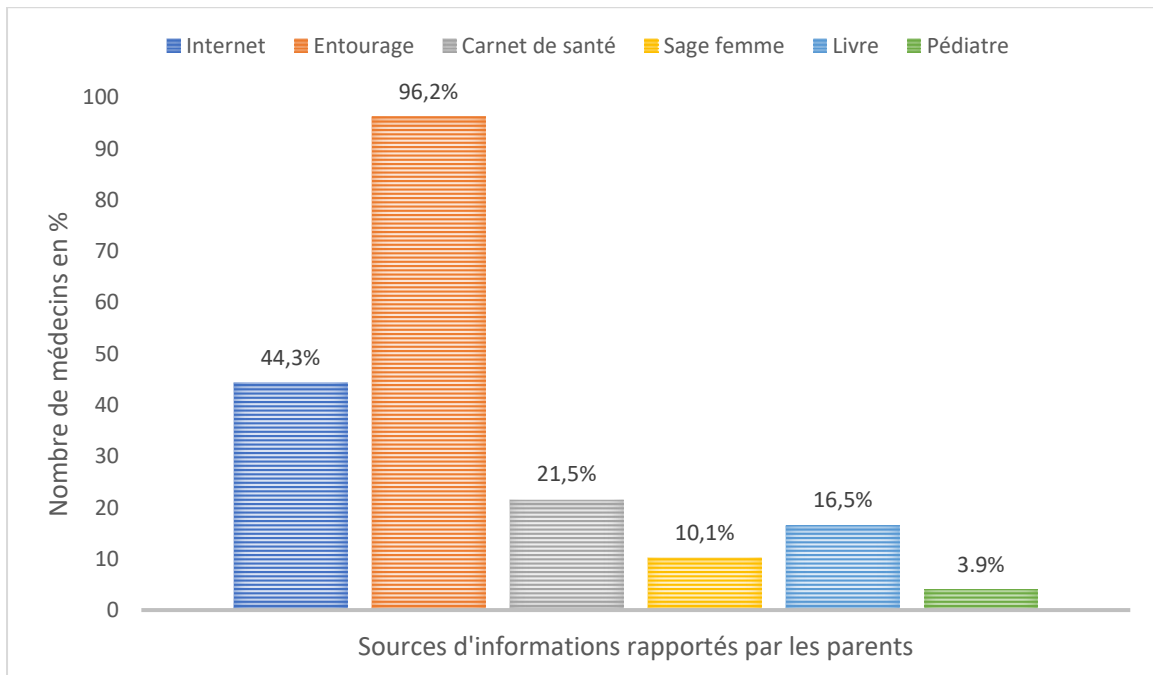


Figure 6 : Diagramme en barre sur les sources d'informations des parents rapportés par les médecins sur la diversification alimentaire.

Concernant les sources d'informations, l'entourage à 96,2 % était largement la source la plus importante rapportée par les médecins.

On retrouvait ensuite Internet avec 44,3%, le carnet de santé à 21,5 % et les livres à 16,5 %.

Les autres professionnels de santé, sages-femmes et pédiatres sont faiblement rapportés comme source d'information dans notre étude avec respectivement 10,1 % et 3,9 % des médecins répondants.

c. Supports utilisés par les médecins

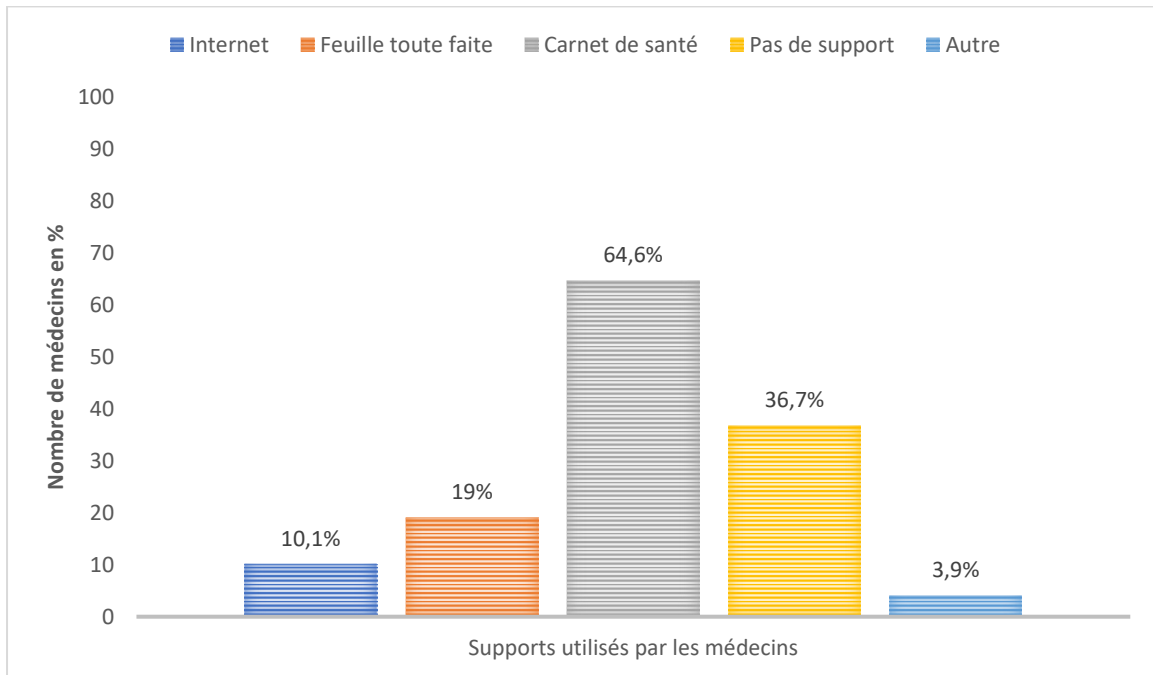


Figure 7 : Diagramme en barre sur les supports utilisés par les médecins sur la diversification alimentaire.

Les médecins utilisaient principalement le carnet de santé à 64,6 % pour informer les parents, 19 % avaient une feuille toute faite et 10,1 % utilisaient Internet.

3,9 % des répondants, soit 4 médecins ont répondu la mention « autre », 2 médecins précisaient utiliser leur « expérience », les 2 autres réalisaient « une fiche pendant la consultation ».

A noter la part importante de médecins qui n'utilisaient pas de support 36,7%.

Concernant le support internet utilisé à 10,1 % par les médecins :

Sur les 8 médecins ayant répondu, 3 ont cité « pediadoc.fr », 3 « mpedia.fr » et 2 la « Société Française de Pédiatrie ».

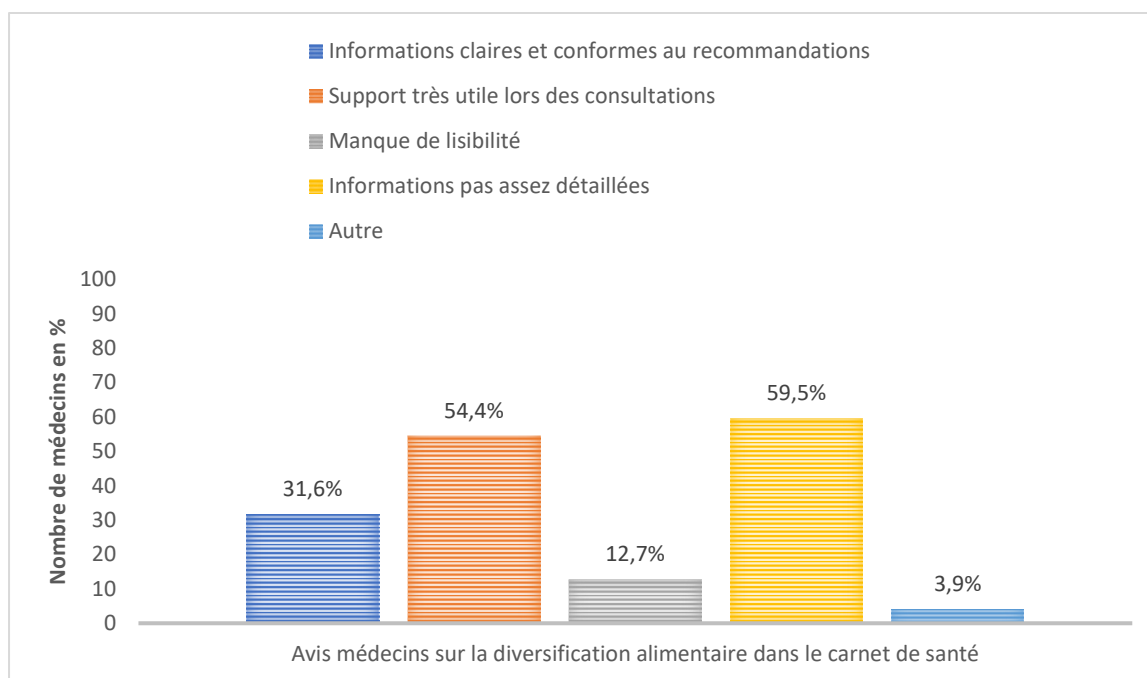


Figure 8 : Diagramme en barre sur l’avis des médecins sur la diversification alimentaire dans le carnet de santé.

Le carnet de santé est considéré comme un « support très utile lors des consultations » pour 54,4 % des médecins avec « des recommandations claires et conformes aux recommandations » pour 31,6% des médecins interrogés.

A l’inverse, 59,5 % des médecins considéraient que « les informations ne sont pas assez détaillées », et pour 12,7 % d’entre eux qu’il « manque de lisibilité ».

Pour 4 médecins qui ont répondu « autre », le carnet n’est « pas toujours adapté ».

IV. Introduction des aliments

a. Age recommandé pour débuter la diversification

Tableau 5 : Recommandations des médecins généralistes sur l’âge de début de la diversification alimentaire.

	Réponse	Médecins (n %)
Age de début de la diversification alimentaire	< 4 mois	0
	4 à 6 mois	57 (72.1%)
	6 mois	22 (27,8%)
	> 6 mois	0

La majorité des médecins, 72,1 % recommandait de débiter la diversification entre 4 et 6 mois révolus et 27,8 % d'entre eux, attendaient l'âge de 6 mois pour diversifier. Aucun médecin ne recommandait une diversification avant l'âge de 4 mois ou après 6 mois.

Le déjeuner était le repas conseillé pour débiter cette diversification pour 87,3 % des médecins. Le goûter représentait 7,7 % des réponses et le diner 5 %.

Les légumes sont préférés aux fruits pour débiter la diversification, pour 69,9 % des interrogés contre 17,7 % pour les fruits. Par ailleurs, 12,7% des répondants ne faisaient pas de recommandation sur le premier aliment à introduire.

b. Les légumes

Tableau 6 : Recommandations des médecins généralistes sur l'âge d'introduction des légumes.

1	Réponse	Médecins (n %)
Légumes classiques	< 4 mois	0
	4 à 6 mois	58 (73,4%)
	6 mois	20 (25,3%)
	> 6 mois	1 (1,3 %)
	≥ 9 mois	0
	≥ 1 an	0

Les légumes étaient majoritairement introduits entre 4 et 6 mois pour 73,4 % des médecins.

c. Les fruits

Tableau 7 : Recommandations des médecins généralistes sur l'âge d'introduction des fruits.

	Réponse	Médecins (n %)
Fruits classiques	< 4 mois	0
	4 à 6 mois	55 (69,6%)
	6 mois	21 (26,6%)
	> 6 mois	3 (3,8%)
	≥ 9 mois	0
	≥ 1 an	0
Fruits rouges	< 4 mois	0
	4 à 6 mois	17 (21,5%)

	6 mois	27 (34,2%)	
	> 6 mois	14 (17,7%)	} (44,3%)
	≥ 9 mois	12 (15,2 %)	
	≥ 1 an	9 (11,4 %)	
Fruits exotiques	< 4 mois	0	
	4 à 6 mois	7 (8,9 %)	} (77,2%)
	6 mois	11 (13,9%)	
	> 6 mois	9 (11,4%)	
	≥ 9 mois	18 (22,8%)	
	≥ 1 an	34 (43%)	

Les fruits classiques sont préférentiellement introduits entre 4 et 6 mois pour 69,6 % des médecins.

Les fruits rouges comme les fruits exotiques sont recommandés plus tardivement. Les fruits rouges étaient introduits seulement à 21,5 % entre 4 et 6 mois contre 44,3 % pour un âge supérieur à 6 mois.

Concernant les fruits exotiques, ils étaient introduits majoritairement pour un âge supérieur à 6 mois par 77,2 % des médecins (dont 43 % après un an).

d. Les protéines

Tableau 8 : Recommandations des médecins généralistes sur l'âge d'introduction des protéines.

Les protéines	Réponse	Médecins (n %)	
La viande	< 4 mois	0	
	4 à 6 mois	19 (24,1%)	
	6 mois	38 (48%)	
	> 6 mois	17 (21,5%)	} (31,2%)
	≥ 9 mois	4 (5,1%)	
	≥ 1 an	1 (1,3%)	
Le poisson	< 4 mois	0	
	4 à 6 mois	21 (26,6%)	
	6 mois	34 (43%)	
	> 6 mois	19 (24,1%)	} (30,4%)
	≥ 9 mois	5 (6,3%)	
	≥ 1 an	0	
Le blanc d'œuf	< 4 mois	0	
	4 à 6 mois	7 (8,9%)	
	6 mois	22 (27,85%)	
	> 6 mois	22 (27,85%)	} (63,3%)
	≥ 9 mois	17 (21,5%)	
	≥ 1 an	11 (13,9%)	
Le jaune d'œuf	< 4 mois	0	

4 à 6 mois	9 (11,4%)	
6 mois	25 (31,6%)	
> 6 mois	21 (26,6%)	} (57%)
≥ 9 mois	16 (20,3%)	
≥ 1 an	8 (10,1%)	

La viande tout comme le poisson sont recommandés préférentiellement à partir de 6 mois, respectivement par 48 % et 43 % des médecins.

Concernant l'œuf, il était introduit majoritairement pour un âge supérieur à 6 mois par 63,3 % des médecins pour le blanc d'œuf et par 57 % pour le jaune d'œuf. Ce dernier semblait être recommandé un peu plus précocement à 6 mois (31,6%) que le blanc d'œuf (27,8%).

e. Les céréales infantiles

Tableau 9 : Recommandations des médecins généralistes sur l'âge d'introduction des céréales.

	Réponse	Médecins (n %)	
Céréales sans gluten	< 4 mois	3 (3,8%)	
	4 à 6 mois	39 (49,4%)	
	6 mois	25 (31,6%)	
	> 6 mois	7 (8,9%)	} (15,2%)
	≥ 9 mois	3 (3,8%)	
	≥ 1 an	2 (2,5%)	
Céréales avec gluten	< 4 mois	1 (1,3%)	
	4 à 6 mois	17 (21,5%)	} (87,3%)
	6 mois	29 (36,7%)	
	> 6 mois	12 (15,2%)	
	≥ 9 mois	11 (13,9%)	
	≥ 1 an	9 (11,4%)	

Les céréales sans gluten sont recommandées par 49,4% des médecins entre 4 et 6 mois.

D'après notre étude, le gluten est introduit à 87,3 % entre 4 et 12 mois conformément aux dernières recommandations européennes dont 21,5 % entre 4 et 6 mois et 36,7 % à 6 mois.

f. Les matières grasses

Tableau 10 : Recommandations des médecins généralistes sur l'âge d'introduction des matières grasses.

	Réponse	Médecins (n %)
Beurre	< 4 mois	0
	4 à 6 mois	23 (29,1%)

	6 mois	22 (27,8 %)	
	> 6 mois	13 (16,5%)	} (43,1%)
	≥ 9 mois	15 (19 %)	
	≥ 1 an	6 (7,6%)	
Huiles végétales	< 4 mois	0	
	4 à 6 mois	19 (24,1%)	} (39,2%)
	6 mois	29 (36,7%)	
	> 6 mois	16 (20,2%)	
	≥ 9 mois	11 (13,9%)	
	≥ 1 an	4 (5,1%)	

Les matières grasses sont introduites préférentiellement au début de la diversification alimentaire. Entre 4 et 6 mois le beurre et les huiles végétales sont recommandés par respectivement par 29,1 % et 27,8 % des médecins contre 27,8 et 36,7 % à 6 mois.

A noter, la part importante de médecins recommandant les matières grasses plus tardivement, pour un âge supérieur à 6 mois, avec 43,1 % pour le beurre et 39,2 % pour les huiles végétales.

g. Les laitages

Tableau 11 : Recommandations des médecins généralistes sur l'âge d'introduction des laitages.

	Réponse	Médecins (n %)	
Yaourts	< 4 mois	1 (1,3%)	
	4 à 6 mois	25 (31,6%)	
	6 mois	26 (32,9%)	
	> 6 mois	15 (19%)	} (34,2%)
	≥ 9 mois	9 (11,4%)	
	≥ 1 an	3 (3,8%)	
Fromages pasteurisés	< 4 mois	0	
	4 à 6 mois	10 (12,7%)	} (58,2%)
	6 mois	23 (29,1%)	
	> 6 mois	16 (20,2%)	
	≥ 9 mois	24 (30,4%)	
	≥ 1 an	6 (7,6%)	
Fromages au lait cru	< 4 mois	0	
	4 à 6 mois	2 (2,5%)	
	6 mois	10 (12,7%)	
	> 6 mois	6 (7,6%)	
	≥ 9 mois	14 (17,7%)	
	≥ 1 an	47 (59,5%)	

Les médecins ont recommandé de débiter les yaourts à 32,9 % à 6 mois contre 34,2 % pour un âge supérieur à 6 mois.

Les fromages pasteurisés sont introduits préférentiellement après 6 mois pour 58,2 % des médecins.

Les fromages au lait cru sont conseillés principalement après l'âge de 1 an par 59,5 % des praticiens.

h. Les légumineuses

Tableau 12 : Recommandations des médecins généralistes sur l'âge d'introduction des légumineuses.

	Réponse	Médecins (n %)
Légumineuses	4 à 6 mois	6 (7,6%)
	6 mois	8 (10,1%)
	> 6 mois	10 (12,7%)
	≥ 9 mois	25 (31,6%)
	≥ 1 an	13 (16,5%)
	≥ 18 mois	17 (21,5%)

Les légumineuses sont recommandées après l'âge de 18 mois par 21,5 % des médecins conformément aux recommandations.

i. Autres aliments

Tableau 13 : Recommandations des médecins généralistes sur l'âge d'introduction des aliments suivants.

	Réponse	Médecins (n %)
Arachide	4 à 6 mois	1 (1,3%)
	6 mois	7 (8,9%)
	> 6 mois	4 (5,1%)
	≥ 9 mois	11 (13,9%)
	≥ 1 an	36 (45,5%)
	≥ 3 ans	20 (25,3%)
Miel	4 à 6 mois	6 (7,6%)
	6 mois	5 (6,3%)
	> 6 mois	11 (13,9%)
	≥ 9 mois	15 (19%)
	≥ 1 an	43 (53,2%)
	≥ 3 ans	0

L'arachide, réputée allergisante, est introduite à 44,3 % après l'âge de 1 an et à 25,3% après l'âge de 3 ans. Seulement un médecin l'introduisait entre 4 et 6 mois.

Le miel, dont les recommandations ont évolué depuis 2008, est introduit à 53,2 % après l'âge d'un an.

V. Conseils concernant la préparation des aliments

63,3 %, soit 39 des médecins ont répondu à cette question ouverte. Leurs conseils se répartissent en plusieurs groupes.

L'assaisonnement

Dix-huit médecins recommandaient « de ne pas saler ni sucrer ».

Le fait maison

Seize médecins considéraient qu'il faut privilégier le « fait -maison ». Pour 5 médecins, il était nécessaire d'éviter « les préparations industrielles », 1 médecin considérait que « les préparations industrielles sont équivalentes nutritivement aux produits maisons » et 1 médecin conseillait « les purée maison de préférence, mais aussi les petits pots industriels pour une question pratique ».

Les produits biologiques

Quatre médecins ont conseillé d'utiliser « des légumes et fruits biologiques ».

La conservation

Trois médecins ont insisté sur une bonne conservation des aliments après préparation. Un médecin considère : « Il faut conserver dans des récipients en verre les préparations, ne pas garder au frigo plus de 24 heures des aliments préparés ou sinon il faut les congeler juste après préparation ».

L'allaitement

Un médecin expliquait que « l'allaitement est à la discrétion des parents, sans repousser le début de la diversification ».

La consultation

Un médecin « essaie de questionner les parents sur leurs pratiques afin de susciter des questions de leur part et d'y répondre au mieux durant le temps de la consultation », un autre médecin ne donnait pas de conseils « par manque de temps ».

VI. Allaitement maternel et lait artificiel

Tableau 14 : Recommandations des médecins généralistes sur la durée de l'allaitement maternel.

	Réponse	Médecins (n %)
Recommandation sur la durée de l'allaitement maternel	< 6 mois	21 (26,6%)
	6 mois	36 (45,6%)
	> 6 mois	22 (27,8%)
		(73,4%)

Dans l'étude, 45,6 % des médecins ont conseillé une durée d'allaitement de 6 mois en accord avec les recommandations, ce chiffre est majoré à 73,4 % si l'on considère une durée d'allaitement au moins égale à 6 mois.

26,6 % ont recommandé une durée d'allaitement inférieure à 6 mois.

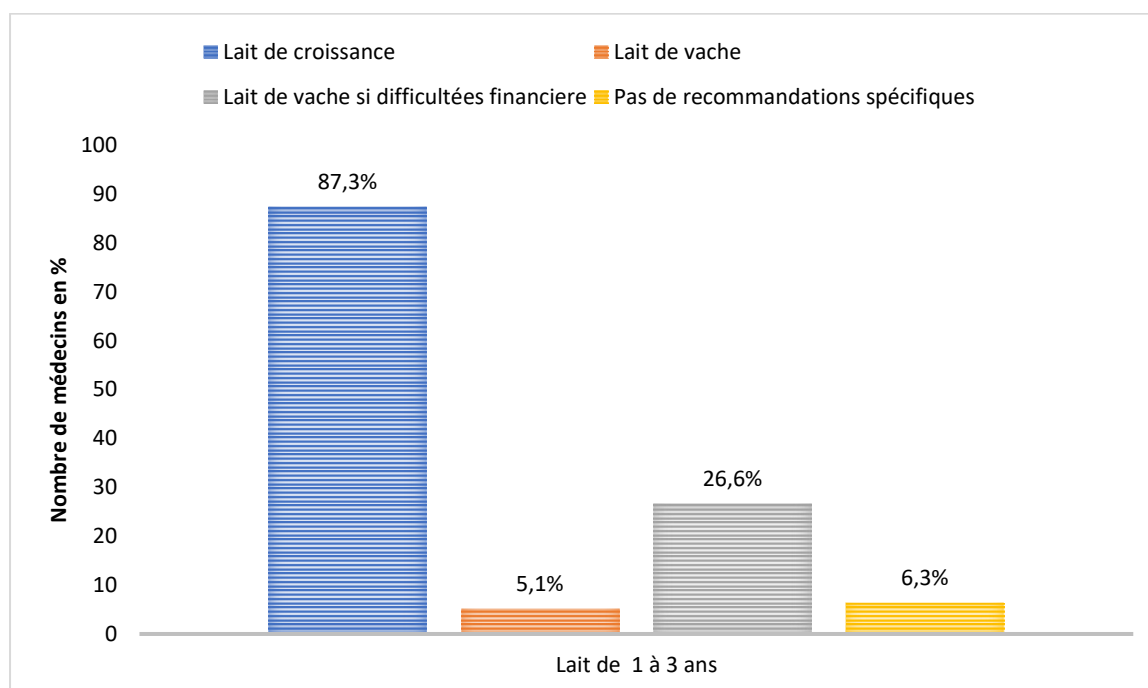


Figure 9 : Diagramme en barres sur les recommandations d'utilisation du lait de 1 à 3 ans.

Le lait de croissance est recommandé par 87,3% des médecins pour une utilisation de 1 à 3 ans. 26,6 % pouvaient recommander le lait de vache s'il existe des difficultés financières dans la famille et 5,1 % des médecins recommandaient directement le lait de vache à partir de 1 an.

Concernant le lait de croissance pour 89,9 % des médecins interrogés, il était plus adapté à l'enfant de 1 à 3 ans que le lait de vache.

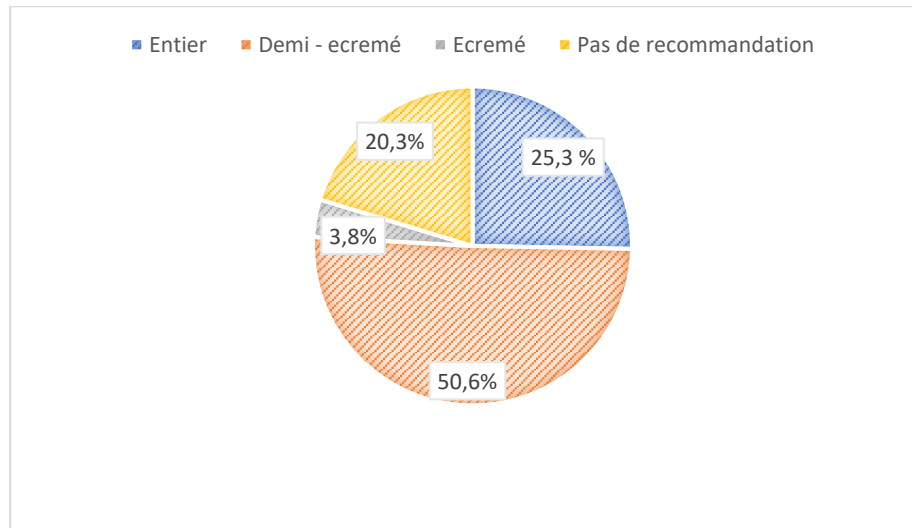


Figure 10 : Diagramme circulaire sur le type de lait de vache recommandé.

Pour l'utilisation du lait de vache, les médecins de l'étude recommandaient majoritairement à 50,6 % l'utilisation d'un lait demi-écrémé, puis à 25,3 % un lait entier. 20,3 % des médecins n'émettaient pas de recommandation sur le type de lait à utiliser.

Ces dernières années les médecins se déclaraient à 68,4 % plus sollicités par les parents sur des questionnements sur les laits végétaux (soja, riz...).

VII. Enfants à risque d'allergie

Concernant les enfants à risque d'allergie (père, mère, frère, sœur allergique), 50,6 % des médecins ont modifié l'âge de début de la diversification alimentaire et 69,9 % d'entre eux, l'âge d'introduction des aliments les plus allergisants.

VIII. Ressenti des médecins sur la diversification alimentaire

22,8 %, soit 18 des médecins ont répondu à cette question ouverte. Leurs ressentis peuvent se répartir en plusieurs groupes.

Les recommandations

Pour six médecins « elles changent trop régulièrement ».

Un médecin déclarait « le changement des recommandations tous les 5 ans est assez ridicule ».

La mode

Un médecin considérait « il y a eu la diversification précoce, la diversification tardive... et maintenant il semble que l'on revienne à une diversification un peu plus précoce ! Preuve qu'il y a des modes également en médecine ».

Un autre médecin a déclaré « beaucoup de mode il faut rester le plus simple et le plus naturel possible ».

Le contexte familial

Cinq médecins ont conseillé d'adapter la diversification alimentaire selon la culture de l'enfant.

Un médecin déclarait « tout dépend de la représentation familiale vis-à-vis de la nourriture », un autre conseillait « d'individualiser en fonction du contexte familial (compréhension, investissement, niveau socio culturel) ».

Le carnet de santé

Quatre médecins ont mentionné que le carnet de santé était un bon support.

Pour un d'entre eux, il manquait des informations sur le fait que « les régimes végétariens, végétaliens... sont dangereux et ne doivent pas être retrouvés chez les enfants ».

L'atopie

Un médecin conseillait de « s'adapter à l'enfant selon le risque d'allergie en fonction des antécédents familiaux ».

IX. Fiches d'informations destinées aux parents

L'objectif secondaire de notre étude était de concevoir des fiches d'informations destinées aux parents sur les grandes étapes de la diversification alimentaire.

Lors des consultations, j'ai fait le constat que les parents avaient de multiples questions sur la diversification alimentaire, ces fiches sont alors un moyen de les guider avec un outil didactique.

Elles sont le résultat d'un travail commencé lors du stage de pédiatrie.

Avec l'aide du Dr Thoron nous avons complété ses anciennes fiches selon les informations issues de la littérature. Je les ai réactualisées selon les dernières recommandations lors de ce travail. L'objectif étant de permettre un usage simple pour les parents et pratique pour les médecins.

Fiche 1 : Alimentation du nourrisson à partir de 4/5 mois

ALIMENTATION DU BEBE A PARTIR DE 4 MOIS

Diversifier l'alimentation du bébé, c'est lui faire goûter d'autres choses que le lait. Cette diversification doit commencer au plus tôt à 4 mois révolus.

Le bébé qui ne tète que le biberon, va apprendre à manger des aliments qui seront différents du lait par leur goût, leur consistance qui sera liquide ou semi-liquide.

Le bébé est prêt à manger lorsqu'on lui présente la cuillère et qu'il ouvre la bouche. On ne force pas un bébé à manger. Cela risque au contraire de renforcer l'opposition. Si un bébé refuse de manger, ne pas insister et lui proposer plus tard. Les goûts et les préférences ne sont pas fixes : les goûts s'éduquent.

Les paragraphes suivants sont un exemple de diversification possible, pour essayer de vous donner des repères selon l'âge et selon les aliments.

Légumes et fruits :

- Il est préférable de commencer par les légumes, puis d'attendre 10 à 15 jours pour introduire les fruits. Le goût des légumes étant souvent moins apprécié que celui des fruits. Vous pouvez proposer un légume au moins 5 ou 10 fois avant que l'enfant accepte enfin l'aliment proposé. Préférer les purées de légumes et compotes maisons plutôt que les produits de la grande distribution.
- Textures des aliments : mixés 4 à 9 mois, écrasés 9 à 12 mois, morceaux à 12 mois.

Quels légumes ?

- La majorité des légumes peuvent être proposés aux nourrissons à 4 mois.

- De préférence commencer par : carotte, courgette, blanc de poireau, haricots verts, potiron. Puis betterave, artichauts, épinards.
- La pomme de terre peut servir de liant (environ un tiers), on peut la mélanger avec les autres légumes pour donner une consistance plus agréable.
- Les légumes secs (lentilles, pois chiches, haricots secs) ne sont pas conseillés avant l'âge de 18 mois en raison de la fermentation colique.

Quels fruits ?

- Tous les fruits peuvent être donnés aux nourrissons à partir de 4 mois. Ils doivent être cuits et mixés (compotes) par la suite on pourra donner des fruits crus bien mûrs.
- Privilégier au début : pomme, poire et banane.

A noter :

- Certains aliments comme les tomates, aubergines (et le gruyère) peuvent entraîner une réaction locale rouge autour de la bouche de votre enfant, ceci n'est pas une allergie et ne contre-indique pas la prise de ses aliments. Pas d'inquiétude.

Céréales infantiles :

- Elles peuvent être introduites à partir de 4 mois.
- Commencer par les céréales sans gluten (4 mois) puis avec gluten (6 mois).
- Les céréales peuvent être données dans le biberon du soir. Elles présentent deux avantages : introduire le gluten et augmenter la densité énergétique des biberons.
- Attention ne pas mettre plus de 2 cuillères à café dans le biberon pour que ce dernier ne soit pas trop épais.

Eau :

- Lorsque vous commencez la diversification alimentaire, vous pouvez lui donner de l'eau lors des repas. Le repas doit être un moment de plaisir et de convivialité.
- Beaucoup de parents s'inquiètent de la faible consommation d'eau de leur nourrisson.
- Pas d'inquiétude, la plus grande partie de l'eau dont votre enfant a besoin lui est fournie par les biberons de laits infantiles, il est donc normal qu'il ingère peu d'eau pure. De plus chaque nourrisson est différent, certains consomment plus d'eau que d'autres selon l'âge, le poids, l'alimentation.

Lait :

- Indispensable pour l'enfant, notamment pour l'apport en calcium.
- Pas d'inquiétude si la consommation de lait ne correspond pas à celle inscrite sur la boîte de lait.
- Chaque enfant est différent. L'objectif à 4 mois est d'avoir 4 biberons par jour.

Miel :

- Les nourrissons ne doivent pas consommer de miel avant l'âge de 1 an.

Exemple de repas pour 4 mois

Matin :

- 1 biberon de lait entre 180-210 ml.

Midi :

On peut :

- Donner un biberon de lait aromatisé aux légumes entre 180-210 ml (c'est-à-dire en utilisant l'eau du bouillon de légumes) ou bien mettre dans le biberon 2 cuillères à soupe de légumes cuits et mixés maison ou 2 cuillères à soupe d'un pot de 130 g de légumes homogénéisés.
- Par la suite avant le biberon on proposera à la cuillère une purée de légume maison ou quelques cuillères d'un pot de 130 g de légumes homogénéisés.

Goûter :

- Quelques cuillères de compotes de fruits (pomme, poire, banane) avant le biberon de lait entre 180-210 ml.

Soir :

- 1 biberon de lait avec 2 cuillères à café de céréales sans gluten entre 180-210 ml.

ALIMENTATION DU BEBE A PARTIR DE 5 MOIS

On peut :

- Continuer à proposer les purées de légumes : carottes, pommes de terre, haricots verts, courges, courgettes, un tout petit peu de poireaux pour aromatiser.
- Certains légumes se digèrent plus difficilement : artichaut, céleri, tomate, aubergine, poivron, tous les choux (à feuilles, de Bruxelles...). Tous ces légumes seront utilisés en très petites quantités pour leurs arômes.
- Par exemple on peut faire 1/3 pomme de terre, 1/3 légumes feuilles, 1/3 légumes fruits (potimarron, courgette...).

Exemple de repas pour 5 mois

Matin :

- 1 biberon de lait entre 210-240 ml.

Midi :

- Purées à la cuillère avant le biberon jusqu'à ce que le bébé arrive à manger (sans le forcer). L'objectif étant progressivement de supprimer le biberon de midi vers 6 mois et de proposer à la place un dessert.

Gouter :

- Compote de fruits (pommes, poires, pêches...) et biberon de lait entre 210 – 240 ml.

Soir :

- 1 biberon de lait entre 210-240 ml avec 2 cuillères à café de céréales sans gluten.

Fiche 2 : Alimentation du nourrisson à partir de 6/7/8 mois.

ALIMENTATION DU BEBE 6 / 7 / 8 MOIS

On passe au lait 2^{ème} âge. Le lait constitue encore l'essentiel de l'alimentation du nourrisson. On peut ajouter de l'huile ou du beurre ou dans les purées de légumes après cuisson, pour apporter les acides gras essentiels.

Viandes et Poissons :

- À introduire après les fruits et légumes, vers l'âge de 6 mois.
- Pour information : 10 g de viande ou poisson = 2 cuillères à cafés.
20 g de viande ou poisson = 4 cuillères à cafés.
- Viandes : on débute traditionnellement par les viandes de bœuf, veau, poulet, dinde, jambon blanc mais toutes les viandes peuvent être proposées d'emblée.
- Les abats (foie, boudin noir...) peuvent remplacer de temps en temps la viande. Il n'y a aucune raison de les proscrire chez le nourrisson. Cependant par habitude, les abats sont le plus souvent proposés qu'à partir de 1 an.
- Poissons : privilégier les poissons maigres (colin, cabillaud, merlan, sole) dans un premier temps. Les poissons gras aux goûts plus prononcés, comme le saumon seront proposés secondairement.

Œuf :

- On peut confectionner une purée maison en commençant par ¼ d'œuf dur très cuit.

Quantités de viandes, poissons, œufs par jour selon l'âge :

- 6 mois : 10 g de viande ou 10 g de poisson ou ¼ d'œuf très cuit (jaune et blanc).
- 7 mois : 15 g de viande ou 15 g de poisson ou ¼ d'œuf très cuit (jaune et blanc).
- 8 mois : 20 g de viande ou 20 g de poisson ou 1/3 d'œuf très cuit (jaune et blanc).

Laitages :

- Un yaourt est l'équivalent de 150 ml de lait et un petit suisse de 60 ml de lait.

Exemple de repas pour 6 mois

Matin :

- 1 biberon de lait entre 240-270 ml.

Midi :

- Repas entier à la cuillère environ 180 - 200g de légumes variés (dont 1/3 de pomme de terre pour rendre la purée lisse) + 2 cuillères à café de viande mixée ou poisson ou ¼ d'œuf dur. On peut ajouter un petit filet d'huile d'olive, de colza ou une noisette de beurre. On propose un petit peu d'eau dans un biberon ou dans une tasse au bec et une compote de fruits ou un fruit bien mûr mixé.

Goûter :

- Compote de fruits et 1 biberon (ou un laitage, ½ pot de yaourt ou 1 petit suisse).

Soir :

- On garde le biberon du soir avec les céréales avec ou sans gluten.

Fiche 3 : Alimentation du nourrisson à partir de 9/10/11 mois.

ALIMENTATION BEBE 9 / 10 / 11 MOIS

On encouragera bébé à la mastication en écrasant les légumes à la fourchette ou au mixeur.

Pain :

- A partir de 9 mois possibilité de donner à l'enfant un quignon de pain ramolli, sous votre surveillance.

Fromages :

- On peut proposer des petits fromages fondants pasteurisés à pâtes molles pour aller progressivement vers des textures plus denses et des goûts plus marqués. Les fromages au lait cru ne doivent pas être proposés avant l'âge de 1 an.

Quantités de viandes, poissons, œufs par jour :

- 9-11 mois : 20 g de viande ou 20 g de poisson ou 1/3 œuf très cuit (jaune et blanc).

Exemple de repas pour 9 mois

Matin :

- Un biberon de lait.

Midi :

- Repas complet.

Goûter :

- Compote et un biberon de lait.

Soir :

- Repas du soir à la cuillère en préparant une assiette de semoule fine, floraline, purée de légumes plus épaisse. Repas sans protéines (sans viande, sans poisson, sans œuf) et 1 petit suisse ou un yaourt en dessert.

Fiche 4 : Alimentation du nourrisson à partir de 11/12 mois.

ALIMENTATION DU BEBE 11/12 MOIS

Le lait est toujours indispensable pour l'enfant.

La quantité de lait conseillée doit être au minimum de 500 ml de lait par jour jusqu'à l'âge de 3ans.

On peut passer au **lait de croissance** qui va remplacer le lait 2^{ème} âge.

Pourquoi le lait de croissance plutôt que le lait de vache ?

Il contient 20 à 30 fois plus de fer un taux plus élevé de vitamine D et acide gras indispensable à l'enfant.

On peut proposer des petits morceaux de fruits, des petits gâteaux de type boudoir.

Quantités de viandes, poissons, œufs par jour :

- A partir de 12 mois : 30 g de viande ou 30 g de poisson ou 1/2 œuf très cuit (jaune et blanc).

Le dîner peut être préparé avec des pâtes à potage mélangées aux légumes puis des pâtes bien cuites mixées ou écrasées, du riz très cuit, de la polenta, du tapioca, du quinoa.

On pourra donner des protéines le soir (viandes, poissons) **à partir de 2 ans.**

Vers 1 an le bébé est apte à manger de tout selon une texture adaptée.

Il sait bientôt manger seul et prendra ses repas en famille.

DISCUSSION

I. Forces et limites de l'étude

L'utilisation d'un questionnaire expose à plusieurs biais (43).

Le fait d'interroger les médecins sur leurs pratiques entraîne un biais d'interprétation dans l'étude. Ce questionnaire présentait peu de questions avec des réponses ouvertes, cela peut introduire une perte de précision, d'information et de nuance, en orientant les réponses des médecins.

A l'inverse, l'utilisation de questions à réponses fermées permettait la simplification de l'analyse des données afin d'obtenir un comparateur fiable et d'augmenter le nombre de réponses, rendant le questionnaire moins fastidieux à remplir. D'ailleurs la faible participation aux deux questions ouvertes suggère que l'utilisation de plus de questions ouvertes aurait diminué le taux de réponses.

L'échantillon des 350 médecins n'a pas été déterminé de façon statistique car il était lié à la difficulté de récupérer les adresses mails des médecins généralistes libéraux du Var (44).

Avec près de 22,6 % de réponses obtenues de la part des médecins le taux de réponses a été plutôt satisfaisant et comparable au taux de participation des médecins pour des études similaires. Ce résultat semble en effet en accord avec une étude datant de 2012 qui a analysé les éléments prédictifs de l'implication des médecins généralistes dans les thèses en médecine générale (45).

Il est à noter que le fait que les réponses soient uniquement celles des médecins volontaires entraîne un biais de sélection.

Les médecins qui n'ont pas répondu sont probablement moins intéressés par le sujet ou ne l'ont peut-être pas rempli par manque de temps. La période d'étude à la fin de l'hiver, caractérisée par une activité très importante au sein des cabinets, a potentiellement limité le nombre de réponses.

La force de notre étude est de s'intéresser aux médecins généralistes dans le domaine de la gastro-pédiatrie. Il n'y a, à notre connaissance, que peu d'études portant sur les recommandations des médecins généralistes au moment de la diversification alimentaire et plus particulièrement sur l'âge d'introduction des aliments.

Un travail de thèse datant de 2015 et réalisé par Monsieur Banti, portait sur les pratiques de la diversification alimentaire des pédiatres du Var (46).

II. Caractéristiques des médecins inclus

D'après les données de 2018, issues du Conseil de l'Ordre des Médecins, 1007 médecins généralistes libéraux exercent dans le Var dont 67 médecins généralistes qui ont une activité dit mixte, libérale et hospitalière (47).

L'âge moyen des médecins généralistes est de 52 ans, les femmes représentent 42 % des médecins généralistes en activité.

Dans notre étude, la classe d'âge la plus représentée est celle des 56-65 ans (hommes) suivie par la classe des 26-35 ans (femmes). Par ailleurs, 52 % de femmes et 48 % d'hommes ont répondu au questionnaire.

Ces données de notre étude sur l'âge et le sexe suivent l'évolution de la démographie médicale. En effet, la profession se féminise de plus en plus, d'où le nombre important de femmes entre 26 et 35 ans ayant répondu (48). De plus, les jeunes femmes se sont probablement senties plus concernées personnellement que les hommes par ce questionnaire.

Concernant l'installation, on retrouve un pourcentage légèrement plus élevé de médecins répondants avec une durée d'installation entre 0 et 5 ans et supérieur à 30 ans, résultats en cohérence avec les caractéristiques d'âge et de sexe des médecins inclus. Toutefois la répartition est globalement homogène, permettant une analyse des pratiques de l'ensemble des médecins.

La répartition géographique des médecins est globalement équivalente avec 50,6 % des médecins qui exerçaient en milieu semi rural, 44,3 % en milieu urbain et 5,1 % en milieu rural. Nous ne disposons pas de données précises sur lieu d'installation des médecins du Var, rural ou urbain.

On constate que 84.8 % des médecins ont moins de 10 % de nourrissons dans leur patientèle. D'après les derniers chiffres les consultations des enfants de moins de 16 ans représentent 13% de l'ensemble des consultations des médecins généralistes (49). Il n'existe pas de chiffre concernant la part des nourrissons.

III. Modalités autour de la diversification alimentaire

La consultation du nourrisson

Dans notre étude, pour 41,8 % des médecins ce sont eux qui abordent le sujet de la diversification alimentaire lors des consultations, et pour 44,3 % le sujet est abordé par les médecins ou les parents selon les situations.

D'après le baromètre santé de l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES), 70,8% des médecins généralistes considéraient en 2009, que leur rôle de prévention en matière d'alimentation était essentiel (50).

En 2010 une étude irlandaise a interrogé 179 médecins généralistes, concernant les modalités autour de la diversification alimentaire. Il en résulte que les parents se sentent plus à l'aise au moment de la diversification si les conseils des différents professionnels de santé sont cohérents (51).

En 2015, une thèse retrouvait que 55 % des pédiatres du Var abordaient le sujet de la diversification alimentaire avec les parents (46).

En 2016, 54,8 % des médecins généralistes de Guadeloupe l'abordaient de façon systématique (52).

Les résultats de notre l'étude sont encourageants. L'essentiel étant que le sujet de la diversification alimentaire soit abordé lors de consultations de suivi du nourrisson. Il est possible que la raison pour laquelle certains médecins n'abordent pas le sujet de façon systématique soit le manque de temps.

Les sources d'informations des parents rapportées par les médecins

Concernant les sources d'informations des parents sur la diversification alimentaire il ressort que l'entourage est à 96,2 % la source la plus importante rapportée par les médecins.

Le médecin doit en effet garder à l'esprit que l'expérience, le ressenti de la famille, l'entourage sont prépondérants dans la diversification alimentaire. Il semble nécessaire de vérifier que les recommandations du médecin sont acceptables par les parents, en fonction de leur histoire, de leur culture, leurs habitudes alimentaires familiales, afin d'éviter les erreurs alimentaires (53).

Internet avec 44,3% parmi les répondants, a une place non négligeable dans la recherche de sources d'informations.

Une étude récente de 2015 a évalué si l'information sur la diversification alimentaire disponible sur Internet était en accord avec les recommandations des sociétés savantes (54).

Sur les 19 sites Internet analysés, un seul site www.mpeia.fr avait réuni l'ensemble des critères de fiabilité évalués durant l'étude et les 3 sites les mieux notés étaient réalisés par des sociétés savantes ou associations affiliées à ces sociétés savantes.

Il faut particulièrement être vigilant aux sites consultés par les parents et essayer de les orienter sur des sites références.

On retrouve ensuite, le carnet de santé à 21,5 %, les livres à 16,5 % et les pédiatres à 14 %.

Le pourcentage de pédiatres comme source d'information semble faible dans notre étude, probablement en raison de la diminution des pédiatres libéraux.

D'après une enquête menée par l'Association Française de Pédiatrie Ambulatoire, 60 % des pédiatres réalisent un suivi conjoint avec un généraliste (55). En 2018 les médecins généralistes, suivent déjà 80 % des enfants.

Supports utilisés par les médecins

Le principal support utilisé était le carnet de santé à 64,6 %.

Le nouveau carnet de santé de l'enfant, est entré en vigueur au 1^{er} avril 2018, pendant le recueil de données de ce travail (56). La précédente monture datait de 2006 (Annexe 1) (57). Son

actualisation a été rendue nécessaire du fait des nouvelles modalités vaccinales, mais aussi de l'évolution des connaissances concernant la croissance des enfants.

Les réponses des médecins dans notre étude correspondent à l'ancienne version de ce carnet.

Le nouveau, lui, est très similaire avec des recommandations qui suivent le PNNS n° (2017-2021) et donc les recommandations de l'ESPGHAN (Annexe 2-3) (58).

Cependant les informations ne permettent pas de se positionner franchement. En effet, la diversification est possible entre 4 mois révolus et 6 mois révolus, mais elle est toujours recommandée qu'à partir du début du 7ème mois.

L'item sur l'introduction du gluten a été supprimé, au vu des nombreuses questions des parents sur la maladie cœliaque, un éclaircissement aurait pu être fait (59). On ne retrouve pas non plus d'informations sur les régimes végétaliens, où les parents devraient être informés des risques pour les enfants (60).

Dans notre travail, le carnet de santé reste le premier support utilisé par les médecins, il est considéré comme un « support très utile lors des consultations » pour 54,4 % des médecins avec « des recommandations claires et conformes aux recommandations » pour 31,6% des médecins interrogés. A l'inverse, 59,5 % des médecins considéraient que « les informations ne sont pas assez détaillées », et pour 12,7 % d'entre eux qu'il « manque de lisibilité ».

Dans une étude de 2009 évaluant le carnet de santé 2006, sur 120 médecins généralistes interrogés, 40,6 % utilisent régulièrement le carnet dans le domaine de la nutrition (61).

Une autre étude a évalué l'ancien carnet de santé, auprès d'un échantillon de parents d'enfants nés entre 2007 et 2010. On constate que le tableau présentant l'introduction des aliments a été repéré par 84,7% des familles, 60% d'entre elles l'ayant utilisé, généralement en complément des conseils donnés par leur médecin (62).

Il en ressort que ce carnet de santé semble être un bon support pour la diversification alimentaire mais que les informations devraient être plus détaillées selon l'avis des médecins inclus. Le nouveau de carnet ne semblant pas apporter de données plus approfondies.

Les médecins n'utilisaient pas de support pour 36,7 % d'entre eux, ce chiffre est relativement important et renforce le fait d'avoir un carnet de santé lisible et bien détaillé, d'autant que ce

support écrit peut servir aux parents à leur domicile, sans avoir eu au préalable d'informations par un professionnel.

L'utilisation d'une feuille toute faite par 19 % des médecins généralistes est un résultat encourageant. La fiche d'alimentation à remettre aux patients semble donc pouvoir être un complément des indications du carnet de santé lors des consultations de suivi des nourrissons par les médecins généralistes. Chacun pouvant l'adapter selon son expérience, les recommandations et sa patientèle.

Les médecins qui utilisaient Internet, ont consulté uniquement des sites de référence sur la diversification alimentaire « pediadoc.fr », 3 « mpedia.fr » et 2 la « Société Française de Pédiatrie » (54). Ces sites pourraient eux aussi se trouver dans le carnet de santé et permettre d'éviter aux parents de rencontrer des informations contradictoires sur Internet.

IV. Pratique des médecins généralistes en regard des recommandations

Introduction des aliments

Plusieurs thèses de médecine générale se sont intéressées à la diversification alimentaire des nourrissons. A notre connaissance, une seule thèse de 2013, avec une méthodologie semblable évaluait de façon statistique l'âge de début de la diversification. Dans ce travail 71% des médecins conseillent de débiter la diversification alimentaire entre 4 et 6 mois en l'absence de risque allergique (63).

Ce résultat est similaire à celui de notre étude où 72,1 % des médecins recommandaient de débiter la diversification entre 4 et 6 mois révolus. Environ 27,8 % d'entre eux, attendaient l'âge de 6 mois pour diversifier.

Depuis 2008 et les recommandations de l'ESPGHAN, la diversification entre 4 et 6 mois est recommandée pour les enfants non atopiques. Il faut attendre 2015, pour que la SFP recommande de ne plus attendre 6 mois pour la diversification alimentaire des enfants atopiques et de commencer entre 4 et 6 mois pour tous les enfants (15).

Malgré les évolutions récentes, les médecins dans notre étude suivent majoritairement les recommandations, aucun médecin ne commence la diversification avant 4 mois ou pour un âge supérieur à 6 mois.

Le déjeuner étant le repas conseillé pour débiter cette diversification pour 87,3 % des médecins.

Les légumes et fruits

Après la période exclusivement lactée, les goûts de l'enfant s'orientent préférentiellement vers le sucré et beaucoup moins vers les aliments acides ou amers (64).

Le caractère rassasiant de l'aliment agirait également sur le goût qu'a l'enfant pour cet aliment, dans le sens où il contribue à le faire apprécier davantage.

Dans notre travail, les légumes étaient préférés aux fruits pour débiter la diversification, pour 69,9 % des interrogés, conformément aux recommandations.

Le rejet des légumes chez les enfants peut donc s'expliquer par leur goût fade voire amer, leur odeur parfois très forte, leur aspect et, par ailleurs, par leur densité énergétique faible. De plus, les parents les utilisent souvent comme moyen de pression ce qui peut les rendre encore plus indésirables par les enfants plus grands (65).

Les légumes et les fruits classiques étaient introduits entre 4 et 6 mois respectivement pour 73,4 % et à 69,6 % des médecins.

Les fruits rouges étaient introduits plus tardivement, 44,3 % pour un âge supérieur à 6 mois. Ce pourcentage augmente encore pour les fruits exotiques avec 77,2 % des médecins pour un âge supérieur à 6 mois (dont 43 % après un an).

Ce résultat s'explique car pendant longtemps il était conseillé d'introduire tardivement le kiwi et les fruits exotiques (66). Ces recommandations ont ensuite été modifiées car les experts se sont rendus compte que l'introduction des fruits réputés allergéniques devait se faire progressivement, en même temps que celle des autres fruits car une introduction trop tardive entraînait une augmentation du risque d'allergie (67).

On se méfiait aussi des fruits rouges, en particulier des fraises, alors que l'allergie aux fraises est très rare. Il faudra encore attendre quelques années pour que les médecins s'approprient ces recommandations.

Les protéines

La viande tout comme le poisson sont recommandés préférentiellement à 6 mois, respectivement par 48 % et 43 % des médecins.

En 2015, les protéines carnées étaient introduites à 65 % à 6 mois par les pédiatres libéraux du Var (46).

Concernant l'œuf, le jaune d'œuf (31,6%) semble être introduit un peu plus précocement que le blanc d'œuf (27,8%) à 6 mois. L'œuf étant surtout introduit après l'âge de 6 mois, 57 % pour le jaune et 63 % pour le blanc. Les généralistes du Var respectent partiellement les recommandations.

Différentes études ces dernières années, ont permis de recommander actuellement une introduction à 6 mois pour tous les enfants. Longtemps l'œuf a été recommandé plus tardivement surtout pour les enfants atopiques.

En 2004, pour la première fois, Zutavern et al ont montré une augmentation du risque d'eczéma lié à l'introduction tardive d'œufs et du lait dans une cohorte prospective néonatale (68).

En 2010, l'étude de Koplin et al, réalisée sur 2589 nourrissons pour qui l'introduction retardée de l'œuf après 10 mois est associée à un risque significativement plus grand d'allergie à l'œuf, comparée à l'introduction de l'œuf entre 4 et 6 mois et ce indépendamment de l'existence ou pas d'un terrain atopique (69).

En 2012, l'étude prospective française Epifane, conduite par l'Institut National de Veille Sanitaire, et réalisée auprès de près de 3500 couples mères-enfants, a permis de disposer de données complètes sur l'alimentation des nourrissons pendant leur première année de vie, que ce soit pendant la période d'alimentation lactée exclusive ou à partir de la diversification alimentaire (70).

Si globalement, les résultats montrent que les mères suivent relativement bien les recommandations en matière de diversification, certains aliments tels que les œufs et les matières grasses ajoutées mériteraient de faire l'objet de messages spécifiques. En effet, les œufs et les matières grasses ajoutées sont consommés par respectivement seulement 23 et 53% des enfants à 1 an.

Le gluten

C'est certainement l'item où l'on retrouve le plus de modifications ces dernières années.

La prise de position publiée par l'ESPGHAN en 2008 a été mise à jour en 2017 afin d'inclure de nouveaux résultats, notamment des données provenant d'essais contrôlés randomisés sur l'introduction de gluten.

Dans la littérature il y a eu de nombreuses discussions pour savoir si l'âge d'introduction du gluten et l'allaitement maternel, pouvaient prévenir l'apparition de la maladie cœliaque. En 2008, sur la base des éléments obtenus exclusivement à partir d'études observationnelles, l'ESPGHAN a conclu qu'il était plus prudent d'éviter l'introduction de gluten de façon précoce (moins de 4 mois) et tardive (≥ 7 mois) et d'introduire le gluten pendant que le nourrisson est toujours nourri au sein, car cela pourrait réduire non seulement le risque de maladie cœliaque, mais également le diabète de type 1 (2).

Deux essais contrôlés randomisés récents ont toutefois étudié l'effet de l'âge d'introduction du gluten sur le risque de développer une maladie cœliaque au cours de l'enfance chez les enfants présentant un risque génétique. Les résultats de ces essais contrôlés ont montré que l'âge d'introduction du gluten dans le régime alimentaire du nourrisson avait un rapport sur l'incidence de la maladie cœliaque et du diabète, au cours des 2 premières années mais pas sur la prévalence de la maladie cœliaque pendant l'enfance. Les auteurs indiquent ainsi que la prévention primaire de la maladie cœliaque en faisant varier le moment d'introduction du gluten n'est pas possible à l'heure actuelle (71) (72).

Une revue systématique qui évaluait les preuves tirées d'études observationnelles prospectives publiées jusqu'en février 2015 concluait également que l'allaitement au sein, même après l'introduction du gluten, n'avait aucun effet préventif sur le développement de la maladie cœliaque au cours de l'enfance (73).

Pour l'ESPGHAN en 2017, ni l'allaitement, ni l'allaitement pendant l'introduction de gluten ne réduisent le risque de maladie cœliaque, le gluten peut être introduit à tout moment entre 4 et 12 mois. Sur la base de données d'observation indiquant l'association entre la quantité de gluten absorbée et le risque de maladie cœliaque, la consommation de grandes quantités de gluten devrait être évitée pendant les premières semaines suivant l'introduction du gluten et pendant la petite enfance.

La SFP quant à elle indiquait en 2015 que l'introduction du gluten entre 4 et 6 mois n'a pas d'influence sur la survenue ultérieure de la maladie cœliaque.

D'après notre étude, le gluten est introduit par les médecins généraliste à 87,3 % entre 4 et 12 mois. Cependant la dernière recommandation de l'ESPGHAN sur le gluten, n'était probablement pas connue des médecins généralistes du Var au moment du recueil de données, car elle était très récente.

Elle permet en tout cas plus de souplesse, sur l'introduction du gluten, en espérant qu'elle ne change pas à nouveau dans quelques années.

Nous pouvons regretter que l'information sur le gluten ait disparue du nouveau carnet de santé.

Les matières grasses

L'apport en matières grasses est un facteur déterminant de l'approvisionnement en énergie, et les besoins en énergie restent élevés notamment tout au long de la diversification.

Une revue de la littérature portant sur la quantité et la qualité de la consommation de matières grasses entre 6 et 24 mois a conclu que la quantité de matières grasses ne montre aucun lien avec des effets néfastes sur la santé et que les régimes riches en graisses ne semblent pas nocifs (74).

Il n'y a donc aucune justification nutritionnelle à limiter les graisses, même saturées, chez le nourrisson. Les apports lipidiques doivent représenter 45 à 50 % des apports énergétiques chez le nourrisson selon les dernières recommandations l'Agence française de sécurité sanitaire (32). L'ajout de matières grasses pendant la diversification, et la poursuite d'un apport lacté suffisant permettent de satisfaire ces recommandations

Les matières grasses sont introduites préférentiellement au début de la diversification alimentaire pour la majorité de médecins de notre étude.

Cependant, on peut noter la part importante médecin de recommandant les matières grasses plus tardivement, pour un âge supérieur à 6 mois, avec 43,1 % pour le beurre et 39,2 % pour les huiles végétales. En considérant que l'ensemble des médecins répondants de notre étude recommande un début de diversification entre 4 et 6 mois ou à 6 mois. Ces médecins décalent l'ajout de matière par rapport au début de la diversification.

La raison est probablement qu'à l'instar de ce qui est préconisé chez l'adulte ou par crainte de l'obésité, il peut arriver que l'apport en graisses soit volontairement limité chez le nourrisson au moment de la diversification, notamment en évitant l'ajout de matières grasses dans les plats salés. Une telle attitude est injustifiée et pourrait même s'avérer délétère (75).

Les laitages

Les produits laitiers ne peuvent remplacer qu'en partie le lait de suite pendant la diversification et à condition de respecter deux principes.

Le premier est que le lait de suite reste le principal produit laitier consommé par le nourrisson. En effet, si les apports en calcium et en protéines peuvent être assurés par les autres produits laitiers, il n'en n'est pas de même pour certains autres nutriments dont les laits de suites constituent la principale source (fer, acides gras essentiels) (76).

Le second est de bien connaître les équivalences en termes de calcium lorsque les produits laitiers remplacent progressivement les laits de suites. Entre 0 et 3 ans, les besoins en calcium sont de 400 à 500mg/j soit une consommation quotidienne de 500 ml de lait (77). A partir de 6 mois, le remplacement des biberons de lait de suite, notamment celui du goûter, par des yaourts, des petits suisses ou des fromages permet à l'enfant de lui faire découvrir d'autres textures mais il est nécessaire de connaître quelques équivalences : un yaourt classique est l'équivalent de 150 ml de lait et un petit suisse de 60 ml de lait. Jusqu'à 3 ans, un enfant a besoin d'un minimum de 500 ml de lait par jour.

Les médecins de notre étude recommandaient à 32,9 % une introduction des yaourts à 6 mois conformément aux recommandations.

Outre la recommandation, l'introduction des desserts lactés (yaourts, petits suisses et fromages pasteurisés à pâtes molles) semble pouvoir débuter entre 6 à 9 mois en s'adaptant à la consommation de lait.

Concernant les fromages au lait cru, il ne faut pas les introduire avant l'âge d'un an en raison du risque de transmission de germes pathogènes notamment *Escherichia Coli* O157 H7 responsable du syndrome hémolytique et urémique (78).

Dans notre étude, 59.5 % des médecins respectaient cette recommandation.

Les légumineuses

Les légumineuses sont recommandées après l'âge de 18 mois par seulement 21,5 % des médecins. La recommandation sur l'introduction après 18 mois des légumineuses semble être peu connue des médecins de notre étude, avec une introduction trop précoce pour la majorité d'entre eux (25).

L'arachide

On a longtemps repoussé l'introduction de l'arachide, actuellement on l'introduit plus précocement (4). Ces recommandations se basent sur le fait suivant : les pays dans lesquels les arachides sont couramment utilisées comme aliments de sevrage, comme en Israël par exemple, ont une faible incidence d'allergie à l'arachide. Ces observations ont incité à poursuivre les recherches sur l'hypothèse selon laquelle le développement d'une tolérance immunitaire à un antigène pourrait nécessiter une exposition répétée, peut-être pendant une période critique et précoce et peut-être modulé par d'autres facteurs alimentaires, notamment l'allaitement.

Les revues systématiques ont conclu à la preuve d'un risque accru d'allergie si les solides sont introduits avant 3 à 4 mois, mais rien n'indique que le fait de retarder l'introduction d'aliments allergisants au-delà de 4 mois réduit le risque d'allergie, que ce soit pour les nourrissons de la population générale ou pour ceux ayant des antécédents familiaux d'atopie (79). Les données d'observation suggèrent également un risque accru avec l'introduction retardée de certains allergènes (80).

Cette exposition précoce à l'allergène permettant d'induire une tolérance est illustrée par l'étude de DuToit et al. Celui-ci a comparé deux populations d'enfants juifs selon leur mode d'exposition ou non à l'arachide dans leur première année de vie. La prévalence de l'allergie à l'arachide est 10 fois supérieure pour les enfants juifs vivant en Angleterre non exposés à l'arachide comparés aux enfants juifs d'Israël exposés très précocement (consommation maternelle pendant la grossesse, l'allaitement et dès les premiers mois de vie) (81).

Cela a été confirmé par les premiers résultats de l'étude prospective LEAP, réalisée chez des nourrissons à haut risque atopique, qui ont été communiqués en juin 2013 par L'Académie Européenne des Allergies et de l'Immunologie Clinique (EAACI). L'étude montre qu'à l'âge de 5 ans, il y a 14 % d'enfants allergiques à l'arachide dans le groupe mis en éviction versus 5 % chez des nourrissons exposés à l'arachide.

En 2017, l'ESPGHAN adopte la recommandation commune de dix associations internationales sur l'allergie pédiatrique fondée sur l'étude LEAP, à savoir, l'introduction de l'arachide entre 4 et 11 mois après évaluation par un spécialiste pour les enfants à haut risque d'allergie à l'arachide, c'est-à-dire ceux présentant un eczéma sévère, une allergie à l'œuf ou les deux (82).

La majorité des médecins répondants de notre étude, préconise une introduction tardive de l'arachide, 45,5 % après un an et 25,3 % après 3 ans. Les recommandations de 2015 de la SFP et de 2017 de l'ESPGHAN sont très peu suivies.

Les multiples changements de recommandations semblent entraîner une confusion dans l'esprit des médecins et il faudra du temps pour suivre les dernières recommandations.

Le miel

Le miel ne doit pas être donné aux nourrissons de moins d'un an, en raison des risques potentiels de botulisme.

Entre 1991 et 2003, aucun cas de botulisme infantile n'a été déclaré en France mais entre 2004 et 2009, 7 cas de nourrissons ont été signalés et une consommation de miel est retrouvée pour 3 d'entre eux (83) (84).

Le Royaume-Uni a également recensé 3 cas pour l'année 2010, tous les 3 associés à la consommation de miel chez des nourrissons âgés de moins d'un an.

Entre 2010 et 2014, 6 cas de botulisme infantile ont été déclarés en France, dont 2 cas avec consommation possible de miel.

Devant cette recrudescence du nombre de nourrissons atteints entre 2004 et 2009 en France, L'Agence de Veille Sanitaire a décidé par une note d'avril 2010 de relayer cette information sur son site internet et d'attirer l'attention sur l'intérêt d'une mention d'étiquetage sur les pots de miel, telle que le préconise l'OMS. Depuis, l'étiquetage du miel destiné au consommateur aurait dû comporter la mention « Ne pas donner à un enfant de moins de 12 mois » (85).

Cependant en 2012, des discussions engagées sur l'intérêt et la faisabilité d'une mention d'étiquetage déconseillant la consommation de miel aux nourrissons de moins de 12 mois ont conclu que « L'utilisation de l'étiquetage en première intention n'est pas à privilégier pour

réduire ce risque, il conviendrait de renforcer les connaissances des professionnels de santé et d'informer largement les professionnels de la petite enfance » (86).

L'étiquetage est mis en œuvre par certains pays européens (Belgique, Grande-Bretagne, Suisse, et Finlande) mais pas la France.

Concernant les recommandations aux professionnels de santé sur l'âge d'introduction du miel, elles datent de 2008 par le comité de nutrition de l'ESPGHAN et ont été confirmées par les dernières recommandations de 2017.

Avant 2008, la SFP quant à elle, insistait davantage sur la limitation des aliments sucrés plutôt que le risque de botulisme lié à la consommation de miel.

Dans notre étude 53.2 % des médecins recommandent d'introduire le miel après l'âge d'un an. Dans le contexte où les autorités de santé souhaitent informer les parents sur le risque infectieux principalement par les professionnels de santé, ce pourcentage semble relativement bas. Le risque de botulisme ne semble pas connu pour la moitié des médecins généralistes. Mais les médecins ont-ils vraiment été informés ? La nouvelle version du carnet de santé qui précise le risque potentiel de botulisme, pourra peut-être permettre à plus de médecins de suivre cette recommandation.

La préparation des aliments

Les médecins de notre étude se sont montrés particulièrement sensibilisés au « fait maison » et à limiter l'apport de sucre et de sel et pour certains aux produits biologiques.

Depuis quelques années, une grande attention est portée aux comportements en matière d'alimentation. Des conseils pertinents et cohérents des différents professionnels de santé sont essentiels pour aider et rassurer les parents pendant la diversification. La prévention en matière d'alimentation semble indispensable.

La petite enfance, représente une période cruciale pour apprendre à manger varié et adopter des habitudes alimentaires favorables à la santé. L'institut de médecine américain recommande d'ailleurs que les interventions ciblant la prévention de l'obésité de manière générale se fassent dès les cinq premières années de la vie, les préférences alimentaires de l'enfance et de l'adolescence ayant tendance à subsister à l'âge adulte (87).

V. Allaitement maternel et les laits artificiels

L'allaitement maternel

Du point de vue de la santé du nourrisson, l'allaitement maternel présente un certain nombre d'avantages : il le protège des infections gastro-intestinales et, dans une moindre mesure, des infections ORL et respiratoires. Ses bénéfices pour le développement cognitif et son rôle dans la prévention de l'asthme, des maladies allergiques et du diabète sont généralement reconnus. Du point de vue de la santé de la mère, le fait d'allaiter constituerait un facteur protecteur des cancers du sein en période pré-ménopausique, de l'ovaire, mais aussi de l'ostéoporose. Il réduit, en outre, les risques d'hémorragie du post-partum et serait susceptible d'accélérer le retour au poids initial de la mère après la naissance (88).

L'OMS recommande la pratique d'un allaitement maternel de façon exclusive pendant 6 mois et la poursuite de l'allaitement pendant la période de diversification alimentaire, jusqu'à 2 ans. Il s'agit d'une recommandation générique, valable au niveau mondial. En 2017, l'ESPGHAN considère que l'allaitement maternel exclusif ou complet devrait être recommandé jusqu'à au moins 4 mois révolus, puisque l'allaitement exclusif ou prédominant devrait être poursuivi jusqu'à 6 mois révolus.

Si la pratique de l'allaitement maternel en France a beaucoup progressé depuis les années 1990, il est stable depuis une dizaine d'années et se situe à un niveau inférieur à celui de nombreux pays voisins (89).

En Europe, les pays scandinaves sont les grands vainqueurs avec un taux d'initiation de l'allaitement maternel supérieur à 95%.

En 2013, en se basant sur le dépouillement des certificats de santé du 8^{ème} jour, 9 mois et 24 mois, la part des nourrissons allaités à la naissance s'élève à 66 %. Elle n'est plus que de 40 % à 11 semaines, 30 % à 4 mois et 18 % à 6 mois.

D'après les derniers chiffres connus pour le certificat du 8^{ème} jour, il y a eu une légère remontée du taux moyen d'allaitement en 2016 : 68,1 % en 2016 (contre 66 % en 2013).

Les disparités locales sont fortes, avec des taux beaucoup plus élevés en Ile-de-France, dans l'est de la France et dans les départements d'Outre-mer.

Le département du Var se situe en dessous de la moyenne nationale avec un taux en 2016 de 62.2 % (90).

Dans l'étude, 73,4 % des médecins ont conseillé une durée au moins égale à 6 mois, conformément aux recommandations. Ce chiffre est encourageant et se rapproche de celui des pédiatres (80 %) dans le travail de thèse de Mr Banti (46).

Cependant, il semble encore trop faible si la France veut rattraper son retard vis-à-vis des autres pays européens. Tous les médecins généralistes se doivent de promouvoir et d'assurer une bonne mise en route de l'allaitement maternel, tous en respectant les choix individuels des parents.

Les raisons de ce « retard français » sont sans doute multiples : poids de l'histoire (importance du phénomène des nourrices), rôle de l'industrie agro-alimentaire, rôle des professionnels de santé.

Lait de croissance ou lait de vache ?

Le lait de croissance présente plusieurs avantages par rapport au lait de vache. Un taux de protéines 2 fois moins important que celui de lait de vache. Sachant que les nourrissons consomment trop de protéines, cela peut permettre de limiter les apports en protéines (91).

Son apport en fer est environ 20 fois plus important. La carence martiale reste fréquente avec des conséquences sur la croissance, l'immunité, le taux d'hémoglobine ainsi que sur le développement psychomoteur. Le lait de vache contient peu d'oméga 6 et pratiquement pas d'oméga 3, le lait de croissance permet une supplémentation en acides gras essentiels.

Son taux de vitamine D est plus élevé, mais insuffisant pour couvrir les besoins quotidiens.

Le principal inconvénient du lait de croissance est son coût. La différence entre le lait de croissance et le lait de vache est de l'ordre de 90 à 250 euros par an selon les laits utilisés pour une consommation d'environ 350 ml par jour (92).

Cela rend difficile l'utilisation de ces laits de croissance pour les enfants de populations défavorisées. De plus la composition des laits de croissance n'a pas de réglementation européenne. Chaque état a sa propre réglementation.

Il existe un débat sur l'utilisation ou non du lait de croissance après un an.

Pour certains le lait de croissance n'est pas utile. La SFP et le PNNS, considèrent que le lait de croissance doit être conseillé jusqu'à 3 ans.

L'ESPGHAN en 2017 considère que le lait de vache est une source pauvre en fer et fournit un excès de protéines, de graisse et d'énergie lorsqu'il est utilisé en grande quantité. Il ne devrait pas être utilisé comme boisson principale avant l'âge de 12 mois. L'ESPGHAN ne mentionne pas le lait de croissance dans les dernières recommandations.

En pratique, le seul moyen aujourd'hui accessible pour évaluer les bénéfices et les risques respectifs de ces deux types de laits ne peut être que l'estimation de la qualité des apports nutritionnels découlant de leur utilisation par rapport aux apports nutritionnels conseillés.

Dans notre étude le lait de croissance est recommandé par 87,3% des médecins pour une utilisation de 1 à 3 ans, 26,6 % peuvent recommander le lait de vache s'il existe des difficultés financières dans la famille et 5,1 % des médecins recommandent directement le lait de vache à partir de 1 an.

Concernant le lait de croissance 89,9 % considèrent qu'il est plus adapté à l'enfant contre 10,1 % qu'il est équivalent au lait de vache.

Les médecins suivent majoritairement les recommandations.

Le Professeur Dominique Turck déclare en 2015 : « On ne peut pas affirmer que les laits de croissance sont indispensables après l'âge de 1 an, mais ils sont utiles, en complément d'une alimentation variée, pour réduire le risque de déficits nutritionnels entre 1 et 3 ans » (93).

Concernant le lait de vache utilisé, les médecins de l'étude recommandent seulement à 25,3 % un lait entier. Ce dernier doit être le seul utilisé pour apporter aux enfants toutes les matières grasses nécessaires.

Laits végétaux

Ces dernières années les médecins se déclarent à 68,4 % plus sollicités par les parents sur des questionnement sur les laits végétaux (soja, riz...).

L'utilisation de jus végétaux appelés improprement « laits » à la place des laits infantiles se développe depuis plusieurs années, comme un effet de mode.

Ils sont en vente dans les rayons de diététique de la grande distribution, sur Internet et dans les magasins de diététique. Ces jus végétaux sont totalement déconseillés chez les nourrissons et les jeunes enfants car ils les exposent à des complications nutritionnelles graves, qui peuvent être mortelles, surtout si leur administration concerne le jeune enfant. En effet leur composition n'est pas adaptée à l'alimentation d'un nourrisson (94).

Aucune information n'est disponible dans la dernière version du carnet de santé sur la dangerosité de ces laits végétaux.

VI. Diversification alimentaire chez les enfants à risque d'allergie

Les règles de la diversification alimentaire chez l'enfant à risque d'allergie ont changé à plusieurs reprises ces dernières années.

Lors des recommandations successives de la SFP de 2003 et 2008 il était conseillé de retarder l'introduction des aliments allergisants après l'âge de 1 an chez les enfants à risque d'atopie.

La SFP en 2015 simplifie les recommandations et considère que rien ne justifie de retarder au-delà de l'âge de 6 mois l'introduction des aliments les plus allergisants chez les enfants à risque d'allergie (père, mère, frère ou sœur allergique), l'ESPGHAN en 2017 confirme ces recommandations (15).

Dans notre étude concernant les enfants à risque d'allergie (père, mère, frère, sœur allergique), 50,6 % des médecins modifient l'âge de début de la diversification alimentaire et 69,9 % modifient leur recommandation concernant l'âge d'introduction des aliments les plus allergisants. Les médecins suivent les anciennes recommandations antérieures à 2015 et prennent en compte les antécédents familiaux.

Les changements résultent d'une meilleure compréhension des mécanismes de l'allergie.

Ces dernières années de nombreux pays européens ont observé une augmentation des taux d'allergies alimentaires, malgré les recommandations visant à limiter et à retarder l'exposition à des aliments potentiellement allergènes (4).

Il semble exister un risque accru d'allergie si les solides sont introduits trop précocement avant 3 à 4 mois, ou bien lors de l'introduction trop tardive de certains aliments (95).

Ces observations vont inciter à poursuivre les recherches sur l'hypothèse selon laquelle le développement d'une tolérance immunitaire à un antigène pourrait nécessiter une exposition répétée, peut-être pendant une période critique et précoce, et peut-être modulée par d'autres facteurs alimentaires, notamment l'allaitement.

L'introduction des aliments allergisants pendant cette « fenêtre de tolérance » (entre 4 et 6 mois) pourrait permettre de diminuer le risque d'allergie chez ses enfants (25).

CONCLUSION

Au fil des siècles, les pratiques concernant la diversification alimentaire ont évolué. Ces dernières décennies les multiples changements des recommandations ont suscité parfois l'incompréhension des parents et des médecins.

Devant la démographie médicale actuelle, avec la baisse des pédiatres libéraux qui va s'accroître ces prochaines années, les médecins généralistes varois vont être amenés à voir de plus en plus de nourrissons en consultation.

Dans ce contexte, notre travail nous a permis de réaliser un état des lieux de la pratique de la diversification alimentaire des nourrissons par les médecins généralistes du Var au regard des recommandations actuelles.

Notre étude montre que les recommandations sur la diversification alimentaire sont partiellement suivies par les médecins généralistes du Var.

Pour 72,1 % des médecins, ils recommandaient de débiter la diversification entre 4 et 6 mois en accord avec la SFP et l'ESPGHAN. Si l'introduction des fruits et des légumes classiques était recommandée majoritairement par les médecins conformément aux recommandations, il existait une grande hétérogénéité des réponses concernant l'introduction des autres aliments : les protéines, les matières grasses, le gluten, les légumineuses, le miel et l'arachide.

Concernant les enfants à risque d'allergie, 50,6 % des médecins modifiaient leur recommandation sur l'âge de début de la diversification alimentaire et 69,9 % d'entre eux, sur l'âge d'introduction des aliments les plus allergisants. Les médecins ne suivaient pas les recommandations de la SFP de 2015 où il est préconisé de ne pas retarder la diversification et l'introduction des aliments les plus allergisants chez les enfants à risque d'allergie.

A propos de l'allaitement, la majorité des médecins conseille aux mères la durée d'allaitement maternel recommandée et privilégie par la suite l'utilisation du lait de croissance plutôt que le lait de vache.

Dans notre travail, le carnet de santé reste le premier support utilisé par les médecins pour informer les parents sur la diversification, cependant de nombreux médecins regrettent qu'il ne

soit pas assez détaillé. La nouvelle version 2018 du carnet de santé, semble apporter peu d'informations supplémentaires sur la diversification. Des fiches proposées par le médecin et distribuées aux âges clés de la diversification de l'enfant pourraient permettre de guider les parents étape par étape, en ayant un support ajustable selon le nourrisson et selon les parents. La consultation de sites Internet de référence et recommandés par le médecin, pourrait aussi être une solution.

Il faut garder à l'esprit que les recommandations sur la diversification alimentaire ne sont pas basées uniquement sur les preuves scientifiques, mais aussi sur le bon sens. Le médecin généraliste doit pouvoir s'adapter aux patients. Comme le disait D. Turck en 2010 : « Dans ce domaine, le soignant propose, la mère et son enfant disposent ».

BIBLIOGRAPHIE

1. OMS: Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant [Internet]. OMS. 2002 [cité 7 nov 2018]. Disponible sur: http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA55/fa5515.pdf?ua=1
2. Agostoni C, Decsi T, Fewtrell M, Goulet O, Kolacek S, Koletzko B, et al. Complementary feeding: a commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* janv 2008;46(1):99-110.
3. Turck D. Après le lait: quoi, quand, comment, pourquoi? *Archives de Pédiatrie.* 1 janv 1998;5(Supplement 2):205s-9s.
4. Fewtrell M, Bronsky J, Campoy C, Domellöf M, Embleton N, Fidler Mis N, et al. Complementary Feeding: A Position Paper by the European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (ESPGHAN) Committee on Nutrition. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition.* janv 2017;64(1):119–132.
5. La pédiatrie de ville disparaît... [Internet]. AFPA Association Française de Pédiatrie Ambulatoire. 2011 [cité 10 mars 2018]. Disponible sur: https://afpa.org/content/uploads/2017/06/cp_petition-remise_2011-01.pdf
6. Valleteau de Moulliac J. La pédiatrie libérale : enjeux, difficultés et perspectives. Académie nationale de médecine [Internet]. 2013 [cité 16 nov 2018]; Disponible sur: <http://www.academie-medecine.fr/wp-content/uploads/2015/02/pages-de-1143-a-1152.pdf>
7. FIEVET E. Diversification alimentaire du nourrisson et forums informatiques : pour les parents, quels éléments apportent de la confiance à l'information délivrée sur les forums Internet [Internet]. Tours; 2013. Disponible sur: http://www.applis.univ-tours.fr/scd/Medecine/Theses/2013_Medecine_FievetEmmanuelle.pdf
8. Santé de l'enfant et l'adolescent : prise en charge. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2011;98.
9. Turck D. Historique de la diversification alimentaire. *Archives de Pédiatrie.* déc 2010;17:S191-4.
10. Histoire de l'allaitement, histoires d'allaitement [Internet]. La Leche League. [cité 3 oct 2018]. Disponible sur: <https://www.lllfrance.org/1139-54-histoire-de-lallaitement-histoires-dallaitement>
11. The optimal duration of exclusive breastfeeding : a systematic review [Internet]. WHO; 2001 [cité 3 janv 2019]. Disponible sur: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67208/WHO_NHD_01.08.pdf
12. Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant : Durée optimale de l'alimentation au sein exclusive [Internet]. OMS; 2001 [cité 3 janv 2019]. Disponible sur: http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA54/fa54id4.pdf?ua=1
13. Bocquet A, Bresson JL, Briend A, Chouraqui JP, Darmaun D, Dupont C, et al.

- Alimentation du nourrisson et de l'enfant en bas âge. Réalisation pratique. Archives de Pédiatrie. 1 janv 2003;10(1):76-81.
14. Chouraqui J-P, Dupont C, Bocquet A, Bresson J-L, Briend A, Darmaun D, et al. Alimentation des premiers mois de vie et prévention de l'allergie. Archives de Pédiatrie. avr 2008;15(4):431-42.
 15. Turck D, Dupont C, Vidailhet M, Bocquet A, Briend A, Chouraqui J-P, et al. Diversification alimentaire : évolution des concepts et recommandations. Archives de Pédiatrie. 1 mai 2015;22(5):457-60.
 16. Alimentation du nourrisson et du jeune enfant [Internet]. OMS. 2018 [cité 26 févr 2018]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding>
 17. Victora CG, Bahl R, Barros AJD, França GVA, Horton S, Krasevec J, et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. The Lancet. 30 janv 2016;387(10017):475-90.
 18. Campus de Pédiatrie - Collège National des Pédiatres Universitaires. Alimentation et besoins nutritionnels [Internet]. 2014 [cité 10 janv 2019]. Disponible sur: http://campus.cerimes.fr/media/campus/deploiement/pediatrie/enseignement/alimentation_nutritionnel/site/html/1_2.html
 19. Juchet A, Chabbert A, Pontcharraud R, Sabouraud-Leclerc D, Payot F. Diversification alimentaire chez l'enfant : quoi de neuf? Revue Française d'Allergologie. oct 2014;54(6):462-8.
 20. Tounian P, Javalet M, Sarrion F. Alimentation de l'enfant de 0 à 3 ans [Internet]. 3ème édition. 2017 [cité 8 nov 2018]. Disponible sur: <https://www-sciencedirect-com.lama.univ-amu.fr/book/9782294748530/alimentation-de-lenfant-de-0-a-3-ans#book-description>
 21. Alimentation : Consultation à 4 mois [Internet]. pediadoc. Disponible sur: <http://pediadoc.fr/categorie/7/5/alimentation-4-mois>
 22. Davin L, Van Egroo L-D, Galesne N. Aliments industriels de diversification : une exigence de sécurité. Archives de Pédiatrie. déc 2010;17:S220-4.
 23. Rigal N. Diversification alimentaire et construction du goût. Archives de Pédiatrie. déc 2010;17:S208-12.
 24. Tous les fruits sont-ils bons pour bébé ? [Internet]. MPEDIA.fr. [cité 2 mars 2019]. Disponible sur: <http://www.mpedia.fr/340-fruits-bebe.html>
 25. Bocquet A. La diversification alimentaire : évolution des concepts et recommandations. Les Entretiens de Bichat [Internet]. 2016 [cité 10 févr 2018]; Disponible sur: http://resumes.europa-organisation.com/_global/files/bichat-2016/1/MG_051_bocquet_wmk.pdf
 26. Le guide nutrition des enfants et ados pour tous les parents [Internet]. [cité 10 févr 2018]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/688.pdf>

27. Pham-Thi N, Bidat E. Diversification alimentaire et risque allergique. *Archives de Pédiatrie*. 1 déc 2014;21(12):1392-5.
28. Ghisolfi J. Place des laits au cours de la diversification alimentaire des nourrissons et enfants en bas âge en France. *Archives de Pédiatrie*. déc 2010;17:S195-8.
29. Olives J-P. Quand doit-on introduire le gluten dans l'alimentation des nourrissons ? *Archives de Pédiatrie*. déc 2010;17:S199-203.
30. Gottrand F, Turck D. Alimentation et besoins nutritionnels du nourrisson et de l'enfant. *LA REVUE DU PRATICIEN*. 2006;6.
31. Tounian P. Diversification alimentaire : idées reçues et preuves scientifiques. *Archives de Pédiatrie*. déc 2010;17:S225-8.
32. Les lipides | Anses - Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail [Internet]. [cité 5 mars 2019]. Disponible sur: <https://www.anses.fr/fr/content/les-lipides>
33. Le Botulisme [Internet]. OMS. 2018 [cité 15 nov 2018]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/botulism>
34. Nevas M. Clostridium botulinum in honey production with respect to infant botulism [Internet]. [University of Helsinki]; 2006 [cité 15 nov 2018]. Disponible sur: https://www.researchgate.net/publication/47930504_Clostridium_botulinum_in_honey_production_with_respect_to_infant_botulism
35. Décret n°73-267 du 2 mars 1973 portant application des articles L. 164-1 et L. 164-2 du code de la santé publique relatifs à la délivrance obligatoire de certificats de santé à l'occasion de certains examens médicaux préventifs [Internet]. Legifrance. 1973 [cité 15 nov 2018]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000006062076&dateTexte=20030526>
36. Haute Autorité de Santé - Propositions portant sur le dépistage individuel chez l'enfant de 28 jours à 6 ans, destinées aux médecins généralistes, pédiatres, médecins de PMI et médecins scolaires [Internet]. has-sante.fr. 2005 [cité 15 nov 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/depistages_individuels_28j-6ans_-_propositions_2006_2006_12_28__15_55_46_52.pdf
37. Les certificats de santé aux 8e jour, 9e mois et 24e mois - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [cité 15 nov 2018]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/open-data/etat-de-sante-et-recours-aux-soins/article/les-certificats-de-sante-aux-8e-jour-9e-mois-et-24e-mois>
38. Décret n° 2019-137 du 26 février 2019 relatif aux examens médicaux obligatoires de l'enfant et au contrôle de la vaccination obligatoire [Internet]. Legifrance. 2019 [cité 11 mars 2019]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2019/2/26/SSAP1833605D/jo/texte>
39. Ordre National des Médecins. Atlas de la démographie médicale en France [Internet]. 2018 [cité 20 déc 2018]. Disponible sur: <https://www.conseil->

national.medecin.fr/sites/default/files/cnom_atlas_2018_0.pdf

40. Insee. Var : forte croissance démographique, sous l'effet des migrations résidentielles [Internet]. Insee. 2015 [cité 10 mars 2018]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1285653>
41. Conseil National de l'Ordre des Médecins. La démographie médicale en région PACA : situation en 2015 [Internet]. 2015. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_paca_2015.pdf
42. Cartographie Interactive de la Démographie Médicale [Internet]. [cité 7 janv 2018]. Disponible sur: <https://demographie.medecin.fr/#l=fr;v=map2>
43. Département de médecine Strasbourg. Construire une enquête et un questionnaire [Internet]. [cité 6 févr 2019]. Disponible sur: <http://udsmed.u-strasbg.fr/dmg/recherche-2/construire-une-enquete-et-un-questionnaire/>
44. Annuaire des médecins [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins. [cité 7 janv 2018]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/annuaire>
45. Morice E, Leroyer E. Existe-t-il des éléments prédictifs de l'implication des médecins généralistes dans les thèses de recherche en médecine générale? *Exercer*. 2012;(23):31 et 32.
46. Banti T, Carsin A, Chabrol B, Reynaud R, Fabre A. Diversification alimentaire du nourrisson. Évaluation des pratiques en regard des recommandations françaises actuelles chez les pédiatres varois et les internes affectés à la faculté d'Aix-Marseille. *Archives de Pédiatrie*. oct 2016;23(10):1018-27.
47. Ordre National des Médecins. Approche territoriale des spécialités médicales et chirurgicales [Internet]. 2018 [cité 11 mars 2019]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/approche_territoriale_des_specialites_medicales_et_chirurgicales.pdf
48. Bessière S. La féminisation des professions de santé en France : données de cadrage. (1):15.
49. Franc LV, Rosman P-F. La prise en charge des enfants en médecine générale : une typologie des consultations et visites. :8.
50. INPES. Baromètre santé médecins généralistes 2009 [Internet]. 2009 [cité 6 oct 2018]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1343.pdf>
51. Allcutt C, Sweeney M-R. An exploration of knowledge, attitudes and advice given by health professionals to parents in Ireland about the introduction of solid foods. A pilot study. *BMC Public Health*. 21 avr 2010;10:201.
52. Vallon S. État des lieux de la pratique de la diversification alimentaire par les médecins généralistes de Guadeloupe [Internet]. Bordeaux; 2016. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01413490/document>
53. Cadudal C. Entourage, médias et professionnels de santé influencent les choix des mamans

dans la diversification alimentaire de leur enfant après six mois d'allaitement exclusif [Internet]. [Montpellier]; 2016. Disponible sur: http://www.biu-montpellier.fr/florabium/servlet/DocumentFileManager?source=ged&document=ged:ID OCS:358632&resolution=&recordId=memoires%3ABIU_MEMOIRES%3A1231&file=

54. Banti T, Carsin A, Chabrol B, Fabre A. Diversification alimentaire : l'information disponible sur Internet est-elle en accord avec les recommandations des sociétés savantes ? Archives de Pédiatrie. 1 juill 2016;23(7):706-13.
55. Assemblée nationale. Santé (numéro 3215) - Amendement numero 187 [Internet]. assemblee-nationale.fr. 2015 [cité 26 avr 2018]. Disponible sur: <http://www.assemblee-nationale.fr/14/amendements/3215/AN/187.asp>
56. Nouveau carnet de santé de l'enfant [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. [cité 12 mars 2019]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/carnet_de_sante-num-.pdf
57. Carnet de santé 2006 [Internet]. 2006 [cité 26 avr 2018]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/carnet_de_sante.pdf
58. HCSP. Pour une Politique nutritionnelle de santé publique en France. PNNS 2017-2021 [Internet]. Paris: Haut Conseil de la Santé Publique; 2017 sept [cité 2 mars 2019]. Disponible sur: <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=632>
59. Points clés de l'ESPGHAN 2018. Archives de Pédiatrie. 2018;21.
60. Bocquet A. Enfant et régime végétarien, végétalien, macrobiotique [Internet]. MPEDIA.fr. 2016 [cité 2 févr 2019]. Disponible sur: <http://www.mpedia.fr/384-vegetarisme-vegetalisme.html>
61. Evaluation du carnet de santé N° CERFA 12593*01 [Internet]. 2009 [cité 2 avr 2018]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_sur_l_evaluation_du_carnet_de_sante_de_l_enfant_aupres_des_professionnels.pdf
62. Evaluation auprès de parents du carnet de santé N° CERFA 12593*01 [Internet]. 2011 [cité 2 avr 2018]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_sur_l_evaluation_du_carnet_de_sante_de_l_enfant_aupres_des_parents.pdf
63. Fouré Amelot E. Conseils donnés sur la diversification alimentaire du nourrisson en médecine générale [Thèse d'exercice]. [France]: Université européenne de Bretagne; 2013.
64. Shelov SP. Caring for Your Baby and Young Child: Birth to Age 5. Bantam Books; 2004. 774 p.
65. Dubern B. Diversification alimentaire chez le jeune enfant. EMC - Pédiatrie - Maladies infectieuses. janv 2008;3(4):1-10.
66. Dupont C. La diversification alimentaire. Cahiers de Nutrition et de Diététique. 1 nov 2005;40(5):250-3.

67. Girardet J-P. Diversification alimentaire. Archives de Pédiatrie. déc 2010;17:S189-90.
68. Zutavern A, von Mutius E, Harris J, Mills P, Moffatt S, White C, et al. The introduction of solids in relation to asthma and eczema. Arch Dis Child. avr 2004;89(4):303-8.
69. Koplin JJ, Osborne NJ, Wake M, Martin PE, Gurrin LC, Robinson MN, et al. Can early introduction of egg prevent egg allergy in infants? A population-based study. Journal of Allergy and Clinical Immunology. 1 oct 2010;126(4):807-13.
70. Santé publique France. Epifane : épidémiologie en France de l'alimentation et de l'état nutritionnel des enfants pendant leur première année de vie [Internet]. 2012 [cité 2 mars 2019]. Disponible sur: <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Nutrition-et-sante/Enquetes-et-etudes/Epifane-epidemiologie-en-France-de-l-alimentation-et-de-l-etat-nutritionnel-des-enfants-pendant-leur-premiere-annee-de-vie>
71. Vriezinga SL, Auricchio R, Bravi E, Castillejo G, Chmielewska A, Crespo Escobar P, et al. Randomized feeding intervention in infants at high risk for celiac disease. N Engl J Med. 2 oct 2014;371(14):1304-15.
72. Lionetti E, Castellaneta S, Francavilla R, Pulvirenti A, Tonutti E, Amarri S, et al. Introduction of gluten, HLA status, and the risk of celiac disease in children. N Engl J Med. 2 oct 2014;371(14):1295-303.
73. Szajewska H, Shamir R, Chmielewska A, Pieścik-Lech M, Auricchio R, Ivarsson A, et al. Systematic review with meta-analysis: early infant feeding and coeliac disease--update 2015. Aliment Pharmacol Ther. juin 2015;41(11):1038-54.
74. Briend A, Legrand P, Bocquet A, Girardet J-P, Bresson J-L, Chouraqui J-P, et al. Lipid intake in children under 3years of age in France. A position paper by the Committee on Nutrition of the French Society of Paediatrics. Archives de Pédiatrie. avr 2014;21(4):424-38.
75. Vidailhet M. Diversification alimentaire et obésité : une période à risque. Archives de Pédiatrie. déc 2010;17:S204-7.
76. Acides gras essentiels de 0 à 3 ans [Internet]. MPEDIA.fr. [cité 5 janv 2019]. Disponible sur: <http://www.mpedia.fr/536-acides-gras-essentiels-ans.html>
77. AFPA Association Française de Pédiatrie Ambulatoire. Sources alimentaires de calcium - AFPA Association Française de Pédiatrie Ambulatoire [Internet]. [cité 2 avr 2018]. Disponible sur: <https://afpa.org/content/uploads/2017/08/calcium-alimentation.pdf>
78. Prévention du SHU chez l'enfant âgé de moins de 15 ans en France [Internet]. [cité 12 mars 2019]. Disponible sur: <http://invs.santepubliquefrance.fr/fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Risques-infectieux-d-origine-alimentaire/Syndrome-hemolytique-et-uremique/Prevention-du-SHU-chez-l-enfant-age-de-moins-de-15-ans-en-France>
79. Muraro A, Halken S, Arshad SH, Beyer K, Dubois AEJ, Du Toit G, et al. EAACI food allergy and anaphylaxis guidelines. Primary prevention of food allergy. Allergy. mai 2014;69(5):590-601.

80. Nwaru BI, Erkkola M, Ahonen S, Kaila M, Haapala A-M, Kronberg-Kippilä C, et al. Age at the introduction of solid foods during the first year and allergic sensitization at age 5 years. *Pediatrics*. janv 2010;125(1):50-9.
81. Du Toit G, Katz Y, Sasieni P, Mesher D, Maleki SJ, Fisher HR, et al. Early consumption of peanuts in infancy is associated with a low prevalence of peanut allergy. *J Allergy Clin Immunol*. nov 2008;122(5):984-91.
82. Du Toit G, Sayre PH, Roberts G, Sever ML, Lawson K, Bahnson HT, et al. Effect of Avoidance on Peanut Allergy after Early Peanut Consumption. *N Engl J Med*. 14 avr 2016;374(15):1435-43.
83. Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail. Avis de l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail relatif à un projet de décret modifiant le décret n°2003-587 du 30 juin 2003 pris pour l'application de l'article L.214-1 du code de la consommation en ce qui concerne le miel [Internet]. 2010 [cité 10 oct 2018]. Disponible sur: <https://www.anses.fr/fr/system/files/MIC2010sa0130.pdf>
84. Mazuet C, Bouvet P, King LA, Popoff M. Le botulisme humain en France, 2007-2009. :12.
85. Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail. Avis concernant une étude initiale du guide de bonnes pratiques d'hygiène « Apiculture » relatif à l'hygiène de production de miel, de gelée royale et de pollen [Internet]. [cité 18 oct 2018]. Disponible sur: <https://www.anses.fr/fr/system/files/MIC2011sa0170.pdf>
86. Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail. Information des consommateurs en matière de prévention des risques biologiques liés aux aliments [Internet]. 2012 [cité 18 oct 2018]. Disponible sur: <https://www.anses.fr/fr/system/files/BIORISK2012sa0118Ra-02.pdf>
87. Surpoids et obésité de l'adulte : prise en charge médicale de premier recours [Internet]. has-sante.fr. [cité 18 mars 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-09/2011_09_30_obesite_adulte_argumentaire.pdf
88. Turck D, Razanamahefa L, Dazelle C, Gelbert N, Gremmo-Féger G, Manela A, et al. Plan d'action : allaitement maternel. *Médecine & Nutrition*. 2010;46(3-4):25-47.
89. Épidémiologie de l'allaitement en France [Internet]. La Leche League. [cité 4 févr 2019]. Disponible sur: <https://www.lllfrance.org/1068-epidemiologie-de-l-allaitement-en-france>
90. Le premier certificat de santé de l'enfant - Certificat au 8e jour (CS8) - 2016 -Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [cité 4 févr 2019]. Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dt68-sources_et_methodes.pdf
91. Ghisolfi J, Vidailhet M, Fantino M, Bocquet A, Bresson J-L, Briend A, et al. Lait de vache ou lait de croissance : quel lait recommander pour les enfants en bas âge (1–3 ans) ? *Archives de Pédiatrie*. 1 avr 2011;18(4):355-8.
92. Les laits de croissance [Internet]. MPEDIA.fr. [cité 2 mars 2019]. Disponible sur:

<http://www.mpedia.fr/523-laits-croissance.html>

93. Turck D. Quelle place pour les laits «Croissance»? Archives de Pédiatrie. mai 2015;22(5):85-6.
94. Ghisolfi J. De 1 à 3 ans : alimentation lactée du jeune enfant,les dernières données scientifiques.
95. Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail. Allergies alimentaires : améliorer l'information pour prévenir les risques [Internet]. 2018 déc [cité 16 févr 2019]. Disponible sur: <https://afpa.org/content/uploads/2019/02/ANSES-Allergies-alimentaires-2019.pdf>

ANNEXES

Annexe 1 : Ancien carnet de santé (2006) : repère d'introduction des aliments.

Repères d'introduction des aliments chez l'enfant de 0 à 3 ans*							Surveillance médicale						
1 ^{er} mois	2 ^e mois	3 ^e mois	4 ^e mois	5 ^e mois	6 ^e mois	7 ^e mois	8 ^e mois	9 ^e mois	10 ^e mois	11 ^e mois	12 ^e mois	2 ^e année	3 ^e année
Lait						Pas de consommation		Debut de consommation possible		Debut de consommation recommandée			
Lait maternel exclusif ou « lait 1 ^{er} âge » exclusif **						Lait maternel ou « Lait 2 ^e âge » 500 ml/j***		« Lait 2 ^e âge » 500 ml/j***		« Lait 2 ^e âge » ou « de croissance »**		« Lait 2 ^e âge » ou « de croissance »**	
Produits laitiers	Yaourt						ou fromage blanc nature>>> Fromages						
Fruits	Tous: très mûrs						ou cuits, mixés ; texture homogène, lisse -> crus, écrasés***						
Légumes	Tous: purée lisse					>>> petits morceaux***						
Pommes de terre	Purée						lisse>>> petits morceaux***						
Légumes secs	Sans gluten						15-18 mois: en purée***						
Farines infantiles (céréales)	Sans gluten						Avec gluten						
Pain, produits céréaliers	Sans gluten						Pain, pâtes fines, semoule, riz***						
Viandes, poissons	Sans gluten						Tous, mixés: **** 10 g/j = 2 cuillères à café						
Céufs	Sans gluten						1/4 (dur)						
M.G. ajoutées	Sans gluten						Hachés: 20 g/j = 4 cuillères à café						
Boissons	Eau pure: proposer en cas de fièvre ou de forte chaleur						Huile (olive, colza...) ou beurre (1 cuiller à café d'huile ou 1 noisette de beurre au repas)						
Sel	Eau pure: proposer en cas de fièvre ou de forte chaleur						Eau pure						
Produits sucrés ****	Eau pure: proposer en cas de fièvre ou de forte chaleur						Sans urgence, à limiter						
Peu pendant la cuisson ; ne pas resaler à table													

Repères d'introduction des aliments chez l'enfant de 0 à 3 ans*

SPÉCIMEN

SPÉCIMEN

*** A adapter en fonction de la capacité de mastication et de déglutition, et de la tolérance digestive de l'enfant.
**** Limiter les charcuteries, sauf le jambon blanc.
***** Biscuits, bonbons, crèmes desserts, desserts lactés, chocolats, boissons sucrées, confiture, miel...



CONSEILS AUX PARENTS

Son alimentation

Le lait est l'aliment le plus adapté pour votre enfant au cours des 6 premiers mois.

Si vous l'allaitez

Votre lait est l'aliment le mieux adapté aux besoins de votre enfant. Continuez d'allaiter aussi longtemps que vous le souhaitez ou que vous le pouvez.

- Au début, donnez le sein à la demande.
- Pendant les 4 ou 6 premières semaines au moins, évitez si possible l'allaitement mixte (sein et biberon).
- **L'alcool que vous buvez passe dans le lait. Ne buvez donc pas de boissons alcoolisées (bière, cidre, vin, apéritifs, etc.) pendant toute la durée de l'allaitement.**
De même, ne prenez pas de médicament sans avis médical.



- Si vous avez besoin d'encouragements, de conseils ou de réponses à vos questions, de parler de votre allaitement, médecins, sages-femmes, professionnels de PMI, autres femmes qui allaitent ou associations de promotion de l'allaitement sont à votre écoute.

Si vous lui donnez le biberon

- Le type de lait qui convient à votre bébé, les quantités à donner et les modes de reconstitution vous seront indiqués lors des visites chez votre médecin ou à la consultation de PMI.
- Vous pouvez utiliser l'eau du robinet (sauf si l'eau a été filtrée ou adoucie) ou une eau en bouteille portant la mention « convient pour la préparation des aliments des nourrissons ».
- **Le lait peut être donné à température ambiante.**

- Si vous réchauffez le lait, **ne le faites pas au four à micro-ondes :**

- la qualité nutritionnelle peut être altérée ;
- **il y a un risque de brûlures graves de la bouche et de la gorge.**

- Agitez toujours le biberon, puis vérifiez la température du lait en versant quelques gouttes sur la face interne de votre avant-bras.
- Utilisez des biberons garantis sans BPA (bisphénol A) et si possible en verre.

- Ne donnez pas de miel aux nourrissons âgés de moins de 1 an (risque de botulisme infantile).



REPÈRES D'INTRODUCTION DES ALIMENTS

CHEZ L'ENFANT DE 0 À 3 ANS¹

D'après les recommandations du Programme national nutrition santé (PNNS).

	1 ^{er} mois	2 ^e mois	3 ^e mois	4 ^e mois	5 ^e mois	6 ^e mois	7 ^e mois	8 ^e mois	9 ^e mois	10 ^e mois	11 ^e mois	12 ^e mois	2 ^e année	3 ^e année				
Lait	Lait maternel exclusif ou « Lait 1 ^{er} âge » exclusif ²												Lait maternel ou « Lait 2 ^e âge » 500 ml/j ²		« Lait 2 ^e âge » ou « de croissance » ² (ou lait de vache entier)			
Produits laitiers³	Yaourt ou fromage blanc nature												Fromages					
Fruits	Tous : très mûrs												Tous : très mûrs ; mixés ; texture homogène, lisse		Crus, écrasés ⁴		En morceaux, à croquer ⁴	
Légumes	Tous : purée lisse												Petits morceaux ⁴		Écrasés, en morceaux ⁴			
Pommes de terre	Purée												Petits morceaux ⁴		15-18 mois : en purée ⁴			
Légumes secs																		
Farines infantiles (céréales)																		
Pain, produits céréaliers													Pain, pâtes fines, semoule, riz ⁴					
Viande⁵, poissons, très cuits													Tous, mixés et très cuits ⁴ ; 10 g/j = 2 cuillères à café		Hachés et très cuits : 20 g/j = 4 cuillères à café		30 g/j = 6 cuillères à café très cuits	
Œufs													1/4 (dur)		1/3 (dur)		1/2	
Matières grasses ajoutées													Huile (olive, colza, etc.) ou beurre (1 cuillère à café d'huile ou 1 noisette de beurre au repas)					
Boissons	Eau pure ; proposer à volonté												Eau pure					
Sel															Peu pendant la cuisson ; ne pas resaler à table			
Produits sucrés⁶															A limiter			

1. S'il existe dans votre famille un risque d'allergie, parlez-en à votre médecin avant toute diversification.
 2. Appellations réglementaires : préparation pour nourrissons, préparation de suite et aliment lacté destiné aux enfants en bas âge.
 3. Les fromages et produits laitiers au lait cru sont déconseillés.

4. A adapter en fonction de la capacité de mastication, de déglutition et de la tolérance digestive de l'enfant.
 5. Limitez les charcuteries, sauf le jambon blanc.
 6. Biscuits, bonbons, crèmes, desserts, desserts lactés, chocolats, boissons sucrées, confitures.

Diversification alimentaire du nourrisson :
État des lieux de la pratique des médecins généralistes du Var

Caractéristiques des médecins

1. Votre sexe :

Une seule réponse possible.

- Féminin
 Masculin

2. Votre tranche d'âge :

Une seule réponse possible.

- 26 – 35 ans
 36 – 45 ans
 46 – 55 ans
 56 – 65 ans
 > 65 ans

3. Votre type d'exercice :

Une seule réponse possible.

- Urbain
 Rural
 Semi rural

4. Depuis combien de temps êtes-vous installé(e) ?

Une seule réponse possible.

- 0 – 5 ans
 6 – 10 ans
 11 – 20 ans
 21 – 30 ans
 > 30 ans

5. Quel est le pourcentage de nourrisson dans votre patientèle ?

Une seule réponse possible.

- 0 – 5 %
 6 – 10 %
 11 – 20 %
 21 – 30 %
 > 30 %

La diversification alimentaire

6. Qui aborde le sujet de la diversification alimentaire lors de vos consultations ?

Une seule réponse possible.

- Vous, le plus souvent (> 50%)
- Les parents, le plus souvent (> 50 %)
- Vous et les parents (50 % - 50 %)

7. Quels supports utilisez-vous pour donner des informations aux parents sur la diversification ?

Plusieurs réponses possibles.

- Carnet de santé
- Feuille toute faite
- Internet
- Pas de support
- Autre :

8. Si support "Internet", merci de préciser le ou les sites que vous utilisez ?

.....

.....

.....

.....

.....

9. Quelles sont les principales sources d'informations que vous rapportent les parents sur la diversification ?

Plusieurs réponses possibles.

- Internet
- Conseils de l'entourage : famille, amis...
- Carnet de santé
- Sage-femme
- Livre
- Autre :

10. Que pensez-vous des pages dédiées à la diversification alimentaire dans le carnet de santé ?

Plusieurs réponses possibles.

- Informations claires et conformes aux recommandations
- Support très utile lors des consultations
- Manque de lisibilité
- Informations pas assez détaillées
- Autre :

Introduction des aliments

11. A quel âge recommandez-vous aux parents le début de la diversification alimentaire ?

Une seule réponse possible.

- < 4 mois
- 4 mois
- 5 mois
- 6 mois
- 7/8 mois
- > 9 mois

12. Quelles sont vos recommandations concernant le début de la diversification ?

Une seule réponse possible.

- Introduire les fruits en premier
- Introduire les légumes en premier
- Pas de recommandation spécifique

13. Quel repas conseillez-vous pour débiter la diversification ?

Une seule réponse possible.

- Le petit déjeuner
- Le déjeuner
- Le goûter
- Le dîner

14. A quel âge recommandez-vous aux parents l'introduction des fruits suivants ?

Une seule réponse possible par ligne.

	< 4mois	4 mois	5 mois	6 mois	7/8 mois	≥ 9 mois	≥ 1 an
Fruits classiques (pomme, poire...)							
Fruits rouges (fraise, framboise...)							
Fruits exotiques (mangue, ananas...)							
Fruits à coques (noisette, amande...) dans des gâteaux secs							

15. A quel âge recommandez-vous l'introduction des légumes suivants ?*Une seule réponse possible par ligne.*

	< 4mois	4 mois	5 mois	6 mois	7/8 mois	≥ 9 mois	≥ 1 an
Légumes classiques (carotte, courgette, haricots verts, potiron...)							

16. A quel âge recommandez-vous l'introduction des protéines suivantes ?*Une seule réponse possible par ligne.*

	< 4mois	4 mois	5 mois	6 mois	7/8 mois	≥ 9 mois	≥ 1 an
La viande							
Le poisson							
Le blanc d'œuf dur							
Le jaune d'œuf dur							

17. A quel âge recommandez-vous l'introduction des céréales infantiles suivantes ?*Une seule réponse possible par ligne.*

	< 4mois	4 mois	5 mois	6 mois	7/8 mois	≥ 9 mois	≥ 1 an
Céréales sans gluten							
Céréales avec gluten							

18. A quel âge recommandez-vous l'introduction des matières grasses suivantes ?*Une seule réponse possible par ligne.*

	< 4mois	4 mois	5 mois	6 mois	7/8 mois	≥ 9 mois	≥ 1 an
Beurre							
Huiles végétales							

19. A quel âge recommandez-vous l'introduction des laitages suivants ?*Une seule réponse possible par ligne.*

	< 4mois	4 mois	5 mois	6 mois	7/8 mois	≥ 9 mois	≥ 1 an
Yaourts							
Fromages pasteurisés							
Fromages au lait cru							

20. A quel âge recommandez-vous l'introduction des légumineuses ?

Une seule réponse possible par ligne.

	4 mois	5 mois	6 mois	7/8 mois	≥ 9 mois	> 1an	≥ 18 mois
Légumineuses (pois chiches, lentilles, haricots secs...)							

21. A quel âge recommandez-vous l'introduction des aliments suivants ?

Une seule réponse possible par ligne.

	4 mois	5 mois	6 mois	7/8 mois	≥ 9 mois	> 1an	≥ 3 ans
L'arachide							
Le miel							

22. Donnez-vous des conseils concernant la préparation des repas : cuisson, assaisonnement, aliments bio, fait maison, préparations industrielles... ?

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

23. Si oui, lesquels ?

.....

.....

.....

.....

.....

Allaitement maternel et lait artificiel

24. Quelles sont vos recommandations concernant la durée de l'allaitement maternel ?

Une seule réponse possible.

- < 4 mois
- 4 mois
- 5 mois
- 6 mois
- > 6 mois

25. Quelles sont vos recommandations concernant le lait de 1 à 3 ans ?

Plusieurs réponses possibles.

- Vous privilégiez l'utilisation du lait de croissance
- Vous privilégiez l'utilisation du lait de vache
- Utilisation du lait de vache si difficulté financière de la famille
- Pas de recommandation spécifique

26. Concernant le lait de croissance, vous considérez que :

Une seule réponse possible.

- Il est plus adapté à l'enfant
- Il est équivalent au lait de vache

27. Concernant le lait de vache, quel type de lait recommandez-vous ?

Une seule réponse possible.

- Entier
- Demi - écrémé
- Ecrémé
- Pas de recommandation spécifique

28. Êtes-vous plus sollicité ces dernières années par les parents, pour des informations sur les laits végétaux (riz, soja...), lait de chèvre... ?

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

Concernant les enfants à risque d'allergie (père, mère, frère, sœur allergique)

29. Modifiez-vous vos recommandations concernant l'âge de début de la diversification alimentaire ?

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

30. Modifiez-vous vos recommandations concernant l'âge d'introduction des aliments les plus allergisants (œuf, arachide...)?

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

Conclusion

Commentaires/Critiques éventuels vis à vis de la diversification alimentaire

.....

.....

.....

.....

.....

ABREVIATIONS

AET : Apport Energétique Total

AGPI-LC : Acides Gras Poly-Insaturés à Longue Chaîne

ANC : Apports Nutritionnels Conseillés

EAACI : Académie Européenne des Allergies et de l'Immunologie Clinique

ESPGHAN : Société Européenne de Gastro-entérologie Pédiatrique, Hépatologie et Nutrition

HAS : Haute Autorité de Santé

INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PACA : Provence-Alpes-Côte d'Azur

PMI : Protection Maternelle et Infantile

PNNS : Programme National Nutrition Santé

SFP : Société Française de Pédiatrie

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans **aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions**. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, 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** et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

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

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

RESUME

Introduction : Du fait de la démographie médicale actuelle des pédiatres, les médecins généralistes vont être amenés à avoir un rôle essentiel dans le suivi des enfants. Les recommandations concernant la diversification alimentaire n'ont cessé d'évoluer ces dernières années. Avec les sources d'informations non médicales qui se multiplient, les médecins doivent apporter aux parents des réponses claires et adaptées afin de les guider étape par étape lors de la diversification.

Objectif : Réaliser un état des lieux de la pratique de la diversification alimentaire des nourrissons par les médecins généralistes du Var au regard des recommandations actuelles.

Matériels et Méthodes : Il s'agit d'une étude transversale descriptive du 12 Mars au 12 Mai 2018, auprès d'un échantillon de 350 médecins généralistes libéraux du Var, issus d'une liste de diffusion d'adresses mails du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins du Var. Un questionnaire a été adressé par mail, puis une relance a été effectuée deux semaines après le premier envoi.

Résultats : 79 médecins ont répondu au questionnaire, soit un taux de réponse de 22,6 %. Les résultats ont montré que 72,1 % des médecins recommandaient de débiter la diversification entre 4 et 6 mois en accord avec la SFP et l'ESPGHAN. Si l'introduction des fruits et des légumes classiques était conseillée majoritairement par les médecins conformément aux recommandations, il existait une grande hétérogénéité des réponses concernant l'introduction des autres aliments. A propos des enfants à risque d'allergie, une majorité de médecins modifiait leur recommandation sur l'âge de début de la diversification alimentaire et sur l'âge d'introduction des aliments les plus allergisants. Le carnet de santé restait le premier support utilisé par les médecins pour informer les parents sur la diversification.

Conclusion : Les recommandations sur la diversification alimentaire sont partiellement suivies par les médecins généralistes du Var. Les multiples changements ces dernières décennies ont probablement contribué aux doutes des médecins sur les modalités de mise en œuvre.

MOTS-CLEFS : diversification alimentaire, médecins généralistes, pédiatres libéraux, nourrisson, carnet de santé, allaitement maternel, allaitement artificiel, Var.