



HAL
open science

La genèse précoce des différences sociales dans les habitudes alimentaires.

Raphael Dhuot

► **To cite this version:**

Raphael Dhuot. La genèse précoce des différences sociales dans les habitudes alimentaires.. Sociologie. Université Paris Saclay (COMUE), 2018. Français. NNT : 2018SACLA013 . tel-02069319

HAL Id: tel-02069319

<https://theses.hal.science/tel-02069319v1>

Submitted on 15 Mar 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.

La genèse précoce des différences sociales dans les habitudes alimentaires

Thèse de doctorat de l'Université Paris-Saclay
préparée à AgroParisTech (Institut des sciences et industries du
vivant et de l'environnement)

École doctorale n°581 : agriculture, alimentation, biologie,
environnement et santé (ABIES)
Spécialité de doctorat: Sciences sociales

Thèse présentée et soutenue à Paris, le 20 juin 2018, par

Raphaël Dhuot

Composition du Jury :

Sandrine Garcia Professeure, Université de Bourgogne (IREDU)	Présidente du jury Rapporteur
Julien Duval Directeur de recherche, CNRS (CSE)	Rapporteur
Olivia Samuel Maître de Conférences, UVSQ (PRINTEMPS)	Examinatrice
Thibaut de Saint Pol Administrateur de l'Insee hors-classe, Professeur associé, ENS Paris-Saclay (IDHES)	Examineur
Séverine Gojard Directrice de recherche, INRA (CMH)	Directrice de thèse



Titre : La genèse précoce des différences sociales dans les habitudes alimentaires

Mots clés : Alimentation, Puériculture, Inégalités sociales, Enfance, Santé

Résumé : L'alimentation infantile est fortement encadrée par les instances médicales. Elle constitue alors un point d'observation privilégié des modalités d'expansion du champ d'intervention de la médecine et de la diffusion des cultures savantes. Suivant cette perspective, elle apparaît justiciable d'une analyse dans les termes de la sociologie de la culture, qu'elle peut contribuer à renouveler.

La problématique principale de cette recherche peut se formuler ainsi : comment s'articulent les déterminants sociaux de l'alimentation infantile ? Cette question renvoie aux conditions de la stratification sociale des pratiques culturelles et de la formation des « goûts de classe ».

Afin de répondre à cette question, deux ensembles de données sont mobilisés. La première partie de la thèse procède de l'analyse d'un large corpus documentaire, composé d'articles scientifiques, de publications à destination des parents et des échanges tenus sur le principal forum en ligne consacré à la puériculture. La deuxième et la troisième partie reposent sur l'analyse des données de l'Étude longitudinale française depuis l'enfance. Cette enquête recueille des informations sur la totalité des nouveau-nés, en 2011, d'un échantillon aléatoire de 349 maternités en France métropolitaine. L'échantillon final est constitué d'environ 18 300 nourrissons. L'enquête aborde les thématiques du développement, de la santé et de l'alimentation des nourrissons, elle renseigne également le détail des caractéristiques sociodémographiques des parents.

La première partie de la thèse est consacrée aux conditions de production et de diffusion des recommandations médicales en matière d'alimentation infantile. Nous montrons que, d'une part, les luttes pour le monopole de l'autorité scientifique à l'intérieur de l'espace de la recherche en nutrition pédiatrique, d'autre part, les demandes particulières des pouvoirs publics (d'encadrement de la population) et des industriels (de connaissance des habitudes des

consommateurs), adressées aux experts de l'alimentation infantile, révèlent l'incertitude et la variabilité des recommandations médicales en matière d'alimentation infantile. La réception par les parents de ces recommandations médicales peut alors prendre la forme d'une appropriation des recommandations dominantes, d'une appropriation des recommandations médicales dominées considérées comme mieux actualisées ou d'une mise à distance, parfois très critique, des recommandations médicales voire de la résistance au principe même d'une puériculture médicalisée.

L'enjeu de la seconde partie est de montrer comment peuvent s'articuler système de dispositions et « modèles de puériculture ». Nous montrons que la conformité, de l'alimentation des nourrissons, aux recommandations médicales est fonction de l'interaction entre le niveau de diplôme des mères et les conditions de leur socialisation au maternage (notamment, leurs pratiques de recherche d'information en matière de diversification alimentaire). Ainsi, la réception de la puériculture médicalisée apparaît dépendante autant du rapport entretenu, par les parents, à la médecine comme système abstrait que du rapport qu'ils entretiennent aux représentants de ce système. Ces rapports étant fonction de l'expérience scolaire des parents. Le constat de la faible fréquence d'une alimentation infantile conforme aux recommandations médicales et de l'imperfection de l'homologie entre espace des positions sociales et espace des pratiques parentales en matière d'alimentation infantile dans l'échantillon invite à interroger l'effet des habitudes et des préférences alimentaires des mères sur l'alimentation des enfants. Dans une troisième partie, nous montrons que les répertoires alimentaires maternels ont un effet propre ainsi qu'un effet conditionné aux caractéristiques sociales des mères sur l'alimentation des enfants durant leur première année.



Title: Early genesis of social differences in eating habits

Keywords: Food, Parental feeding practices, Social disparities, Infants, Health

Abstract: Medical instances strongly control infant feeding. Then parental feeding practices are a means of observing the increased scope of medicine intervention in everyday life and diffusion of science based practices.

Following this perspective, parental feeding practices are relevant for an analysis in terms of the sociology of culture, which can also contribute to defining such terms. The thesis' main concern can be formulated as follow: how are the social determinants of parental feeding practices interconnected? This question refers directly to the conditions of the social stratification of cultural practices and to the construction of tastes.

In order to answer this question, two sets of data are used. The first part of the present thesis stems from the analysis of an important corpus of documents composed of scientific articles, publications aimed at parents and conversations held on the main online forum that concerns childcare. The second and third part of the thesis consists of the data analysis of the French longitudinal study from childhood. This study gathers information on all new-borns, in 2011, chosen from a random sample of 349 metropolitan French maternity hospitals. The final sample is composed of 18 300 infants. The study broaches questions of infant development, health and feeding. It also gives details on parents' socio-demographic characteristics. The first part of this thesis is confined to conditions of production and diffusion of medical recommendations concerning infant feeding. We demonstrate that, firstly the struggle for the monopoly on scientific authority within the field of research in pediatric nutrition and secondly the specific demands of public authorities (to confine the population) and industries (as to understand consumer habits) transferred to experts of infant nutrition, reveals the uncertainty and the variations of the medical recommendations concerning infant nutrition.

Parents receptiveness of those medical recommendations can take the form of an appropriation of the mainstream recommendations, an assimilation of minor medical recommendations considered as the most up to date, or a distancing, sometimes very critical, of the medical recommendations, or even more the resistance to the very idea of medicalised parental practices.

The challenge of the second part is to demonstrate the links between system of embodied dispositions and "childcare models". We show that the conformity, of infant feeding to medical recommendations is a product of the interaction between the education levels of the mother and the conditions of their socialisation to maternity (in particular their methods of researching information on complementary feeding). Therefore, the receptiveness of medicalised childcare appears to be dependent as on the relationship between the parents and medicine, as an abstract system, as on the relationship between parents and representatives of that system. These relationships are a product of the educational experience of the parents. The finding of the low frequency of infant feeding in conformity with medical recommendations and the imperfection of homology between social positions and parental practices in infant feeding in this sample raises the question as to the effect of habits and feeding preferences of mothers on infant feeding. In the third part, we demonstrate that the mother's feeding repertoires have a proper effect, and an effect conditioned by parents' social characteristics, on infant feeding during their first year.



Remerciements

Je tiens tout d'abord à exprimer toute ma reconnaissance à Séverine Gojard qui a défini les cadres de cette recherche et l'a dirigée avec une grande implication. Pour m'avoir confié cette recherche, pour ses conseils avisés, sa bienveillance et sa patience, je la remercie mille fois. Toute erreur que l'on pourra relever dans cette thèse y a été ajoutée à son insu. Cette recherche a également bénéficié d'un comité de suivi individuel sans lequel elle n'aurait jamais pu aboutir. Pour leur disponibilité tout au long de la thèse, leurs relectures, leurs précieuses suggestions et leurs encouragements, toute ma gratitude va à Marie-Clémence Le Pape, Sophie Nicklaus et Patrick Peretti-Watel.

Je remercie les membres de mon jury, Madame Sandrine Garcia, Madame Olivia Samuel, Monsieur Julien Duval et Monsieur Thibaut de Saint Pol, d'avoir accepté de lire et de discuter mes travaux.

Cette thèse a bénéficié d'une bourse de recherche cofinancée par le département SAE2 de l'INRA et le méta-programme DID'IT porté par l'INRA. La quatrième année a été financée grâce à un poste d'ATER au sein du département de Sociologie de l'Université d'Evry Val d'Essonne. Je suis redevable à ces institutions d'avoir permis cette recherche. Un grand merci également aux membres du projet *Elfe* ainsi qu'aux familles enquêtées qui ont fourni le matériau principal de cette thèse. Je remercie tout particulièrement Sophie Nicklaus et Eléa Ksiazek de m'avoir grandement facilité l'accès aux données.

J'ai profité de conditions de travail exceptionnelles tout au long de cette thèse. Je le dois d'abord à l'ensemble des membres de l'unité ALISS de l'INRA. Pour leur accueil, leur sympathie, leur présence rassurante et leurs conseils, un grand merci aux chercheurs de l'unité. Merci notamment à Christine Tichit, Faustine Régnier, Philippe Cardon, Olivier Allais, Arouna Ouedraogo, Bérangère Véron, Martin Bruegel, Véronique Nichèle et Pascale Bazoche. Pour leurs relectures, leurs pertinentes suggestions, leurs encouragements et leur humour, un grand merci également à Anne Lhuissier et Marie Plessz. Pour leur amitié, leur exemple et leur soutien, tous mes remerciements vont aux doctorants et jeunes docteurs de l'unité. A ceux avec qui j'ai partagé le bureau 213, Aurélie Maurice, Claire Kersuzan, Thomas Depecker, merci pour tout. Pour tous nos échanges, un grand merci à Adélaïde Fadhuile, Géraldine Comoretto et

Agathe Zuddas. Pour le partage d'expérience, un immense merci aussi à Gaëlle Jamet. Enfin, à Coline Ferrant et Angèle Fouquet, que j'ai côtoyées brièvement, je souhaite le meilleur. Les autres personnels de l'unité ALISS m'ont également toujours été d'un grand secours moral et matériel. En particulier, j'exprime toute ma gratitude à Nicolas Guinet, David Dromard, David Delobel et Odile Bouffard.

J'ai eu la chance d'être accueilli lors de ma quatrième année de thèse par le Laboratoire de Sociologie Quantitative du CREST. Merci aux membres de cette unité de m'avoir permis de bénéficier de conditions idéales pour finaliser la thèse. Pour leur accueil, leur soutien et les discussions enrichissantes que nous avons eues, je remercie vivement Ivaylo Petev, Céline Goffette, Nicolas Robette, Marie-Paule Couto, Julien Gros, Pauline Vallot, Pierre Blavier, Lucas Tranchant, Marion Plault, Julie Maurice, Marine Hadad, Milan Bouchet-Valat, Rémi Sinthon et Camille Martin.

Tout au long de cette thèse, l'école doctorale ABIES a été d'un support sans faille. Je tiens à remercier tout particulièrement pour leur écoute, leur disponibilité et leur soutien, Alexandre Péry et Irina Vassileva.

Cette recherche n'aurait pu être menée à son terme sans le soutien de ma famille et de mes amis. A tous mes proches qui se sont discrètement et continuellement inquiétés de l'avancement de cette thèse, un grand merci. Merci notamment à Kensho, en compagnie de qui j'ai découvert la sociologie, ainsi qu'à Quentin, Robin, Niamh, François et Karine. Pour leur humour qui m'a souvent réconforté, merci aux « gars » du foot, particulièrement à Maël, Flo, Yoann et Marcel. Je remercie également, pour leurs retours d'expérience, Céline, Nicolas, Stéphane et Thibault. A mes parents et à ma sœur, pour leur support indéfectible et la stabilité émotionnelle qu'ils m'ont toujours apportée, je dis mille fois merci. Enfin, pour son soutien inconditionnel, ses encouragements sans cesse répétés et son amour, merci infiniment à Julie.

Sommaire

Introduction générale.....	13
Partie I Le sous-champ de la puériculture : production et circulation des recommandations en matière de diversification alimentaire	59
Chapitre 1 La constitution des recommandations médicales en matière de diversification alimentaire	63
Introduction	63
1.1. La distribution de l'autorité scientifique	70
1.2. La main visible de l'industrie alimentaire	84
1.3. Formuler des recommandations : définir le régime alimentaire adéquat.....	102
Conclusion.....	112
Chapitre 2 La médiatisation des recommandations en matière de diversification alimentaire	116
2.1. La diffusion des recommandations de nutrition infantile : l'inscription médiatique de l'autorité scientifique	123
2.2. Le contenu des supports de puériculture	135
Conclusion.....	149
Chapitre 3 Influence maternelle. Diffusion et contestation profane des recommandations en matière de diversification alimentaire sur un forum en ligne	153
3.1. Les discours des utilisatrices	161
3.2. La distribution de la parole.....	187
3.3. La dynamique des discussions.....	194
Conclusion.....	204
Conclusion de la Partie I	209
Partie II Les conditions sociales de la réception des recommandations médicales en matière de diversification alimentaire	213
Chapitre 4 Expérience maternelle et expertise médicale : le rapport des parents aux professionnels de santé et supports de puériculture.....	218
Introduction	218
4.1. La morphologie sociale du suivi médical de l'enfant.....	224
4.2. Les déterminants de la forme du suivi médical de l'enfant	238
4.3. L'encadrement de la puériculture domestique.....	244
4.4. Les déterminants sociaux des modèles de puériculture	257
Conclusion.....	261
Chapitre 5 Les déterminants sociaux de la conformité aux recommandations médicales en matière de diversification alimentaire	264
5.1. Les conditions sociales de la conformité aux recommandations médicales en matière de diversification alimentaire. Une perspective comparatiste.....	272
5.2. Les conditions sociales de la conformité aux recommandations médicales en matière de diversification alimentaire : une perspective en termes de formes de diversification alimentaire	291
5.3. Les conditions sociales de la conformité aux recommandations nutritionnelles dans le cas de recommandations discordantes.....	297
Conclusion.....	304
Chapitre 6 Risque allergique et développement physiologique de l'enfant. Une réappropriation incertaine des catégories de la puériculture savante.....	308
6.1. Le risque allergique	316
6.2. L'effet différencié de l'avancement en âge de l'enfant	338

Conclusion.....	351
Conclusion de la partie II	358
Partie III Goûts, corps et identité. L'esthétique de la diversification alimentaire.....	363
Chapitre 7 Fort comme papa. Conditions sociales de la sexuation de la diversification alimentaire..	367
7.1. Les conditions sociales d'une diversification alimentaire sexuée	377
7.2. La division sexuée du travail	384
7.3. Les attentes concernant le sexe de l'enfant avant la naissance : un indice d'une socialisation précoce sexuellement différenciée	404
Conclusion.....	410
Chapitre 8 Projection des habitudes et des préférences alimentaires maternelles sur les répertoires alimentaires des enfants.....	412
8.1.Les habitudes et préférences alimentaires des mères durant le troisième trimestre de grossesse .	423
8.2. Rapports maternels à la diététique et alimentation des enfants	429
8.3. Rapports maternels à la saveur sucrée et alimentation des enfants	443
8.4. Les répertoires alimentaires infantiles selon l'alimentation des mères	449
Conclusion.....	458
Conclusion de la partie III	462
Conclusion générale	467
ANNEXES	483
1.4. Annexe du chapitre 1.....	485
4.5. Annexe du chapitre 4.....	490
6.4. Annexe du chapitre 6.....	497
7.4. Annexe du chapitre 7.....	508
8.5. Annexe du chapitre 8.....	520
Bibliographie	529
Liste des tableaux	581
Liste des figures.....	588
Table des matières	591

Introduction générale

La naissance d'un enfant, encore davantage celle d'un premier enfant, constitue un tournant biographique propice à l'interrogation par les parents de leurs pratiques quotidiennes et des normes qui les fondent (Gojard, 2010). Ainsi, une part importante des parents considèrent que la naissance de leur premier enfant constitue un évènement déterminant de leur trajectoire biographique. La perception de cet évènement est socialement située et sexuellement différenciée (Samuel & Vilter, 2007). Les mères, dont il est généralement attendu qu'elles prodiguent essentiellement seules les soins aux jeunes enfants (DeVault, 1991), ont à charge notamment de nourrir, de laver, de coucher les enfants, de les emmener chez le médecin et, de manière plus générale, de veiller à leur bon développement physique et affectif. Cet ensemble de tâches constitue une part importante de leur « métier de mère » (Gojard, 2010). Afin de l'accomplir, elles peuvent prendre appui sur les conseils des professionnels de santé, ceux de leur famille, de leurs proches, elles peuvent lire des manuels de puériculture, consulter des articles de la presse spécialisée et fréquenter divers sites internet ou forums en ligne consacrés à la puériculture. Toutefois, cette recherche d'information en matière de puériculture ne s'effectue pas sur le mode d'une complète autonomie, la période périnatale étant très fortement encadrée. En effet, la délimitation du « métier de mère » constitue l'enjeu d'une « bataille des normes » (Garcia, 2011) qui renvoie aux luttes prenant place dans le champ médical et dans le champ de l'éducation entre les différents experts de l'enfance.

La puériculture constitue alors un terrain propice à l'analyse de la diffusion des cultures savantes dans les sociétés différenciées et hiérarchisées (Boltanski, 1969), notamment en ce qu'elle vise à apprivoiser l'enfant, au moyen des instruments de la connaissance scientifique, tout en éduquant les parents, au travers de la normalisation des gestes qu'ils effectuent en direction des enfants. Du côté de l'encadrement des pratiques parentales, dès lors que la médecine s'est imposée comme principale autorité compétente en matière de puériculture, les savoirs légitimes en matière de prime enfance sont devenus le monopole d'un groupe de spécialistes, c'est-à-dire les éléments constitutifs d'une culture savante et les produits d'un sous-champ délimité. En étudiant les manuels scolaires utilisés dans l'enseignement primaire entre 1870 et 1914, Luc Boltanski (1969) montre que l'enseignement domestique dispensé aux jeunes filles sur cette période relève d'une « mission civilisatrice ». À partir de la fin des

années 1880, la puériculture s'homogénéise, il n'existe plus qu'une seule bonne manière de prodiguer des soins aux enfants. En raison de la recomposition du public visé, qui ne se limite plus aux représentants des catégories supérieures, le ton des recommandations en matière de puériculture tend à devenir plus impératif et plus directif. Du côté, de la réception de cette culture savante, L. Boltanski observe une diffusion des savoirs médicaux plus rapide dans les classes supérieures que dans les classes populaires. Ce qui l'amène à conclure que les différents groupes sociaux sont les dépositaires de savoirs d'époques différentes : la distance sociale serait alors une distance temporelle. De plus, les membres des classes populaires acquerraient un « savoir en miettes », les médecins n'apportant pas d'explications aux motifs des traitements et insistant uniquement sur les conséquences des manquements aux prescriptions. Ces recommandations toutes négatives se prêtent alors à la réinterprétation et au transfert des schèmes de pensée (Suaud, 1970). Cette hypothèse d'une diffusion verticale des éléments constitutifs de la puériculture savante a depuis été amendée. Séverine Gojard (1999 ; 2000 ; 2010) montre que ce modèle « diffusionniste » ne rend pas compte, d'une part, des différentes formes d'expertise en matière de petite enfance qui cohabitent dans les espaces de production des recommandations savantes en matière de puériculture, d'autre part, des pratiques concrètes de recherche d'information en matière de puériculture que développent les parents.

Le « désenchantement de la science » (Beck, 1992a) ainsi que la multiplication des sources d'information (DiMaggio & Powell, 1991) en matière de santé qui transforment la réflexivité des individus (Giddens, 1991) invitent à interroger de nouveau les relations entre l'espace normatif de la puériculture savante et les pratiques de puériculture des parents. La diversification alimentaire qui correspond à la période de transition entre une alimentation lactée exclusive et une alimentation plus variée proche de celle du type adulte est objet de nombreuses recommandations qui ont notablement fluctué au fil du temps (Delaisi de Parseval & Lallemand, 2001). Elle constitue, en ce sens, un point d'observation privilégié de la diffusion de la culture médicale. Cependant, nourrir son enfant consiste également à lui transmettre un capital culturel, à construire une part importante de son identité (Chiva, 1979). La forme de la diversification alimentaire des enfants ne serait donc pas uniquement le produit du rapport des parents à la culture médicale et à ses dépositaires. La diversification alimentaire délimite alors une entrée d'autant plus pertinente pour l'étude de la diffusion des cultures savantes que la puériculture constitue une activité composite située entre les pratiques proprement culturelles, dont l'appréciation relève de préférences symboliques et sensibles, et

les techniques du corps, médicalisées et rationalisées, que les individus peuvent appréhender selon une perspective instrumentale. Ce sont alors les conditions sociales des différentes formes de rationalisation du quotidien que l'analyse du travail parental en matière d'alimentation renseigne.

Nourrir son enfant : une dimension du travail parental

Le travail parental peut être défini comme l'ensemble des activités matérielles qui découlent de la prise en charge des enfants. Il recouvre l'ensemble des activités réalisées dans le cadre familial par des adultes en situation de parents en charge d'enfants (Déchaux, 2009). Le travail parental est caractérisé par une très forte dépendance des enfants à l'égard des parents qui nécessite une permanence des soins et une cohabitation, un impératif de résultats et des enjeux de reproduction. Il faut entendre par soins, la réponse aux besoins des personnes dépendantes (Cresson, 2011). Nourrir un petit enfant relève alors pleinement du travail parental.

Le concept de travail parental se distingue de celui de « parentalité » en insistant sur la dimension concrète (pratique ou mentale) de l'accomplissement des tâches. Le concept de parentalité intègre une dimension d'appartenance ; sont parents ceux qui partagent une « identité commune » (Barry, 2008). La parentalité est alors un ensemble de significations et de symboles qui varient selon les cultures. Le concept de travail parental met lui l'accent sur le processus de réalisation (planification et exécution) des tâches, sur la dimension matérielle de la condition parentale qui n'est pas analysée comme un état majoritairement dû au lien biogénétique entre parent et enfant naturel comme on le présuppose parfois. Notamment, les analyses qui tendent le plus à essentialiser la relation entre parent et enfant supposent une continuité entre la grossesse et les premiers soins prodigués à l'enfant qui serait le produit de la transformation naturelle du lien psychophysiologique développé pendant la grossesse. Ce que tendent à récuser les recherches sur la construction du lien entre parents et enfants adoptés (Zonabend, 2007) ou dans les familles recomposées (Cherlin, 1978) au sein desquelles la « trame parentale » apparaît comme une somme d'activités de prise en charge ainsi qu'un travail sociocognitif de définition de sa place dans la famille et des attributions qui en découlent.

Condition supposée de la réussite scolaire, sociale et personnelle des enfants, le travail parental implique des arbitrages et des priorisations sans cesse revisités au long de la « carrière parentale ». Ce travail évolue en fonction de facteurs matériels et selon les investissements déjà réalisés (Cresson, 2011). Si le travail parental peut être considéré comme un « métier » c'est aussi parce qu'il fait l'objet de discours normatifs sur la « responsabilité parentale » de sécurité publique. Déclinés en « savoir-faire », « devoir être », fonctions et compétences, le travail parental est encadré par une « police des familles » (Donzelot, 1977). Des institutions, des groupes et des individus (en raison d'une qualité professionnelle particulière, d'une expertise ou du lien qu'ils entretiennent avec les parents) prescrivent aux parents des manières « correctes » d'élever leur enfant. L'impératif de résultats semble une caractéristique clé qui disparaît lorsque le travail parental est pris en charge par une autre personne que les parents. Analyser les pratiques parentales en matière de puériculture comme un travail implique de tenir compte des effets de la division de ce travail de puériculture, d'une part, entre parents et professionnels de santé et, d'autre part, entre les parents au sein du foyer. Dans une certaine mesure le travail parental est proche du travail scolaire, auquel il fait généralement suite (Méron & Widmer, 2002 ; Robert-Bobée et *al.*, 2006 ; Davie & Mazuy, 2010). En effet, les parents, notamment les primipares, sont en situation d'apprenants face à des institutions et des individus disposant, d'une part, d'un certain pouvoir de sanction bien qu'essentiellement symbolique et, d'autre part, d'une expertise légitime et d'une expérience de l'accompagnement des parents dans leur travail de puériculture. En ce sens, la conduite de la diversification alimentaire, comme dimension particulière du travail parental, est justiciable d'une analyse dans les termes de la sociologie de la culture telle qu'elle s'est développée à la suite des recherches de Pierre Bourdieu et Jean-Claude Passeron (Bourdieu & Passeron, 1964 ; 1970 ; Bourdieu, 1979a).

Question de recherche

La question qui structure l'ensemble de cette recherche peut s'énoncer simplement : comment s'articulent les déterminants sociaux de l'alimentation dans la prime enfance ? En contribuant à l'explicitation des mécanismes de formation des « goûts de classe », cette question renvoie directement aux conditions de la distribution sociale des pratiques alimentaires et de manière plus générale à la stratification des pratiques culturelles. Par ailleurs, la mise en rapport des conditions de production et de diffusion des recommandations

en matière de diversification alimentaire avec les pratiques concrètes des parents renseigne les conditions sociales d'efficacité des dispositifs d'encadrement des conduites de vie, telles les politiques de santé publique. Outre les enjeux sociologiques que ce questionnement recouvre, l'étude des déterminants sociaux de l'alimentation dans la prime enfance peut contribuer à éclairer les conditions des inégalités de santé observées dès l'école maternelle (Saint Pol et *al.*, 2015) qui sont en grande partie liées aux habitudes alimentaires (Saint Pol, 2011).

Afin de traiter cette problématique générale, nous étudions successivement les conditions de production et de médiatisation des recommandations en matière de diversification alimentaire (Partie I), les conditions sociales de conformité à ces recommandations (Partie II), puis enfin, nous explorons les déterminants sociaux de la construction des premiers répertoires alimentaires dans la prime enfance (Partie III). Une analyse simultanée de l'ensemble des termes expliquant la diffusion d'une culture spécifique est finalement assez rare. La perspective que nous adoptons dans cette recherche consiste à mettre en rapport, d'une part, les espaces sociaux dans lesquels les recommandations en matière de diversification alimentaire sont élaborées et médiatisées avec, d'autre part, les consommations alimentaires des enfants de l'Étude longitudinale française depuis l'enfance lors de leur première année. La suite de cette introduction présente les principaux apports des recherches qui ont explicitées les conditions sociohistoriques de l'accroissement de l'emprise de la médecine sur les activités quotidiennes ainsi que les mécanismes par lesquels ce type de culture savante se diffuse aux populations.

Biopouvoir et biopolitique

Comme le souligne Didier Fassin (2006), l'intérêt que Michel Foucault a porté au gouvernement des corps et des populations a ouvert la voie aux recherches sur la médicalisation (Pinell, 1991 ; Conrad, 1992), sur la psychologisation (Castel, 1981 ; Rose, 1989), ainsi que sur l'administration des risques (Ewald, 1986 ; Beck, 1992 ; Peretti-Watel, 2000) et la gestion des pauvres (Donzelot, 1984 ; Dean, 1991). Dans le cadre d'une recherche sur les conditions de production et de diffusion de la puériculture, l'intérêt d'une explicitation succincte des analyses de Michel Foucault concernant le gouvernement des conduites de vie est double. Premièrement, une telle synthèse permet d'apercevoir les conditions sociohistoriques de formation et de transformation des institutions qui encadrent aujourd'hui

le travail parental. Secondement, la mise en rapport des analyses *foucaaldiennes* avec la théorie des champs de Pierre Bourdieu (1971 ; 1976 ; 1981 ; 1993) ainsi qu'avec celle de la reproduction développée par Pierre Bourdieu et Jean-Claude Passeron (1970) permet, d'une part, de se soustraire à une définition homogénéisant artificiellement des espaces de production des techniques de gouvernement et, d'autre part, d'interroger les conditions sociales de l'efficacité de l'encadrement des conduites de vie. Notamment, la restitution des rapports de force dans le champ médical explique en partie des conduites en apparence non-conformes aux normes de santé mais qui relèvent d'un véritable souci de prévention.

Selon M. Foucault, le pouvoir n'est pas détenu et n'a pas d'essence, « il est opératoire, il s'applique en s'exerçant » (Foucault, 1984). Il est toutefois généralement envisagé dans son œuvre comme une prérogative de l'État. Il y a là un premier point de convergence avec Pierre Bourdieu : « L'État est [une entité dont la nature reste] à définir qui revendique avec succès le monopole de la violence physique sur un territoire déterminé et sur l'ensemble de la population correspondante » (Bourdieu, 1993). Selon Bourdieu, l'État constitue l'aboutissement d'un « processus de concentration des différentes espèces de capital », capital de force physique, c'est-à-dire d'instruments de coercition (armée, police) mais aussi capital culturel et capital symbolique. Cette concentration de capitaux donne à l'État le monopole d'un « méta-capital » qui permet de modifier la répartition des autres espèces de capital entre leurs détenteurs. La construction de l'État est alors inséparable du champ du pouvoir qui est l'espace des luttes matérielles et symboliques pour le pouvoir sur l'État (Bourdieu, 1993). Si l'État exerce un pouvoir sur les différents capitaux et leurs détenteurs, la forme que prend l'exercice de ce pouvoir est fonction des luttes entre les détenteurs des différents capitaux. Le champ politique, lieu par excellence de l'exercice du pouvoir, « n'est pas un empire dans un empire », les effets des « nécessités externes s'y font sentir » (Bourdieu, 1981). Comme l'illustrent les tensions concernant la réforme de la sécurité sociale (Duval, 2002), les politiques publiques sont soumises à des contraintes conjoncturelles tels l'état de la distribution des ressources dans la population ainsi que le traitement médiatique de certains problèmes d'ordre public.

Le libéralisme comme rationalité de gouvernement repose sur le « laisser-faire » formel. Par conséquent, des dispositifs de contrôle, de surveillance, des politiques sécuritaires sont nécessaires à l'encadrement des pratiques et des attitudes d'individus légalement libres de leurs mouvements et d'une part de leurs pratiques. Le « biopouvoir » constitue la condition de

ce type de « dispositif sécuritaire ». Pour M. Foucault, le pouvoir prend la forme d'un droit de vie ou de mort sur les administrés (du roi sur ses sujets, par exemple) (Foucault, 1997 ; Zarka, 2000). Ce « *thanato-pouvoir* » (Ruelle, 2005) est initialement un pouvoir de mort, un pouvoir d'interruption de la vie. Dans cette perspective, le pouvoir est un « droit de prise », de prélèvement, d'extorsion. Or depuis la période classique en occident, l'exercice du pouvoir est davantage gestionnaire. Il s'est doté de fonctions nouvelles d'incitation, de renforcement, d'organisation et de production. Le pouvoir consiste alors plus à contrôler la vie qu'à l'empêcher (Beaulieu, 2005). Dès lors, « la vie, la maladie et la mort constituent une trinité technique et conceptuelle » (Foucault, 1976). Ce nouveau mode d'exercice du pouvoir sur la vie afin de l'administrer, de la « gérer » correspond à l'entrée de la vie dans le champ des techniques politiques. Ainsi apparaît le « biopouvoir » (Foucault, 1976).

À partir de ce concept de biopouvoir, Foucault développe un modèle de la « *gouvernementalité* » (Bonnafous-Boucher, 2001) qu'il résume ainsi : « la politique, c'est la guerre continuée par d'autres moyens » (Foucault, 1994). Le nouveau pouvoir qui consiste à « faire vivre et laisser mourir » plus que « faire mourir et laisser vivre », comme avant la période classique, s'articule autour de la notion de population. D'un gouvernement des corps, au moyen de techniques de surveillance et de répression, on passe à un gouvernement de la vie et par extension des conduites de vie. L'attention se déplace de l'« homme-corps » à l'« homme-espèce » (Blanchette, 2006). Cette prise en compte de la masse entraîne une nouvelle somme de préoccupations au niveau des gouvernants. Les taux de natalité, de fécondité, de mortalité mais aussi d'accroissement et d'activité, toutes choses impliquant des enjeux économiques, démographiques et susceptibles d'une mesure statistique, deviennent objets d'un fort intérêt de la part des gouvernements. L'émergence de la population comme catégorie de l'action politique – main d'œuvre, force productive, richesse soumise à des phénomènes spécifiques – est à l'origine de nouvelles techniques de gouvernement, telles les politiques éducatives, les politiques de santé, ainsi que de ce que l'on nomme l'« État providence » (Ewald, 1986 ; Jeanpierre, 2005).

Selon Foucault, le libéralisme serait « la forme de rationalité propre aux dispositifs de régulation biopolitique » (1994). Le terme dispositif renvoie ici aux dits et aux non-dits, aux discours, aux lois, aux règlements, aux énoncés scientifiques ainsi qu'aux institutions (Deleuze, 1989). Dans cette perspective, un dispositif sécuritaire comporte quatre dimensions : l'espace ; le traitement de l'aléa par des régulations ; la normalisation propre à la

sécurité ; le lien entre sécurité et population. En s'appuyant sur l'exemple des politiques d'urbanisme – d'organisation de la structure des villes – Foucault (2004) montre comment les pouvoirs publics ont favorisé la circulation de certaines denrées alimentaires – notamment, en permettant la fixation des prix selon des mécanismes de confrontation de l'offre et de la demande – afin de limiter les épisodes de « disette », de pénurie alimentaire, dans le but de sauvegarder la population au détriment des plus pauvres (Cohen, 2005). Les biopolitiques, quand elles se déploient de cette manière, s'appuient sur des mécanismes de marché dans une logique libérale qui légitime et créent les conditions de l'expansion du marché libre-échangiste¹. Finalement, l'entrée de la vie dans l'histoire correspond à l'essor du capitalisme (Lazzarato, 2000).

Afin d'illustrer le concept de « normalisation sécuritaire », Foucault (2004) retient le cas du traitement de la variole. Il montre comment les pouvoirs publics sont passés d'une normalisation disciplinaire – qui opérait par définition puis séparation du normal et de l'anormal – à une normalisation déterminée selon des populations médicalisées. Avant le XVIII^e siècle, les épidémies de variole étaient endiguées en isolant les zones des villes les plus touchées, parfois en provoquant des incendies de sorte à créer des vides sanitaires. Par la suite, le traitement de la variole passe par des campagnes d'inoculation puis, à partir de 1800, par le recours à une vaccination massive et généralisée des populations. La prévention remplaçant ainsi progressivement la curation (et la quarantaine), se développent les premières formes de la « médecine sociale » (Fassin, 2005). L'émergence de la notion de cas (Delumeau, 1978) implique le détachement des maladies des lieux où elles émergent pour les associer à des risques modulés par l'âge, le métier ou toute caractéristique jugée pertinente. La maladie devient un phénomène de population que l'on peut dans une certaine mesure anticiper au moyen d'une médecine socio-préventive (Blanchette, 2006). Le normal n'est plus défini *a priori* mais déduit du probable. Les phénomènes spécifiques à la population sont dès lors perçus comme des phénomènes naturels dont l'évolution ne peut pas être décidée directement par la loi mais qui peuvent être prédits et orientés.

La biopolitique coordonne ainsi des forces dont elle n'est pas la source. Selon Foucault (1994), « la résistance vient en premier et elle reste supérieure à toutes les forces du processus ; elle oblige, sous son effet, les rapports de pouvoir à changer ». À la différence de

¹ Ce type de marché ne prend pas automatiquement et naturellement la forme d'un marché de concurrence pure et parfaite (Steiner, 2005 ; Garcia-Parpet, 2008).

l'exercice de la force, de la contrainte physique, la relation de pouvoir autorise la fuite ou toute autre conduite alternative permettant de s'y soustraire. Elle diffère en cela de la relation de domination dont l'état est stabilisé dans les institutions (Foucault, 1984). Se placent alors entre les relations de pouvoir et les états de domination des « technologies gouvernementales » qui sont des moyens de constituer, définir, organiser et instrumentaliser les relations de pouvoirs entre les individus (Foucault, 1994). Les relations de pouvoir peuvent alors être analysées comme des formes transitoires vers des états de domination, c'est-à-dire des relations qui ne sont pas totalement institutionnalisées. Leur étude permet d'explicitier les conditions de la conformité à un modèle normatif². En ce sens, la question de l'effet des relations de pouvoir sur les conduites de vie rejoint celle du rendement de la communication pédagogique introduite par Bourdieu & Passeron (1970) qui est explicitée *infra*.

Parmi les instruments qui concourent à l'encadrement des conduites de vie, l'action pédagogique est sans doute l'un des plus puissants et les plus couramment usité par les pouvoirs publics. Notamment en matière de politique de santé, les campagnes d'information et de prévention se sont multipliées dans la seconde moitié du XX^e siècle. Selon Bourdieu et Passeron (1970), l'action pédagogique « qui ne se réduit jamais par définition à l'imposition de la force [ce qui la rapproche des relations de pouvoir selon la définition qu'en donne Michel Foucault] ne peut produire son effet propre, i.e. proprement symbolique, que pour autant qu'elle s'exerce dans un rapport de communication » (Bourdieu & Passeron, 1970, p.20). Cette notion d'action pédagogique nous paraît essentielle à la compréhension des conditions de la médicalisation de la société dont l'encadrement de la diversification alimentaire des enfants relève.

Les prémices de la médicalisation de la société

La médecine d'État apparaît en Allemagne au XVIII^e siècle (Foucault, 1974). À cette période les grands états européens évaluent les forces actives de leur population. Ainsi, en France se développent les statistiques de natalité et de mortalité. En Angleterre, apparaissent les premiers grands recensements. Cependant, L'évaluation du niveau de santé de la population au moyen des tables de mortalité n'est pas encore suivie de mesures de santé

² Bien que chez Foucault la focale se place sur les stratégies et les techniques mises en œuvre par les gouvernants et leurs auxiliaires pour orienter la conduite des populations visées.

publique. En revanche, dans le territoire qui constitue l'actuelle Allemagne, est mise en place une « police médicale » qui implique un système d'observation de la morbidité, une normalisation de l'enseignement médical, un organe administratif de contrôle de l'activité des médecins et la création de fonctionnaires médicaux. Le médecin comme administrateur de santé apparaît ainsi en Prusse à cette époque. Les autres médecines sociales du XVIII^e et du XIX^e siècle peuvent être vues comme des déclinaisons de ce modèle (Rosen, 1959).

La médecine sociale française, apparue à la fin du XVIII^e siècle, est liée à l'urbanisation. Les conditions de vie dans les grandes villes, telle Paris, conduisaient fréquemment à des épidémies ainsi qu'à des troubles politiques. Le modèle de la quarantaine – comme plan d'urgence en cas de peste ou de maladie épidémique impliquant l'assignation à résidence, le quadrillage de la ville et le placement de chaque zone sous la surveillance d'un chef de district – inspira l'hygiène publique (Foucault, 1974). Les objectifs initiaux de la médecine urbaine étaient d'étudier les lieux d'accumulation et d'amoncellement de déchets, les lieux qui engendraient et diffusaient des phénomènes épidémiques, tels les cimetières et les abattoirs qui furent déplacés en périphérie de la ville. En outre, la médecine urbaine avait en charge le contrôle de la circulation de l'eau et de l'air (Foucault, 1974). La notion de salubrité apparaît avec le développement de la médecine urbaine, qui est d'abord une médecine des choses, de l'eau, de l'air puis des relations entre le milieu et l'organisme. Le concept d'hygiène publique, comme technique de contrôle et de modification des éléments du milieu pouvant favoriser la santé ou lui nuire, apparaît à ce moment. En dépit des conflits entre les différents modèles théoriques de diffusion des maladies infectieuses, les hygiénistes ont suscité la mise en place de mesures collectives d'assainissement des villes (Bourdelaï, 2003). Au XIX^e siècle, l'hygiène publique remplace la médecine sociale (Csergo, 1988). A ce moment, l'hygiène ne concerne pas encore les conduites de vie dans leur dimension individuelle et domestique.

Aussi s'agissant du traitement réservé aux individus, les pauvres des villes n'ont, dans un premier temps, pas été traités comme les ossuaires ou les abattoirs et déplacés. Ils étaient trop peu nombreux pour être perçus comme une menace sanitaire et participaient activement à la vie urbaine en accomplissant les tâches de nettoyage, d'élimination des déchets, de transport de l'eau et d'acheminement du courrier. Toutefois, à partir du premier tiers du XIX^e siècle, la perception que les pouvoirs publics ont des pauvres évoluent. Plus nombreux dans les villes et susceptibles de participer à des révoltes, ils constituent désormais une menace au plan politique. Par ailleurs, certaines des fonctions qu'ils remplissaient sont à ce moment assurées

autrement et plus efficacement (cette période correspond notamment à la naissance du système postal). L'épidémie de choléra de 1832 cristallise les dangers sanitaires que représentent les plus démunis (Foucault, 1974). Les espaces urbains furent alors divisés en quartiers séparant les plus riches des pauvres mais aucune mesure concernant la santé des plus pauvres ne fut prise. Dans le même temps, en Angleterre, l'intensité du développement industriel a engendré un vaste prolétariat. La « loi des pauvres » y implique un contrôle médical des « nécessiteux » qui bénéficient de l'assistance publique (Vinokur, 1996). Le développement des entreprises de conservation de la population et de préservation de sa santé est aussi lié au développement de l'industrie ayant intérêt à une main d'œuvre efficace (Rosen, 1959). L'assistance médicale fiscalisée permettait de maintenir les fractions les plus pauvres de la population dans un état de santé suffisant afin d'assurer le maintien de l'ordre social, la sécurité sanitaire des classes supérieures (en limitant les risques d'épidémies) et la conservation de la force de travail. Les intérêts objectifs des classes dominantes au maintien *a minima* de la santé de l'ensemble de la population sont, ici, particulièrement visibles.

Cette législation médicale a été complétée par des services organisant le contrôle médical de la population (tenue du registre des épidémies, localisation et destruction éventuelle des foyers d'insalubrité puis contrôle de la vaccination). Cette forme de contrôle médical était l'occasion d'un contrôle des classes populaires. Il n'est alors pas surprenant que les médecines ainsi organisées aient suscité des résistances, parfois violentes, de la part des populations pauvres (Foucault, 1974). Les résistances à l'ingérence des pouvoirs publics dans la vie quotidienne et le rapport de confiance que les individus entretiennent aux autorités médicales déterminent aujourd'hui encore les effets des politiques de santé (Peretti-Watel & Verger, 2015). La médicalisation de la vie quotidienne s'appuie largement sur la notion de risque qui opère le passage du collectif à l'individu au travers des conduites à risques (Peretti-Watel, 2004).

L'émergence de la notion de risque

Le risque est la conséquence aléatoire d'une situation perçue sous l'angle d'une menace, d'un dommage potentiel (Le Breton, 2012). Le risque est une incertitude quantifiée (Knight, 1964). En ce sens, il est une mesure de l'incertitude dont il diffère car l'incertitude seule renvoie à une absence radicale de connaissances sur une situation. Le risque diffère également du péril en ce que les individus ont, ou pensent avoir, une certaine prise sur le risque. Ils

peuvent tenter de le diminuer en développant ou limitant certaines pratiques (Le Breton, 2012), ils peuvent réduire leur consommation d'alcool, par exemple. Les sociétés contemporaines seraient caractérisées par un niveau élevé de lucidité face à l'anticipation des dangers (Beck, 1992a). Un certain nombre d'évènements historiques relativement récents, telles les « catastrophes nucléaires », ainsi que leur traitement médiatique ont amené les populations à associer progrès techniques, technologies et dommage ou destruction potentiel (Jaspers & Hersch, 1958 ; Jonas, 1990 ; Anders & David, 2002). Il en résulte pour certaines catégories de la population une perte de confiance envers les sciences et techniques.

Les définitions collectives du risque varient d'une époque à une autre, selon les sociétés et selon les groupes sociaux. Les conditions concrètes d'existence des populations déterminent leurs définitions du risque. Ainsi, en passant d'une situation de pénurie alimentaire à une situation d'abondance (Bruegel, 2009) les risques perçus par les individus se transforment ; de la crainte de la famine à celle du gaspillage ou, dans un autre registre, du risque d'inaccessibilité aux médicaments à l'appréhension de leurs effets secondaires.

Les sociétés traditionnelles mettaient déjà en place, empiriquement, des moyens de défense face aux dangers (épidémies, famines, incendies) qui incluaient souvent le recours à des instruments d'ordre théologique comme les prières et les processions. Les individus qui peuplaient ces sociétés n'étaient donc pas passifs face au danger mais l'imputaient volontiers à des forces mystiques qui les dépassaient³. Ce type d'attitudes se rencontre encore dans les sociétés contemporaines, chez certains groupes sociaux, s'agissant de problématiques spécifiques. La notion de risque émerge lorsque les évènements (notamment, les évènements indésirables) cessent d'être analysés d'un point de vue théologique ou métaphysique pour l'être d'un point de vue circonstancié. En même temps qu'il se laïcise le risque s'individualise et les croyances religieuses tendent à être remplacées par la réflexivité des individus⁴. Le

³ Dans son *Cours de philosophie positive*, Auguste Comte (1852) propose une théorie supposée décrire « l'entière évolution intellectuelle de l'humanité ». Il dégage une « loi » de l'évolution des sociétés qui passeraient successivement d'un « état théologique » où les faits sont interprétés comme relevant de phénomènes surnaturels de droit divin, un « état métaphysique » où l'ordre des connaissances repose sur l'hypothèse de l'existence de forces immanentes et en partie insaisissables, et enfin un « état positif » caractérisé par l'abandon provisoire de la recherche des causes au profit de celle des « lois naturelles ». Selon lui, « le véritable esprit positif consiste surtout à voir pour prévoir, à étudier ce qui est afin d'en conclure ce qui sera » (Comte, 1852). L'évolution historique du rapport au risque des différentes sociétés paraît suivre une progression analogue.

⁴ Max Weber (1919) impute à la spécialisation (notamment la spécialisation scientifique), conséquence au niveau individuel de l'accroissement de la division du travail, la rationalisation (ou « intellectualisation ») de l'activité sociale qui procure une plus grande maîtrise des conditions de vie, c'est-à-dire que les individus ayant une meilleure connaissance de leurs propres activités développent l'idée « qu'à chaque instant [ils pourraient se] prouver qu'il n'existe en principe aucune puissance mystérieuse et imprévisible qui interfère dans le cours de la vie ; bref [qu'ils peuvent] maîtriser toute chose par la prévision ».

début de la Renaissance est marqué par de profondes transformations économiques. Notamment, la propriété s'individualise. L'affaiblissement du pouvoir de l'église s'accompagne de la recherche d'autres formes de sécurité (Ewald, 1986 ; Bernstein, 1996).

Comme l'illustre le cas du développement des assurances maritimes (Delumeau, 1989), le développement du capitalisme a fortement contribué au chiffrage du risque (Febvre, 1956). L'assurance individuelle est une pratique qui tend à se généraliser dès le début du XVIII^e siècle, en Angleterre. Les français commencent plus tardivement, après la révolution de 1789, à contracter des assurances, des assurances-vie principalement (Ewald, 1986 ; Delumeau, 1989). Les notions juridiques de « responsabilité » et de « responsable » apparaissent en France comme en Angleterre à la fin du XVIII^e siècle. Dans les dernières décennies du XIX^e siècle, en France, la législation consacre le risque au travail. Après une loi sur l'hygiène et la sécurité des travailleurs de l'industrie en 1893, une loi sur les accidents au travail et leur réparation est votée en 1898 (Le Breton, 2012). Le risque devient ainsi compatible avec l'industrialisation. Les premières statistiques industrielles permettent de calculer, de prévoir le risque au travail afin de l'assurer (Ewald, 1986). Les assurances constituent, convertissent, de plus en plus d'activités sociales en risques assurables et le risque devient une catégorie de l'entendement commun. Après la seconde guerre mondiale, en France, la législation impose des systèmes de protection contre les « machines dangereuses ». L'institution de la sécurité sociale parachève alors le dispositif de santé publique.

Le risque est socialement construit et sa perception diffère selon les institutions, les groupes et les individus (Adam et *al.*, 2000). Les différentes formes d'organisation sociale développent des logiques spécifiques d'identification du risque ainsi que des attitudes différentes aux risques (Adams, 1995). Le traitement politique et médiatique des catastrophes naturelles et des accidents industriels alimente la diffusion de la notion de risque au détriment de celle de destin (Giddens, 1994). Toutefois, l'appréhension du risque ne peut pas être comprise en termes de cognition uniquement. L'identification des risques renvoie à des modes de vie et des valeurs culturellement variables et socialement différenciés. La perception collective du risque procède d'un « accord sur ce qui fait peur » (Douglas & Wildavsky, 1983).

Le risque est généralement un objet d'expertise. Sa mesure est souvent difficilement objectivable en raison de débats techniques, de déplacement de l'attention aux différentes

dimensions du risque possiblement associés à des intérêts politiques, économiques et sociaux (Heimer, 1988). Les sociétés contemporaines sont perçues par les individus qui les peuplent comme plus dangereuses qu'auparavant (Beck, 1992a). Le risque s'étend au domaine alimentaire au fur et à mesure des crises sanitaires (Balandier, 2001 ; Régnier et *al.*, 2006). Le principe de précaution – notion originellement juridique – traduit de nouvelles perceptions du progrès scientifique et technique qui pourrait désormais avoir des conséquences écologiques et sociales non-désirées et néfastes aux populations. L'emploi des technologies dans une optique de rentabilisation des investissements économiques accroît la méfiance d'une part de la population à l'égard du progrès technique. Dans la mesure où le principe de précaution définit les conditions de surveillance du développement de la recherche scientifique ou du déploiement des technologies, notamment s'agissant de leurs conséquences potentielles, il serait une « condition de l'acceptabilité sociale du risque (Ewald et *al.*, 2008).

La prévention est le pendant sanitaire de la précaution. Les campagnes de prévention individualisent la responsabilité et tendent à stigmatiser les pratiques et consommations à risques (Crawford, 1977). L'étiquetage de certaines conduites à risques peut aussi être associé à des intérêts économiques et industriels. L'identification de pathologies liées aux déséquilibres alimentaires ainsi que les crises alimentaires (Torny, 2005) ont amené les pouvoirs publics ainsi que les professionnels de la filière agroalimentaire à porter une attention particulière à la question de la nutrition (Gomez, 2008). L'amélioration des conditions d'existence, de la sécurité alimentaire notamment, a pour corollaire l'abaissement des seuils d'acceptation des risques (Peretti-Watel, 2001). L'acceptabilité des risques seraient encore plus faible s'agissant des pratiques qui concernent les enfants. Les enfants sont au cœur des préoccupations des sociétés et des familles dans la plupart des pays développés (Singly, 2007). Les parents peuvent se montrer particulièrement attentifs à l'alimentation de leur enfant en raison du lien qu'ils supposent avec son développement psychomoteur (Le Heuzet, 2002). Par ailleurs, les parents confèrent à l'alimentation de leur enfant une dimension de santé mais également de transmission du patrimoine culturel et de marqueur affectif (Chiva, 1979). Certains auteurs affirment que pour une mère « donner à manger à son enfant, c'est continuer à lui donner la vie » (Chiva, 1996). L'alimentation infantile est alors au risque de la santé mais également de la construction de l'individu. La consommation alimentaire des nourrissons est généralement au « centre de l'attention des parents et autres donneurs de soins ainsi qu'une source d'interactions sociales » (Liu & Stein, 2005).

Le développement de la médicalisation de l'enfance

La mortalité infantile a sensiblement reculé à partir de 1750 (Morel, 1989). Le rôle de la médecine dans cette évolution est parfois contesté (Illich, 1975 ; McKeown, 1976) ou nuancé (Rollet, 1990). D'autres recherches à l'inverse voient une influence importante de la médecine dans la transformation des habitudes de pensée (Léonard, 1978). Cette période (de la seconde moitié du XVIII^e au début du XX^e siècle) est marquée par un regain d'intérêt important de la part de la médecine pour la petite enfance, domaine jusqu'alors réservé aux femmes, mères et nourrices dont les compétences en la matière relèvent de la transmission familiale. La redéfinition continue, de ce moment à nos jours, par les instances médicales, des manières appropriées de prendre soin des petits enfants, peut s'analyser comme un travail d'imposition d'un arbitraire culturel, c'est-à-dire d'un ensemble d'éléments constitutifs d'une culture savante élaborée majoritairement indépendamment des profanes (dans ce cas, les parents) et qui leur est imposée par des institutions disposant d'un certain pouvoir de sanction (Bourdieu & Passeron, 1970).

Au XVIII^e siècle en Europe, la prégnance des questions démographiques, notamment le recensement des ressources humaines (Hecht, 1980) amène les gouvernants à solliciter les médecins concernant la sauvegarde de la santé des enfants et de leurs mères. Apparaît une littérature abondante sur les soins dans la prime enfance (Morel, 1976). Par suite, la période qui s'étend de 1880 à 1914 est marquée par un recul important du taux de mortalité infantile qui coïncide avec un intérêt redoublé, de la part des médecins, pour la petite enfance (Poulain & Tabutin, 1979 ; Morel, 1989). Ce sont d'abord les pratiques des « matrones » qui sont dénoncées par les médecins. Notamment le recours trop fréquent à la « force physique » au moment de l'accouchement causerait des blessures irrémédiables aux enfants, voire précipiterait leur décès (Gélis, 1984 ; 1988). De manière relativement nouvelle, la promotion de l'allaitement maternel est appuyée par des arguments médicaux (Fildes, 1986). Les premières règles d'hygiène concernant le bain des enfants sont énoncées à cette époque.

Cette médicalisation de la prime enfance passe par la formation de sages-femmes qui prennent en charge les accouchements et conseillent les mères lors des premiers mois de l'enfant (Gélis, 1988). Des chirurgiens inspectent le travail des nourrices autour des grandes villes à partir de 1760 (Morel, 1976). À la suite de la création de la Société Royale de Médecine en 1776, un certain nombre de progrès dans l'identification des maladies infantiles

sont effectués, bien que les traitements évoluent peu (Morel, 1987) et restent relativement violents selon les critères contemporains (saignées et administration de vomitifs). Les résistances parentales aux pratiques de la médecine officielle sont courantes dans la plupart des familles, y compris chez les catégories supérieures de la population, au sein desquelles se transmettent toujours des savoirs de puériculture traditionnels (Loux, 1978 ; Bercé, 1984). Ainsi, la mise en place du dispositif d'encadrement du travail parental prend d'abord la forme de la constitution d'un réseau d'intermédiaires en charge d'inculquer la culture médicale aux mères de jeunes enfants.

Pendant le XIX^e siècle, peu d'évolutions de la puériculture sont observées. En revanche, apparaît la figure du médecin de famille. De plus, avec les progrès de l'alphabétisation, les manuels de puériculture deviennent accessibles à une plus large part de la population, les familles bourgeoises s'y réfèrent plus fréquemment. Cette médicalisation différenciée des soins aux enfants entraîne une modification des modes de garde. Les nourrices employées par les familles bourgeoises vivent désormais avec la famille et leur travail est soumis au contrôle des parents et du médecin de famille (Faÿ-Sallois, 1980). L'élevage des enfants se professionnalise. Le développement d'un certain esprit hygiéniste promu par les médecins – qui, avant les découvertes de Pasteur, est davantage un instrument de légitimation d'une position d'expert qu'une technique éprouvée de limitation de la propagation des maladies – contribue à engendrer un accroissement de la demande de soins médicaux (Faure, 1984 ; Morel, 1989). Les grandes campagnes de vaccination contre la variole sont pour une part importante de la population un premier contact avec la médecine. Malgré des résistances, ces campagnes ont permis une forme d'acculturation à la culture médicale ainsi qu'aux médecins, officiers de santé⁵ et sages-femmes (Morel, 1989). La mise en rapport de l'évolution du dispositif d'encadrement du travail parental, notamment le développement de supports écrits de puériculture, avec l'évolution – socialement située – des attitudes des familles à l'égard de la culture médicale montre que les intermédiaires, les points de contact, entre une culture savante et ses destinataires déterminent les possibilités de diffusion de cette culture.

La diminution la plus nette de la mortalité infantile intervient dans les années 1890. Elle est concomitante de la vulgarisation des techniques de l'hygiène pasteurienne et de la mise au point des premiers vaccins. Le contexte sociopolitique européen, de montée des nationalismes

⁵ Des individus qui exerçaient la profession médicale sans le titre de docteur en médecine mais dont la pratique avait été validée par un jury.

à la suite de la guerre franco-prussienne de 1870, amène de nouveau les pouvoirs publics à faire des questions de population une priorité. L'encadrement de la puériculture domestique s'intensifie. Les découvertes scientifiques relatives à l'asepsie et à l'antisepsie qui rendent médicalement possible l'allaitement au lait de vache – utilisation de lait bouilli coupé à l'eau bouillie, stérilisation des biberons – jusque-là très meurtrier (Rollet, 1984) se combinent à la généralisation des techniques d'hygiène, comme le lavage plus fréquent des mains (Boltanski, 1969). La meilleure maîtrise des causes de la mortalité infantile par les médecins à cette période engendre une intensification de la promotion des techniques de puériculture médicalisée auprès des mères et des nourrices qui va de pair avec leur responsabilisation et la condamnation morale de leurs manquements aux règles médicales.

Afin d'atteindre les populations qui connaissent la mortalité infantile la plus élevée – notamment, le prolétariat des villes – les pouvoirs publics prennent une série de mesures. La puériculture est incluse dans l'enseignement ménager dispensé à l'école primaire, sont organisées des consultations gratuites pour les nourrissons ainsi que des distributions de lait stérilisé (Sussman, 1982 ; Rollet, 1990). La ligue contre la mortalité infantile précise et diffuse au moyen de brochures, d'affiches, d'articles de journaux, les directives nécessaires à la prévention et à la guérison des maladies des petits enfants (Morel, 1989). La réception des recommandations de puériculture procédait souvent d'une sorte de « bricolage culturel » (Loux, 1975 ; Boltanski, 1989), elle donnait lieu à des réappropriations, les mères ne suivant que rarement les recommandations de la puériculture médicale à la lettre. Dans les années 1880, les médecins en charge de l'inspection du travail des nourrices en milieu rural notaient une tendance relativement généralisée à additionner le lait donné aux enfants de diverses substances (vin, cidre, chicorée) (Rollet, 1983). Le développement de la médecine gratuite a été un facteur important de l'évolution de la médicalisation à la fin du XIX^e siècle (Faure, 1984).

Entre 1750 et 1914, la médicalisation de la naissance et de la prime enfance est accentuée par le développement conjoint de la protection sociale et de la scolarisation. Du côté de la production, les progrès techniques et l'institutionnalisation de la puériculture médicale sont dus aux préoccupations populationnistes des pouvoirs publics dans un contexte politique tendu en Europe de l'ouest. Du côté de la réception, les progrès de l'alphabétisation, le développement du réseau des professionnels de santé intervenant auprès des familles ainsi que

l'apparition de nouveaux supports de puériculture ont favorisé la diffusion des recommandations médicales.

Formes contemporaines de la médicalisation et principe de prévention

La santé publique, dans sa forme contemporaine, peut être définie comme « une approche collective et administrative des problèmes de santé des populations sous ses aspects politiques, économiques, réglementaires, institutionnels » (Tessier et *al.*, 1996, p.29). Faire la genèse de la santé publique montre qu'elle ne fait intervenir l'éducation qu'en dernier ressort (Klein, 2011). Comme évoqué *supra*, l'hygiène publique consiste d'abord en une gestion des conditions de vie des populations dans leur milieu en s'intéressant peu aux conduites de vie individuelles (Barroux, 2008). Ce modèle rencontre ses limites au cours du XIX^e siècle (Delaporte, 1990). L'hygiène comme mode de vie se répand d'abord parmi les élites sociales au moyen des traités de vulgarisation médicaux puis bien plus lentement auprès du reste de la population. Au cours de la seconde moitié du XIX^e siècle, les recommandations médicales sont déjà diffusées au moyen de tracts, brochures, affiches et campagnes de presse. Cependant, l'impact de ces médias reste faible (Klein, 2011). L'école devient alors un espace privilégié d'inculcation des préceptes hygiénistes. Les instituteurs sont intégrés dès la fin du XIX^e siècle au dispositif d'hygiène publique (Parayre, 2009), la notion d'éducation sanitaire se précise.

L'éducation sanitaire met la gestion individuelle des corps (la discipline caractéristique du biopouvoir) au service de l'accroissement et de la régulation de la vie des populations. La santé publique a ainsi parfois été dénoncée comme une entreprise de normalisation des existences individuelles au profit de la population à laquelle elles appartiennent (Illich, 1975 ; Massé & Saint-Arnaud, 2003). La santé publique s'est progressivement constituée comme une « culture à part entière » que chacun doit adopter afin de favoriser sa santé et celle du reste de la population dont il est issu (Klein, 2011). Ce phénomène est parfois dénommé « médicalisation » (Pinell, 1998) ou « *healthism* » (Crawford, 1980).

A partir des années 1950, les cancers ainsi que les maladies cardio-vasculaires concentrent l'attention des instances médicales. L'éradication de ces maladies implique, selon les instances médicales, un changement de style de vie de la part des populations. Notamment, les

individus sont incités à éviter les « conduites à risques ». Cette éducation pour la santé s'est construite, en France, sur le modèle d'un nouveau « paradigme psychosocial » rejetant l'autoritarisme biomédical (Berlivet, 2004). La pédagogie constitue dès lors une nouvelle *technologie de gouvernement*, un nouveau moyen de normalisation des conduites de vie (Klein, 2010). Il s'agit d'apprendre aux individus à gérer leur santé comme un capital à préserver et faire croître. La prévention primaire est constituée de « l'ensemble des actions qui visent à réduire le nombre et la gravité des problèmes de santé au sein d'une population donnée » (Peretti-Watel & Moati, 2009, p.9). En matière de santé, le risque est construit par l'épidémiologie en termes probabilistes. Ce sont alors certaines conduites qui sont étiquetées « à risques », la consommation de tabac et la consommation d'alcool en constituent des exemples.

« La prévention s'empare ensuite de ces conduites pour inciter les individus à y renoncer, en considérant ces derniers comme les entrepreneurs de leur propre santé – tout à la fois autonomes, calculateurs, aptes à se projeter dans le futur et fortement attachés à leur santé » (Peretti-Watel & Moati, 2009, p.24).

Ainsi, sur le modèle de l'individu rationnel du modèle standard de l'économie néo-classique, les éventuelles formes de logiques individuelles et/ou socialement différenciées sont mises de côté, par les campagnes de promotion de la santé. L'« *homo medicus* » (Pinell, 1992), premier auxiliaire médical, prenant son corps comme objet clinique et capable de repérer rapidement et efficacement les signes de manifestation des pathologies constitue la figure type à laquelle la prévention s'adresse. Toutefois, ce type d'individu a peu de chances d'exister en pratique. Il est alors nécessaire d'appréhender les conditions sociales de production et de réception des messages de prévention en lien avec les usages et les effets sociaux des conduites à risques. Leurs caractéristiques sociales constituent « une clé pour déchiffrer le sens que les individus donnent à leurs conduites à risque, ainsi que leurs motifs et les formes de déni qu'ils adoptent » (Peretti-Watel & Moati, 2009, p.82).

La prévention s'accompagne d'effets délétères du fait de l'usage que les pouvoirs publics, les entrepreneurs de morale privés ou les entreprises commerciales en font mais également en raison de sa réception par les populations. Trois problèmes peuvent être identifiés : la stigmatisation que subissent certains individus dont les conduites sont jugées risquées, le conservatisme moral et surtout la cristallisation autour d'enjeux commerciaux telle

l'intensification de la commercialisation de traitements pharmaceutiques. Les dispositifs de santé publique contemporains, les manifestations de la biopolitique qui prennent la forme de dispositifs d'encadrement des conduites de vie, sont régulièrement dénoncés comme procédant d'une individualisation de la responsabilité face au risque (Bossy & Briatte, 2011). Les conditions sociales des conduites à risques sont alors relativement ignorées. Cependant, les interrogations des pouvoirs publics autour des motifs de résistance, aux politiques de santé, des « usagers » conduisent parfois au développement de nouvelles pratiques d'encadrement des conduites de vie où les individus peuvent être impliqués dans la définition des politiques publiques (Maudet, 2002). L'idée de « démocratie sanitaire » paraît se concrétiser dans le développement de certaines politiques de santé, en Grande-Bretagne notamment, avec la systématisation des concertations publiques (Peretti-Watel & Moati, 2009). L'histoire de la santé publique, de l'assistance médicale fiscalisée évoquée *supra*, dans ce pays a sans doute influencé le rapport des pouvoirs publics à l'instrumentalisation de la confiance des populations dans les politiques de santé afin de garantir leur succès.

En résumé, la santé publique s'est constituée au XIX^e siècle autour de la perception de différences sociales de santé dans la population (Rosen, 1959) mais, dans la première moitié du XX^e siècle, l'origine de la maladie est resituée au niveau des processus biologiques. Dès lors, les campagnes de prévention s'adressent à des individus isolés qui ne sont plus problématisés en termes de niveau de vie par les instances publiques de santé. Cette définition des individus visés par les campagnes de prévention est tout à fait compatible avec une problématisation en termes de consommateurs évoluant dans un système de marché et adoptant une conduite économiquement rationnelle (O'Malley, 1996). Cette forme de prévention qui concourt à l'homogénéisation des conduites de vie (Gillioz, 1984), en ignorant les conditions sociales d'existence des individus leur permettant d'adopter plus ou moins aisément les conduites médicalement valorisées, entraînent une « culpabilisation » des individus issus des milieux les moins favorisés (Crawford, 1977) qui les renvoient d'une certaine manière à leur indignité culturelle.

Le travail familial de santé

Prévenir les risques sur la base des injonctions des professionnels de santé dans le cadre de la vie quotidienne est une pratique historiquement récente (Vigarello, 1993). À partir du XX^e

siècle, il revient aux mères d'assurer aux membres de leur famille des conditions de vie domestique favorables à la santé (Ehrenreich & English, 1982). Dès les années 1970, avec la prédominance des maladies chroniques, émerge une nouvelle approche de santé publique centrée sur les facteurs de risques définis par des études épidémiologiques. L'adoption d'un style de vie favorable à la préservation de la santé au moyen d'une prévention active est alors plus systématiquement encouragée par les politiques publiques (Petersen & Lupton, 1996 ; Burton-Jeangros, 2006). Au même moment d'autres experts ont investi le milieu familial afin d'y imposer des principes de bonnes conduites et de « bonne santé » (Laurendeau, 1975 ; Schulteis & Luscher, 1987).

D'un côté, bien que la responsabilité en matière de santé soit de nos jours largement individualisée, la question de la position familiale n'est pas absente des campagnes de prévention. Les femmes enceintes sont notamment la cible d'interventions spécifiques. Leur responsabilité à protéger la santé des enfants qu'elles portent, en évitant de consommer de l'alcool, du tabac⁶ et certains aliments, leur est régulièrement signifiée. La constitution de catégories à risque parmi les femmes enceintes concourt à modifier aussi bien le regard social porté sur elles que leurs propres expériences de la maternité (Oakley, 1989).

D'un autre côté, les métiers d'assistante maternelle et d'aide à domicile ont connu une forte croissance ces dernières décennies ; les effectifs ont triplé en vingt ans. En lien avec l'allongement de la durée de vie et l'augmentation de l'activité professionnelle féminine, la demande de soin aux personnes âgées et en direction des jeunes enfants a considérablement crue. Il en résulte une professionnalisation des métiers de soins aux personnes qui entraîne une technicisation du travail parental (Cresson & Gadrey, 2004). En effet, il existe une forme de continuité entre travail domestique de santé et travail paramédical voire médical (Cresson, 1998 ; 2001). Ceci peut s'expliquer par l'impérativité croissante de la division du travail de puériculture entre parents et professionnels de santé. On suppose souvent une origine domestique aux compétences des mères dans le domaine des soins (Favrot-Laurens, 1995 ; Collière, 1982 ; Saillant, 1992) mais elles peuvent aussi avoir une origine extérieure (Donzelot, 1977 ; Joseph et *al.*, 1977).

⁶ En France, le rapport de l'institution médicale à la consommation de tabac pendant la grossesse est particulier. L'arrêt du tabac, d'autant plus s'il est brutal, est perçu comme une source potentielle de stress. Il est alors fréquent que les médecins autorisent une consommation très minimale de tabac durant la grossesse aux anciennes grandes consommatrices afin de limiter les effets sur l'enfant du stress lié à l'arrêt du tabac.

La plus grande part de ce que font les parents pour leurs enfants concerne la santé (Graham, 1984). Ce « travail familial de soins et de santé » peut être décliné en cinq ensemble de tâche : créer et entretenir au sein du foyer des conditions d'existence favorables à la santé, prendre soin des malades (les veiller, surveiller l'évolution de leur état, leur donner des médicaments), éduquer à la santé, servir d'intermédiaire avec l'extérieur et faire face aux crises. Ce travail d'entretien de la santé des membres de la famille consiste notamment à « gérer » les besoins contradictoires, à prioriser les demandes de chacun, c'est un travail d'arbitrage (Cresson, 2006). Le travail de soin profane – dont le travail parental relève en partie – comporte quatre dimensions. Une dimension cognitive (apporter de l'information), une dimension affective, une dimension matérielle et une dimension normative (proposer des modèles de conduites) (Bozzini & Tessier, 1985). Deux aspects sont déterminants dans le travail de soin profane : la prestation relationnelle et l'évaluation des situations (Cresson, 2006).

Le travail parental de soin est d'une certaine manière indissociable du travail des professionnels de santé. Notamment, ce sont les instances médicales qui définissent les manières appropriées de prodiguer des soins à un petit enfant et qui les imposent, ou tentent de les imposer, aux parents au travers de l'action des infirmières en maternité, des médecins en consultation et des supports de puériculture. Toutefois, l'adhésion des parents aux principes de la puériculture médicalisée n'est pas automatique. De nouvelles formes de résistances émergent en lien notamment avec la crise de confiance envers certains experts. La résistance face aux vaccinations infantiles est un phénomène déjà ancien ayant pris diverses formes au fil du temps (Skomska-Godefroy, 1996). Récemment, la contestation par les parents de la vaccination infantile est associée à un souci élevé de l'état de santé des membres de la famille qui va avec la prise de nombreuses mesures de prévention de la maladie au quotidien (Rogers & Pilgrim, 1995). Le refus de faire vacciner les enfants peut être associé à un sentiment de responsabilité et à la perception d'une certaine emprise sur la santé (Burton-Jeangros et *al.*, 2005).

Ainsi, analyser la diffusion de la culture médicale demande de tenir compte, d'une part, des formes de résistances déjà anciennes liées à la distance de certaines fractions de la population aux cultures savantes (Boltanski, 1969 ; 1971) et, d'autre part, de l'application par certaines catégories de la population du « scepticisme scientifique » à la science elle-même (Beck, 1992). En effet, la plus grande réflexivité des parents (Déchaux, 2007) peut être

interprétée – et nous essaierons de montrer qu’il s’agit d’une interprétation pertinente – comme la conséquence d’un accès croissant aux connaissances issues de différentes sources (Giddens, 1991), comme la littérature de vulgarisation et l’internet spécialisé. Forme limite de cette réflexivité accrue, les « mouvements sociaux de santé » constituent des mises à distance collectives des mesures et politiques de santé publique ainsi que des pratiques médicales (Brown, 1992 ; Brown et *al.*, 2004). La diffusion de la puériculture savante étant opérée par les instances médicales auxquelles l’Etat confère une autorité légitime et des moyens d’encadrement des conduites de vie, le modèle de la reproduction forgé par Pierre Bourdieu et Jean-Claude Passeron (1964 ; 1970) couplé à celui de la distinction (Bourdieu, 1979a) offre un cadre conceptuel pertinent pour l’analyse de la stratification sociale de l’alimentation dans la prime enfance, c’est-à-dire pour l’analyse des déterminants des pratiques de puériculture des parents ou de leur travail parental de soin.

Un cadre conceptuel pour analyser le travail parental de soin : le modèle de la *reproduction*

P. Bourdieu et J.-C. Passeron (1964 ; 1970) ont montré comment l’école contribue à reproduire la structure des rapports de classes en favorisant, en raison de mécanismes proprement pédagogiques, l’inégale répartition du capital culturel. Ils proposent un modèle qui permet d’expliquer à la fois le fonctionnement et la fonction sociale du système d’enseignement mais également le fonctionnement ainsi que la fonction sociale des relations pédagogiques hors du cadre de l’école.

P. Bourdieu et J.-C. Passeron (1970) font le constat d’une déperdition importante d’information dans les situations pédagogiques, c’est-à-dire d’un faible rendement de la communication pédagogique. Ils interrogent alors les fonctions sociales de la relation pédagogique, qui ne peuvent pas être réduites à sa seule fonction de transmission de savoirs et de techniques appropriées au traitement de problèmes particuliers. S’agissant de l’encadrement des conduites visant le maintien de la santé de la population, l’éducation à la santé dans sa forme contemporaine peut être pertinemment analysée comme une « action pédagogique » au double-sens qu’elle consiste en l’imposition d’un arbitraire culturel (en l’espèce la modification du style de vie des individus) et qu’elle implique nécessairement une déperdition d’information croissante à mesure que ses destinataires s’éloignent socialement de la culture dominante. D’une part, la préservation *a minima* de la santé de la population est

historiquement concomitante des intérêts dominants de reproduction de la force de travail et de maintien de l'ordre établi (voir *supra*). D'autre part, la déperdition d'information qui découle de l'imposition de l'arbitraire culturel médical conserve intact la position de domination des représentants des instances médicales en maintenant les profanes dans une situation d'apprenants. Dans le cas de la diffusion de la puériculture médicalisée, l'expertise médicale renouvelle sa position dominante en fabricant notamment de nouvelles formes de « déviance parentale » (Garcia, 2011).

Selon Bourdieu et Passeron, les cultures sont des ensembles d'attitudes. Le propre des groupes sociaux dominants dans les sociétés différenciées est de faire reconnaître, à l'ensemble des individus qui peuplent ces sociétés, leur culture comme la seule légitime en en faisant méconnaître l' « arbitraire culturel » et le caractère contingent. C'est cette forme de violence symbolique qui contribue à assurer la perpétuation des rapports de domination au sein des sociétés hiérarchisées. En ce sens, l'école est conservatrice dès lors qu'elle ne valorise véritablement que la culture dominante ou une culture en affinité avec la culture des dominants (Forquin, 1971). La communication pédagogique fonctionne alors comme un instrument de légitimation d'une culture particulière. Les qualités nécessaires à la réussite aux examens et aux concours (l'aisance formelle, la rhétorique académique, la verbosité généralisante) sont des manifestations de la « connivence culturelle » entre l'école et les manières de parler, de sentir et de penser caractéristiques des catégories sociales supérieures, en particulier de la classe dirigeante. La dévalorisation, par les enseignants, des travaux d'étudiants jugés « trop scolaires » illustre la relativité de l'autonomie du système d'enseignement. L'école assure ainsi l'inégale distribution du capital culturel (intérieurisé et institué)⁷, c'est-à-dire la reproduction de la culture dominante au travers d'un processus de reconnaissance de cette culture comme seule légitime, donc de méconnaissance de son caractère culturellement arbitraire. L'institution scolaire contribue alors à la reproduction des rapports sociaux, des rapports de classe préexistants. L'institution médicale fonctionne d'une certaine manière sur le même modèle⁸, elle encadre les conduites de vie au nom d'une vérité scientifique dont les conditions de production restent en partie dissimulées au plus grand nombre.

⁷ Sur la différence entre les différents types de capital culturel, qui sera détaillée dans la partie II de la thèse, voir Bourdieu (1979b).

⁸ Nous reviendrons sur les spécificités de la production des éléments constitutifs de la culture médicale (partie I) ainsi que sur les spécificités des moyens de captation des profanes et du pouvoir de sanction des instances médicales (partie II).

La reproduction des rapports de domination est permise par les attitudes des individus à l'égard de la culture, de l'institution scolaire, de ses représentants et de l'avenir scolaire projeté (c'est-à-dire des attentes spécifiques à chaque catégorie d'élèves ou d'étudiants) qui expliquent l'intériorisation des nécessités et des régularités objectives ainsi que, pour Bourdieu et Passeron, la correspondance des différents sous-systèmes de pratiques en raison de l'*habitus*. Cette transférabilité de l'*habitus* d'un même individu à tous les champs de sa pratique est parfois remise en cause (Lahire, 1998) et semble ne pas rendre compte de « dissonances » dans les styles de vie des individus (Lahire, 2004).

L'autonomie relative de l'école – son indépendance apparente des rapports sociaux – est la condition de la légitimité de la culture dominante telle que transmise par l'institution scolaire. L'école retraduit les logiques sociales, l'antagonisme des intérêts de classe, dans le langage du mérite scolaire. L'action pédagogique est donc une violence symbolique, dans la mesure où l'efficacité de la fonction technique de la communication pédagogique – la transmission de savoirs et de compétences utiles à la résolution de problèmes spécifiques – présuppose toujours des dispositions particulières préalablement formées dans le milieu familial. En ce sens, Bourdieu et Passeron analyse la socialisation comme un processus continu et hiérarchisé, la socialisation familiale précède et influence la socialisation scolaire. Le rapport à la culture médicale est fonction du niveau d'éducation (Boltanski, 1969 ; 1971 ; Gojard, 1999), il est alors pertinent de l'analyser comme fonction des socialisations antérieures (familiale et scolaire). Le rapport aux instances médicales durant l'apprentissage du métier de mère est d'ailleurs fonction du rapport des mères à la culture scolaire (Gojard, 2010).

Bourdieu et Passeron (1970) testent également les effets combinés du capital linguistique et du degré de sélection des différentes catégories d'étudiants sur leurs performances à chaque niveau du cursus. Les résultats anormalement bons aux tests de langue des étudiants issus des milieux populaires seraient difficilement interprétables au moyen d'une analyse multivariée synchronique. Ils se comprennent, en revanche, clairement lorsque l'on tient compte de la sur-sélection exercée par le système d'enseignement qui prend la forme d'une élimination de la majorité des étudiants issus des milieux populaires au fur et à mesure de l'avancement dans le cursus. Ainsi, la structure scolaire exerce son « efficacité structurale » au travers d'« effets de carrière » (Forquin, 1971) qui sont la traduction des rapports sociaux selon les logiques du système scolaire. D'une part, ces résultats plaident implicitement pour le recours à des techniques d'analyses capables de mettre au jour les effets de carrière, c'est-à-dire de

considérer simultanément différents moments de la trajectoire des individus. D'autre part, ils préfigurent le mécanisme de « bonne volonté culturelle », bien qu'il s'agisse formellement dans le cas des étudiants sur-sélectionnés d'une acculturation aigüe à la culture scolaire. En ce sens notamment, le modèle de la reproduction et le modèle de la distinction sont intriqués.

La distinction, le modèle des homologues structurales

Afin de montrer que les consommations culturelles, les dispositions esthétiques, ne relèvent pas d'un goût naturel ou d'un don inéducable, P. Bourdieu cherche à mettre en rapport les pratiques culturelles et les groupes sociaux. La théorie de la légitimité culturelle étudie essentiellement les distances et les rapports socialement différenciés à la culture, les fonctions sociales de la culture et les effets de la domination culturelles sur les différents groupes sociaux. Bourdieu postule qu'il y a un profit de distinction à se démarquer du commun et du grossier qui s'accompagne d'un profit de légitimité, un profit à se sentir « justifié d'exister [comme on existe], d'être comme il faut » (Bourdieu, 1979a). Trois concepts sont au cœur de la théorie de la distinction : le champ, l'*habitus* et le principe d'homologie structurale (Bourdieu, 1979a ; Bourdieu & Wacquant, 1992). Nous ne revenons pas ici sur le concept de champ explicité *supra*. L'*habitus* correspond à l'ensemble des dispositions ainsi que des schèmes de perception et d'appréciation intériorisés par un individu pendant sa socialisation primaire (Bourdieu, 1979a). Cet *habitus* s'incorpore principalement suivant une socialisation diffuse, « inconsciente », en raison de mécanismes d'imprégnation semblables à ceux qui président à l'acquisition de la langue (Bernstein, 1975). L'*habitus* conditionne les processus de socialisation qui suivent sa prime constitution. Notamment, la socialisation scolaire en est fonction. Les phénomènes d'acculturation, comme la sur-sélection, par l'institution scolaire, de certains élèves très performants scolairement pourtant issus des catégories populaires, tendent à montrer que ce processus n'est pas entièrement irréversible. Il convient de noter que l'*habitus* est le produit de la transmission intergénérationnelle d'un capital culturel, en ce sens cette théorie diffère de celle du capital humain de Becker (1964).

Le deuxième concept clef de la théorie de la distinction est celui d'homologies structurales. Les individus, d'une part adhèrent aux préférences caractéristiques de leur milieu social du fait d'une sorte de programmation, en raison de dispositions incorporées précocement.

D'autre part, ils rejettent les préférences attribuées aux autres groupes sociaux dont la position dans l'espace social conditionne structurellement la leur (Bourdieu, 1979, pp. 64-65). Cette deuxième affirmation est à nuancer. En effet, selon leur position sociale, les individus ont un rapport différent aux pratiques et aux préférences que les institutions légitiment⁹. Dans le modèle de la distinction, les styles de vie des élites par les comportements d'imitation qu'ils suscitent (en raison de la « bonne volonté culturelle » des catégories intermédiaires) favorisent l'intégration culturelle de l'ensemble de la société (Coulangeon, 2004). Cette intégration passe nécessairement par l'intériorisation généralisée de la hiérarchie culturelle légitime¹⁰. L'inculcation de cet ordre culturel légitime est opérée par l'ensemble des institutions engagées dans un rapport pédagogique avec d'autres membres de la société. En ce sens, la théorie de la distinction est liée à la théorie de la reproduction (Coulangeon, 2004).

Le modèle de la distinction pose que les individus sont dotés de systèmes de valeurs et d'attitudes culturelles transmis au sein de la famille. La famille apparaît de ce point de vue comme une instance fondamentalement conservatrice, notamment s'agissant de la reproduction des inégalités scolaires. Les éventuels liens entre niveau de diplôme – capital scolaire – et pratiques culturelles masqueraient un lien entre les caractéristiques de la famille et les dispositions individuelles à l'égard de la culture (Coulangeon, 2003). Par ailleurs, selon ce modèle théorique, les pratiques culturelles et les consommations classeraient les individus selon la manière dont ils classent eux-mêmes ces pratiques et consommations, consolidant ainsi les frontières entre les groupes sociaux. Ce modèle des « classeurs classés par leurs systèmes de classement » dérive et se distingue du modèle de la « consommation ostentatoire » (Veblen, 1899) suivant lequel les consommations fonctionnent comme un instrument de signalement du statut social des individus. Mais le modèle de la distinction ne se limite pas à la dimension proprement économique du statut (DiMaggio & Mohr, 1985) et

⁹ La légitimité d'une pratique est d'une certaine manière indépendante de la reconnaissance unilatérale que lui accorde un individu : « Reconnaître que toute œuvre légitime tend en fait à imposer les normes de sa propre perception et qu'elle définit tacitement comme seul légitime le mode de perception qui met en œuvre une certaine disposition et une certaine compétence, ce n'est pas constituer en essence un mode de perception particulier, succombant ainsi à l'illusion qui fonde la reconnaissance de la légitimité artistique mais prendre acte du fait que tous les agents qu'ils le veulent ou non, qu'ils aient ou non les moyens de s'y conformer, se trouvent objectivement mesurés à ces normes » (Bourdieu, 1979, p.29).

¹⁰ Bernard Lahire (2004) souligne que les « effets de légitimité » ne s'engendrent qu'à deux conditions. Premièrement, l'espace social dans lequel se déploient les pratiques culturelles considérées doit être différencié et hiérarchisé, c'est-à-dire une société de classes et de classements. Deuxièmement, les individus sur lesquels s'exercent les « effets de légitimité » doivent avoir une connaissance pratique minimale de l'espace culturel considéré. Ce qui dans les sociétés hautement différenciées n'est pas automatique. Notamment, « le degré auquel un système de classification est partagé et compris dépend de sa complexité » (Di Maggio, 1987). Il est possible de déduire de cette analyse des conditions de possibilité des « effets de légitimité » proposée par Lahire, un ensemble de propositions relatives à la diffusion des cultures légitimes et au rapport des individus à la légitimité.

intègre la discrimination des pratiques selon leur degré de légitimité culturelle. Ainsi, la familiarité avec les arts savants notamment engendre des barrières symboliques entre les représentants des groupes dominants capables de les apprécier et les représentants des autres groupes démunis des dispositions nécessaires à l'appréciation de ces formes d'art (DiMaggio, 1982 ; Patureau, 1991).

Pourtant, les pratiques et préférences légitimes – les pratiques et préférences des catégories dominantes légitimées par les institutions – ne sont pas fixées une fois pour toutes. Le modèle de la distinction octroie une place importante à la stratification temporelle des pratiques culturelles qui se manifeste dans les cycles d'innovations et la succession des « avant-gardes » culturelles (Bourdieu, 1979a).

Par ailleurs, l'analyse empirique montre que le capital scolaire (saisi au moyen du niveau de diplôme, le plus souvent) a un effet net sur les pratiques et consommations culturelles. Les attitudes des individus les plus diplômés à l'égard des pratiques culturelles peuvent être alors analysées comme une mise en œuvre des compétences acquises dans le cadre scolaire sur le modèle de la théorie du capital humain (Becker, 1964). La familiarisation avec les arts ou toute autre pratique culturelle favorise l'acquisition de « codes » permettant le déchiffrement des œuvres, des styles, qui est au principe des rétributions individuelles à consommer ces œuvres culturelles, à développer certaines pratiques. Le goût viendrait avec la répétition de la pratique (Stigler & Becker, 1977). Aussi, différents moments et formes de socialisation concourraient à produire les pratiques et les préférences des individus, sans que les origines sociales ne surdéterminent le contenu des pratiques et des préférences individuelles.

Portée et limites du modèle de la distinction

Le succès du modèle des homologues structurales entre espace des styles de vie et espace des positions sociales est en parti dû aux validations empiriques dont il a très vite fait l'objet en dehors de France (DiMaggio & Useem, 1978 ; Robinson, 1993). Selon ce modèle, le goût dominant est le goût des classes dominantes. Les préférences et les habitudes en matière de consommations culturelles des catégories populaires sont dominées par un sentiment d'illégitimité qui trouve son origine dans l'imposition par l'école de système de classements en affinité avec la culture dominante. Une telle stratification des pratiques culturelles implique

une relative unicité des conditions d'imposition de la culture légitime. Une homogénéisation de la culture dominante autour des biens et des catégories savantes qui passe par des institutions puissantes et coordonnées (qui disposent de moyens de sanction efficaces)¹¹. À l'inverse l'éclatement du champ de la production culturelle renforcerait l'autonomie des pratiques populaires qui ne sont plus vécues sur le mode de l'indignité culturelle (Coulangeon, 2004).

Une première critique tiendrait donc à la multiplication des instances socialisatrices en matière de pratiques culturelles. Dans le modèle de la distinction, les éléments caractéristiques du style de vie des individus sont le produit de leurs *habitus* respectifs, c'est-à-dire de l'ensemble des dispositions, des schèmes de perception et d'appréciation (manières de voir, de sentir, de classer) incorporés au cours de la socialisation primaire qui reflètent les caractéristiques sociales de l'environnement d'origine (Bourdieu, 1980). Or, les pratiques culturelles ne semblent pas aujourd'hui entièrement surdéterminées par les appartenances de classe (Hall, 1992). La pluralité des appartenances sociales (Lahire, 1998 ; 2004) multipliant les instances socialisatrices auxquelles un individu a affaire et l'« éclatement de l'expérience » (Dubet, 1994) contribuent sans doute aussi à expliquer la stratification sociodémographique des pratiques culturelles.

Une seconde critique tient à l'atténuation des frontières symboliques entre culture légitime et culture illégitime. Des recherches ont observé que la stratification sociale des pratiques culturelles tendait à s'éloigner du modèle de la légitimité culturelle en raison d'un brouillage des frontières symboliques entre culture savante et culture populaire (Gans, 1974 ; 1985) sous l'influence de la télévision (Wilensky, 1964). Mais le rapport aux institutions les plus légitimes apparaît également déterminant. Ainsi, le recul du taux d'incidence des pratiques culturelles légitimes – la lecture et la fréquentation des équipements culturels – chez les individus les plus diplômés observé notamment par F. Dumontier (Dumontier et *al.*, 1990) et P. Coulangeon (2003) serait une des conséquences de la massification scolaire. Ce recul peut s'interpréter comme le signe d'une transformation des modes de vie des élites sociales et culturelles qui accompagne une déconnexion de l'univers symbolique des classes supérieures

¹¹ La légitimité culturelle d'une pratique est indissociable de son « degré de désirabilité collective » (Lahire, 2004). Ce qui marque l'écart entre la différence et l'inégalité réside dans le marquage collectif des pratiques. En ce sens, la « déviance » (Becker, 1985) se différencie de la distinction, bien qu'elles concernent toutes deux des pratiques qui tendent à être minoritaires, en raison de l'exemplarité des pratiques distinctives qui est le corollaire de la valeur sociale des groupes qui les investissent et de la promotion institutionnelle dont elles font l'objet.

et du domaine de la culture savante. Cet accroissement de la distance des catégories supérieures à la culture savante est accrédité par un certain nombre d'enquêtes (Halle, 1992 ; Heinich, 1998). Elle se manifeste par un abaissement de la frontière entre « haute culture » et « basse culture » (Levine, 1988).

Enfin, une troisième critique adressée au modèle de la distinction, qui d'une certaine manière fait écho aux deux précédentes, tient à sa supposément forte intrication aux particularités de la société française des premières décennies de la deuxième moitié du XX^e siècle (Lamont, 1992), notamment au fort attachement des catégories supérieures à la culture savante. Que ce soit en raison de la massification scolaire qui a affaibli le pouvoir de l'école de légitimer les pratiques culturelles ou en raison de l'apparition de nouvelles instances socialisatrices en matière de consommation culturelle, le lien entre culture savante et classe dominante semble métamorphosé. Une hypothèse désormais classique relative aux métamorphoses de la légitimité tient à la substitution d'une forme d'éclectisme culturel aux seules pratiques culturelles légitimes. Cette diversité des pratiques définirait le nouvel horizon symbolique des classes supérieures (DiMaggio, 1987 ; Peterson, 1992 ; 1997).

L'hypothèse de l'éclectisme culturel des catégories supérieures

L'hypothèse de l'omnivoreté culturelle (ou éclectisme culturel) des catégories supérieures fait l'objet de trois types d'interprétation associés à la transformation des conditions d'existence des individus (Coulangeon, 2004), auxquels il faut ajouter une interprétation liée aux mutations du champ de la production culturelle. Le premier type d'interprétations renvoie la propension à l'éclectisme des catégories supérieures à une logique de cumul de pratiques, là où le modèle de la distinction postule des logiques de substitution. Cette logique de cumul implique des rapports au temps et des capacités d'organisation différenciés, liés aux ressources culturelles des individus (Gronau & Hamermesh, 2001 ; Degenne et *al.*, 2002). La généralisation du salariat dans les catégories supérieures va de pair avec l'augmentation de leur temps de travail, désormais plus élevé que celui des catégories intermédiaires et populaires (Fermanian, 1999). Notamment, les salariés du secteur des services à haute valeur ajoutée ont un temps de travail hebdomadaire élevé, tandis que les catégories intermédiaires et inférieures des salariés de l'« économie fordiste » (les professions intermédiaires, les employés et les ouvriers de l'industrie, des transports, de la construction ainsi que les agents

de police et les militaires) tendent à avoir des horaires et des semaines de travail décalés bien que de durée moyenne et que les travailleurs du secteur des services à faible valeur ajoutée, dans lesquels les femmes sont sur-représentées, ont des semaines fragmentées (Lesnard & Saint-Pol, 2008 ; 2009).

Cette diminution du temps de loisir disponible, de plus en plus faible pour les fractions supérieures du salariat (Gershuny, 2003 ; Chenu & Herpin, 2002) les incite à un investissement dans les pratiques culturelles plus diversifié et plus intense sur le mode de l'optimisation du temps de loisir. Ainsi des parties de golf ou des croisières au cours desquelles « se concluent des affaires » (Linder, 1982). Par contraste, le relâchement des contraintes de temps incite à une certaine « *univorté* » en matière de pratiques culturelle dans les catégories populaires, comme le montre notamment l'étude des emplois du temps des chômeurs (Letrait, 2002). Ce rapport des classes supérieures aux pratiques culturelles explique également l'affaiblissement des frontières symboliques dans la mesure où les pratiques les plus distinctives sont souvent coûteuses en temps et peu susceptibles d'être combinées à d'autres activités sociales (théâtre, lecture, opéra). Le coût d'opportunité que représentent certaines pratiques culturelles savantes, dans la mesure où elles concurrencent le temps de travail rémunéré, augmente avec la salarisation des catégories supérieures qui correspondent de moins en moins au modèle de la « classe de loisir » (Linder, 1970 ; Chenu & Herpin, 2002 ; Coulangeon et *al.*, 2002). Ces consommations culturelles seraient partiellement délaissées par les représentants des catégories supérieures, parce que peu rentables socialement.

Le deuxième type d'interprétations associe l'éclectisme culturel des catégories supérieures à l'étendue de leur réseau de relations interpersonnelles (de types amical et professionnel). L'hypothèse qui sous-tend ce type d'interprétation peut se résumer ainsi : plus les relations sont nombreuses et diverses, plus les pratiques culturelles sont variées (Di Maggio, 1987 ; Erickson, 1996 ; Relish, 1997). Ce sont donc les différentes catégories d'intermédiaires culturels non-professionnels (les prescripteurs de pratiques) ainsi que les sociabilités de réception qui sont mises en jeu dans ce type d'explications. Or, l'étendue et la diversité sociale des réseaux de relations interpersonnelles des individus tendent à s'accroître avec la position dans la stratification socioprofessionnelle. En effet, il semble que les interactions qu'un individu a avec des représentants des catégories socioprofessionnelles inférieures à la sienne sont, en moyenne, plus nombreuses que celles qu'il a avec des représentants des

catégories supérieures¹² (Marsden, 1987 ; Lin & Dumin, 1986). Les individus subissant des influences plus diverses à mesure qu'ils occupent une position socioprofessionnelle plus haute, l'éclectisme culturel grandirait avec la position sociale.

Le troisième type d'interprétation procède d'une extension, au domaine de la culture, de la corrélation observée entre niveau d'études et degré de tolérance politique et morale (Adorno, 1950 ; Inglehart, 1990). Selon cette hypothèse, l'accroissement du capital culturel se caractérise par l'augmentation de la capacité d'interprétation et d'assimilation de la nouveauté et de la différence. L'*omnivorité* des catégories supérieures seraient alors la manifestation de dispositions à la tolérance esthétique construites et transmises dans le cadre de la socialisation primaire (Bryson, 1997).

Enfin, le quatrième type d'interprétation de l'éclectisme des catégories supérieures tient à l'évolution du champ de la production culturelle. L'affaiblissement du pouvoir de discrimination des pratiques et consommations culturelles est parfois rapporté aux transformations du champ de la production culturelle. L'éclectisme culturel des classes supérieures peut s'analyser comme une réponse à la banalisation de la musique classique par le disque qui induit une diversification des investissements culturels hors du domaine des arts savants exclusivement (Donnat, 1994). Cette nouvelle organisation du marché des industries culturelles prive progressivement les élites culturelles du monopole de la production des échelles de valeurs esthétiques (Featherstone, 1995).

En résumé, d'après l'hypothèse de l'*omnivorité* des catégories supérieures, à l'opposition structurante entre culture savante appropriée par les catégories supérieures et culture populaire apanage des catégories inférieures succéderait une stratification sociale selon le degré de diversité des pratiques et consommations culturelles. Les classes supérieures étant les plus « omnivores » (Peterson & Simkus, 1992) et les classes populaires étant les plus exclusives au plan de leurs pratiques et consommations culturelles (Peterson & Kern, 1996). L'hypothèse d'*omnivorité* des catégories supérieures témoigne alors davantage d'une reconfiguration des hiérarchies culturelles que d'un affaiblissement des frontières symboliques entre groupes sociaux (Peterson, 1997 ; Coulangeon, 2010). S'agissant des pratiques d'écoute musicale sur lesquelles l'hypothèse d'*omnivorité* des classes supérieures a été mainte fois testée, les

¹² Pour le cas français, des recherches ont observé que la sociabilité, mesurée à l'aune de l'insertion dans la vie associative ou des occasions de contacts, augmentait avec la position socioprofessionnelle (Forsé, 1981 ; 1993).

catégories supérieures apparaissent effectivement plus éclectiques du point de vue de leurs pratiques et les catégories inférieures davantage dédiées à l'écoute d'un seul genre de musique. La mise à l'épreuve empirique de l'hypothèse d'*omnivorité* des catégories supérieures a également été effectuée au sujet de la lecture (Van Rees et *al.*, 199) ou des sorties au restaurant (Warde et *al.*, 1999).

L'*omnivorité* des catégories supérieures n'est cependant pas insensible aux hiérarchies culturelles. L'éclectisme des consommations culturelles, apanage des catégories supérieures, obéit à certaines logiques. D'un côté, les répertoires musicaux des individus les mieux dotés en capital culturel ne s'élargissent pas à tout type de musique indistinctement et ils restent, quand ils sont diversifiés, orientés principalement vers les genres les plus légitimes. D'un autre côté, les représentants des catégories intermédiaires et inférieures qui écoutent un nombre élevé de genres différents tendent à s'orienter plus fréquemment vers les genres les moins légitimes (Coulangeon, 2010). Cette « asymétrie des échanges symboliques » (Grignon & Passeron, 1989) témoigne du maintien des hiérarchies culturelles et de la différenciation des pratiques entre groupes sociaux.

Bien que la comparaison des modèles de la distinction et de l'*omnivorité* ait fait l'objet de nombreuses publications (Van Rees & Van Eijck, 1999 ; Van Eijck & Knults, 2005 ; Sullivan & Katz-Gerro, 2007), la théorie de l'*omnivorité* ne constitue pas la seule mise en discussion du modèle de la distinction. Les recherches sur les « amateurs » qui tirent des profits symboliques d'un investissement fort dans un genre musical particulier (Hennion, 2007) ou sur une éventuelle « tablature des goûts musicaux » qui suppose des « archipels de goûts » ayant un marquage sociodémographique particulier (Glevarec & Pinet, 2009) soulèvent la question des styles de vie et de la mise en rapport des pratiques d'écoute musicale avec d'autres pratiques culturelles. Un éclectisme culturel qui se déploierait sur un ensemble de pratiques (musique, littérature, cinéma, théâtre) demanderait des arbitrages qui pourraient conduire à privilégier un genre de musique sur les autres, par exemple. Cette remarque rejoint les analyses de B. Lahire, selon lesquelles il se trouve assez peu d'individus n'ayant que des pratiques culturelles légitimes si l'on considère plusieurs ensembles de pratiques simultanément (Lahire, 2004).

Enfin, il est possible de nuancer la portée de l'hypothèse de l'*omnivorité* des classes supérieures en raison de considérations méthodologiques (Coulangeon, 2003b). Le constat de

l'éclectisme culturel ou de l'*omnivorité* culturelle des catégories supérieures se fonde régulièrement sur des enquêtes qui mobilisent des catégorisations moins fines des pratiques culturelles et des publics que celles utilisées dans *La Distinction* (Bourdieu, 1979a) ou dans *Les Règles de l'Art* (Bourdieu, 1992). Notamment, Bourdieu analysait des espaces multidimensionnels selon une perspective de sociologie relationnelle, c'est-à-dire tenant compte des systèmes d'opposition entre des positions sociales et entre des pratiques. En outre, les recherches relativement récentes qui nuancent le constat de l'éclectisme des catégories supérieures (Coulangeon, 2003b ; Benett et al., 2008 ; Prieur et al., 2008) peuvent être avantageusement complétées par l'analyse de la production culturelle (Duval, 2011). L'espace de production et ses transformations doivent être mis en rapport avec les transformations de l'espace des consommateurs qui est déterminé en partie par les mutations du système scolaire.

Massification scolaire et transformation des publics

Un certain nombre de recherches sur la stratification des consommations culturelles accorde une attention particulière aux effets de la massification scolaire sur le déplacement des frontières symboliques ainsi que sur l'affaiblissement du pouvoir de légitimation de l'école en matière culturelle (Dubet, 2002). Plusieurs explications sont avancées. Premièrement, l'affaiblissement de l'association entre niveau d'éducation et position sociale (notamment sous le rapport de la rémunération) (Giret et al., 2006) limite la portée d'un des principaux instruments de sanction de l'école : le diplôme. L'expérience du « déclassement » que font certains individus, voire certaines générations, induirait, de leur part, une moindre reconnaissance de la légitimité de l'école (Duru-Bellat, 2006 ; Peugny, 2009). Deuxièmement, les métamorphoses conjointes du système d'enseignement et des structures organisationnelles des entreprises ont transformé le rapport des individus à la culture qui tend désormais à être utilisée dans le cadre de l'entreprise comme instrument de communication. Troisièmement, l'accroissement de la mixité sociale dans les cours d'école favoriserait le développement de cultures juvéniles relativement indépendantes de la culture scolaire (Sirota, 2005). Il conviendrait d'articuler la question des cultures juvéniles avec l'évolution des contenus des enseignements dispensés dans l'enseignement primaire et secondaire et plus généralement avec les modalités d'encadrement des pratiques des jeunes enfants (Lignier & Pagis, 2014). Ces deuxième et troisième catégories d'interprétations posent la question des sociabilités de réception de la culture qui constituent une dimension particulière du moyen par lequel les

individus acquièrent des pratiques culturelles. Enfin, la massification scolaire associée à la promotion des équipements culturels conduit à une hausse moyenne de la fréquentation de ces équipements (musées, théâtres), donc des consommations culturelles (Coulangeon, 2003). Les publics captifs tendent à se substituer aux publics traditionnels de ces équipements issus des catégories supérieures. La fréquentation de ces équipements culturels tend alors à devenir moins distinctive. Le mécanisme d'« assignation statutaire » - caractérisé par une conformité stricte aux standards de la culture scolaire, des étudiants des classes populaires sur-sélectionnés à certains niveaux d'études – tend à s'affaiblir.

Certaines critiques du modèle de la distinction mettent en cause la permanence de l'association entre culture savante et classes dominantes qui tiendrait à des spécificités historiques (voir *supra*). La familiarité des classes supérieures avec les arts savants est, pour le cas français, liée en grande partie au processus de sélection et de formation des élites (Lamont, 1992). La formation des élites françaises s'est appuyée depuis environ deux siècles sur un système centralisé et unifié de sélection et d'enseignement dont les grandes écoles constituaient le pilier. Le type d'enseignement dispensé dans les grandes écoles entretenait chez les élèves qui y étaient formés un rapport désintéressé à la culture sur le mode d'une opposition entre culture générale et savoir-faire, entre savoirs techniques ou connaissances et compétences. Le système des grandes écoles n'a cessé d'accroître son emprise sur la formation des élites françaises au long des XIX^e et XX^e siècles (Suleiman, 1979). Destinées à assurer la formation des élites intellectuelles et scientifiques, ainsi que des hauts cadres de la fonction publique, ces grandes écoles ont également contribué à la formation d'élites managériales en raison des orientations professionnelles de certains anciens élèves (Charle, 1987).

Il faut noter une certaine contradiction entre le rapport désintéressé aux compétences intellectuelles des élites cultivées et les exigences de rationalisation des investissements intellectuels, matériels et humains caractéristiques des fonctions de direction des grandes entreprises et à un degré moindre des grandes administrations (Coulangeon, 2004). Les classes dirigeantes entretiennent dans ces conditions un rapport ambivalent à la culture scolaire désintéressée, qu'elles valorisent lorsqu'elle permet de marquer la différence avec les représentants des catégories sociales moins favorisées mais qu'elles dévalorisent lorsqu'elle est associée à la distance critique, caractéristique de l'intellectuel réflexif, qui menace les fondements de la domination des classes supérieures (Bourdieu, 1989, pp. 119-120).

Avec la création de grandes écoles concurrentes des premières grandes écoles d'État (les écoles destinées à former les membres des grands corps de l'État, notamment), au XIX^e (les Écoles Supérieures de Commerce du Havre, de Rouen et de Lyon, l'école des Hautes études commerciales, l'École libre des sciences politiques) puis au XX^e siècle (L'école nationale d'administration), les élites scolaires s'orientent de moins en moins prioritairement vers le pôle professionnel de la science et de la culture et davantage vers le pôle de l'économie et de la gestion. Durant la deuxième moitié du XX^e siècle, émerge la catégorie des cadres, nouvelles figures types des catégories supérieures (Boltanski, 1982). La mise en place d'un capitalisme managérial qui tend à séparer la propriété des moyens de production et des fonctions de direction des entreprises s'accompagne d'une redistribution des postes et des rémunérations selon les compétences plus que selon les origines sociales ainsi que d'une nouvelle organisation hiérarchique qui modifie les rapports de communication entre les différents échelons (Boltanski & Chiapello, 1999). Il en résulte que les ressources culturelles des individus changent de nature, elles sont mobilisées dans le cadre du travail non-seulement comme instrument de domination symbolique mais aussi comme outils de coordination. Les classes supérieures salariées partagent alors avec les classes populaires certains répertoires culturels (sport, médias, télévision) (Erickson, 1996). La diffusion de ce style managérial importé des États-Unis après la seconde guerre mondiale s'est accompagnée d'une transformation des enseignements dans les écoles de cadres où les disciplines nouvelles (psychologie, management, sociologie) ont remplacé les humanités, avant que ce modèle ne gagne les universités dans les années 1960 (Boltanski, 1982).

Le dernier tiers du XX^e siècle est marqué par l'allongement de la durée moyenne de scolarisation. Cette massification a transformé la morphologie sociale des publics de l'enseignement secondaire et supérieur. La relation entre le niveau d'éducation et l'accès à la culture savante s'en est trouvée notablement modifiée (Duru-Bellat & Kieffer, 1999). La massification scolaire, bien qu'elle ait contribué à augmenter le taux de fréquentation des équipements culturels (Donnat, 2000), quoi qu'en raison principalement d'un « effet de structure », s'est accompagnée d'un recul des pratiques culturelles légitimes chez les bacheliers et les individus ayant un niveau de diplôme inférieur au baccalauréat (Dumontier et al., 1990). Alors que l'école contribuait fortement à l'acculturation des élèves issus des catégories populaires, lorsqu'ils étaient minoritaires à poursuivre des études secondaires ou supérieures, en raison d'un mécanisme d'« assignation statutaire » (Bourdieu, 1979a). Il

semble que l'incitation à la « bonne volonté culturelle » ait diminué avec l'augmentation de la part des élèves issus des catégories populaires (Coulangeon, 2004).

Production et intermédiation culturelle

Les analyses qui lient aux mutations du champ de la production culturelle, notamment à la multiplication des échelles de légitimités concurrentes, la montée de l'éclectisme culturel des catégories supérieures ou l'affaiblissement des frontières symboliques entre culture savante et culture populaire invitent à interroger les effets des conditions de la production culturelle sur sa réception¹³. Les champs de production culturelle peuvent s'analyser comme des espaces de luttes pour des monopoles commerciaux ou de légitimité (Bourdieu, 1992) qui se déploient selon différentes dimensions (Duval, 2006). Traditionnellement, l'institution scolaire légitime les producteurs, les autres intermédiaires et les produits culturels, elle inculque (ou tente d'inculquer) ainsi au plus grand nombre des échelles de valeurs communes. F. Dubet (2010) fait un parallèle entre l'école et l'église dont l'action d'encadrement des conduites de vie ne peut produire d'effets qu'à la condition que les destinataires de cette action soient des « croyants », c'est-à-dire qu'ils reconnaissent la légitimité de l'église¹⁴. Selon lui, l'école souffre depuis plusieurs décennies d'une perte de légitimité en raison de la transformation de son public, des métamorphoses du marché de l'emploi et de l'évolution de l'offre culturelle.

Tout d'abord, les mutations du marché du travail ont fait évoluer la valeur des différents diplômes. Le rendement des formations scolaires techniques ou commerciales est désormais plus élevé que celui des humanités. En conséquence, les rapports de force et les rapports symboliques entre les différents groupes sociaux s'en trouvent modifiés. Les nouvelles classes dominantes sont globalement moins proches des valeurs traditionnellement dominantes dans le champ de la production culturelle (Duval, 2011). Or, l'école est garante de ces valeurs culturelles traditionnelles, ce qui concourt à affaiblir sa légitimité.

¹³ Un présupposé courant réside dans la pertinence des genres comme catégories utiles à l'appréhension des préférences des enquêtés. Ce qui montre l'emprise des catégories constituées par les producteurs et intermédiaires de la culture sur l'étude sociologique des pratiques culturelles ainsi que sur les individus. La mise en catégories des consommations culturelles – sous l'angle de leur valeur symbolique, par exemple – oriente forcément le type d'analyse et d'interprétation susceptibles d'être fait (Lahire, 2004).

¹⁴ Il s'agit d'un des points de la théorie de la reproduction (Bourdieu & Passeron, 1970).

En second lieu, l'ouverture de l'école à l'ensemble de la population et l'allongement de la scolarité ont importé à l'intérieur de l'institution scolaire les difficultés socioéconomiques des catégories sociales les moins favorisées (Dubet, 2010). La part des « croyants » parmi les élèves (les « héritiers » et les « bons élèves ») tend à diminuer et avec elle, la reconnaissance de la légitimité de l'école par son public. Par ailleurs, en raison des nouvelles « pédagogies du projet et du contrat » appuyées par les demandes extérieures du marché de l'emploi, l'institution scolaire ne forme plus des élèves indifférenciés mais des « sujets qui préexistent au travail de socialisation institutionnelle » (Dubet, 2010). L'école a ainsi perdu de son pouvoir d'homogénéisation des pratiques et des préférences culturelles.

Enfin, avec le progrès technique et le développement des technologies de l'information et de la communication, l'école a perdu son monopole sur la diffusion de la culture. Les médias offrent une alternative aux produits culturels proposés par l'école. L'essor des technologies de l'information et de la communication modifient le rapport des individus aux champs culturels d'au moins trois façons (Octobre, 2009). Premièrement, elles modifient le rapport au temps des individus. Les vidéos à la demande, les techniques de lecture en continu de contenus multimédias (le *streaming*), les consommations simultanées (musique et lecture sur le même appareil, par exemple) abolissent une part des contraintes temporelles liées à la production culturelle (telles les grilles de programmes des diffuseurs). Le temps de la consommation étant bien moins organisé par l'offre, les pratiques s'individualisent. Ce nouveau rapport au temps favorise l'éclectisme culturel qui devient matériellement davantage envisageable (Octobre, 2009).

Par ailleurs, le fonctionnement même des outils numériques (architecture reproductrice, logiciels libres, contenus autoproduits) redéfinit l'ensemble de la chaîne de légitimation des produits culturels. Les moyens de discrimination des contenus savants et des contenus populaires deviennent plus incertains. Il convient toutefois d'observer que des instruments de labellisation (ne serait-ce que la propriété des sites web ou les caractéristiques des producteurs de contenu) qui prennent appui sur la légitimité de certaines institutions existent déjà, notamment en matière d'information en santé (Romeyer, 2012). La multiplication des produits culturels en ligne entraîne, en l'absence d'institutions de légitimation de ces contenus, un accroissement du fonctionnement en réseaux (ou communautés) de consommateurs. Les sociabilités de réception deviennent alors déterminantes pour

l'acquisition des préférences culturelles, l'on passe d'un mode statutaire de transmission culturelle à un mode relationnel.

Ces nouveaux modes de consommation culturelle mettent en relief une forme de « désinstitutionnalisation » des consommations culturelles (Octobre, 2008 ; 2017). Notamment, l'école et les institutions culturelles ne détiennent plus le monopole de l'accès aux produits culturels, ni le monopole de la légitimation des consommations culturelles. La « crise du programme institutionnel de l'école » (Dubet, 2010) est à la fois une crise des mécanismes de la transmission culturelle, une crise du statut des intermédiaires et une crise des contenus. Le développement de modes d'accès aux contenus culturels et aux savoirs qui concurrencent l'école fait apercevoir l'importance des intermédiaires pour la diffusion des produits culturels (Roueff, 2010b ; Jeanpierre & Roueff, 2014). Dans la perspective de transposer le cadre d'analyse développé dans *La Reproduction* (Bourdieu & Passeron, 1970) à la diffusion de savoirs en partie non-scolaires et acquis en dehors des cadres de l'école (les éléments constitutifs de la puériculture savante), la question des « systèmes d'intermédiation » est cruciale.

L'intermédiation désigne l'ensemble des pratiques de contrôle des conditions et des effets de la réception des biens culturels destinées à réduire l'incertitude relative au succès des produits culturels. Quatre types d'activité peuvent être distingués. Les activités qui consistent à anticiper les catégories d'appréciation de la réception de sorte à les faire intervenir dans le processus de fabrication des produits. Les activités qui consistent à prescrire sur un temps long les catégories d'appréciation de la réception : les formes légitimes d'expérience. Les manières de consommer ayant vocation à être incorporées. Les activités consistant à orienter en aval la réception, principalement au moyen de techniques de marketing au sens large. Enfin, les pratiques destinées à capter les effets de la réception (Roueff, 2014). La décomposition en activités d'intermédiation permet de mettre au jour l'intérêt d'une approche par les espaces d'intermédiation plutôt que par les intermédiaires eux-mêmes. L'analyse se concentre alors sur la division du travail de production et de diffusion des recommandations en matière de diversification alimentaire (Roueff, 2014). Dans une telle perspective, un « système d'intermédiation » désigne « un état stabilisé de la division du travail de contrôle des conditions et des effets de la réception » des produits culturels.

Plan de la thèse

Afin de répondre à la problématique que nous nous sommes fixée, nous proposons un plan en trois parties. La première partie est consacrée aux conditions de production et de diffusion des recommandations médicales en matière de diversification alimentaire. L'intérêt de cette section est double, nous défendons l'hypothèse que les conditions de production de la diététique savante influencent les possibilités de son appropriation. Dans cette perspective, analyser les déterminants de son évolution historique permet de dégager le poids relatif des institutions (recherche médicale, secteur agroalimentaire) ayant influencé son processus de formation. Ce travail permet d'objectiver ce qui relève de la force sociale d'une recommandation, pour son maintien, son apparition, son abandon, et ce qui a trait à sa « vérité scientifique » (dont les procédures de falsification, de validation sont en partie socialement construites). Par ailleurs, cette partie permet aussi de dégager des voies d'interprétation de certaines des régularités statistiques observées dans la suite de la recherche, de formuler des hypothèses relatives aux conditions d'appropriation des recommandations en matière de diversification alimentaire.

Cette première partie de la thèse procède de l'analyse d'un large corpus documentaire, composé de publications scientifiques, de publications à destination des parents et des échanges tenus en 2011 sur le principal forum en ligne consacré à la puériculture. Ce corpus est divisé en trois ensembles de données correspondant chacun à un espace d'intermédiation entre les principes de la puériculture savante et les destinataires de cette culture. Afin, de reconstruire ces espaces, nous recourons à des techniques d'analyse de réseau et d'analyse géométrique des données. Ces méthodes ont pour fonction de tenir compte, quoi que différemment, des effets de structure, notamment en délimitant des oppositions. Ce qui les rend compatibles avec une « science sociale relationnelle » (Duval, 2013), telle celle que nous mobilisons comme cadre d'analyse.

Dans le chapitre 1, afin d'objectiver les relations entre les différents institutions et individus qui participent à la production ainsi qu'à la diffusion des recommandations en matière de diversification alimentaire, on construit, au moyen des signatures des publications scientifiques du corpus, le réseau des collaborations entre experts (médecins et chercheurs) intéressés à la nutrition pédiatrique. On met en rapport ce réseau avec les appartenances institutionnelles des experts et les recommandations en matière de diversification alimentaire

qu'ils formulent. On constitue ainsi la nutrition pédiatrique en sous-espace du champ médical. Concrètement, nous montrons que, d'une part, les luttes pour le monopole de l'autorité scientifique à l'intérieur de l'espace de la recherche en nutrition pédiatrique (sous-tendues par les appartenances institutionnelles et disciplinaires des chercheurs), d'autre part, les demandes particulières des pouvoirs publics (d'encadrement des pratiques de la population) et des industriels (de connaissance des habitudes des consommateurs), adressées aux experts de l'alimentation infantile (médecins et chercheurs), révèlent la dimension arbitraire (l'incertitude et la variabilité) des recommandations médicales en matière de diversification alimentaire.

Dans le chapitre 2, au moyen du corpus de documents de puériculture adressés aux parents, nous reconstruisons une partie de l'espace normatif auquel les parents de jeunes enfants ont été confrontés en 2011 (année de naissance des enfants *Elfe* dont les consommations alimentaires sont étudiées dans les parties II et III de la thèse). Nous mettons en rapport les discours et recommandations contenus dans ces documents avec le type des documents et certaines propriétés de leurs auteurs. On met ainsi au jour les différents enjeux sociaux et dimensions de la diversification alimentaire. Nous montrons, qu'en raison de stratégies de positionnement éditorial et de qualité des auteurs, les supports de puériculture ne véhiculent pas les mêmes normes, n'insistent pas sur les mêmes dimensions de la diversification alimentaire bien qu'ils diffusent majoritairement les mêmes recommandations. En outre, ces supports moralisent le travail de puériculture en construisant des figures de la déviance parentale.

Dans le chapitre 3, au moyen des discussions s'étant déroulées sur le premier forum francophone en ligne dédié au maternage, nous analysons la manière dont les recommandations médicales en matière de diversification alimentaire peuvent être réappropriées par les parents. Nous montrons certains des mécanismes de diffusion des éléments constitutifs d'une culture savante dans des espaces profanes. La réception par les parents des recommandations médicales en matière de diversification alimentaire peut ainsi prendre la forme d'une appropriation des recommandations dominantes (très diffuses), d'une appropriation des recommandations médicales dominées au motif de leur nouveauté ou d'une mise à distance, parfois très critique, des recommandations médicales en matière de diversification alimentaire voire de la résistance au principe même d'une puériculture médicalisée. Dans la partie II, on recherche notamment le marquage social de ces attitudes.

Dans la seconde partie de la thèse, nous nous intéressons à la réception socialement différenciée des recommandations médicales. L'enjeu est ici de montrer comment peuvent s'articuler les systèmes de dispositions des parents, constitués pendant la socialisation scolaire, et les « modèles de puériculture » des mères, la forme de leur investissement dans la recherche d'information en matière de puériculture, pour expliquer les consommations alimentaires des enfants durant la prime enfance. Nous essayons de montrer que la socialisation scolaire des mères influence la forme de leur socialisation au maternage (la manière dont elles apprennent leur métier de mère) et conditionne leur réception des recommandations médicales en matière de diversification alimentaire. Nous explicitons ainsi les conditions sociales de conformité aux principes d'une culture savante : la puériculture médicalisée.

Cette deuxième partie de la thèse repose sur l'analyse des données de l'Étude longitudinale française depuis l'enfance (Elfe). Cette enquête recueille des informations sur la totalité des nouveau-nés, en 2011, d'un échantillon aléatoire de 349 maternités en France métropolitaine. L'unité statistique longitudinale est l'enfant. L'échantillon final est constitué d'environ 18 300 nourrissons, soit 1/42ème des naissances métropolitaines. L'enquête aborde une pluralité de thématiques notamment en rapport au développement, à la santé et à l'alimentation du nourrisson, elle fournit, en outre, le détail des caractéristiques sociodémographiques des parents et des propriétés socioéconomiques du ménage. Nous utilisons quatre des outils de collecte de l'étude : le questionnaire en maternité, le questionnaire aux deux mois de l'enfant, le questionnaire auto-administré relatif aux habitudes alimentaires de la mère durant sa grossesse et le questionnaire fréquentiel de suivi de la diversification alimentaire de l'enfant.

L'analyse développée dans la deuxième partie de la thèse repose principalement sur la comparaison de modèles log-linéaires qui explicitent l'association entre les caractéristiques sociales des parents et l'introduction des différents aliments dans le régime de l'enfant. Un modèle log-linéaire est une manière de synthétiser les *odds ratio* d'une table de contingence, suivant différentes spécifications qui cherchent à concilier précision de la description des données et parcimonie du modèle. La modélisation log-linéaire est une technique d'analyse des données multidimensionnelles qui présente plusieurs avantages, tant au niveau technique qu'interprétatif. Ce type de modèle permet d'explicitier simultanément la significativité et l'intensité de l'ensemble des interactions entre les variables de la table de contingence. En

outre, ce type de modélisation respecte la logique d'une interprétation en termes de processus de socialisation. En effet, les variables utilisées pour saisir les effets de position sociale (la PCS du père), de dispositions scolairement acquises (le niveau de diplôme de la mère) et de « modèles de puériculture » renvoient à des moments de socialisation différents dont il paraît plus pertinent de mesurer les effets d'interaction que les effets propres.

Dans le chapitre 4, nous analysons les modalités d'accès des mères aux recommandations médicales (la forme de leur investissement dans la recherche d'information en matière de puériculture). Il apparaît que la relation au médecin suivant l'enfant peut s'interpréter sur le mode des conditions sociales d'une division du travail de puériculture entre parents et professionnels de santé. La position des ménages dans la stratification socioprofessionnelle et le niveau de diplôme des mères déterminent leur rapport aux professionnels de santé. Cependant, les médecins ne constituent pas les seuls pourvoyeurs de conseils en matière de puériculture, on recherche donc les conditions sociales de recours aux différents supports de puériculture (manuels, articles de presse spécialisée, sites web, parents, proches). On en tire quatre modèles de puériculture socialement situés qui renvoient en partie aux modèles mis au jour par S. Gojard (2010).

Dans le chapitre 5, on montre que la conformité aux recommandations médicales de l'alimentation des nourrissons est fonction de l'interaction entre le niveau de diplôme de la mère et des conditions de sa socialisation au maternage (notamment, ses pratiques de recherche d'information et de conseils en matière de diversification alimentaire). Ainsi, la réception d'une culture savante (la puériculture médicalisée) apparaît dépendre autant du rapport entretenu, par les parents, à la médecine comme système abstrait qu'au rapport qu'ils entretiennent aux représentants de ce système (les médecins et professionnels de santé), ces rapports étant construits principalement durant la carrière scolaire.

Dans le chapitre 6, nous analysons les conditions sociales auxquelles les parents tiennent compte des caractéristiques physiques de l'enfant supposées, selon les instances médicales, conditionner son alimentation durant la prime enfance. Par ce biais, nous analysons la propension des parents à mobiliser les catégories savantes d'identification de la normalité infantile conformément aux attentes des instances médicales. Bien que la très grande majorité des parents se conforment aux calendriers de diversification, il apparaît également qu'ils

s'approprient différemment et de manière non-conforme ces logiques d'identification de la normalité infantile.

Enfin, dans la troisième partie de cette thèse, nous abordons l'analyse des déterminants de l'alimentation infantile n'étant pas directement liés à la réception des recommandations médicales. Cette recherche est motivée, d'une part, par le constat de la faible fréquence d'une diversification conforme à la diététique savante dans l'échantillon, d'autre part, par la relative imperfection de l'homologie structurale entre l'espace des positions sociales des parents enquêtés et celui de leurs pratiques effectives. Les styles de diversification non-conformes observés semblent cependant intelligibles, à condition de rompre avec une approche trop légitimiste des pratiques alimentaires qui ne peut prendre en considération (comme modèle de désirabilité pour les individus) que l'espace des valeurs diététiques savantes mis en forme par les appareils de diffusion les plus officiels de l'institution médicale (y compris pour les recommandations les plus univoques ou les plus stables). On inclut alors dans l'analyse les consommations alimentaires des mères durant le troisième trimestre de grossesse. Ces consommations se structurent selon deux dimensions, l'une renvoie aux rapports des mères aux normes diététiques dominantes, l'autre à leurs préférences sapides (plutôt sucrées ou plutôt salées).

La troisième partie de la thèse, comme la deuxième partie, repose sur l'analyse des données *Elfe*, au moyen de modélisations log-linéaires et de tableaux de contingence.

Dans le chapitre 7, on analyse les conditions de sexuation de la diversification alimentaire. Nous mettons en rapport les caractéristiques sociodémographiques des parents mais également la forme de la division du travail domestique et du travail parental dans le foyer avec l'alimentation des enfants selon leur sexe. Nous montrons que le sexe de l'enfant n'a d'effet sur la diversification alimentaire que dans les familles appartenant aux catégories sociales intermédiaires et n'influence pas la consommation de produits gras ou caloriques. La sexuation de la diversification alimentaire doit alors s'interpréter comme le produit à la fois de définitions traditionnelles du féminin et du masculin ainsi que de considérations de santé.

Dans le chapitre 8, on définit les habitudes et préférences alimentaires, durant leur grossesse, des mères enquêtées. On montre que ces répertoires se structurent selon deux dimensions : le rapport de la mère à la diététique et la part des saveurs plutôt sucrées par

rapport aux saveurs plutôt salées dans ses consommations. Ces répertoires alimentaires maternels sont socialement situés, les mères plus diplômées sont plus proches des standards de la diététique dominante. En outre, elles consomment moins de produits sucrés. Par suite, on montre que chacune de ces dimensions des répertoires alimentaires maternels à un effet propre ainsi qu'un effet conditionné aux caractéristiques sociales de la mère sur l'alimentation de l'enfant durant sa première année. Il apparaît alors que la socialisation alimentaire des mères, leurs rapports intériorisés à la diététique dominante ainsi que leur expérience sensible, est susceptible d'une mise à distance différente selon leur capital scolaire et leur modèle de puériculture. On questionne ainsi, les conditions de la transmission culturelle dans le cadre de la famille.

Partie I Le sous-champ de la puériculture : production et circulation des recommandations en matière de diversification alimentaire

Introduction

Comme tendent à le montrer les recherches qui mettent en rapport offre et demande de produits culturels (Duval, 2011) ainsi que les recherches portant sur l'encadrement du travail parental (Gojard, 2010 ; Garcia, 2011), l'explicitation des conditions de la diffusion des éléments constitutifs d'une culture savante, telle la puériculture médicalisée, passe d'abord par l'analyse des luttes dans le champ de leur production ainsi que des rapports que ce champ entretient avec d'autres espaces sociaux. L'analyse des conditions de production des éléments constitutifs d'une culture savante permet alors de déterminer la manière dont se structure l'offre, qui prend la forme d'un espace normatif dans le cas de la puériculture médicalisée.

D'après le modèle des homologies structurales, de l'homologie entre les positions sociales et les prises de position, dans chaque champ, ainsi qu'entre le champ du pouvoir et l'espace social dans son ensemble découle une homologie entre l'offre produite dans un champ et la demande qui la consomme (Roueff, 2013). O. Roueff note que le caractère « grossier » des homologies structurales tient à la nature probabiliste des causalités analysées. Les positions sociales ne déterminent pas directement les prises de position mais un « espace des possibles » médiatisé par les dispositions, les schèmes de perception et d'appréciation, intériorisés au cours de la socialisation, notamment de la socialisation primaire. Le travail des intermédiaires culturels, que l'on peut étendre à tout travail d'intermédiation entre une culture et son public, est alors déterminant. Ce sont, en effet, les intermédiaires qui mettent en relation les dispositions individuelles et l'offre culturelle, qui classent les consommations et tentent d'ordonner la réception des produits culturels (Bourdieu et *al.*, 1990 ; Bourdieu, 1999 ; Bourdieu, 2000 ; Roueff, 2013).

Dans la mesure où les éléments constitutifs de la puériculture médicalisée ne sont pas systématiquement transmis par les producteurs de cette culture directement à ses destinataires, il convient d'analyser la médiatisation de ces éléments. Le travail d'intermédiation entre l'espace de la production de cette culture est l'espace de son appropriation pratique, c'est-à-

dire le travail d'encadrement des conduites de vie qui, dans la mesure où il est pris en charge par une constellation d'individus, de groupes plus ou moins organisés et d'institutions dont les intérêts ne convergent pas toujours ne peut être réduit aux seules « techniques de gouvernement » déployées par l'État. Il faut, toutefois se garder d'une interprétation trop « média-centrique », le travail journaliste, et le travail de médiatisation en général, est caractérisé par une forte dépendance à l'égard d'autres champs. Comme le montrent les recherches consacrées au journalisme économique (Champagne, 1995 ; Duval, 2004). En matière de santé, la croissance des effectifs de médecins, l'intensification de la concurrence à des degrés divers et une plus grande spécialisation constituent une série de transformations majeures du champ médical qui expliquent en partie la médiatisation des produits de ce champ (Marchetti, 2002). Une analyse de la médiatisation de la culture médicale doit donc s'accompagner d'une étude des espaces de production des produits du champ médical.

À plusieurs titres, les recommandations médicales en matière de diversification alimentaires constituent un point d'entrée pertinent pour l'étude de la diffusion de la puériculture médicalisée. Elles lient le champ médical, l'État, l'industrie alimentaire et à leur suite les parents destinataires de ces recommandations. Les recommandations à destination des parents sont, en effet, à rapprocher des recommandations de bonnes pratiques dont elles ne diffèrent que par leur formulation dans le cas de la diversification alimentaire. Elles constituent autant des outils d'encadrement du travail parental que des instruments de normalisation des pratiques médicales. L'étude de ces recommandations est alors un moyen d'étudier les incertitudes relatives à l'état des connaissances médicales et à la capacité de maîtriser ces savoirs (Light, 1979 ; Gerrity et al., 1992 ; Castel, 2006). L'étude des recommandations pour la pratique clinique est également propice à l'explicitation des relations concurrentielles dans le champ médical (Halpern, 1992).

Dans cette partie, nous étudions donc les conditions de production et de médiatisation des recommandations médicales en matière de diversification alimentaire. Par ailleurs, les éléments constitutifs d'une culture savante – telles les recommandations médicales – sont susceptibles de réappropriations selon les caractéristiques sociales des groupes et des individus à qui elles sont destinées. Notamment, les sociabilités de réception constituent des espaces sociaux et relationnels (Pasquier, 2009 ; Lizé & Roueff, 2010) dans lesquels les éléments constitutifs d'une culture savante peuvent être réinterprétés collectivement et au sein desquelles des cultures concurrentes ou de mise à distance de la culture savante peuvent se

développer. Dans le chapitre 3, nous traitons alors des formes de réappropriation des recommandations médicales en matière de diversification alimentaire.

Le chapitre 1, est consacré à l'étude du rapport entre la structuration de l'espace de la recherche francophone en nutrition pédiatrique et l'état des recommandations médicales en matière de diversification alimentaire. Au moyen d'un large corpus de publications scientifiques et de données complémentaires, nous analysons les luttes internes et les demandes extérieures qui structurent cet espace et leurs influences sur la formulation des recommandations médicales en matière de diversification alimentaire.

Le chapitre 2 traite des conditions de médiatisation des recommandations médicales en matière de diversification alimentaire. Une analyse de contenu sur un corpus de documents (manuels de puériculture, articles de la presse spécialisée, publications institutionnelles) à destination des parents permet d'explicitier les conditions de médiatisation ainsi que de reformulation des recommandations médicales en matière de diversification et ainsi d'esquisser l'espace normatif auquel une part des parents de jeunes enfants est confrontée.

Le chapitre 3 se concentre sur l'étude d'un espace de diffusion et de réappropriation des recommandations en matière de diversifications alimentaires. Nous analysons une année d'échanges, entre des mères autour du sujet de la diversification alimentaire, sur le premier forum en ligne francophone dédié au maternage. Nous montrons ainsi les conditions de circulation des recommandations médicales en matière de diversification alimentaire dans un espace profane et précisons quelques-unes des formes de réappropriation de ces recommandations.

Chapitre 1 La constitution des recommandations médicales en matière de diversification alimentaire

Introduction

La pédiatrie et l'allergologie sont les disciplines médicales les plus intéressées à la recherche en nutrition pédiatrique. L'espace de la recherche en nutrition pédiatrique peut être analysé comme un sous-espace des champs scientifique et médical. Notamment, pour les autres spécialités que la médecine générale (Levasseur & Schweyer, 2003) auxquelles appartiennent la pédiatrie et l'allergologie, la mission de recherche est l'élément prépondérant dans l'appréciation des aptitudes des candidats à une carrière hospitalo-universitaire (Mattei et al., 1997). Selon Pierre Bourdieu (1976), le champ scientifique est l'espace des luttes sociales (matérielles et symboliques) pour le monopole de « l'autorité scientifique », qu'on peut également appeler « compétence scientifique ». L'autorité scientifique consiste principalement à pouvoir imposer les manières légitimes, c'est-à-dire reconnues comme telles par les savants, de pratiquer la science.

Patrice Pinell (2009), dans une approche qui s'inscrit explicitement dans la continuation des travaux de Bourdieu, fait la genèse du champ médical. Dans cette perspective, la production des pratiques et des savoirs médicaux peut être rapportée aux positions qu'occupent les producteurs (les individus impliqués dans le champ, essentiellement les médecins mais pas uniquement) ainsi qu'à la structure de leurs relations objectives (les rapports de force et les rapports symboliques). Selon Pinell, le champ médical, au début du XIX^e siècle, s'est d'abord constitué en trois espaces en interaction. Premièrement, l'espace dominant de la médecine clinique qui se fonde sur la réorganisation de l'hôpital comme lieu de soin, d'enseignement et de recherche (Foucault, 1963 ; Ackerknecht & Bateau, 1986) ainsi que sur le paradigme *anatomo-clinique* qui « circonscrit la maladie à son siège dans le corps ». Ce premier espace se compose de trois sous-espaces distincts : le sous-espace hospitalier qui est le pôle de production de la médecine *anatomo-clinique*, le sous-espace de la médecine libérale qui regroupe les praticiens et le sous-espace universitaire dominé par l'hôpital qui sélectionne et forme l'élite médicale de l'époque *via* l'internat. Deuxièmement, l'espace dominé de la médecine sociale apparue en France au XVIII^e siècle (Foucault, 1994 ;

Faure & Hildreth, 1997) dont la discipline phare était l'hygiène. Enfin, l'espace des sciences accessoires constitué par les disciplines scientifiques « utiles » à la médecine, *i.e.* déterminées comme telles par la Faculté de médecine. La situation de la Faculté de médecine au croisement du champ médical et du champ universitaire illustre la complexité de la position des médecins cliniciens. L'émergence de la médecine biologique, annonciatrice de la médecine contemporaine, trouve sa matrice dans le rapprochement de la médecine clinique et des sciences accessoires au sein de la Société de biologie, notamment. L'émergence de la médecine biologique laisse toutefois relativement intacte la position dominante des médecins hospitalo-universitaires et la position dominée des médecins-chercheurs en laboratoire ou à l'hôpital (Pinell, 2009). Si les rapprochements sont possibles, ils restent rares du fait de l'activité des cliniciens qui consacrent une part importante de leur temps à leurs clientèles privées (Jamous, 1967 ; Pinell, 1992).

La médecine du XX^e siècle est marquée par le développement d'une approche fondée sur des données scientifiques validées, dans laquelle la décision médicale s'appuie davantage que par le passé sur des « preuves » et moins sur l'expérience et le jugement subjectif des médecins (Berg, 1995 ; 1997). La « médecine des preuves », qui émerge dans les années 1980, repose sur l'approche expérimentale et agnostique des objets médicaux. Les deux outils qu'elle mobilise principalement sont l'essai clinique randomisé et les recommandations pour la pratique clinique (Castel & Dalgarrondo, 2005). Les recommandations pour la pratique clinique constituent, avec les références médicales opposables, un élément central de la standardisation des pratiques médicales à l'échelle mondiale (Weingarten, 1997). En tant que préceptes de « bonnes pratiques » (Matillon, 2000), elles visent à éliminer les actes médicaux jugés inutiles ou inadéquats par les instances qui promeuvent ces recommandations de bonnes pratiques, telles les sociétés savantes (Castel & Merle, 2002).

Ces recommandations constituent des instruments de professionnalisation au sens où elles atténuent les risques de déprofessionnalisation inhérents aux modes d'exercice de la médecine et aux évolutions de la science (Trépos & Laure, 2010). Pour Freidson (2001), les médecins constituent une « profession » du fait de leur « autonomie technique », or les recommandations de bonnes pratiques contribuent d'une certaine manière à minimiser les risques, d'une part, de perte d'autonomie du corps médical (leur élaboration par des médecins diminue les risques d'instrumentalisation de la médecine par d'autres groupes sociaux, par exemple), d'autre part, d'affaiblissement du monopole de la médecine instituée (Trépos,

2006). Les conditions de constitution de ces recommandations de bonnes pratiques constituent un objet pertinent pour l'analyse des relations concurrentielles à l'intérieur de la recherche clinique (Bucher & Strauss, 1961 ; Halpern, 1992). De plus, l'étude de ce processus de constitution des recommandations permet d'explicitier la participation d'individus, de groupes et d'institutions hors du champ scientifique à la production de l'expertise médicale (comme cela a déjà été fait de manière différente : Chateauraynaud & Torny, 1999 ; Dodier, 2003) mais également les contraintes non-scientifiques que supporte le travail d'expertise, qui ont été plus rarement analysées (Gilbert, 2003).

Dans cette recherche, nous étudions les recommandations de bonnes pratiques formulées par les sociétés savantes, intéressées par la nutrition pédiatrique, d'envergure européenne (Société Européenne de Gastroentérologie, Hépatologie et Nutrition Pédiatrique) ou nationale (Société française de pédiatrie) ainsi que les recommandations concurrentes ou complémentaires proposées par les chercheurs (spécialistes de nutrition pédiatrique) qui discutent la pertinence des recommandations des sociétés savantes. Plus précisément, ce premier chapitre prend pour objet l'évolution, entre 1960 et 2015, des recommandations médicales en matière de diversification alimentaire tel qu'elles se donnent à voir dans les publications scientifiques de langue française et, dans une moindre mesure, sur les emballages des aliments industriels de diversification (les aliments en pots pour bébés). L'intervalle temporel retenu permet de mettre au jour certaines des dynamiques sociales qui façonnent l'espace de la recherche médicale en nutrition pédiatrique et d'envisager sa structure à un instant déterminé - tel le moment de la médiatisation de recommandations de santé - comme une forme cristallisée d'un état transitoire des rapports de force dans cet espace social (Bourdieu, 1975, p. 100).

Les recommandations formulées, le plus souvent en conclusion, dans les articles scientifiques et les chapitres d'ouvrage paraissent destinées à des professionnels de santé capables de les retraduire en termes profanes et de les diffuser à un public plus large. Elles apparaissent le plus souvent ajustées aux pratiques de puériculture des parents observées, de manière plus ou moins équipée, au moyen d'enquêtes prospectives. Pour cette double raison, on considère que les chercheurs intéressés à la nutrition infantile, qui produisent des savoirs et des recommandations en matière de puériculture, effectuent également en partie un travail d'intermédiation.

La question centrale de ce chapitre peut se formuler ainsi : comment des mécanismes sociaux (intriqués dans les logiques du travail scientifique) contribuent à la constitution des recommandations médicales en matière de diversification alimentaire ? Pour apporter des éléments de réponse à cette question, dans une première sous-partie, on cherche l'effet de la division du travail à l'intérieur de l'espace de la recherche en nutrition pédiatrique sur la production des recommandations médicales en matière de diversification alimentaire. Le champ de la recherche médicale n'étant que relativement autonome (et en interaction avec d'autres espaces sociaux), on étudie, par suite, trois manières dont l'industrie de l'alimentation infantile et ses représentants contribuent à définir les recommandations médicales. Enfin, tenant compte du caractère particulier des recommandations – qui sont des messages adressés à des destinataires au sujet desquels les locuteurs forment des représentations – on examine l'association entre évolution des pratiques parentales observées par les chercheurs et les médecins et formulation des recommandations médicales en matière de diversification alimentaire.

Données

Principes de construction des différentes bases de données

Ce chapitre mobilise plusieurs jeux de données, construits pour la majorité au moyen d'un même corpus d'articles scientifiques. On a sélectionné tous les articles, parus dans une des 3500 revues académiques référencées par le moteur de recherche *ScienceDirect*¹, entre décembre 1969² et décembre 2015 inclus, contenant les termes « diversification alimentaire » dans leur titre, leurs mots clefs ou leur résumé. Cette méthode conduit à compiler essentiellement des articles de langue française publiés dans des revues telles les *Archives de Pédiatrie*, le *Journal de Pédiatrie et de Puériculture*, la *Revue Française d'Allergologie et d'Immunologie* ou les *Cahiers de Nutrition et de Diététique* (voir le tableau 1.4.1 *liste des revues académiques du corpus*, en annexe du chapitre 1). Un tel corpus présente l'avantage de pouvoir être facilement soumis à des analyses textuelles automatisées tout en demeurant représentatif de l'espace social de la recherche française en nutrition pédiatrique. La médecine clinique (à laquelle appartiennent les études en matière de nutrition infantile) est une

¹ <http://www.sciencedirect.com/>

² Nous avons cherché à avoir le recul le plus important possible en matière d'évolution des recommandations médicales. La base utilisée ne propose pas de références avant cette date.

discipline peu internationalisée (Gingras, 2002, p. 35). Cela signifie que les scientifiques français qui s'intéressent à la diversification alimentaire collaborent relativement peu avec des spécialistes étrangers. L'alimentation portant une forte empreinte culturelle, ce phénomène est amplifié concernant l'objet circonscrit de la nutrition infantile. Toutefois, l'analyse a montré que les articles du corpus font massivement référence à des travaux de langue anglaise. La citation de résultats apparaît, alors, comme le mode de prise en compte privilégié des travaux étrangers.

Ainsi, 684 textes (articles de revues académiques, actes de colloques, chapitres d'ouvrage) traitant de diversification alimentaire ont été publiés, entre 1969 et 2015, dans les ouvrages et revues académiques référencés sur *ScienceDirect*. 1547 auteurs ont contribué à rédiger ces travaux. Il s'agit, pour la plupart, d'articles de synthèse, mais aussi de travaux de recherche originaux, de recommandations de bonnes pratiques ou, dans une moindre mesure, de mises au point. Parmi ces textes, se trouve également l'ensemble des communications (transcrites sous forme écrite) ayant eu lieu lors des Congrès de Pédiatrie annuels de la Société Française de Pédiatrie en association (SFP) avec l'Association des Pédiatres de Langue Française.

Afin d'objectiver la structure relationnelle de l'espace de la recherche française en nutrition pédiatrique, on a créé une table relationnelle mettant en lien chaque texte du corpus avec chacun de ses auteurs (chercheur, médecin), la revue dans laquelle il a été publié le cas échéant et son année de publication. Au moyen de cette table, ont été construits deux graphes associés à deux bases de données qui contiennent les caractéristiques structurelles³ respectivement de chaque auteur et de chaque article, qu'on dénomme ci-après « graphe des auteurs », « base auteurs », « graphe des articles », « base article ».

Pour le graphe des auteurs, les sommets du graphe (ou nœuds du réseau) sont les chercheurs et médecins qui ont signé les différents textes. Un lien entre deux auteurs signifie qu'ils ont coécrit un texte (article, chapitre d'ouvrage), portant sur la diversification alimentaire, paru dans une des revues ou un des ouvrages du corpus. Les liens sont pondérés : plus les *cosignatures* entre deux auteurs sont fréquentes, plus le lien est intense (épais sur les représentations du graphe). La relation ainsi établie entre deux chercheurs ne correspond pas à

³ Pour une définition des notions et outils utilisés dans le chapitre, voir en annexe le point 1.4.1. *Éléments de théorie des graphes mobilisés*.

un lien de subordination, elle n'opère pas dans un sens plus que dans l'autre⁴ ; le graphe est dit non-orienté. L'apparition d'une collaboration constitue un évènement positif, facile à appréhender dans les limites des données disponibles. L'abandon d'une telle interaction n'est pas aussi aisément saisissable, l'absence de coproductions scientifiques ne traduisant pas nécessairement une absence de relation de travail. Le réseau étudié est, donc, croissant entre 1969 et 2015 et les liens tissés sont considérés effectifs de leur apparition jusqu'à la fin de cette période. Dans la base auteurs, les individus statistiques (les lignes du tableau) sont les auteurs et les variables (les colonnes du tableau) sont leurs caractéristiques structurelles, relatives à la position qu'ils occupent au sein du réseau des collaborations scientifiques. Pour le graphe des articles, les sommets du graphe sont les textes. Un lien s'établit entre deux textes s'ils partagent au moins un auteur. Tous les textes qu'un auteur a signés, ou cosignés, sont donc liés les uns aux autres, un texte cosigné par plusieurs auteurs est lié à chacun des autres textes que ces auteurs, considérés indépendamment, ont signé, ou cosigné. Les liens sont pondérés et le réseau est croissant sur la période étudiée. Aussi, dans la base article, les individus statistiques sont les articles et les variables sont leurs caractéristiques structurelles.

Afin d'étudier le contenu de l'ensemble des textes, articles scientifiques, chapitres d'ouvrages, actes de colloques (n=684), le corpus a été mis en forme de manière à pouvoir être soumis à une analyse textuelle, au moyen du logiciel IRaMuTeQ⁵. Une analyse *lexicométrique*, c'est-à-dire un comptage de chaque forme lexicale⁶ employée, effectuée sur le titre, le résumé et les mots clefs (quand ils étaient disponibles) des textes du corpus a permis de construire un tableau lexical entier qui croise les formes lexicales et les textes : 667 textes analysés⁷, 116382 occurrences, 12804 formes, environ 174 occurrences par texte. Par suite, est généré un tableau lexical agrégé, c'est-à-dire un tableau de contingence (ou une juxtaposition de tableaux de contingence), qui croise les formes du corpus avec des variables préalablement définies et associées aux textes. On utilise des variables tirées des bases auteurs

⁴ La méthode retenue rend compte, préférentiellement, de la structure relationnelle de la communauté francophone des chercheurs en nutrition pédiatrique et néglige les rapports de subordination, non pas qu'ils ne sont pas déterminants mais ils ne se laissent pas voir aussi aisément que les coopérations. Par ailleurs, les articles étudiés diffèrent davantage dans leurs interprétations et recommandations que dans leurs sources. Par conséquent, les positions des chercheurs dans le sous-champ scientifique considéré s'appréhendent plus justement à l'aune du système des collaborations que de celui des citations.

⁵ <http://www.iramuteq.org/>.

⁶ Dans cette analyse les formes lexicales correspondent simplement aux termes utilisés non lemmatisés. C'est-à-dire, à titre d'exemple, que « carence » et « carencé » sont considérés comme deux formes distinctes qui pourront toutefois être agrégées dans d'autres analyses par la suite.

⁷ Certains textes ne comportaient ni mots clés, ni résumé.

et articles ; notamment l'année de publication du texte et certaines des caractéristiques structurelles et institutionnelles des auteurs.

Deux ensembles de variables pour appréhender l'évolution des recommandations en matière de diversification alimentaire

Au moyen du tableau lexical agrégé, produit de l'analyse *lexicométrique* des titres, mots clefs et résumés des articles du corpus, on construit la distribution d'un certain nombre de termes d'intérêt renvoyant aux risques potentiels d'une alimentation infantile non-conforme aux recommandations savantes, aux apports nutritionnels recommandés ou encore aux vertus de certains aliments, telles les formes « allergie », « carence », « vitamine(s) », « sucre », « omégas », etc. Cela permet d'identifier ainsi les objets de recherche des articles et des auteurs étudiés, ainsi que leur évolution dans le temps.

En complément, nous avons effectué une analyse de contenu des articles du corpus traitant expressément des modalités pratiques de l'allaitement, de l'introduction des aliments lors de la première année de l'enfant et des allergies alimentaires (n=217). Ils portent principalement sur le contenu et la distribution des recommandations concernant l'âge d'initiation de la diversification alimentaire, l'introduction du sel, l'introduction du sucre, l'introduction du gluten, l'introduction des matières grasses, la progressivité de la diversification et l'utilisation des aliments industriels de diversification.

Enfin, la question de l'autonomie relative du sous-espace de la recherche médicale en nutrition pédiatrique soulève la problématique de ses liens avec d'autres espaces, tel celui du marché et de la production agroalimentaire. En effet, la construction de recommandations nutritionnelles, de bonnes pratiques et de consommations semble indissociable de l'offre marchande de produits alimentaires. Dans le but de comparer l'évolution des recommandations médicales et celle de l'étiquetage industriel, on collecte les conseils de consommation et allégations de santé figurant sur les emballages d'un échantillon d'aliments industriels de diversification commercialisés entre 1960 et 2012 : 52 affiches promotionnelles et photographies d'étiquettes de petits pots des 7 principales marques distribuées en France sur cette période, soit les informations d'étiquette de 148 produits⁸. Cet échantillon, sans être

⁸ Ces photographies ont été consultées en ligne, sur le site eBay <http://www.ebay.com/>, et les informations collectées manuellement.

représentatif, donne une approximation de l'évolution du contenu de l'étiquetage industriel qui renseigne certaines des tendances argumentaires et marketing du secteur des aliments industriels de diversification.

1.1. La distribution de l'autorité scientifique

Dans cette sous-partie, on interroge la structuration des relations entre les chercheurs et ses liens avec l'évolution de la division du travail scientifique et l'évolution des objets d'intérêts dans cet espace. Si la nature du matériau étudié ne permet pas d'établir de causalité formelle, l'ordre chronologique des évènements constitue un indice pertinent du sens de la corrélation entre évolution de la structure du réseau et évolution des recommandations et du poids des termes d'intérêt dans le corpus. Le réseau des collaborations scientifiques – saisi au moyen des signatures conjointes d'articles de revues académiques ou de chapitres d'ouvrages scientifiques – constitue une forme objectivée des interactions dans un espace social fondé sur un intérêt de recherche commun (la nutrition pédiatrique). La compréhension de la morphogenèse de ce réseau, c'est-à-dire de sa forme et de son évolution (Degenne, 2004), constitue une question préliminaire à l'analyse de « processus sociaux sous-jacents » (Roth, 2008, p. 523), telle la fabrication de savoirs consensuels (Bourdieu, 1991). Sans réduire les « relations objectives » entre les médecins et chercheurs à l'intérieur de l'espace de la recherche en nutrition pédiatrique à leurs interactions formelles (collaborations ou controverses), il est intéressant d'analyser la forme et l'évolution de l'ensemble des liens de collaboration entre les chercheurs de l'échantillon sur la période considérée (graphe des auteurs, graphe des articles) en tant que produit de ces relations objectives, c'est-à-dire de l'état des rapports de forces et des rapports symboliques dans l'espace de la recherche en nutrition pédiatrique (Bourdieu, 1971).

1.1.1. La structure relationnelle de la recherche en nutrition pédiatrique en 2012 : un « club huppé »

Afin d'objectiver la structure relationnelle de l'espace de la recherche francophone en nutrition pédiatrique en 2012, on étudie d'abord les caractéristiques du graphe des auteurs, notamment la distribution de quatre indicateurs structurels : le degré des auteurs, leur

centralité d'intermédiarité, leur coefficient de *clustering*, et leurs occurrences (voir 1.4.1. les éléments de théorie des graphes mobilisées, annexe du chapitre 1).

Le graphe des auteurs (1969-2012) se compose de 299 composantes connexes, c'est-à-dire des sous-graphes qui ne sont pas liés les uns aux autres. La composante principale pèse 19,3% du graphe (230 auteurs), l'essentiel du reste du graphe (70% des auteurs, soit 847 chercheurs) est fait de 184 composantes connexes, principalement des *cliques* fermées, c'est-à-dire des chercheurs collaborant exclusivement les uns avec les autres, qui pèsent chacune entre 1% et 2% du graphe. Enfin, on dénombre 114 singletons (9,6% du graphe) ; des auteurs qui ne cosignent jamais de texte, dont les autres caractéristiques sont assez variables. Sur la base des signatures, l'organisation de la recherche francophone en nutrition pédiatrique apparaît relativement éclatée ; on peut faire l'hypothèse que cette structure relationnelle reflète en partie l'état des relations objectives entre les différents auteurs intéressés par l'objet. Il convient alors de chercher à interroger les conditions et les effets de cette structuration particulière de l'espace considéré sur la forme des recommandations médicales en matière de diversification alimentaire.

La distribution du degré – du nombre d'arêtes des différents sommets du graphe, c'est-à-dire le nombre de collaborateurs que chaque auteur a eu sur la période étudiée – n'est pas uniforme ; un petit nombre de sommets a un degré très élevé tandis qu'un nombre important n'est lié qu'à très peu d'autres sommets. Cette distribution est caractéristique d'un réseau au sein duquel les créations de liens sont électives. Le graphe possède un « club huppé » (Zhou et Mondragón, 2004, p. 2), c'est-à-dire qu'une part importante des sommets de forts degrés – les scientifiques qui ont à leur actif de nombreuses collaborations avec des auteurs différents – forme un sous-graphe dense (Boulet et Jouve, 2006, p. 4) à l'intérieur de la composante connexe principale.

Ces individus (les nœuds les plus volumineux et les plus sombres sur la figure 1.4.1, annexe du chapitre 1), dont on peut penser qu'ils exercent une contrainte structurale forte sur les autres nœuds du graphe, ont également d'autres caractéristiques structurelles et institutionnelles spécifiques. Leur centralité d'intermédiarité est tendanciellement bien plus élevée que la centralité d'intermédiarité moyenne du reste du graphe (tableau 1.1.1).

Tableau 1.1.1 Caractéristiques structurelles des auteurs selon l'appartenance au CNSFP

	Moyenne	Std	[Q1 ; Q3]	[min ; max]
CNSFP (n=24)				
Occurrences	7,4	5,5	[2,8 ; 10,3]	[1 ; 21]
Période d'activité	8,8	6,0	[3,5 ; 13]	[1 ; 23]
Degré	24,3	11,4	[15 ; 27,3]	[6 ; 58]
Centralité d'intermédiarité	1140,5	2308,9	[12,7 ; 1109,5]	[0 ; 9862,2]
Coefficient de Clustering	0,73	0,2	[0,6 ; 0,9]	[0,2 ; 1]
Reste du réseau (n=1167)				
Occurrences	1,3	1,4	[1 ; 1]	[1 ; 23]
Période d'activité	2,5	2,5	[1 ; 1]	[1 ; 23]
Degré	4,6	4,0	[2 ; 6]	[0 ; 27,3]
Centralité d'intermédiarité	44,6	444,7	[0 ; 0]	[0 ; 6291,2]
Coefficient de Clustering	0,75	0,4	[0,5 ; 1]	[0 ; 1]

Lecture : les membres du CNSFP ont contribué à écrire 8,1 articles en moyenne avec un écart-type de 5,7 ; un quart d'entre eux a contribué à 3,8 articles ou moins et un quart à plus de 11 textes.

Champ : tout chercheur (n=1191) ayant écrit au moins un article publié dans une des revues académiques du corpus entre 1969 et 2012.

Les individus du club huppé ont, à des degrés divers, un effet sur la connexité du graphe ; ils collaborent avec des auteurs qui seraient hors de la composante principale sans cette association. On peut penser qu'ils contribuent ainsi à organiser la division du travail de recherche en nutrition pédiatrique et à homogénéiser les cadres théoriques et hypothèses qui sous-tendent ces recherches. Ce club huppé correspond au Comité Nutrition de la Société Française de Pédiatrie (CNSFP), ses membres ont été particulièrement actifs du pont de vue de la fréquence de leurs publications et de la durée de leur activité. Presque 10 ans en moyenne séparent leur première de leur dernière publication contre moins de 2 ans en moyenne pour les autres auteurs (tableau 1.1.1). De plus, le CNSFP qui compose l'essentiel de ce « club huppé » apparaît très stable sur la période considérée ; fin 2011, 8 de ses 15 membres en font partie depuis 1997 et 4 en sont membres depuis 2003 pour 1 nouvel entrant et 2 membres intégrés en 2007. De 1969 à 2012, seulement 22 auteurs différents ont appartenu au CNSFP. Les rares controverses scientifiques dans lesquelles il a été impliqué (voir *infra*) n'ont pas eu d'incidence sur sa composition. Les médecins qui composent le CNSFP sont issus du milieu hospitalo-universitaire, ils ont accumulé du fait de ses fonctions un certain prestige sociale. Enfin, les chercheurs de ce club huppé publient préférentiellement

dans les *Archives de Pédiatrie* (AdP), première revue francophone de pédiatrie⁹, éditée par la Société française de pédiatrie.

Deux autres ensembles de chercheurs méritent particulièrement notre attention. Après les membres du CNSFP qui constituent le club huppé, les chercheurs les plus centraux structurellement et les plus interconnectés sont des allergologues (notamment trois d'entre eux) qui ont une activité comparable, sur la base des pratiques de collaborations et du rythme des publications, à celle des membres du CNSFP. Par commodité, nous y ferons référence comme « groupe des allergologues » bien que nombre d'autres chercheurs du réseau soient spécialisés en allergologie et immunologie. Ce groupe des allergologues publie massivement et préférentiellement dans la *Revue Française d'Allergologie* (RFA) et entretient des liens de collaboration avec un nombre relativement important d'autres chercheurs plus isolés structurellement. Notamment, les chercheurs les plus critiques des pratiques de l'Industrie alimentaire – souvent eux-mêmes spécialisés en allergologie – ont cosigné plusieurs articles avec les chercheurs du groupe des allergologues (nous reviendrons par la suite sur les liens entre ces proximités structurelles et la forme des recommandations). La deuxième catégorie de chercheurs très productifs sur la période considérée est composée de singletons (ou de chercheur structurellement très marginaux). Ils ont une activité relativement importante, ancienne et régulière malgré une absence de collaborations visibles, ils sont professeurs dans des Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) de grandes villes (souvent, Paris). Leur marginalité structurelle indique sans doute une posture académique particulière « en surplomb ».

L'étude dynamique du réseau montre que les caractéristiques structurelles des chercheurs semblent suivre leur position institutionnelle (et leur insertion dans les sociétés savantes) plus que l'inverse. Ainsi, les membres du CNSFP voient leur degré (le nombre d'autres chercheurs avec lesquels ils cosignent des publications) s'accroître brutalement à leur entrée dans le CNSFP¹⁰. Elle montre, également, que les composantes connexes s'agrandissent grâce à l'action d'individus centraux qui tissent des liens de plus en plus nombreux (des membres du

⁹ Selon son « facteur d'impact » depuis au moins 2008. Voir par exemple : www.scijournal.org/impact-factor-of-ARCH-PEDIATRIE.shtml ou www.journals.elsevier.com/archives-de-pediatrie (consultés en novembre 2017).

¹⁰ Au moyen de ces données et de cette méthode, nous ne sommes pas en mesure d'expliquer les conditions de l'intégration du CNSFP. Les membres entrés le plus récemment n'avaient pas, avant leur entrée au sein du comité, collaboré à la production d'articles avec les membres plus anciens du CNSFP. Les conditions de la participation à ce comité d'expert doivent alors être recherchées dans les origines universitaires, le parcours professionnel, les réseaux de sociabilité professionnelle des médecins qui y entrent. Cette question devrait faire l'objet d'une recherche qui dépasse le cadre de cette thèse.

CNSFP et du groupe des allergologues, principalement). L'action de ces individus super-centraux en termes d'intermédiation, qui n'appartiennent pas systématiquement au « club huppé » et ont en commun un certain éclectisme intellectuel¹¹, est donc décisive dans la structuration du réseau. Il s'agit d'un résultat courant en matière d'étude des réseaux de collaborations scientifiques (Newman, 2004).

1.1.2. La division du travail de recherche en nutrition pédiatrique

Afin de déterminer l'état de la division du travail de recherche dans l'espace social considéré, on examine les caractéristiques du graphe des articles. Le nombre de composantes connexes, de sous-graphes indépendants, s'élève à 298. La composante connexe principale contient 26,36% des nœuds du graphe. L'ensemble du graphe se compose d'un sous-graphe central important et de multiples composantes rejetées en périphérie. Celles-ci correspondent à des collaborations peu fréquentes (uniques, le plus souvent) entre des individus ayant passé très peu de temps dans le champ sur la période considérée (nouveaux entrants, notamment). Ce partitionnement suggère une relative indépendance intellectuelle des chercheurs hors de la composante connexe principale. Ce que confirme un premier examen des objets des articles qu'ils produisent, marginaux et peu traités sur la période¹². Pour affiner l'analyse et tenter d'en donner une représentation plus lisible, on peut s'intéresser au sous-graphe ne contenant que les articles parus dans les *Archives de Pédiatrie* entre 1991 et 2012¹³. Au moyen de techniques de partitionnement (Blondel et al., 2008), on fait apparaître cinq « communautés », cinq ensembles d'articles fortement interconnectés coécrits, au moins en partie, par les mêmes auteurs, appartenant à la composante principale.

L'étude des objets de recherche de ces communautés révèle un partage particulier des tâches scientifiques caractérisé par un lien entre éloignement de l'analyse clinique et normative de la diversification alimentaire et position structurelle des agents. La communauté centrale, qui capte la majeure partie de la connexité du réseau (qui renvoie aux articles coécrits par les membres du CNSFP), s'intéresse à la conduite de la diversification

¹¹ Au sein de la composante principale, la variété des sous-thèmes de recherche d'un scientifique, appréhendée via les mots-clefs des articles qu'il a contribué à écrire, croît avec sa centralité d'intermédiation.

¹² Des objets tels « la colonisation bactérienne » ou la « flore intestinale » éloignés des possibilités de prescriptions médicales les plus pratiques.

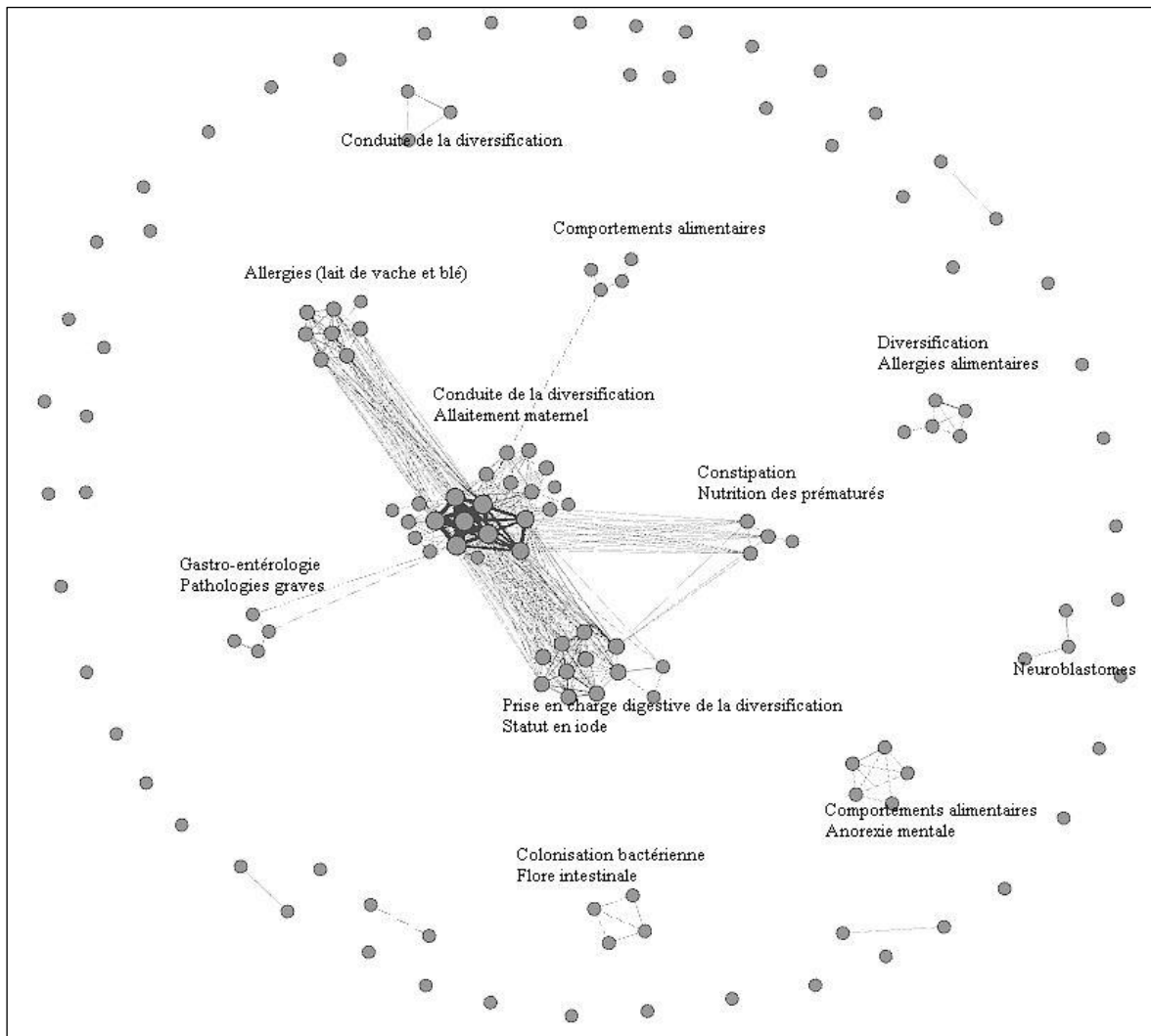
¹³ Ce choix qui peut paraître arbitraire correspond à la période au cours de laquelle ont été publiés les articles susceptibles de façonner l'espace des recommandations en matière de diversification à destination des parents de l'enquête Elfe.

alimentaire, aux risques qui y sont liés et à la promotion de l'allaitement maternel¹⁴, soit les objets les plus susceptibles de recommandations pratiques. Les quatre autres communautés qui forment la composante principale traitent, pour la plus importante structurellement, de la diversification sous l'angle de la prise en charge digestive, du statut en iode et de la mucoviscidose, pour la suivante, des allergies au lait ou au blé, pour la troisième, de pathologies graves liées à l'appareil digestif, pour la quatrième, de l'étude statistique des comportements alimentaires effectifs des nourrissons en France (Figure 1.1.1). Se dessine, donc, un continuum du général au particulier, de la prévention clinique à l'épidémiologie en passant par l'étude du pathologique. Les communautés hors de la composante connexe principale sont partagées entre d'une part, l'étude d'objets éloignés du thème général de la diversification alimentaire et concernant une population restreinte telle l'anorexie mentale chez le nourrisson. D'autre part, le traitement de problématiques très liées à la conduite pratique de la diversification alimentaire et systématiquement situées par rapport aux travaux des communautés centrales de la composante principale. L'intérêt, de la part de scientifiques hors de la composante principale, pour des sous-objets majeurs implique donc une confrontation aux recherches émanant de la communauté dominante.

Ces résultats montrent d'une part, une constellation de communautés qui gravitent autour d'une composante centrale très structurée, d'autre part, au sein de cette composante centrale, un sous-graphe connectant les unes aux autres des communautés qui seraient indépendantes structurellement sans son action. Cette organisation relationnelle du champ reflète une division du travail scientifique spécifique articulée autour d'une communauté de chercheurs dominante, concurrencée intellectuellement par des scientifiques totalisant un nombre bien plus restreint de coauteurs. Une caste de chercheurs dominants (les membres du CNSFP) traitant préférentiellement des problématiques les plus susceptibles de recommandations pratiques tend à être concurrencée par des chercheurs issus d'autres disciplines (des allergologues, notamment). Ainsi, le champ de la nutrition pédiatrique francophone semble bien s'organiser autour de cette institution, tant du point de vue de sa structure relationnelle que de celui de la division du travail scientifique qui s'y opère.

¹⁴ Et, de manière marginale, à la prévention de la constipation et à la nutrition des enfants nés prématurément.

Figure 1.1.1 La division du travail de recherche en nutrition infantile dans les Archives de Pédiatrie



Note : les nœuds représentent des articles. Deux articles sont liés s'ils ont, au moins, un auteur commun. Du point de vue de sa structure globale, le réseau des articles est identique à celui des chercheurs ; les articles structurellement marginaux sont l'œuvre de chercheurs structurellement marginaux, les articles centraux ont été écrits par des chercheurs centraux,

Lecture : le graphe a été spatialisé au moyen de l'algorithme Fruchterman – Reingold (1991),

Champ : 148 articles traitant de nutrition infantile parus dans les *Archives de Pédiatrie* entre 1995 et 2011.

L'examen des coopérations scientifiques en matière de nutrition infantile laisse voir un espace social très hiérarchisé, analogue, de ce point de vue, au champ médical (Pinell, 2015, p. 11), où une élite institutionnelle de chercheurs exerce une sorte de mandarinat en confisquant certains sous-objets de recherche. Aussi, l'organisation relationnelle du champ de la recherche en nutrition infantile, en contribuant à assigner aux chercheurs selon leur position structurelle des objets d'étude spécifiques, déterminerait en partie l'identité des experts pouvant participer à la production de l'éducation à la santé en matière d'alimentation des nourrissons et, par extension, le contenu des recommandations diffusées aux parents.

1.1.3. Des recommandations controversées : la prévention primaire de l'allergie, l'initiation de la diversification alimentaire et l'introduction du gluten

On note très peu de controverses¹⁵ visibles dans l'ensemble du corpus. Le consensus sur les recommandations médicales en matière de diversification alimentaire apparaît globalement assez fort. On peut penser qu'il s'agit d'un effet de la division du travail de recherche en nutrition pédiatrique où peu de chercheurs travaillent sur les mêmes objets sans jamais collaborer (cosigner des publications). Toutefois, on détaille dans cette sous-partie le contenu de recommandations médicales controversées et les liens avec la position des chercheurs impliqués dans ces débats. La question du moment opportun d'initiation de la diversification alimentaire à la fin des années 2000 en est exemplaire. Une série de trois articles publiés dans les *Archives de Pédiatrie* ont révélé des propositions difficilement conciliables émanant du CNSFP et du « groupe des allergologues ».

En 2008, les membres du CNSFP rendant un avis sur les conditions idéales de la diversification alimentaire conseillaient une initiation de la diversification entre 4 et 6 mois mais préférentiellement à 6 mois pour tout enfant de manière à prévenir la survenue d'éventuelles allergies. Le groupe des allergologues a publié quelque temps après, dans la même revue (les *Archives de Pédiatrie*), un article qui suggérait que les recommandations du CNSFP n'étaient pas actualisées et négligeait les résultats de certaines études d'ampleur Nord-Américaines et Européennes, ils soulignaient notamment le risque de carence induit par un régime d'éviction :

« L'Académie américaine de pédiatrie qui, jusqu'en 2004, préconisait l'éviction de certains aliments pendant la grossesse, cacahuète par exemple, indique en 2008 que l'analyse de toutes les études montre qu'il n'y a pas suffisamment d'arguments pour recommander des évictions alimentaires pendant la grossesse et pendant l'allaitement afin de prévenir les allergies chez l'enfant. Il apparaît de plus qu'un régime d'éviction peut aboutir à des carences et soit source des perturbations psychologiques » (groupe des allergologues, 2009).

¹⁵ Ce terme est employé dans son sens courant et ne renvoie pas explicitement à la sociologie des controverses dont nous n'utilisons pas mes méthodes. Pour une présentation de la sociologie des controverses scientifiques voir par exemple Raynaud (2003).

Ils proposaient, par suite, un calendrier de diversification sensiblement différent de celui établi par les membres du CNSFP :

« En accord avec les recommandations européennes de 2008, il semble souhaitable de conseiller une diversification après 17 semaines et avant 24 semaines avec des aliments riches en fer (œuf, viande) et en acides gras polyinsaturés à longue chaîne (œuf, poisson gras) et une introduction progressive du gluten entre 4 et 7 mois, même chez l'enfant allaité (pour diminuer le risque d'allergie au blé, de maladie cœliaque et de diabète de type 1). Les recommandations américaines de 2008 conseillent une diversification entre 4 et 6 mois sans aucune limitation d'aliment » (groupe des allergologues, 2009).

Pour résumé simplement l'argument sous-tendant les recommandations du groupe des allergologues : une introduction tardive des aliments non-lactés dans le régime du nourrisson, dans la mesure où elle ne le sensibilise pas à ces nouveaux aliments, que son organisme ne s'habitue pas à ces nouveaux aliments, ne prévient pas le risque de développer une allergie, mais retarde simplement le moment où elle pourrait se déclarer. Un tel argument semble ne pas tenir compte des évolutions du système digestif et du système immunitaire de l'enfant liées à son avancement en âge (à sa maturation), comme souligné dans d'autres recherches. Les membres du CNSFP développent également un autre argument, fondé sur les objectifs en termes de nutrition des jeunes enfants que visent leurs recommandations :

« Les recommandations du CNSFP sont basées certes sur la lecture des mises au point des sociétés savantes reconnues mais surtout sur une revue approfondie de la littérature, comme la version récente de la Cochrane Database sur les formules hydrolysées ou encore l'étude GINI. Une des préoccupations du CNSFP est l'optimisation des apports en nutriments essentiels au développement de l'enfant. A cet égard, le début de la diversification alimentaire après 6 mois, et non pas après 4 mois, ne peut en aucun cas être considéré comme délétère dans l'état actuel des connaissances. Les recommandations de l'European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology And Nutrition (ESPGHAN) à ce sujet sont prudentes. Il s'agit surtout de prévenir la carence en fer, présent dans l'œuf et la viande, dont l'introduction peut être proposée après l'âge de 6 mois, à l'âge où, physiologiquement, les stocks de fer constitués in-utero diminuent. Les acides gras polyinsaturés à longue chaîne sont présents dans les poissons, en particulier gras. Le CNSFP a souligné que l'œuf et le poisson peuvent être introduits dès la fin du premier semestre de vie et non plus après 1 an, comme cela était classiquement conseillé » (Cnsfp, 2009).

Les débuts de concession faits par les membres du CNSFP, notamment concernant l'introduction des acides gras polyinsaturés à longue chaîne, pouvaient laisser penser que la controverse s'éteindrait mais récemment les allergologues ont de nouveau souligné l'incompatibilité des recommandations nutritionnelles dominantes (qui portent sur une fenêtre d'opportunité comprise entre 4 et 6 mois) avec les résultats d'études récentes. Il semble toutefois que leurs arguments aient évolué :

« Les recommandations européennes préconisaient d'éviter l'introduction du gluten avant 4 mois et, d'autre part, n'étaient pas en faveur de son introduction tardive après 7 mois. Elles conseillaient d'introduire progressivement le gluten, par petites quantités, chez le nourrisson au sein, pendant une fenêtre d'opportunité fixée entre 4 et 6 mois. Les résultats des deux études PREVENTCD et CELI-PREV ne vont pas dans le sens de ces recommandations. En effet, elles nous disent :• que chez l'enfant à haut risque de maladie cœliaque la chronologie d'introduction du gluten, précoce ou tardive, n'a pas d'influence sur le développement de la maladie ;• que la durée de l'allaitement au sein ou son maintien quand le gluten est introduit ne modifie pas le risque de développement de la maladie cœliaque ;• que le seul facteur de risque actuellement identifié est le génotype HLA ;• que l'allaitement au sein, exclusif ou partiel, ne semble pas associé à un retard d'apparition de la maladie cœliaque ;• qu'il semble que l'introduction tardive du gluten, à partir de 12 mois, si elle n'empêche pas l'apparition de la maladie, pourrait la retarder » (groupe des allergologues et individualité 4, 2015).

À la suite de cette controverse, les chercheurs que nous avons qualifiés d'individualités (dans un souci d'anonymisation, voir *supra*) se sont livrés à un exercice de synthèse et de conciliation des recommandations exprimées qui a grandement contribué à renforcer l'idée de l'existence d'une fenêtre d'opportunité propice à l'initiation de la diversification alimentaire des nourrissons. Quand cet exercice a été réalisé précocement (pendant le déploiement de la controverse), il a consisté principalement à intégrer toutes les recommandations en mettant l'accent sur ce qu'elles avaient de commun :

« Même si elles sont controversées, les recommandations internationales préconisent un allaitement prolongé au sein, exclusif dans la mesure du possible, et un report de la diversification alimentaire, dans le but de diminuer le risque atopique des enfants. Suivant les auteurs, ces mesures devraient être appliquées à tous les enfants ou, au contraire, être limitées aux enfants à risque atopique élevé » (individualité 1, 2009).

En se livrant à une méta-analyse, ce type de chercheur fait parfois ressortir des résultats originaux inattendus qui, finalement, renvoient dos à dos les recommandations contradictoires formulées par les chercheurs pris dans la controverse :

« En termes de prévention primaire, les recommandations internationales incitent à retarder l'âge de la diversification alimentaire chez les enfants à risque atopique élevé. Cependant, certaines études ont suggéré qu'une introduction trop tardive du lait, des laitages et des aliments courants pourrait nuire à l'installation de la tolérance à ces mêmes aliments. Kumar et *al.* ont sélectionné 960 enfants, dont 411 atteints d'une allergie immédiate prouvée aux aliments (concordance entre l'histoire clinique et les résultats du bilan allergologique) et 391 sans allergie alimentaire. Le risque d'allergie alimentaire a été analysé en fonction de l'âge d'introduction du lait et des aliments courants dans l'alimentation des enfants, et de l'existence, ou non, d'une [dermatite atopique] DA. Des antécédents de DA ont été associés à une importante augmentation du risque d'allergie alimentaire (OR = 8,4). Chez les enfants eczémateux, l'âge d'introduction du lait et des aliments courants n'a eu aucune influence sur les risques d'allergie alimentaire, alors que ce risque a été diminué par le retard apporté à l'introduction du lait (\geq six mois) et des aliments solides (\geq 12 mois) chez les enfants sans antécédents de DA. De façon inattendue, les résultats de cette étude suggèrent que l'âge de la diversification n'a aucune influence sur le risque de développement d'une allergie alimentaire chez les enfants à risque atopique élevé, et que, en revanche, le report de la diversification serait bénéfique chez les enfants sans risque atopique particulier » (individualité 1, 2009).

Cet article se conclue sur une proposition de mise en suspens des débats concernant le moment idéal de l'initiation de la diversification alimentaire – dans le but affiché d'attendre davantage de résultats d'études qui permettront de trancher – qui a pour fonction sociale de préserver l'intégrité du sous-champ de la recherche en nutrition pédiatrique :

« Enfin, dans une revue générale critique des études portant sur l'influence des expositions précoces aux aliments sur le risque d'allergie alimentaire chez l'enfant, Prescott et *al.* concluent que, avant de préconiser une exposition précoce ou plus tardive, il « est urgent d'attendre » les résultats de larges études prospectives de longue durée portant sur des nouveau-nés non sélectionnés, d'une part, et, d'autre part, sur des nouveau-nés à risque atopique élevé » (individualité 1¹⁶, 2009).

D'autres synthèses soulignent l'incertitude relative à l'ensemble des recommandations formulées durant la période qui s'étend de 2008 à 2010, moment où la controverse était la

¹⁶ C. Ponvert, Service de pneumologie & allergologie, département de pédiatrie, université Paris Descartes, hôpital Necker-Enfants-Malades, 149, rue de Sèvres, 75015 Paris, France, claud.ponvert@nck.aphp.fr

plus explicite, tout en tentant de légitimer le principe d'une « fenêtre d'opportunité » pour l'initiation de la diversification alimentaire :

S'appuyant sur les données des études épidémiologiques réalisées, le Comité de Nutrition de la Société Européenne de Gastroentérologie, Hépatologie et Nutrition Pédiatrique (ESPGHAN) recommande d'éviter d'introduire le gluten avant l'âge de 4 mois et après l'âge de 7 mois. La période idéale serait donc entre le 4e et le 6e mois de la vie, le gluten devant être introduit en petite quantité, de façon progressive, tout en maintenant l'allaitement maternel chaque fois que cela est possible. Le choix de cette « fenêtre » est en relation avec la possibilité que cette intervention diététique se fasse au moment où le système immunitaire est mature et pendant laquelle l'allaitement maternel pourrait avoir un effet protecteur sur la muqueuse gastro-intestinale et le déclenchement des réactions auto-immunes » (individualité 2¹⁷, 2010).

Enfin, certaines synthèses ne proposent pas explicitement de suspendre les débats mais soulignent la limite des différentes études qui ont fondé les recommandations en matière d'initiation de la diversification alimentaire et de prévention de l'allergie. Davantage tournées vers les parents, elles soulignent l'inconsistance des recommandations et la difficulté de leur assimilation et pointent que les limites de certaines recherches sur le sujet tiennent à la mauvaise appréhension de la réflexivité des parents et des déterminants de leurs pratiques parentales en matière de diversification alimentaire :

« En raison des multiples revirements survenus au cours des dernières décennies, de nombreuses opinions circulent sur l'âge optimal de la diversification. Dans leurs dernières recommandations, les sociétés savantes européennes préconisent de diversifier l'alimentation du nourrisson entre 4 et 6 mois révolus, et ceci qu'il ait ou pas un terrain atopique familial. Plusieurs travaux ont en effet montré qu'il n'était pas nécessaire de différer la diversification pour prévenir la survenue de manifestations allergiques ultérieures chez le nourrisson à risque atopique. Ces travaux ont même suggéré qu'une telle attitude pouvait au contraire s'avérer délétère. Cependant, dans la mesure où l'âge d'introduction des aliments n'avait pas été randomisé, certains ont émis des réserves sur la légitimité d'une telle conclusion. On pouvait en effet imaginer que ces résultats traduisaient simplement la volonté des familles les plus atopiques – dont les enfants auront, quelles que soient les modalités préventives, plus

¹⁷ J.-P. Olives, Gastroentérologie et nutrition pédiatriques, Hôpital des Enfants, 330, avenue de Grande-Bretagne, TSA70034, 31059 Toulouse cedex, France, olives.jp@chu-toulouse.fr

de manifestations allergiques – à reculer davantage que les autres l'âge de la diversification » (individualité 3¹⁸, 2010).

Les analyses synthétiques proposées par des chercheurs que nous avons caractérisés comme étant des individualités ont une fonction sociale double, elles contribuent au maintien de l'*illusio* – « l'investissement social dans le jeu » (Bourdieu, 1994) propre au champ de la recherche médicale et elles préservent sa légitimité. Elles préservent l'intégrité du champ vis-à-vis des influences extérieures. D'une part, En faisant reposer la responsabilité de l'impossibilité de formuler des recommandations univoques, s'appuyant sur des preuves scientifiques, sur le manque de données, ces synthèses contribuent au maintien de la légitimité des chercheurs à traiter selon leurs méthodes les problèmes relatifs à la diversification alimentaire. D'autre part, en proposant ou renforçant un consensus – qui paraît quelque peu artificiel – autour d'une « fenêtre d'opportunité » pour l'initiation de la diversification alimentaire comprise entre 4 et 6 mois, ils contribuent à donner l'impression d'une harmonisation des recommandations qui tend à illustrer la capacité du champ à traiter les questions dont il se charge.

Le tableau 1.1.2 fait la synthèse de l'évolution des recommandations médicales (exprimées dans les publications du corpus) concernant l'initiation de la diversification alimentaire et l'introduction du gluten dans le régime du nourrisson. On constate d'abord des fluctuations relativement fréquentes, concernant le contenu de ces recommandations, sur une période assez peu étendue qui contribuent sans doute à la difficulté pour les parents d'assimiler les recommandations nutritionnelles en matière de diversification alimentaire. Les recommandations proprement contradictoires semblent avoir été produites principalement au cours de deux périodes ; à la fin des années 1990 (entre 1997 et 1999) où l'intervalle de temps propice à l'initiation de la diversification a reculé puis s'est élargi et les années 2008-2009 où après un mouvement assez net de recul de l'âge d'initiation de la diversification alimentaire, les recommandations sont devenues contradictoires. Un nouveau consensus semble s'être établi au début des années 2010 sur une « fenêtre d'opportunité » entre 4 et 6 mois propice au démarrage de la diversification alimentaire de l'enfant. Plus récemment, cette notion de « fenêtre d'opportunité » a été remise en cause.

¹⁸ P. Tounian, Gastroentérologie et nutrition pédiatriques, Hôpital Armand-Trousseau, AP-HP, 26, avenue du Dr Arnold-Netter, 75571 Paris cedex 12, France, p.tounian@trs.aphp.fr

Tableau 1.1.2 Synthèse de l'évolution des recommandations concernant l'initiation de la diversification et l'introduction du gluten dans le régime de l'enfant selon l'année, la revue et le type d'auteur(s)

Titre	Revue	Auteurs	Année	Début de la diversification	Gluten
Diversification alimentaire chez l'enfant : quoi de neuf ?	RFA	pro. Allerg.	2014	[4 ; 6] mois	[4 ; 7[mois
Quand introduire le gluten dans l'alimentation des nourrissons ?	AdP	Indiv.	2010		[4 ; 6] mois
Diversification alimentaire et obésité : une période à risque	AdP	mb. CNSFP	2010	[4 ; 6] mois	
Maladie cœliaque et introduction du gluten chez le nourrisson	JPP	.	2010		[4 ; 6] mois
Alimentation des premiers mois de vie du nourrisson et prévention de l'allergie : réponse des auteurs	AdP	CNSFP	2009	≥ 6 mois	
Alimentation de la mère et de l'enfant les premiers mois de vie et prévention de l'allergie	AdP	Allergologues	2009	[4 ; 6[mois	[4 ; 7] mois
402 - Alimentation du nourrisson et du petit enfant	IFSI	.	2009	6 mois	
Les spécificités de la nutrition infantile	JPP	.	2008	6 mois	
Alimentation des premiers mois de vie et prévention de l'allergie	AdP	CNSFP	2008	≥ 6 mois	
Prise en charge et prévention des allergies alimentaires de l'enfant	JPP	Allergologues	2004	> 6 mois	
Alimentation du nourrisson et de l'enfant en bas âge. Réalisation pratique	AdP	CNSFP	2003	[4 ; 6] mois	[7 ; 8] mois
diversification alimentaire des enfants en crèche	JPP	.	2002	5e mois	

Suite du Tableau 1.1.2

Nutrition: L'équilibre nutritionnel du jeune enfant: un enjeu pour l'avenir.	JPP	CNSFP	2002	5e mois	
la diversification alimentaire	JPP	.	2001	5e mois	
Prévention de l'allergie Manipulations diététiques pendant la grossesse et la première année	RFA	Allergologues	1999	[3 ; 6] mois	
Après le lait: quoi, quand, comment, pourquoi ?	AdP	mb. CNSFP	1998	[4 ; 6] mois	> 6 mois
Approche thérapeutique et prévention de l'allergie alimentaire	RFA	pro. Allerg.	1998	4 mois	[5 ; 6] mois
La diversification alimentaire: Les besoins spécifiques et évolutifs au cours des 3 premières années	JPP	.	1997	4 mois	
Les études de prévention : un exemple, le nourrisson	RFA	Allergologues	1997	[4 ; 6] mois / 6 pour l'enfant à risque	
L'alimentation du nourrisson au cours de la première année de la vie	JPP	.	1995	3 mois	Tardivement
Alimentation : sevrage et diversification	JPP	.	1989	3 mois	> 6 mois
Les avantages des laits de 2e âge	JPP	.	1988	3 mois	> 6 mois

1.2. La main visible de l'industrie alimentaire

L'industrie alimentaire dans sa forme contemporaine apparaît au XIX^e siècle (Rastoin, 2000). Comme la plupart des autres industries, elle doit son essor initial à l'innovation technique (Dupuy, 1992) : procédé d'extraction du sucre de betterave (Chaptal & Delessert en 1811, voir Brançon & Viel, 1999), méthode de stérilisation thermique en conserverie (Appert, 1810), écrémeuse (sur l'invention de l'écrémeuse par Gustaf De Laval, voir Génin, 1942). Du point de vue de la demande, le succès de l'industrie alimentaire réside en grande partie dans les garanties qu'elle offre sur l'hygiène des procédés de production et la composition des aliments qu'elle utilise (Régner et *al.*, 2006). L'industrie de l'alimentation infantile se développe suivant des mécanismes similaires. Au XIX^e siècle, les premières préparations pour nourrissons (les formules infantiles) sont élaborées par des chimistes, tels Liebig et Nestlé, qui

sont concernés, parfois à titre personnel, par l'alimentation de l'enfant privé de lait maternel (Apple, 1986). Avant la fin du XIX^e siècle, les produits de *Liebig's Food* et de *Nestlé's Milk Food* sont distribués à travers l'Europe, l'Amérique du Nord et l'Australie (Wood, 1955 ; Heer, 1966 ; Rossiter, 1976). Le succès commercial des préparations pour nourrisson est imputable, en partie, aux canaux de distribution que ces produits empruntaient initialement ; vendus en officine, ils ont bénéficié de l'expansion de l'industrie pharmaceutique (Apple, 1980 ; Bullough, 1981). Suivant cette logique les médecins et les pharmaciens sont restés, au long du XX^e siècle, des promoteurs importants des préparations pour nourrissons (Greer & Apple, 1991 ; Kaplan & Graff, 2008). De manière similaire, les aliments en pots pour bébés sont devenus dans les 1950 emblématiques de la modernité d'après-guerre, ils cristallisaient les progrès techniques et nutritionnels de l'époque réduisant l'anxiété des parents concernant la santé de l'enfant et leur praticité favorisait d'autant plus leur diffusion (Bentley, 2014).

Une description sommaire de la structure du marché des aliments de l'enfance est nécessaire à l'appréhension des logiques de travail, notamment commerciales, des professionnels du secteur. Le marché des aliments de l'enfance se divise en deux ensembles de produits distincts : d'un côté, les préparations pour nourrisson (les formules infantiles), de l'autre, les aliments de diversification (les céréales ou farines infantiles, les biscuits et les aliments en pots pour bébés). La France est le premier marché européen de l'alimentation infantile, en valeur comme en volume. Après avoir connu une croissance annuelle régulière (d'environ 1%) entre 2002 et 2007, le marché stagne. Il représentait 1,2 milliards d'euros en 2012¹⁹. Deux grands groupes se partagent plus de 80% des parts de marché : Danone et Nestlé²⁰. Enfin, 60% à 90%, selon le type de produits, des ventes ont lieu en grandes et moyennes surfaces²¹. Si le lien entre alimentation et santé est établi depuis longtemps, qu'il procède de la « pensée magique » dans les sociétés primitives et pour une part des consommateurs d'aujourd'hui (Fischler, 1994) ou qu'il soit établi, avec plus ou moins de certitude, par les enquêtes d'épidémiologie (Hercberg & Tallec, 2000), les crises sanitaires des dernières décennies – « vache folle », poulet à la dioxine, OGM – ont réactivé dans la population des dispositions à privilégier les aliments « naturels » et le « fait maison » (Thomson, 1998 ; Tarkiainen & Sundqvist, 2005 ; Hughner et al., 2007 ; Pearson et al.,

¹⁹D'après un rapport Deloitte sur la nutrition infantile paru en 2013 (https://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/fr/Documents/consumer-business/La_nutrition_infantile_en_quete_de_croissance.pdf)

²⁰ Source : indicateur « Nielsen - LSA »

²¹ Source : Deloitte, 2013

2011). Du fait de ce contexte particulier et en raison des caractéristiques du marché, notamment les circuits de distribution qu'emprunte majoritairement sa production, l'industrie de l'alimentation infantile a un intérêt particulier à la compatibilité de ses produits avec les normes de santé et les recommandations nutritionnelles. Ces recommandations nutritionnelles pouvant même devenir un outil de promotion des produits de l'industrie de l'alimentation infantile.

Marion Nestle (2013) montre comment, aux Etats-Unis, l'industrie alimentaire contribue à déterminer l'éducation nutritionnelle des populations. Le choix de la terminologie employée dans les messages de promotion de la santé, la cooptation d'experts de la nutrition (au travers de l'organisation de congrès, de sollicitations à communiquer dans les cadres professionnels de l'industrie et de l'embauche pour des missions d'expertise), la création d'organisations (de fondations) présentées comme indépendantes qui produisent des données, des enquêtes et des résultats relatifs à l'alimentation et l'activité de « lobbying » des industriels, c'est-à-dire la participation au processus législatif, sont autant de manières de contribuer, pour l'industrie alimentaire, au façonnage des recommandations nutritionnelles. Dans cette sous-partie, on étudie trois dimensions, parmi celles mises au jour par Nestle pour le cas nord-américain, de l'influence de l'industrie de l'alimentation infantile sur la constitution des recommandations en matière de diversification alimentaire. Premièrement, sur la base des déclarations de conflit d'intérêts dans le corpus, on cherche l'effet des relations entre chercheurs en nutrition et industrie de l'alimentation infantile sur la forme des recommandations en matière de diversification alimentaire. Deuxièmement, on analyse simultanément l'évolution de l'étiquetage nutritionnel (sur les petits pots pour bébés) entre 1960 et 2012 et l'évolution de l'occurrence de certains termes d'intérêt dans le corpus. Enfin, on cherche la part et les spécificités des enquêtes et de leurs résultats lorsqu'elles ont été financées par l'industrie alimentaire par rapport aux autres enquêtes.

1.2.1. Recommandations médicales et conflits d'intérêt

Le « sponsoring » de la recherche en nutrition est un phénomène déjà ancien (Rosenthal et *al.*, 1976) et d'une ampleur relativement importante. La multitude des liens qui peuvent se nouer entre les médecins, les chercheurs, les experts de la nutrition pédiatrique et les entreprises du secteur de l'alimentation infantile rend irréaliste la possibilité d'une séparation

hermétique entre la recherche médicale et l'industrie alimentaire (Nestle, 2001). Souvent considérés d'un point de vue partisan, les effets de ces relations sur l'éducation nutritionnelle mériteraient d'être davantage objectivés. L'examen des partenariats entre sociétés savantes et industrie alimentaire ainsi que des déclarations de conflit d'intérêts renseigne l'effet des relations entre recherche médicale et industrie alimentaire sur la formulation des recommandations nutritionnelles. Ce type de relation est susceptible d'influer sur le discours des experts de la nutrition infantile notamment en limitant leur capacité (principalement matérielle) à interroger la pertinence de certaines consommations alimentaires (par exemple, en se concentrant sur les effets sur la santé de l'enfant des préparations infantiles par rapport au lait de vache plutôt que par rapport au lait maternel).

Les données mobilisées et la méthode retenue – le recensement systématique des déclarations de conflit d'intérêts dans les articles du corpus principal – ne permettent pas d'établir l'ensemble des liens matériels, moraux et financiers (formes de cooptation, d'association ou de subordination) qui existent entre, d'une part, les médecins, chercheurs et experts en nutrition infantile et, d'autre part, l'industrie de l'alimentation infantile. On peut, toutefois, établir qu'au moins trois des principales sociétés savantes Françaises et Européennes directement intéressées par la nutrition pédiatrique et qui contribuent grandement à la production de recommandations en matière de diversification alimentaire ont formé des partenariats avec des groupes de l'Industrie de l'alimentation infantile. En effet, l'EFSA (Autorité européenne de sécurité des aliments), la SFP²² (société française de pédiatrie) et l'ESPGHAN²³ (Société Européenne de Gastroentérologie, Hépatologie et Nutrition Pédiatrique) ont reçu ou reçoivent encore des financements de la part de grands groupes de l'Industrie alimentaire parmi lesquels les entreprises qui produisent l'essentiel des aliments pour bébés commercialisés en France.

Les liens entre recherche en nutrition pédiatrique et Industrie de l'alimentation infantile peuvent aussi se nouer au niveau individuel. Sur la période étudiée, on dénombre 38 déclarations de conflit d'intérêts qui concernent 21 chercheurs et la plupart des grands groupes de l'Industrie de l'alimentation infantile et leurs marques phares (Danone, Blédina, Sodilac, Nestlé, Nutricia, Novalac, Mead-Johnson, etc.). Le nombre des déclarations de conflits d'intérêts est particulièrement élevé pour la période qui s'étend de 2010 à 2015 mais

²² <http://www.sfpediatrie.com/>

²³ <http://www.espghan.org/about-espghan/committees/nutrition/activity/meetings/>

cela peut être dû à la politique éditoriale des revues académiques plus qu'à d'éventuelles spécificités de la période.

Il convient de préciser la forme des relations entre ces chercheurs et l'Industrie de l'alimentation infantile. Une large part des déclarations de conflit d'intérêts renvoie à la perception d'honoraires, de la part des chercheurs, versés par les industriels, pour des interventions ponctuelles qui peuvent prendre la forme de rapport d'expertise ou d'activités de conseil sans que soient bien délimités les contours de ces formes de travail. Une autre part importante de ces déclarations de conflits d'intérêts concerne des financements, par l'industrie de l'alimentation infantile, d'essais cliniques pour lesquels les chercheurs ou médecins qui déclarent le conflit d'intérêts étaient expérimentateur (principal ou secondaire), investigateur et/ou coordonnateur principal. Une part plus faible porte sur la rémunération de cours ou de séminaires donnés par un chercheur ou un médecin hors du cadre scolaire ou universitaire (dans des programmes de formation privés à destination des salariés de l'industrie de l'alimentation infantile, par exemple). Certains conflits d'intérêts sont liés à des versements importants, de la part de l'industrie de l'alimentation infantile, à une institution dont le chercheur ou le médecin qui déclare ce conflit d'intérêt est responsable. Enfin, dans de rares cas, le conflit d'intérêt exprimé dans une publication peut tout simplement être lié au fait que l'auteur de la publication est un salarié d'une entreprise de l'industrie de l'alimentation infantile (dont la plupart ont leur propre centre de recherche).

On observe que les conflits d'intérêts concernent 12 membres du CNSFP et 2 des 3 principaux membres du groupe des allergologues. Ainsi, 14 des chercheurs les plus dominants institutionnellement et/ou les plus centraux structurellement dans l'espace étudié ont des liens avec l'industrie de l'alimentation infantile. Il est notable qu'au moment de ces déclarations de conflits d'intérêts, tous ces chercheurs occupaient déjà une position institutionnelle dominante et/ou une position structurelle très centrale (les membres du CNSFP en étaient déjà membres, par exemple). On peut donc penser que cette position dans le champ de la recherche médicale est, pour les médecins et chercheurs, un facteur favorisant les collaborations avec l'industrie de l'alimentation infantile. Si on peut en déduire que l'Industrie alimentaire sollicite prioritairement les médecins, chercheurs et experts de la nutrition infantile les plus visibles, on ne peut pas établir en revanche que d'éventuels liens avec l'Industrie alimentaire favorisent, pour les chercheurs, l'accès à certaines positions institutionnelles.

Ces relations entre médecins, chercheurs, experts de la nutrition infantile et industrie alimentaire sont-elles associées à des formes particulières de recommandations en matière de diversification alimentaire, notamment concernant l'introduction dans le régime alimentaire de l'enfant d'aliments industriels ? Pour apporter des éléments de réponse à cette question, on compare les recommandations concernant l'introduction et la place des aliments industriels dans le régime de l'enfant lors de sa première année selon le type de chercheur qui les formule et les éventuelles déclarations de conflit d'intérêts. La synthèse de cette recension est présentée dans les tableaux 1.2.1 et 1.2.2.

Les premiers aliments industriels que les nourrissons peuvent consommer sont les laits artificiels (LA), dénommés parfois préparations pour nourrisson (PPN), formules, laits infantiles ou préparations de suite (PDS). Le terme lait artificiel peut désigner « tout aliment commercialisé ou présenté de toute autre manière comme produit de remplacement partiel ou total du lait maternel, qu'il convienne ou non à cet usage » (OMS, 1981). Les laits artificiels sont aujourd'hui divisés en deux grandes catégories selon l'âge des enfants auxquels ils sont destinés : les préparations pour nourrisson (PPN) destinées aux nourrissons de 0 à 6 mois et les préparations de suite (PDS) réservées aux enfants de 6 à 12 mois. Les laits artificiels ainsi que leurs promoteurs ont fait l'objet de critiques très vives par le passé (Muller, 1975 ; Chetley, 1979). Dans le corpus étudié, les médecins, chercheurs, experts de la nutrition infantile tiennent un discours relativement ambivalent à l'égard des laits artificiels. D'un côté, le consensus sur la supériorité nutritionnelle du lait maternel semble total, d'un autre côté, nombre d'articles soulignent la possibilité de nourrir l'enfant au moyen d'un lait artificiel, voire en encouragent la consommation.

Il apparaît que ce discours quelque peu contradictoire est lié d'abord à la manière dont l'option est formulée : les laits artificiels sont préférables à d'autres substituts du lait maternel qui ne sont pas spécialement élaborés pour convenir à l'alimentation des nourrissons comme le lait de vache ou les laits végétaux :

« Par rapport au lait premier âge, le lait de suite est plus riche et moins sophistiqué. Par contre, pour un coût à peine plus élevé, il assure, à raison de 500 ml par jour, les apports suffisants en calcium, fer et acides gras essentiels, contrairement au lait de vache longue conservation » (auteur non-classé, 1989).

En deuxième lieu, pour les partisans de l'utilisation des laits artificiels, le critère nutritionnel mis en avant, pour autoriser la substitution des laits artificiels à l'allaitement maternel, est celui de la « suffisance des apports » que les laits artificiels permettent d'atteindre :

« [...] toutes les insuffisances d'apports peuvent être prévenues, à l'exception de la vitamine D, par l'emploi des laits infantiles. Un des intérêts de l'utilisation de ces aliments industriels spécifiques peut être d'éviter l'emploi trop fréquent d'aliments industriels destinés aux adultes, souvent trop riches en protéines, en sel, en graisses, en acides gras trans (sic), et pas moins chers » (membres du CNSFP, 2012).

Enfin, les discours favorables à l'utilisation des laits artificiels soulignent leur conformité à une réglementation sévère. Ce qui consiste à apprécier la qualité nutritionnelle des aliments à la seule aune de leur conformité à une réglementation en partie négociée avec les industriels. Ces discours tendent également à prescrire le « goût » et la « praticité » comme catégories d'appréciation de la qualité de l'alimentation du nourrisson :

« Le marché des aliments pour bébés représente une offre répondant aux attentes des parents. Ces produits sont bien adaptés aux jeunes enfants, pratiques, et faciles à utiliser. Si leur intérêt est évident en termes de sécurité sanitaire en raison des risques toxicologiques liés à l'utilisation des aliments non spécifiques du fait d'une production alimentaire agricole et industrielle insuffisamment contrôlée, le bénéfice nutritionnel à en attendre ne doit pas être surestimé. Pour le fer et la vitamine D, seuls nutriments pour lesquels il a été clairement démontré que les apports peuvent être insuffisants en France au point d'être délétères chez les enfants de 4 à 36 mois, la prévention de ces situations à risque dépend davantage de la prise de lait de croissance (au moins 250 mL/j) et de céréales infantiles (quand ces dernières sont enrichies pour ces 2 micronutriments) que de la consommation des aliments pour bébés. Ces produits spécifiques doivent rester pour les enfants de moins de 3 ans, comme le prévoit expressément la réglementation, des aliments de sevrage et de complément à l'alimentation familiale, visant à limiter la consommation des aliments industriels non spécifiques » (CNSFP, 2013).

Les discours défavorables à l'utilisation des laits artificiels (souvent le fait d'allergologues) se concentrent préférentiellement sur les désavantages de ces préparations par rapport au lait maternel :

« L'eczéma est respectivement 7 ou 2 fois plus fréquent en cas d'alimentation artificielle (lait de vache ou soja) ou d'alimentation mixte, que chez les nourrissons exclusivement au sein. Par la suite, de nombreuses études ont tenté de confirmer ces résultats. En fait, si la moitié de ces travaux confirme que l'allaitement au sein protège contre les manifestations allergiques, l'autre moitié a des conclusions opposées avec parfois même un effet négatif de l'allaitement maternel. Des problèmes méthodologiques invalident toutefois plusieurs des résultats présents, comme le soulignent plusieurs auteurs. Ainsi dans les études rétrospectives, les informations sur le type d'alimentation de l'enfant ne sont rassemblées qu'après plusieurs mois ou années. Dans certaines études prospectives, les régimes ne sont pas choisis de manière randomisée. Les familles à haut risque allergique choisissent de préférence l'allaitement maternel et cela peut expliquer en partie l'absence apparente de son effet préventif. D'autres études, prospectives et contrôlées, sont cependant elles aussi, discordantes, peut-être parce qu'elles comparent trop souvent les effets du lait de vache, à ceux de préparations à base de soja considérés comme non allergisantes. Enfin dans presque toutes les études, sauf dans celles de Kramer et de Moore, le bilan clinique de l'enfant n'a pas été pratiqué en aveugle, c'est-à-dire dans l'ignorance du régime antérieur » (proche du groupe des allergologues, 1990)

La lecture de certains articles très critiques de l'utilisation des aliments industriels pendant la diversification alimentaire de l'enfant attire l'attention sur l'invisibilité de certains procédés industriels de production et d'élaboration des aliments en pots pour bébés. Notamment, on ne trouve pas de trace dans le corpus des termes « pesticides » et « insecticides », dont l'utilisation, dans certaines proportions, par les producteurs-fournisseurs des industriels pourrait constituer une question problématique. Certains auteurs évoquent même les limites des procédés de fabrication industriels qui peuvent impliquer l'emploi d'allergènes reconnus :

« Les allergènes les plus fréquemment en cause (œuf, lait, blé, soja, arachide) sont présents dans tous les aliments d'origine industrielle » (auteur non-classé, 2005).

S'agissant des aliments en pots pour bébés, les procédés de (dé)valorisation sont similaires ; lorsque l'auteur encourage leur utilisation, il met en avant le contrôle sur la qualité, en termes d'hygiène et de traçabilité, que subissent ces produits mais également leurs qualités gustatives. Ce qui revient à prescrire des modalités d'appréciation de la qualité des aliments en partie différentes de celles proposées prioritairement par l'institution médicale et les médecins.

« Dans le domaine des aliments en pots, la principale acquisition a consisté dans les années 70 et 80, à diminuer considérablement la quantité de sodium favorisant le goût salé des nourrissons et ultérieurement une consommation exagérée de sodium chez l'adulte, facteur d'hypertension artérielle. Un peu plus tard on a aussi supprimé l'adjonction des amidons modifiés qui étaient accusés d'entraîner chez l'animal des saignements intestinaux. Depuis peu on insiste sur la stimulation du goût chez le nourrisson comme un facteur important de développement psychomoteur et, pour ce faire, les composants des aliments en pots sont maintenant disposés en couches distinctes. On fait aussi des produits qui ne comportent qu'un seul fruit ou qu'un seul légume ce qui présente un avantage pour l'éducation du goût mais aussi pour éventuellement identifier une allergie alimentaire au moment de la diversification » (Chercheur du centre de recherche de Nestlé, 2000).

Certains auteurs, sans porter de jugement explicite sur l'intérêt nutritionnel des petits pots, mettent en avant certains modes industriels de conservation des aliments et délèguent aux parents la décision de proposer des aliments en pots à l'enfant. Ce type de discours, particulièrement commun aux médecins et chercheurs dominants du CNSFP, place le « fait maison » et les aliments industriels sur le même plan du point de vue de la qualité nutritionnelle et invite indirectement les parents à comparer ces modes de préparation et d'alimentation selon d'autres catégories, comme le temps de préparation ou la qualité gustative :

« Il est possible d'utiliser des légumes surgelés dont la qualité est au moins égale à celle des « produits frais » de la grande distribution ; les laitages « bébé » sont préférables aux autres laitages car leur teneur en protéines est réduite et ils sont enrichis en fer, acides gras essentiels et vitamines (x2) ; Soit des « petits pots » : • un « petit pot » de 230 ou 250 g légumes-viande ou légumes-poisson ou « petit plat bébé » ; • et un « petit pot » de 130 g de fruits. Il est nécessaire de respecter les goûts et l'appétit de l'enfant » (membres du Cnsfp, 2003).

La lecture des tableaux 1.2.1 et 1.2.2, qui font la synthèse des discours relatifs aux aliments industriels dans les articles du corpus selon leurs auteurs et les conflits d'intérêts qu'ils expriment, indique que dans une part importante des articles objets de conflits d'intérêts, il n'est pas fait mention explicitement des aliments industriels. De manière assez attendue, les discours défavorables aux aliments industriels sont extraits d'articles pour lesquels il n'est pas fait mention de conflits d'intérêts. Si on ne peut pas affirmer que les discours favorables à l'utilisation des aliments industriels au moment de la diversification alimentaire sont surreprésentés dans les articles objets de conflits d'intérêts, on peut observer que les

chercheurs et médecins en apparence les plus favorables à l'utilisation d'aliments industriels dans l'alimentation de l'enfant sont membres du CNSFP. Leur position dominante dans le champ de la recherche en nutrition pédiatrique, convertie en occasion de collaboration avec l'industrie de l'alimentation infantile, apparaît les lier pour partie aux intérêts industriels.

Tableau 1.2.1 Rapports aux aliments industriels selon le type d'auteurs et la déclaration d'au moins un conflit d'intérêts

Revue	Auteurs	Année	Conflit d'intérêt	Remarques concernant les aliments industriels
AdP	CNSFP	2015	oui	.
AdP	mb CNSFP	2014		Les apports en sel des nourrissons en France sont supérieurs aux apports estimés adéquats. La teneur en sodium des LA est trop importante.
AdP	CNSFP	2013	oui	.
AdP	CNSFP	2013	oui	Les aliments pour bébés sont bien adaptés aux jeunes enfants. Intérêt évident en termes de sécurité sanitaire. Prévention des carences en fer et vitamine D : prise de lait de croissance de céréales infantiles.
RFL	mb CNSFP	2012	oui	Prescrire des formules.
AdP	mb CNSFP	2010	oui	.
AdP	mb CNSFP	2010	oui	.
AdP	mb CNSFP	2010	oui	Les formules sont conseillées par la plupart des experts des sociétés savantes lors de la diversification alimentaire. L'enquête a confirmé l'intérêt des laits infantiles.
AdP	mb CNSFP	2010	oui	.
AdP	.	2010	oui	La réglementation européenne sur les aliments infantiles permet d'assurer des niveaux de sécurité très élevés et plus sévères que pour l'alimentation courante.
JPP	.	2010	oui	
AdP	Allergologues	2009	oui	
.	pro CNSFP	2008	oui	.
JPP	.	2008		PDS, PPN sont une option acceptable
AdP	CNSFP	2008		Pour compléter l'allaitement maternel on peut utiliser une formule HA

Suite du Tableau 1.2.1

AdP	mb CNSFP	2005	oui	.
AdP	CNSFP	2003		La qualité des légumes surgelés est au moins égale à celle des « produits frais » de la grande distribution. Les laitages « bébé » sont préférables aux autres laitages. Les petits pots sont une option. Il est nécessaire de respecter les goûts et l'appétit de l'enfant.
JPP	pro Allerg	2002		Il faut savoir que l'on peut retrouver des traces de blanc d'œuf, utilisé comme liant, dans les petits pots. Il ne faut pas administrer à un enfant allergique aux produits laitiers des laits hypoallergéniques, car ils contiennent des protéines lactées.

Tableau 1.2.2 Rapports aux aliments industriels selon le type d'auteurs et la déclaration d'au moins un conflit d'intérêts (période précédente)

Revue	Auteurs	Année	Conflit d'intérêt	Remarques concernant les aliments industriels
JPP	.	2002		Les bébés sont nourris au LA en crèche
JPP	mb CNSFP	2002		Les aliments pour bébé, préparés selon les recommandations nutritionnelles et en fonction d'une réglementation très stricte, conviennent particulièrement aux besoins des bébés
JPP	.	2001		La diversification de l'alimentation s'accompagne du passage d'un lait pour nourrissons (ou de l'allaitement maternel exclusif) à un lait de suite enrichi en protéines, calcium, fer et sodium.
JPP	.	2000	oui	.
JPP	mb CNSFP	2000		Mise en conformité de la réglementation française avec la législation de la CE concernant la teneur en acide linoléique des laits pour nourrissons
AdP	.	2000	oui	Il faut distinguer, sans compromis, les pseudo-innovations utilisées par les spécialistes du marketing pour promouvoir les ventes des produits infantiles, des véritables acquisitions qui doivent bénéficier à la Santé des enfants. Dans le domaine des aliments en pots, la principale acquisition a consisté, à diminuer considérablement la quantité de sodium.

Suite du Tableau 1.2.2

AdP	mb CNSFP	1998		Les petits pots sont parfaitement adaptés à la diversification alimentaire du jeune enfant
RFA	pro Allerg	1998		Possibilité de rescription d'un lait HA
RFA	Allergologues	1996		Recommander l'emploi de laits hypoallergéniques ou même à hydrolyse extensive, s'il faut supplémenter, ou si la mère n'allait pas
JPP	.	1995		Les progrès de la recherche en nutrition, en immunologie, en épidémiologie, joints aux efforts de l'industrie, ont grandement contribué à l'amélioration de l'alimentation du nourrisson au cours de la première année de vie
RFA	pro Allerg	1990		L'eczéma est respectivement 7 ou 2 fois plus fréquent en cas d'alimentation artificielle (lait de vache ou soja) ou d'alimentation mixte, que chez les nourrissons exclusivement au sein.
JPP	.	1989		Le lait de suite assure, à raison de 500 ml par jour, les apports suffisants en calcium, fer et acides gras essentiels, contrairement au lait de vache

1.2.2. L'étiquetage nutritionnel et les emballages : une opportunité de prescriptions²⁴

La sécurité alimentaire, qui est une des composantes du discours nutritionnel des institutions, renvoie à la fois à la notion de quantité de nourriture disponible, aux situations de pénurie ou au contraire d'abondance, et à la notion de qualité des aliments. Elle recouvre trois formes d'activités sociales ; les règles gouvernant la production des denrées alimentaires, la police des marchés et l'évolution des normes de salubrité (Bruegel & Stanziani, 2004). Une part importante des recherches historiques montre que l'industrialisation est associée à une amélioration de la sécurité alimentaire (Régner et *al.*, 2006). Notamment, concernant les aliments en pots pour bébés qui font l'objet d'un contrôle particulier, de leur composition et de leurs conditions de production, depuis leur invention (Bentley, 2001). Ainsi, le développement des normes de qualité et de la législation contre les fraudes s'effectue en parallèle de l'industrialisation (Stanziani, 2005). L'histoire économique montre que les industriels appréhendent d'abord les mesures sanitaires comme des freins à la compétitivité, puis les acceptent comme règles de jeu (Bourdieu et *al.*, 2004). Par ailleurs, les effets potentiels de l'alimentation sur la santé constituent pour une part importante de la population une préoccupation majeure (Ferrières, 2003). Le discours nutritionnel peut alors devenir un outil de promotion des aliments industriels.

L'enjeu pour l'Industrie alimentaire, particulièrement l'Industrie de l'alimentation infantile, est de contribuer à la production d'un discours nutritionnel compatible avec la consommation de produits industriels, c'est-à-dire de participer à la mise en place de dispositifs de coordination qui visent à proposer une information nutritionnelle « considérée comme exploitable par les consommateurs » (susceptibles d'orienter leurs consommations) (Eymard-Duvernay, 1989 ; Thévenot, 1994). Deux facteurs déterminent la construction de cette information nutritionnelle exploitable : les représentations que les industriels se font des consommateurs (Frohlich, 2010) et la construction de la qualité nutritionnelle des aliments comme catégorie d'appréciation et critère de consommation. L'identification des produits (des denrées alimentaires commercialisées) est la clef de voûte de la détermination de leur qualité. La notion de qualité est polysémique, et ne peut être ramenée aux seules propriétés intrinsèques des aliments, les qualités des aliments sont l'objet de processus de construction et

²⁴ Que nous pouvons saisir grâce aux étiquettes des petits pots et aux posters publicitaires des années 1960, 1970, 1980, 1990, 2000, 2010.

d'institutionnalisation parfois longs et anciens (Musselin & Paradeise, 2002 ; Stanziani, 2005). Un des lieux privilégiés de promotion des produits est le point de rencontre entre l'offre et la demande et les emballages constituent un véhicule très utilisé de l'information commerciale (sur ce point voir notamment Cochoy, 2002) Ainsi, l'information des consommateurs concernant les aliments qu'ils consomment passe en grande partie par l'étiquetage nutritionnel – construit et codifié à l'échelle européenne – qui figure sur les emballages des denrées alimentaires.

Laure Séguy (2010) fait la généalogie de la réglementation nutritionnelle. Elle fait remonter les premiers accords européens sur la qualité substantielle des aliments au traité de Rome en 1957 et aux règlements qui ont suivi. Les premières directives européennes avaient pour objectif l'harmonisation des standards des contenants et des mentions obligatoires des étiquetages. Ces mesures – sous-tendues par une représentation particulière des consommateurs (proche de la représentation néo-classique idéal-typique de l'individu rationnel, maximisateur et égoïste) – étaient initialement motivées par la nécessité d'organiser le marché, notamment de rendre les produits comparables entre eux, afin de garantir le fonctionnement du marché dans une logique où en l'absence de confiance (Akerlof, 1970) et de « dispositifs de jugement » (Karpik, 2007), pour le dire autrement de « supports de décision », le marché risque l'effondrement. Pour Séguy, l'information sur les emballages s'est trouvée légitimée du fait de sa fonction première de garantie de la libre expression de la concurrence (voir également A. Stanziani, 2003 ; 2005).

À partir des années 1980, les crises sanitaires ont favorisé l'organisation d'une politique concertée en matière de protection du consommateur (Senn, 2006). En particulier, la question nutritionnelle se pose avec acuité lors de la mise en place des premiers plans de lutte contre le cancer, dans les années 1990. Puis, elle est de nouveau réinvestie dans les années 2000 au moment du constat de la montée de l'obésité et du surpoids en Europe. Conformément aux logiques d'individualisation de la responsabilité, dominantes en matière de politique publique ces dernières décennies, le Conseil de l'Union Européenne a mis l'accent sur l'éducation et la promotion de la santé. Les priorités étaient ainsi exposées :

« Développer les capacités de la population, dès la petite enfance et à toutes les étapes de sa vie, à faire des choix éclairés de consommation, en promouvant des attitudes et des habitudes alimentaires

favorables à la santé ainsi qu'en apportant une information à ce sujet » (J.O.C.E., n°C020, 23/01/2001).

L'étiquetage nutritionnel a donc été constitué en outil privilégié d'information pour les consommateurs. L'Industrie alimentaire utilisait déjà une forme de *marketing nutritionnel*, qui consistait à apposer sur les emballages de leurs produits des allégations de santé et des messages empruntant la rhétorique de la nutrition. Cohabitent désormais sur les emballages des produits alimentaires l'étiquetage nutritionnel encadré par la législation et des discours commerciaux sur le thème de la nutrition. Dans la mesure où ils participent pleinement à la construction de l'espace normatif auquel les parents sont exposés, il est intéressant d'étudier l'évolution des messages, des conseils de consommation et des allégations de santé figurant sur les emballages des aliments en pots pour bébés et de la mettre en rapport avec l'évolution générale des objets et intérêts de recherche en matière de diversification alimentaire.

Dans son rapport sur le secteur des aliments infantiles de diversification, l'Observatoire de la qualité de l'alimentation (Oqali, 2014) met en évidence l'ampleur de l'étiquetage nutritionnel en 2012. Sur le marché des aliments de l'enfance (hors laits artificiels) aucun des produits analysés ne présente de repère nutritionnel (ce qui est dû au fait que les apports nutritionnels conseillés et les repères nutritionnels journaliers ne sont pas définis pour les petits enfants). En revanche 97% des produits examinés comportent un étiquetage nutritionnel, 55% des produits de l'échantillon étudié (976 produits, soit près de 90% du marché) portent des allégations nutritionnelles (principalement sur les teneurs en vitamines et sels minéraux des produits), 22% des produits présentent des allégations de santé (principalement, sur les acides gras essentiels).

Les tableaux 1.2.3 et 1.2.4 font la synthèse des allégations nutritionnelles et conseils de consommation apposés sur les aliments en pots pour bébés pour un ensemble de 148 produits commercialisés entre 1959 et 2012. On constate que depuis au moins les années 1960, les industriels utilisent des allégations nutritionnelles comme outils de promotion de leurs produits.

Dans les années 1960, la modernité technique, presque savante, des petits pots est mise en avant « tout est calculé » ainsi que la fiabilité des processus de production qui garantissent la « sécurité » alimentaire que représentent ces produits. La teneur en vitamines et en sels

minéraux constitue un argument commercial depuis cette époque également. Cet argument apparaît comme le plus intemporel, la teneur en vitamines, C notamment, est mentionnée sur les petits pots jusqu'aux années 1990 au moins.

Si l'on met en rapport l'évolution de cet étiquetage nutritionnel avec l'évolution des occurrences des termes correspondants dans le corpus de publications scientifiques étudié (figures 1.4.2 à 1.4.7, en annexe du chapitre 1), il apparaît que les préoccupations scientifiques, dignes de recommandations, autour des « vitamines », du « goût » et de la « variété » des aliments proposés à l'enfant pendant sa diversification alimentaire ont suivi leur importation, par les industriels au travers des emballages de leurs produits, dans l'espace normatif auquel les parents de jeunes enfants sont confrontés.

Tableau 1.2.3 Conseils de consommation et allégations nutritionnelles sur les petits pots pour bébés entre 1980 et 2012

Marque	Année	Conseil de conso	Argument
Blédina	2012	4 - 6 mois (légumes, fruits)	"texture"
Nestlé	2011	Dès 4 mois (légumes, fruits)	
Blédina	2011	Dès 4 mois (légumes, fruits)	
Blédina	2002	Dès 6 mois (fruits)	
Nestlé	1994	Dès 4 mois (légumes, fruits)	"énergie", "saveur", "sans adjonction de sucre"
Nestlé	1992	Dès 3 mois (légumes, fruits)	"goût", "saveur", "contrôle"
Nestlé	1991	Dès 3 mois (légumes)	"goût", "légumes contrôlés"
Blédina	1990	Dès 5 mois (laitages, fruits)	"vitamines", "vitamine C", "sels minéraux", "fer", "saveur"
Guigoz	1990		"goût"
Blédina	1986	Dès 3 mois (légumes, viandes, fruits)	
Blédina	1986	Dès 3 mois (6 variétés)	"goût"
Gerber	1985		"pour aider les petits à rattraper les grands"
Guigoz	1982	Dès 3 mois (pomme-fraise, cocktail de fruits)	

Suite du Tableau 1.2.3

Guigoz	1982	Dès 4 mois (desserts lactés)	"calcium", "vitamines", "protéines"
Blédina	1981	Dès 6 mois (vermicelles, légumes, viande)	"teneur en sel", "équilibre alimentaire"
Guigoz	1981		"goût", "vitamine C", "moins d'ajout de sucre"
Guigoz	1980	Dès 3 mois (légumes, riz, fruits), 4-5 mois (viandes)	"vitamine C", "teneur en sel limitée"

**Tableau 1.2.4 Conseils de consommation et allégations nutritionnelles sur les petits pots pour
bébés entre 1959 - 1979**

Marque	Année	Conseil de conso	Argument
Blédina Jacquemaire	1976	Dès le 2e mois (fruits), 8e mois (bœuf-légumes)	"bonne croissance"
Guigoz	1973		"vitamine C"
Gerber	1973		"goût", "variété", "information diététique", "protéines"
Repas FALI	1972	Dès 3 mois (légumes, fruits, viandes, poissons, œuf, abats)	"qui lui convient"
Repas FALI	1972	Dès 3 mois (légumes, fruits exotiques, viandes, poissons, œuf, abats)	"vitamine C"
Guigoz	1972	Dès 2 mois (fruits et légumes, dinde)	"vitamine C"
Gerber	1972		"goût", "vitamine C"
FALI	1972	Dès 3 mois (fruits, légumes, viandes)	"vitamine C"
Gerber	1971	4 - 6 mois (légumes, fruits, viandes, fromages)	"vitamines", "sels minéraux", "goût"
Gerber	1971	4 mois (viandes, légumes), 6 mois (mg)	"équilibre", "fer", "vitamines", "protides", "lipides"
FALI	1970	Dès "les 1ers mois" (fruits et miel)	"faire un homme intelligent", "protéines", "acides gras", "calcium", "phosphate"
Gerber	1970	Dès 2 ou 3 mois (pommes, poires, pêches, légumes, viandes, poissons)	"étapes de la croissance"

Suite du Tableau 1.2.4

Gerber	1968	(légumes, fruits)	"goût", "variée", "douce au palais"
Blédina Jacquemaire	1966	Dès 3 mois (légumes, viandes, poissons, fruits)	"goût", "variété"
Gallia	1966	(fruits, légumes, viandes, soja)	"croissance", "vitamines"
Guigoz	1966	Dès 3 mois (tout)	"bonne mine", "croissance", "vitamines", "intestin", "foie", "vitalité"
Blédina Jacquemaire	1966	3e mois	"croissance", "sels minéraux", "saveur", "fraicheur"
Repas FALI	1965	Dès 3 mois (légumes, fruits, viandes, poissons, œuf)	"saveur", "mesure", "constitution"
Gerber	1965	Dès 3 mois (légumes, fruits, viandes, poissons, riz)	"variée", "équilibrée", "saveur"
Blédina Jacquemaire	1965	Dès 3 mois (légumes, viandes, poissons, fruits)	"goût", "variété"
Repas FALI	1964	Dès 3 mois (légumes, fruits, viandes, poissons)	"tout est calculé [...] contenance, variétés, goût"
Repas FALI	1964	Dès 3 mois (légumes, fruits, viandes, poissons)	"adaptés à l'âge, à l'appétit et aux besoins"
Repas FALI	1963	Dès 3 mois (légumes, fruits, viandes, poissons, œuf, abats)	"variété", "sécurité [de fabrication]"
Gerber	1963	Dès 2 ou 3 mois (légumes, fruits, viande, poisson, jaune d'œuf)	"goût", "éléments vitaux",
Jacquemaire	1962	Dès 3 mois (légumes, viandes, fruits)	"vitamines", "protéines", "cellulose", "sels minéraux", "nourrissant", "varié"
Jacquemaire	1959	Dès 3 mois (légumes, fruits, viandes)	"vitamines", "éléments minéraux"

Enfin, la troisième forme d'influence que peut exercer l'industrie de l'alimentation infantile sur la constitution des recommandations médicales consiste dans la production et la mise à disposition de données d'enquête. Un rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (Lalande & Roussille, 2003) souligne que la recherche clinique chez l'enfant (hors oncologie) est largement financée par les industriels, qui promeuvent 76% des essais cliniques. Par ailleurs, en participant à la construction des enquêtes permettant de saisir les

comportements effectifs de la population, les industriels peuvent influencer le type de données produites et ainsi orienter les questions de recherche qui en découlent. On analyse dans une troisième sous-partie les liens entre le type de financement des enquêtes et les recommandations en matière de diversification alimentaire formulées.

1.3. Formuler des recommandations : définir le régime alimentaire adéquat

Comme évoqué en introduction, une des particularités notables des publications scientifiques étudiées est d'avoir vocation à servir de support pour l'activité des praticiens. Une majorité d'articles du corpus se conclut sur des recommandations de mise en œuvre des bonnes pratiques de prescription et de prévention en consultation médicale. Cela implique que les chercheurs et médecins qui formulent ces recommandations projettent, d'une part, l'attitude des médecins praticiens vis-à-vis des recommandations de bonnes pratiques, et d'autre part, les pratiques des parents en matière d'alimentation infantile.

1.3.1. Appréhender le travail de puériculture des parents pour l'orienter : les enquêtes prospectives socio-médicales et d'épidémiologie

L'appréhension du travail de puériculture effectué par les parents constitue l'un des impératifs les plus externes à l'espace de la recherche en nutrition pédiatrique. En effet, cette question intéresse davantage les pouvoirs publics, soucieux du maintien de la santé de la population, et surtout les industriels, désireux de connaître les leviers commerciaux dont ils disposent pour vendre leurs produits. Avant 2011, l'essentiel des enquêtes prospectives concernant l'alimentation des nourrissons lors de leur première année a été produit par le Secteur français des aliments de l'enfance (le Sfae créé par les principaux groupes de l'industrie alimentaire, voir le tableau 1.4.2 *Adhérents du SFAE*, annexe du chapitre 1). En effet, le Sfae a conduit tous les huit ans depuis 1981 une enquête prospective sur l'alimentation des enfants français pendant leur diversification alimentaire ; les résultats de ces enquêtes constituaient jusqu'à récemment l'essentiel des éléments sur lesquels les chercheurs pouvaient appuyer leurs recommandations en matière de diversification alimentaire.

Ce manque de connaissances équipées des pratiques de puériculture des parents français a naturellement conduit les experts en nutrition pédiatrique (médecins, chercheurs) à conjecturer les déterminants socio-économiques de l'alimentation dans la prime enfance :

« Sur le plan de l'allaitement, il est considéré que les femmes à faibles revenus, allaitent peu et moins longtemps. Cette donnée d'une importance majeure pour la santé de ces enfants à risque, n'est étayée par aucune étude à l'échelon national en France. Quand la mère n'allait pas, leurs parents utilisent peu les laits infantiles pendant les premiers mois de vie. Il est communément avancé, sans preuve, que la diversification alimentaire se ferait plus précocement chez les enfants pauvres et qu'ensuite, elle serait de qualité acceptable. Chauliac et Chateil notent ainsi que l'alimentation non lactée des enfants de 6 mois à 3 ans issus de 193 familles qui ne sont pas cependant en grande précarité, de même que leurs apports nutritionnels, sont satisfaisants. À l'exception du fer pour lequel on dispose de données biologiques, cette assertion n'est pas prouvée pour les autres nutriments » (pédiatre non-classé, 2011).

L'extrait suivant montre que la question des déterminants sociaux des pratiques alimentaires n'est pas absente de l'espace de la recherche en nutrition pédiatrique. Toutefois, il révèle aussi des représentations particulières de la pauvreté dans le milieu médical :

« Jusqu'à ces dernières années, il était considéré que les enfants pauvres de plus de 3 ans consommaient trop de sucres et de graisses, pas assez de fruits et légumes frais, de poissons et de produits laitiers, et avaient un excès d'apports en protéines et sodium, une insuffisance en fibres, fer, zinc, magnésium, bêta-carotène, vitamines A, B6, C. Deux études récentes indiquent que, au moins pour ceux vivant dans des familles qui ne sont pas en grande précarité, ces enfants n'ont pas une alimentation plus déséquilibrée que celle de la population infantile générale. Par contre, ils consomment moins de légumes et de fruits frais, moins de produits laitiers. Il n'a d'ailleurs pas été décelé de différences significatives des apports nutritionnels entre les enfants pauvres et non pauvres. Ces 2 enquêtes ne prennent cependant en compte que les familles disposant d'un revenu déclaré. Si ces résultats traduisent la consommation alimentaire des enfants issus de milieux modestes, ils ne sont pas représentatifs de la situation de ceux en grande précarité. Si, chez l'adulte, l'alimentation reflète bien les conditions de précarité économique, la relation est sans doute moins nette chez l'enfant. La priorité souvent donnée par les parents à l'alimentation des enfants pour les préserver de régimes insuffisants, la restauration scolaire, les soutiens des organismes publics et humanitaires, moins présents cependant que pour le nourrisson et l'enfant en bas âge, peuvent minimiser l'impact nutritionnel qui pourrait être attendu de la situation financière familiale. Le niveau de revenu familial apparaît aussi moins déterminant que le niveau d'éducation des parents » (pédiatre non-classé, 2011).

Ces représentations de l'effet de la pauvreté sur l'alimentation des jeunes enfants, qui était encore assez peu documenté en 2012, paraissent courantes chez les médecins les plus dominants dans l'espace de la nutrition pédiatrique, qui soulignent par ailleurs que la situation nutritionnelle des jeunes enfants français est globalement satisfaisante et que dans les cas où elle ne l'est pas, on ne peut pas l'imputer à un régime trop riche en aliments en pots pour bébés :

« Contrairement à ce qui est souligné pour justifier [l'utilisation des aliments industriels pour bébés], les régimes alimentaires des enfants de 6 à 36 mois sont généralement en France de qualité nutritionnelle satisfaisante [...] Même si on ne dispose d'aucune étude permettant d'évaluer la situation nutritionnelle des « forts » consommateurs [d'aliments en pots pour bébés], il est probable qu'elle est dans l'ensemble satisfaisante [...] sauf situations socio-familiales extrêmes » (membres du CNSFP, 2012).

Ces médecins tendent par ailleurs à mettre sur le compte d'une mauvaise information, ou d'une information médicale mal comprise, les pratiques non-conformes aux recommandations en matière de diversification alimentaire. Sur ce point, ils semblent se conformer aux définitions institutionnelles des destinataires des messages sanitaires – pour lesquelles les individus sont soucieux de leur santé et agissent de manière économiquement rationnelle (Pinell, 1992) – en ignorant (ou minorant) les conditions sociales d'existence qui peuvent expliquer les pratiques alimentaires :

« Un des intérêts de l'utilisation de ces aliments industriels spécifiques peut être d'éviter l'emploi trop fréquent d'aliments industriels destinés aux adultes, souvent trop riches en protéines, en sel, en graisses, en acides gras trans, et pas moins chers » (membres du CNSFP, 2012).

« À l'instar de ce qui est préconisé chez l'adulte ou par crainte de l'obésité, il n'est pas rare que l'apport en graisses soit volontairement restreint 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 » (individualité 3, 2005).

« On ne sait rien de l'utilisation des aliments industriels infantiles (laits infantiles, petits pots et plats cuisinés) qui ont une composition qui pourrait contribuer à réduire d'éventuelles insuffisances nutritionnelles pour [les] enfants. La prise de 500 ml/24 h d'une préparation pour nourrissons ou de suite, de lait de croissance peut contribuer à corriger ces insuffisances nutritionnelles (dépense de

l'ordre de 0,7 euro par jour). Cette dépense qui paraît accessible est un des éléments qui conduit les parents à utiliser plutôt du lait de vache. Une aide sociale pour mettre à disposition de ces familles gratuitement, ou au moins à un prix plus bas, un lait de croissance constituerait certainement une action bénéfique pour la santé de ces enfants » (membre du CNSFP, 2011).

Tableau 1.3.1 Résultats principaux des publications selon l'enquête mobilisée (années 2010)

Année	Caractéristiques de l'échantillon	Résultats / Observations
2014	Sfae 2005	Les apports en sel des nourrissons et des enfants en France sont élevés et supérieurs aux apports estimés adéquats.
2014	Sfae 2013. 1188 enfants recrutés selon la méthode des quotas (échantillon représentatif de la population française selon le sexe, l'âge, la région d'habitation, la prof de la mère, la prof de la personne de réf, la présence d'autres enfants dans le foyer)	..
2014	Echantillon aléatoire de 3 368 enfants nés en 2012 dans 136 maternités tirées au sort.	L'âge médian de début de diversification était de 152 jours. Plus tardif chez les enfants allaités au moins 4 mois (166 jours) que chez les enfants n'ayant jamais été allaités (136 jours). Avant 4 mois, seules 13% des mères avaient débuté la diversification. Avant 12 mois, plus de 90% des enfants consommaient régulièrement fruits, légumes, poissons et viandes, pommes de terre, produits céréaliers et produits laitiers mais seuls 23% avaient reçu des œufs, et 53%, des matières grasses. Les recommandations concernant la diversification sont globalement bien suivies mais l'introduction des matières grasses dès la première année doit être promue.

Suite du Tableau 1.3.1

2012	2 études, enquête TNS/Sofrès/Blédina de 2004 (699 enfants âgés de 7 à 36 mois) et enquête TNS/Sofrès/SFAE de 2005 (513 enfants âgés de 6 à 36 mois)	Les régimes alimentaires des enfants de 6 à 36 mois sont généralement en Fce de qualité satisfaisante et ttes les insuffisances d'apports peuvent être prévenues, à l'exception de la vitamine D, par l'emploi des laits infantiles. Un des intérêts de l'utilisation des aliments industriels spécifiques peut être d'éviter l'emploi trop fréquent d'aliments industriels destinés aux adultes. L'emploi des aliments industriels spécifiques participerait à l'acquisition de bonnes habitudes alimentaires. Compte tenu de leurs qualités, ils permettent de répondre convenablement aux attentes des parents qui, pour des raisons sociologiques bien identifiées, ne peuvent habituellement offrir une cuisine familiale adaptée.
2010	Les participants ont été recrutés dans la région dijonnaise dans le cadre de l'étude Observatoire des préférences alimentaires du nourrisson et de l'enfant (Opaline) qui vise à suivre 300 enfants depuis le 3e trimestre de grossesse de la mère jusqu'à l'âge de 2 ans	En conséquence, la part de l'amertume dans l'ensemble des saveurs était réduite de près de la moitié entre 7 et 12 mois. La prise en compte de ces observations serait utile lors de l'établissement de recommandations sur l'alimentation destinée aux jeunes enfants.

Tableau 1.3.2 Résultats principaux des publications selon l'enquête mobilisée (2005-2009)

Année	Caractéristiques de l'échantillon	Résultats / Observations
2008	Sfae 2005. 711 enfants de 1 à 36 mois (11 classes d'âge). Echantillon représentatif des nourrissons français non allaités.	Une plus grande consommation, par les enfants âgés de 1 à 36 mois, aussi bien de produits laitiers infantiles que de l'ensemble des aliments spécifiques bébés, améliore significativement leurs consommations de plusieurs nutriments à risque d'apports inadéquats.
2008	301 nourrissons âgés de 0 à 6 mois nés à la maternité du Belvédère (Calvados)	L'objectif de ce travail était d'étudier la conduite de la diversification alimentaire et de rechercher des facteurs liés à une pratique inadaptée. L'étude met en évidence une population à risque que doit cibler en priorité l'information et les programmes d'éducation nutritionnelle. Elle invite aussi à se demander comment les médecins pourraient regagner le conseil alimentaire auprès des mères pour permettre l'acquisition de bonnes habitudes alimentaires.

Suite du Tableau 1.3.2

2008	Sfae 2005. 711 enfants de 1 à 36 mois (11 classes d'âge). Echantillon représentatif des nourrissons français non allaités.	<p>Jusqu'à 7 mois, les apports énergétiques moyens étaient, en 2005, supérieurs aux apports conseillés. Les apports de protéines, de lipides et de glucides étaient satisfaisants mais ceux de calcium et des vitamines du groupe B étaient au-dessus des apports nutritionnels recommandés. Certains enfants étaient à risque d'apports insuffisants pour l'acide alpha-linolénique, la vitamine E, la vitamine C, le fer et le zinc, tandis que les apports moyens de sodium étaient au-dessus des besoins nutritionnels.</p> <p>Ccl : Le régime alimentaire des enfants français en bas âge semble satisfaisant pour une large proportion d'entre eux, couvrant la plupart de leurs besoins nutritionnels. Cependant, les apports en fer et en acide alpha-linolénique spécialement nécessiteraient une amélioration pour certains enfants.</p>
2007	Sfae 2005. 711 enfants de 1 à 36 mois (11 classes d'âge). Echantillon représentatif des nourrissons français non allaités.	<p>En 2005, une nette amélioration de la conduite de l'alimentation lactée des nourrissons par rapport à celle observée en 1981, 1989 et 1997 a été observée. Les préparations pour nourrissons et les préparations de suite occupent une place prépondérante par rapport au lait de vache avant 1 an et le lait de croissance prend petit à petit la place du lait de vache à partir de 13-18 mois. La diversification alimentaire est retardée entre 5 et 6 mois.</p>
2007	Sfae 2005. 711 enfants de 1 à 36 mois (11 classes d'âge). Echantillon représentatif des nourrissons français non allaités.	<p>L'enquête montre que le comportement alimentaire des jeunes enfants s'est amélioré, entre 1981 et 2005, notamment depuis 1997, avec un report du début de la diversification. Elle permet de confirmer que les mères ont besoin d'être guidées pour l'alimentation de leur enfant et que le corps médical est leur source de conseil la plus importante. En revanche, il est constaté un passage trop rapide à l'alimentation des plus grands à partir d'un an.</p>

Tableau 1.3.3 Résultats principaux des publications selon l'enquête mobilisée (1999-2005)

Année	Caractéristiques de l'échantillon	Résultats / Observations
2005	167 nouveau-nés, nés dans la même maternité ont été prospectivement inclus dans l'étude	L'étude montre que la moitié des nourrissons est diversifiée trop tôt. En maternité 67% des mères avaient débuté un allaitement. Parmi ces mères, 33% allaitaient toujours à 4 mois et 17% à 6 mois, au moins partiellement. 52% des mères avaient diversifié l'alimentation de leur enfant avant 4 mois, 24% des enfants avaient reçu du gluten à 4 mois. Les mères de niveau d'étude secondaire, les mères âgées de plus de 35 ans et les mères qui donnaient un LA à 4 mois avaient diversifié l'alimentation de leur enfant significativement plus tôt ($p < 0,05$). Les enfants alimentés par une préparation pour nourrissons avaient été plus souvent diversifiés avant 4 mois que ceux allaités par leur mère (57 contre 33%, $p < 0,05$).
2005	Résultats d'une enquête de consommation (Nestlé)	Les enfants consomment beaucoup d'aliments infantiles spécifiques jusqu'à un an, mais à 2 ans, presque tous les enfants mangent comme leurs parents. L'apport énergétique total est un peu inférieur aux ANC pour les enfants les plus grands, les apports en protéines sont trop élevés, les apports en calcium satisfaisants, les apports en sel à surveiller.
2003	160 enfants âgés de 10 jours à 6 ans (moyenne : 17,7 mois)	38 (24 %) des 160 enfants avaient un déficit en iode, caractérisé comme suit : déficit faible (17 %), déficit modéré (5 %) et carence (2 %). Le statut en iode n'était pas statistiquement différent selon l'âge, le sexe, l'état nutritionnel et l'origine géographique de l'enfant et la catégorie socioprofessionnelle des parents. L'allaitement maternel ne protégeait pas du déficit en iode. La consommation de lait pour nourrissons, de lait de suite et de lait pour enfants en bas âge était un facteur de risque de déficit en iode ($p = 0,02$).

Suite du Tableau 1.3.3

2000	Test in-vitro	L'allaitement maternel exclusif reste la meilleure recommandation pour prévenir l'apparition de manifestations allergiques chez un nourrisson allergique. En l'absence d'allaitement maternel, on peut proposer l'utilisation darts les mêmes conditions des formules hypoallergéniques.
1999	Sfae 1997. 660 enfants de 1 à 30 mois (10 classes d'âge). L'échantillon est représentatif des familles françaises métropolitaines ayant des enfants de même âge en termes de région, taille de commune et catégorie socioprofessionnelle du chef de ménage	De 1989 à 1997, la part des laits infantiles dans l'alimentation a augmenté. Les apports observés en protides sont supérieurs au double des apports recommandés chez 75 % des enfants. Les apports moyens en fer sont plus élevés qu'en 1989. Les apports moyens en acide linoléique sont inférieurs aux apports recommandés. Ccl : une meilleure couverture des apports recommandés. Amélioration possible pour le fer et les acides gras essentiels en incitant à la prolongation de la durée d'allaitement exclusive avec un lait pour nourrissons et a l'utilisation plus systématique et plus prolongée des laits de suite et des laits de croissance.
1999	703 patients (recrutés à Nancy et Toulouse), CICBAA, tout âge	Ces données démontrent que les manifestations cliniques d'allergie alimentaire se modifient, les symptômes s'aggravant avec l'âge. Aussi, il convient d'envisager une prise en charge allergologique précoce de l'allergie alimentaire afin de prévenir l'aggravation de la maladie.

Tableau 1.3.4 Résultats principaux des publications selon l'enquête mobilisée (1984-1997)

Année	Caractéristiques de l'échantillon	Résultats / Observations
1997	Tte femme ayant accouché dans une maternité de la Somme, du 13/02 au 30/04 1995. 1429 dossiers (sur 1527 naissances sur la période)	Cette étude confirme le faible taux d'AM dans la Somme (20%). Le choix de l'alimentation est très précoce. Lors de la déclaration de grossesse, 80 % des femmes ont précisé leur choix qt au mode d'alimentation de leur futur bébé.
1992	Sfae 1981 et 1989	..
1991	Sfae 1981 et 1989 (499 enfants entre 0 et 18 mois)	L'action conjuguée des industriels et des pros de santé a entraîné des modifications significatives des apports nutritionnels des nourrissons : la conso de laits infantiles, et donc les apports en fer et en acide linoléique, ont significativement augmenté mais l'anémie ferriprive reste fréquente. Recommandations : prolongation de la durée d'alimentation lactée exclusive, utilisation plus systématique des aliments lactés pour nourrissons de plus de 4 mois et prolongation de leur période d'utilisation.

Suite du Tableau 1.3.4

1991	86 cas de dermatites atopiques moyennes à sévères du Centre Hospitalier Régional de Brest	Le recours au lait hypoallergénique n'empêche pas la survenue de sensibilisations et gêne peut-être la mise en place d'une tolérance aux allergènes du lait chez l'enfant, la place d'une prévention primaire de l'allergie alimentaire chez l'enfant atopique ne nous semble plus pouvoir se discuter si ce dernier présente déjà une mono-sensibilisation alimentaire, imputée vis-à-vis de la dermatite atopique. Ccl proposer une diversification prudente par éviction des pneumallergènes.
1989	Sfae 1981. 543 enfants, [3;24] mois	..
1986	Sfae 1981. 543 enfants, [3;24] mois	La réduction brutale de la consommation des laits infantiles entre le 4e et le 6e mois s'accompagne d'une diminution des apports en fer et en acide linoléique. Ces résultats ont été largement diffusés dans le corps médical. Les fabricants de laits infantiles ont accentué dans les mois suivants la promotion des aliments lactés pour nourrissons
1984	Sfae 1981. 543 enfants, [3;24] mois	..
1984	Sfae 1981. 543 enfants, [3;24] mois	Une grande variété des apports énergétiques chez les enquêtés. L'apport calorique moyen est trop élevé entre 6 et 12 mois. La consommation de LA décroît entre 4-5 mois (57% des apports) and 6-7 mois (18% des apports). La probabilité d'avoir des apports en protéines insuffisants est de moins 2%. Cette probabilité est de 0,04 pour les apports de calcium et de 0,50 à 0,78 pour les apports en fer.
1984	Rétrospective 191 patients atteints de Dermatite Atopique	Préconiser un sevrage progressif. Les œufs et le lait sont les principaux allergènes identifiés

1.3.2. Minimiser des incertitudes et anticiper la réception

Les relations de concurrence au sein de l'espace de la recherche en nutrition pédiatrique révèlent la fonction des recommandations médicales en matière de diversification alimentaire. Les chercheurs dominés vont jusqu'à remettre en question le fondement de la légitimité des recommandations de bonnes pratiques :

« Il n'existe pas de recommandations fondées sur des preuves sur les quantités exactes et un calendrier précis d'introduction des différents aliments. Les recommandations ont été élaborées sur la base d'études observationnelles et d'avis d'experts. Jusque récemment, la prévention primaire de l'allergie reposait sur le dogme de l'éviction » (Auteur proche des allergologues, 2013).

« Il reste des questions encore non résolues : faut-il diversifier plutôt à 4 ou à 6 mois en fonction des antécédents ? Faut-il que la diversification soit libre comme le suggèrent les recommandations internationales ou respecter un ordre d'introduction des aliments ? Jusqu'à quel âge est-il préférable de promouvoir un allaitement maternel exclusif ? Faut-il introduire précocement des aliments à fort potentiel allergénique et à quel âge (exemple de l'arachide) ? Les recommandations pour l'alimentation de la mère et de l'enfant pendant les premiers mois de vie et prévention de l'allergie pourraient être (en accord avec les recommandations européennes et nord-américaines récentes) : L'absence de régime pendant la grossesse ; L'allaitement (sans régime chez la mère) pendant 4 à 6 mois. Quand un complément de l'allaitement est nécessaire et à défaut d'allaitement : conseiller un hydrolysat extensif de caséine ou certains hydrolysats partiels de protéines du lactosérum ou une formule standard, le bénéfice à attendre de ces formules est à indiquer aux parents ; Débuter la diversification après 17 semaines et avant 24 semaines avec des aliments riches en fer (œuf, viande) et en acides gras polyinsaturés à longue chaîne (œuf, poisson gras) ; l'introduction du gluten est progressive entre 4 et 7 mois » (Allergologues, 2009).

À l'inverse, les chercheurs dominants, notamment les membres du CNSFP, qui formulent l'essentiel des recommandations de bonnes pratiques justifient le maintien de ces recommandations par la nécessité supérieure de leur assimilation par les praticiens :

« Pour conclure, le CNSFP tient à ajouter que la difficulté et le temps mis à faire passer dans la pratique quotidienne des professionnels de santé les recommandations des comités d'experts ont pour corollaire un besoin de prudence dans l'évolution de ces recommandations » (CNSFP, 2009).

Conclusion

On peut affirmer que les recommandations médicales étudiées relèvent en partie d'un arbitraire culturel pour deux grands ensembles de raisons qui renvoient, d'une part, à l'organisation sociale de l'espace de la recherche médicale, et d'autre part, aux relations qu'entretient cet espace aux autres champs sociaux. Plus précisément, le premier ensemble de raisons tient aux effets de la structuration de l'espace de la recherche en nutrition pédiatrique et de la division du travail qui s'y opère. Deuxièmement, l'espace de la recherche en nutrition pédiatrique est en interaction avec l'industrie alimentaire et avec l'ensemble des institutions et des individus intéressés aux questions d'alimentation infantile (tels les médecins praticiens, les pouvoirs publics et les parents de jeunes enfants). Il en résulte que le processus de constitution des recommandations médicales ne s'accomplit pas uniquement par le travail scientifique de chercheurs et de médecins déconnectés des demandes émanant des industriels, des pouvoirs publics et des profanes intéressés à l'alimentation infantile (les parents de jeunes enfants, principalement).

Ainsi, les rapports de concurrence entre les chercheurs et médecins, sous-tendus par les appartenances disciplinaires et institutionnelles, à l'intérieur même de l'espace de la recherche en nutrition pédiatrique, conduisent à la production de recommandations en matière de diversification alimentaire contradictoires. Notamment, l'attitude à prescrire pour prévenir les éventuelles allergies alimentaires reste indéterminée, alors même que les différents médecins et chercheurs intéressés par l'objet appuient leurs recommandations en partie sur les mêmes études. Ces recommandations apparaissent d'autant plus inconciliables que les mécanismes physiologiques censés les justifier sont relativement opposés ; les experts (médecins, chercheurs) dominants (majoritairement pédiatres) préconisent de retarder, jusqu'à la fin de la période de diversification, l'introduction des allergènes (œuf, lait de vache, poisson) dans l'alimentation de l'enfant en raison de l'immaturation de son système digestif et immunitaire, les experts dominés (le plus souvent des allergologues) proposent, au contraire, d'introduire les allergènes dans le régime de l'enfant, à petites doses, en début de diversification, afin de sensibiliser son organisme à ses substances, c'est-à-dire de contribuer à la formation de son système immunitaire.

Le statut de ces recommandations médicales est fonction des positions institutionnelles occupées par les chercheurs qui les formulent ; les membres du CNSFP (experts dominants) produisent les recommandations de bonnes pratiques de la Société française de pédiatrie qui sont plus largement diffusées à l'ensemble des praticiens que les recommandations proposées par les autres médecins et chercheurs. Il est tout à fait notable que les médecins que l'on a dénommés « individualités », qui ont des positions professionnelles et institutionnelles dominantes de cliniciens hospitalo-universitaires dans des grandes villes et une audience relativement importante en dehors du champ médical, synthétisent et concilient les recommandations contradictoires dans leurs écrits. La conversion de leur capital professionnel en d'autres espèces de capital (à savoir des formes de notoriété scientifique et médiatique) est associée à la nécessité d'un discours qui contribue au maintien de la cohérence de l'espace de la recherche en nutrition pédiatrique sans laquelle cet espace risquerait de perdre son autonomie vis-à-vis d'autres espaces sociaux. Ainsi, l'impérativité, pour les experts, de formuler des recommandations donne aux institutions et individus extérieurs à l'espace de la recherche en nutrition pédiatrique la possibilité de voir et de se saisir des contradictions et incertitudes qui traversent la nutrition pédiatrique pour remettre en question la légitimité des experts en nutrition pédiatrique. Le travail de synthèse et d'harmonisation des recommandations, effectué par les individualités à destination des praticiens voire des profanes, a pour effet de minimiser les luttes internes à l'espace de la recherche en nutrition pédiatrique qui affaiblissent sa légitimité.

Par ailleurs, la participation importante de l'industrie de l'alimentation infantile au processus de recherche contribue à déterminer la forme des recommandations. En effet, en important dans le travail de recherche clinique ses demandes particulières (soit par la mise à disposition de données d'enquête, soit par le financement d'études cliniques), l'industrie de l'alimentation infantile contribue partiellement à définir les questionnements des chercheurs et les recommandations qui en découlent. Il en va de même pour les pouvoirs publics, qui confient à la recherche en nutrition pédiatrique le soin de convertir les objectifs de préservation de la santé des jeunes enfants fixés par les agendas politiques en problèmes de médecine clinique.

Ainsi, la fonction même des recommandations médicales en matière de diversification alimentaire – l'encadrement à la fois des pratiques de prescription et de prévention des médecins praticiens et des pratiques de puériculture des parents – lui confère son caractère

socialement arbitraire. Le travail d'expertise (auquel appartient la formulation de recommandations médicales), en tant que support pour la pratique, consiste en partie à la réduction des incertitudes. Il est donc susceptible, quand il est pratiqué par des agents différenciés et en concurrence, de produire des recommandations contradictoires qui révèlent les incertitudes qu'elles voulaient minimiser. Le travail d'expertise consiste également à hiérarchiser les dimensions d'un problème, ou d'une problématique, il produit donc par essence des arbitrages ; la priorité doit-elle être de minimiser un risque particulier ? De tenter de maintenir l'ensemble des risques à un niveau jugé acceptable ? De maximiser un potentiel de développement ? Selon la position des experts dans le champ de production de l'expertise, la fonction des recommandations peut être mobilisée ou non comme un élément justifiant leur reformulation. Les experts dominants, auteurs des recommandations les plus diffusées et les plus anciennes, ont intérêt à une évolution lente des recommandations, qui favorisent le maintien de leur légitimité. Au contraire, les chercheurs dominés ont intérêt à une reformulation rapide qui favorise l'interrogation de la légitimité des chercheurs dominants.

Chapitre 2 La médiatisation des recommandations en matière de diversification alimentaire

Introduction

L'extension du domaine d'intervention de la médecine entraîne depuis une quinzaine d'années une recrudescence des entreprises de promotion de la santé (Pommier et Ferron, 2013, p. 114) et ce malgré un investissement des pouvoirs publics parfois jugé insuffisant par les professionnels de la santé (Demeulemeester, 2013). Ce mouvement s'accompagne de l'émergence de nombreux discours portant sur la santé, notamment sur la nutrition, n'émanant pas systématiquement des autorités officielles. Dans ce contexte, le travail de promotion de la santé, de publicisation des recommandations nutritionnelles, effectué par les intermédiaires du champ médical (journalistes spécialisés, institutions officielles, associations) apparaît nécessaire à la diffusion des recommandations nutritionnelles et constitutif de leur mise en forme, sur le modèle du rôle des intermédiaires dans l'organisation de la réception des produits culturels (Jeanpierre & Roueff, 2014). La disparité des discours que les intermédiaires du champ médical diffusent induit des dissonances dans les préconisations à l'attention du grand public¹. Les recommandations en matière de puériculture à destination des parents, leurs auteurs, leurs supports de diffusion, les différents experts qui concourent à leur édicition, constituent un lieu d'observation privilégié de la médiatisation des discours médicaux (Neyrand, 1999).

Une part des connaissances relatives à la physiologie digestive des nourrissons apparaît relativement mal stabilisée, ce qui renforce la fluctuation des normes en matière de nutrition infantile. Cette incertitude imprègne, à des degrés divers, les articles scientifiques traitant cet objet ainsi que les documents destinés à une audience profane. Les contenus de ces textes, qui font office de modèles normatifs auxquels peuvent se référer les parents afin de régler leurs pratiques de puériculture (Gojard, 2000, p. 479), sont donc en partie le produit

¹ Des recherches en sociologie évoquent, parfois, une « cacophonie » (Fischler, 1991) pour caractériser les discours d'éducation à la santé relatifs à l'alimentation.

d'interprétations et le reflet d'habitudes culturelles². La diversification alimentaire – la période d'introduction des aliments solides dans le régime d'un nourrisson – est notamment l'objet de recommandations instables parfois concurrentes.

Ce chapitre prend pour objet les conditions de médiatisation des recommandations médicales en matière de diversification alimentaire. Une analyse sociologique de la médiatisation des recommandations en matière de nutrition infantile adressées au grand public apparaît pertinente pour appréhender les conditions socio-structurelles qui déterminent la circulation de l'information médicale de l'espace de sa production – le champ scientifique – vers l'espace de l'éducation à la santé. Afin d'expliquer l'hétérogénéité des recommandations en matière de nutrition infantile, une première voie de recherche possible consiste donc à préciser l'incidence de la structuration du champ médical – plus précisément, du sous-espace de la recherche clinique – sur le contenu des supports d'éducation à la santé. Un deuxième axe de recherche peut consister à essayer de déterminer l'effet, sur les contenus, des caractéristiques des documents d'éducation à la santé (s'agit-il d'une publication institutionnelle, d'un ouvrage de puériculture, d'un article de presse) et de leurs auteurs (quel est la qualité de l'auteur, quelle est la spécialité des experts consultés). Une analyse du texte et du péri-texte des documents à destination du grand public traitant de diversification alimentaire permet alors de tracer un espace des recommandations savantes adressées aux parents, de leurs supports de diffusion, de leurs auteurs et de leurs sources.

Dans un premier temps, nous constatons une relation d'interdépendance étroite liant les contributeurs à l'édiction de recommandations à l'attention du grand public aux producteurs de connaissances scientifiques. La médiatisation des recommandations médicales – bien qu'elle ne prenne pas toujours explicitement la forme d'un journalisme spécialisé – est à rapprocher de l'activité des journalistes économiques qui apparaissent très dépendants du champ de l'économie (Duval, 2004). Cette dépendance est double, elle renvoie, d'une part, aux ressources matérielles dont disposent les organes de presse, les conditions de leur financement par les annonceurs et les actionnaires qui encadrent la ligne éditoriale, et, d'autre part, à l'adoption des catégories ainsi que des registres de perception et d'appréciation des économistes et des dépositaires des savoirs experts en matière d'économie (Duval, 2000). Cette dépendance du journalisme scientifique et technique aux sources a déjà été précisée

² Les pédiatres et nutritionnistes qui produisent des travaux sur la diversification alimentaire publiés dans les *Archives de Pédiatrie* identifient d'ailleurs eux-mêmes explicitement ce phénomène.

(Jensen 2010 ; Neveu 2009 ; Weitkamp 2014). Cependant, toutes les sciences ne sont pas couvertes de la même façon et pour certains sujets, en général controversés, les journalistes se réfèrent à plusieurs sources³ (Champagne & Marchetti, 1994 ; Marchetti 2010). Analysé comme un espace d'intermédiation (Roueff, 2013), l'activité de médiatisation des recommandations en matière de diversification alimentaire paraît surdéterminée par la structure du sous-espace de la recherche en nutrition pédiatrique. D'un côté, les conditions de diffusion des recommandations sont fonction de la position des médecins et chercheurs qui les formulent dans l'espace de la recherche clinique, d'un autre côté, certains médecins et chercheurs contribuent eux-mêmes à la diffusion des recommandations qu'ils soutiennent directement, en rédigeant des articles publiés dans la presse spécialisée (en ligne notamment), ou indirectement, en donnant des interviews ou en participant à l'élaboration de supports institutionnels d'éducation à la santé (guide du Plan National Nutrition Santé ou *Livre bleu* du Comité national de l'enfance) largement diffusés auprès des parents.

Les contributions de la presse spécialisée et des médecins experts de nutrition pédiatrique ne constituent pas seules l'espace des recommandations en matière de diversification alimentaire adressées aux parents. Il en résulte que les luttes qui structurent le sous-espace de la recherche en matière de nutrition pédiatrique ne constituent pas le seul déterminant de la forme de l'espace des recommandations en matière de diversification alimentaire adressées aux parents. En effet, d'autres types de savoirs experts, issus notamment du champ des sciences humaines et sociales, structurent les recommandations adressées aux parents⁴. De plus, l'industrie de l'alimentation infantile – dont a vu qu'elle contribuait à la formulation des recommandations dans l'espace de la recherche en nutrition pédiatrique – détermine également, au moins en partie, le contenu des recommandations en matière de diversification alimentaire à destination des parents et, plus généralement, l'espace normatif auquel les parents de jeunes enfants sont exposés.

Au moyen de techniques de classification nous déterminons, dans un second temps, le contenu des documents étudiés et le mettons en rapport avec le type de document et les caractéristiques des auteurs. Quatre registres de formulation des recommandations en matière de diversification alimentaire peuvent être explicités. Ces registres ont un poids différentiel

³ Ce n'est pas systématique pour la médiatisation des recommandations en matière de puériculture.

⁴ Comme l'ont montré Sandrine Garcia (2011) et Séverine Gojard (2010) s'agissant de l'importance de la psychanalyse dans le domaine de la médiatisation des savoirs sur l'enfance.

selon les textes étudiés, ils sont fonction des caractéristiques des auteurs et des documents. Le type d'expertise que les auteurs revendiquent ou auquel ils se réfèrent modulent la manière dont les recommandations sont énoncées et les dimensions de l'alimentation infantile que les parents doivent, selon ces supports, intégrer. Par ailleurs, les documents issus de la presse spécialisée – davantage soumis à l'influence de l'industrie de l'alimentation infantile – tendent à importer des catégories de perception et d'appréciation supplémentaires et parfois concurrentes aux catégories de la puériculture savante.

Les données : un corpus de documents de puériculture à destination des parents

Les prescripteurs sont unanimes ; le processus de diversification alimentaire d'un nourrisson est de l'ordre de quelques mois. La période durant laquelle un parent est susceptible de rechercher de l'information concernant la bonne conduite de la diversification alimentaire de son enfant est donc relativement courte. L'hypothèse corolaire à ce constat est que la probabilité de consulter, pour un même enfant, des documents relatifs à la question, sur une période excédant une année, est faible. Par conséquent, il s'est agi de reconstruire un espace des recommandations en matière de puériculture auquel des parents attendant un enfant pour 2011⁵ pouvaient, vraisemblablement, être confrontés. L'étude se concentre sur des documents de différentes natures (magazines, sites web, livres, etc.) écrits par des individus ayant pour activité, principale ou accessoire, de dispenser du conseil en matière de santé, via des articles de presses, des ouvrages, des articles scientifiques, des documents officiels mais aussi des interviews ou des consultations. Prétendre à l'exhaustivité semblait irréaliste. Aussi, les documents analysés ont été retenus, premièrement, parce qu'ils correspondaient aux principaux supports et sources de conseils en puériculture que les parents déclarent mobiliser⁶. Deuxièmement, car parmi ces types de supports, ils étaient les plus susceptibles d'avoir été consultés par les individus intéressés, en raison de leur position dominante en termes de diffusion (meilleures ventes, plus grands nombres de consultations, etc.). Le corpus ainsi constitué se veut crédible pour rendre compte de l'espace des

⁵ Il s'agit de l'année de naissance des enfants de la cohorte *Elfe*. Les parents sont susceptibles de rechercher de l'information en matière de diversification alimentaire avant la naissance et durant les premiers mois de l'enfant. En conséquence, nous nous sommes intéressés à des textes actualisés ou édités entre le dernier trimestre de 2010 et le premier trimestre de 2012.

⁶ Le type de documents consultés par les parents ayant participé à l'enquête *Elfe* a été déterminé à partir des premières analyses effectuées sur ces données par Pierig Humeau (Université de Limoges). Nous lui sommes redevables de nous avoir laissé exploiter ses calculs.

recommandations auquel ont été exposés les parents, ainsi que suffisamment hétérogène pour faire apparaître des différences de contenu entre les textes.

Les types de documents retenus sont 1) deux publications institutionnelles majeures à destination des parents : le *guide nutrition du PNNS* et le *Livre bleu*, 2) cinq manuels de puériculture qui ont connu un succès de librairie important entre 2010 et 2011, 3) les cinq sites web orientés santé les plus fréquentés en 2010 et 2011 selon *Médiamétrie/Netratings*, à savoir : *Doctissimo.fr*, *Santé-Médecine.net*, *Santé AZ (Auféminin.com)*, *E-santé.fr*, *Aujourd'hui.com*, 4) les trois principaux magazines spécialisés en termes de tirage : *Parents*, *Infobébés* et *Famili*, 5) un article des archives de pédiatrie traitant de la réalisation pratique de la diversification alimentaire⁷. Dans chaque document, seuls les articles ou chapitres traitant de l'alimentation dans la première année de vie ont été collectés. Tous les numéros des années 2010 et 2011 des magazines spécialisés ont été consultés. Pour les articles en ligne, n'ont été récupérés que ceux rédigés avant le premier janvier 2012 et consultables entre 2010 et 2011⁸. S'il est possible de considérer qu'une publication institutionnelle ou un manuel de puériculture, aussi épais soit-il, ne constitue qu'un seul texte, il n'en va pas de même pour un dossier publié en ligne qui consiste, parfois, en une agrégation de contributions n'ayant ni le même auteur, ni la même date de publication. Aussi, les articles web et les articles de magazine ont été traités comme autant de textes distincts. Toutes les informations disponibles dans le *péritexte* de ces documents ont été collectées (profession et sexe de l'auteur/contributeur, sources mobilisées, identité et profession des consultants le cas échéant). Quelques recherches complémentaires ont permis de resituer certains auteurs/contributeurs ou de retrouver l'identité et la profession des membres des comités de rédaction de certains ouvrages. Le corpus est composé de 48 unités de contexte initiales (textes), de 91153 occurrences (chaînes de caractères) et de 4758 formes (mots différents) apparaissant en moyenne 19,16 fois. Le tableau 2 donne la liste des documents étudiés et le locuteur correspondant auquel les extraits de texte seront attribués dans ce chapitre.

⁷ Cet article dont l'auteur correspondant est Alain Bocquet s'adresse aux médecins. Toutefois, il est facilement accessible en ligne et *Santé-médecine.net* propose, même, à la fin d'un des articles étudiés (sur le mode « en savoir plus ») un lien hypertexte conduisant directement à cette publication. Pour cette raison, ce document a été intégré à l'analyse.

⁸ Ce qui implique qu'un article ayant été rédigé en 2003, modifié en 2006 mais consultable au moment de la collecte de données a été analysé.

Tableau 2.1 Liste des supports de puériculture étudiés et désignation du locuteur

Titre	Scripteur/Locuteur
De la tétée à la cuillère	Benabdesselam
J'élève mon enfant	Pernoud
100 trucs et astuces pour survivre à l'arrivée de votre premier enfant	100 trucs
La première année de bébé pour les nuls	Gaylord
Le guide pratique des mamans débutantes	Bacus
Parents	Parents
Infobébés	Infobébés
Famili	Famili
L'alimentation du nourrisson de 0 à 3 ans	Bocquet
La santé vient en mangeant. Le guide nutrition de la naissance à trois ans	PNNS
Le livre bleu - Après la naissance	Le livre bleu
Doctissimo.fr	Doctissimo.fr
Santé-médecine.net	Santé-médecine.net
Aujourd'hui.com	Aujourd'hui.com
Santé AZ (auféminin.com)	Santé AZ (auféminin.com)
Esanté.fr	Esanté.fr

Méthodologie de l'analyse textuelle

Les recommandations collectées ont été formatées de sorte à pouvoir être traitées par le logiciel. L'analyse textuelle a été conduite au moyen d'IRaMuTeQ, un logiciel libre qui utilise des modules de R (autre logiciel libre).

Nous avons lemmatisé le corpus mais veillé, dans les analyses, à ce que certains termes ne soient pas confondus abusivement (à titre d'exemple, le « sucre » ou les « sucres » complexes). Le découpage en segments de texte de 40 formes permet de contextualiser les cooccurrences de formes, les textes étant assez longs et traitant de plusieurs objets (ici

aliments ou groupe d'aliments) simultanément, cette opération de contextualisation visait à améliorer la compréhension des associations de mots.

Dans un premier temps, le logiciel transforme le corpus en un tableau lexical entier qui est un tableau disjonctif complet qui repère les cooccurrences de formes. Dans le tableau lexical entier (TLE), une entrée correspond aux segments de textes et l'autre aux formes (chaque mot du corpus). Au sein de la matrice ainsi formée, un 1 indique la présence du mot dans le segment de texte, un 0 son absence. Nous sommes donc en face d'un tableau dit hyper-creux (dans lequel il y a beaucoup de 0).

Pour relier les différents vocabulaires aux locuteurs (ou à d'autres variables), le logiciel construit un tableau lexical agrégé. Un tableau lexical agrégé est un tableau de contingence (ou une juxtaposition de tableaux de contingence), qui croise les formes (mots) du corpus avec des variables préalablement définies et associées aux textes ou segments de texte. Dans notre cas, les formes ont été croisées avec l'identité du locuteur et l'ensemble des variables servant à caractériser les textes : le sexe du locuteur, le type de document (5 modalités : livre, site web, magazine, publication institutionnelle et article scientifique), la profession déclarée de l'auteur (médecin, sage-femme, psychologue ou profane), la nature des sources mobilisées, et enfin une variable « chap_sup » qui indique que le texte ne concerne pas directement l'introduction d'aliments solides mais des considérations périphériques, souvent en rapport avec l'acte de se nourrir.

Le logiciel effectue, enfin, 2 analyses complémentaires : une classification hiérarchique descendante (CHD) et des AFC. La Classification Hiérarchique Descendante mise au point par Reinert en 1983 permet de traiter des tableaux disjonctifs complets de grande taille comportant un nombre important de 0 (comme un TLE). Initialement toutes les unités textuelles (ici, formes et segments de texte) ne forment qu'une seule classe. À chaque itération on fait ressortir les classes les plus dissemblables en termes de vocabulaire (les mots qui apparaissent le moins souvent ensemble). Les formes (mots) qui composent chaque classe ont une fréquence de présence supérieure à la fréquence théorique en situation d'indépendance (mesure du Khi-2 classique, le seuil de significativité est de 0.0001, de plus, on connaît la p-value associée à chaque forme). Les variables de caractérisation des textes (locuteur, type de support, qualités de l'auteur, etc.) sont traitées comme variables supplémentaires.

2.1. La diffusion des recommandations de nutrition infantile : l'inscription médiatique de l'autorité scientifique

2.1.1. Les recommandations en matière de diversification alimentaire

L'émergence, au cours des années 1970, d'une demande de connaissance des « préceptes éducatifs [scientifiquement] légitimes » (Gérôme, 1984, p. 90), ainsi que le développement de la presse magazine et, plus récemment, d'internet ont favorisé la production d'une éducation à la puériculture multiforme et multi-support. Afin de préciser les dissonances dans les discours d'éducation à la santé, un corpus de documents d'éducation à la nutrition infantile à destination des parents (dont la composition est explicitée *supra*) a fait l'objet d'une analyse de contenu, appuyée par une analyse *léxicométrique*, qui consiste en un comptage des occurrences des différentes formes (mots) présentes dans les textes du corpus. Le *péritexte*⁹ des documents étudiés a, en outre, fourni des éléments de contextualisation essentiels. La recension systématique des règles de la conduite de la diversification alimentaire, dans ce corpus, permet de distinguer les recommandations consensuelles des recommandations discordantes.

Tous supports confondus, certains comportements alimentaires, certaines pratiques de puériculture, sont unanimement et explicitement prescrits au travers du corpus. 1) Le lait constitue la base de l'alimentation lors de la première année de vie. 2) La diversification alimentaire est un processus séquentiel. 3) Certains enfants présentent un risque d'atopie¹⁰ plus élevé¹¹ que les autres, la diversification de leur alimentation doit être conduite de manière spécifique : l'introduction des aliments solides est à retarder, les aliments les plus allergisants ne doivent pas être proposés. 4) Pour tous les enfants, les adjonctions de sel et de sucre sont formellement proscrites. 5) Les légumes à « goût fort » doivent être évités. Le goût enfantin que dessinent les textes d'éducation à la nutrition est hypersensible et les nourrissons projetés, vulnérable : « éviter les légumes à goût fort [...] ou très riches en fibres : choux, raves, navets, oignons, poireaux » (*Livre bleu*). 6) L'arachide et les fruits à coque sont déconseillés lors de

⁹ Il s'agit de l'ensemble des éléments textuels d'accompagnement d'une œuvre écrite (titre, préface, dédicace, références bibliographiques, etc.), destiné à aider le lecteur.

¹⁰ Ils sont plus susceptibles de développer des allergies.

¹¹ Ils ont une prédisposition génétique au développement cumulé d'allergies courantes.

la première année de l'enfant, principalement en raison du risque de passage dans la trachée¹². Par ailleurs leur retrait de l'alimentation n'entraînant pas de carences, il n'est pas coûteux de les soumettre à un régime d'éviction. Ces recommandations se retrouvent dans chaque texte étudié et leur formulation varie peu.

En revanche, certaines recommandations en matière de diversification alimentaire apparaissent plus indéterminées. 7) L'ensemble des documents situe l'âge idéal d'introduction des aliments solides entre 4 et 6 mois mais une relative majorité des textes préconise un début de diversification alimentaire à 6 mois révolus et n'autorise que dans des cas particuliers que l'initiation de la diversification s'effectue à 4 mois révolus : « La diversification alimentaire ne doit jamais débiter avant 4 mois et si possible, pas avant 6 mois » (*Livre bleu*). Certains textes délèguent aux parents, sous contrôle du médecin, la responsabilité de la décision : « la diversification alimentaire se fait au rythme de l'enfant mais pas trop tôt. Selon l'enfant, ce passage se fera plus ou moins tôt. Votre médecin sera ici votre meilleur conseiller » (*E-santé.fr*). Lorsque cette latitude est laissée aux parents, c'est le plus souvent au motif d'une individualisation de l'alimentation. Cependant, un ouvrage américain¹³ (« La première année de bébé pour les nuls ») conteste même le mécanisme fondamental qui sous-tend les recommandations portant sur une initiation à 6 mois révolus : « il apparaît, depuis peu, que le fait de retarder l'introduction de légumes et de fruits n'habitue pas l'organisme à autre chose que du lait et n'évite donc aucunement la survenue d'allergies ultérieures » (*La première année de bébé pour les nuls*). Cette indétermination concernant l'âge idéal de la diversification alimentaire laisse entrevoir une « fenêtre d'opportunité » objet d'un consensus fort dans les espaces de médiatisation des recommandations en matière de diversification alimentaire.

Des recommandations en matière d'alimentation infantile apparaissent plus nettement contradictoires d'un texte à l'autre. Il s'agit en particulier de l'introduction dans le régime du nourrisson, lors de sa première année, de trois substances. 8) Les recommandations concernant l'introduction du blanc d'œuf sont très variables au travers du corpus. Un premier tiers des textes préconise une introduction entre 6 et 8 mois révolus, un second tiers des textes conseille d'attendre au moins le neuvième mois et le tiers restant propose de retarder cette introduction au 1 an de l'enfant. 9) Les fraises sont explicitement identifiées comme

¹² « Fausse-route alimentaire ».

¹³ Dont la traduction française a connu un succès de librairie important.

allergisantes et déconseillées avant 1 an dans quelques textes du corpus. Dans d'autres documents, elles sont listées parmi les fruits consommables en début de diversification alimentaire. 10) La plupart des textes d'éducation à la nutrition infantile adressés aux parents conseillent de commencer par introduire des farines sans gluten et de retarder le plus possible l'introduction de cette substance, à l'exception notable du site *E-santé.fr* : « Le gluten est une fraction des protéines contenues dans les céréales, notamment le blé. Il est responsable de la maladie cœliaque (ou intolérance au gluten) chez certains enfants génétiquement prédisposés. Cette maladie empêche l'absorption des nutriments, des vitamines et des minéraux par l'intestin pouvant entraîner une malnutrition. Des études récentes ont montré que l'introduction trop tardive favorise l'émergence de cette maladie (contrairement à ce que l'on pensait auparavant). Il est donc recommandé d'introduire de petites quantités de gluten dès 4 mois, surtout si l'enfant est allaité ». Cette recommandation qui se sait iconoclaste est attachée à des explications bien plus précises que celles qui accompagnent, dans le reste du corpus, la prescription contraire.

Ces recommandations en matière d'alimentation infantile, constituées en normes au cours de leur diffusion et qui ne sont pas sans résonance morale (Boltanski, 1969) – dans la mesure où elles stigmatisent des pratiques qui ne sont pas socialement neutres – sont principalement élaborées au sein du champ de la recherche scientifique et médicale.

2.1.2. Les opérateurs de la médiatisation des recommandations en matière de diversification alimentaire

En constituant la puériculture en « corps de savoirs autonomes » (Suaud, 1970, p. 91), les médecins se sont arrogé l'autorité de traiter prioritairement les questions liées à l'élevage des jeunes enfants. Cette emprise des experts, caractéristique de l'état de modernité (Giddens, 1991), se trouve renforcée dans le cas de la nutrition infantile par la montée de la médicalisation de la société (Pinell, 1998). Dans l'espace social que restituent les documents d'éducation à la nutrition consultés, la domination¹⁴ de la médecine se voit confortée par les sollicitations des contributeurs à l'édiction de recommandations en matière de puériculture. Cette quête de légitimité à laquelle se livrent les auteurs de recommandations à destination du grand public, ainsi que les spécificités du travail journalistique (Marchetti, 2002),

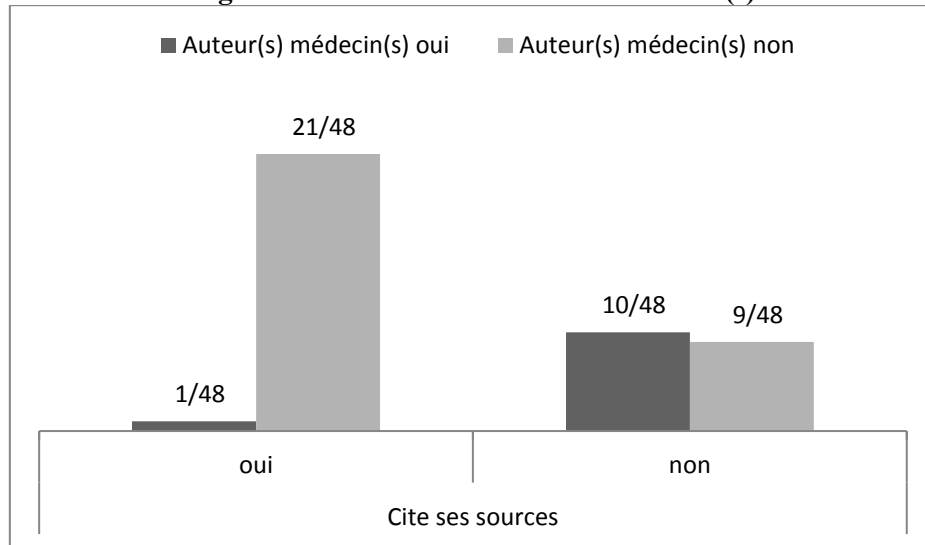
¹⁴ Comme chance pour un ordre de contenu déterminé de rencontrer une docilité (Weber, 1959).

subordonnent le contenu des textes d'éducation à la nutrition aux sources d'information que leurs auteurs signataires mobilisent (Schlesinger et *al.*, 1992). Comme mode de légitimation principale des recommandations en matière de nutrition infantile, la citation de sources autorisées (articles scientifiques, ouvrages de médecins spécialisés, consultation d'expert, etc.) opère le passage des connaissances et croyances médicales du champ de leur production vers celui de leur publicisation.

Deux catégories d'auteurs-signataires contribuent à produire des textes d'éducation à la nutrition infantile ; des contributeurs ayant essentiellement une compétence journalistique et des contributeurs diplômés en médecine qui revendiquent explicitement cette expertise. Leurs pratiques de citations peuvent se résumer en un principe simple : les auteurs profanes font fréquemment référence à des sources médico-scientifiques tandis que les auteurs médecins ne citent pas leur source (Figure 2.1.1). Ceci confirme l'emprise du monde médical sur la constitution des règles de nutrition infantile. Les 48 textes du corpus comptent 65 références : 38 références à des articles scientifiques ou manuels de pédiatrie, 19 consultations d'experts, 3 références à des congrès de pédiatrie et 5 citations de productions diverses tels les documents du Centre de recherche et d'information nutritionnelle (Cerin)¹⁵. L'analyse montre, en second lieu, un lien entre le type de support (magazine, manuel, site web, guide d'accompagnement officiel) et la nature des sources mobilisées : les articles des sites web rédigés par des journalistes justifient leurs préconisations en recourant massivement (22 références sur 32) aux sources écrites (articles scientifiques ou manuels), les magazines font appel à des consultants (17 références sur 21). Enfin, les publications institutionnelles officielles et les manuels de puériculture mobilisent l'expertise de leur(s) auteur(s), à l'exception d'un ouvrage qui ne compte pas de médecin parmi ses auteurs et comporte une bibliographie. Ainsi, les ouvrages de puériculture et les publications institutionnelles ont un comité de rédaction capable de traduire la connaissance scientifique et de produire, seul, des prescriptions quand les magazines et sites web relaient majoritairement la voix de spécialistes extérieurs.

¹⁵ Le Cerin se présente comme le département santé de l'interprofession des produits laitiers.

Figure 2.1.1 Statut de l'auteur et référence(s)



Lecture : 21 textes rédigés par des auteurs sans qualification médicale comportaient au moins une référence à un expert, un article ou un ouvrage scientifique,
Champ : 48 textes de puériculture rédigés entre 2003 et 2011.

2.1.3. L'emprise de la Société Française de Pédiatrie

Deux institutions contribuent fortement à la promotion des recommandations en matière de nutrition infantile. La Société Française de Pédiatrie (SFP) et son Comité Nutrition (CNSFP) diffusent leurs recommandations via quatre canaux ; l'organisation de congrès annuels de pédiatrie à destination des praticiens, de la presse spécialisée et des professionnels de l'industrie alimentaire (notamment les représentants du Secteur français des aliments de l'enfance), la rédaction de recommandations de bonnes pratiques à destination des praticien, la participation du CNSFP, et de certains de ses membres à titre individuel, à la rédaction de documents institutionnels destinés aux profanes (*guide du PNNS* et *Livre Bleu*) et l'activité de consultant de certains membres du CNSFP pour des organes de presse ou des organisations professionnelles comme le Secteur français des aliments de l'enfance. Par ailleurs, la SFP édite les *Archives de Pédiatrie*, revue académique d'importance. Le poids de ces deux institutions dans la diffusion de la nutrition pédiatrique est donc considérable. La citation d'articles scientifiques ou d'ouvrages spécialisés constitue le mode de légitimation principal des recommandations contenues dans les textes d'éducation à la nutrition (38 références sur 65). Parmi les documents cités, un texte fait figure d'autorité : « *Alimentation du nourrisson et de l'enfant en bas âge. Réalisation pratique* ». Il s'agit d'un article de recommandations de

bonnes pratiques, rédigé par le CNSFP et les représentants du groupe Nutrition de l'Association Française de Pédiatrie Ambulatoire (AFPA), édité dans les *Archives de Pédiatrie* en 2003. Il est cité par 10 textes du corpus. De plus, parmi les experts sollicités pour la rédaction de documents d'éducation à la nutrition infantile, quatre ont un lien direct avec la SFP. La position de la Société Française de Pédiatrie et de son Comité Nutrition dans la médiatisation des discours scientifiques en matière de nutrition infantile peut donc être qualifiée d'hégémonique¹⁶.

2.1.4. La distribution de l'expertise

Comme évoqué plus avant, les textes d'éducation à la nutrition infantile appuient leurs discours sur une expertise médicale polymorphe. Outre les sources écrites tels les articles scientifiques et les manuels de pédiatrie qui sont l'apanage des articles en ligne, les documents institutionnels (*guide du PNNS* et *Livre bleu*) et les manuels de puériculture ont des comités de rédaction, les magazines prennent des consultants, les sites web recourent à des contributeurs experts. Dans une logique de légitimation (Tavernier, 2009, p. 4), des médecins (nutritionnistes et pédiatres principalement) sont sollicités pour participer à la rédaction de documents à destination des profanes. Ces contributeurs médecins - auteurs signataires ou consultants - endossent un rôle d'expert (Trépos, 1996). Ils utilisent une connaissance spécifique afin de répondre à un problème pratique. Ils contribuent à traduire des résultats d'études de physiologie et médecine clinique en réponses pratiques à des questions de puériculture. Une part de ces experts a contribué à la rédaction d'articles scientifiques publiés dans des revues académiques telles, notamment, les *Archives de Pédiatrie*. Cette activité scientifique est déterminante pour leur caractérisation.

L'analyse fait ressortir trois profils idéal-typiques de contributeurs experts. Les premiers (n=10) occupent une position dominante dans le champ scientifique (voir *infra*). Ils sont très proches des milieux universitaires et peu visibles dans les médias grand public. On trouve principalement dans cette catégorie, les membres du CNSFP. Les seconds (n=5) sont présents,

¹⁶ Comme évoqué au chapitre précédent, l'analyse n'a pas permis de déterminer quelles étaient les conditions d'accès au CNSFP. Ces membres entrés le plus récemment n'avaient pas, avant leur entrée au sein du comité, collaboré à la production d'articles avec les membres plus anciens du CNSFP. Les conditions de la participation à ce comité d'expert doivent alors être recherchées dans les origines universitaires, le parcours professionnel, les réseaux de sociabilité professionnelle des médecins qui y entrent. Cette question devrait faire l'objet d'une recherche qui dépasse le cadre de cette thèse.

voire très présents, dans le champ scientifique (au vu de leur nombre de publications dans les *Archives de Pédiatrie*) mais très peu, voire pas, insérés dans les réseaux de cosignatures de publications scientifiques, ce qui ne signifie pas forcément que leurs postures scientifiques soient marginales. Ils sont auteurs de manuels de pédiatrie ou de puériculture mobilisés par des textes d'éducation à la nutrition qu'ils n'ont pas contribué à rédiger (ils sont donc cités par la presse spécialisée et les auteurs de manuels de puériculture) ; ils jouissent d'une certaine reconnaissance de la part du monde journalistique. De plus, ils sont visibles, ou associés à des individus visibles, dans le champ médiatique. Il est notable que le secrétaire général de la SFP appartienne à cette catégorie. Enfin, le troisième profil regroupe des experts (n=7) ayant souvent une double compétence médicale et journalistique, qui ne signent pas d'articles scientifiques publiés dans des revues académiques.

Ainsi, la distribution au sein de l'éducation à la santé de l'expertise médicale n'est pas socialement neutre comme le montrent au sujet d'autres espaces Boltanski et Malidier (1970). La position dans le champ scientifique ainsi que le rapport au milieu universitaire apparaissent déterminants dans la probabilité de promouvoir des recommandations de santé sur un support plutôt qu'un autre. Aussi, les experts du premier type, qui sont les plus dominants dans le champ scientifique, sont les seuls à participer à la rédaction des documents officiels (*guide du PNNS* et *Livre Bleu*). S'ils s'expriment occasionnellement dans la presse magazine (2 articles du corpus ont eu recours à leur expertise) ils ne rédigent pas de manuels adressés au grand public et ne collaborent pas à la rédaction de contenus web. Les experts du deuxième type, plutôt dominés mais actifs scientifiquement, contribuent uniquement à produire des articles de presse (en ligne ou magazine). Les experts du type 3 collaborent à la presse en ligne, plus rarement à la presse magazine et participent à la rédaction d'ouvrages de puériculture destinés au grand public. Cette distribution de l'expertise, fonction des positions dans le champ scientifique, façonne la diffusion des recommandations en matière de nutrition infantile.

Les textes d'éducation à la nutrition infantile peuvent, donc, mobiliser deux grands types de ressources. Les documents écrits (articles scientifiques et manuels de pédiatrie) que l'on peut relier directement à une prescription et les experts que l'on peut organiser en trois types idéaux. Dans le corpus étudié, 10 textes ont été signés par des contributeurs experts ne citant pas leurs sources. Cette expertise a, au moins partiellement, été acquise par une confrontation plus ou moins régulière aux espaces de la production scientifique (congrès, revues

spécialisées, etc.). Il en résulte que les recommandations d'éducation à la nutrition infantile se fondent, en grande partie, sur des connaissances médicales issues du champ scientifique. Les connaissances scientifiques en matière de nutrition infantile et les recommandations qui en découlent ne sont pas toutes constituées équitablement et indifféremment en normes de puériculture, leur médiatisation est fonction du lien entre les chercheurs qui les formulent dans le champ de la pédiatrie francophone et les supports (documents institutionnels, presse spécialisée, manuel) qui les diffusent.

Nous explorons dans les sous-parties suivantes le lien entre la diffusion, dans le domaine de l'éducation à la santé, d'une recommandation en matière de diversification alimentaire et sa position dans l'espace de la recherche en nutrition pédiatrique. L'analyse de la position dans l'espace de la recherche et du contenu des articles du corpus, étudié au chapitre 1, traitant expressément des modalités pratiques de l'allaitement, de l'introduction des aliments lors de la première année de l'enfant et des allergies alimentaires a été remobilisée afin de mettre en rapport la position dans l'espace de la recherche en nutrition pédiatrique des recommandations avec leur médiatisation dans l'espace de l'éducation à la santé.

2.1.5. Les recommandations de puériculture diffuses

Certaines recommandations en matière de nutrition infantile sont unanimement reprises par les médias qui diffusent l'éducation à la santé. Dans le champ scientifique, les recommandations qui fondent ces normes sont en 2011 largement diffusées et ne souffrent aucune contestation. Premièrement, le lait constitue l'aliment principal de l'enfant lors de sa première année. En second lieu, des enfants présentent un « risque d'atopie » plus élevé que les autres. Dans les articles scientifiques étudiés, les « carences » constituaient le risque le plus couramment évoqué jusqu'à la fin des années quatre-vingt-dix, où les « allergies » les ont supplantées. Les termes « carence(s) », « carencé(s) » et « carenciel(les) » disparaissent des titres, des résumés et des mots-clés des articles en 1999. Le terme « atopie » émerge en 2000 puis est remplacé en 2001 par le lexique « allergie(s) », « allergique(s) », « allergène(s) ». En 2011, les allergies en tant qu'objet de préoccupation majeur des chercheurs intéressés par la nutrition infantile n'éclipsent pas complètement du champ scientifique les autres risques ou bénéfices liés à la diversification alimentaire (carences, obésité, néophobie, apports nutritionnels) mais constituent le pivot principal des argumentations autour de la nutrition

infantile. Enfin les arachides doivent être soumises à un régime d'éviction, indépendamment de la certitude des risques que leur consommation représente, qui consacre un « principe de prévention » (Moatti & Peretti-Watel, 2009) supposé guider la conduite de la diversification alimentaire.

Ces recommandations médicales ne sont contradictoires à aucune autre dans le champ scientifique au long des années 2000 et leur diffusion aux supports d'éducation à la santé étudiés procède d'une transcription presque mécanique uniquement modulée par un facteur temporel. En revanche, d'autres recommandations de puériculture tout aussi fréquemment évoquées dans les supports de puériculture étudiés ont pour origine des recommandations plus contestées dans le champ scientifique. La nécessité de conduire de manière séquentielle le processus de diversification alimentaire n'est pas unanimement reconnue dans le champ scientifique. Les chercheurs les plus dominants structurellement et institutionnellement, les membres du CNSFP, préconisent ce mode de diversification. Néanmoins, des auteurs plutôt dominés (le « groupe des allergologues ») soulignent en conclusion d'un article de 2008, ayant pour objet l'introduction du gluten, le manque d'études et de résultats relatifs à la question et interrogent la pertinence de cette recommandation sans toutefois la contester véhément. Il apparaît que les recommandations en matière de nutrition infantile les plus consensuelles dans l'espace de l'éducation à la santé résultent de la transcription des recommandations homogènes issues du champ scientifique ou, en l'absence de « vérité scientifique » diffuse, qu'elles se polarisent sur les recommandations du CNSFP. Dans cette configuration, les agents qui opèrent le passage des recommandations médicales du champ scientifique à l'espace de l'éducation à la santé ont peu d'influence sur le contenu des recommandations énoncées.

2.1.6. Les recommandations de puériculture discordantes : traduction de la distance au champ scientifique

L'exemple des recommandations liées à l'initiation de la diversification alimentaire et à l'introduction du blanc d'œuf dans le régime des nourrissons illustre l'importance, dans la diffusion des recommandations médicales à l'espace de l'éducation à la santé, de la distance au champ scientifique des agents qui opèrent cette médiatisation. Ces agents ont-ils eux-mêmes la qualité de médecin ? Revendiquent-ils une expertise particulière ? Quels sont leurs liens avec le champ scientifique ?

Dans le champ scientifique, l'âge recommandé d'initiation de la diversification alimentaire a fréquemment fluctué ces dernières décennies (Delaisi de Parseval et Lallemand, 1980). La tendance des années 1990 et du début des années 2000 semblait être au recul de l'âge de la diversification. Depuis, au moins, 1995, les chercheurs préconisent un début de diversification alimentaire compris entre le cinquième et le septième mois du nourrisson. En France, jusqu'à la fin des années 2000, les spécialistes les plus dominants recommandaient d'attendre les 6 mois de l'enfant pour diversifier son alimentation, afin de réduire le risque d'allergie. Par la suite, des chercheurs structurellement dominés (le « groupe des allergologues ») ont avancé l'hypothèse que l'éviction ne préservait pas du risque d'intolérance et préconisé de diversifier l'alimentation des nourrissons dès leurs 4 mois. En 2011, les scientifiques dominants, les membres du CNSFP, recommandent d'attendre 6 mois pour initier la diversification mais énoncent qu'elle peut éventuellement débiter à 4 mois. Des chercheurs plutôt dominés dans l'espace de la recherche en nutrition pédiatrique (le « groupe des allergologues ») préconisent d'initier la diversification dès 4 mois. Enfin, les articles qui ne traitent pas expressément de cet objet identifient une « fenêtre d'opportunité » comprise entre 4 et 6 mois. Dans le domaine de l'éducation à la santé, les textes qui conseillent de débiter la diversification alimentaire à 6 mois et concèdent qu'elle puisse être initiée à 4 mois sont les textes les plus liés au CNSFP ; soit ses membres comptent parmi les rédacteurs, soit leurs articles constituent l'unique source des recommandations contenues dans ces documents. Ce sont également les textes dont la réactualisation est la plus ancienne. Les autres documents d'éducation à la nutrition infantile, souvent plus récents et au contenu moins dépendant du CNSFP, proposent d'initier la diversification alimentaire entre le cinquième et le septième mois de l'enfant. La distance au champ scientifique des agents qui médiatisent les règles de nutrition infantile apparaît primordiale. Les signataires profanes de textes d'éducation à la santé relaient les recommandations les plus dominantes (structurellement et institutionnellement) dans le champ scientifique : les préconisations du CNSFP. Les « experts » impliqués dans les débats ayant cours dans le champ scientifique importent prioritairement, dans l'espace de l'éducation à la nutrition infantile, leurs propres recommandations. Les « experts » hors des débats transcrivent la recommandation la plus diffuse dans le domaine de la recherche qui est donc soumise à des fluctuations selon un facteur temporel.

Davantage que l'initiation de la diversification alimentaire, l'introduction du blanc d'œuf fait l'objet de recommandations hétérogènes, dans les textes d'éducation à la nutrition

infantile. Trois préconisations peuvent être identifiées, celle d'une introduction entre 10 mois et 1 an, celle d'une introduction au-delà du 9^e mois de l'enfant et celle d'une introduction précoce, en début de diversification, aux alentours du 7^e mois. Dans le champ scientifique, les chercheurs français recommandaient unanimement jusqu'en 2003 une introduction à 8 mois révolus puis cette prescription a été révisée. La préconisation actuelle porte sur une introduction du blanc d'œuf dans le régime du nourrisson à ses 6 mois. En revanche, les spécialistes nord-américains préconisent une introduction après 10 mois. En conséquence, les textes d'éducation à la santé écrits par des auteurs nord-américains (2 textes) ou mobilisant des sources exclusivement nord-américaines (1 texte) préconisent une introduction tardive du blanc d'œuf, après 10 mois. Les autres textes, écrits par des auteurs français et mobilisant des sources françaises, sont dépendants, là encore, de la distance de leur(s) auteur(s) au champ scientifique. Les textes écrits par des auteurs profanes, mobilisant essentiellement un article du CNSFP publié dans les *Archives de Pédiatrie* en 2003, prescrivent une introduction du blanc d'œuf après 8 mois. Les textes coécrits avec des « experts » conseillent une introduction vers 6 mois.

2.1.7. Un exemple de controverse : l'introduction du gluten

Entre 1995 et 2011, quatre articles des *Archives de Pédiatrie* traitent expressément de l'introduction du gluten dans le régime alimentaire des nourrissons. Trois de ces articles concernent la seule controverse relevée sur la période étudiée. L'évènement date de 2008. Un premier article qui portait sur le recul de l'introduction des protéines animales et du gluten au-delà du sixième mois de l'enfant, pour des raisons de prévention d'éventuelles allergies a été publié dans les *Archives de Pédiatrie*. Cette préconisation, forme de mesure prophylactique, était, à ce moment, la plus répandue dans les études de langue française. Un deuxième article contestant cette proposition a été publié dans la même revue quelques temps après. Les auteurs de ce second article s'appuyaient sur des études européennes et américaines pour justifier une introduction plus précoce des protéines animales et du gluten, arguant que l'éviction n'habitue pas l'organisme au contact de ces protéines et ne préserve donc en rien du risque d'allergie. Par suite, les auteurs du premier article ont maintenu leur position dans un troisième article, également publié dans les *Archives de Pédiatrie*, à la fin de cette même année 2008. Pour conclure, un quatrième article publié en 2010, rédigé par un auteur indépendant de la discussion contenue dans les trois premiers articles, identifiait, à la suite

d'une synthèse des études disponibles, une « fenêtre d'opportunité » pour l'introduction du gluten comprise entre le quatrième et le sixième mois de l'enfant. Cet article n'invalidait donc en rien les trois autres. Le premier article a été rédigé par les membres du CNSFP et sous son label. Le second article, par des auteurs n'appartenant ni au CNSFP, ni au conseil d'administration ou au bureau de la SFP et n'ayant pas participé à la rédaction de documents officiels (tel le *guide du PNNS*). Les premiers auteurs ont souvent contribué à produire des recommandations de bonnes pratiques, accessibles gratuitement via le site web de la SFP. Les seconds, jamais. Les auteurs du premier article appartiennent à la composante principale du graphe (chapitre I ; A), ils en forment, en grande partie, le « club huppé », leurs adversaires, eux, occupent une position structurellement un peu plus marginalisée (il s'agit du « groupe des allergologues » étudiés au chapitre précédent). L'auteur du quatrième article n'appartient pas au CNSFP, n'a pas rédigé de recommandations de bonnes pratiques publiées par la SFP, n'a pas participé à la rédaction du PNNS et occupe une position structurelle très marginalisée dans le champ scientifique, il n'affiche aucune collaboration ayant donné lieu à une cosignature d'article dans les *Archives de Pédiatrie*. Il est toutefois membre du comité de relecture de la revue. Il ressort que la recommandation d'une introduction du gluten au sixième mois du nourrisson était portée par les chercheurs les plus dominants structurellement et institutionnellement en 2011. Dans les textes d'éducation à la nutrition infantile, cette préconisation est la plus largement reprise. À contrario, la suggestion d'une introduction du gluten dans le régime de l'enfant dès son quatrième mois révolu n'est reprise que dans un seul texte d'éducation à la nutrition infantile : un article du site web *E-santé.fr*. Or, parmi les « experts » contribuant à la production de ce site web, se trouve l'un des chercheurs impliqués dans la controverse exprimée dans les *Archives de Pédiatrie*, un des auteurs du second article favorables à une introduction du gluten à la fin du quatrième mois du nourrisson. Il apparaît donc que des recommandations médicales dominées, structurellement et institutionnellement, dans le champ scientifique sont préférentiellement médiatisées par des chercheurs qui les portent directement et prolongent leur travail de recherche en faisant la promotion de ces croyances via des médias eux aussi plutôt dominés en termes d'audience¹⁷. La médiatisation opérée directement par les experts issus de l'espace de la recherche en nutrition pédiatrique constituerait alors une voie d'inscription des controverses scientifiques dans les discours d'éducation à la santé.

¹⁷ E-santé.fr était en 2010 et 2011 le quatrième site consacré à la santé en termes de fréquentation.

2.2. Le contenu des supports de puériculture

2.2.1. Les quatre mondes lexicaux de l'alimentation infantile

En procédant à une analyse textuelle des documents par le biais d'une classification descendante hiérarchique suivant la méthode GNEPA (voir *supra*, la méthodologie de l'analyse textuelle), il est possible de distinguer quatre « mondes lexicaux » (Reinert, 1993) prédominants. Il s'agit de quatre sous-ensembles de cooccurrents transversaux au corpus. Le regroupement en classes, de formes significativement associées met en relief les représentations que les locuteurs associent à l'alimentation infantile. En tant qu'entreprise de régulation de pratiques socio-sanitaires, les documents étudiés véhiculent, également, des modèles de comportement, ils font apparaître des formes cristallisées de pratiques de puériculture. Il est ainsi possible, sur la base du vocabulaire mobilisé dans les textes, de cerner les différentes dimensions du nourrissage et les sujets que les locuteurs jugent dignes d'être discutés. Dans les développements qui suivent, il est fait référence, indifféremment, aux titres des ouvrages ou aux auteurs principaux. En revanche, les citations reportées sont toujours attribuées aux scripteurs/locuteurs. Afin de faciliter la lecture, le tableau 2 (*supra*) permet d'associer le titre de l'ouvrage ou du document, l'auteur ou contributeur principal et le locuteur.

La première classe évoque l'oralité mais aussi les sensations et les attitudes (acceptation et rejet, notamment). Le vocabulaire employé pourrait souligner une psychologisation de l'alimentation : « manger », « faim », « moment », « nouveau », « refuser », « bouche », « bébé », « laisser », « découvrir », « goût », « saveur », « dent », « inquiéter », « découverte », « forcer », « douceur ». Cette classe regroupe les ouvrages généralistes comme *Le guide pratique des mamans débutantes* ($p < 0,0001$)¹⁸ dirigé par un psychologue, *La première année de Bébé pour les nuls* ($p < 0,0001$) et *100 trucs et astuces pour survivre à l'arrivée de votre premier enfant* (un ouvrage de « parent à parent ») ($p < 0,0001$) ainsi que les chapitres des différents ouvrages ne traitant pas expressément de l'introduction des aliments solides mais de sujets très proches ($p < 0,0001$). La modalité « livre » de la variable « type [de support] » est très associée à cette première classe ($p < 0,0001$). Ces documents étant plus volumineux, les

¹⁸ Les *p-value* renvoient à la probabilité de pouvoir associer une variable (le locuteur, en l'occurrence) avec une classe de formes. Plus elle est faible, moins l'association statistique est susceptible d'être apparentée à un phénomène aléatoire.

auteurs ont le loisir de digresser et de souligner les dimensions sociale et psychologique du repas : « la mère qui a préparé avec soin et attention ce petit repas admet mal que l'enfant n'en veuille pas. Si ce manque d'appétit dure plusieurs jours elle va s'inquiéter pour sa santé et craindre qu'il ne dépérisse » (Bacus). Le destinataire projeté est impliqué, parfois même soupçonné de « sur-parentalité », il a le temps de lire un ouvrage traitant de puériculture : « soyez souple, toute mère a vite fait de s'inquiéter des particularités alimentaires de son bébé et se demande chaque jour s'il a pris assez. La réponse est oui, vous pouvez faire confiance à votre bébé » (Bacus). L'empathie connecte les différentes parties prenantes : « vers un an, le plaisir de manipuler la nourriture laissera progressivement la place au désir de faire comme maman donc de manger correctement, l'enfant devient ainsi plus vite autonome et propre à table. Le temps perdu maintenant sera rattrapé plus tard » (Bacus). Les pronoms personnels définis « il » et « vous » sont significativement associés à cette classe. De plus, les pronoms personnels définis sont bien plus fréquemment employés dans les trois ouvrages représentatifs de cette classe. Cela implique une identification plus claire d'un trio auteur – lecteur (parent) – sujet (enfant à diversifier), parties prenantes de la diversification alimentaire, dont la relation serait exclusive.

La deuxième classe obtenue à l'aide de la CHD renvoie aux produits et aux modes de préparation : « viande », « cuire », « légumes », « fruits », « purée », « œuf », « mixer » ou « pomme ». Les sites web *Santé-Médecine* ($p < 0,0001$), *Santé AZ* ($p = 0,01897$) et *eSanté* ($p = 0,029311$) ainsi que le magazine *InfoBébés* ($p = 0,00873$) composent cette classe dont le lexique évoque une mise en recommandations pragmatique sous forme de liste d'aliments ou de menu type. Le destinataire est perçu comme faisant une utilisation opportuniste de ces supports (des sites web, notamment) : le locuteur, lui-même, fournit des règles simples et précises, des recettes, il pare au plus pressé. L'économie du discours reflète l'urgence à laquelle le destinataire est supposé faire face. Les sites web représentatifs de cette classe illustrent parfaitement le concept de *tabularité* des sites web dont les entrées sont multiples (Vandendorpe 1999), les parcours se reconfigurant de façon dynamique pour anticiper les attentes supposées des usagers (Vercher & Touboul, 2008). Cette classe est révélatrice d'une certaine volonté d'encadrer les conduites de vie, les pratiques ménagères notamment. Si de telles entreprises ont déjà été conduites par le passé, le ton du discours semble avoir évolué (Clarke, 2005). Ce changement de ton des « éducateurs » pourrait traduire une évolution générale de leur pédagogie, liée à un impératif de justification des prescriptions plus fort (Castel, 2005). Dans les faits, l'émergence d'un patient actif s'est traduite par la structuration

d'un droit des patients privilégiant le droit à l'information et la recherche du consentement éclairé (Batifoulier et *al.*, 2008). L'encadrement des conduites appellerait alors d'avantage d'explicitation de la part des professionnels de santé.

La classe 3 renvoie aux recommandations nutritionnelles et à un vocabulaire paramédical : « vitamine », « lait », « alimentation », « maternel », « apport », « diversification », « âge », « besoin », « nourrisson », « pédiatre », « médecin », « recommander », « mesure », « adapter », « fer », « mg », « nutritionnel ». Il s'agit également de la classe qui renvoie le plus fortement au registre de la justification. Elle se compose de l'ouvrage collectif dirigé par Linda Benabdesselam ($p < 0,0001$), de *Doctissimo.fr* ($p = 0.00021$), du numéro des *Archives de pédiatrie* dédié à la diversification ($p = 0.00184$) et du *Livre bleu* ($p = 0.00634$). Il n'est pas surprenant que ces textes recourent à un vocabulaire plus technique étant directement écrits par des médecins. Si d'autres sites web (*Santé-médecine.net* et *E-santé.fr*) ont également pour rédacteur en chef un médecin, soit sa double qualification journaliste - médecin (Champagne & Marchetti, 1994) est prégnante, soit la dynamique de constitution initiale du site a été différente. En effet, *Doctissimo.fr* est à la base un projet collectif conduit par des médecins (Quinche, 2008) dont l'intention déclarée était plus d'éduquer à la santé que de faire du journalisme médical (Marchetti, 1997). La portée des segments de texte caractéristiques de cette classe est plus didactique. Les parents doivent être persuadés de la pertinence de la recommandation : « les légumes apportent les sels minéraux et les vitamines. En plus de la pomme de terre qui sert de liant ne proposer qu'un seul légume vert par jour, afin que votre enfant apprenne le goût particulier de chaque légume » (*le Livre bleu*). Le destinataire est perçu comme apte à comprendre, ou, tout du moins, admettre, le lien entre composition chimique, besoins et apports nutritionnels : « le cerveau d'un nourrisson est constitué de 50 à 60 % de lipides c'est pourquoi il a des besoins importants en acides gras polyinsaturés pour se développer ceux-ci vont permettre la formation des neurones » (*Doctissimo.fr*). Cette représentation d'un individu fortement intéressé aux questions de santé et dans une certaine mesure rationnel – au sens où l'information convenablement énoncée lui suffit à adopter les pratiques recommandées par les instances médicales – correspond à définition institutionnelle contemporaine des destinataires des recommandations de santé, définis comme des « *homo medicus* » (Pinell, 1992) L'état de nourrisson est présenté comme éminemment transitoire et crucial : « bébé diversifie son alimentation, comment procéder ? Lors de sa première année de vie le poids de bébé triple, sa taille augmente de 50 % et la masse du cerveau croît de 2 g par jour » (*E-santé.fr*).

Enfin, la classe 4 regroupe les termes associés aux risques : « diarrhée », « allergie », « allergique », « système », « réaction », « risque », « obésité ». L'ouvrage collectif dirigé par Linda Benabdesselam (p=0.01160) exclusivement consacré à l'alimentation lors de la première année et le magazine *Parents* (p=0.046666) forment la classe 4. Les segments de texte qui caractérisent cette classe entendent sensibiliser le destinataire aux risques que son alimentation peut faire courir au nourrisson : « attendre ses 6 mois c'est aussi patienter jusqu'à ce que son système digestif soit solide et bien rodé ; avant, l'introduction d'un nouvel aliment risque fort d'engendrer une allergie » (*Infobébés*). Plus que la vulnérabilité du nourrisson, c'est la possible incompétence des parents qui est projetée : « si le Dr Chouraqui insiste c'est qu'il voit de plus en plus d'enfants dénutris après que le lait de vache voire plusieurs aliments : blé, œuf, poisson aient été exclus de leur alimentation sans réelle preuve d'allergie » (*Parents*). Le destinataire mis face à ses insuffisances est renvoyé vers l'expert : « on ne met pas en place un régime d'exclusion si on n'a pas la preuve d'une allergie apportée par le diagnostic » (*Parents*). Cette mise en risque d'une activité de puériculture semble consubstantielle de la montée d'une société médicalisée soumise au « principe de prévention » (Peretti-Watel & Moatti, 2009).

Certains locuteurs (ainsi que certaines modalités caractéristiques des textes) ne peuvent être associés à aucune classe, tandis que d'autres pourraient, sur la base du vocabulaire qu'ils mobilisent, appartenir simultanément à plusieurs classes. Ainsi, l'ouvrage de Linda Benabdesselam est associé à la fois aux classes 3 et 4 (bien que de manière moins significative pour la classe 4), quand le *guide nutrition du PNNS* ou les articles de la revue *Famili* ne peuvent pas être classés au moyen de la méthode choisie. Par ailleurs, selon le seuil de significativité retenu, le nombre de locuteurs inclassables varie et peu de locuteurs peuvent être associés à une classe avec un risque d'erreur inférieur à 1 pour 1000. On peut y voir un indice de la proximité des lexiques et par extension des sujets abordés par les différents documents. Par ailleurs, les différentes dimensions des pratiques de puériculture – notamment celles qui ne relèvent pas exclusivement de la médecine – se cristallisent dans ces textes. La classe 1 envisage l'alimentation infantile comme une pratique éducative (au goût, à la commensalité, etc.), la classe 2 comme une pratique domestique (liste de courses, recettes, techniques de conservation, etc.), les classes 3 et 4 comme une pratique sanitaire (indicateurs de santé, pathologies, etc.) avec la nuance que la classe 4 renvoie directement aux risques. La médiatisation des recommandations médicales en matière de diversification alimentaire se fait

précisément dans la retraduction des connaissances scientifiques dans cette ensemble de catégories. L'espace normatif auquel les parents sont confrontés ne peut alors pas être ramené au seul contenu des recommandations savantes en matière de diversification.

2.2.2. Hétérogénéité et homogénéité du corpus

En se fiant à la fréquence d'apparition¹⁹ des termes désignant un aliment dans les textes du corpus, il est possible de déterminer quels modèles d'alimentation infantile projettent ces documents. Les formes génériques comme « lait » (723 occurrences), « légume(s) » (512 occurrences), « fruit(s) » (465 occurrences), « viande(s) » (190 occurrences), « farine(s) » (176 occurrences), « poisson(s) » (170 occurrences) ou « céréale(s) » (161 occurrences) ont la plus haute fréquence d'apparition. Elles sont mobilisées par tous les locuteurs sauf l'ouvrage *100 trucs et astuces* qui ne traite que sommairement d'alimentation. Sans surprise, le lait, de préférence maternel, les légumes et les fruits constituent la base de l'alimentation du nourrisson. Certains aliments semblent, toutefois, plus associés à l'enfance que d'autres ; la carotte, les haricots verts, la pomme et la pomme de terre ont une fréquence d'apparition dans les documents étudiés élevée. Les salades, panais, potirons, abricots ou framboises sont rarement mentionnés sans jamais être interdits, ce qui pourrait indiquer que les locuteurs ne perçoivent pas leur place dans l'alimentation d'un nourrisson. Le goût infantin que dessinent les textes du corpus est hypersensible et le nourrisson projeté, vulnérable : « éviter les légumes à goût fort à risque allergique marqué ou très riches en fibres : choux, raves, navets, oignons, poireaux, céleris, tomates, salsifis, cardons, artichauts, poivrons, aubergines, persil » (le Livre bleu). Le potentiel allergisant de ces légumes est rarement remis en cause explicitement. Cependant, rares sont les documents qui convoquent l'ensemble de ces produits, ce qui souligne le poids des sources mobilisées par les locuteurs (Schlesinger et al., 1992). En effet, les sites web *Santé-médecine.net* et *Santé AZ* se réfèrent expressément à l'article des *Archives de Pédiatrie* consacré à la diversification alimentaire (Bocquet), quant au comité de rédaction du livre bleu il compte parmi ses membres le Comité de Nutrition de la Société Française de Pédiatrie²⁰ qui édite les *Archives de Pédiatrie*, ces documents sont ceux qui font référence explicitement à cette liste d'aliments potentiellement allergènes. Les non-

¹⁹ Toutes les analyses lexicométriques se fondent sur la comparaison des effectifs relatifs. Les effectifs relatifs constituent une mesure standardisée insensible au nombre total de formes qui composent le discours et donc à la longueur du texte.

²⁰ <http://www.livrebledu.fr/le-livre-bleu/>.

dits peuvent être révélateurs de l'évidence du marquage d'un aliment, de l'intériorisation diffuse et partagée de sa valeur sanitaire et sociale. Absence de mention et prohibition allant de pair. Ainsi, il n'est pas question une seule fois d'alcool dans l'ensemble du corpus ; les lemmes « alcool(s) », « bière(s) », « vin(s) » et « champagne(s) », à titre d'exemples, sont absents²¹. Mais si aucun locuteur ne doute que l'ensemble de ses lecteurs potentiels a parfaitement intériorisé qu'alimentation infantile et boisson alcoolisée étaient antinomiques, il n'en va pas de même pour tous les aliments. Les poissons panés, frites, chips, bonbons et sodas sont proscrits par tous les textes qui y font référence. Il semble admis que ces produits ne sont pas adaptés aux besoins d'un nourrisson. Toutefois, certains locuteurs considèrent nécessaire de le rappeler aux parents : « évitez les chips » (Pernoud). Ainsi, l'ouvrage de Pernoud, *Doctissimo.fr* et *Santé-médecine.net* explicitent les aliments à proscrire. En revanche, Bacus, *E-santé.fr*, *Santé AZ*, le magazine *Famili* ou *le Livre bleu* ne mentionnent jamais ces produits, sauf une fois le lemme « soda » dans les articles provenant du site *E-santé.fr* et une occurrence pour le lemme « pané » dans *le Livre bleu*. Par ailleurs, les sodas et poissons panés sont les aliments jugés inadaptés les plus présents dans les documents du corpus ; leur marquage nécessiterait de formuler plus strictement leur prohibition : « éviter les poissons panés » (*Santé-médecine.net*).

L'ensemble des documents situe l'âge idéal d'introduction des aliments solides entre 4 et 6 mois. De là, découlent les différences dans les calendriers de diversification car seuls certains documents identifient la borne supérieure de cet intervalle comme un idéal vers lequel tendre. Le début de la diversification alimentaire constitue l'étape majeure du processus au travers duquel les locuteurs entendent guider leurs destinataires. En dépit de ces nombreuses fluctuations au travers du temps (Delaisi de Parseval & Lallemand, 1980), l'âge idéal d'introduction des aliments solide emporte un certain consensus. Toutefois, la marge de manœuvre laissée aux parents sous contrôle du médecin : « la diversification alimentaire se fait au rythme de l'enfant mais pas trop tôt selon l'enfant ce passage se fera plus ou moins tôt votre médecin sera ici votre meilleur conseiller » (*E-santé.fr*) conduit les textes à se disperser concernant les âges idéaux d'introduction des aliments solides, selon qu'ils identifient la norme des six mois comme plus ou moins impérative. En effet, tous les documents ne sont pas aussi catégoriques au sujet de la nécessité d'attendre 6 mois révolus pour commencer à diversifier l'alimentation du nourrisson. Les publications institutionnelles (*guide du PNNS* et

²¹ En fait, il n'est fait mention d'aucun alcool.

Livre bleu), le numéro des archives de pédiatrie, le magazine *Infobébés*, l'ouvrage dirigé par Linda Benabdesselam et les sites web *Doctissimo.fr*, *Santé-Médecine.net*, *Santé AZ* et *E-santé.fr* préconisent un début de diversification alimentaire à 7 mois (6 mois révolus) et tolèrent qu'il s'effectue à 5 mois : « La diversification alimentaire ne doit jamais débiter avant 4 mois et si possible, pas avant 6 mois » (*Livre bleu*). Cette préconisation apparaît homogène jusque dans sa formulation pour ce qui concerne ces documents, la justification attachée est toujours celle de la prévention d'éventuelles allergies. Les autres documents du corpus (Bacus, Pernoud, *100 trucs et astuces*, Gaylord, *Aujourd'hui.com*, *Famili*, *Parents*) laissent davantage de latitude aux parents. L'ouvrage de la collection pour les nuls (Gaylord) conteste même le mécanisme fondamental qui sous-tend cette règle : « Mais il apparaît, depuis peu, que le fait de retarder l'introduction de légumes et de fruits n'habitue pas l'organisme à autre chose que du lait et n'évite donc aucunement la survenue d'allergies ultérieures » (Gaylord). Si ce locuteur se montre prudent quant à la pertinence de l'âge idéal d'introduction d'aliments autres que le lait (voire anticipe un changement de norme, prochain) pour des raisons physiologiques, les autres documents prennent des distances par rapport à cette règle au motif d'une individualisation de l'alimentation.

Les étapes de la diversification alimentaire ressortent des documents étudiés comme un processus séquentiel. Tous les locuteurs s'accordent sur le fait que le lait doit constituer la base de l'alimentation du nourrisson dans ses deux premières années de vie. Le consensus est total sur les volumes à ingurgiter, sur le nombre de tétées (ou de biberons) et sur la supériorité du lait maternel sur les préparations industrielles. Une telle harmonie contraste avec le reste des discours. Les farines et céréales infantiles peuvent être introduites en début de diversification, même précocement selon la totalité des textes étudiés. Toutefois, tous les locuteurs s'accordent à dire que ces aliments ne sont pas indispensables aux nourrissons. Ils conseillent de commencer par des farines sans gluten et de retarder le plus possible l'introduction de cette substance, à l'exception du Docteur Presle (*E-santé.fr*) : « Le gluten est une fraction des protéines contenues dans les céréales, notamment le blé. Il est responsable de la maladie coeliaque (ou intolérance au gluten) chez certains enfants génétiquement prédisposés. Cette maladie empêche l'absorption des nutriments, des vitamines et des minéraux par l'intestin, pouvant entraîner une malnutrition. Des études récentes ont montré que l'introduction trop tardive favorise l'émergence de cette maladie (contrairement à ce que l'on pensait auparavant). Il est donc recommandé d'introduire de petites quantités de gluten dès 4 mois, surtout si l'enfant est allaité » (*E-santé.fr*). Il est intéressant de noter comment

cette recommandation, qui se sait iconoclaste, est attachée à des explications bien plus précises que celles qui accompagnent, dans le reste du corpus, la prescription contraire. Les premiers aliments qu'il est conseillé d'introduire sont les légumes et les fruits. Tous les locuteurs ne conseillent, cependant, pas de commencer par les légumes, en raison d'un risque de déséquilibre lié à une appétence innée des enfants pour le goût sucré : « si on commence les fruits en même temps que les légumes l'enfant risque de préférer le goût sucré et de refuser les légumes » (Bocquet). Ce sont, en effet, les locuteurs qui mobilisent comme source l'article des archives de pédiatrie, *Santé-médecine.net*, *Doctissimo.fr* (qui en raison, de sa multitude de contributeurs, adopte, parfois des positions contradictoires d'un article à un autre) et *Santé AZ* qui sont les plus stricts. Comme si leur position dominée en termes de légitimité et plus éloignée des sources primaires les conduisait à montrer une sorte de « bonne volonté » à l'égard des recommandations. Les protéines doivent suivre l'introduction des légumes et des fruits. Une question nodale paraît concerner l'œuf (le blanc d'œuf en particulier réputé pour être allergène) qui est l'objet de recommandations contradictoires tout comme les fraises.

L'expression du rapport aux industriels est ambiguë. Il est fait mention des aliments en pots pour bébés (les « petits pots »²²) dans tous les textes du corpus sans exception, signe qu'il est difficile d'éluder la question. Cependant, les attitudes à l'égard de ces préparations divergent. Tous les textes étudiés, à l'exception des *100 trucs et astuces* et des articles issus de la revue *Famili*, mettent au menu les préparations industrielles²³ pour bébés. Formuler cette option n'est en rien neutre. Laisser figurer les « petits pots » au côté des purées faites à la main et des aliments « amoureuxment » (Bacus) mixés revient à les ériger au rang d'alternative crédible au « fait maison » et à déléguer l'arbitrage aux parents : « plus que les légumes achetés sur le marché précise la Société française de pédiatrie, le recours aux petits pots est donc un choix qui revient aux parents, pas question de les culpabiliser à ce sujet » (*E-santé.fr*). Pour fonder la décision, les textes du corpus fournissent un descriptif des caractéristiques des « petits pots ». Certains allant jusqu'à dresser sous forme de listes les avantages et les inconvénients des préparations industrielles. La vertu la plus unanimement prêtée à ces aliments réside dans leur caractère pratique : « petits pots et surgelés : ils peuvent vous dépanner les jours où vous n'avez pas eu le temps de cuire des légumes [...] les petits

²² Les lemmes « petit » et « pot » apparaissent accolés 137 fois dans l'ensemble du corpus.

²³ Le terme est employé, ici, de manière générique pour qualifier un processus de fabrication qui implique que le produit n'est pas préparé, cuit et transformé sur le lieu de consommation.

pots représentent un gain de temps important et permettent de varier facilement les menus du bébé » (Bacus). Rapide et facile à préparer, des qualités que ne reconnaissent pas explicitement le *guide du PNNS*, les revues *Parents* et *Infobébés* ou les ouvrages *100 trucs et astuces* et *De la tétée à la cuillère* (dirigé par Linda Benabdesselam). La deuxième qualité prêtée aux « petits pots » dans les textes du corpus réside dans le respect d'une réglementation stricte (14 segments de texte concernés pour 7 locuteurs différents) : « les petits pots pour bébés sont soumis à la réglementation des aliments destinés aux nourrissons et enfants en bas âge ils répondent à des normes très strictes de fabrication d'hygiène et de composition » (PNNS). La rigidité des réglementations semblant devoir garantir la sécurité alimentaire, cet argument permet parfois de ne pas se prononcer plus avant concernant la valeur nutritionnelle de ces préparations. Pernoud détaille simplement ainsi les caractéristiques des aliments en pots pour bébés : « production sans pesticides engrais nitrates, teneur réglementée en protéines en sucre en sel. Il ne faut pas rajouter de sel ou de sucre même si le goût paraît fade » (Pernoud). Cependant, le plus souvent, la réglementation est associée à un gage de qualité : « sachez que les petits pots industriels présentent toutes les qualités nutritionnelles et de sécurité » (PNNS). Le site web *E-santé.fr* allant jusqu'à qualifier le petit pot de « conserve haut de gamme ».

Bien qu'il s'agisse d'un registre d'appréciation des aliments pourtant largement promu par l'industrie de l'alimentation infantile, le goût est présenté comme une faiblesse des aliments en pots pour bébés : « en fait de nombreux pédiatres pensent qu'une version en purée de ce que vous mangez aura plus de goût et intéressera davantage votre bébé que des petits pots réfléchissez à ce que vous préféreriez manger » (*100 trucs et astuces*). Seul, le site web *Doctissimo.fr* défend l'intérêt gustatif des petits pots²⁴ : « poisson maison ou petits pots : on peut alterner les deux c'est préférable pour l'éducation du goût de ne pas habituer bébé à un seul type de préparation ». Les documents les plus vindicatifs à l'égard des préparations industrielles semblent être les ouvrages généralistes (Pernoud, Bacus et les *100 trucs et astuces*). Ils mettent en cause le prix : « il y a aussi des inconvénients, d'abord les petits pots sont chers » (Pernoud) et la qualité nutritionnelle : « attention car certains petits pots sont épaissis avec de la farine de maïs [...] ne le nourrissez pas exclusivement de petits pots ils contiennent trop de féculents et pas assez de viande ou de poisson » (Bacus). Enfin, plus

²⁴ Les seuls textes étudiés dans lesquels sont cités dans le corps du discours des marques du secteur agroalimentaire sont issus du site *Doctissimo.fr* (3 occurrences) et du magazine *Parent* (1 occurrence). Cependant, les publicités et annonces commerciales disséminées au sein des différents supports n'ont pas fait l'objet d'un recensement minutieux.

rarement, leur meilleure adéquation aux besoins des nourrissons peut être remise en question : « truc de parent récidiviste : cette désignation d'aliment pour bébés que vous voyez sur les petits pots est un artifice de marketing n'importe quel aliment est bon pour votre bébé du moment qu'il n'est pas sur la liste ce qu'il ne faut pas manger avant 1 an » (*100 trucs et astuces*). Les produits surgelés déchainent moins de passion. Ils ne sont que rarement confondus avec les petits pots et les autres préparations industrielles et dans l'ensemble leurs qualités nutritionnelles sont louées : « la qualité des légumes surgelés est au moins égale à celle des produits frais de la grande distribution » (*le Livre bleu*). L'emploi du lemme « industriel.le.s » (11 occurrences, 6 locuteurs) souligne la méfiance des locuteurs à l'égard du processus de fabrication : « en effet la technique industrielle impose l'ajout de sucre ou de fécule de céréales afin de lier les préparations ; comparé à 100g de purée de légumes ou de fruits préparée maison, un petit pot de même poids contient deux fois plus de sucre » (*E-santé.fr*). Il s'agit, toutefois, davantage de distinguer préparations industrielles ordinaires et préparations industrielles « spécial bébé », le terme lui-même ne permettant pas de lever l'ambiguïté : « en effet les soupes industrielles contiennent bien souvent trop de sel ou de matières grasses privilégiez les soupes adaptées aux jeunes enfants préparées en fonction de leurs besoins la teneur en sel et matières grasses est considérablement réduite » (*Doctissimo.fr*). *Le guide du PNNS* nie clairement la mauvaise qualité des préparations industrielles à destination des nourrissons : « mais sachez que les petits pots industriels présentent toutes les qualités nutritionnelles et de sécurité » (PNNS). Quand il n'est pas globalement positif, comme c'est le cas pour les archives de pédiatrie, les publications institutionnelles, le magazine *Infobébés* et les sites web *Doctissimo.fr*, *Aujourd'hui.com* et *Santé AZ*, le rapport des locuteurs aux préparations industrielles, petits pots et surgelés est distant mais rarement acrimonieux. Les ouvrages de Bacus, Pernoud et les *100 trucs et astuces* étant les plus durs à l'encontre de ces préparations, on peut y voir l'empreinte d'une stratégie d'écriture qui vise à renforcer la relation locuteur – destinataire en définissant un antagoniste commun : les industries agro-alimentaires. Surgelés ou petits pots, aucun locuteur n'opère de distinction entre les différentes denrées alimentaires. Si les préparations industrielles sont jugées consommables, elles le sont de manière équivalente quel que soit l'aliment de base ; carottes, haricots verts, poires, poissons, viandes sont égaux devant l'industrialisation.

L'examen des modèles d'alimentation infantile que projettent les documents étudiés souligne l'importance des caractéristiques du locuteur ainsi que des sources d'information

mobilisées dans les prises de position assumées par les auteurs. Afin d'expliquer l'homogénéité et l'hétérogénéité simultanées du discours, un examen minutieux des conditions autorisant la circulation de l'information médicale des espaces de la production scientifique vers les contributeurs à l'édiction de recommandations en matière de puériculture, les intermédiaires des recommandations savantes, apparaît nécessaire.

2.2.3. Les registres de justification

Quel est le statut de ces textes à destination des parents ? L'opposition entre « éducation sanitaire » et « vulgarisation médicale » (Boltanski, 1969) apparaît inopérante ; la frontière devant être fixée plus ou moins arbitrairement. L'introduction d'une justification attachée à la prescription saurait-elle suffire à l'élever au rang de démonstration ? Aussi, cet analyse cherchera, plus modestement, si des justifications accompagnent les prescriptions. Le cas échéant, de quelle nature sont-elles ? Des mécanismes physiologiques sont-ils décrits dans les textes du corpus et avec quel niveau de détail ? L'émergence de la classe 3 pose la question des registres de justification qui renvoie aux représentations institutionnelles des parents visés par les supports de puériculture étudiés et plus largement des destinataires des recommandations en matière de santé. Quel que soit le support, les textes de puériculture prétendent unanimement contribuer à aiguiller des parents supposés démunis en face des soins à prodiguer au nourrisson. Cette définition de l'incompétence parentale constituant le fondement de la légitimité des experts de l'enfance (Garcia, 2011). Toutefois, les questions de la nature et de la forme du savoir que les supports de puériculture dispensent demeurent.

Un certain nombre de termes fortement associés à la classe 3 indiquent une ébauche d'explication du bien-fondé de la prescription. Les implicites restent nombreux, les locuteurs comptant sur l'intériorisation de la valeur de certaines substances : « sous nos latitudes les jeunes enfants peuvent aussi présenter des carences en vitamine d car la lumière hivernale est trop faible pour permettre une production suffisante » (*Doctissimo.fr*). Manquer de vitamines ne peut être que mauvais. La vulgarisation scientifique est plus implication qu'explication (Jurdant, 1969) : « entre lait de vache et lait de croissance lequel faut-il privilégier ? Le lait de croissance sans hésitation surtout pour son apport en fer, pour assurer les besoins quotidiens d'un enfant en fer » (*Parents*). Le « comment » est laissé de côté et l'accent est mis sur la fonction de l'aliment ou de la substance : « la vitamine k pour prévenir les saignements : la

vitamine k produite par les bactéries de l'intestin joue un rôle majeur dans la coagulation du sang » (*Doctissimo.fr*). Il s'agit de convaincre le destinataire de la nécessité de consommer le produit. Il revient au locuteur de décider de ce que le destinataire a besoin de savoir ou pas : « sachez juste que les omégas 3 peuvent s'oxyder c'est pourquoi vous ne devez pas consommer des produits congelés au-delà de six mois de conditionnement » (*Infobébés*). Il s'agit, en définitive, pour ces documents de régler les conduites, cela demande désormais, avec la massification scolaire, d'attacher un minimum de justification à la prescription. La science s'écrit tout autant en lettres qu'en chiffres (Jacobi, 1984). Si le français scientifique et technique se concrétise dans l'ordre scriptural, alors il doit rester des vestiges de ce langage dans les documents de vulgarisation. Par suite, la fréquence d'utilisation des types numériques et non-reconnus (qui réfèrent presque toujours à des formes abrégées comme « mg », « ml », « g », « cc » ou « 4e ») renseigne sur la proximité du document à l'univers médical. L'analyse montre que l'opposition types numériques et non-reconnus contre pronoms possessifs, pronoms démonstratifs et adjectifs possessifs est la plus structurante. Les locuteurs qui emploient le plus fréquemment des formes de type numérique ou non-reconnu sont Bocquet (archives de pédiatrie), *le Livre bleu*, *Santé-médecine.net*, *le guide du PNNS* et *doctissimo.fr*. L'homologie entre registre didactique et vulgarisation scientifique n'est donc pas parfaite.

Les formes « pédiatre(s) » (51 occurrences) et « médecin(s) » (54 occurrences) sont, de manière significative ($p < 0,0001$), très représentatives de la classe 4. Le spécialiste est donc volontiers associé au risque et à la pathologie. Sans doute parce qu'il s'agit de son domaine de compétence ; la puériculture consiste dans le maintien de la bonne santé du nourrisson et donc, dans une certaine mesure, à prévenir la maladie. Les pédiatres ou les médecins se voient attribuer deux fonctions dans les textes qui composent le corpus. D'une part, ils légitiment la prescription : « la plupart des pédiatres conseillent donc d'introduire les farines en petites quantités vers 3 ou 4 mois en précisant aux mamans que ce n'est nullement obligatoire un nourrisson peut très bien être élevé sans bouillie » (*Doctissimo*). D'autre part, le lecteur est quasi-systématiquement renvoyé à leur consultation comme ultime source de conseil : « que risquez-vous en commençant la diversification alimentaire trop tôt, que bébé souffre d'allergies et qu'il devienne plus tard obèse, bien entendu vous allez consulter votre pédiatre avant de démarrer quoi que ce soit » (*E-santé*). Il en ressort que le médecin, le pédiatre, l'expert est présenté comme la plus haute autorité en matière de puériculture. Il est, toutefois, inscrit dans les discours étudiés une forme de hiérarchie des médecins dépendante des caractéristiques du patient et de la pathologie ; le degré de spécialisation fondant la légitimité :

« si c'est le cas il s'agit probablement d'une allergie alimentaire parlez-en avec votre pédiatre à la prochaine visite s'il montre des symptômes d'allergie à plusieurs aliments on vous indiquera peut-être un spécialiste » (Gaylord). Il est intéressant de confronter les usages préférentiels des termes « médecin(s) » et « pédiatre(s) ». Nous avons choisi pour ce faire de comparer les effectifs relatifs selon le locuteur. Il en ressort que *Doctissimo.fr*, *Famili*, *Infobébés* et *Aujourd'hui.com* recourent plus fréquemment à l'emploi du lemme « pédiatre(s) » que du lemme « médecin(s) ». A l'inverse, les ouvrages généralistes de Pernoud, Bacus, Benabdesselam, les *100 trucs et astuces* ainsi que les publications institutionnelles (le *guide du PNNS* et le *livre bleu*) emploient davantage la forme « médecin(s) » que la forme « pédiatre(s) ». Afin d'éviter l'écueil d'une surinterprétation, il convient de souligner que si le différentiel est parfois important, la taille des effectifs est déterminante : à titre d'exemple, l'ouvrage *100 trucs et astuces* affiche un différentiel de 0,96 points en faveur de la forme « médecin(s) » mais n'emploie le mot que 3 fois contre 1 fois la forme « pédiatre(s) ». De plus, rares sont les locuteurs qui délaissent systématiquement un terme au profit de l'autre. Ainsi, seuls, le *guide du PNNS* et Laurence Pernoud n'utilisent que le terme « médecin(s) ». Les revues *Infobébés* et *Famili* privilégiant toujours la forme « pédiatre(s) ». Le terme « diététicien(s) » n'est mobilisé que par *Famili*, tout comme « nutritionniste(s) » et « allergologue(s) » ne sont employés respectivement que par *Doctissimo.fr* et Gaylord. Le lemme « spécialiste(s) » connaît davantage de succès, il est repris par Gaylord, *E-santé.fr*, *Infobébés* et *Famili*. Enfin, l'article des *Archives de pédiatrie* dirigé par Bocquet n'emploie aucun de ces termes, son destinataire (les professionnels de santé ; les médecins essentiellement) ainsi que sa légitimité (la position de ses auteurs ainsi que son statut d'article scientifique) l'autorisant sans doute à se dispenser de se prémunir de cette sorte de pare-feu. Ainsi, la place du médecin, du pédiatre, de l'expert dans les discours étudiés apparaît centrale lorsque le destinataire est profane, les effectifs absolus ont été peu commentés, en raison de la grande variabilité de la taille des textes analysés. On peut tout de même noter qu'en dépit de son volume, l'ouvrage dirigé par Linda Benabdesselam ne mobilise que 4 fois le lemme « médecin(s) » et 1 fois le lemme « pédiatre(s) », idem pour le *guide nutrition du PNNS* (qui emploie 4 fois seulement le terme « médecin(s) » et ne fait jamais mention d'autres experts dans son discours). Par contraste, dans les articles provenant du site web *Doctissimo.fr*, la forme « pédiatre(s) » est employée comme destination 18 fois, le terme « médecin(s) » 3 fois et « nutritionniste(s) » 1 fois. Il est possible d'avancer l'hypothèse qu'outre les stratégies de rédaction, en partie orientées vers le destinataire, les sources mobilisées contraignent le vocabulaire employé. Il est à noter que les locuteurs recourent très peu à un mode de

légitimation de la prescription fondé sur la norme ou la coutume. La rhétorique de la norme, de la normalité ou de la fréquence est relativement absente des textes, l'examen des effectifs relatifs des formes « norme(s) », « normal », « anormal », « normalement », « fréquence », « fréquent », fréquemment », « généralement » en atteste.

Enfin, les marqueurs d'incertitude constituent un indice d'une remise en cause, par le locuteur lui-même, de la prescription médicale. Les parents peuvent être confrontés aux incertitudes des prescripteurs pour des raisons variées : « il risque par exemple de refuser de boire de l'eau s'il est habitué à la grenadine quant au lien entre excès de sucre dans la petite enfance et obésité ultérieure il reste controversé » (*Doctissimo.fr*). Dans cet extrait, le manque de consensus au sein de la communauté scientifique est souligné, c'est ce désaccord qui affaibli la prescription et oblige le locuteur à la justifier par un autre biais, tandis que dans l'extrait suivant, c'est l'insuffisance de preuve qui diminue la portée de la recommandation : « en effet même si le lien de cause à effet n'est pas complètement démontré on a observé que les enfants qui consomment trop de protéines avant l'âge de 3 ans ont plus de risque de développer une obésité » (*Doctissimo.fr*). A la démonstration scientifique, se substitue un constat statistique mou. L'indétermination n'a pas pour origine la discorde au sein d'une communauté de chercheurs mais les limites d'un protocole de recherche. En quelque sorte, la nature se refuse à livrer ses secrets.

Enfin, selon le synonyme auquel il recourt le locuteur dévoile plus au moins l'arbitraire de la norme : « la tendance actuelle est de retarder la diversification après le 5e mois en raison de la fréquence croissante des allergies alimentaires dont elle pourrait être responsable » (Pernoud). Outre l'emploi du nom commun « tendance » qui traduit une instabilité, l'usage du qualificatif de référence temporelle (Borillo, 2001) « actuel » signale les fluctuations passées et suggère de potentielles variations futures. Dans ce dernier extrait, le locuteur, lui-même, requalifie la règle en pratique normée. Ainsi, outre les représentations que le destinataire se fait des recommandations sanitaires, leur formulation, même, peut les fragiliser. Les différents locuteurs font un emploi inégal des adverbes semi-modaux qui sont un révélateur de l'incertitude d'un énoncé. Les formes « probablement », « peut-être », « certainement », « certitude », « sûr », « sûrement », « hypothèse », « croire » et « penser » sont davantage employées dans les ouvrages *100 trucs et astuces*, *La première année de bébé pour les nuls* et *Le guide pratique des mamans débutantes* qui étaient significativement représentatifs de la

classe 1. Ainsi, la distance que ces documents prennent par rapport aux prescriptions médicales dominantes s'inscrit également dans leur posture énonciative (Reinert, 2007).

Conclusion

Les normes de santé – auxquelles les recommandations en matière de diversification alimentaire appartiennent – sont parfois perçues comme un ensemble homogène et univoque. L'analyse du contenu, d'un point de vue synchronique, de recommandations portant sur un objet très circonscrit, comme la conduite de la diversification alimentaire, permet de rendre compte des contradictions qui traversent l'espace de l'éducation à la santé. En analysant, comme le produit d'un travail effectué par des intermédiaires spécifiques (journalistes, auteurs de manuels et experts), le contenu et la forme des recommandations en matière de diversification alimentaire – énoncées dans un corpus de taille modeste mais représentatif des supports de puériculture mobilisés par les parents – il est possible d'explicitier les contradictions apparentes qui peuvent traverser l'espace de l'éducation à la santé.

Tout d'abord, l'espace de l'éducation à la santé, en matière de diversification alimentaire, apparaît surdéterminé par le champ scientifique. Les recommandations formelles qui y sont médiatisées sont issues de la recherche en nutrition pédiatrique mais surtout cet espace de l'éducation à la puériculture savante pris dans son ensemble paraît retranscrire les luttes qui structurent le sous-champ de la recherche en matière de nutrition pédiatrique. L'expertise médicale mobilisée se distribue entre les différents supports de puériculture selon leur type. Cette distribution de l'expertise dans le champ médiatique conditionne le contenu des différents supports de puériculture. Lorsque les recommandations médicales en matière de diversification alimentaire sont l'objet d'un consensus fort dans l'espace de la recherche en nutrition pédiatrique, les supports de puériculture apparaissent homogènes et retranscrivent ces recommandations. Dans le cas de controverses dans l'espace de la recherche en nutrition pédiatrique, la plupart des supports – notamment les plus lus – retranscrivent les recommandations dominantes dans l'espace de la recherche en nutrition pédiatrique qui sont celles proposées par les membres du comité nutrition de la Société française de pédiatrie. Cependant, certains experts (médecins, chercheurs) impliqués dans les controverses médicales contribuent directement à la production de contenu sur certains supports de puériculture (sur

des sites internet), ils y retranscrivent alors leurs recommandations bien qu'elles soient plutôt dominées dans le champ médical. Ainsi, l'état des rapports de force dans le champ scientifique, par le truchement de la diffusion différentielle des recommandations médicales selon la position dans l'espace de la recherche en nutrition pédiatrique des scientifiques qui les élaborent, façonnent l'espace de l'éducation à la santé.

L'espace de l'éducation à la santé est également structuré par d'autres types d'experts – notamment, des auteurs de manuels de puériculture qui revendiquent une expertise en psychologie – ainsi que par l'industrie de l'alimentation infantile. Le travail d'intermédiation (Roueff, 2013) effectué par les auteurs des différents supports de puériculture se donne à voir dans les différences de forme et de lexique des textes. Les techniques de classification hiérarchique permettent d'explicitier les dimensions structurantes des supports de puériculture et ainsi de préciser les catégories de pensée ainsi que les registres de perception et d'appréciation que les auteurs importent dans l'éducation à la santé. Les enjeux relatifs à la commensalité, au contexte socio-affectif des repas ainsi qu'aux techniques de pédagogie à utiliser pour nourrir les enfants sont importés, par les auteurs des supports de puériculture, depuis d'autres champs, parfois concurrents au champ médical concernant certaines questions.

Il est intéressant d'observer que la presse (magazine et en ligne) tend à importer dans les supports de puériculture – et par extension dans l'espace de l'éducation à la santé – les catégories de l'industrie de l'alimentation infantile comme la praticité des aliments en pots pour bébés. On peut sans doute imputer à la faible autonomie financière de cette presse vis-à-vis des annonceurs, cette tendance à la promotion des aliments en pots pour bébés. Par contraste, les auteurs de manuel de puériculture se montrent opposés à l'utilisation des aliments industriels dans le cadre de la diversification alimentaire. Ces deux catégories de locuteurs sont celles qui mobilisent le plus le registre du « goût » mais elles ont également des publics différenciés, Séverine Gojard (2010) montre que les lectrices de manuels de puériculture appartiennent plus fréquemment aux catégories supérieures et tendent à avoir un niveau de diplôme plutôt élevé. Ces rapports distincts aux aliments industriels, observés dans les supports de puériculture, traduiraient une opposition entre les styles de vie des différents publics visés par ces supports de puériculture.

Appendice du chapitre 2 : Documents de puériculture à destination des parents consultés pour l'étude

Gaylord J. et Hagen M., *La première année de bébé pour les nuls*, (trad. De l'anglais par E. Saban), Paris, First, 2010.

Benabdesselam L. et al., *De la tétée à la cuillère*, Editions du CHU Sainte-Justine, 2004.

Pernoud L. et Grison A., *J'élève mon enfant*, Paris, Horay, 2010.

Bacus A., *Le guide des mamans débutantes*, Marabout, 2007.

Colburn K. et Sorensen R., *100 trucs et astuces pour survivre à l'arrivée de votre premier enfant*, Marabout, 2010.

Infobébés, n°97, février 2011,

Infobébés, n° 101, juillet 2011,

Infobébés, n° 102, août-septembre 2011,

Infobébés, n° 105, janvier 2012,

Parents, n° 511, septembre 2011,

Parents, n° 513, novembre 2011,

Famili, n° 211, juin-juillet 2011,

Famili, hors-série n°8, août 2011,

Famili, hors-série n°9, octobre 2011,

Famili, n° 216, avril-mai 2012,

Programme National Nutrition Santé, 2006–2010, Ministère de la Santé et de la Solidarité,

L'enfant du premier âge, le livre bleu, Comité National de l'Enfance,

Doctissimo.fr,

Santé-médecine.net,

E-Santé.fr,

SantéAZ (Auféminin.com),

Aujourd'hui.com.

Chapitre 3 Influence maternelle. Diffusion et contestation profane des recommandations en matière de diversification alimentaire sur un forum en ligne

Introduction

Après avoir recherché le devenir des recommandations médicales en matière de diversification alimentaire dans l'espace de l'éducation à la santé – plus précisément dans les supports de puériculture à destination des profanes – se pose assez naturellement la question de leur réception par les parents, qui en sont les principaux destinataires. Avant d'analyser les pratiques concrètes des parents en matière de conduite de la diversification alimentaire et de pouvoir interpréter les consommations de l'enfant lors de sa première année dans les termes de la réception des recommandations de la puériculture médicalisée, il est pertinent d'étudier les discours des parents concernant ces recommandations. En effet, en matière de pratiques culturelles entendues au sens large, la « sociologie de la réception des biens culturels » peut compléter utilement la « sociologie des consommations culturelles » (Lahire, 2009).

Consommation et réception culturelle

La sociologie des consommations culturelles se fonde initialement sur les analyses de Pierre Bourdieu, développées notamment dans *La Distinction* (1979), qui ont inspiré les grandes enquêtes du ministère de la culture sur les *Pratiques culturelles des français* entre 1973 et 1997. Ce programme de recherche s'intéresse prioritairement à la distribution sociale des pratiques culturelles afin de dégager les fonctions sociales des consommations culturelles : le classement et la hiérarchisation des individus dans un espace où tous les « goûts » ne se valent pas. Dans cette perspective, le rapport des individus aux biens culturels prend schématiquement trois formes : le « sens de la distinction » des classes supérieures, la « bonne volonté culturelle » des classes moyennes et le « quant à soi » des classes populaires (Bourdieu, 1979). Comme le fait remarquer Lahire (2009), on peut ramener ces attitudes à un rapport au « code culturel » sans lequel les biens culturels ne peuvent pas être appréciés (au sens à la fois d'évalués, saisis et goûtés). Ce code culturel, principalement inculqué par les institutions scolaires, se compose des instruments qui permettent de déchiffrer les œuvres culturelles mais aussi de classer les différentes conduites possibles en matière de

culture (Bourdieu, 1971a). Les consommations culturelles s'expliquent alors par la maîtrise décontractée du code pour les classes supérieures, la maîtrise imparfaite et partielle du code pour les classes moyennes et l'ignorance complète du code pour les classes populaires.

La sociologie de la réception des biens culturels trouve ses origines, notamment, dans les travaux de Richard Hoggart (1970), Jean-Claude Passeron (1991) et Michel de Certeau (1980). Elle prend pour objet les différentes expériences de la culture et les multiples formes d'appropriation des biens culturels. Pour cette sociologie, les destinataires et/ou les consommateurs des biens culturels contribuent à produire les usages faits de ces biens et la signification des œuvres. Les discours savants qui prescrivent la qualité des biens culturels et les conditions de leur appréciation (qui dictent le code) ne constituent pas, dans cette perspective, les seuls discours possibles. La sociologie de la réception des biens culturels permet ainsi de minimiser le risque d'une analyse trop « légitimiste » qui appliquerait à toute consommation culturelle les catégories de perception et d'évaluation des dominants. Cette sociologie donne la possibilité de rendre compte de la diversité des pratiques et des consommations culturelles des dominées sans les réduire à la seule expression de la distance aux catégories de perception et d'appréciation dominantes (Grignon & Passeron, 1989). Elle permet donc de rendre compte des résistances à l'imposition de la culture dominante autrement que du fait de la seule ignorance du code. Faire une sociologie de la réception des recommandations en matière de diversification alimentaire permet alors d'explicitier les formes d'appropriation qu'en font les parents et de formuler des hypothèses sur les conditions de diffusion de la puériculture médicalisée.

L'information santé en ligne

Le développement de l'Internet médical a reconfiguré les conditions de circulation de l'information en matière de santé (Nabarette, 2002 ; Broca & Koster, 2011). Les technologies numériques comme les forums en ligne et les listes de diffusion qui favorisent une forme de communication distribuée et plus égalitaire que les médias traditionnels (Rosnay & Revelli, 2006) ont été considérées très tôt après leur apparition, par les institutions médicales, comme une source potentielle de remise en cause, plus ou moins organisée, de l'autorité médicale (Hardey, 1999) au travers, notamment, de la contestation de son fondement : le monopole sur la production des savoirs en matière de santé (Pierron, 2007). Les forums en ligne sont des

espaces virtuels dans lesquels différents supports d'information peuvent être interconnectés (Beaudouin & Velkovska, 1999). Ces forums constituent un terrain d'investigation sociologique particulièrement intéressant pour au moins deux raisons. Premièrement, concernant l'analyse des savoirs et des pratiques en débat, leur dimension non-physique fait peser une « contrainte argumentative » sur les participants qui rend très ouvertes les possibilités de discussion (Delalandre, 2014). Ainsi, de nombreux récits d'expérience y sont rapportés et confrontés. Deuxièmement, les discussions électroniques ne sont pas le produit de l'enquête ; elles lui préexistent et les mises en débat sont le fait des participants eux-mêmes. Il en résulte que les discours que l'on analyse ne constituent pas une construction conjointe de l'enquêteur et de l'enquêté comme dans le cas d'un entretien mais également que les enquêtés ne sont pas informés de l'observation dont ils font l'objet¹ ; leurs discours ne peuvent donc pas être modulés par la situation d'enquête (Akrich & Méadel, 2002). En revanche, ce type de matériau prive l'enquêteur d'un certain nombre d'informations sur les enquêtés. L'hexis corporelle des participants du forum, leur éventuel accent, leur tenue vestimentaire, les signes de leur identité sociale (Goffman, 1974) sont dissimulés à l'enquêteur mais également aux autres participants du forum qui ne peuvent pas mobiliser ces signes pour classer leur(s) interlocuteur(s) (Bourdieu, 1979). Aussi, c'est sur la base de leur maîtrise de la langue et de leurs discours – de son contenu, de leur prise de parole et de leur manière de communiquer – que les participants anonymes d'un forum peuvent être catégorisés socialement.

De nombreuses recherches ont analysé les conditions de fonctionnement des forums en ligne, la question de leur maintien et de leur reproduction y semble primordiale. S'il apparaît que l'ergonomie de l'outil est importante pour le fonctionnement collaboratif d'une communauté en ligne (forum ou liste de diffusion), il est nécessaire qu'une véritable sociabilité puisse s'y développer ; que les normes implicites de la prise de parole et les formes de langage soient partagées (Preece, 2001). Par ailleurs, les « stratégies rhétoriques » déterminent les chances qu'a un message d'engendrer une réponse et potentiellement une discussion plus longue (Arguello et al., 2006). Les théories de la psychologie sociale ont parfois été appliquées aux communautés en ligne ; il en ressort que la participation effective aux discussions serait liée à l'attachement à la communauté (Ren et al., 2012). Les tenants de cette théorie font dépendre l'attachement du sentiment identitaire d'appartenance au groupe dans son ensemble et/ou des interactions interpersonnelles avec les membres de la

¹ D'un point de vue déontologique et bien que les forums en ligne constituent des espaces publics, il nous paraît pertinent lorsque cela ne nuit pas à l'analyse d'anonymiser les messages des utilisateurs.

communauté. D'autres recherches se concentrent prioritairement sur l'analyse des discours. Marcocchia (1998 ; 2004) et von Münchow (2004) ont étudié les règles de discussion auxquelles obéissent les utilisateurs des forums en ligne. Les enquêtes de Matuzak (2007) et Lewinski (2010) ont mis en exergue que l'anonymat des utilisateurs et l'absence de clôture des débats influençaient les formes d'argumentation et la dynamique des échanges. Coleman & Gotze (2001) et Wright (2006) analysent l'impact des différentes formes de modération. Ainsi, une large part des recherches sur les forums en ligne s'est concentrée sur leur dimension communautaire dans une perspective que l'on peut qualifier de *constructiviste*. On pourrait alors penser que ces espaces où la contrainte institutionnelle est moins forte (surtout en l'absence de modérateur) fonctionnent comme des « marchés francs » au sein desquels les rapports de domination sont entièrement redéfinis. Toutefois, Akrich et Méadel (2009) ainsi que Broca et Koster (2011) montrent que les membres des communautés en ligne (dont font partis les utilisateurs des forums) se réapproprient, discutent ou contestent les savoirs biomédicaux en les confrontant à leur propre expérience, de la maladie et du médicament notamment. Ils n'élaborent donc pas des « savoirs profanes » complètement indépendants des savoirs experts. De plus, Convert et Demailly (2003) montrent que, malgré la dissimulation possible des identités sur les forums en ligne, les « rapports sociaux ordinaires » continuent de déterminer les interactions entre les utilisateurs.

Quelles sont alors les conditions de circulation des recommandations médicales en matière de diversification alimentaire, dans un espace profane ? En articulant analyse de réseau et analyse de contenu, nous étudions la manière dont les recommandations de puériculture sont diffusées, contestées et mises en discussion, par des parents (des mères essentiellement), sur le premier forum en ligne français dédié au maternage.

Dans une première sous-partie, on établit sur la base des discours des utilisatrices du forum leur rapport à la puériculture médicalisée, aux recommandations médicales en matière de diversification alimentaire et aux professionnels de santé. On qualifie, dans une deuxième sous-partie l'activité des utilisatrices et leur position dans la structure des échanges. Enfin, on analyse la dynamique des échanges tant du point de vue des « stratégies rhétoriques » des utilisatrices que des effets de leurs caractéristiques structurelles et des rapports qu'elles entretiennent à la puériculture savante sur les interactions qu'elles développent au sein du forum.

Données du chapitre et méthode

Le forum *Magicmaman*

Un forum web est un espace de discussion publique (ou au moins ouvert à plusieurs participants). Les discussions y sont archivées ce qui permet une communication asynchrone (c'est ce qui différencie les forums de la messagerie instantanée). Le forum *Magicmaman* est un forum de discussion en ligne dont les messages sont classés selon un ordre chronologique et thématique. Il s'agit du premier forum en ligne français entièrement dédié au maternage. Une discussion est initiée par une utilisatrice qui envoie un message, souvent une question, hors de toute conversation préexistante, auquel elle donne un titre qui constitue le titre de la discussion, les réponses et commentaires qui suivent ce message initial constituent, avec lui, la discussion.

Le forum *Magicmaman* est divisé en thématiques qui regroupent les différentes discussions. Nous nous sommes intéressés plus spécifiquement au thème « alimentation » et avons sélectionné les discussions qui portaient explicitement sur l'introduction des aliments autres que le lait au cours de la première année de l'enfant (n=95).

Nous analysons une année d'échanges de messages électroniques (de janvier 2011 à janvier 2012), relatifs à la manière d'effectuer la diversification alimentaire. Ces échanges sont regroupés en discussions (n=95), elles-mêmes, subdivisées en messages (n=1010) selon l'identité de l'utilisatrice² (n=267) et la date d'envoi. Ce corpus a été soumis à une analyse de contenu. De plus, afin d'objectiver la structure des interactions entre les utilisatrices du forum, nous avons construit le réseau des échanges relatifs à la diversification alimentaire sur la période étudiée. Quand deux utilisatrices ont participé à au moins une discussion commune, un lien est établi entre elles. Ainsi, chaque utilisatrice est connectée, sur le graphe, à toutes les utilisatrices avec lesquelles elle a partagé une discussion.

² Il n'y a que des femmes (des mères) dans notre échantillon.

Caractéristiques générales du forum

Traiter les conversations médiatisées par ordinateur comme toute autre conversation (à la manière de l'analyse conversationnelle) pose plusieurs questions d'ordre méthodologique. Quelle sorte de corpus constitue un forum de discussions ? Quel type d'interaction observe-t-on ? Quel est le cadre participatif du forum ? (Marcoccia, 2004). Les forums ont la particularité d'autoriser simultanément l'échange interpersonnel (entre deux utilisateurs) et la communication de masse (l'émission de messages adressés à plusieurs personnes définies ou non), on peut alors considérer les forums de discussion comme des « polylogues médiatisés par ordinateur », ce qui implique de pouvoir analyser les discussions sur les forums comme des conversations (Marcoccia, 2004). On peut considérer que les discussions ayant lieu dans un forum constituent une conversation si on admet une définition rendant compte du caractère souple et continu de l'interaction, telle celle qui est proposée par Kerbrat-Orecchioni : « Pour qu'on ait affaire à une seule et même interaction, il faut et il suffit qu'on ait un groupe de participants modifiable mais sans rupture, qui dans un cadre spatio-temporel modifiable mais sans rupture, parlent d'un objet modifiable mais sans rupture » (1990 : 216). Au long d'une discussion les utilisatrices peuvent s'éloigner du thème ou de la question suggérer par l'intervention initiative. Tout développement d'un thème peut être à l'origine d'une digression (Herring, 1999) ayant pour conséquence une « décomposition thématique » (Marcoccia, 2003) et la sortie de certains des premiers intervenants et l'entrée de nouveaux participants.

Les discussions que l'on analyse sont relativement courtes : moins de 10 jours et moins de 11 messages en moyenne (tableau 3). Au sein de la thématique « alimentation » du forum, les discussions concernant l'introduction des aliments autres que le lait dans le régime du nourrisson sont généralement plus courtes que les discussions relatives à l'allaitement. Dans le corpus étudié, on n'observe pas d'éparpillement thématique ni de remplacement brutal des premières participantes à une discussion par d'autres utilisatrices. On peut donc postuler une certaine continuité des discussions et les considérer comme des conversations.

Par ailleurs, il est intéressant de noter que l'utilisation qui est faite du forum est très contrastée. Le nombre de consultations d'une discussion, c'est-à-dire le nombre de fois que la page web qui contient la discussion est vue est considérablement supérieure au nombre de

réponses au message initial qui débute la discussion. Le forum est utilisé comme source d'information en matière d'alimentation infantile au-delà des échanges d'informations et de conseils entre participantes aux discussions.

Tableau 3.1 Caractéristiques des discussions du thème « alimentation de 0 à 3 ans »

	Caractéristiques des discussions		
	Réponses	Consultations	Durée (H:mn:sec)
Moyenne	9,7	1001,3	2181:10:27
Écart-type	32	2568	9470:32:27
Min	0	180	00:00:00
Q1	2	416	16:08:30
Médiane	5	617	69:39:00
Q3	10	948	294:47:30
Max	702	53529	90265:37:00
Total	6539	676852	

Note : la durée d'une conversation correspond à l'écart entre le moment où a été posté le premier message de cette discussion et le moment où a été posté le dernier message (exprimé en heures : minutes : secondes).

Champ : ensemble des discussions autour du thème alimentation de 0 à 3 ans (n=674),

Lecture : en moyenne chaque discussion se compose de 10,7 messages (soit le nombre de réponses plus le message initiatique). Le nombre de messages par discussion est très variable, certains messages initiatiques n'ont occasionné aucune réponse tandis que la discussion qui a occasionné le plus de messages en compte 703. Une discussion peut être consultée par un utilisateur ou une utilisatrice du forum sans qu'il ou elle n'y réponde. Les discussions étudiées ont été vues 1001,3 en moyenne avec là aussi une forte dispersion. Ces discussions ont duré en moyenne 2181 heures soit 91 jours. La médiane est systématiquement plus basse que la moyenne pour les indicateurs observés. On en déduit que peu de discussions ont une durée très longue et se composent d'un nombre élevé de messages.

Caractériser socialement les utilisatrices

L'une des limites du matériau est le manque d'informations permettant de caractériser socialement les utilisatrices du forum. Pour cette raison, le questionnaire qui structure ce chapitre porte davantage sur les conditions de circulation et d'appropriation des recommandations en matière de diversification alimentaire. Toutefois, il serait intéressant de pouvoir formuler des hypothèses sur les déterminants sociaux des différentes formes d'appropriation de ces recommandations. Si le recours au forum, et plus généralement aux outils communautaires en ligne, afin de rechercher et de partager des informations et des conseils en matière de diversification alimentaire est sans doute socialement situé, on peut penser que toutes les utilisatrices du forum n'ont pas exactement les mêmes caractéristiques sociodémographiques, notamment qu'elles ont des niveaux d'éducation différents. Ces

variations, qui peuvent se retrouver dans les usages que les mères font des forums en ligne, peuvent également se lire, en partie, dans leur maîtrise de la langue : leur syntaxe, leur grammaire, leur vocabulaire, bref leur style.

Basile Bernstein (1971, trad. Fr. 1975) a, le premier, mis en rapport les productions linguistiques réelles et les caractéristiques sociales des locuteurs. Selon lui, à chaque position sociale correspond un type particulier de productions verbales qu'il catégorise en « codes ». Le *code élaboré* des classes supérieures et le *code restreint*, moins complexe, des classes populaires. Les limites de la réflexion de Bernstein sont assez rapidement mises en avant :

« C'est par ses manques que le code restreint est souvent défini, en rapport avec le code élaboré [...]. Bien que Bernstein s'en défende [...] le code restreint occupe dans la description une position inférieure par rapport au code élaboré (qui coïncide dans ses manifestations les plus élevées avec le discours scientifique) » (Marcellesi et Gardin, 1974).

William Labov (1978) notamment, s'oppose à la pertinence de la conception du *code restreint* comme « privation verbale ». En comparant le langage de locuteurs d'origines sociales différentes, il montre que les discours sont très similaires au niveau logique et argumentatif mais variables du point de vue de leur forme. Ainsi, selon Labov, ce qui distingue le langage des différentes classes sociales, ce n'est pas le code linguistique mais le style, qui peut être plus ou moins sophistiqué, plus ou moins proche du modèle linguistique le plus valorisé socialement. Pour Labov, certains styles ne sont qu'une simulation factice du modèle linguistique de référence. Les locuteurs issus des classes sociales intermédiaires essaieraient de conformer leurs productions verbales au modèle linguistique qu'ils perçoivent comme étant le plus prestigieux (Bretegnier, 1999).

Au moyen de larges enquêtes conduites à New-York, Labov parvient à isoler et ordonner les styles des locuteurs selon l'attention qu'ils portent à leur discours (fort investissement dans la production verbale ou relâchement) dans différents contextes d'énonciation. Il note que certains locuteurs font varier de manière importante leur style selon la situation sociale. Par suite, en faisant évaluer par les enquêtés leurs propres discours et ceux des autres, il note que parmi les locuteurs qui font varier fortement leur style, certains déprécient la pratique de la langue qu'ils ont en contexte familial (ils estiment que dans ces situations, ils « parlent mal »). Ces locuteurs, majoritairement issus de la « petite bourgeoisie » se trouvent, selon

Labov, dans une situation « d'insécurité linguistique » qui amène une forme d'hypercorrection de la manière de parler. C'est-à-dire que ces locuteurs cherchent, dans certaines situations sociales, à ajuster leur style (qu'ils jugent d'ordinaire indigne) au style de référence.

Bien que le concept d'insécurité linguistique ait été critiqué pour sa relative faiblesse théorique (Baggioni, 1996), il est au principe du concept de « bonne volonté culturelle » dans la sociologie de Bourdieu qui apparaît relativement opérant. Michel Francard (1993) en donne une définition particulièrement pertinente : « l'insécurité linguistique [est] la prise de conscience, par les locuteurs, d'une distance entre leur idiolecte (ou leur sociolecte) et une langue qu'ils reconnaissent comme légitime parce qu'elle est celle de la classe dominante, ou celle d'autres communautés où l'on parle un français « pur », non abâtardi par les interférences avec un autre idiome, ou encore celle de locuteurs fictifs détenteurs de LA norme véhiculée par l'institution scolaire » (Francard et *al.*, 1993). Il reste de la sociolinguistique de Labov le moyen d'expliquer sociologiquement certaines variations de style que nous essaierons d'exploiter dans le cadre de l'étude des échanges d'informations et de conseils en matière de diversification alimentaire sur le forum.

3.1. Les discours des utilisatrices

Dans un premier temps, on procède à une analyse de discours afin de classer les utilisatrices du forum sur la base du rapport qu'elles expriment à la puériculture médicalisée, aux recommandations médicales en matière de diversification alimentaire et aux professionnels de santé. Pour des raisons analytiques, on traite, dans un premier temps, les discours que les mères tiennent dans le cadre des échanges d'informations et de conseils en matière de diversification alimentaire sur le forum comme des énoncés indépendants.

3.1.1. Les attitudes par rapport aux recommandations médicales en matière de diversification alimentaire

Les recommandations médicales à destination des profanes lorsqu'elles sont mises en rapport les unes avec les autres apparaissent parfois contradictoires. Les recommandations médicales relative à l'âge d'initiation de la diversification alimentaire et à l'introduction des

principaux allergènes (des aliments identifiés comme tels par les experts de la nutrition pédiatrique comme le blanc d’œuf, le poisson et le gluten) dans le régime de l’enfant donnent à voir, à leurs destinataires, les incertitudes des experts de la nutrition infantile concernant la conduite de la diversification, et à la limite, révèlent les oppositions qui structurent l’espace de la recherche en nutrition pédiatrique (voir le tableau 3.1.1 pour un rappel synthétique des recommandations contradictoires en matière de diversification alimentaire). Les discours que tiennent les utilisatrices du forum au sujet de ces recommandations et les pratiques qu’elles déclarent avoir s’agissant de la diversification alimentaire de leur enfant et de l’introduction dans son régime alimentaire des principaux allergènes constituent alors un analyseur pertinent du rapport des mère à la puériculture médicalisée.

Tableau 3.1.1 Distribution des recommandations nutritionnelles contradictoires dans le corpus des publications savantes à destination des parents

Part des recommandations dans les publications à destination des parents	Début de la diversification	Gluten	Blanc d'œuf
Très fréquentes (plus de 10 occurrences)	6 mois	> 7 mois	> 9 mois
Peu à moyennement fréquentes	4-6 mois	6 mois	> 7 mois
Marginales/récentes (2 occurrences ou moins)	4 mois	4-6 mois	6 mois

Champ : corpus des documents à destination des parents (chapitre 2).

Afin de catégoriser les utilisatrices selon leur rapport aux recommandations médicales en matière de diversification alimentaire, on a recensé tous les messages dans lesquels était exprimée une opinion et/ou une attitude (entendue dans un sens large) concernant le moment d’initiation de la diversification alimentaire et l’introduction dans le régime de l’enfant des principaux aliments réputés allergisants (gluten, œuf, poisson). De cette manière on a pu établir 7 profils.

3.1.1.1. Des mères promotrices des recommandations médicales dominantes en matière de diversification alimentaire

Le premier profil que l'on peut esquisser concerne des utilisatrices du forum qui se montrent très promotrices des recommandations médicales dominantes (n=15). Elles pratiquent et conseillent une initiation de la diversification alimentaire de l'enfant à 6 mois minimum :

« Par contre, il faut attendre que son système digestif soit mature et avant 6 mois, ce n'est pas le cas »³

Elles ont tendance à percevoir ces recommandations dominantes comme les plus actualisées, ce qui est le signe d'un mode de recherche des informations en matière de santé particulier, qui exclut certaines sources :

« Avant, on commençait à 4 mois ; les recommandations ont changé depuis »

Ces mères adhèrent à la théorie selon laquelle la maturité du système digestif de l'enfant limite les risques d'allergie. Elles récusent les attitudes et/ou les pratiques qui se fondent exclusivement sur l'expérience personnelle des parents, notamment au motif d'une évolution du contexte sanitaire :

« Recommandations qui sont d'ailleurs à 6 mois pour bel et bien principalement une question de maturité du système digestif et non pas d'allergies (bien que celles-ci soient plus facilitées quand ledit système n'est pas mature) »

« Les allergies ont explosé donc l'exemple du papa ou de la maman ou de ceux commençant avant 6 mois n'est pas forcément celui à suivre »

Ces mères ont fortement intériorisé les recommandations dominantes, au point de les considérer comme la manière normale de procéder à la diversification alimentaire de l'enfant :

« Tu peux commencer par ce que tu veux, mais généralement on commence par les légumes le midi, en respectant cette règle simple : pas plus d'une nouveauté par jour et un légume à la fois (pour vérifier tout risque d'allergie) et pas le soir (tu risquerais de ne pas voir l'allergie la nuit) »

« Et surtout pas de poisson qui est un allergène +++ normalement déconseillé avant 12 mois ! »

³ Les extraits insérés sont retranscrits tels qu'ils apparaissaient sur le forum et annotés si nécessaire.

« Les allergies alimentaires chez les enfants ne sont pas si rares et c souvent à cause d'une diversifications faite trop tot et en depit du bon sens qu'elles surviennes (sic.) »

La mobilisation de catégories, tel le « bon sens », liées à l'évidence et l'emploi du pronom personnel indéfini « on » indiquent une perception renforcée du caractère normal des pratiques conformes aux recommandations dominantes et par ailleurs le renforce. Certaines de ces mères, qui croient identifier, le principe générateur des recommandations médicales dominantes en matière de diversification alimentaire prétendent retarder au-delà de 7 mois la diversification de leur enfant :

« Pk [pourquoi] la diversifier à 5 mois aussi? Il me semble que c conseiller pas avant /6/7 /mois. Perso, moi je diversifie pas avant 7/8 mois. Et je vais faire très attention au PLV [protéines de lait de vache] car allergie déjà vue chez mon premier. LA viande j'ai commencer vers 9/10 mois. Les œufs pas avant 12 mois, la banane pareil... et le kiwi vers 24 mois... »

Cette sur-appropriation des logiques qui paraissent sous-tendre les recommandations dominantes se retrouve dans l'hypersensibilité de ces mères à la question du risque allergique et des manifestations allergiques :

« Niveau fruits : pommes, poires, coings, pêches, abricots, prunes/pruneaux (mais attention aux quantités car laxatif). Pas de banane avant 12 mois car mise en cause dans des allergies croisées au latex ;) »

« Éventuellement vers 15h00 tu peux lui proposer un gouter, si elle dort à midi. evite quand meme le soir, si elle fait une reaction allergique dans la nuit tu ne la verras pas forcement »

Elles développent parfois une conception essentialisée des préférences alimentaires (qui semble compatible avec les théories médicales afférant à l'alimentation⁴ qu'elles mettent en relation avec l'allergie ou ses manifestations :

« Tu élimines tout ce que vous (le papa ou toi) ne "digérez" pas, ce que vous n'aimez pas (il y a souvent des raisons), tu élimines tout ce dont on sait que les allergies fréquentes, ce que tu trouves trop gras, trop sucré, trop lourd et tu ne forces pas ton enfant »

L'extrait précédent ainsi que les trois suivants sont révélateurs du rapport que ces mères entretiennent à la puériculture médicalisée (comme ensemble de savoirs et de techniques) de

⁴ De nombreuses études scientifiques montrent que les sensations *post-ingestives* ont une incidence sur l'appréciation des aliments (une part de ces recherches est détaillée au chapitre 8).

deux façons. D'une part, ils témoignent d'une intériorisation, au moins partielle, des catégories de la puériculture médicalisée. En effet, ces mères perçoivent le caractère héréditaire des allergies, conformément au mode d'évaluation du risque allergique en médecine générale qui repose sur les antécédents familiaux. Par ailleurs, elles manipulent, bien que parfois relativement superficiellement, certaines catégories savantes :

« Pour le kiwi, je suis pire que toi: le père des petits est allergique, donc je n'en ai encore jamais donné ni à titkat [quatrième enfant], ni à troiz [troisième enfant], ni même à deuz [deuxième enfant] ;) »

« Tous les fruits rouges sont allergisants et certains comme la fraise possède aussi beaucoup d'histamine difficile à assimiler »

« Le lait de soja, gaffe, d'abord c'est allergène, donc attendre un an ou un an et demi et surtout, c'est plein de phytoestrogènes, pas recommandées du tout (préférer le lait de riz pour les recettes à base de lait, en faisant gaffe de garder une quantité suffisante de "vrai lait" en plus) »

Elles ont également une vision probabiliste du développement des allergies qui renvoie à une analyse en termes de risques telle qu'elle se trouve dans les études cliniques et certains supports institutionnels de puériculture, notamment le guide du PNNS ou les recommandations de l'OMS. Ces mères développent une attitude commandée par la prudence ou un certain « principe de prévention » :

« La fraise EST TRES allergène, ce qui ne signifie pas que tous les enfants vont être allergiques, mais que retarder son introduction diminue la probabilité de développer une allergie. Après tu prends les risques que tu veux avec ton enfant »

« Il faut savoir aussi que le simple fait de goûter peut sensibiliser BB à des allergènes, alors si BB boit bien son lait, je ne me presserai pas, cela ne vaut pas le coup à mon sens de prendre des risques avec la santé de BB ;) »

« Et il n'empêche que si jamais cela est vrai, une réaction allergique peut être très grave et dans ce cas, mieux vaut attendre que BB soit plus vieux pour donner des aliments pour lesquels les réactions peuvent être très graves comme c'est le cas par exemple pour les fruits exotiques y compris la banane, les crustacés, le poisson, l'oeuf etc ;) »

D'autre part, ces extraits illustrent comment ces mères résolvent la tension entre le strict respect de recommandations médicales, relativement rigides, de portée générale et le respect des particularités de l'enfant car comme elles le soulignent parfois :

« chaque enfant est différent »

Ces mères ne mettent pas en concurrence leur expérience du maternage et les savoirs experts en matière de diversification alimentaire. Au contraire, leur travail de mère consiste à acquérir et développer les savoirs et les techniques de la puériculture savante, c'est-à-dire en une socialisation quasi-professionnelle (voire professionnalisante) à la puériculture. Ce sont pour la plupart des multipares qui se définissent prioritairement comme mère (ou « maman à plein temps »), pour qui cette activité se substitue à d'éventuelles fonctions professionnelles :

« Au contraire de toi, j'ai toujours entendu que les quantités devaient représenter 10 gr par tranche d'âge et la diététicienne pédiatrique qui suivait mes Loulous avait ce discours ainsi que les deux docs que je vois et j'ai entendu la même chose lors de ma formation [assistante maternelle] »

Enfin, il semble que ce qui caractérise le plus ces mères, très promotrices des recommandations médicales dominantes en matière de diversification alimentaire, soit une certaine réceptivité aux effets de légitimité, elles sont notamment très attentives à l'origine des recommandations et à leur récurrence dans les supports de puériculture :

« Quant au fait de ré-avancer, oui l'étude de l'EPSGHAN a mis cette idée en avant mais elle est au conditionnel c'est à dire que reculer l'âge d'intro de certains aliments ne changerait rien mais rien n'a été prouvé et ni l'OMS, ni ses consoeurs anglo-saxonnes ni même la plupart des sociétés d'allergie n'ont repris ces conclusions »

« Quant à ce fameux pic, il n'y a qu'une étude qui a mis en avant que diversifier avant 6 mois ne changerait rien à l'apparition des allergies mais cette étude n'a pas été reprise par les allergologues ni par l'OMS donc il faut rester vigilant d'autant plus qu'une réaction allergique si elle a lieu avant 6 mois peut être très dangereuse. »

L'étude du contenu des discours de ces utilisatrices invite à questionner l'hypothèse d'un « savoir en miettes » des catégories populaires (Boltanski, 1969), bien que ces utilisatrices appartiennent plus vraisemblablement aux catégories intermédiaires. Si dans le cadre des échanges sur le forum – dans une situation d'interaction particulière – elles tendent effectivement à user de systèmes de classement des aliments relativement binaires (« conseillé/déconseillé », « dangereux/sûr », « sains/malsain »), comme semblent le faire une part importante des consommateurs (Rozin et al., 1996 ; Wertenbroch, 1998), elles sont aussi capables de retranscrire le raisonnement probabiliste qui sous-tend les recommandations d'éviction des aliments allergènes, quand bien même elles n'auraient pas eu l'occasion d'observer des manifestations allergiques chez leurs enfants. Elles apparaissent également très investies dans la recherche d'information en matière de puériculture et de santé et trient cette

information selon un critère de légitimité. Ce qui indique une mise à distance de l'expérience particulière qui prend la forme d'une « bonne volonté culturelle » dans la mise en œuvre des recommandations en matière de diversification alimentaire.

3.1.1.2. Des mères conformes aux recommandations médicales dominantes en matière de diversification alimentaire

Le deuxième profil d'utilisatrices que l'on peut esquisser, très proche du premier, concerne des mères qui déclarent avoir des pratiques conformes aux recommandations médicales dominantes sans y faire référence explicitement (n=12). Comme les mères composant le premier groupe, elles prétendent débiter la diversification alimentaire de leur enfant à 6 mois et parfois au-delà :

« J'ai commencé la diversification à 6 mois révolus comme son frère mais dès qu'elle voit la cuillère elle tourne la tête et ferme la bouche... »

« Ici mon BB2 [deuxième enfant] a été diversifié vers 8/9 mois mais il n'a jamais eu de purées ou de compotes car il refusait tout ce qui était lisse ! »

« Bonjour à toutes ! Mon bb a 6 mois et j'aimerais commencer à lui donner à manger à la petite cuillère, je l'allaiterai exclusivement, j'aimerais commencer sans tarder car il ne prend pas le bibi même avec mon lait ni avec du LA, donc pour le faire garder c'est assez compliqué. Faut-il commencer par les fruits ou les légumes ??? Merci pour vos réponses ! »

« J'avais moi aussi commencé la diversification à 6 mois. Le pédiatre m'avait dit que je pourrais commencer la viande et le poisson vers ses 8-9 mois. Ce que j'ai fait, je pense que rien ne presse »

Ces mères ne font pas explicitement référence aux recommandations sur lesquelles elles appuient leurs pratiques, mais leurs discours témoignent d'une forte intériorisation des recommandations médicales dominantes en matière de diversification alimentaire qu'elles tiennent souvent du médecin qui suit leur enfant. Elles associent la consommation excessive de certains nutriments (ou groupe alimentaires) à des désordres physiologiques potentiels et sont sensibles à la question des allergies :

« Je plussois [j'adhère au message précédent]. Trop de protéines à cet âge, ça va leur flinguer les reins pauvre loulou. Et pour le poisson, prudence, très allergène »

Elles apparaissent disposées à retarder l'introduction dans le régime de l'enfant de la plupart des aliments, voire à retirer de son alimentation des aliments déjà introduits, sur le conseil d'utilisatrices du forum (notamment les utilisatrices du premier groupe) ou sur la base de suspicions d'un risque nutritionnel particulier :

« Bon alors exit l'aubergine...la viande...les épinards. »

« Eh ben je crois que je vais patienter un peu lol, pour l'instant mon titou raffole des betteraves (pas de contre-indication au moins ??? Idem sur le bouquin c pas avant 1an...), du potimarron, des courgettes et des carottes. Par contre les haricots verts c autre chose, il me fait la grimace à chaque bouchée »

« Et tu fais bien d'en parler jujuesydney, mon loulou a eu le tour de la bouche toute rouge après l'aubergine. Moi j'avais mis ça sur le compte de la cuillère que je lui passe sur la bouche pour l'essuyer...Zut alors... »

De plus, elles déclarent fréquemment avoir pratiqué l'allaitement maternel – parfois de manière exclusive – jusqu'aux 6 mois de l'enfant :

« je recherche quelques conseils de diversification pour mon bebe allaité jusqu'a ses 6 mois, il a aujourd'hui 7 mois j'ai commencer par les legumes pdt deux semaines ensuite les fruits pendant deux semaines »

« alors voilà, j'ai allaité exclusivement mon bébé, il a 8 mois et je continue encore mais il est temps de diversifier. Il gigote des mains, des pieds et se lèche les "babines" le pauvre [émoticône], quand il nous voit manger »

Lorsqu'elles ont plusieurs enfants, ces mères, comme les mères du premier groupe, prêtent aux nourrissons la faculté de signaler les aliments qu'ils sont prêts à recevoir :

« Il faut donc écouter BB et lui faire confiance »

Ces deux premiers types de mères ont en commun d'être – sur la base des pratiques qu'elles prétendent avoir – conformes aux recommandations médicales dominantes en matière de diversification alimentaire. Elles paraissent avoir fortement intériorisé ces recommandations au point qu'elles leur semblent naturelles ou allant de soi. Ces deux types de mères se distinguent toutefois par leur investissement dans la recherche d'informations et de conseils en matière de diversification alimentaire. Les utilisatrices du premier type, qu'on peut qualifier de légitimistes, mobilisent des supports de puériculture savants produits le plus souvent par les institutions médicales dominantes (OMS, ESPGHAN, documentation du

PNNS) quand les utilisatrices du second type paraissent se référer davantage aux seuls conseils de leur médecin.

L'étude de la langue que pratique les utilisatrices du premier type (légitimistes) fait voir que ces mères se trouvent parfois, au fil des échanges dans l'espace analysé, dans une situation d'insécurité linguistique. L'emploi fréquent de la forme passive, l'évitement préférentiel de certaines contractions (« cela est » plutôt que « c'est ») et le lexique qu'elles mobilisent constituent des tentatives de réduire la distance entre la langue qu'elles pratiquent et la norme de prestige qu'elles identifient ; dans ce cas, la langue pratiquée par les experts de la nutrition infantile telle qu'elle se donne à voir dans les supports savants de puériculture et telle qu'elle peut être maniée par les professionnels de santé en consultation. Cette tendance à l'hypercorrection, caractéristiques des catégories sociales intermédiaires, est traditionnellement associée à une sur-appropriation des normes dominantes (Labov, 1976) comme on l'observe, ici, pour les recommandations médicales en matière de diversification alimentaire.

3.1.1.3. Des mères distancées des recommandations médicales en matière de diversification alimentaire

Le troisième profil d'utilisatrices que l'on identifie se compose de mères distancées des recommandations médicales, notamment dominantes (n=6). Ces mères connaissent les recommandations médicales mais elles nuancent leur portée :

« Il est vrai que l'on recommande de commencer la diversification à 6 mois mais tout dépend des enfants ».

Fréquemment, elles soulignent l'instabilité des recommandations médicales en dépit de fondements inchangés :

« aujourd'hui il semblerait que se soient les allergies qui poussent les pédiatres à avancer l'âge de la diversification ;) »

« on a repoussé à 6 mois à cause de ça et on re-avance de nouveau à cause de ça ! »

Ces mères, qui pour beaucoup déclarent ne pas se conformer aux recommandations médicales dominantes en matière de diversification alimentaire, justifient leur conduite du fait du respect des particularités de chaque enfant :

« Mon bébé à 8 mois et heureusement que j'ai commencé la diversification à 4 mois car il refusait le lait. Grâce au solide, je n'ai plus jamais entendu parler de RGO comme quoi il ne faut pas faire de généralité, chaque enfant est différent ».

Cependant, pour une majorité d'entre elles, c'est un reflux gastro-œsophagien (RGO) – c'est-à-dire une condition médicale particulière de l'enfant – qui a motivé l'initiation de la diversification alimentaire dès 4 mois :

« Pour mon petit lou qui a 5mois et diversifié depuis ses 4 mois à cause d'un reflux ».

« Moi c'est un peu différent, mon loulou a commencé la diversification à 4 mois à cause d'un problème de RGO ».

« Résultat : toujours des reflux et diversification depuis qu'il a 4 mois ! ».

Leurs discours laissent voir qu'elles font une application assez souple des recommandations médicales dominantes – elles en ont intériorisé certaines logiques – en les confrontant à leur expérience du maternage :

« Je pense qu'il faut commencer progressivement les légumes et les fruits en gardant le même aliment sur plusieurs jours et voir un peu comment ton bébé réagit ».

« Pour moi, le principal est de se faire confiance et de faire confiance à son bébé. Lui seul te dira si les quantités lui conviennent ».

3.1.1.4. Des mères critiques des recommandations médicales en matière de diversification alimentaire

Un quatrième profil d'utilisatrices, proche du troisième, peut être identifié (n=11). Il regroupe des mères particulièrement critiques des recommandations médicales. En effet, certaines pointent le fait que, selon elles, les recommandations médicales dominantes promues en France ne sont en réalité pas adressées à tous les parents et qu'elles sont surtout valables dans les pays en développement où les risques carenciels sont perçus comme plus élevés :

« Les recommandations de l'oms c'est pour le monde mais pas pour les pays industrialisés com l'europe et particulierement la france ».

Notamment, le prolongement de l'allaitement maternel est vu comme un moyen de garantir le maintien de la santé, au cours de leur six premiers mois, des nourrissons des pays en développement qui n'ont que peu d'accès à d'autres ressources alimentaires (il faut noter

qu'il s'agit bien d'un des motifs revendiqués des recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé en matière d'alimentation infantile) :

« nous avons acces a pleins d'autres chose que le lait et ca sans risque pour nos bebe ».

Elles qualifient de « mode » les contenus des recommandations médicales et les renvoient à leur incertitude, parfois avec ironie :

« j'ai commencé aujourd'hui la diversification mon bb a tt juste 4 mois pour ce qui est de l'age c'est vraiment une question de mode et de pédiatre »

« sa me fait rire ceux qui dise quil faut pas introduire la nourriture avant 6 mois il y a 20 ans on commençais a 3 mois et on et pas touse allergique! »

« mais il est sur que cela change tt le temps !!! ayant 3 enfants avec tous 6 ans d ecart je m apercois !! »

« Et puis l'OMS change, c'est une question de mode aussi car avant on disait de commencer l'oeuf à 6 mois et maintenant on dit pas avant 1 an ... C'est pas pour autant que les enfants qui ont pris de l'oeuf à 6 mois sont tous allergiques... »

Ces mères sont souvent des multipares qui ont été exposées à des recommandations médicales qui ont évolué entre leur(s) premier(s) enfant(s) et le dernier. Elles récusent le lien entre initiation de la diversification alimentaire dès 4 mois et développement d'une allergie sur la base de leur expérience du maternage mais également de la multitude des allergènes non-alimentaires identifiées par la recherche clinique :

« je suis une maman de 3 enfants »

« Quoi qu'il en soit c'est comme ca depuis sa naissance et ce n'ai ni de sa faut ni de la notre. Il était déjà allergique bien avant la diversification et heureusement que nous avons commencé plus tôt car qu'aurait-il mangé...lui qui me repoussait tous les bibrons même en changeant de lait! »

Comme les mères distanciées des recommandations médicales, et dans une moindre mesure les mères promotrices et conformes aux recommandations médicales dominantes, elles reconnaissent les spécificités de chaque enfant et en font un déterminant de la conduite de sa diversification alimentaire :

« D'un enfant à l'autre les choses peuvent être différentes! »

À la différence des autres mères, les mères critiques des recommandations médicales ne s'opposent pas à l'utilisation d'aliments industriels pour bébés :

« Dans tout les cas il grossit tout doucement mais grandit très bien et prend beaucoup de force donc pas de soucis de ce coté la. Juste le fait qu'il n'ai pas son apport journalier en lait...il ne fini ni le bib du matin ni celui du 4h et à cause de son allergie je ne sais comment compenser?!(bouillis avec son lait il n'en veut pas, je ruse en mélangeant à ses petits pot mais à chaque fois que j'introduis de son lait il ne mange pas tout) »

« Par contre la ou je suis d'accord c'est que le lait de croissance a 7 mois c trop tot car le lait deuxième age est plus adapté (minéraux, proteines, lipides, glucides... en qté différentes) »

« Le soir un blédidej ou blédiner de 240ml »

« Je comprends toujours pas pourquoi certaines mamans crient au scandale, quand on leur parle de blédidej ou nourriture spécial bébé.... c'est pas pour les poules quand même?!! »

Elles en soulignent même parfois les qualités nutritionnelles apparentes :

« J'ai regardé les compositions sur un yaourt et j'ai pas trouvé des choses trop mauvaises... »

Elles mobilisent largement, d'ailleurs, la notion de « goût » de l'enfant pour expliquer la conduite de sa diversification alimentaire :

« Je pense que c'est une question de goût...Les laits en poudre sont vraiment horribles ! »

« Oui ma pédiatre me l'a conseillé également, en revanche elle m'a dit qu'il avait très mauvais goût et Monsieur est très difficile ... c'est déjà une horreur pour lui faire prendre ces vitamines et gaviscon....alors... du lait qui a mauvais goût... Pour les intolérances aux PLV j'ai vu qu'il y avait des patch qui se vendaient en pharmacie, est-ce sous ordonnance ? car je voudrais en acheter un pour la pédiatre que je vois lundi mais je ne sais pas si on me le délivrera.. »

« Alors voici ma question, bébé à 4 mois, il demande à goûter il est curieu, est ce que je peux lui donner une ou deux petite cuillère pour eveiller son gout et sa curiosité ou est ce vraiment proscrit »

Comme les mères distanciées des recommandations médicales, les mères critiques de ces recommandations justifient parfois leurs pratiques de puériculture en raison de l'état de santé de leur enfant :

« et si ma fille doit avoir deux repas par jour ces pour raison medicale ma fille ne veux plus de lait ne fait que le regurgiter donc faut bien qu'elle mange »

« Le mien a commencer à manger à 4 mois (ordre du pédiatre), et directement à la cuillère. Il faut dire que le mien avait des problèmes de constipation. Une vrai renaissance pour lui. J'ai commencé par les légumes verts: haricots verts d'abord, puis courgette et artichaud. 2 à 3 cuillère le midi avant son bib. Le même légume sur 3-4 jours pour être sur qu'il le tolérai bien. Les autres légumes sont venus après petit à petit. Et il adore ça... »

Le bien-être de l'enfant et la sauvegarde de sa santé apparaissent dans les discours de ces mères comme la justification la plus imparable de la perpétration de pratiques non-conformes aux recommandations médicales. Les particularités de chaque enfant, une condition médicale spécifique, justifient la plupart des transgressions. Par ailleurs, la réflexion des mères critiques des recommandations médicales s'appuie largement sur leur pratique du maternage. Elles suivent une ligne de conduite très pragmatique :

« Bonjour, j'ai commencé la diversification à 4 mois. Sur le conseil de mon pédiatre sans que je lui demande quoi que se soit. Et au final aujourd'hui j'ai un petit gars de 1 an qui mange de tout (comme nous) et n'a aucun problème quel qu'il soit »

« Je lui est donné de la blédine effectivement car ça épaissi. j'ai également commencé les petits pots (2 c.c le midi de carotte) Mon mari a été élevé au jus de carottes car il refusait le lait à ces trois ou quatre mois ... ça ne l'a pas tué la preuve »

L'étude des discours des mères distancées et des mères critiques des recommandations médicales en matière de diversification alimentaire renseigne les formes que peut prendre un certain « quant à soi » en matière de pratiques de puériculture. Les contraintes spécifiques du forum en ligne – notamment les fonctions sociales des échanges sur lesquelles nous reviendrons – poussent les utilisatrices, particulièrement les mères distancées ou critiques des recommandations médicales, à formuler les motifs de leurs pratiques de puériculture. Dans le cas des mères distancées des recommandations médicales en matière de diversification alimentaire – dont la maîtrise de la langue indique, pour la plupart d'entre elles, qu'elles sont parmi les utilisatrices du forum les plus éduquées (sur la base de leur syntaxe et de leur maîtrise de la concordance des temps) – la variabilité perçue de ces recommandations entraîne leur mise à distance et leur mobilisation comme indices de la conduite à tenir en matière de diversification alimentaire plus que comme règles. De fait, les mères distancées des recommandations médicales en matière de diversification alimentaire déclarent en faire un usage souple en les confrontant à leur expérience quotidienne du maternage et à l'état de santé

de l'enfant. Leurs pratiques déclarées se rapprochent de celles des mères qui ont un modèle de puériculture « au feeling » décrites par S. Gojard (2010).

Les mères critiques des recommandations médicales en matière de diversification alimentaire – dont la maîtrise de la langue indique qu'elles sont moins éduquées (« quand à » au lieu de « quant à », « est » au lieu de « ai », « ces » au lieu de « ses », « fais » au lieu de « fait ») – récusent clairement l'utilité de ces recommandations. Pour elles, leur variabilité est un gage d'arbitraire qui les rend inutilisables. Il est toutefois difficile de mesurer le niveau de connaissance que ces mères ont des recommandations médicales et il apparaît qu'elles contestent le principe même d'une puériculture médicalisée. Contrairement aux autres utilisatrices, elles opposent d'autres schèmes de perception aux catégories savantes de la nutrition pédiatrique, notamment le respect des préférences alimentaires réelles ou supposées de l'enfant. Il est notable que ces mères sont les plus favorables à l'introduction d'aliments industriels dans le régime de l'enfant. Elles substituent les catégories prescrites par l'industrie de l'alimentation infantile aux catégories de la puériculture médicalisée.

3.1.1.5. Des mères promotrices et conformes aux recommandations médicales en matière de diversification alimentaire dominées

Un cinquième groupe d'utilisatrices, en effectif particulièrement réduit (n=5), agrège des mères qui promeuvent les recommandations médicales les plus récentes, dominées dans l'espace de la recherche en nutrition pédiatrique, à savoir une initiation de la diversification alimentaire dès les 4 mois de l'enfant et une introduction entre 4 et 6 mois des principaux groupes alimentaires, y compris des aliments identifiés comme allergisants en petites quantités. Ces mères mobilisent les instructions en matière de diversification alimentaire contenues dans les carnets de santé :

« carnet de santé : céréales sans gluten : 4 mois / avec gluten : 6 mois produits céréaliers (pâtes, semoule, pain, riz) : 7 mois »

Elles se montrent très disposées à introduire, dès le début de la diversification, dans le régime de l'enfant, selon sa réceptivité, une variété importante d'aliments. Elles prêtent parfois une attention particulière aux préférences perçues, réelles ou supposées, de l'enfant mais ont surtout fortement intériorisé le principe de variété :

« Pour le reste c'est selon le bébé plutôt [...] le mien adore le chou (rouge, vert, blanc, brocolis) et les navets il en mange depuis ses 4 mois et il n'a jamais eu de problème de digestion avec! [...] petit pois, aubergines sans problèmes, le reste pas testé, mais je ne vois pas pourquoi ces légumes en poseraient... »

« agrumes : je dirais que ça dépend si il aime les goûts acides (dans mon cas, c'est le kiwi qu'il adore) »

« Pour les fruits et légumes tout est bon je pense et plus c'est varié, meilleur c'est ! »

Les répertoires alimentaires de leurs enfants sont, sur la base de ce qui est déclaré dans le forum, finalement très inclusifs, y compris s'agissant des aliments industriels pour bébés bien qu'elles n'ignorent pas les débats concernant leurs qualités nutritionnelles :

« avis de la pédiatre : si pas d'histoire familiale d'allergies à partir de 4 mois, un seul critère : si il digère c'est que c'est bon »

« La bléline est effectivement sujette à débat d'après ce que j'ai lu, moi je donne des céréales une fois par jour mais en bouillie, et plutôt des mélanges style riz+quinoa+légumes dont je trouve le goût plus intéressant. C'est pratique pour les parents et si le bébé aime pourquoi s'en priver ? »

Elles montrent une tendance à ne pas reconnaître la valeur de recommandations médicales à certaines recommandations dominantes en matière de diversification alimentaire, qu'elles perçoivent comme dépassées :

« Fruits exotiques, fruits rouges allergisants = légende urbaine »

Certaines de ces mères s'investissent très fortement dans la recherche d'informations en matière de diversification alimentaire, notamment sur internet :

« Pour les fruits rouges : <http://www.linternaute.com/sante/nut...llergies.shtml> »

« Un article très intéressant sur la diversification: <http://www.i-dietetique.com/?action=article> »

« Un petit article sur un pédiatre de Trousseau qui va dans le sens de la diversification entre 4 et 6 mois : <http://www.i-dietetique.com/?action=article> »

« Sur le site du gouvernement du Canada : <http://www.inspection.gc.ca/fr> [...] noif.shtml »

Leur stratégie de recherche d'informations en matière de diversification alimentaire semble emporter un biais de sélection :

« J'ai lu de nombreuses recommandations mais jamais vu d'études citées pour ce qui est des allergies liées à la diversification »

Pour ces mères, la nouveauté des recommandations médicales dominées dans l'espace de la recherche en nutrition pédiatrique est un gage de leur exactitude. Ce qui révèle une conception particulière de la médecine sur le mode de pensée du progrès scientifique continu :

« Je cite pour le cas où le lien mourrait :

On a quelque temps pensé à tort qu'il fallait retarder le moment de la diversification, en particulier chez les enfants à risque, du fait d'un terrain familial allergique. Aujourd'hui, les sociétés savantes européennes préconisent de diversifier l'alimentation du nourrisson entre 4 et 6 mois, qu'il soit ou non à risque allergique. Il y a même des arguments pour penser que l'introduction précoce, dès 4 mois révolus et à petites doses, des aliments à fort potentiel allergénique, pourrait induire une meilleure tolérance immunologique »

« Je précise aussi, car je l'ai découvert il y a peu moi-même, pour ce qui est des fruits et légumes contenant beaucoup d'histamine, les réactions provoquées ne sont pas des allergies cf [http://fr.wikipedia.org/wiki/Histamine...n_et_histamine](http://fr.wikipedia.org/wiki/Histamine_et_histamine) et <http://www.esculape.com/generale/his...oallergie.html> »

Ces mères ont intériorisé les arguments qui sous-tendent les recommandations médicales dominées qui ont trait à l'évolution générale des répertoires alimentaires en Europe :

« pour les fruits exotiques d'après ce que j'ai compris : puisque ce sont des fruits consommés depuis récemment en occident, certaines personnes y sont allergiques sans le savoir et du coup ne savent pas que le terrain existe dans leur famille. Donc pour les fruits "exotiques" courants comme kiwi, banane, ananas, enfin tout ce que l'on mange depuis longtemps en France, le biais n'existe presque plus. Je précise donc que je parle de cas où il n'y a pas d'antécédents familiaux d'allergies »

Si comme la plupart des autres mères, elles déclarent fonder leurs pratiques de puériculture en partie sur leur expérience quotidienne, elles se montrent plus explicitement attentives aux effets de la diversification alimentaire sur la physiologie digestive de leur enfant :

« perso diversification à 3mois3/4 car faim de loup de BB (il réclamait plus de 250ml par repas 4 à 5 fois par jour) une réussite énorme : reprise du rythme 4 repas par jour immédiate, meilleure digestion, meilleures nuits etc... »

« il faut essayer les catégories d'aliments une par une et attendre qqes jours pour voir si il n'a pas de problèmes de transit »

« et oui ça dépend des bébé, si il a tendance à être constipé, on lui donne du pruneau, on évite le coing, si il est diarrhéique l'inverse [...] si il a un transit difficile on évite de donner trop de légumes fibreux comme les haricots verts qui sont durs à digérer »

« les bébés n'ont pas le même organisme, les mêmes besoins et surtout leur flore intestinale n'évolue pas au même rythme »

Ces mères traduisent les particularités de l'enfant en spécificités physiques immédiatement observables :

« certains [enfants] doivent être diversifiés plus tôt si leur croissance est rapide car le lait ne leur suffit plus, de même qu'ils n'ont pas tous besoin de viande au même âge »

« en général, pas dans les cas particuliers de terrain familial allergique ou de problème de flore intestinale etc., si un enfant n'est pas prêt pour une des étapes de la diversification soit il refuse tout net, soit il digère mal et ça se voit tout de suite »

Cette attitude techniciste qui réduit l'alimentation à ses fonctions primaires d'apport des calories nécessaires au maintien de la forme physique ainsi qu'une tendance à penser plus facilement et systématiquement le temps court (d'une digestion difficile) plutôt que le temps long (du développement d'une allergie) révèle une conception particulière du maternage comme mise en œuvre de savoirs techniques.

Le sixième profil d'utilisatrice que l'on identifie regroupe des mères (n=9) qui déclarent des pratiques en matière de diversification alimentaire conformes aux recommandations médicales dominées mais sans les mentionner explicitement et systématiquement. Toutefois, comme pour les mères dont les pratiques déclarées sont conformes aux recommandations médicales dominantes, certaines indications – comme l'âge précis d'initiation de la diversification alimentaire (« 4 mois pile ») – laissent voir que les mères dont les pratiques déclarées sont conformes aux recommandations médicales dominées ne conduisent pas la diversification alimentaire de leur enfant de manière empirique sans recevoir de conseils de puériculture :

« Voila j'ai commencer a diversifier ma fille il y a deux semaines a ses 4mois piles »

« Bonjour moi a 4 mois mon médecin ma dit de donner 30 g de purée d'un seule légumes le midi et 30g de compote a quatre heure et éventuellement rajouter des cereals infantile dans le bib du soir la marque picot en fait beaucoup sa se trouve en pharmacie et chaque semaine tu augmente la dose de purée pour arrivée au bout de 1 mois de diversification

a 120g de purée et 120 g de compote mais a coter de sa diminue la quantité des biberons »

Cette diversification dès 4 mois apparait parfois, comme pour les mères critiques ou distancées des recommandations médicales, être le produit d'une condition médicale particulière de l'enfant :

« ma fille a eu 1an. jai commencé a diversifier a 4 mois car RGO [reflux gastro-œsophagien] très difficile à soigner et régurgitation de tout les biberons à tel point que ma fille boit au verre depuis ses 6 mois!! Elle ne veut plus voir un biberon s'approcher de sa bouche!! »

Mais contrairement aux mères critiques ou distancées, les mères conformes aux recommandations médicales dominées ne forment pas de discours défavorables à un recours aux principes de la puériculture savante pour orienter la conduite de la diversification alimentaire des nourrissons :

« Ma puce a 5 mois et moi j ai commencer a lui donner des petits pots a 4 mois (avec accord de mon médecin) , j ai commencer par les carottes, courgettes, pommes de terre/poireaux ,potiron, epinard (en fait je lui ai fait gouter tous ce qui est adapter a son age,et je viens de commencer artichaut, pour les fruits elle mange egalemeent tous ce qui est adapte pour les bebes de 4/6 mois; pomme, poire, abricot, peche ,et j ai commence les melange car elle n a jamais fait d allergie »

Les discours des mères appartenant au profil 5, qui sur la base de leur maîtrise de la langue semblent relativement éduquées mais surtout apparaissent avoir une bonne maîtrise des outils internet, révèlent qu'une perception particulière de la recherche médicale en tant que processus continu rectiligne d'accumulation de savoirs peut entraîner la sur-sélection des recommandations médicales en matière de diversification alimentaire dominées, au motif de leur nouveauté. Cette perception de la recherche médicale (par extension scientifique) ainsi qu'une attitude techniciste à l'égard des fonctions tant de l'alimentation que des supports de puériculture est compatible avec des dispositions scolaires acquises dans des formations supérieures relativement courtes (de type BTS ou DUT) ou dispensées au sein d'établissements d'enseignements techniques et professionnels (BEP, Baccalauréat professionnel).

Le rapport des mères qui composent le sixième profil parait relever d'un rapport semblable aux recommandations médicales dominées mais est davantage le produit des interactions avec les professionnels de santé (le médecin de l'enfant, notamment) que le produit d'une

recherche intense d'informations en matière de diversification alimentaire sur des supports de puériculture dématérialisés.

Les autres utilisatrices du forum (n=209) ne peuvent pas être classées au moyen de leur conduite de la diversification alimentaire de leur enfant. Dans les messages qu'elles postent, ces mères expriment avant tout des incertitudes relatives aux pratiques à adopter en matière d'alimentation infantile. Elles demandent des conseils mais ne délivrent pas d'informations sur la manière dont elles conduisent la diversification de leur enfant.

De cette première analyse de discours, on peut déduire plusieurs informations sur les ressorts de la réception d'une culture savante. Premièrement, de manière assez attendue le niveau de langue des utilisatrices paraît associé à leur rapport aux recommandations médicales. Les mères qui ont comparativement aux autres un niveau de langue moyen sont promotrices des recommandations médicales dominantes, celles qui ont le niveau de langue le plus faible critiquent les recommandations médicales sur le mode de leur inefficacité (sans que l'on puisse déterminer si elles connaissent vraiment le contenu de ces recommandations), les mères qui ont le niveau de langue le plus élevé sont distancées des recommandations médicales. Le cas des mères critiques des recommandations médicales illustre le poids de la tradition dans le travail de puériculture. En matière de pratiques de puériculture, la tradition repose sur la répétition de gestes « efficaces » (Mauss, 1936) c'est-à-dire ajustés progressivement à des fins et associés à des résultats observables⁵, bien qu'il existe plusieurs manières d'observer, elles-mêmes fonction des dispositions socialement acquises (Bourdieu & Delsaut, 1981). De ce point de vue la tradition correspond à une somme d'expérimentations pratiques collectives renouvelées sur un temps long. Elle tire sa valeur sociale en partie de son efficacité. On comprend alors que les mères critiques des recommandations médicales, qui valorisent leur propre expérience du maternage et se réfèrent parfois à des manières de faire relativement anciennes (pour justifier une diversification alimentaire plus précoce, par exemple), trouvent dans la fréquente absence de manifestations physiques immédiatement visibles le signe que les recommandations médicales ne constituent pas un outil utile au réglage de leurs pratiques de puériculture.

⁵ Sur la nécessité pour les individus traditionalistes de pouvoir observer les effets des techniques du corps, voir Boltanski (1971). Sur les registres de préoccupation des mères en matière d'alimentation infantile selon leurs caractéristiques sociales, voir Gojard (2010).

Le cas des mères distanciées des recommandations médicales corrobore l'hypothèse qu'un accès croissant à l'information et la diversification des sources de connaissances engendre une réflexivité des individus accrue (Giddens, 1991) sur le modèle des individus organisateurs d'information (DiMaggio & Powell, 1991). Toutefois, les mères promotrices des recommandations médicales dominées ne montrent pas explicitement une plus grande réflexivité, alors même qu'elles sont très investies dans la recherche d'information en matière de puériculture. L'accès à diverses sources d'information ne produirait alors une réflexivité plus importante qu'à certaines conditions sociales. On peut penser qu'un plus haut niveau d'instruction, qui confère un certain « esprit d'examen » (Boltanski, 1969) disposerait à mettre à distances les recommandations savantes contradictoires, voire à se montrer moins sensible aux « effets de légitimité ». Les discours de ces différents types d'utilisatrices, de ces mères, invitent à repenser les conditions sociales de la réception des cultures savantes en tenant compte, d'une part, de leur homogénéité (des possibilités pour les individus de se saisir des principes qui les fondent) et, d'autre part, des effets visibles qu'elles produisent. Les pratiques de puériculture, le travail parental de santé, relèvent simultanément des pratiques proprement culturelles, dont l'appréciation relève de préférences symboliques et sensibles, ainsi que des techniques du corps, qui sont appréhendées par les individus selon une perspective instrumentale. Une part des parents fondent alors expressément ces pratiques de puériculture sur les effets observables à court terme qu'elles produisent. Dans un autre contexte, Willis (1978) montre que le sentiment que la pratique vaut mieux que la théorie est très répandu chez les ouvriers. Tandis que dans la culture « petite-bourgeoise », le savoir et les diplômes sont un moyen de « moduler vers le haut la gamme des choix pratiques offerts à un individu ». On retrouve chez les utilisatrices ces rapports différenciés aux savoirs.

3.1.2. Le rapport aux professionnels de santé

Dans les échanges sur le forum, les utilisatrices font fréquemment référence aux professionnels de santé (160 messages), notamment afin de comparer les discours des médecins (ou pédiatres)⁶, qui suivent leurs enfants, aux recommandations médicales

⁶ Les termes « médecin », « pédiatre » et « praticien » renvoient dans ce chapitre aux mêmes professionnels. L'échantillon est trop réduit pour qu'une distinction soit vraiment pertinente. Il convient toutefois de noter que le terme « pédiatre » apparaît plus fréquemment dans les messages postés sur le forum que le terme « médecin » (176 fois contre 45). Ce qui indique les utilisatrices tendent à reconnaître une vraie spécificité au pédiatre.

provenant d'autres supports de puériculture⁷. Il convient alors de se demander, comme le suggèrent Castel & Dalgalarondo (2005) au sujet des recommandations de bonnes pratiques médicales, si l'existence de recommandations médicales en matière de diversification alimentaire, à destination des parents, largement médiatisées modifie les fondements de la légitimité des médecins lorsqu'elles diffèrent des conseils qu'ils dispensent. Dans la mesure où elles constituent des outils élaborés collectivement par des experts, qu'elles retranscrivent d'une certaine manière l'état des connaissances dans le champ médical dans son ensemble, sont-elles perçues comme plus légitimes que les conseils dispensés par les médecins dans le cadre de la relation de soin ?

Parmi les utilisatrices du forum, quatre attitudes à l'égard des professionnels de santé peuvent être recensées. Certains discours remettent explicitement en question la compétence du pédiatre (39 messages). Un deuxième ensemble de discours témoigne d'une mise à distance des conseils du pédiatre (23 messages). Un troisième ensemble de discours indiquent un recours ponctuel aux conseils du pédiatre, souvent sur un sujet très précis (16 messages). Enfin, une majorité de discours témoigne d'une reconnaissance importante de la légitimité des professionnels de santé, et plus spécifiquement du médecin consulté par les utilisatrices qui tiennent ces discours (82 messages). Il convient de relativiser la portée de ce discours. En effet, la référence au pédiatre y est souvent mobilisée pour légitimer ses pratiques ou justifier une pratique qui est dénoncée par d'autres utilisatrices comme inappropriée (44 messages sur 82). Ce rapport instrumental aux conseils du pédiatre dans le cadre des échanges sur le forum ne renseigne pas tout à fait le rapport que les mères entretiennent aux professionnels de santé mais plutôt la fonction de la référence aux professionnels de santé dans un espace où la légitimité des interlocuteurs se reconstruit sans arrêt au fil de leurs discours.

Les discours dans lesquels les conseils reçus directement des professionnels de santé tendent à être mobilisés comme un instrument de légitimation des pratiques en matière d'alimentation infantile que les mères déclarent avoir émanent généralement d'utilisatrices inclassables du point de vue de leur rapport aux recommandations médicales ou favorables

⁷ Dans cette sous-partie les recommandations médicales renvoient aux recommandations étudiées au chapitre précédent et sont distinctes des conseils dispensés par les médecins dans le cadre des consultations. Ces recommandations et ces conseils peuvent converger. Lorsque ce n'est pas le cas, les discours des mères renseignent les effets de ces divergences sur la légitimité des médecins ou la pertinence des recommandations institutionnelles.

aux recommandations dominées. Ces discours sont presque systématiquement opposés à des messages émanant des utilisatrices promotrices des recommandations dominantes :

« C'est avec l'autorisation du pédiatre que je lui donne de la viande. Il a le droit à une petite cuillère à café dans sa purée Et en plus, je fais bien attention à dégraisser parfaitement la viande avant de la cuire ».

« Pour la viande, elle a goûté au poulet pour l'instant [...] Sur les conseils du pédiatre, je précise, hein ».

« Je viens tout juste de commencer la diversification avec mon bebe de 5 mois, apres autorisation du pédiatre ».

L'évocation du recours au pédiatre sert généralement à justifier une pratique sur le mode du cas particulier. Dans ces situations, c'est la compétence du pédiatre à mobiliser une expertise et une expérience particulière pour résoudre un problème spécifique, plus que sa capacité à invoquer correctement les données de la science (de la médecine des preuves), qui fonde sa légitimité (d'autant plus, si ses conseils sont suivis d'une amélioration perceptible de l'état de santé du patient) :

« Je donne du jus de fruit à ma fille de 11 mois depuis ses 8 mois, car elle était constipée ce que le pédiatre m'a conseillé »

« Conseils de ma pédiatre car il ne faisait pas ses nuits et ne buvait pas assez donc là comme le lait a enfin un bon gout il mange mieux et devinez il fait ses nuits enfin depuis ce week-end »

L'invocation des conseils particuliers du pédiatre (ou du médecin) à des fins proprement instrumentales, se rencontre aussi, notamment chez les mères qui se déclarent conformes aux recommandations dominées sans y faire explicitement référence, pour justifier une pratique que les autres utilisatrices perçoivent comme dangereuse pour l'enfant. La caution qu'apporte le pédiatre est alors un moyen de se penser comme une « bonne mère »⁸ :

« oui ben moi le pédiatre ma dit aujourd'hui qu'elle allait tres bien elle perds du poids parce qu'elle regurgite ».

« C'est bizarre mais dans ce cas pourquoi les pédiatres recommandent de donner des céréales si ça sert à rien ?? ».

« Contrairement à toi, ma pédiatre m'a toujours déconseillé d'utilisé de la Blédine ou une autre farine infantile car, selon elle, ça n'apporte rien à l'alimentation si ce n'est des calories. C'est donc assez lourd à digérer ».

⁸ Sur la nécessité de se penser comme une « bonne mère », voir Gojard (2010).

La remise en question des compétences des pédiatres, dans le cadre des échanges d'information en matière de puériculture sur un forum en ligne, peut prendre une résonance politique. Les conseils du pédiatre, quand ils surprennent, c'est-à-dire quand ils sont contraires aux recommandations médicales, peuvent être perçus comme le produit d'intérêts matériels des praticiens en liens avec les intérêts de l'industrie alimentaire (Nestlé, 2001 ; 2013) :

« Parce que nombre de médecins sont sponsorisés par les marques comme Blédina and co, tout simplement »

Plus généralement la remise en question de la compétence des praticiens s'appuie sur la perception de leur incapacité, supposée ou observée, à maîtriser l'ensemble des savoirs scientifiques et leurs évolutions. Ce type de questionnements de la légitimité de certains praticiens émanent des mères promotrices des recommandations médicales dominantes, qui sont très investies dans la recherche d'information en matière de puériculture et ont une certaine expérience du maternage (voir *supra*) :

« La [pomme de terre] aussi c'est vrai que les pédiatres l'introduisent quasi direct dans la diversification je me demande s'il sont au courant pour l'amidon ».

« Je comprends bien que c'est avec l'accord de ton pédiatre, je tenais juste à mettre en avant le fait que la viande est inutile à cet âge ; dégraissée ou pas, de très bonne qualité ou pas, elle surcharge inutilement les reins de BB qui sont encore bien immatures à cet âge ».

« Nous on a commencé quand [notre fils] avait 5mois et des bananes sur avis du pédiatre et franchement, on aurait du attendre ».

Lorsque la légitimité des praticiens est remise en question, elle l'est généralement au titre de leur compétence individuelle mais la capacité de la profession à harmoniser ses pratiques peut être également objet de critiques :

« Comme quoi, 2 pédiatres, 2 méthodes différentes. Y a vraiment de quoi se perdre dans tout ça »

« Tu attends qq années, tu retournes voir ces 2 pédiatres et tu auras 4 méthodes. Entre mon grand [premier enfant] et mon deuz [deuxième enfant], juste 3 ans et un discours totalement différent pour la diversification. Au final j'ai fait à ma sauce [façon] »

« ce qui est dingue, c'est que les pédiatres en France n'aient pas accordé leur violons ».

Le fondement de la compétence des praticiens apparait à certaines mères comme possiblement, ou partiellement, similaire à leur expérience profane. Le médecin est alors

perçu comme disposant d'un savoir-faire particulier que son expérience de professionnelle redouble :

« Oui, chaque pédiatre à sa façon de voir (et qui plus est si c'est une pédiatre qui est maman, elle donnera des conseils en fonction de ce qu'elle fait chez elle peut-être) »

« Ça confirme que chaque pédiatre ne voit pas les choses de la même façon. [C'est] pour ça que je change pas de pédiatre, j'aurais trop peur de m'embrouiller avec l'alimentation, c'est déjà pas facile ».

Pour les mères très promotrices des recommandations médicales dominantes en matière de diversification alimentaire, l'origine des contradictions éventuelles entre les recommandations médicales dominantes et les conseils des médecins tient à un défaut d'actualisation de leurs connaissances :

« Pour les pédiatres, il y a 2 écoles, ceux qui se mettent à jours, et les autres, c'est comme pour les vaccins ou je ne sais pas trop quoi [...] malheureusement il y a les pédiatres qui se forment en nutrition, qui suivent les études et les autres ».

« Je rappelle de nouveau qu'un pédiatre est là pour soigner les maladies ; la nutrition infantile n'est absolument pas son domaine »

Des messages témoignent d'une remise en question violente de la compétence de certains praticiens :

« Je me permets, je pense que ta pédiatre est une imbécile, il n'y a pas un bébé identique à un autre, certains préfèrent + de purées légumes /compotes de fruits et moins de lait et pour d'autres c'est le contraire ».

« La pédiatre m'avait donné la méthode pour commencer à 6mois alors là, à 8 mois, je crois qu'elle est pas très calée, m'enfin j'ai pas envie de lui poser la question, je préfère avoir les avis du "terrain" à ce sujet ».

La critique de la compétence des praticiens prend parfois la forme d'une mise à distance ou d'une ré-interrogation de leurs conseils en les soumettant aux avis des autres utilisatrices du forum. Ce type de message est généralement le fait d'utilisatrices qui se déclarent conformes aux recommandations dominantes :

« Je propose purées ou compotes avant le biberon (le pédiatre conseillait l'inverse, mais je l'ai "senté" plutôt comme ça) »

« Ma fille a 3 mois et d'après mon pédiatre elle est en sur-poids. Il décide donc [de commencer progressivement la diversification] d'ici 15 jours. Je trouve cela HYPER tôt mais il insiste ??? ».

« Certains pédiatres disent que la courgette il ne faut pas en donner, ni l'artichaut car ce sont des aliments qui favorise les gaz et donc les colites...Pour ma part mon fils adorait l'artichaut et bien je lui en ai donné et il n'avait pas de colites ».

« J'ai pas envie de lui poser la question, je préfère avoir les avis du "terrain" à ce sujet »

« À force de normaliser on n'écoute plus les besoins de bébé sous prétexte que ... le pédiatre a dit ».

Enfin, certains messages indiquent que les mères qui ont une certaine expérience du maternage (les multipares) font un recours ponctuel au praticien, notamment pour lever une incertitude, mais elles ne fondent pas prioritairement leurs pratiques sur les conseils du médecin. Leur expérience du maternage constituerait alors un levier pour modifier la division du travail de puériculture entre elles et les professionnels de santé (Gojard, 2010) :

« Je vais voir mon pédiatre demain je lui demanderais pour introduire les compotes et purées »

« Faut voir avec ton pédiatre ou médecin »

« Ton/ta pédiatre /médecin devrait pouvoir te donner cette liste non »

« J'ai toujours commencer par le jambon blanc... le poisson j'ai attendu que mes enfants aient 1 an (allergies)... demande quand mm à ton pédiatre avant »

« Pour la viande, tu peux largement attendre les 7 mois de ton loustic ;) demande conseil à ton pédiatre mais tu pourras commencer par le jambon blanc »

La mise en question de la légitimité des praticiens sur le forum apparait liée à leur compétence perçue. Au niveau individuel, à leur incapacité à maîtriser l'ensemble des savoirs médicaux (produits dans le champ de la recherche), à actualiser leurs connaissances, ou, plus rarement, à une collusion supposée de leurs intérêts matériels avec ceux de l'industrie alimentaire, donc à un manque de neutralité. Au niveau de la profession médicale, l'incapacité perçue de l'ensemble des praticiens à accorder leurs pratiques et à harmoniser leurs conseils constitue la source de leur perte de légitimité face à des recommandations médicales institutionnelles perçues comme très homogènes et bien plus proches de l'état actuel des savoirs dans le champ scientifique. Les formes de cette remise en cause de la légitimité des praticiens dans le cadre des échanges sur le forum se distribue alors selon le rapport des utilisatrices aux recommandations médicales. Dans l'ensemble, la remise en question de la légitimité des praticiens est le fait des utilisatrices promotrices des recommandations dominantes (sur le mode de la critique de leur compétence, de leur capacité à maîtriser l'ensemble des savoirs scientifiques) puis des utilisatrices qui se déclarent conformes aux

recommandations dominantes (plutôt sur le mode de la mise à distance des conseils du pédiatre et de leur réexamen dans le cadre des échanges sur le forum) et enfin, plus rarement, des utilisatrices critiques des recommandations médicales (sur le mode d'un manque d'harmonisation des pratiques qui reflètent aussi l'instabilité des recommandations médicales).

Les rapports aux praticiens exprimés dans le cadre des échanges d'information en matière de diversification alimentaire sur le forum indiquent que pour certaines utilisatrices, pour certaines mères, les médecins particuliers remplissent dans le champ médical une fonction analogue à celle des prêtres dans le champ religieux (Bourdieu, 1971b). Lorsque le champ perd en cohérence, que ses produits – par exemple, les recommandations médicales – tendent à ne plus être harmonisés, les destinataires de son action – les patients, les mères de nourrissons – qui reconnaissent le plus la légitimité du champ tendent à ne plus reconnaître celle des médecins, considérés individuellement. Pour certaines catégories de mères, investies dans la recherche d'information en matière de diversification alimentaire, l'existence des recommandations médicales modifient assez visiblement les fondements de la légitimité des praticiens.

Par ailleurs, l'expression de ces rapports aux praticiens, tout comme l'expression du rapport aux recommandations médicales, renseigne la fonction sociale du forum. Pour les utilisatrices qui se déclarent conformes aux recommandations médicales dominantes ainsi que pour les utilisatrices critiques des recommandations médicales, l'espace d'échanges d'information en matière de puériculture que constitue le forum étudié paraît fonctionner comme un espace de réappropriation des recommandations ou de leur contestation. Se pose alors la question des effets des sociabilités de réception – qui constituent une des instances par lesquelles les pratiques culturelles se constituent (Lizé & Roueff, 2010) – sur l'adhésion à certaines pratiques de puériculture. On peut se demander si le forum ne tend pas à fonctionner comme un espace de référence pour les mères critiques des recommandations médicales sur le modèle des « ateliers » au sein desquels la culture scolaire était contestée (Willis, 1978). Afin de tester la vraisemblance de cette hypothèse, il convient d'interroger la distribution de l'activité sur le forum entre les différentes utilisatrices ainsi que la dynamique des discussions, notamment on peut se demander si les utilisatrices qui se déclarent peu conformes aux recommandations médicales dominantes tendent à participer préférentiellement à des discussions auxquelles participent majoritairement des utilisatrices

entretenant le même rapport aux savoirs médicaux en matière de petite enfance et à leurs dépositaires.

3.2. La distribution de la parole

L'activité différenciée des utilisateurs constitue un facteur déterminant du fonctionnement d'un forum en ligne (Akrich & Méadel, 2009). On sait que cette activité est la plupart du temps inégalement distribuée. Une majorité active poste souvent l'essentiel des messages, au point que les utilisateurs très actifs qui la compose sont décrits parfois comme les « animateurs » du forum (Mancocchia, 1999 ; 2001). Les utilisatrices qui ont pu être classées sur la base de leurs attitudes vis-à-vis des recommandations médicales et de leurs pratiques en matière de conduite de la diversification alimentaire de leur enfant ne représentent qu'une fraction minoritaire de l'ensemble des participantes aux échanges sur la période considérée mais quelle part des messages postés représentent-elles ? Quel est le poids respectif de leurs différents discours ? Analyser ce forum comme un espace d'intermédiation entre les parents et les catégories des différentes formes de puériculture (savante et profane) demande de mesurer l'activité des utilisatrices selon leur profil, d'en appréhender l'effet sur la structure des échanges d'informations et de conseils en matière de diversification alimentaire et les conditions de circulation des recommandations médicales. Afin d'objectiver la structure des interactions entre les utilisatrices du forum sur la période étudiée, on croise les propriétés structurelles de chaque utilisatrice (les caractéristiques de sa position dans l'organisation des échanges) et son profil.

3.2.1. L'activité des utilisatrices

Dans le but de mesurer la manière dont se distribue l'activité des utilisatrices sur le forum, on rapporte le nombre de messages postés dans le cadre des échanges d'informations et de conseils en matière de diversification alimentaire aux profils des utilisatrices (tableau 3.2.1). Comme attendu, les mères les plus inclassables sur la base de leurs pratiques en matière de diversification alimentaire ont posté plus de la moitié des messages sur la période considérée (525 sur 1010). Ce qui ne représente toutefois que 2,6 messages en moyenne pour chacune d'elle. Un quart de ces mères (52 utilisatrices) n'a posté qu'un seul message et les trois quarts n'ont posté que 3 messages au plus (160 utilisatrices). On peut dire que ces utilisatrices ont une activité relativement faible qui est à rapprocher de celle des mères conformes aux

recommandations médicales dominantes. En effet, les mères qui présentent ce profil ont posté en moyenne 2,3 messages, un quart d'entre elles n'a posté qu'un seul message et les trois quarts en ont posté 3 ou moins.

En second lieu, on constate que les utilisatrices promotrices des recommandations dominantes en matière de diversification alimentaire représentent 27% des messages postés sur le forum, dans le cadre des échanges d'information et de conseils en matière de diversification alimentaire, au cours de la période étudiée, ce qui en fait les utilisatrices les plus actives. Cette activité n'est pas distribuée équitablement. Un quart d'entre elles (soit 4 utilisatrices) n'a posté que 3,5 messages au plus mais un quart (4 utilisatrices) en a posté plus de 19. Elles ont, tout de même, quasiment toutes une activité sur le forum plus importante que la moyenne des utilisatrices, signe d'un fort investissement dans les échanges d'informations et de conseils en matière de diversification alimentaire au travers de ce médium.

Les mères promotrices des recommandations médicales dominées ainsi que les mères distancées des recommandations médicales en générale ont une activité très similaire, un peu plus élevée que la moyenne des utilisatrices. Elles représentent respectivement 2,4% et 3,4% des messages postés sur la période, ce qui est assez faible. Elles ont posté en moyenne un peu moins de 5 messages chacune au cours de la période étudiée et seul un quart d'entre elles a posté plus de 6 messages. Leur niveau d'activité apparaît ainsi assez variable, ce qui indique des rapports différents à l'outil et un investissement variable dans les échanges d'information et de conseils en matière de diversification alimentaire dont on peut alors penser qu'il ne remplit pas pour chacune d'elle la même fonction et par extension que les mères qui appartiennent à ces profils n'ont pas tout à fait les mêmes caractéristiques sociales (nous développeront ce point dans la troisième sous-partie de ce chapitre).

Les mères qui se montrent critiques des recommandations médicales en matière de diversification alimentaire ont une activité davantage homogène et très légèrement supérieure à la moyenne des participantes aux discussions sur la période étudiée. Elles représentent un peu plus de 6% des messages postés dans le cadre des échanges concernant la diversification alimentaire. L'activité des mères qui déclarent des pratiques conformes aux recommandations médicales dominées est également un peu plus élevée que l'activité moyenne enregistrée : 5,4% du total des messages postés sur la période étudiée et 6 messages par utilisatrice en moyenne. Pour ces utilisatrices dont les pratiques sont éloignées des recommandations

médicales dominantes en matière de diversification alimentaire, le forum pourrait constituer un espace de légitimation de leurs pratiques.

Une part importante des utilisatrices du forum fait une utilisation ponctuelle et non-renouvelée de l'outil. Ce qui ne signifie pas que leur activité de recherche d'informations et de conseils en matière de diversification alimentaire se limite aux échanges qu'elles ont sur le forum mais que le contenu des échanges sur le forum est principalement le fait des utilisatrices dont a pu établir le rapport aux pratiques de diversification alimentaire et aux recommandations médicales.

Tableau 3.2.1 Distribution du nombre de messages postés par les utilisatrices du forum selon leur rapport aux recommandations médicales en matière de diversification alimentaire

	Nombre de message(s) posté(s)			
	Moyenne	Q1	Q3	Total
Promotrices recommandations dominantes	18,0	3,5	19,0	270
Critiques	4,8	2,0	4,0	62
Distanciées	4,9	1,5	6,5	34
Promotrices recommandations récentes	4,8	1,0	6,0	24
Favorables recommandations dominantes	2,3	1,0	3,0	41
Favorables recommandations récentes	6,0	1,0	8,0	54
NC	2,6	1,0	3,0	525
Ensemble des utilisatrices	3,8	1,0	4,0	1010

Champ : Ensemble des messages postés sur le forum en 2011 autour du thème de la diversification alimentaire (n=1010).

On peut déduire de la distribution de l'activité sur la période étudiée que le rapport aux recommandations médicales en matière de diversification alimentaire et à la puériculture médicalisée en générale est associé à l'investissement dans les échanges sur le forum. Du point de vue de la circulation des recommandations en matière de diversification alimentaire, il apparait que dans cet espace le poids des recommandations médicales dominantes est bien plus important que celui des recommandations médicales dominées ou que celui des attitudes distanciées ou critiques des recommandations. Ce qui confirme que cet espace ne constitue pas un « marché franc » des principes de la puériculture savante.

Toutefois, la distribution des différentes attitudes à l'égard des recommandations médicales en matière de diversification alimentaire ne permet de saisir que très imparfaitement les conditions de la circulation de ces recommandations, notamment elle ne renseigne pas les liens préférentiels que les utilisatrices établissent les unes avec les autres ni le nombre d'interlocutrices qu'elles ont eu sur la période. On peut se demander si la participation d'une utilisatrice à une discussion est fonction de l'identité des utilisatrices qui y sont déjà engagées. On peut interroger la possibilité qu'une forme d'entre-soi culturel se reconstitue dans cette espace, ce qui limiterait la possibilité que des discours divergents se confrontent. En traçant le graphe des échanges (où deux utilisatrices sont connectées dès qu'elles partagent une discussion), on explicite alors la structure des interactions au sein du forum sur la période étudiée ainsi que la position de chaque utilisatrice dans l'organisation des échanges.

3.2.2. Les positions des utilisatrices dans la structure des échanges

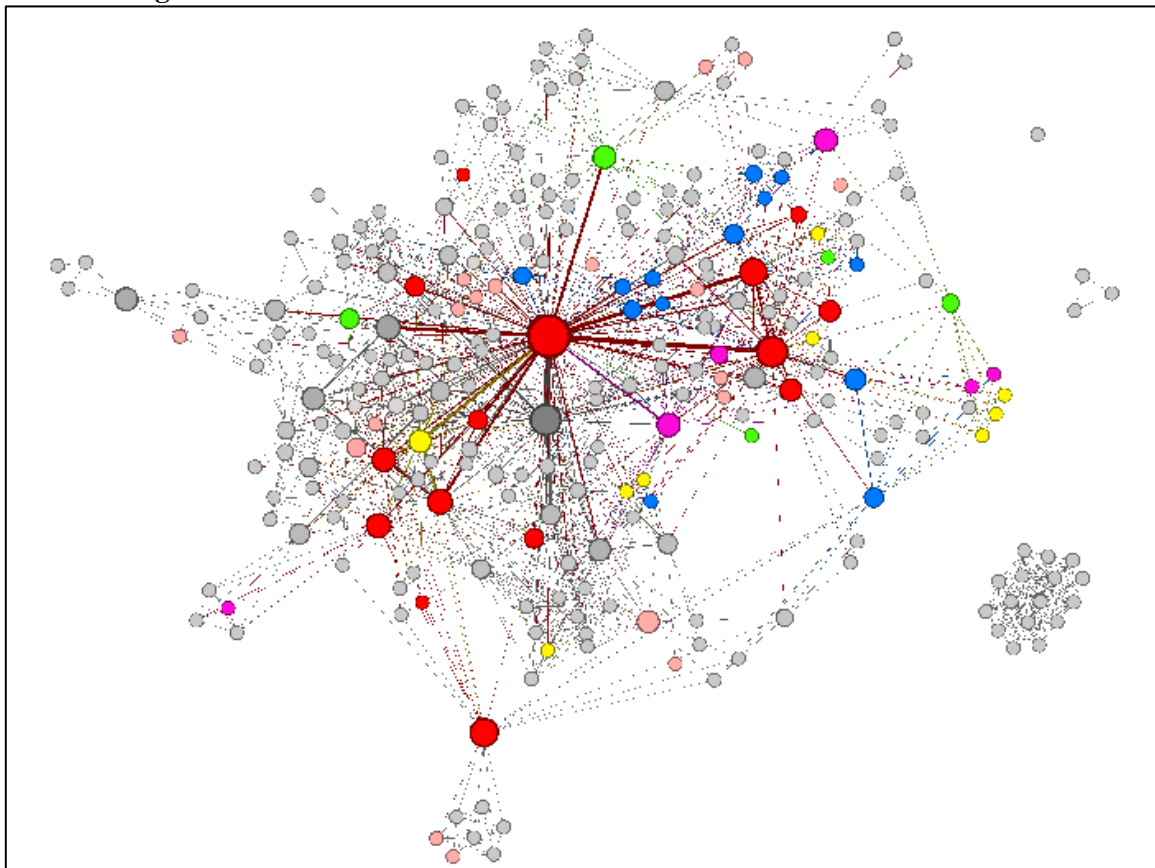
Le graphe des utilisatrices (figure 3.2.1) donne une représentation schématique de la structure des interactions sur la période étudiée. Il est notable que le graphe est connexe à plus de 92%, c'est-à-dire que 92% des utilisatrices sont connectées les unes aux autres. Chacune n'est pas connectée à toutes les autres mais la plupart ont au moins une interlocutrice commune. Le graphe laisse voir que les échanges s'organisent autour de quelques utilisatrices très centrales qui sont majoritairement promotrices des recommandations médicales dominantes en matière de diversification alimentaire. On peut observer que certains sous-ensembles d'utilisatrices ne sont connectés au reste du graphe qu'au travers des échanges qu'elles ont avec une utilisatrice promotrice des recommandations médicales dominantes (voir région sud-ouest du graphe, par exemple).

Afin de synthétiser les caractéristiques structurelles des utilisatrices, on étudie la distribution, selon le profil des utilisatrices, de deux indicateurs : leur degré (le nombre d'autres utilisatrices auxquelles elles sont connectées) et leur centralité d'intermédiarité (le nombre de plus courts chemins qui passent par le nœud considéré)⁹ (tableau 3.2.2).

⁹ Le plus court chemin entre deux nœuds est le nombre minimum de lien(s) (ou arrête(s)) qu'il faut emprunter pour aller d'un nœud à l'autre.

Les mères promotrices des recommandations médicales dominantes ont le degré moyen le plus élevé, elles ont eu en moyenne 35,5 interlocutrices sur la période étudiée. La distribution du degré de ces utilisatrices n'est toutefois, comme leur activité, pas uniforme ; seules quelques-unes ont un degré particulièrement élevé. L'utilisatrice la plus centrale du réseau a participé, sur la période, à des discussions dans lesquelles étaient impliquées 170 autres utilisatrices. Les utilisatrices promotrices des recommandations médicales sont sur-représentées parmi les utilisatrices ayant eu le plus d'interlocutrices dans le cadre des échanges d'informations et de conseils en matière de diversification alimentaire sur la période étudiée. Les discours dominants en matière de diversification alimentaire sont donc largement diffusés sur le forum.

Figure 3.2.1 La structure des interactions entre les utilisatrices du forum



Note : la taille des nœuds est fonction de la centralité d'intermédiation des utilisatrices correspondantes (donc du nombre d'interlocutrices différentes qu'elles ont eu sur la période), les liens sont pondérés,

Champs : utilisatrices du forum *Magimaman.com* ayant participé à au moins une discussion concernant la diversification alimentaire en 2011 (n=95).

Lecture : En rouge, les utilisatrices promotrices des recommandations dominantes. En vert, les utilisatrices promotrices des recommandations dominées. En bleu, les utilisatrices critiques des recommandations médicales. En fuchsia, les utilisatrices distanciées des recommandations médicales. En rose, les utilisatrices qui se déclarent conformes aux recommandations dominantes. En jaune, les utilisatrices qui se déclarent conformes aux recommandations dominées. En gris, les utilisatrices inclassables,

Les mères promotrices des recommandations médicales dominantes ont également une centralité d'intermédiation très élevée (un indice de 1850 en moyenne contre 162,8 pour l'ensemble du réseau). Ainsi, non-seulement ces mères communiquent avec beaucoup d'autres utilisatrices, dans le cadre des échanges d'informations et de conseils en matière de diversification alimentaire sur le forum, mais surtout elles échangent avec des utilisatrices qui n'échangent pas entre elles, qui ne prennent pas part aux mêmes discussions par ailleurs. Du point de vue de la circulation des conseils et des informations en matière de diversification alimentaire, cela indique que les recommandations médicales dominantes sont diffusées indifféremment à un nombre important d'utilisatrices du forum.

Les utilisatrices distancées des recommandations médicales en matière de diversification alimentaire et les mères promotrices des recommandations dominées, qui ont une activité sur le forum semblable, ont des degrés moyens identiques (15,4 interlocutrices en moyenne sur la période). De plus, la distribution du degré des mères distancées des recommandations médicales en matière de diversification alimentaire est sensiblement la même que celle des mères promotrices des recommandations dominées : quelques-unes d'entre elles n'ont échangé, dans le cadre des discussions portant sur la diversification alimentaire, qu'avec un petit nombre d'interlocutrices (entre 3 et 8) tandis qu'une petite fraction de ces mères a été impliquée dans des discussions auxquelles ont pris part plusieurs dizaines d'autres utilisatrices. Ces utilisatrices ont également une centralité d'intermédiation relativement élevée. Dans une mesure moindre que les mères promotrices des recommandations dominantes, les mères distancées des recommandations médicales et les mères promotrices des recommandations dominées communiquent avec des utilisatrices qui ne participent pas aux mêmes discussions par ailleurs. De ce point de vue, ces mères ont une activité de même intensité et de même structure qui pourrait correspondre à une forme atténuée du type d'activité des mères promotrices des recommandations médicales dominantes.

En termes de circulation des conseils et informations en matière de diversification alimentaire, on peut affirmer que les recommandations médicales dominées sont dans cet espace diffusées à un nombre plus restreint de destinataires que les recommandations dominantes. De la même manière, la part des discours qui tendent à relativiser la portée des recommandations médicales est plus faible dans le cadre des échanges qui ont lieu sur le forum que la part des discours qui promeuvent les recommandations dominantes.

Les utilisatrices critiques des recommandations médicales ont un degré moyen légèrement plus petit que les utilisatrices distanciées ou promotrices des recommandations dominées mais elles ont une centralité d'intermédiarité bien plus faible. Ceci indique que les utilisatrices qui partagent des discussions avec les utilisatrices critiques des recommandations médicales en matière de diversification alimentaire ont tendance à prendre part par ailleurs aux mêmes discussions. S'agissant de la circulation des informations et conseils en matière de diversification alimentaire, cela signifie que les discours critiques des recommandations médicales se développent davantage dans des sous-espaces du graphe. Les utilisatrices critiques des recommandations médicales entretiennent dans le cadre des échanges sur le forum une relation plus communautaire que les autres utilisatrices.

Tableau 3.2.2 Degré et centralité d'intermédiarité moyens [minimaux et maximaux] des utilisatrices selon leur rapport aux recommandations médicales

Profil	Degré	Intermédiarité
Pro rec dominantes	35,5 [3;170]	1850,2 [0;16872,1]
Pro rec dominées	15,4 [3;34]	225,1 [0;739,4]
Critiques	14,2 [8;27]	97,6 [0;464,7]
Distanciées	15,4 [5;42]	244,8 [0;776,6]
Fav rec dominantes	7,2 [1;23]	47,1 [0;606,8]
Fav rec dominées	13,7 [9;36]	74,5 [0;670,7]

Lecture : les utilisatrices promotrices des recommandations dominantes sont liées, ont échangé, avec 35,5 autres utilisatrices en moyenne, l'utilisatrice promotrice des recommandations dominantes qui a le plus haut degré a échangé avec 170 autres utilisatrices,

Champ : utilisatrices du forum Magicmaman.com ayant participé à au moins une discussion concernant la diversification alimentaire en 2011 (n=95).

L'étude de la structure et de l'intensité de l'activité des utilisatrices révèle l'inégale distribution des différents types de discours sur le forum. Les échanges d'informations et de conseils en matière de diversification alimentaire restent structurés par les recommandations médicales. Les discours critiques des recommandations médicales sont relativement minoritaires et sont énoncés dans des discussions qui n'impliquent qu'une faible proportion des utilisatrices du forum. La structure et l'intensité de l'activité des différents types d'utilisatrices du forum est à mettre en rapport avec la forme des échanges qui ont lieu dans cet espace. On peut faire l'hypothèse que l'activité des mères est le produit des fonctions

sociales différenciées qu'elles assument dans le cadre des échanges d'informations et de conseils en matière de puériculture sur le forum.

3.3. La dynamique des discussions

La première sous-partie de ce chapitre analyse le contenu des discours énoncés dans le cadre des échanges d'informations et de conseils en matière de diversification alimentaire comme détachés de leur contexte d'actualisation, c'est-à-dire comme des énoncés indépendants de tout autre énoncé. Or ces messages s'inscrivent dans des discussions qui déterminent leur forme et leur contenu. Certains auteurs vont jusqu'à affirmer que « les actes de discours n'ont pas de réalité en soi, indépendamment du procès dialogique dans lequel ils acquièrent sens » (Vernant, 2005). Dans cette perspective, parler (ou écrire à l'adresse d'une ou plusieurs personnes déterminées ou non) revient toujours à « interagir » (Fauré & Gramaccia, 2006). Comme l'a montré Pierre Bourdieu (1982), être en mesure de parler, d'exprimer une opinion, suppose qu'un certain nombre de conditions sociales soient réunies. Les rapports de communication étant des rapports de force symboliques, la forme des échanges (la distribution de la parole, les censures, le ton de la discussion), et à la limite leur possibilité (qui parle à qui), est fonction du rapport entre les caractéristiques sociales du locuteur et celles du destinataire. C'est ce rapport qui explique classiquement le fonctionnement des débats. Notamment, le temps de parole que tend à s'accorder (ou qui tend à être accordé par ses interlocuteurs) à chaque locuteur est fonction de son « autorité » sociale. Analyser d'un point de vue sociologique la dynamique des échanges d'informations et de conseils en matière de diversification alimentaire sur ce forum revient alors à caractériser leur forme et à expliciter leurs fonctions sociales différenciées.

3.3.1. La demande d'information en matière de diversification alimentaire

La première condition de développement d'une discussion sur le forum est une intervention initiative, souvent sous la forme d'une question, classée dans une thématique. Poser une question dans cet espace revient à admettre, consciemment ou non, que le forum peut constituer un support de puériculture potentiel et à déléguer, au collectif des utilisatrices, la détermination de la validité (ou de la valeur) de pratiques de puériculture particulières. Donc implicitement de reconnaître la légitimité de l'expérience d'au moins une partie des mères qui participent aux échanges. Il convient d'interroger le profil des utilisatrices qui sont

le plus régulièrement à l'initiative des discussions ayant pour thème la diversification alimentaire. Pour ce faire, on met en rapport le nombre de messages postés au total et le nombre d'interventions initiatives selon le profil des utilisatrices (tableau 3.3.1). Il apparaît que les mères dont on n'a pas pu classer le rapport qu'elles entretiennent aux recommandations médicales en matière de diversification alimentaire ou selon leur pratique de la diversification sont significativement plus fréquemment à l'origine des discussions. À l'inverse, les mères promotrices des recommandations médicales dominantes le sont significativement moins que toutes les autres utilisatrices.

Pour les mères inclassables sur la base de leur rapport aux recommandations médicales, les échanges d'informations et de conseils en matière de diversification alimentaire sur le forum constituent un support de puériculture. Elles ne participent pas aux échanges pour partager leur expérience du maternage mais pour ajuster leurs pratiques de puériculture :

« Aidez-moi svp, je panique un peu!! De plus elle a eu de sévère colique Alors je flippe vraiment à l'idée qu'elle ressouffre!! »

Par contraste, les discours des mères promotrices des recommandations médicales dominantes ne prennent jamais la forme de questions (si ce n'est de questions rhétoriques). Dans les échanges, elles sont dans la position de celles qui apportent des réponses, une expérience, des conseils.

Tableau 3.3.1 Probabilité d'avoir initié une discussion selon le profil de l'utilisatrice

	Pro rec. dominantes	Autres profils	N.C.	Total	Test
1ers posts	2%	18%	80%	95	0,001
Réponses	29%	22%	49%	915	
Messages	27%	21%	52%	1010	

Note : mesure d'association statistique avec un test du Khi-2,

Champ : messages autour de la diversification alimentaire (n=1010),

Lecture : les utilisatrices promotrices des recommandations dominantes ont posté 2% des messages initiatiques alors qu'elles ont posté 27% de l'ensemble des messages sur la période.

3.3.1.1. Des entrepreneurs de morale

Un deuxième facteur déterminant pour la structuration du forum, c'est à dire les conditions de formations des échanges, est celui du premier répondant : l'utilisatrice qui poste le deuxième message d'une discussion, qui est donc la première à réagir. Cette promptitude peut s'interpréter comme l'autorité sociale dont pensent disposer les utilisatrices qui participent aux échanges sur le forum.

On analyse la distribution selon le profil d'utilisatrice des premières réponses comparativement à la distribution de l'ensemble des messages postés sur la période. Un test d'indépendance (χ^2) montre que la probabilité d'être la première répondante est très corrélée au fait d'être promotrice des recommandations médicales dominantes (tableau 3.3.2) : premières répondantes près de la moitié du temps alors qu'elles n'ont pas posté le quart des messages sur la période étudiée. Ce qui indique, d'une part, que le rapport à une culture perçue comme légitime (dont on pense qu'elle est également reconnue comme telle par les interlocuteurs potentiels) est déterminant dans la probabilité d'être premier répondant. C'est-à-dire que le sentiment de légitimité est une forme de domination symbolique (Bourdieu, 1977). D'autre part, que le degré et la centralité d'intermédiation de ces utilisatrices est lié à leur promptitude, autorisée par l'impossibilité de se voir opposer l'irrecevabilité des recommandations qu'elles promeuvent.

La légitimité des recommandations qu'elles promeuvent leur confère le moyen de « parler avec autorité », c'est-à-dire, dans le cadre des échanges d'informations et de conseils en matière de diversification alimentaire sur un forum de discussion, de participer dès leur initiation à un grand nombre de conversations en adoptant un langage et une posture d'amateur expérimentée qui imite le discours expert.

Du point de vue de la forme de leurs interactions avec les autres utilisatrices du forum, elles présentent les caractéristiques « d'entrepreneurs de morale » (Becker, 1985), au sens où elles tentent d'imposer les catégories de la puériculture savante dominante aux autres mères. Cette entreprise connaît généralement deux issues sur le forum ; les mères disposées à s'approprier les principes de la puériculture dominante en matière de diversification alimentaire valorisent le discours des mères promotrices des recommandations médicales

dominantes ainsi que leur expérience, alors que les mères qui ne sont pas disposées à s'appropriier les recommandations dominantes en contestent la validité.

Dans le cas où leur discours rencontre des résistances, les mères promotrices des recommandations médicales dominantes en matière de diversification alimentaire développent des stratégies rhétoriques qui stigmatisent les déclarations et les pratiques non-conformes aux recommandations dominantes. Elles recourent massivement à la citation des propos des autres mères jugés problématiques :

« [Citation:] "j'ai dis de prendre des idees je n'ai pas dis de tout donné ma fille mange de tout y compri la fraise et elle va tres bien dc tout se qui se dit il faut faire le tri"

« Une allergie peut se déclarer sur le tard : j'ai une amie qui est allergique à la fraise depuis ses 20 ans seulement, sa mère lui en avait donné pour la première fois à 6 mois... Bref ce n'est pas parce qu'elle va bien qu'elle ne sera pas allergique ; je ne te le souhaite bien sûr pas et encore moins à ta fille, mais dire qu'elle va bien n'est pas un gage comme quoi la fraise n'est pas allergisante ;) »

« [Citation:] sa me fait rire ceux qui dise quil faut pas introduire la nourriture avant 6 mois il y a 20 ans on commençais a 3 mois et on et pas touse allergique [...]

« Ce sont des personnes comme toi qui me font rire mais rire jaune par contre [...] Maintenant, tu veux faire prendre des risques pour ta fille, libre à toi mais ne va pas avancer que cela n'est pas dangereux de diversifier aussi tôt car c'est faux et en plus cela n'a aucun intérêt à part peut-être celui de te faire plaisir à toi. »

Il arrive que la diffusion des recommandations médicales qu'elles opèrent soit en apparence très bien reçue. Dans ce cas, les mères promotrices des recommandations médicales dominantes trouvent dans les échanges de conseils et d'informations en matière de diversification alimentaire sur le forum une forme de valorisation de leur travail de maternage, presque un statut de mère experte dont les conseils sont appréciés et reconnus comme support potentiel de puériculture par d'autres mères parfois au détriment de certaines formes d'expertise médicale. La fonction sociale des échanges sur le forum est alors pour ces mères de les légitimer à être telles qu'elles sont dans leur principale fonction sociale, celle de mère :

« merci pour toutes ces précisions t'es bien plus calée que les pédiatres, c'est fou »

« bon ben si j'ai d'autres questions, je ferais appel a toi!!! merci encore »

« oui bien calée dis donc!!! j'en savais pas la moitié ! merci ! »

« Juju c'est ma bible ! si je veux savoir un truc sur la diététique je lui envoie un message »

Tableau 3.3.2 Probabilité d'être la première répondante selon le rapport aux recommandations médicales en matière de diversification alimentaire

Première réponse	Autres profils	Pro rec. dominantes	n	Test
non	75 %	24,9 %	918	0,001
oui	55,4 %	44,6 %	92 ¹⁰	
Total	73%	27 %	1010	

Note : mesure d'association statistique avec un test du Khi-2,

Champ : messages autour de la diversification alimentaire (n=1010),

Lecture : les utilisatrices promotrices des recommandations dominantes ont posté 44,6% des premières réponses aux messages initiatiques alors qu'elles ont posté 27% de l'ensemble des messages sur la période.

3.3.1.2. Des informatrices éclairées

Trois types d'utilisatrices assument de façons différentes, dans le cadre des échanges d'informations et de conseils en matière de diversification alimentaire sur le forum, des fonctions d'informatrices éclairées, c'est-à-dire qu'elles partagent avec les autres mères des savoirs et des savoir-faire en matière de puériculture qui leur semblent dépasser les recommandations médicales dominantes. D'abord, les mères promotrices des recommandations médicales dominées utilisent très largement le « discours rapporté »¹¹ pour légitimer leurs pratiques et/ou montrer que leurs attitudes sont fondées scientifiquement :

« Juste pour info:

"Relation entre la date de la diversification et les maladies atopiques

Les recommandations actuelles ont repoussé le début de la diversification vers l'âge de 6 mois afin de diminuer le risque des maladies atopiques. Mais cela est-il justifié?

Une étude épidémiologique récente publiée en janvier 2008 dans Pediatrics remet en cause nos croyances. Cette étude de cohorte, prospective, multicentrique a été réalisée

¹⁰ Il y a bien dans le corpus 95 discussions mais 3 ne comportent qu'un seul message, le message initial.

¹¹ Pour une définition exhaustive des différentes formes de discours rapporté voir Von Munchow (2006).

en Allemagne, entre 1997 et 2005 par l'équipe de J. Heinrich de Munich avec le groupe USA. Ils ont étudié 3097 enfants pendant 6 ans dont 2 073 enfants ayant des données complètes sur la diversification et les manifestations d'atopie.

[...] Ils ne retrouvent pas de différence significative sur la survenue d'un asthme, d'une rhinite allergique ou d'une allergie alimentaire à 6 ans selon l'âge de la diversification. Il semblerait même que la diversification tardive augmenterait le risque de sensibilisation alimentaire à 6 ans. Chez les enfants sans tests cutanés positifs ou terrain atopique, l'eczéma était plus fréquent chez ceux qui ont été diversifié avant l'âge de 4 mois. L'effet sur l'eczéma est donc moins clair et nécessite d'autres études épidémiologiques. De même lorsque les parents sont atopiques il semblerait que la diversification tardive ne protégerait pas sur l'atopie future. Nos certitudes devraient peut-être être remises en questions ?"

[...] peut être faudrait il en prendre compte et na pas forcément dire à 4 mois c'est trop tôt :) »

Leurs messages sont volumineux. Les recommandations qu'elles promeuvent étant peu diffuses, ces mères paraissent supposer que leur imposition comme manière légitime (ou aussi légitime que celle proposée par les recommandations médicales dominantes) de nourrir un petit enfant passe par l'argumentation. La démonstration est laissée directement aux dépositaires des savoirs scientifiques ; les mères promotrices des recommandations médicales dominées n'expriment pas de jugement moral ou normatif concernant les déclarations des autres utilisatrices, leur contribution se veut essentiellement technique.

Les utilisatrices distancées des recommandations médicales ont une attitude différente. Les savoirs qu'elles mobilisent et mettent en avant sont d'ordre relationnel. Elles développent un discours compréhensif des pratiques et attitudes des autres utilisatrices :

« _normalement mieux vaut attendre 5 mois ;) pourquoi souhaites tu diversifier aussi vite ? (utilisatrice distancée)
_il y en à qui ont dit qu'on peut commencer à 4 mois et demi dans le biberon (utilisatrice NC)
_oui ok mais pour toi qu'est ce que ça va t'apporter? c pour qu'il fasse ses nuits ? (utilisatrice distancée)»

Leurs discours évoquent une maîtrise importante des principes de la puériculture savante ainsi que de leurs fondements mais également une attitude distancée, raisonnable qui suggère qu'elles n'ont pas d'intérêt particulier à l'imposition des catégories et des schèmes de perception et d'appréciation de la puériculture médicalisée dominante :

« tu peux commencer par légumes ou fruits comme tu veux :) parce que le lait maternel c sucré donc bb est déjà habitué au sucré et aux différents goûts des aliments que tu manges ;) il faut juste commencer par de petites quantités de légumes à midi que tu augmenteras en fonction de l'envie de bb de manger solides. mais ça ne doit jamais être au détriment du lait ! »

Il peut arriver qu'elles occupent une fonction d'arbitre dans les discussions, en ce sens elles sont les garantes du bon déroulement des échanges sur le forum et favorisent leur perpétration :

« Et puis la madame elle a demandé pas de polémiques les filles ;) »

Les utilisatrices critiques des recommandations médicales, on l'a vu, s'opposent frontalement à la diffusion des recommandations dominantes en matière de diversification alimentaire, parfois avec ironie, ce qui peut être un moyen de mettre fin à une discussion. De la même manière, elles digressent davantage que les autres utilisatrices, ce qui est également, compte-tenu des usages du forum, un moyen de clore une discussion :

« C'est un très joli prénom ;-) J'irai voir cette discussion ;-) merci »

« mais mnt tout va bien le seul probleme que j'ai encore sais qu'elle se retourne dans son lit a se coincée au barreau de son lit malgre le tour de lit et sa j'en n'ai peur le cale bebe ne fonctionne pas je ne sais plus koi faire de se coter la ses le seule probleme que j'ai encore avec ma fille »

Les échanges d'informations et de conseils en matière de diversification alimentaire dans le cadre du forum ne constituent pas pour elles un espace de confrontation de leurs opinions et de leurs pratiques en matière de puériculture mais un espace de promotion d'un « quant à soi » protéiforme qui est l'expression de l'opposition aux principes de la puériculture médicalisée. Leur attitude au débat est, sur ce point, très révélatrice :

« Alors je sais que dès mamans ne seront pas d'accord avec moi, mais pas la peine de faire des remarques désobligeantes mais juste exposer votre point de vue svp pas de polémique [émoticône] »

3.3.2. La distribution des interlocutrices

L'analyse de la distribution des premières réponses a montré que quel que soit le profil de l'utilisatrice à l'initiative de la discussion, une large part des premières réponses était le fait des mères promotrices des recommandations médicales dominantes. Par ailleurs, l'étude de la position structurelle des utilisatrices dans le réseau des interactions laisse voir que certaines utilisatrices ont tendance à échanger préférentiellement avec des utilisatrices qui partagent leur attitude aux recommandations médicales en matière de diversification alimentaire. Il est donc pertinent d'interroger l'association entre le profil de l'utilisatrice qui poste un message et le profil de l'utilisatrice qui y répond. Autrement dit, il est intéressant d'étudier qui parle à qui dans le cadre de ces échanges sur le forum. Le tableau 3.3.3 donne les fréquences des couples profil du locuteur-profil du locuteur suivant dans la discussion. Si tous les messages n'ont pas de destinataire(s) précis, on a pu observer qu'une part non-négligeable des messages qui ne sont pas des interventions initiatives était adressée à l'auteur du message précédent (dans l'ordre chronologique de la discussion). Sur le forum, si la plupart du temps on ne choisit pas à qui on pose une question, en revanche on ne répond pas indifféremment à toutes les utilisatrices, on peut alors se demander si certaines utilisatrices interviennent préférentiellement dans des discussions qui impliquent en particulier d'autres utilisatrices.

On observe que les utilisatrices promotrices des recommandations dominantes répondent plus fréquemment aux utilisatrices critiques des recommandations médicales et aux utilisatrices promotrices des recommandations dominées. Ces mères véhiculent les discours qui mettent le plus explicitement en question la légitimité des discours dominants en matière de diversification alimentaire qui sont donc potentiellement les plus générateurs de débats. Le fait que les messages promoteurs des recommandations dominantes suivent plus fréquemment les messages critiques ou promoteurs des recommandations dominées que les messages critiques ou promoteurs des recommandations dominées ne suivent les messages promoteurs des recommandations dominantes indique que l'imposition de catégories et de schème de perception et d'appréciation en matière de diversification alimentaire est davantage identifié comme l'enjeu des échanges sur le forum par les mères promotrices des recommandations dominantes que par les mères critiques des recommandations médicales ou promotrices des recommandations dominées. Pour les utilisatrices promotrices des recommandations dominantes, les échanges d'informations et de conseils en matière de diversification alimentaire sur le forum ont pour fonction la conversion des mères aux principes de la

puériculture savante dominante. Il est notable qu'en dépit de la forme de leurs discours, les utilisatrices promotrices des recommandations dominées fassent un usage assez similaire des échanges d'informations et de conseils en matière de diversification alimentaire dans le cadre du forum.

Tableau 3.3.3 Association locuteur-répondant selon leur profil respectif (pourcentage en ligne)

	Pro rec dominantes	Critiques	Distanciées	Pro rec récentes	Fav rec dominantes	Fav rec récentes	NC	Total
Pro rec dominantes	20%	8%	5%	5%	6%	7%	49%	245
Critiques	47%	21%	3%	0%	2%	3%	24%	58
Distanciées	23%	8%	0%	4%	0%	4%	62%	26
Pro rec récentes	48%	5%	0%	14%	5%	5%	24%	21
Fav rec dominantes	40%	3%	0%	3%	20%	9%	26%	35
Fav rec récentes	32%	2%	2%	0%	4%	20%	40%	50
NC	31%	4%	3%	1%	2%	3%	56%	481
Ensemble	29%	6%	3%	3%	4%	5%	50%	916

Note : l'association ligne colonne est significative au seuil de 1/1000 (Khi-2),

Champ : tous les messages du corpus qui ne sont pas le dernier message de la discussion (n=916),

Lecture : 8% des messages qui suivent un message posté par une utilisatrice promotrice des recommandations dominantes ont été postés par une utilisatrice critique des recommandations médicales.

Les utilisatrices critiques des recommandations médicales, les utilisatrices qui se déclarent conformes aux recommandations dominantes et celles qui se déclarent conformes aux recommandations dominées répondent préférentiellement à des utilisatrices du même type qu'elles, par extension interviennent dans des discussions où sont déjà engagées des mères qui déclarent des pratiques et/ou des opinions en matière de diversification alimentaire similaires aux leurs. Pour ces mères, les échanges d'informations et de conseils en matière de diversification alimentaire dans le cadre du forum sont des instruments de légitimation de pratiques bien affirmées. La dimension communautaire du forum apparaît plus nettement lorsque l'on se concentre prioritairement sur les échanges entre ces utilisatrices.

Enfin, il apparaît que les utilisatrices distanciées des recommandations médicales n'ont pas de type de destinataires privilégié mais qu'elles sont, en revanche, les destinataires privilégiés

des mères inclassables sur le plan de leurs pratiques en matière de diversification alimentaire. Le discours compréhensif des utilisatrices distancées ainsi que leur apparente connaissance des principes de la puériculture savante les constituent en conseillers privilégiés des mères dont les pratiques de puériculture sont les moins affirmées.

Conclusion

Le forum se compose finalement d'assez peu d'utilisatrices qui ont probablement des propriétés socio-économiques communes. Les discussions s'organisent majoritairement autour de quatre types d'utilisatrices. Les utilisatrices promotrices des recommandations médicales en matière de diversification alimentaire dominantes qui sont notablement actives, les utilisatrices critiques des recommandations médicales, les utilisatrices distancées de ces recommandations et les utilisatrices promotrices des recommandations dominées. Ce forum constitue alors un espace très peu autonome des recommandations nutritionnelles savantes qui ne laissent s'exprimer que marginalement les discours les plus contestataires de l'ordre [médical] établi. Il n'est en rien un « marché franc » de la culture médicale. Des utilisatrices structurellement dominantes (très centrales et très actives), promotrices des recommandations dominantes, contribuent à construire des figures de « bonnes mères » et plus rarement, dans le cas des utilisatrices critiques ou distancées des recommandations médicales, favorisent l'expression de discours contradictoires aux recommandations médicales. Les échanges s'organisent ainsi autour d'utilisatrices qui expriment avec force et cohérence des systèmes de dispositions communs à d'autres utilisatrices. Les spécificités du forum – anonymisation et dissimulation des indicateurs de statut social – qui contraignent à l'argumentation laissent voir les effets de discours qui ne sont effectifs que lorsque les positions exprimées rencontrent des dispositions à entendre, au sens d'être d'accord avec, ces discours (Bourdieu, 1971b).

Interroger la structuration du réseau (au travers de la dynamique des échanges) et l'objectiver dans les graphes permet de montrer comment les échanges (linguistiques) s'organisent autour d'utilisatrices dont la centralité (par extension le potentiel de diffusion et possiblement, mais on ne le vérifie pas ici, l'influence) est fonction du rapport qu'elles entretiennent à une culture dominante légitime : à savoir, les recommandations médicales officielles pour les utilisatrices promotrices des recommandations dominantes et la recherche clinique comme « système abstrait » pour les utilisatrices promotrices des recommandations dominées.

L'analyse de ces échanges en ligne permet d'explicitier les conditions d'une perte de légitimité des institutions médicales et de la médecine comme système abstrait (Giddens, 1991) ; dissensions dans l'espace de la production en nutrition pédiatrique, multiplication des recommandations, ingérence de groupes et d'individus perçus comme ayant des intérêts

différents de ceux de la médecine (tels les industriels), expérience contradictoire aux recommandations médicales. Il apparaît alors que la fonction des médecins en tant que représentants de la médecine (comme ensemble de connaissances, de méthodes et de techniques stabilisées) et garants des institutions médicales est également d'absorber la perte de légitimité de la méthode médicale, comme pour le personnel religieux s'agissant des croyances religieuses comme ordre explicatif des phénomènes observés (Bourdieu, 1971b), liée à la fréquente impossibilité d'observer sur un temps court les effets matériels concrets que produit la médecine sur la santé des nourrissons au travers des recommandations nutritionnelles.

Cette analyse permet, enfin, d'explicitier certains des mécanismes de constitution des attitudes ordinaires à l'égard des recommandations médicales et de développement de savoirs profanes en matière d'alimentation infantile. On peut dire que dans ce type d'espace, où ce sont avant tout des textes qui se confrontent, le discours confère sa légitimité au locuteur davantage que le locuteur ne transfère son autorité symbolique (produit de sa position sociale) à son discours. Ceci explique que les échanges qui ont lieu sur ce forum ne produisent d'effets, en tout cas du point de vue des déclarations, que pour les utilisatrices qui posent des questions et délèguent à l'expertise collective du forum la détermination des pratiques de puériculture souhaitables, c'est-à-dire qui reconnaissent d'emblée la légitimité de la fonction prescriptrice des pairs et plus précisément de certaines catégories d'utilisatrices perçues comme très compétentes, sur le modèle de la constitution des attitudes au contact d'individus très informés, de « *gate-keepers* » (Katz & Lazarsfeld, 1955 ; Lewin, 1943 ; 1952).

L'analyse des discours tenus sur le forum permet d'explicitier certaines formes de réception des recommandations médicales et plus largement des discours savants. L'analyse de ces formes d'appropriation des recommandations en matière de diversification alimentaire permet de réinterroger l'hypothèse d'un savoir parcellaires des classes populaires en matière de puériculture (Boltanski, 1969) et les effets sociocognitifs de la multiplicité des sources d'information (DiMaggio & Powell, 1991) en matière de santé, sur la réflexivité des individus (Giddens, 1991). Sur le forum, trois manières d'organiser l'information en matière de santé et de classer les aliments – associées à des profils d'utilisatrices, donc des types de mères – peuvent être identifiées. Les utilisatrices promotrices des recommandations dominantes, qui surinvestissent leur métier de mère (elles n'ont généralement pas d'autre activité professionnelle et certaines déclarent avoir suivi des formations *professionnalisantes*

d'assistante maternelle), et dont le niveau de maîtrise de la langue, indique qu'elles appartiennent probablement aux catégories intermédiaires, organisent l'information selon la légitimité des supports. Les utilisatrices promotrices des recommandations dominées, organisent l'information en matière de puériculture selon l'actualité des supports, ce qui procède d'une définition de la médecine comme produit d'un progrès scientifique continu. Ces deux attitudes concernant les recommandations médicales – qui consistent en un investissement important des recommandations sélectionnées et de la culture médicale sur le mode d'une hypercorrection des pratiques de puériculture – constituent deux formes de « bonne volonté culturelle » portées à produire des effets différents. Les utilisatrices distanciées des recommandations médicales, dont le niveau de maîtrise de la langue indique qu'elles sont plus éduquées et/ ou plus âgées que la majorité des autres utilisatrices actives du forum, entretiennent le rapport le plus décontracté aux recommandations médicales. Toutes ces mères pensent l'alimentation de leurs enfants sur le mode de la santé et donc des catégories de la puériculture savante et sont opposées à l'utilisation d'aliments industriels. La multiplication des sources en matière de santé produit alors, dans le cas étudié, trois formes de réflexivité, plus ou moins prononcée, selon les dispositions des utilisatrices.

Les mères critiques des recommandations médicales mobilisent d'autres catégories de pensée et d'autres systèmes de classement que ceux proposés, voire imposés, par les instances médicales. Contrairement aux autres utilisatrices actives, elles ne sont pas opposées à l'utilisation des aliments industriels pour bébés. Ce qui à mettre en lien avec leur tendance à mobiliser le registre du goût et des besoins particuliers de chaque enfant pour justifier leurs pratiques de puériculture. Pour ces mères il est important de pouvoir se penser et se présenter comme de « bonnes mères » soucieuses du bien-être de leur enfant (Gojard, 2010), même si cela passe par une attention à d'autres dimensions des soins que la dimension proprement médicale. Ainsi, à la bonne volonté culturelle des catégories intermédiaires s'opposerait le souci de « respectabilité » des fractions supérieures des classes populaires (Skeggs & Devreux, 2015 ; Le Pape & Plessz, 2017).

De l'analyse des échanges d'information en matière de puériculture dans le cadre de ce forum en ligne, nous déduisons trois hypothèses dont nous testons, dans la partie suivante, la vraisemblance au moyen des données de l'Étude longitudinale française depuis l'enfance. Premièrement, la conformité aux recommandations médicales dominées, telle une initiation de la diversification alimentaire dès 4 mois, peut être le produit de dispositions culturelles

particulières et d'un fort investissement dans la recherche d'information en matière de puériculture. Deuxièmement elle peut être le produit d'un « quant à soi » lié à la perte de légitimité des recommandations médicales du fait de leur variabilité. Troisièmement, elle peut être le produit de la contestation de la possibilité d'une puériculture médicalisée en raison des spécificités perçues de chaque enfant.

Conclusion de la Partie I

L'objet de cette première partie était de contribuer à la construction du sous-champ de la puériculture (dont nous avons vu qu'il est fortement dépendant du champ médical et dans une moindre mesure du champ de l'éducation), en problématisant un point d'entrée : la production et la diffusion des recommandations médicales en matière de diversification alimentaire. Une approche en termes de « systèmes d'intermédiation » (Roueff, 2014) a permis d'explicitier certains des mécanismes de constitution et de légitimation des recommandations médicales en matière de diversification alimentaire, y compris dans les marges de ce sous-champ de la puériculture auxquelles appartiennent les communautés en ligne.

L'espace de la recherche en nutrition pédiatrique est traversé de luttes, pour le monopole de l'autorité scientifique, sous-tendues par des appartenances disciplinaires et institutionnelles. Cet espace est en outre relativement dépendant, d'une part, de l'industrie alimentaire qui lui procure une part des données relatives aux consommations alimentaires de la population (nécessaires aux études prospectives) et contribue au financement des recherches, d'autre part, des pouvoirs publics qui cadrent une partie des recherches en matière d'alimentation infantile. L'espace de la recherche en nutrition pédiatrique est alors fortement soumis à des demandes extérieures, institutionnelles et de la part des professionnels de l'industrie alimentaire, qui suscitent la production de recommandations médicales à destination de la population potentiellement contradictoires. Ces contradictions sont rendues visibles par le travail de médiatisation effectué par les agents intéressés à l'éducation à la santé. Le « désenchantement » de la science qu'évoque U. Beck (1992), dû à la multiplication des savoirs parcellaires et à l'application, par des profanes plus ou moins acculturés à la culture savante, du « scepticisme » caractéristique de l'esprit scientifique à la science elle-même, est donc en partie lié au travail d'intermédiation effectué dans l'espace de l'éducation à la santé.

Bien que les espaces médiatiques soient relativement peu autonomes (Marchetti, 2002 ; Duval, 2004), ils contribuent à façonner les thématiques, les questions et les problèmes qu'ils médiatisent. Les luttes spécifiques au champ journalistique, telles les demandes des annonceurs et la concurrence pour la constitution de clientèles captives, redéfinissent pour

partie le traitement de l'information. Dans le cas de la puériculture, la production de la presse spécialisée se trouve mise en rapport avec les manuels de puériculture et les publications institutionnelles. Cette multiplication des sources d'information induit des enjeux de positionnement qui conduisent à une reformulation des recommandations médicales en matière de diversification alimentaire. Notamment, certains intermédiaires de la culture médicale, importants dans l'espace normatif, auquel est confronté une partie des parents, des catégories de perception et d'appréciation différentes de celles proposées par la médecine. Ainsi, ce travail d'intermédiation contribue à fragmenter les savoirs en matière de petite enfance, ce qui n'est pas sans effet sur la réception de ces savoirs par les parents.

Il peut être intéressant de mettre en relation les attitudes des utilisatrices du forum *Magicman*, dont on peut penser qu'elles sont représentatives de certaines catégories plus larges de parents, à l'égard des recommandations en matière de puériculture avec les attitudes profanes en matière de vaccination. P. Peretti-Watel et P. Verger (2015) proposent d'analyser le rapport à la vaccination selon deux axes. Premièrement, l'investissement dans la recherche d'information en matière de santé, qu'ils analysent comme le degré d'engagement dans les problématiques de santé. Deuxièmement, la confiance dans les autorités médicales et les médecins, que l'on peut analyser comme le rapport à la médecine et ses représentants. Les positions des individus sur ces deux axes déterminent quatre types d'attitude et de comportement vis-à-vis de la vaccination. Un « conformisme passif », un recours à la vaccination, qui résulte d'un faible engagement dans les questions de santé et d'une confiance élevée dans les autorités médicales. Un « conformisme éclairé » qui est le produit d'un investissement important dans les questions de santé et d'une confiance élevée dans les autorités médicales. Une « hésitation passive », un recours moins fréquent aux vaccins ou un refus de la vaccination, qui est le produit d'une double distance aux questions de santé et aux autorités médicales.

Une hésitation éclairée qui résulte d'un investissement fort dans la recherche d'information en matière de santé conjugué à une faible confiance dans les autorités médicales. En regard des rapports aux recommandations médicales et aux professionnels de santé exprimés par les utilisatrices du forum *Magicmaman*, étudié au chapitre 3, ces différentes attitudes à la vaccination paraissent analogues à certaines des attitudes aux recommandations savantes en matière de diversification alimentaire. En effet, les utilisatrices promotrices des recommandations dominantes ont une attitude proche du « conformisme éclairé ». Les

utilisatrices distanciées des recommandations ont une attitude proche de l' « hésitation éclairée », les utilisatrices critiques des recommandations médicales ont une attitude qui se rapproche de l' « hésitation passive ». Enfin, les utilisatrices promotrices des recommandations dominées ont une attitude qui pourrait se placer entre l' « hésitation éclairée » et le « conformisme éclairé ». Il convient alors de préciser les déterminants sociaux de ces attitudes.

Partie II Les conditions sociales de la réception des recommandations médicales en matière de diversification alimentaire

Introduction

La naissance d'un enfant, encore davantage celle d'un premier enfant, constitue un « évènement » (Samuel & Vilter, 2007) qui implique généralement une réorganisation des conditions sociales d'existence du ménage. La période post-natale est alors propice pour les parents à l'interrogation de leurs pratiques quotidiennes et des normes qui les fondent. En outre, cette période est fortement encadrée par un certain nombre d'agents. Certaines recherches voient dans la naissance d'un enfant un « rite d'institution » (Oria & Camus, 2012) au sens où des institutions, tel l'hôpital, transmettent des manières légitimes d'être parent, tentent d'inculquer des « savoir-faire » et des « savoir-être » durables en matière de puériculture. De surcroît, les parents constituent un public relativement captif de l'institution médicale durant les premières années de l'enfant. En effet, en France, neuf examens médicaux, intégralement pris en charge par l'Assurance maladie, sont obligatoires lors de la première année de l'enfant. Une part non-négligeable du travail parental consiste alors pour les parents à être entrepreneurs, ou co-entrepreneurs, de la santé de leur enfant, notamment de veiller à ce qu'il reçoive une alimentation adaptée. Afin de régler leurs pratiques de puériculture, les parents peuvent, de manière non-exclusive, recevoir des conseils de la part des professionnels de santé, se fier à leur expérience, consulter des membres de leur famille ou de leur entourage, lire des manuels, des articles de presse, fréquenter des sites web spécialisés (Gojard, 2010). L'exercice de la puériculture ne s'effectue donc pas dans un espace normé unidimensionnel.

La diversification alimentaire, qui intervient lors de la première année de l'enfant et correspond à la période de transition entre l'alimentation lactée exclusive et une alimentation plus variée proche de celle du type adulte, est l'objet de recommandations médicales nombreuses qui ont régulièrement fluctué au cours du temps (Wickes, 1953a ; 1953b). Elle constitue alors un point d'observation privilégié des modalités d'expansion du champ d'intervention de la médecine qui implique une plus grande emprise des experts sur l'activité domestique (Crawford, 1980), mais également l'accroissement d'une forme de réflexivité des

profanes, qui n'est probablement pas sans rapport avec l'individualisation de la responsabilité promue par les entreprises d'éducation à la santé (Pinell, 1992 ; 1996). Ainsi, comme l'illustre le cas de « l'hésitation vaccinale » (Sporton & Francis, 2001 ; Poltorak et *al.*, 2005 ; Peretti-Watel & Verger, 2015), avec lequel il est intéressant de faire un parallèle, les parents peuvent sélectionner, comparer, rejeter les recommandations médicales selon leurs représentations, des connaissances personnelles, leur degré de confiance dans les différents agents et support de l'éducation à la santé.

En faisant provisoirement abstraction des débats sur la pertinence du concept de « médicalisation » comme analyseur efficace des transformations sociétales contemporaines (Berlivet, 2011), on peut définir la problématisation par l'institution médicale, au moyen de ses catégories propres, de l'alimentation dans la prime enfance comme une tentative d'inculcation d'un « arbitraire culturel » par une institution légitime dominante, c'est-à-dire disposant des moyens d'imposition de ses catégories et d'un pouvoir de sanction relatif vis-à-vis d'un public en partie captif (Bourdieu & Passeron, 1970). Suivant cette perspective, la conduite de la diversification alimentaire apparaît justiciable d'une analyse dans les termes de la sociologie de la culture et de la légitimité qu'elle peut contribuer à renouveler.

Luc Boltanski (1969) analyse les pratiques de puériculture des parents comme le produit d'une distance plus ou moins importantes à la culture savante et aux dépositaires légitimes des savoirs médicaux. Dans ces conditions, le rapport des parents à la puériculture médicalisée et les pratiques ainsi que les attitudes qui en découlent ne sont fonction que du degré de maîtrise des catégories de pensées et des registres de perception et d'appréciation caractéristiques de la culture médicale (Boltanski, 1971). La distance sociale aux savoirs médicaux implique dans ce cas une distance temporelle, les membres des catégories populaires ont des pratiques de puéricultures anciennes. Séverine Gojard (1999 ; 2000 ; 2010) montre que ce modèle « diffusionniste » ne rend pas compte, d'une part, des différentes formes d'expertise en matière de petite enfance qui cohabitent dans les espaces de production des recommandations savantes en matière de puériculture, d'autre part, des pratiques concrètes de recherche d'information en matière de puériculture que développent les parents. Elle montre l'ambivalence d'une pratique comme l'allaitement maternel, appropriée, à la fois, par les catégories populaires en vertu d'une définition traditionnelle du maternage et par les catégories supérieures en raison de considérations de santé et psychanalytiques. Cette problématisation de la diffusion de la puériculture savante dans les termes du rapport

socialement différencié aux types d'expertises en matière de prime enfance peut avantageusement être mise en relation avec le modèle explicatif du rapport à la vaccination suggéré par Patrick Peretti-Watel et Pierre Verger (2015). Les attitudes profanes à l'égard de la vaccination, d'une part, des recommandations médicales en matière de diversification alimentaire, d'autre part, paraissent sous-tendues par des logiques similaires.

Demeure alors la question des déterminants sociaux de ce rapport aux questions de santé, à la médecine et à ses représentants. L'hésitation vaccinale « passive », qui procède d'une double distance aux questions de santé et aux autorités médicales, et qui en ce sens constitue une forme de « quant à soi », paraît être, de manière cohérente avec la sociologie des pratiques culturelles, l'apanage d'individus ayant un faible statut socio-économique. Par contraste, l'hésitation vaccinale « éclairée » serait caractéristique des classes moyennes éduquées (Peretti-Watel et *al.*, 2014). Afin d'explicitier davantage les marqueurs sociaux de ces différentes attitudes et pratiques en matière de santé, et plus précisément des pratiques parentales en matière de diversification alimentaire, il convient d'interroger les liens entre caractéristiques sociales des parents, forme et intensité de leur investissement dans la recherche d'information en matière de puériculture et consommations alimentaires des enfants lors de leur première année (c'est-à-dire pratiques de puériculture concrètes des parents). C'est le travail que nous proposons dans cette partie II.

Dans cette partie, sont analysées les conditions sociales de réception d'une culture savante, au travers de la conformité aux recommandations médicales en matière de diversification alimentaire, en trois temps.

Dans le chapitre 4, nous analysons, d'une part, la morphologie sociale du type de suivi médical des enfants *Elfe* et les rapports différenciés des parents aux professionnels de santé, d'autre part, la forme de l'investissement des parents dans la recherche d'information en matière de puériculture et son marquage social.

Dans le chapitre 5, nous explicitons les déterminants sociaux d'une diversification alimentaire conforme à différentes recommandations médicales selon les modalités de leur diffusion et de leur formulation.

Enfin, dans le chapitre 6, nous analysons l'effet des caractéristiques physiques de l'enfant, son risque allergique et son avancement en âge, sur la conformité de son régime alimentaire avant 1 an aux recommandations médicales en matière de diversification alimentaire.

Chapitre 4 Expérience maternelle et expertise médicale : le rapport des parents aux professionnels de santé et supports de puériculture

Introduction

Ce chapitre traite le premier point nécessaire à l'explication de la diffusion d'une culture savante légitime : les conditions socialement différenciées d'accès à cette culture, les canaux par lesquels les éléments constitutifs d'une telle culture peuvent s'imposer ou peuvent être imposés à des destinataires particuliers. La diffusion d'une culture est nécessairement opérée par des intermédiaires (Roueff, 2013). Des institutions et des agents exercent un « travail pédagogique », *i.e.* tentent d'inculquer de manière durable à un public donné, une formation particulière, un « arbitraire culturel » (Bourdieu & Passeron, 1970). Comme pour la puériculture médicalisée, objet de cette recherche, cet « arbitraire culturel » peut être constitué de pratiques, de catégories, de techniques et, à la limite, de méthodes fondées scientifiquement. La dimension socialement arbitraire de ce type de culture réside alors dans les conditions de production des savoirs (Bourdieu, 1976) et de diffusion, donc en partie de sélection, des recommandations à destination des publics visés (chapitres 1 et 2).

Les mécanismes de reproduction sociale mis au jour initialement par Passeron et Bourdieu (1966), bien qu'ils ne s'appliquent pas exclusivement au cadre scolaire et tendent à concerner toute forme « d'action pédagogique » sont particulièrement opérants dans les domaines où les institutions et agents en charge d'inculquer les éléments d'une culture particulière disposent d'un public captif sur une période longue et souffrent peu de la concurrence d'autres instances formatrices. C'est à ces conditions que l'homologie entre pratiques, opinions et positions sociales peut être la plus forte (Coulangeon, 2004 ; 2010). L'institution médicale ne possède pas des moyens d'harmonisation des manières de penser et d'agir, ni de pouvoir de sanction, comparables à ceux de l'école. Elle est, en outre, traversée de divisions intellectuelles perceptibles par une part des publics qu'elle vise (voir chapitre 3). Notamment, concernant la prise en charge des jeunes enfants, des conceptions médicales traditionnelles issues de « l'hygiénisme » s'opposent aux théories psychanalytiques relatives à l'épanouissement de l'enfant (Gojard, 2010 ; Garcia, 2011). Ces oppositions sont redoublées de dissensions professionnelles à l'intérieur de l'hôpital (Paicheler, 1995 ; Arborio, 1996 ; Camus *et al.*,

2010). Par ailleurs, la formation à la puériculture médicalisée s'adresse à des adultes sur lesquels les professionnels de santé ne détiennent une « autorité pédagogique » que relative. Afin d'explicitier les conditions sociales de diffusion de la puériculture médicalisée, il est donc nécessaire d'étudier la distribution des modalités d'accès à cette culture.

Typiquement, les parents reçoivent des informations de puériculture savante, susceptibles de se transformer en formation durable, de trois manières. Premièrement, en maternité, des personnels soignants transmettent selon une division du travail spécifique des savoirs, des techniques et des pratiques de soin aux mères. Ils leur inculquent sur un temps court, avec plus ou moins de succès, les gestes que l'institution médicale juge appropriés au maternage d'un petit enfant (Pourtois et *al.*, 1984 ; Camus & Oria, 2011). Deuxièmement, au cours des premières années de l'enfant, vingt examens médicaux sont obligatoires. Effectués par un médecin¹, ces examens qui visent à surveiller le développement de l'enfant sont aussi l'occasion de contrôler la qualité des soins que les parents lui donnent :

« Ils permettent aux autorités sanitaires, dans le respect du secret médical, de s'assurer que chaque famille est en mesure de dispenser les soins nécessaires à leurs enfants. En cas de difficultés, une aide peut être proposée à la famille (par exemples, visite à domicile de puéricultrices, prévention) »².

Ces consultations permettent au médecin de prodiguer des conseils de puériculture, spontanément ou sur leur demande, aux parents qui constituent à bien des égards ses véritables patients. En effet la présence de l'enfant, sujet des soins, semble emporter des conséquences limitées (Nova et *al.*, 2005). Si la relation entre praticiens et patients tend à s'équilibrer (Davis, 1991 ; Stewart, 1995), le patient devenant un usager informé (Van den Borne, 1998), ces interactions ne constituent pas une simple relation de communication. En effet, la forme de ces interactions est l'expression de rapports de domination. Enfin, les parents peuvent recevoir des informations de puériculture médicalisée au travers de publications institutionnelles, tel le Livre bleu édité par le Comité national de l'enfance qui est distribué à toutes les mères lors de la première visite prénatale³, de manuels de puériculture, d'articles de la presse spécialisée, d'émissions de télévision ou radiophoniques et de sites internet⁴. L'appréciation, par les parents, de la fiabilité médicale de ces sources peut reposer

¹ Boltanski (1969) fait un parallèle entre médecins et instituteurs qui ont selon lui des fonctions sociales similaires.

² <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F967> (consulté le 30/03/2017).

³ Cet opuscule est censé répondre de manière « scientifique » aux questions que se posent les parents sur la grossesse, l'accouchement et les premières années de l'enfant (www.livrebrou.fr).

⁴ Le contenu de supports de ce type est étudié au chapitre 2 de la thèse.

sur la qualité des locuteurs (généralement médecins), l'officialité des supports (pour les publications institutionnelles) et pour les sites internet sur des outils de certification tel le « HONcode »⁵ qui garantit le respect par le site labellisé d'un certains nombres de principes tels le signalement systématique de la qualification des locuteurs, l'attribution claire des données et informations relayées sur le site au moyen de liens hypertextes, la justification des recommandations selon des éléments de preuve appropriés (articles de revues académiques et ouvrages médicaux) et la transparence du financement du site. Ces différents points de contact entre les parents et les éléments constitutifs de la puériculture médicalisée présentent les propriétés d'un « système d'intermédiation » (Roueff, 2014). Ici, plus qu'un ensemble de métiers, l'intermédiation désigne un ensemble de discours et de pratiques qui encadrent les conditions ainsi que les effets de la réception d'une culture particulière.

Analyser la réception de la puériculture savante demande alors d'explicitier dans un premier temps les rapports différenciés qu'entretiennent les parents au système d'intermédiation que constituent l'institution médicale et les supports d'éducation à la santé. Le suivi médical de l'enfant par un praticien et la recherche d'information en matière de puériculture, de la part des mères, peuvent s'analyser comme deux moments de la socialisation (Darmon, 2006) des mères au travail parental dont nous précisons les spécificités. Cette socialisation au travail parental intervient après la socialisation familiale et, la plupart du temps, après la socialisation scolaire (Meron & Widmer, 2002 ; Robette, 2010), on peut alors faire l'hypothèse que les conditions de ces socialisations ont une incidence sur les conditions de la socialisation au travail parental. On se concentre préférentiellement sur l'initiation du suivi médical de l'enfant et sur les modalités d'accès aux recommandations de puériculture durant la période post-natale. Dans une première partie, on interroge les conditions sociales de la définition du type de médecin en charge d'examiner l'enfant pour au moins sa première visite médicale. Dans une seconde partie, on analyse la distribution sociale des différentes sources de conseil (intermédiaires et supports de puériculture) auxquelles les parents ont été exposés.

⁵ <https://www.hon.ch/HONcode/French/> (consulté le 30/03/2017).

Données du chapitre

Questionnaires Elfe mobilisés

Ce chapitre repose sur l'analyse de données issues de l'Étude Longitudinale Française depuis l'Enfance. Deux questionnaires sont mobilisés : le questionnaire en maternité, administré en face à face par une sage-femme, et le questionnaire aux 2 mois de l'enfant, passé par téléphone. Les données analysées proviennent donc de deux temps d'enquête distincts : à la naissance de l'enfant et à ses deux mois. Ce qui permet notamment de comparer certaines attentes des parents à leurs réalisations effectives. Seuls les cas complets sont retenus pour l'analyse, c'est-à-dire les individus statistiques pour lesquels toutes les variables étudiées prennent une valeur (une modalité) non-nulle.

Les variables de l'analyse

S'agissant des variables indépendantes (ou explicatives), nous utilisons des variables provenant du questionnaire passé aux deux mois de l'enfant. Une variable quasi-numérique « Revenus » saisit le montant mensuel des revenus du ménage au sein duquel vit l'enfant. Une variable « CSP du père », codée en cinq puis en trois modalités, saisit la catégorie sociale du père de l'enfant. Ces deux variables donnent une approximation du capital économique du ménage et renseignent ses conditions d'existences matérielles. Une variable catégorielle « revenu médian par unité de consommation dans la zone d'emploi », codée en trois modalités, indique la classe de revenu rapportée au nombre de membres du ménage qui partage la zone d'emploi du père en deux sous-populations égales. Cette variable contextuelle saisit ainsi les ressources financières approximatives dont disposent généralement les ménages au voisinage de celui de l'enfant. Une variable « Diplôme de la mère », codée en cinq puis deux modalités, indique le niveau de diplôme le plus élevé obtenu par la mère au moment de l'enquête. Une variable dichotomique « Parité de la mère » indique si la mère a eu au moins un autre enfant avant l'enfant Elfe. Une variable « CSP du grand-père maternel », codée en 5 modalités, saisit l'actuelle ou dernière profession du père de la mère de l'enfant Elfe et une variable « CSP de la grand-mère maternel », codée en 5 modalités, saisit l'actuelle ou dernière profession de la mère de la mère de l'enfant Elfe.

S'agissant des variables dépendantes (à expliquer), nous nous intéressons au type de médecin auquel les parents prévoyaient, le cas échéant, de confier la première visite médicale de l'enfant, lors de l'enquête en maternité. La variable correspondante « médecin prévu pour le suivi médical de l'enfant » est codée en quatre modalités. Une variable « médecin vu pour la première consultation », codée en quatre puis en trois modalités et tirée du questionnaire à 2 mois, saisit le type de médecin qui a effectivement examiné l'enfant lors de sa première visite médicale après son départ de la maternité. L'utilisation de deux temps d'enquête distincts pour construire ces variables limite un potentiel biais déclaratif qui pourrait consister pour les enquêtés à ajuster, rétrospectivement, consciemment ou non, le suivi médical de l'enfant initialement projeté à son suivi effectif⁶. Outre ceux du professionnel de santé suivant l'enfant, les parents ont pu recevoir, de manière non-exclusive, concernant les soins à prodiguer au nourrisson, des conseils de leurs parents, de leurs proches ou de divers supports de puériculture tels des articles de magazines spécialisés, des manuels de puériculture, des sites web, etc. Le questionnaire à 2 mois interroge le recours, ou l'exposition, de chaque parent à 12 sources de conseils en matière de puériculture (Un médecin, une puéricultrice, une sage-femme ; Votre mère ; Le père/la mère de l'enfant Elfe, votre conjoint ; La grand-mère paternelle/maternelle de l'enfant Elfe ; Un autre membre de la famille ou un ami ; Un groupe de parents ; Le personnel de la crèche, la nourrice, l'assistante maternelle ; Des voisins ; Un livre, la presse ; Une émission de télé, la radio, ou un site Internet ; Votre expérience personnelle ; Autre). Ces sources de conseils potentielles renvoient à autant de variables dichotomiques dont on analyse la distribution. Enfin, on interroge la manière dont ces sources de conseils sont articulées par les parents, c'est-à-dire mobilisées conjointement. Selon une procédure de classification non-hiérarchique, explicitée dans la suite du chapitre, on construit une variable en quatre modalités qui saisit le modèle de puériculture de la mère : l'ensemble des modalités par lesquelles elle a reçu des informations de puériculture.

Description de l'échantillon

Le mode d'échantillonnage de l'Étude Longitudinale Française depuis l'Enfance est supposé garantir sa représentativité (Pirus et *al.*, 2010). Cependant, cette étude porte sur les nouveaux nés. Or, les jeunes parents ont des caractéristiques sociodémographiques qui ne

⁶ Pour autant, il ne s'agit pas de nier un potentiel ajustement des espérances subjectives des individus (le suivi médical souhaité par les parents) aux chances objectives (le suivi médical probable compte-tenu des caractéristiques du ménage) (Bourdieu, 1997) mais de restreindre la possibilité de l'imputer aux spécificités du mode de collecte des données.

correspondent pas à celles de l'ensemble de la population générale. Il convient de noter, en premier lieu, que les mères des enfants de l'étude ont entre 18 et 48 ans (tableau 4.5.1 en annexe du chapitre 4). Les trois quarts des primipares ont entre 25,5 et 31,7 ans et les trois quarts des multipares entre 29,1 et 35,4 ans. Quand l'information est disponible on observe que les pères appartiennent à des tranches d'âge similaires. Afin d'interroger les spécificités de la population enquêtée, on compare l'échantillon à 2 mois étudié dans ce chapitre à un sous-échantillon de l'enquête *Emploi* de l'INSEE (tableau 4). Dans l'échantillon à 2 mois, les cadres et les employés sont surreprésentés au détriment des professions intermédiaires et des ouvriers. Par ailleurs, les mères ayant complété des études supérieures sont proportionnellement plus nombreuses que dans l'échantillon de l'enquête *Emploi*. S'il est impossible d'écarter *a priori* un éventuel biais déclaratif, on peut également supposer que le coût d'entrée dans l'enquête *Elfe* est plus élevé pour les parents les plus distants socialement des enquêteurs, plus susceptibles en raison de leur trajectoire d'entretenir un rapport de méfiance aux institutions officielles commanditaires de l'enquête et qui ont une moins bonne maîtrise de la langue et peuvent donc avoir de plus grandes difficultés à compléter les questionnaires.

Tableau 4.1 Description de l'échantillon à 2 mois

Échantillon enquête emploi		Échantillon à 2 mois	
CSP des hommes de 25-49 ans		CSP du père	
Cadre et PIS	17,7%	Cadre et PIS	22,7%
Profession intermédiaire	25,7%	Profession intermédiaire	13,6%
Indépendant	8,1%	Indépendant	10,2%
Employé	27,8%	Employé	36,0%
Ouvrier	20,7%	Ouvrier	13,6%
Non-déterminée	.	Autre CSP	3,9%
Diplôme des femmes de 25-44 ans		Diplôme de la mère	
> Bac + 2	23,0%	> Bac + 2	37,3%
Bac + 2	18,2%	Bac + 2	22,3%
Baccalauréat	20,9%	Baccalauréat	18,6%
CAP, BEP	18,9%	CAP, BEP	14,4%
Sans diplôme, CEP, BEPC	19,0%	Sans diplôme, CEP, BEPC	7,4%
		Parité de la mère	
		Primipare	45,8%
		Multipare	54,2%
		Effectif	15713

Source : Elfe, 2017 (pour l'échantillon à 2 mois) ; Insee, enquête Emploi (pour l'échantillon enquête emploi), Champ : France métropolitaine, personnes âgées de 25 à 49 ans (pour l'échantillon enquête emploi).

4.1. La morphologie sociale du suivi médical de l'enfant

Les médecins praticiens et les personnels soignants représentent généralement les premiers pourvoyeurs de conseils en matière de santé ; notamment à la maternité, les infirmières orientent et encadrent la prise en charge de l'enfant par la mère (Serre, 1998 ; Camus & Oria, 2011). Il existe une continuité entre le travail domestique de santé et le travail médical ou paramédical (Cresson, 1995 ; 2000). Le travail domestique de santé est indispensable au travail des médecin. Il est alors attendu des parents, des mères notamment, d'être de véritables auxiliaires de santé (Cresson & Gadrey, 2004). Dans le cadre du suivi médical d'un nourrisson après le départ de la maternité, les parents restent un public relativement captif de l'institution médicale. En effet, en France, neuf examens médicaux, intégralement pris en charge par l'Assurance Maladie, sont obligatoires lors de la première année de l'enfant. La détermination du médecin qui effectue ces actes est à la charge des parents ; ils peuvent « choisir le médecin qui [leur] convient : médecin généraliste, pédiatre ou médecin du centre de protection maternelle et infantile »⁷. Il est alors pertinent de questionner la forme de ce suivi médical, en ce qu'il exprime, au moins en partie, les préférences des parents en matière de soins et de services de santé. L'expression de ces préférences est rendue possible par la reconfiguration du secteur de la santé. L'émergence d'une nouvelle figure de patient-client et l'apparition d'un marché de la santé (Batifoulier et al., 2008) ont permis la montée d'un nouveau type de relation médecin-patient plus équilibrée (Batifoulier, 2012), c'est-à-dire ont rendu possible une forme nouvelle de division du travail de puériculture entre parents et professionnels de santé.

Principalement deux types de professionnels peuvent suivre l'enfant : un pédiatre ou un médecin généraliste. Ce qui est exprimé implicitement, au moins en partie, par les parents, dans la détermination du type de médecin en charge d'examiner l'enfant, c'est-à-dire de contrôler la normalité médicale de sa croissance staturo-pondérale, de son développement physique, affectif, psychomoteur et de pratiquer la vaccination⁸, ce sont des « définitions sociales de l'enfance » (Chamboredon & Prévot, 1973 ; Chamboredon & Fabiani, 1977).

Il convient, ici, de rappeler les étapes clefs du processus historique qui lie émergence d'un « sentiment de l'enfance » (Ariès, 1960) et institutionnalisation de la pédiatrie. En contrepoint

⁷ Voir notamment : <http://www.ameli-sante.fr/grossesse/surveillance-medicale-pour-votre-enfant.html> (visité le 31 janvier 2017).

⁸ Voir : <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F967> (visité le 31 janvier 2017).

des thèses de Philippe Ariès, Teysseire (1982) souligne que la découverte intellectuelle de l'enfance, comme passé de l'adulte, est imputable à la montée de l'emprise de la science sur les individus. Les auteurs et articles encyclopédiques qu'il étudie font de la maladie généralisée chez les enfants un « produit de civilisation » qui pourrait se résoudre en confiant chaque femme enceinte et chaque enfant aux médecins, supposés détenir le pouvoir sur la maladie. Parallèlement, Mercier (1961) date de la fin du XVII^e siècle la multiplication des ouvrages consacrés à l'enfance. Cet intérêt grandissant serait lié au développement de la démographie qui met en lumière les phénomènes de mortalité infantile auxquels les gouvernements se montrent sensibles dans toute l'Europe. En réponse, des campagnes d'éducation du public sont organisées, à cette période, avec le soutien du clergé et des médecins. Aussi, depuis au moins le XVIII^e siècle, la médecine contribue largement au processus d'institutionnalisation de l'enfance (Meyer, 1977 ; Hamelin-Brabant, 2006)⁹. Les progrès dans la description et le traitement des maladies des enfants amorcés au XVIII^e siècle (Biraben, 1973 ; Kottek, 1997) ainsi que les demandes institutionnelles de conservation de la population au cours du XIX^e et du XX^e siècle (Hecht, 1980 ; Rollet, 1990) ont favorisé la constitution d'une discipline consacrée à la préservation de la santé des jeunes enfants. En retour, l'émergence de la pédiatrie, comme spécialité médicale autonome, accompagne les redéfinitions de l'enfance en Europe et en Amérique du nord (Hendrick, 2003 ; Turmel, 2006). La pédiatrie s'adresse à un être en croissance dont les caractéristiques biologiques, physiques et psychiques sont l'objet d'un même intérêt disciplinaire (Jacobi, 1951). Cette spécificité distingue la pédiatrie de la plupart des autres spécialités médicales, en ce qu'elle ne se concentre pas sur un organe, ou un ensemble d'organes, mais sur un moment du développement de l'être biologique et psychique. Il en résulte que le travail des pédiatres contribue à la construction de l'enfance comme âge de la vie spécifique, nécessitant des soins différents de ceux prodigués aux adultes (Halpern, 1988) et le recours à leurs services marque, en partie, la reconnaissance des particularités des enfants en matière de préservation de la santé et de traitement des pathologies.

Ainsi, d'une part, l'étude de la planification du suivi médical de l'enfant permet d'explicitier les conditions de l'intériorisation de la place prépondérante du médecin dans la division du travail de puériculture entre parents et professionnels de santé. D'autre part, l'analyse de la distribution sociale du type de médecin prévu pour effectuer le suivi médical de l'enfant renseigne les conditions d'intériorisation, par les parents, des spécificités

⁹ Voir également sur ce point Becchi & Julia (1998) et Turmel (2008).

physiques, physiologiques et psychiques, attestées ou supposées, des nourrissons, c'est-à-dire de définitions différentielles de l'enfance.

4.1.1. L'anticipation du suivi médical de l'enfant : offre de soins et sentiment de l'enfance

La planification¹⁰ du suivi médical de l'enfant par les parents échappe en partie aux contraintes matérielles les plus circonstanciées, telles les maladies ou la réorganisation des conditions concrètes d'existence du ménage pouvant suivre une perte d'emploi, un divorce, un décès. En ce sens, l'analyse de sa distribution peut révéler des préférences et habitudes socialement situées en matière de services de santé indépendantes des urgences conjoncturelles. Dans la mesure où la définition initiale du médecin en charge d'examiner l'enfant revient, pour les parents, à choisir un professionnel dont le travail aura des effets sur la santé de l'enfant et avec lequel ils devront d'une certaine manière, et selon des modalités particulières, collaborer, il apparaît pertinent d'emprunter à la sociologie de l'éducation certaines de ces analyses relatives à la détermination des modes de prise en charge des enfants hors du foyer familial, notamment celles concernant le choix des établissements scolaires (voir R. Ballion, 1991).

Une majorité des parents enquêtés a prévu les conditions du suivi médical de l'enfant dès sa naissance au moins : plus de 75% de l'échantillon (voir le tableau 4.5.2, annexe du chapitre 4). Cette proportion diminue légèrement mais significativement avec le niveau de diplôme de la mère et la CSP du père ; une position sociale davantage privilégiée permettrait un effort d'organisation légèrement moindre ; laisserait une latitude plus importante qui repousse le moment du choix du médecin. À l'inverse les familles les plus précaires s'orienteraient, voire seraient orientées, plus systématiquement vers l'hôpital ou les services de la protection maternelle et infantile (PMI)¹¹. Par ailleurs, de manière très significative, les multipares (les mères qui ont eu au moins un enfant avant l'enfant *Elfe*) ont également prévu le suivi médical de l'enfant dès l'enquête en maternité bien plus souvent que les primipares ; le travail

¹⁰ En raison, d'une part, du manque d'information sur les conditions et le moment exact de prévision du suivi médical de l'enfant et, d'autre part, de l'influence de l'offre de services de santé sur les attentes concernant le suivi médical de l'enfant, on utilise indifféremment les termes : anticipation, prévision, planification.

¹¹ Le service de protection maternelle et infantile (PMI) est un service départemental, placé sous l'autorité du président du conseil départemental et chargé d'assurer la protection sanitaire de la mère et de l'enfant. Il organise des consultations et des actions de prévention médico-sociale en faveur des femmes enceintes et des enfants de moins de 6 ans.

d'organisation du suivi médical ayant déjà au moins en partie été effectué pour l'ainé ou les aînés de l'enfant *Elfe*.

S'agissant des modalités de ce suivi médical, les ménages relativement privilégiés (dont le père est cadre ou profession intermédiaire et la mère diplômée de l'enseignement supérieur) prévoient tendanciellement davantage de recourir à un pédiatre que les parents moins diplômés et occupant une position sociale moins favorisée¹² (tableau 4.1.1). Une explication en deux temps, mettant en jeu des définitions de l'enfance spécifiques, peut être avancée. Tout d'abord, les classes sociales supérieures et moyennes supérieures entrent dans l'âge adulte de manière plus tardive que les autres catégories sociales (Chamboredon, 1985 ; Galland, 1995 ; 1996 ; Bidart, 2005 ; Van de Velde, 2008 ; Clarke et *al.*, 2008). De plus, les profits sociaux qu'elles tirent d'une formation scolaire plus longue, qui légitime pour les plus diplômés l'institution scolaire et ses catégories, favorise une intériorisation plus forte de la scansion temporelle des âges de la vie proposées, voire imposées, par l'école (Chamboredon, 1991). Les individus présentant ces caractéristiques sont ainsi disposés à intérioriser, plus fréquemment que les représentants des groupes moins favorisés et moins diplômés, les spécificités de l'enfance par rapport aux autres âges de la vie. Par suite, les parents appartenant aux classes supérieures et moyennes-supérieures, cadres et professions intellectuelles supérieures, sont souvent des « technocrates » au sens de Gouldner (1979), c'est-à-dire que sont valorisés dans leur profession les liens entre connaissances, pouvoir et action. Ce rapport à l'organisation du travail ainsi qu'un niveau de diplôme plus élevé, qui dans une certaine mesure accroît le degré de spécialisation (Durkheim, 1922), inclinent à un rapport plus favorable à l'expertise. On observe que ces parents transposent à l'éducation de leurs enfants ce mode de pensée et ces habitudes de travail (Van Zanten, 2009a ; 2009b) ; le recours au pédiatre renvoie alors à une division du travail de puériculture opérante¹³, permise par la proximité sociale et idéologiques entre parents et professionnel de santé, et à un traitement « sur mesure » de l'enfant (Ballion, 1980 ; 1982). À l'inverse, les parents appartenant aux classes sociales les moins favorisées et les moins diplômées anticipent, en partie sur le conseil des professionnels de santé vus à la maternité (Thiaudière, 2005), un recours préférentiel au centre de protection maternelle et infantile (PMI).

¹² Boltanski (1969) note que la reconnaissance de la légitimité du médecin croît avec le niveau d'instruction (1969).

¹³ Voir sur ce point les analyses de Dubet et Martuccelli (1996), sur le partage du travail éducatif entre parents et professeurs, avec lequel on peut dresser un parallèle.

Tableau 4.1.1 Distribution du type de suivi médical prévu, en maternité, pour l'enfant Elfe

	Médecin prévu pour le suivi de l'enfant					Test
	Un généraliste	Un pédiatre	La PMI	Autre	Effectif	
CSP du père						
Ouvrier	51%	33%	15%	1%	2081	0,001
Employé	46%	42%	11%	1%	4221	
Indépendant	48%	41%	9%	1%	1221	
Profession intermédiaire	40%	51%	7%	1%	1561	
Cadre	34%	59%	5%	1%	2556	
Diplôme de la mère						
Sans diplôme, CEP, BEPC	46%	31%	21%	1%	856	0,001
CAP, BEP, Bac professionnel	52%	34%	13%	1%	3204	
Bac général	47%	40%	13%	1%	673	
Bac+2	44%	49%	6%	1%	2625	
> Bac+2	36%	56%	7%	1%	4282	
Parité de la mère						
Primipare	45%	45%	9%	1%	4354	0,001
Multipare	43%	46%	10%	1%	7286	
Revenu fiscal médian/ u.c. (en €)						
13500-17844	52%	39%	7%	1%	3927	0,001
17845-19099	46%	43%	10%	1%	4035	
19100-27500	32%	54%	12%	1%	3677	
Effectif	5072	5280	1128	102	11640	

Source : Elfe, 2017,

Lecture : 51% des pères ouvriers ont prévu de confier le suivi médical de l'enfant à un médecin. La significativité des associations est mesurée au moyen d'un test du Khi-2. L'association statistique entre la CSP du père et le suivi médical prévu est significative au seuil de 0,001.

Cependant, ces effets de position et de dispositions, modèles éducatifs, rapports différenciés aux âges de la vie et à l'expertise, ne se concrétisent qu'à la rencontre d'une offre particulière. La possibilité de recours aux différents médecins est fortement contrainte par l'offre de soins et de services médicaux. Ainsi, la prévision du type de suivi médical est fortement associée au revenu médian par unité de consommation dans la zone d'emploi du père. La consultation des rapports du Conseil national de l'ordre des médecins (2007 ; 2014) montre que, en dépit d'une diminution des écarts territoriaux de concentration des spécialistes (Fauvet, 2012), la densité de pédiatres reste bien plus importante dans les départements où le revenu médian est le plus élevé¹⁴, tels l'ouest de l'Île de France, le Haut Rhin, le Bas Rhin, les Alpes maritimes ou encore la Haute Garonne, la Gironde et les Pyrénées Atlantiques. Les

¹⁴ Source : Insee-DGFiP-Cnaf-Cnav-CCMSA, Fichier localisé social et fiscal 2012.

parents qui travaillent dans des zones où le revenu médian est plus élevé prévoient davantage de recourir à un pédiatre mais également à la PMI dont les centres assurent des services inégaux selon leur situation géographique (Jourdain-Menninger et *al.*, 2006). On observe bien que les parents ajustent leurs attentes en matière de services médicaux aux opportunités qu'offre leur zone d'emploi.

4.1.2. L'initiation effective du suivi médical de l'enfant : la première consultation

Si les effets d'ajustement entre les espérances des parents et l'offre médicale réelle apparaissent très forts, il peut toutefois subsister un écart entre le type de praticien auquel les parents auraient voulu confier le suivi médical de l'enfant et celui qui l'a effectivement pris en charge dans un premier temps. On analyse donc la distribution sociale du recours aux différents types de médecin vu en première consultation (tableau 4.1.2). Afin de faciliter la lecture et en raison de la faiblesse des effectifs de certaines modalités, on regroupe sous l'étiquette « pédiatre » les catégories « pédiatre libéral » et « pédiatre hospitalier » et sous l'étiquette « autre » les catégories « médecin de service d'urgence à domicile », « service d'urgences hospitalières » et « autre spécialiste ». Ainsi, la variable dont on analyse la distribution saisit moins un type de médecin ou de service médical, notamment sous l'angle des modalités d'accès aux professionnels, qu'une expertise particulière¹⁵.

La fréquence à laquelle le type de médecin, auquel les parents pensaient confier la première consultation, est le même que celui qui a effectivement ausculté l'enfant est très élevée, près de 73% des cas (voir les tableaux 4.5.3 à 4.5.8, annexe du chapitre 4). De plus, les plans de suivi médical contrariés ou révisés se distribuent de manière très équilibrée entre les différentes catégories sociodémographiques ; la CSP du père, le diplôme de la mère et sa parité ne sont pas significativement associés aux éventuelles asymétries entre le suivi médical planifié et le suivi médical effectif. En revanche, le revenu médian par unité de consommation de la zone d'emploi des parents est déterminant, notamment travailler (potentiellement, résider) dans une zone où les revenus sont bas limite la possibilité de consulter un pédiatre. Ceci invite à rechercher également les conditions proprement matérielles et circonstanciées de la forme de la première consultation.

¹⁵ En outre, cette catégorisation facilite la comparaison avec la distribution de la variable relative au type de suivi médical prévu pour l'enfant.

Les catégories sociales supérieures, comme elles le prévoient, recourent davantage au pédiatre. Mis à part les indépendants (catégorie agrégée des agriculteurs, artisans et commerçants), qui résident tendanciellement plus souvent dans des zones rurales, la fréquence du recours au pédiatre croît avec la CSP du père et le niveau de diplôme de la mère (tableau 4.1.2) Les plus diplômés ainsi que les cadres et professions intermédiaires, qui sont plus disposés à reconnaître les spécificités physiologiques des nourrissons, ont plus régulièrement les moyens matériels de recourir à ce type de suivi médical plus spécifique pour leur enfant. En revanche, la parité de la mère n'est pas significativement associée au recours à un professionnel plutôt qu'à un autre. L'expérience antérieure particulière de la division du travail de puériculture entre parents et professionnels de santé ne conduit pas systématiquement les parents à privilégier un type de médecin sur un autre : on peut alors penser que la nature des relations entre parents et professionnels de santé est surdéterminée par leur proximité sociale (Roter *et al.*, 1988 ; Willems *et al.*, 2005) et intellectuelle, telle la place accordée à l'enfant et le rapport à l'enfance (Tates & Meeuwesen, 2001).

Comme attendu, plus le revenu médian par unité de consommation dans la zone d'emploi est élevé, plus la fréquence du recours à un pédiatre mais également à la PMI est importante. Notamment, la visibilité sur la possibilité d'un recours à un pédiatre est plus grande pour les parents travaillant dans les zones les plus favorisées (où le niveau de revenu est le plus élevé). En effet, la part des enfants qui ont vu un pédiatre en première consultation, alors qu'il s'agissait du type de suivi médical prévu par les parents, est significativement plus grande chez les enfants dont le père travaille dans une zone où le revenu médian est le plus élevé. De manière générale, plus le revenu médian par unité de consommation de la zone d'emploi du père est élevé, plus la fréquence des enfants connaissant un suivi médical conforme à ce que les parents espéraient est grande.

S'agissant des motifs de la première consultation médicale évoqués par les parents, le début d'une surveillance normale (c'est-à-dire respectant le calendrier proposé par les institutions médicales) constitue la situation la plus fréquente mais des motifs différents ou complémentaires ; une recommandation de la maternité, l'expression d'une inquiétude de la part de la mère concernant son enfant ou l'identification, par la mère, d'un problème de santé ne sont pas quantitativement négligeables. Ces motifs, qui saisissent en partie les circonstances de la première consultation, sont significativement associés au type de suivi médical effectif

de l'enfant. Dans le cas de l'initiation d'une surveillance normale, le recours à un pédiatre est légèrement plus fréquent que le recours à un généraliste, la première consultation est également plus souvent confiée, par les parents, à un pédiatre qu'à un généraliste lorsque la maternité a conseillé un contrôle. Dans les deux cas, les parents suivent un calendrier suggéré par l'institution médicale.

Tableau 4.1.2 Distribution du type de médecin vu en première consultation

	Médecin vu pour la 1ère consultation					Test
	Un pédiatre	Un généraliste	Un médecin de la PMI	Autre	Effectif	
CSP du père						
Ouvrier	28%	53%	13%	6%	2081	0,001
Employé	37%	48%	9%	5%	4221	
Indépendant	36%	51%	9%	4%	1221	
Profession intermédiaire	45%	42%	8%	5%	1561	
Cadre	54%	35%	7%	5%	2556	
Diplôme de la mère						
Sans diplôme, CEP, BEPC	24%	51%	17%	7%	856	0,001
CAP, BEP, Bac professionnel	28%	56%	11%	5%	3204	
Bac général	33%	50%	11%	6%	673	
Bac+2	43%	45%	7%	5%	2625	
> Bac+2	51%	36%	7%	5%	4282	
Parité de la mère						
Primipare	41%	45%	8%	5%	4354	ns
Multipare	40%	46%	9%	5%	7286	
Revenu fiscal médian/ u.c. (en euros)						
13500-17844	32%	55%	7%	5%	3927	0,001
17845-19099	38%	47%	10%	6%	4035	
19100-27500	51%	34%	11%	4%	3677	
Motif(s) de la 1ère consultation						
Début surveillance normale	44%	42%	11%	4%	12880	0,001
Contrôle conseillé par la maternité	46%	36%	11%	6%	5851	
Inquiétude de la mère	30%	53%	6%	11%	3815	
Problème de santé	30%	53%	5%	12%	2174	
Effectif	4665	5316	1056	603		

Source : Elfe, 2017,

Lecture : 53% des enfants dont le père est ouvrier ont vu en première consultation un médecin généraliste. La significativité des associations est mesurée au moyen d'un test du Khi-2. L'association statistique entre la CSP du père et le suivi médical effectif est significative au seuil de 0,001.

4.1.3. La distribution sociale des « inquiétudes » parentales

Les motifs de la première consultation apparaissent très liés à la forme de suivi médical que l'enfant connaît. Dans la mesure où ils mettent en jeu les catégories de perception des parents, il est intéressant d'interroger la distribution sociale de ces motifs. Les questions de l'enquête ne permettent pas d'établir si les éventuels « problèmes de santé » de l'enfant font l'objet d'un diagnostic du médecin ou ont été constatés seulement par les parents. En ce sens ils sont assez indiscernables des « inquiétudes » de la mère qu'ils contribuent à fonder dans la majorité des cas¹⁶.

On constate des associations significatives entre, d'une part, la CSP du père, le niveau de diplôme de la mère, et d'autre part, la déclaration par les parents d'une inquiétude ou d'un problème de santé concernant l'enfant (tableau 4.1.3). Plus la position sociale du foyer est défavorisée plus la mère a tendance à déclarer une inquiétude ou un problème de santé concernant son enfant. Si les conditions matérielles d'existence de la famille ont sans doute un effet sur l'état de santé de l'enfant¹⁷ et par extension sur la perception de cet état par les parents, une part des inquiétudes maternelles (au moins, la différence entre la fréquence des problèmes de santé et celle des inquiétudes déclarées) apparaît liée à des dispositions socialement et scolairement acquises. Notamment, la différence entre le pourcentage d'ouvriers et de cadres faisant état d'un problème de santé de l'enfant est plus faible que la différence entre la part des ouvriers et celles des cadres qui déclarent une inquiétude concernant la santé de l'enfant ; 4 points contre 10 points.

On observe dans des proportions moindre la même asymétrie entre les différentes catégories de diplôme de la mère ; 5 points contre 8 points. Les parents issus des catégories les plus favorisées et les plus éduquées, plus proche de la culture médicale (Boltanski, 1971) et dotés d'un certain « esprit d'examen » (Boltanski, 1969) acquis durant leur socialisation scolaire et/ou professionnelle, sont les plus capables de traduire les « inquiétudes » sous forme de symptômes ou de problèmes de santé. La plus grande prudence dont font preuve les catégories populaires (père employé ou ouvrier) et les mères moins diplômées – qui précipitent plus régulièrement la première visite au motif d'une inquiétude – est cohérente avec les analyses sur les marqueurs sociaux de la « culture risque » (Peretti-Watel, 2005).

¹⁶ Du reste, la déclaration d'une inquiétude ou d'un problème de santé induit indifféremment, lors de l'enquête, une question supplémentaire sur la nature de ces inquiétudes ou problèmes.

¹⁷ Voir sur ce point, notamment Aïach (1987), Golberg *et al.* (2002) et Leclerc *et al.* (2010).

Dans le cas du travail parental de santé, le recours plus pressé au médecin correspondrait à la nécessité sociale de se définir comme de bons parents (Gojard, 2010) malgré des conditions d'existences matérielles plus difficiles et une plus grande difficulté à identifier les signes d'une dégradation de l'état de santé de leur enfant. Ce recours au médecin au motif d'une inquiétude plus fréquent dans les classes populaires peut également renvoyer aux conditions de la relation entre le médecin qui suit l'enfant et les parents, et plus généralement du rapport des parents aux médecins qui tend à être moins positif à mesure qu'ils appartiennent à des catégories sociales moins favorisées. Les tensions entre profanes et professionnels de santé portent généralement sur la division du travail de soin (Cresson & Gadrey, 2004), dans ces conditions les parents issus des catégories populaires afin d'éviter d'éventuelles tensions avec le médecin qui suit l'enfant y aurait recours plus fréquemment lors des premiers mois de l'enfant.

Assez logiquement, l'ensemble des motifs de la première consultation médicale de l'enfant est très associé à son état de santé général tel qu'évalué par la mère, qui n'est lui-même pas socialement situé (tableau 4.5.9, annexe du chapitre 4). Ce qui laisse penser que les parents, sans doute équipés de certains supports de puériculture, évaluent de la même manière, potentiellement conformément aux catégories médicales, l'état de santé général de leur enfant. Cependant, une part des mères qui jugent l'état de santé de leur enfant bon déclarent une inquiétude ou un problème de santé ayant motivé en partie la première consultation. Ainsi, une part des parents a intériorisé un certain « principe de prévention » qui se traduit par un recours plus fréquent à la consultation médicale, c'est-à-dire par une sollicitation plus systématique, au moins dans un premier temps, d'un expert, d'un représentant de la culture savante dominante. Il convient d'interroger la nature de ces inquiétudes car elle renseigne les catégories de perception des parents.

Tableau 4.1.3 La distribution des motifs de la première consultation médicale de l'enfant *Elfe*

	Motif(s) de la 1ère consultation				Effectif
	Début d'une surveillance normale	Contrôle conseillé par la maternité	Inquiétude de la mère	Un problème de santé	
CSP du père					
Ouvrier	81%	36%	30%	16%	2700
Employé	82%	37%	26%	14%	5604
Indépendant	84%	39%	24%	14%	1591
Profession intermédiaire	83%	37%	22%	13%	2126
Cadre	85%	39%	20%	12%	3552
Test	0,001	ns	0,001	0,001	
Diplôme de la mère					
Sans diplôme, CEP, BEPC	82%	38%	29%	17%	931
CAP, BEP, Bac professionnel	81%	37%	29%	16%	3527
Bac général	84%	39%	25%	12%	826
Bac+2	82%	37%	24%	14%	2990
> Bac+2	84%	38%	21%	12%	5125
Test	0,01	ns	0,001	0,001	
Parité de la mère					
Primipare	83%	42%	26%	13%	7156
Multipare	83%	34%	24%	15%	8417
Test	ns	0,001	0,01	0,01	
Revenu fiscal médian / u.c. (en euros)					
13500-17844	81%	33%	27%	15%	4298
17845-19099	82%	36%	25%	14%	4623
19100-27500	85%	43%	21%	13%	4476
Test	0,001	0,001	0,001	0,01	
Santé de l'enfant					
En bonne santé	84%	37%	23%	12%	13555
Plutôt en bonne santé	76%	39%	33%	23%	1864
Plutôt en mauvaise santé	67%	41%	47%	34%	104
En mauvaise santé	58%	38%	46%	48%	50
Test	0,001	ns	0,001	0,001	

Source : Elfe, 2017,

Lecture : les motifs n'étant pas exclusifs les uns des autres, chacun est analysé séparément. 81% des enfants d'ouvriers ont connu leur première visite médicale en raison du commencement d'une surveillance normale. La significativité des associations est mesurée au moyen d'un test du Khi-2. L'association statistique entre la CSP du père et le début d'une surveillance normale est significative au seuil de 0,001.

Une part non-négligeable des parents enquêtés fait état d'une inquiétude ou de la perception d'un problème lié à la santé du nourrisson qui a contribué à entraîner, parfois à précipiter¹⁸, la première consultation. Or, la capacité, des patients (ou ici de leurs parents) à traduire les « sensations morbides » sous la forme de signes intelligibles pour le praticien, c'est-à-dire de développer des catégories de perception et des registres de description compatibles avec la situation de l'examen médical est un indice du rapport des patients à la culture médicale (Boltanski, 1971 ; Rouy, 1971). Ainsi, ces inquiétudes ou problèmes de santé perçus, qui ne sont pas neutres socialement, renseignent le rapport des parents à la culture savante. On étudie donc la distribution sociale des formes d'inquiétude parentale¹⁹ occasionnant une consultation médicale.

Il est intéressant de noter, en premier lieu, que le besoin de conseils nutritionnels (au centre de cette recherche) constitue pour toutes les catégories envisagées la principale source d'inquiétude des mères justiciable d'un recours au médecin (tableau 4.1.4). Par ailleurs, l'expression de ce besoin n'est pas située socialement. En revanche, les primipares sollicitent significativement plus le médecin, que les multipares, afin de répondre à leurs interrogations concernant l'alimentation de l'enfant. De manière analogue, la primiparité de la mère est significativement associée à la sollicitation précipitée du médecin dans le cas de coliques du nourrisson (tableau 4.5.10, annexe du chapitre 4). Les multipares apparaissent significativement plus attentives, plus susceptibles d'interroger un médecin, pour des problèmes respiratoires de l'enfant, un rhume, une rhinite (tableau 4.5.10 en annexe). En revanche, les problèmes de poids de l'enfant, les troubles de l'appareil digestif (régurgitation, constipation, diarrhée), les pathologies ou signes clairement identifiés tels jaunisse, conjonctivite, fièvre et malaise peuvent contribuer à déclencher la première consultation peu importe la parité de la mère (tableau 4.5.11 en annexe). Ainsi, l'expérience du maternage modifie les catégories de perception de l'état de santé de l'enfant par la mère et, dans une certaine mesure, les modalités de la division du travail de puériculture avec les professionnels de santé ; les primipares font appel, au moins dans un premier temps, plus régulièrement au

¹⁸ On dispose de l'âge du nourrisson à la première consultation après son départ de la maternité. Celui-ci est tendanciellement plus bas lorsque les parents font état d'une inquiétude ou d'un problème de santé au cours des deux premiers mois de l'enfant.

¹⁹ La question de la nature des inquiétudes éprouvées par la mère n'a été posée que lorsque celles-ci avaient précipité la première consultation, ou tout au moins constituaient un motif de la première consultation. On analyse donc, ici, uniquement la distribution des inquiétudes parentales ayant influencé le suivi médical de l'enfant. En conséquence, les fréquences relevées peuvent indiquer soit qu'un genre d'inquiétude est moins (ou plus) représenté dans une catégorie sociale que dans une autre soit qu'il donne moins (respectivement plus) lieu à une consultation médicale.

médecin pour résoudre des difficultés auxquelles la médecine n'apporte pas toujours une réponse systématique et qui relèvent de traitements plus individualisés (colique et conseils alimentaires) tandis que les multipares peuvent précipiter tendanciellement davantage la première consultation pour des troubles parfois associés à des maladies chroniques²⁰ ; les problèmes respiratoires peuvent être le signe d'un asthme ou d'un « terrain allergique »²¹ chez l'enfant. La consultation anticipée du médecin pour des problèmes ou des inquiétudes de ce type indique une plus forte intériorisation, ou simplement une meilleure connaissance, des catégories savantes qui se rencontre davantage chez des mères que l'expérience de la maternité a exposé au travail pédagogique d'éducation à la santé effectué par les professionnels du secteur, notamment les médecins.

Une inquiétude concernant le poids de l'enfant est davantage susceptible d'avoir entraîné la première consultation lorsque le père est cadre ou lorsque la mère a un diplôme de niveau supérieur à Bac+2. À l'inverse, les problèmes d'ordre digestif (régurgitation, constipation, diarrhée) contribuent à entraîner plus fréquemment la première consultation lorsque la mère est peu diplômée et, de manière moins significative, quand le père appartient aux catégories populaires ; qu'il est ouvrier ou employé. Les pesées systématiques de l'enfant, par les professionnels de santé, en maternité et lors des visites médicales ainsi que les courbes de croissance staturo-pondérale qui figurent dans le carnet de santé tendent à constituer l'évolution du poids de l'enfant en catégorie d'appréciation pertinente et savante de son état de santé. On peut avancer que les dispositions professionnelles des cadres, souvent amenés dans leur travail professionnel à une « gestion de soi autonome » sur le mode la quantification de soi (ou des autres) (Boltanski et Chiapello, 1999 ; Pharabod et *al.*, 2013), et les dispositions intellectuelles des mères les plus diplômées sont les plus compatibles avec une tendance à la quantification de l'état de santé de l'enfant, à son appréciation préférentiellement chiffrée selon des indicateurs mesurables. La quantification, qui est un préalable à la mesure, rend « naturel » le fait d'appréhender certains phénomènes à l'aide des chiffres, elle engendre ainsi de nouveaux modes d'agir (Desrosières, 2008), éventuellement de nouvelles manières d'évaluer l'état de santé de son enfant.

Les parents qui appartiennent aux catégories les moins favorisées et les moins diplômées sont plus susceptibles de précipiter la première consultation médicale en raison d'une

²⁰ Les maladies chroniques sont des affections de longue durée qui en règle générale évoluent lentement (OMS).

²¹ C'est-à-dire des prédispositions héréditaires à développer des allergies (notamment alimentaires).

inquiétude ou de la perception d'un problème de santé impliquant des signes manifestes, pouvant être perçus sans instrument (pèse-personne ou carnet de santé)²², comme les diarrhées, les épisodes de constipation, un muguet (une infection des muqueuses de la bouche), un rhume ou une rhinite. On peut alors penser que le rapport des parents aux catégories de perception de la médecine s'étend également à ses instruments, l'appropriation des objets techniques servant à la quantification étant fonction des mêmes facteurs que la tendance à quantification (Granjon et *al.*, 2012 ; Pharabod et *al.*, 2013).

Tableau 4.1.4 La distribution des inquiétudes parentales liées à l'alimentation, au poids ou au système digestif de l'enfant Elfe (les colonnes sont indépendantes)

	Besoin de conseils nutritionnels	Problème de poids	Régurgitation	Constipation	Diarrhée	Effectif
CSP du père						
Ouvrier	33%	17%	29%	20%	8%	566
Employé	29%	16%	26%	12%	8%	1050
Indépendant	28%	20%	27%	12%	4%	251
Profession intermédiaire	27%	20%	28%	11%	6%	314
Cadre	30%	23%	27%	9%	5%	456
Test	ns	0,001	ns	0,001	0,1	
Diplôme de la mère						
Sans diplôme, CEP, BEPC	34%	17%	29%	21%	13%	247
CAP, BEP, Bac professionnel	30%	18%	31%	18%	7%	837
Bac général	32%	18%	32%	14%	10%	145
Bac+2	27%	15%	24%	11%	6%	585
> Bac+2	30%	22%	25%	8%	6%	823
Test	ns	0,001	0,05	0,001	0,001	
Parité de la mère						
Primipare	37%	19%	30%	15%	8%	1200
Multipare	24%	18%	26%	12%	7%	1437
Test	0,001	ns	ns	ns	ns	

Source : Elfe, 2017,

Lecture : voir le tableau 4.1.3

²² La température peut être évaluée sans thermomètre ce qui pourrait expliquer que le recours au médecin en cas de fièvre ne soit pas socialement situé.

4.2. Les déterminants de la forme du suivi médical de l'enfant

Les caractéristiques sociodémographiques des parents ainsi que leur perception de l'état de santé de l'enfant sont, comme on l'a montré, fortement associées au type de suivi médical qu'il connaît. Afin de contribuer à préciser les mécanismes que ces associations révèlent, on interroge les effets nets et les effets d'interaction de cet ensemble de variables sur le type de suivi médical que connaît l'enfant. On cherche, notamment, si les effets de chaque caractéristique des parents sont indépendants des modalités que prennent dans le même temps les autres variables. Pour conduire cette analyse on recourt à des modèles Log-Linéaires. Comme l'Analyse des Correspondances Multiples (ACM), le modèle Log-Linéaire est une technique d'analyse des données multidimensionnelles. Le modèle Log-Linéaire s'applique avec profit lorsque l'on dispose de peu de variables, comme c'est le cas ici. Contrairement à l'ACM, le modèle Log-Linéaire explicite les liaisons entre les variables de la table de contingence prises deux à deux et tient compte des liaisons d'ordre supérieur. Il permet en outre d'évaluer la force du lien entre deux variables et ainsi d'esquisser une hiérarchie des effets²³. En contrepartie, cette méthode ne permet de traiter convenablement que des variables catégorielles, on compare donc les associations que les modèles log-linéaires mettent au jour avec les effets qu'explicite un modèle de régression logistique semblable. On cherche notamment l'effet du niveau de revenu du ménage sur les modalités du suivi médical de l'enfant (tableau 4.5.12 en annexe).

Nombre de recherches sur les conditions sociales et économiques d'accès aux soins médicaux souligne le lien entre, d'une part, les revenus de l'individu ou du ménage et, d'autre part, la fréquence des consultations, le recours tendanciel aux médecins spécialistes, l'éventail des types de soins reçus (Van Doorslaer et *al.*, 2000 ; Van Doorslaer & Masseria, 2004 ; Van Doorslaer et *al.*, 2004 ; Van Doorslaer et *al.*, 2006). Dans le cas du suivi médical d'un nourrisson, notamment en raison des conditions de remboursement des examens médicaux obligatoires lors de sa première année, les revenus des parents ne semblent avoir qu'un rôle indirect ; l'effet net du niveau de revenu du ménage sur la probabilité de recourir à un pédiatre ou un autre spécialiste plutôt qu'un médecin généraliste pour suivre l'enfant est nul²⁴ (tableau 4.5.12 en annexe). On se concentre alors sur les déterminants proprement sociodémographiques de l'initiation du suivi médical effectif de l'enfant.

²³ Pour une présentation des modèles log-linéaires voir Vallet (2004).

²⁴ La catégorisation de la variable dépendante, nécessaire à la significativité des coefficients, contribue légèrement à expliquer ce résultat ; pédiatres libéraux et pédiatres hospitaliers n'étant pas distingués.

On considère, dans un premier temps, une table de contingence mettant en jeu quatre variables sous la forme de trois variables traitées comme des variables explicatives d'une quatrième variable à expliquer. Le revenu médian par unité de consommation dans la zone d'emploi (en trois classes) est utilisé comme un indicateur, d'une part, de l'offre de services médicaux disponibles autour du ménage et, d'autre part, des styles de vie moyens au voisinage de la famille. La CSP du père codée en trois modalités (ouvrier ou employé ; indépendant ou profession intermédiaire ; cadre) saisit la position du ménage dans la stratification sociale. Le codage retenu permet de limiter le risque d'enregistrer doublement des effets de style de vie du ménage : les employés, professions intermédiaires et cadres travaillant souvent dans les zones urbaines où le niveau de revenu médian est le plus élevé contrairement aux ouvriers et aux indépendants. Une variable relative au niveau de diplôme de la mère, qui oppose les enquêtées ayant un diplôme d'un niveau supérieur à Bac+2 aux autres enquêtées, saisit des effets de capital culturel de la mère et de proximité aux différentes formes de culture savante. Cette catégorisation paraît la plus pertinente du fait de sa parcimonie et de sa bonne transcription de l'opposition la plus structurante, concernant cette variable, développée dans les analyses précédentes. Enfin, la variable à expliquer qui porte sur le suivi médical effectif de l'enfant est codée en trois modalités : pédiatre ; médecin généraliste et autre.

Comme on cherche à préciser les liens entre les variables explicatives, saisissant le niveau de revenu médian de la zone d'emploi du père (R), sa CSP (P) et le niveau de diplôme de la mère (D), et la variable à expliquer relative aux modalités de suivi médical de l'enfant (Q), il convient d'inclure dans chaque modèle l'ensemble des interactions possibles entre P, R et D, soit le terme {PDR}. On évalue dix-huit modèles dont on présente la synthèse dans le tableau 4.2.1. On constate en premier lieu que le modèle d'indépendance, d'absence d'interaction entre le type de médecin qui suit l'enfant (Q) et les variables explicatives, est très irréaliste (tableau 4.2.1). Il explique moins de 90% des effectifs de la table de contingence initiale, qui correspond à un tableau où toutes les interactions entre toutes les variables sont envisagées, où les effectifs de toutes les combinaisons de modalités sont calculés. Cela confirme que les variables sociodémographiques utilisées (R, P et D) ont un pouvoir explicatif significatif des valeurs que prend Q (le type de médecin qui suit l'enfant). Par suite, l'analyse des modèles 2 à 7 fait ressortir que le niveau de revenu médian par unité de consommation dans la zone d'emploi du ménage (R) constitue le facteur le plus déterminant du type de suivi médical que

connait l'enfant (Q). En effet, la statistique du L2 – la distance entre les effectifs théoriques du modèle testé et les effectifs observés de la table initiale parfaitement estimés par le modèle saturé – du modèle 4 est plus petite que les statistiques du L2 des modèles 2 et 3. Dans le même temps, on observe que la statistique du L2 du modèle 5 est plus petite que celle du modèle 7, elle-même plus petite que celle du modèle 6.

Les modèles que l'on compare ne sont pas emboîtés (à chaque fois un paramètre est substitué à un autre, pas ajouté), on ne peut donc pas tester la significativité de l'amélioration du modèle (c'est-à-dire de la différence de L2). Ceci d'autant plus qu'aucun de ces modèles n'est significativement proche de la table initiale (selon les L2), n'estime vraiment correctement les effectifs observés. Cependant, les modèles mettant en jeu l'interaction entre revenu médian par unité de consommation dans la zone d'emploi du ménage et type de médecin suivant l'enfant sont, selon BIC, plus explicatifs des données que les modèles qui ne contiennent pas cette interaction. Dans ces conditions, l'offre de services médicaux de la zone d'emploi des parents semble bien constituer la contrainte majeure dans la détermination du médecin en charge d'effectuer la première visite médicale de l'enfant. De la même manière²⁵, on constate que le niveau de diplôme de la mère paraît plus déterminant dans le choix du médecin que la CSP du père. On en déduit que la proximité de la mère à la culture savante a un effet plus fort sur la définition du médecin que la distance sociale du ménage aux dépositaires des savoirs médicaux.

En deuxième lieu, il convient d'observer qu'aucun des modèles 1 à 17 n'estime significativement mieux, au sens de la statistique du L2, les données de la table initiale que le modèle saturé (modèle 18). Ce résultat est en partie imputable à la taille des effectifs à laquelle est sensible le L2 mais cela révèle aussi la pertinence du modèle saturé. Afin de déterminer le meilleur modèle (autre que le modèle saturé), on peut se focaliser sur l'indice BIC, qui tient compte du degré de liberté qu'accorde le modèle, c'est-à-dire de sa parcimonie, du nombre de paramètres qu'il mobilise, pour déterminer sa qualité. Le BIC évalue simultanément la précision et la parcimonie d'un modèle. Un BIC négatif indique que le modèle s'ajuste correctement à la table initiale sachant le nombre de paramètres, d'interactions, dont il tient compte. Sur cette base, le meilleur modèle est le modèle 8 qui

²⁵ Les effectifs théoriques des modèles qui tiennent compte de l'interaction {DQ}, l'association du niveau de diplôme de la mère avec le type de médecin en charge d'examiner l'enfant, sont moins éloignés, sur la base des statistiques de L2, des effectifs observés dans la table initiale que les effectifs théoriques des modèles mettant en jeu l'interaction {PQ}.

estime les interactions de chaque variable explicative (P, R et D) avec la variable à expliquer (Q) et l'ensemble de leurs interactions mutuelles (le terme {PDR}). Les variables de niveau de revenu médian dans la zone d'emploi, de niveau de diplôme de la mère et de CSP du père, prise comme un indicateur de la position du ménage dans la stratification sociale, ont chacune un effet net sur le type de suivi médical que connaît l'enfant indépendamment des valeurs que prennent les autres variables. On peut alors penser que les effets de ces variables s'additionnent, cependant, la qualité du modèle 13 indique que l'interaction {PDQ} est significative, soit que l'effet de la position du ménage dans la stratification sociale (P) sur le suivi médical que connaît l'enfant (Q) est conditionné au niveau de diplôme de la mère (D) ou réciproquement que l'effet du niveau de diplôme de la mère (D) sur le suivi médical que connaît l'enfant (Q) est fonction de la position sociale du ménage (P). De plus, le modèle saturé (modèle 18) est le seul capable d'estimer convenablement les données de la table initiale. Il convient donc d'examiner les paramètres de ces modèles.

Tableau 4.2.1 Synthèse des modèles log-linéaires d'estimation de la distribution du type de médecin ayant effectué la première consultation (Q) selon les caractéristiques socioéconomiques des parents (P, D, R)

Modèle	Ddl	L2	Test	Dissimilarity Index	BIC
1 - {PDR, Q}	34	1065.9763	p < 0.0001	10,51%	738,0758
2 - {PDR, DQ}	32	582.1113	p < 0.0001	7,71%	273,4991
3 - {PDR, PQ}	30	659.6264	p < 0.0001	8,75%	370,3024
4 - {PDR, RQ}	30	549.9739	p < 0.0001	8,06%	260,6499
5 - {PDR, DQ, RQ}	28	182.5501	p < 0.0001	4,07%	-87,4857
6 - {PDR, PQ, DQ}	28	425.4182	p < 0.0001	6,55%	155,3825
7 - {PDR, PQ, RQ}	26	258.4873	p < 0.0001	5,02%	7,7398
8 - {PDR, PQ, DQ, RQ}	24	69.4953	p < 0.0001	2,34%	-161,9639
9 - {PDR, PDQ}	24	405.0016	p < 0.0001	6,60%	173,5424
10 - {PDR, DRQ}	24	173.0808	p < 0.0001	4,01%	-58,3784
11 - {PDR, PRQ}	18	241.6707	p < 0.0001	4,94%	68,0763
12 - {PDR, RDQ, PQ}	20	60.2286	p < 0.0001	2,14%	-132,654
13 - {PDR, PDQ, RQ}	20	49.1590	p < 0.001	2,11%	-143,7237
14 - {PDR, PRQ, DQ}	16	51.8258	p < 0.0001	1,82%	-102,4803
15 - {PDR, PDQ, DRQ}	16	39.3887	p < 0.005	1,84%	-114,9174
16 - {PDR, PRQ, DRQ}	12	45.9841	p < 0.0001	1,79%	-69,7455
17 - {PDR, PDQ, PRQ}	12	32.3417	p < 0.005	1,53%	-83,3879
18 - {PDRQ}	0	.	.	.	.

Source : Elfe, 2011

Champ : enquêtés ayant rempli l'ensemble des questionnaires utilisés (n=11640)

Lecture : le modèle {PDR, PQ, DQ, RQ} a 24 degrés de liberté, il est à une distance qui vaut 69.4953 du modèle saturé, cette distance a une probabilité critique de 0,0001 ce qui signifie que cette distance est suffisamment grande pour que l'on considère que ce modèle ne résume pas correctement les données du tableau initial. 2,34% des effectifs théoriques de ce modèle diffèrent des effectifs observés (effectifs du tableau initial). Mais la statistique de BIC de ce modèle vaut -161,9639 ; elle est très négative donc ce modèle si l'on tient compte de sa parcimonie s'ajuste correctement aux données du tableau initial

Afin de visualiser plus simplement les interactions {PDQ} et {PDRQ}, on construit un tableau à entrées multiples qui donne la distribution en pourcentage du recours aux différents types de médecin (Q) selon la CSP du père (P), le niveau de revenu par unité de consommation dans sa zone d'emploi (R) et le niveau de diplôme de la mère (D) (tableau 4.2.2).

Tableau 4.2.2 Type de médecin vu en 1ère consultation selon les caractéristiques socioéconomiques des parents (pourcentages en ligne)

CSP du père	Revenu fiscal médian par u.c. (€)	Diplôme de la mère	Un généraliste	Un autre spécialiste	Un pédiatre	Effectif	Test
Ouvrier et Employé	13500-17844	≤ Bac+2	62%	13%	25%	2481	0,001
		> Bac+2	50%	7%	43%	536	
	17845-19099	≤ Bac+2	53%	14%	32%	2303	0,001
		> Bac+2	42%	12%	46%	632	
	19100-27500	≤ Bac+2	40%	18%	41%	1664	0,001
		> Bac+2	34%	12%	54%	614	
Indépendant et Profession Intermédiaire	13500-17844	≤ Bac+2	57%	8%	35%	808	0,01
		> Bac+2	48%	11%	42%	478	
	17845-19099	≤ Bac+2	51%	11%	38%	796	0,001
		> Bac+2	39%	13%	48%	487	
	19100-27500	≤ Bac+2	41%	13%	46%	563	0,05
		> Bac+2	36%	10%	53%	565	
Cadre	13500-17844	≤ Bac+2	51%	10%	39%	270	0,01
		> Bac+2	44%	5%	52%	438	
	17845-19099	≤ Bac+2	45%	10%	45%	352	ns
		> Bac+2	39%	10%	51%	734	
	19100-27500	≤ Bac+2	39%	13%	49%	408	0,001
		> Bac+2	22%	10%	68%	1302	

Source : Elfe, 2017

Champ : enquêtés ayant rempli l'ensemble des questionnaires utilisés (n=11640)

Lecture : test d'association Khi-2, 62% des enfants dont le père est ouvrier ou employé et travaille dans une zone où le revenu médian par unité de consommation est dans la tranche la plus faible et dont la mère a un diplôme de niveau Bac+2 ou inférieur ont vu un généraliste en première consultation.

Bien que l'association entre le niveau de diplôme de la mère et le type de médecin qui suit l'enfant - l'interaction {DQ} - soit presque toujours significative quelles que soient les modalités prises par R et P, c'est-à-dire, bien que la significativité de l'effet du niveau de diplôme de la mère soit relativement indépendante de la position sociale du ménage ou du niveau de revenu médian de sa zone d'emploi, on observe que cette interaction {DQ} est plus forte aux extrémités de l'échelle sociale considérée. La différence de fréquence de consultation d'un pédiatre, plutôt que d'un autre type de médecin, entre mères possédant un

diplôme de niveau supérieur à Bac+2 et mères moins diplômées est plus grande lorsque le père est ouvrier ou employé et qu'il travaille dans une zone où le revenu médian est faible ou intermédiaire (respectivement +18 points et +14 points). Cette différence est également plus grande lorsque le père est cadre et qu'il travaille dans une zone où le revenu médian par unité de consommation est élevé (+19 points). Toutefois, cette plus grande significativité de l'effet du niveau de diplôme de la mère sur le recours à un pédiatre plutôt qu'à un généraliste aux extrémités de l'échelle sociale semble due en partie à la taille des effectifs. Cette représentation à tout de même l'avantage de montrer l'ampleur de l'écart du recours au pédiatre selon les différentes situations sociodémographiques.

Afin d'évaluer les effets de position sociale, de style de vie et de dispositions culturelles ainsi que leurs interactions sur le type de suivi médical de l'enfant, la quatrième variable explicative du type de médecin ayant fait passer à l'enfant sa première visite médicale – les motifs de la première consultation – a été d'abord écartée des modèles. On a ainsi implicitement supposé que son effet n'était pas conditionné aux valeurs des autres variables explicatives. Pour vérifier l'hypothèse qu'une inquiétude de la mère concernant la santé de son enfant a les mêmes chances de contribuer à déclencher la première consultation peu importe les caractéristiques socioéconomiques du ménage, on teste une série de modèles log-linéaires qui incluent la variable à expliquer Q, les trois précédentes variables explicatives P, R et D ainsi qu'une variable dichotomique I qui saisit si une inquiétude de la part de la mère a contribué à entraîner la première consultation ou non.

Comme pour les analyses précédentes, afin de visualiser la distribution en pourcentages du type de suivi médical initié pour l'enfant, on construit un tableau à entrées multiples (tableau 4.2.3). Lorsque l'on observe la différence de fréquence, à chaque ligne, c'est-à-dire pour chaque combinaison des caractéristiques socioéconomiques du ménage, entre la part des parents ayant recours à un pédiatre quand la mère exprimait une inquiétude et quand elle n'en n'exprimait pas, on constate que seuls deux groupes s'écartent (deux lignes) de l'effet moyen (environ +14 points) qu'à ce motif de première consultation sur le type de médecin qui examine l'enfant. En effet, les ménages de cadres qui sont employés dans une zone où le revenu médian par unité de consommation est faible ou intermédiaire et dont la mère a un niveau de diplôme équivalent ou inférieur à Bac+2 recourent significativement moins au pédiatre lorsque la mère exprime une inquiétude susceptible de précipiter la première consultation (-20 points). Dans le cas où la mère n'exprime pas d'inquiétude particulière

avant la première consultation, ces individus consentissent un effort particulier compte-tenu de leur zone d'emploi est de leurs dispositions culturelles pour recourir à un pédiatre, il apparait qu'il ne leur est plus possible de fournir pareil effort d'organisation lorsque la première consultation est précipitée. Par contraste, les ménages dont le père est cadre, la mère diplômée d'au moins un titre de niveau Bac+3 et qui travaillent dans une zone où le revenu médian par unité de consommation est élevé recourent quasiment autant au pédiatre pour effectuer la première consultation (+6 points) que la mère exprime une inquiétude particulière ou pas.

Tableau 4.2.3 Type de médecin vu en 1ère consultation selon les caractéristiques socioéconomiques des parents et l'inquiétude de la mère (pourcentages en ligne)

CSP du père	Diplôme de la mère	Motif de la 1ère consultation : une inquiétude de la mère					
		Oui			Non		
Revenu fiscal médian / u.c. : 13500-19099 €		Un généraliste	Un autre spécialiste	Un pédiatre	Un généraliste	Un autre spécialiste	Un pédiatre
Ouvrier et Employé	≤ Bac+2	70,27%	9,69%	20,04%	53,00%	14,80%	32,20%
	> Bac+2	60,39%	5,52%	34,09%	40,58%	11,05%	48,37%
Indépendant et PI	≤ Bac+2	63,96%	8,83%	27,21%	50,72%	9,62%	39,66%
	> Bac+2	58,00%	8,50%	33,50%	39,61%	12,42%	47,97%
Cadre	≤ Bac+2	62,91%	9,93%	27,15%	42,89%	9,77%	47,35%
	> Bac+2	52,90%	8,88%	38,22%	36,71%	9,69%	53,61%
Revenu fiscal médian / u.c. : 19100-27500 €							
Ouvrier et Employé	≤ Bac+2	56,48%	12,27%	31,25%	34,33%	20,62%	45,05%
	> Bac+2	48,61%	5,56%	45,83%	29,36%	13,83%	56,81%
Indépendant et PI	≤ Bac+2	54,10%	6,56%	39,34%	36,96%	14,97%	48,07%
	> Bac+2	55,00%	6,00%	39,00%	32,26%	11,40%	56,34%
Cadre	≤ Bac+2	53,19%	8,51%	38,30%	34,71%	13,69%	51,59%
	> Bac+2	30,35%	7,46%	62,19%	20,98%	10,35%	68,66%

Source : Elfe, 2017

Champ : enquêtés ayant rempli l'ensemble des questionnaires utilisés (n=11640)

Lecture : voir le tableau 4.2.2

4.3. L'encadrement de la puériculture domestique

Conjointement à l'intensification et à l'institutionnalisation des entreprises de promotion de la santé en France (Berlivet, 1997), le développement de la presse magazine dans les années 1960 qui accompagne la montée d'une demande socialement située de connaissance des principes de « puériculture légitimes » (Gérôme, 1984), puis d'internet ces deux dernières décennies a largement contribué à l'apparition d'un véritable marché des recommandations de

puériculture, dont les agents et supports ont une légitimité socialement différenciée. Des intermédiaires de la culture savante dominante, des représentants de la puériculture médicalisée, professionnels de santé et presse spécialisée, qui effectuent un travail d'inculcation (Bourdieu & Passeron, 1970) des catégories de la puériculture savante sont parfois concurrencés par des agents, comme les familles des parents, qui proposent d'autres manières de prodiguer des soins à un nourrisson. Notamment, les mères des milieux populaires se réfèrent préférentiellement à leur propre expérience afin de régler leurs pratiques de puériculture (Tillard, 2002 ; Gojard, 2006). Pendant la grossesse, durant la période post-natale, entre les visites chez le médecin, en complément ou en contrepoint des informations de santé délivrée par le personnel médical, les parents peuvent être exposés (voire peuvent solliciter) aux recommandations de puériculture savante de différents supports tels des articles de la presse spécialisée, de sites web consacrés à la santé, de publications institutionnelles mais aussi aux recommandations potentiellement moins savantes de leurs proches ou émanant de divers supports tels des blogs. On analyse dans cette sous-partie la distribution du recours aux différents représentants et supports de la puériculture médicalisée, ainsi que la distribution du recours aux représentants et supports potentiellement concurrents des représentants et supports savants de puériculture. Bien que les supports de puériculture constituent des modalités d'information différentielles en matière de santé de l'enfant, l'analyse des conditions de leur distribution sociale renseigne davantage un rapport particulier au système d'intermédiation qu'ils composent avec les professionnels de santé que le degré d'exposition des parents aux diverses recommandations de puériculture. Le recours à ces supports cristallise des dispositions particulières, tel un intérêt pour une forme médicalisée de puériculture mais également dans une certaine mesure les conditions de formation des parents à la puériculture, notamment médicalisée.

4.3.1. La distribution du recours aux différents supports de puériculture

L'analyse montre que le recours aux différents agents et supports de conseils en matière de puériculture est socialement situé (tableau 4.3.1). À un niveau agrégé, on peut déduire du recours contrasté à ces agents et supports, une hiérarchie socialement différenciée de ces modalités d'information. Une très large majorité des parents enquêtés a reçu des conseils de puériculture provenant de professionnels de la santé, néanmoins cette proportion est plus élevée chez les cadres (92,71%), les indépendants (90,46%) et les ménages où le père appartient aux professions intermédiaires (91,53%) que chez les ouvriers (85,55%) et les

ménages classés dans les autres CSP (85,23%). Concernant ce mode d'information en matière de puériculture, un gradient social assez net apparaît. Le recours aux professionnels de santé semble également corrélé au diplôme le plus élevé que la mère a obtenu, les titres les plus élevés dans la hiérarchie des diplômes étant associés à des recours plus fréquents aux professionnels de santé. Cette distribution du recours aux professionnels de santé est analogue à celle du recours aux supports écrits de puériculture (manuels de puériculture, articles de magazines spécialisés, brochures de la protection maternelle et infantile), ce qui indique que ces supports trouvent un fondement commun à leur légitimité dans les signes de leur proximité à la culture savante officielle telle qu'elle est transmise par l'école.

Les médias numériques (émissions de télévision, sites internet) sont légèrement plus utilisés par les employés (35,25%) et les parents issus des professions intermédiaires (35,64%) que par les indépendants (33,37%), les ouvriers (32,05%) et les parents issus des autres CSP (32,42%). Cette source de conseils est également davantage l'apanage des mères ayant, comme diplôme le plus élevé, un baccalauréat général (38,59%) que des mères diplômées de l'enseignement supérieur (36%) qui y recourent plus que les mères diplômées de l'enseignement technique ou professionnel (31,24%). Ainsi, le recours à ces sources de conseils nécessite des ressources matérielles et des compétences techniques mais témoigne aussi d'un certain éloignement de la culture écrite et des sources de conseils les plus officielles qui se rencontrent tendanciellement davantage chez des individus ayant suivi un cursus scolaire éloigné des standards académiques dominants, tels ceux qui ont connu une entrée précoce dans l'enseignement technique et professionnel. Enfin, les mères dont l'enfant Elfe est le premier enfant (les primipares) recourent plus fréquemment aux conseils d'un professionnel de santé, elles mobilisent également largement plus les autres sources de conseils et se fient moins à leur expérience que les multipares. Les mères ayant déjà élevé un enfant opposent leur expérience aux autres formes d'expertise de manière particulièrement significative.

Une lecture en ligne du tableau 4.3.1 attire l'attention sur le fait que la hiérarchie des différentes sources de conseil est globalement partagée par toutes les catégories. Les professionnels de santé sont les principaux pourvoyeurs de conseils de puériculture, concurrencés uniquement par l'expérience personnelle pour les mères sans diplôme ou titulaires d'un CEP ou du BEPC ainsi que pour les multipares. Les supports écrits de puériculture se substituent aux conseils de la mère pour les cadres, les professions

intermédiaires et chez les mères diplômées de l'enseignement supérieur. Enfin, les médias numériques restent la source la moins utilisée, indépendamment des catégories étudiées, sauf pour les mères les moins diplômées qui la substituent aux supports écrits.

Tableau 4.3.1 Distribution du recours par la mère aux différentes sources de conseils en puériculture selon les caractéristiques sociodémographiques des parents (pourcentages en colonne, colonnes et lignes indépendantes)

	Mère informée sur les soins par					Effectif
	un professionnel de santé	son expérience	un livre, la presse	des médias numériques	sa mère	
CSP du père						
Ouvrier	85%	77%	33%	32%	50%	2159
Employé	89%	76%	40%	35%	46%	5710
Indépendant	90%	79%	42%	33%	43%	1624
Profession intermédiaire	92%	75%	48%	36%	42%	2149
Cadre	93%	74%	49%	34%	36%	3592
Test	0,001	0,001	0,001	0,1	0,001	
Diplôme de la mère						
Sans diplôme, CEP ou BEPC	79%	81%	24%	28%	45%	1169
CAP, BEP ou Bac pro/tech	86%	81%	34%	31%	48%	4283
Bac général	88%	76%	43%	39%	45%	951
Bac+2	91%	75%	44%	36%	44%	3533
> Bac+2	94%	72%	51%	36%	40%	5921
Test	0,001	0,001	0,001	0,001	0,001	
Parité de la mère						
Primipare	94%	56%	50%	39%	52%	7199
Multipare	86%	92%	36%	31%	36%	8514
Test	0,001	0,001	0,001	0,001	0,001	

Source : Elfe, 2017

Champ : enquêtés ayant rempli l'ensemble des questionnaires utilisés (n=15713)

Lecture : voir le tableau 4.1.3

S'agissant des sources des conseils reçus par les pères (tableau 4.3.2), on constate un taux de réponse globalement bien moins élevé que celui des mères (plus de 2 fois plus petit) mais relativement plus faible pour les ouvriers, les employés et les indépendants. Comme les mères, une très large majorité des pères enquêtés déclarent avoir reçu des conseils de la part de professionnels de santé. Toutefois, on observe une légère opposition (significative au seuil

de 1%) entre, d'un côté, les employés, les professions intermédiaires, les cadres, et de l'autre côté, les ouvriers, les indépendants qui indique que le recours à un médecin comme source de conseils en puériculture, possiblement la participation aux visites médicales concernant l'enfant, est fonction du style de vie du ménage plus que de la position dans la stratification sociale. La distribution du recours aux médias numériques (télévision, internet) semble, bien que de manière non-significative, obéir à une logique similaire. Les ménages plus urbains, dont le père a, en raison de dispositions professionnelles, un rapport particulier à l'organisation du travail seraient plus fréquemment favorables à une division du travail de puériculture entre parents et professionnels de santé où le médecin occupe une place de conseiller privilégié (sur les liens entre dispositions professionnelles et modèle éducatif, voir par exemple : Combessie, 1969). En revanche, la mobilisation de leur propre expérience de parent par les pères n'est pas socialement située. Le sentiment de compétence et l'empirisme se retrouve chez près de 60% des pères enquêtés indépendamment de leur CSP. Enfin, le recours aux conseils de la grand-mère paternelle de l'enfant évolue en raison inverse du recours aux supports écrits de puériculture. À mesure que l'on va vers le haut de la stratification sociale, les pères substituent le recours aux supports écrits aux conseils de leur mère.

Tableau 4.3.2 Distribution du recours par le père aux différentes sources de conseils en puériculture selon sa CSP (pourcentages en colonne, colonnes et lignes indépendantes)

	Père informé sur les soins par					Effectif
	un professionnel de santé	son expérience	sa mère	un livre, la presse	des médias numériques	
CSP du père						
Ouvrier	84%	58%	39%	28%	26%	636
Employé	89%	58%	37%	38%	31%	2054
Indépendant	85%	55%	33%	37%	29%	581
Profession intermédiaire	88%	57%	28%	42%	31%	973
Cadre	88%	58%	29%	47%	31%	1749
Test	0,01	ns	0,001	0,001	ns	

Source : Elfe, 2017

Champ : enquêtés ayant rempli l'ensemble des questionnaires utilisés (n=6033)

Lecture : voir le tableau 4.1.3

4.3.2. L'articulation des différents supports de puériculture : les modèles de puériculture

La manière dont les enquêtées articulent le recours aux différents agents et supports de puériculture confère un surcroît d'information sur la légitimité de ces vecteurs de conseils mais également sur les motifs de consultation de ces sources d'information²⁶. On peut ainsi notamment distinguer le rapport des mères aux « systèmes abstraits » (Giddens, 1990), telle la rationalité médicale²⁷, de celui qu'elles entretiennent vis-à-vis des représentants de ces systèmes, tels les médecins. L'analyse du recours simultané aux différents supports de puériculture indique, d'une part les modalités d'informations des mères en matière de nutrition infantile et d'autre part, renvoie aux logiques de réglage de leurs pratiques de puériculture. Dans cette section, on cherche à distinguer les différents modèles de puériculture des mères et à déterminer leur marquage social. Séverine Gojard (2010) identifie trois modèles de puériculture socialement situés. Premièrement, un modèle « au feeling », plutôt caractéristique des multipares appartenant aux catégories supérieures, qui implique une certaine autonomie des mères qui refusent de se conformer à un seul prescripteur (voire un seul type de prescripteur). Deuxièmement, un modèle « à l'ancienne » propre aux classes populaires qui repose majoritairement sur la tradition familiale. Enfin, un modèle « à la lettre », caractéristique des primipares appartenant aux classes supérieures et des mères appartenant aux classes moyennes en ascension sociale, qui consiste en une stricte application des recommandations médicales. Toutefois, l'émergence de l'internet médical a grandement reconfiguré l'offre de conseils en matière de puériculture (chapitres 2 et 3), il convient alors d'intégrer à l'analyse cette potentielle source d'information en matière de puériculture et de réinterroger les modèles de puériculture des mères de l'enquête *Elfe*.

Une classification non-supervisée, selon la méthode des centres mobiles, permet de mettre en évidence des profils de consultation des agents et supports de puériculture, c'est à dire des modèles de puériculture (tableau 4.3.3). Cette méthode de classification non-hiérarchique permet d'ordonner des ensembles volumineux de données mais ne délivre pas automatiquement un nombre optimum de classes, qui doit être déterminé *a priori*. En

²⁶ Il faut noter que le recours aux différents agents et supports de puériculture n'est pas uniformément contraint ; la lecture de magazines spécialisés ou d'articles de presse paraît plus systématiquement active que l'exposition aux recommandations du médecin. Recevoir des conseils en matière de puériculture n'implique pas automatiquement de les avoir sollicités, ni de les suivre.

²⁷ C'est-à-dire l'ensemble institutionnalisé des catégories d'appréciation, d'évaluation, d'identification du pathologique et les procédures d'arbitrage produites par la médecine clinique ainsi que la méthode qui les fonde.

pratique, un algorithme itératif (dit *k-means*) permet de partitionner la population. Dans une première étape, des centres de classe (autant que de classes choisies initialement) sont déterminés aléatoirement, puis chaque individu est affecté au centre le plus proche constituant ainsi des classes. Ensuite, les nouveaux centres de gravité de ces nouvelles classes sont calculés et les individus sont réaffectés selon leur proximité à ces centres. La procédure se poursuit jusqu'à parvenir à des classes stables²⁸. Pour chaque source de conseil, on code 0 le non-recours et 1 la mobilisation de cet agent ou support de puériculture pour chaque individu (s'il déclare avoir reçu des conseils de la part d'un professionnel de santé, la variable correspondante, placée dans l'analyse, vaut 1).

Tableau 4.3.3 Score moyen des sources de conseils en puériculture par cluster

Modèle	Pragmatique	Savant	Familial	Éclectique
Effectif	8329	1165	1561	4802
Cluster	1	2	3	4
Cluster le plus proche	3	4	1	2
Informée par un professionnel de santé	0,8996	0,8481	0,7047	0,9679
S'est fiée à son expérience	0,8750	0,1030	0,2082	0,8940
Informée par un livre ou la presse écrite	0,1323	0,8807	0,2716	0,8688
Informée par des médias numériques	0,0684	0,6180	0,1044	0,8326
Informée par sa propre mère	0,2244	0,0112	0,9616	0,7378

Source : Elfe, 2017

Champ : enquêtés ayant rempli l'ensemble des questionnaires utilisés (n=15857)

Le tableau 4.3.3 donne les scores moyens pour chaque source de conseils selon la classe d'appartenance, plus ce score est proche de 1, plus les individus de la classe ont tendance à recourir à cette source de conseils (agent ou support de puériculture). Le caractère dichotomique des variables classées, autorise à interpréter chaque score comme le pourcentage d'individus de la classe qui recourent effectivement à cette source de conseils. Tous les individus d'une même classe ne recourent pas systématiquement au même ensemble d'agents et de supports de puériculture ; les profils atypiques sont affectés, pendant la procédure de calcul, à la classe dont ils sont le plus proches. À la suite d'une exploration empirique, on opte pour un partitionnement en quatre classes qui présente une certaine

²⁸ Pour une synthèse de la méthode des centres mobiles voir Fischer (2014).

intelligibilité sans que les effectifs ne soient trop dissemblables et respecte les résultats de la littérature en sociologie concernant les modèles de puériculture des parents.

La première classe, qui a le plus gros effectif, regroupe les mères qui privilégient les conseils des professionnels de santé ainsi que leur propre expérience. Ce modèle de puériculture « pragmatique » repose sur une forme de transmission orale des savoirs et la validation des pratiques de puériculture au moyen de processus de type essai-erreur. Les mères appartenant à cette classe ont plus fréquemment que les mères appartenant aux classes 2 et 3 reçu des conseils de puériculture des professionnels de santé (près de 90% des individus de la classe 1 contre respectivement 84% et 70% des individus des classes 2 et 3). Il leur est également arrivé de recourir aux conseils de leurs propres mères (22,4% des individus de la classe 1) mais elles ont bien moins fréquemment que les individus des autres classes lu des manuels de puériculture, des articles de presse (13,2% d'entre elles) ou consulté des médias numériques (seulement 6,8% des individus de la classe 1) ; ces mères apparaissent distantes des différentes normes de puériculture. Ce modèle essentiellement relationnel, qui agrège peu de sources d'information, indique que, pour les parents appartenant à cette classe, les conseils demandés aux professionnels de santé ne concernent pas l'ensemble des pratiques de puériculture et se limitent probablement au traitement des maladies infantiles, à l'évaluation du développement physiologique²⁹ de l'enfant ainsi qu'à la correction de certaines pratiques dans une logique d'ajustement minimal. On peut alors supposer que ces parents font une application souple, voire partielle, des recommandations reçues d'un interlocuteur unique ; le plus souvent le médecin qui suit l'enfant.

La seconde classe, qui a l'effectif le plus faible, renvoie à un modèle « savant » (légitimiste) qui concerne des mères qui valorisent la culture scientifique, préférentiellement écrite. Les individus qui composent cette classe ont reçu un peu moins fréquemment des conseils de la part des professionnels de santé que les individus des classes 1 et 4 (84,8% contre respectivement 89,9% et 96,8%). En revanche, les mères appartenant à cette classe 2 ont très régulièrement lu des manuels de puériculture ou des articles de la presse spécialisée (88% des cas), c'est-à-dire les supports de diffusion habituellement privilégiés de la culture la plus savante mais également la plus dominante, qui dispose des moyens les plus importants de

²⁹ Qui constituent les actes médicaux obligatoires lors de la première année de l'enfant.

diffusion de ces recommandations³⁰. Les individus de cette classe ont, dans une moindre mesure, aussi eu recours aux médias numériques (62% des cas) qui avec les certifications de type HONcode³¹ gagnent en légitimité. Les mères qui mobilisent ce modèle s'inscrivent, très probablement, dans une démarche de rationalisation, de médicalisation de la période post-natale qui témoigne d'un désir de conformité aux recommandations médicales les plus officielles.

La troisième classe saisit un modèle de puériculture « familial », qui se rapproche du modèle « à l'ancienne » (Gojard, 2010), dans lequel l'expérience de la grand-mère maternelle (plus de 96% des mères appartenant à cette classe ont reçu des conseils de puériculture de leur propre mère), le savoir-faire pratique et par extension des formes traditionnelles de puériculture sont valorisés par les parents. Les mères qui développent ce modèle ont plus que les autres eu recours aux conseils de proches ou de leur belle-mère (tableau 4.3.4) Les mères de cette classe ont reçu sensiblement moins fréquemment des conseils des professionnels de santé (70% des cas) que les mères des autres classes. Il a pu arriver qu'elles recourent à des supports écrits (27% d'entre elles) et plus rarement à des médias numériques (10%). Cette classe qui regroupe assez peu d'individus correspond à un modèle apparemment de plus en plus incompatible avec les enjeux contemporains de la prise en charge d'un petit enfant. Il faut également noter qu'il s'agit probablement du type de modèle de puériculture le plus susceptible d'effets différenciés selon les origines sociales des mères. En effet, dans les familles appartenant au haut de la hiérarchie sociale, les conseils reçus des membres de la famille (de la grand-mère maternelle de l'enfant *Elfe*, notamment) sont potentiellement conformes aux recommandations médicales.

Enfin, le quatrième modèle mis au jour par la classification qui implique la mobilisation du plus grand nombre d'agents et supports de puériculture, que l'on qualifie d'« éclectique », semble suggérer une recherche de confirmation, voire de falsification, des recommandations reçues, ou encore d'un seuil de saturation concernant les informations de santé, qui peut être lié à une forme de méfiance à l'égard de certaines sources de conseil. Les mères appartenant à cette classe sont celles qui ont le plus systématiquement reçu des conseils de puériculture de

³⁰ L'édition d'un site web génère un coût financier généralement moins important que la publication d'une revue ou d'un magazine périodique.

³¹ La fondation Health On Net se donne pour objet « de guider les utilisateurs d'Internet vers des sources en ligne d'informations médicales et de santé fiables, compréhensibles et pertinentes [...] La certification HONcode est un engagement moral pour divulguer les informations éditoriales. Il démontre la volonté d'un site à publier de l'information de santé utile, objective, et correcte ». Voir <https://www.hon.ch/home1.html> (consulté le 1/03/2017).

la part des professionnels de santé (96,8% des individus), elles ont également très souvent eu recours à des livres ou des articles de presse (86,9% des individus, à peine moins que les parents qui ont un modèle « savant ») mais aussi à d'autres médias (83,3% des cas), tels les sites web, parfois moins légitimes que les supports écrits de puériculture mais dont l'actualisation est plus fréquente. On peut penser que les parents dont le modèle de puériculture est « éclectique » interrogent la compétence de certains intermédiaires du « système abstrait » médecine tout en entretenant un rapport favorable à la médecine elle-même.

Ces quatre classes sont en affinité deux à deux. La classe 1 et 3 sont plus proche l'une de l'autre que des classes 2 et 4, c'est-à-dire que les individus qui composent la classe 3 rejoindraient la classe 1 si l'on ne ségrégait la population qu'en deux classes. Symétriquement, les classes 2 et 4 sont plus proches l'une de l'autre que des classes 1 et 3. Les individus de la classe 4 rejoindraient la classe 2 dans le cas d'un partitionnement en deux classes. Il est alors possible que des individus passent d'une classe à l'autre sous certaines conditions sociales, que leur modèle de puériculture évolue selon certains facteurs sociodémographiques que l'on tente d'explicitier dans la section suivante.

Tableau 4.3.4 Distribution de chacune des sources de conseil mobilisée par la mère selon son modèle de puériculture (colonnes indépendantes)

Mère informée sur les soins par	Modèle de puériculture de la mère			
	Pragmatique	Savant	Familial	Éclectique
Un pro de santé	90%	85%	70%	97%
Son expérience	88%	10%	21%	89%
Sa mère	22%	1%	96%	74%
Un livre, la presse	13%	88%	27%	87%
Des médias numériques	7%	62%	10%	83%
Son conjoint	13%	15%	24%	26%
Sa belle-mère	12%	11%	37%	34%
Un autre proche	17%	28%	40%	48%
Un gpe de parents	2%	3%	5%	9%
La nourrice	6%	7%	6%	13%
Des voisins	1%	2%	3%	5%

Source : Elfe, 2017

Champ : enquêtés ayant rempli l'ensemble des questionnaires utilisés (n=15857)

Lecture : 90% des mères qui ont un modèle de puériculture pragmatique ont reçu des conseils de puériculture de la part d'un professionnel de santé

La distribution des modèles de puériculture suit celle des sources de conseils considérées individuellement (tableau 4.3.5). La probabilité de recourir à un modèle savant augmente significativement avec le niveau de diplôme de la mère et la position sociale du ménage (saisie au moyen de la CSP du père), les trajectoires scolaires les plus proches des standards académiques dominants favorisent l'intériorisation de la légitimité de la médecine en tant que système abstrait mais aussi de ses intermédiaires les plus officiels. Cette association souligne le caractère distinctif du modèle savant au sein duquel, les mères peu ou pas diplômées sont grandement sous-représentées.

La probabilité de recourir à un modèle familial diminue avec la position sociale du ménage mais pas de manière significative avec le niveau de diplôme de la mère. La fréquence de ce modèle serait alors davantage fonction des ressources matérielles du foyer, peut-être concomitante de formes de solidarité concrètes, que du rapport de la mère à la culture savante. À l'inverse, l'association entre CSP du père et fréquence du modèle pragmatique semble moins forte que celle entre le diplôme de la mère et ce modèle de puériculture. Ainsi, le rapport à la culture savante et à l'intériorisation de ses catégories, fonction de la trajectoire scolaire, apparaît opposé à un exercice plus spontané de la puériculture, qui n'est pourtant pas complètement incompatible avec les dispositions des catégories sociales privilégiées.

La fréquence du modèle éclectique est plus élevée chez les mères titulaires d'un baccalauréat ou d'un diplôme de niveau Bac+2 que chez les mères plus diplômées, diplômées de l'enseignement technique et professionnel ou sans diplôme ainsi que dans les classes moyennes. On peut penser que les trajectoires sociale et scolaire moyennes, au sens de peu fortement valorisées socialement, induisent, d'une part, un rapport distant aux intermédiaires les plus officiels de la culture savante légitime, qui redoublerait le rapport aux professeurs durant la scolarité, d'autre part, une forme particulière d'intériorisation de la légitimité de la médecine pouvant être assimilé à une sorte de « bonne volonté culturelle ».

Tableau 4.3.5 Distribution des modèles de puériculture des mères selon les caractéristiques du ménage (pourcentages en ligne)

	Pragmatique	Savant	Familial	Éclectique	Effectif
CSP du père					
Ouvrier	54,4%	5,1%	12,8%	27,7%	2782
Employé	51,9%	6,7%	10,5%	30,9%	5710
Indépendant	53,9%	6,7%	9,2%	30,2%	1624
Profession intermédiaire	51,0%	8,6%	8,4%	32,0%	2149
Cadre et PIS	52,4%	9,7%	7,7%	30,3%	3592
Test	0,001				
Diplôme de la mère					
Sans diplôme, CEP ou BEPC	60,7%	3,0%	13,9%	22,4%	1169
CAP, BEP ou Bac pro/tech	56,5%	4,9%	10,7%	27,8%	4283
Bac général	49,1%	7,8%	10,0%	33,1%	951
Bac+2	50,8%	7,4%	10,0%	31,8%	3533
> Bac+2	49,6%	9,9%	8,3%	32,2%	5921
Test	0,001				
Parité de la mère					
Primipare	38,9%	12,7%	15,2%	33,3%	7199
Multipare	64,0%	2,9%	5,3%	27,7%	8514
Test	0,001				

Source : Elfe, 2017

Champ : enquêtés ayant rempli l'ensemble des questionnaires utilisés (n=15713)

Lecture : voir le tableau 4.1.3

Enfin, comme attendu, les multipares recourent bien plus fréquemment à un modèle pragmatique (fondé sur l'expérience) et, dans une moindre mesure, à un modèle éclectique qu'aux modèles savant et familial ; il apparaît que la parité constitue le déterminant le plus significatif de la préférence d'un modèle sur une autre. En outre, compte-tenu des affinités entre les modèles de la classification, il apparaît probable qu'au fur et à mesure des naissances, avec l'accroissement de leur expérience du travail parental, les mères tendent à passer d'un modèle savant à un modèle éclectique ou d'un modèle familial à un modèle pragmatique. Séverine Gojard (2010) montre que lorsque le « métier vient », avec l'expérience accrue du maternage, le rapport des mères aux professionnels de santé et aux normes de puériculture évolue. Les conseils savants sont utilisés davantage de manière instrumentale et leur résonance morale tend à être mise à distance. Il convient de noter que le

modèle de puériculture de la mère n'est pas associé au type de médecin prévu ou choisi pour la première consultation médicale de l'enfant.

La méthode de classification retenue ne permet pas de dégager pour les pères des modèles de puériculture stables. L'implication des pères dans les soins apportés au nourrisson est plus faible que celle des mères ; une part importante des pères n'a pas répondu aux questions relatives aux sources de conseil en matière de puériculture et beaucoup de ceux qui y ont répondu ne déclarent qu'une unique source de conseil : un professionnel de santé ou un parent. On croise, alors, les sources de conseils mobilisées par le père avec le modèle de la mère (tableau 4.3.6) afin d'identifier des effets de climat familial. Les types de sources de conseils en puériculture que mobilise le père (ou auxquels il est exposé) sont significativement associés au modèle de puériculture de la mère.

Tableau 4.3.6 Distribution des sources de conseils recueillis par le père de l'enfant selon le modèle de puériculture de la mère (lignes et colonnes indépendantes)

Père informé sur les soins par	Modèle de puériculture de la mère				Test
	Pragmatique	Savant	Familial	Éclectique	
des médias numériques	26%	39%	30%	36%	0,001
un livre, la presse	32%	51%	35%	43%	0,001
un professionnel de santé	85%	90%	89%	88%	0,001
son expérience	64%	46%	47%	57%	0,001
sa mère	34%	33%	47%	37%	0,001
sa conjointe	77%	67%	77%	78%	0,001
Effectif	6548	984	1149	3824	

Source : Elfe, 2017

Champ : enquêtés ayant rempli l'ensemble des questionnaires utilisés (n=12505)

Lecture : pour les mères qui ont un modèle de puériculture pragmatique, 26% des pères ont consulté des médias numériques

4.4. Les déterminants sociaux des modèles de puériculture

Comme pour l'analyse de la distribution des formes de suivi médical de l'enfant, on utilise des modèles log-linéaires pour expliciter l'effet des déterminants sociodémographiques sur le type de modèle de puériculture de la mère. La table de contingence initiale met en jeu quatre variables sous la forme de trois variables traitées comme des variables explicatives d'une quatrième variable à expliquer. La variable dichotomique relative à la parité de la mère (E) enregistre le fait que la mère ait ou non élevé au moins un enfant avant l'enfant Elfe. La CSP du père (P) codée en trois modalités (ouvrier ou employé ; indépendant ou profession intermédiaire ; cadre) saisit la position du ménage dans la stratification sociale. La variable relative au niveau de diplôme de la mère (D), telle que présentée précédemment, oppose les enquêtées ayant un diplôme d'un niveau supérieur à Bac+2 aux autres enquêtées. Enfin, la variable à expliquer qui porte sur le modèle de puériculture de la mère (M) est codée en quatre modalités : pragmatique, savant, familial, éclectique.

Une nouvelle fois, on cherche à préciser les liens entre les variables explicatives, saisissant la parité de la mère (E), la CSP du père (P), le niveau de diplôme de la mère (D) et la variable à expliquer relative au modèle de puériculture de la mère (M), il convient alors d'inclure dans chaque modèle l'ensemble des interactions possibles entre P, D et E, soit le terme {PDE}. On estime dix-huit modèles dont on présente la synthèse dans le tableau 4.4.1. On constate en premier lieu que le modèle d'indépendance (le modèle 2, noté {PDE, M}), d'absence d'interaction entre M et les variables explicatives, est très irréaliste (tableau 4.4.1). Il explique moins de 88% des effectifs de la table de contingence initiale, qui correspond au tableau où toutes les interactions entre toutes les variables sont envisagées. Cela confirme que les variables P, D et E ont un pouvoir explicatif significatif des valeurs que prend M. Par suite, l'analyse des modèles 3 à 8 montre que la parité de la mère (E), c'est-à-dire son expérience du maternage potentiellement opposable à toute autre forme d'expertise est la variable la plus déterminante de son modèle de puériculture (M). En effet, la statistique du L2 du modèle 3 est plus petite que les statistiques du L2 des modèles 4 et 5. Dans le même temps, on observe que la statistique du L2 du modèle 6 est plus petite que celle du modèle 8, elle-même plus petite que celle du modèle 7. On en déduit que ce sont les modèles qui mettent en jeu l'association entre la parité de la mère (E) et son modèle de puériculture (M), c'est-à-dire le terme d'interaction {EM}, qui sont les plus proches de la table initiale. De plus, les modèles 3, 6 et 8 ont un BIC négatif, ce qui signifie que sous l'angle de leur précision considérant leur parcimonie, ils constituent de meilleurs modèles que le modèle saturé. De la même manière, on constate que le niveau de diplôme de la mère est plus déterminant dans la détermination de son modèle de puériculture que la CSP du

père. Les effectifs théoriques des modèles qui tiennent compte de l'interaction {DM}, l'association du niveau de diplôme de la mère avec son modèle de puériculture, sont moins éloignés, sur la base des statistiques de L2, des effectifs observés dans la table initiale que les effectifs théoriques des modèles mettant en jeu l'interaction {PM}. On en déduit que les dispositions culturelles et intellectuelles de la mère contribuent à déterminer son rapport aux intermédiaires et supports de puériculture et ainsi à façonner son modèle de puériculture davantage que les conditions matérielles d'existence du ménage.

En deuxième lieu, on observe que le modèle 17 est le meilleur modèle si l'on se fie à la statistique du L2 ainsi qu'à la part des effectifs observés qu'il estime (plus de 99%). On peut aussi noter que selon le BIC, pertinent lorsque les effectifs sont importants, le modèle 10 est le meilleur modèle du fait de sa parcimonie. Ces deux modèles mettent en jeu l'interaction {EDM}, c'est-à-dire que l'association entre la parité de la mère (E) et son modèle de puériculture (M) est modulée par son niveau de diplôme (D) ou que l'association entre son niveau de diplôme et son modèle de puériculture est fonction de sa parité, de son expérience du maternage. Le modèle 17 contient aussi l'interaction {PDM}, la position sociale du ménage affecte aussi l'association entre le niveau de diplôme de la mère et son modèle de puériculture.

Tableau 4.4.1 Distribution des modèles de puériculture des mères selon les caractéristiques sociodémographiques du ménage (synthèse des modèles log-linéaires)

Modèle	Ddl	L2 (Test)	Indice de dissimilarité	BIC
1 - {EPDM}	0	.	.	.
2 - {EPD, M}	33	1683,057 (0,000)	12,61%	1364,20
3 - {EPD, EM}	30	243,102 (0,000)	3,75%	-46,77
4 - {EPD, DM}	30	1556,465 (0,000)	12,38%	1266,60
5 - {EPD, PM}	27	1597,911 (0,000)	12,63%	1337,03
6 - {EPD, EM, DM}	27	134,680 (0,000)	2,73%	-126,20
7 - {EPD, PM, DM}	24	1518,052 (0,000)	12,35%	1286,16
8 - {EPD, EM, PM}	24	156,811 (0,000)	3,09%	-75,08
9 - {EPD, EM, PM, DM}	21	97,875 (0,000)	2,43%	-105,03
10 - {EPD, EDM}	24	66,780 (0,000)	1,90%	-165,11
11 - {EPD, EPM}	18	124,112 (0,000)	2,62%	-49,81
12 - {EPD, PDM}	18	1502,032 (0,000)	12,35%	1328,11
13 - {EPD, EDM, PM}	18	29,874 (0,039)	1,29%	-144,05
14 - {EPD, EPM, DM}	15	65,101 (0,000)	1,77%	-79,83
15 - {EPD, PDM, EM}	15	81,618 (0,000)	2,22%	-63,32
16 - {EPD, EPM, EDM}	12	19,563 (0,076)	1,20%	-96,38
17 - {EPD, PDM, EDM}	12	14,149 (0,291)	0,93%	-101,80
18 - {EPD, PDM, EPM}	9	48,671 (0,000)	1,59%	-38,29

Source : Elfe, 2011

Champ : enquêtés ayant rempli l'ensemble des questionnaires utilisés (n=15713)

Lecture : voir le tableau 4.2.1

Au moyen de deux tableaux à entrées multiples (tableaux 4.4.2 et 4.4.3), on précise l'effet de l'interaction entre la CSP du père et le niveau de diplôme de la mère sur son modèle de puériculture et l'effet de l'interaction entre la parité de la mère et son niveau de diplôme sur son modèle de puériculture.

Tableau 4.4.2 Association du niveau de diplôme de la mère et de son modèle de puériculture selon la CSP du père (pourcentages en ligne)

CSP du père	Diplôme de la mère	Modèle de puériculture de la mère				Effectif
		Pragmatique	Savant	Familial	Éclectique	
Employé et ouvrier	≤ Bac+2	54,00%	5,22%	11,95%	28,84%	6596
	> Bac+2	47,79%	9,66%	8,89%	33,66%	1812
Test		0,001				
PI et indépendant	≤ Bac+2	54,55%	6,84%	8,60%	30,01%	2209
	> Bac+2	48,99%	9,13%	8,87%	33,01%	1533
Test		0,005				
Cadre	≤ Bac+2	54,41%	7,87%	8,06%	29,65%	1042
	> Bac+2	51,53%	10,51%	7,50%	30,46%	2521
Test		0,1				

Source : Elfe, 2011

Champ : enquêtés ayant rempli l'ensemble des questionnaires utilisés (n=15713)

Lecture : voir le tableau 4.1.3

On observe que la significativité de l'association entre le niveau de diplôme de la mère et son modèle de puériculture décroît à mesure que la position sociale du ménage devient plus favorisée. Notamment, un niveau de diplôme plus élevé, qui peut entraîner un rapport plus favorable à la culture savante et à ses représentants, augmente les chances de la mère d'avoir un modèle savant ou éclectique, plus fortement lorsque le père est ouvrier ou employé (+4,5 et +5 points), que lorsqu'il est indépendant ou appartient aux professions intermédiaires (+2,5 ; +3 points) ou est cadre (+3,5 ; -1 point). Ainsi, lorsque le ménage a une position sociale intermédiaire ou inférieure, le surplus de capital culturel de la mère est susceptible d'entraîner le développement plus fréquent tant d'un modèle savant que d'un modèle éclectique ; les parents qui présentent ces caractéristiques sociales se montrent pareillement enclins à recevoir les catégories de la puériculture médicalisée des sources les plus officielles et les plus légitimes que de sources dominées. Ce qui n'est pas le cas des ménages dont le père est cadre, où un niveau de diplôme de la mère plus élevé n'augmente pas la possibilité de développer un modèle savant ou éclectique, quoi que très peu significativement, mais pas

celle d'un modèle éclectique. Ces parents qui ont une position sociale davantage privilégiée et un certain capital culturel apparaissent très légèrement plus légitimistes et plus sensibles à la qualité des représentants et intermédiaires de la puériculture savante.

Concernant l'interaction {EDM}, on constate que les primipares qui ont un diplôme de niveau supérieur à Bac+2 développent un modèle savant plus fréquemment que celles qui ont un niveau de diplôme inférieur (+12 points) mais surtout, l'effet du niveau de diplôme de la mère sur son modèle de puériculture est presque intégralement dû aux primipares. De surcroît, l'effet de la parité sur le modèle de puériculture est plus fort chez les mères plus diplômées. On en déduit que le modèle de puériculture de la mère saisit les conditions d'une forme de socialisation au métier de mère qui est fonction d'éléments de trajectoire antérieurs, notamment la formation scolaire. L'expérience du maternage remplace progressivement les autres formes d'expertise d'autant plus nettement que les mères ont un niveau de diplôme élevé. En effet, les multipares qui ont un niveau de diplôme supérieur à un Bac+2 ont plus souvent un modèle pragmatique que les multipares qui ont un niveau de diplôme inférieur alors que chez les primipares les mères moins diplômées ont plus fréquemment un modèle pragmatique que les mères ayant un niveau de diplôme supérieur à un Bac+2. Le sentiment de compétence des mères (O'Key & Hugh-Jones, 2010) serait une combinaison de la valeur sociale de leurs parcours scolaire ou professionnelle et de leur expérience du travail parental.

Tableau 4.4.3 Association du niveau de diplôme de la mère et de son modèle de puériculture selon sa parité (pourcentages en ligne)

Parité de la mère	Diplôme de la mère	Modèle de puériculture de la mère				Effectif
		Pragmatique	Savant	Familial	Éclectique	
Primipare	≤ Bac+2	41,69%	9,32%	16,45%	32,53%	4291
	> Bac+2	34,66%	17,57%	13,34%	34,42%	2908
Test		0,001				
Multipare	≤ Bac+2	63,80%	3,19%	6,41%	26,60%	5556
	> Bac+2	64,50%	2,33%	3,31%	29,85%	2958
Test		0,001				

Source : Elfe, 2011

Champ : enquêtés ayant rempli l'ensemble des questionnaires utilisés (n=15713)

Lecture : voir le tableau 4.1.3

Conclusion

La forme du suivi médical des enfants est socialement située. La zone d'emploi, potentiellement de résidence, des parents est déterminante. L'offre de services médicaux, inégalement répartis sur le territoire, constitue une première contrainte à la forme du suivi médical que connaissent les enfants lors de leurs premiers mois. Le niveau de diplôme des mères est associé, d'une part, au type de médecin qui suit l'enfant, d'autre part, aux motifs de recours au médecin. Les mères moins diplômées tendent à précipiter plus fréquemment la première consultation en raison d'une inquiétude concernant leur enfant que les mères plus diplômées. La capacité des mères à s'approprier les catégories ainsi que les registres de perception et d'appréciation de la médecine détermine fortement la forme du suivi médical que connaissent les enfants. Ainsi, le rapport aux différents professionnels de santé est associé à la distance à la culture savante. Notamment, les mères moins diplômées, appartenant aux catégories sociales moyennes et inférieures, se montrent davantage sensibles aux manifestations de l'état de santé des enfants immédiatement visibles.

La forme de suivi médical que connaît l'enfant lors de ses premières années ne constitue pas le seul moment de socialisation des parents à la puériculture savante. L'information en matière de santé, et de puériculture, est disponible sur de multiples supports. Cette multiplication des sources d'information en matière de santé est propice à l'interrogation des différents modes de socialisation aux cultures savantes et des conditions sociales de transmission des éléments constitutifs de ces cultures.

La transmission de savoirs et de techniques par les professionnels de santé relève d'une socialisation par inculcation (Draelants, 2016), c'est-à-dire d'une socialisation méthodique (Durkheim, 1922) par une instance légitime. La socialisation au travail parental au contact des membres de la famille élargie, bien qu'elle puisse être le produit d'intentions pédagogiques explicites de la part des parents des parents (des grands-parents de l'enfant *Elfe*), paraît davantage relever d'une socialisation par imprégnation sur le modèle de l'apprentissage de la langue (Bernstein, 1975). Mais la formation au « métier de mère » par la recherche d'information en matière de puériculture relève à la fois d'une forme de socialisation méthodique par inculcation et d'une forme de socialisation par imprégnation. En effet, les dispositions nécessaires à la recherche d'information en matière de puériculture et

l'identification des supports privilégiés de cette recherche sont acquises à l'école. L'association entre la tendance à développer un modèle de puériculture de type savant ou éclectique et un diplôme de l'enseignement supérieur indique que les dispositions scolairement acquises conditionnent les logiques de réglage des pratiques de puériculture que les mères développent.

Or, les dispositions scolaires, et surtout leur expression dans des situations hors des cadres de l'école, relèvent à la fois de l'inculcation et de l'imprégnation :

« Le système des schèmes de perception et d'appréciation, de jugement et de jouissance qui, acquis dans les pratiques de la vie quotidienne, à l'école, à l'église, sur le marché, en écoutant des cours, des discours ou des sermons, en mesurant des tas de blé ou des pièces de drap ou en résolvant des problèmes d'intérêts composés ou d'assurances maritimes, sont mis en œuvre dans l'existence ordinaire » (Bourdieu & Delsaut, 1981).

Analyser les modèles de puériculture des mères comme des moments de socialisation conditionnés à leur socialisation antérieure permet d'apercevoir la continuité entre transmission par imprégnation et transmission par inculcation et de poser, dans les termes de l'adéquation entre les différents moments de socialisation, la question de la conformité aux recommandations médicales, et par extension celle des conditions de la diffusion d'une culture savante. Dans le chapitre suivant, nous interrogeons les effets propres des modèles de puériculture, ainsi que leurs effets conditionnés à la socialisation scolaire des mères, sur la conformité aux recommandations médicales de la diversification alimentaire des enfants *Elfe*.

Chapitre 5 Les déterminants sociaux de la conformité aux recommandations médicales en matière de diversification alimentaire

Introduction

Ce chapitre est consacré aux conditions sociales auxquelles l'information – en l'occurrence, en matière de puériculture – est susceptible de se transformer en « formation » durable, c'est-à-dire les conditions sociales auxquelles une culture savante peut être intériorisée par ses destinataires et produire des pratiques concrètes. Bien que la période périnatale soit très encadrée par les instances médicales, l'institution médicale ne dispose pas de la même emprise sur les jeunes parents que celle de l'école sur ses élèves. L'analyse de la diffusion de la puériculture médicalisée constitue alors une opportunité de réinterroger les conditions sociales d'une « action pédagogique » efficace¹ (Bourdieu & Passeron, 1970). L'institution médicale n'a pas le pouvoir de sanction dont dispose l'école au travers des évaluations et de l'attribution des diplômes. Par ailleurs, la multiplication des sources d'information en matière de santé a des effets différents sur les attitudes des parents selon leur investissement dans la recherche d'information en matière de puériculture (le chapitre 3 explicite certaines de ces attitudes). Sous l'effet de cet accroissement des sources d'information en matière de santé, lié notamment au développement de l'internet médical, et de l'augmentation de la diffusion de savoirs parcellaires, potentiellement concurrents, qui en est consubstantielle, apparaissent différents modèles de puériculture qui reflètent les rapports socialement différenciés des parents à la culture médicale et à ses représentants (chapitre 4). Les différents modèles de puériculture des mères enquêtées peuvent être analysés comme des moments de socialisation au travail parental dont il convient d'interroger les effets sur l'alimentation des enfants dans la première année (c'est-à-dire sur les pratiques de puériculture des parents) en tenant compte de la socialisation antérieure des mères, notamment leur socialisation scolaire.

Dans ce chapitre, nous mettons en relation les caractéristiques sociales des parents et les modèles de puériculture des mères avec les consommations alimentaires des enfants au cours

¹ Produisant sur les destinataires de cette action pédagogique, les effets attendus par les individus et institutions qui effectuent le travail pédagogique.

de la première année. Nous explorons ainsi, dans une certaine mesure, la deuxième dimension du « *healthism* » (Crawford, 1980), l'accroissement de l'autonomie des profanes par rapport aux dépositaires des savoirs médicaux. Cette plus grande autonomie des parents, qui peut prendre la forme d'une redistribution des tâches au sein de la division du travail de puériculture entre parents et professionnels de santé, permet notamment d'expliquer, autrement que sur le mode de la distance à la culture savante, des pratiques de puériculture qui paraissent non-conformes aux recommandations médicales.

Si l'évolution des recommandations nutritionnelles influence bien la conduite effective de la diversification alimentaire (Gojard, 1999), les parents semblent différemment sensibles à l'intérêt des recommandations médicales selon leurs caractéristiques sociales (Gojard, 2000). Ainsi, des études récentes montrent qu'en France une part importante des nourrissons reçoit une alimentation qui ne respecte pas entièrement les recommandations nutritionnelles des principales sociétés savantes et du Programme national nutrition santé (PNNS), notamment concernant les apports lipidiques au cours de la première année qui sont insuffisants la majorité du temps (Nicklaus, 2016). Plusieurs obstacles à la diffusion de l'éducation à la santé ont déjà été identifiés : la résistance aux interférences des pouvoirs publics (Lupton & Chapman, 1995), le scepticisme à l'égard de la mise en risque systématique des comportements (Abelson et al., 2009 ; Golberg, 1992 ; Paterson et al., 2001) qui caractérise les sociétés modernes (Beck, 1992a) et la méfiance des individus concernant l'information santé elle-même (Schwartz & Borra, 1997 ; Ward & Coates, 2006) qui peut être liée aux incohérences et éventuelles contradictions entre les messages (Nestle, 2003 ; Williams & Calman, 1996). De plus, des recherches ont montré que les différents agents et supports d'éducation à la santé ne sont pas l'objet du même degré de méfiance selon les publics (Dodds et al., 2008).

Cependant, à notre connaissance, il n'existe pas de recherche qui mettent en relation les caractéristiques sociodémographiques des parents, leurs rapports aux professionnels de santé et supports de puériculture et l'alimentation de l'enfant (c'est-à-dire les pratiques de puériculture concrètes des parents). C'est ce que nous nous proposons de faire dans ce chapitre. Nous interrogeons, dans une perspective quantitative, les déterminants sociaux de la conformité aux recommandations médicales relatives à la diversification alimentaire au moyen des données de l'*Étude longitudinale française depuis l'enfance*.

Un espace des recommandations médicales en matière de diversification alimentaire

La recherche des conditions sociales d'une diversification alimentaire conforme aux recommandations savantes demande de pouvoir comparer simultanément le contenu de ces recommandations, l'exposition des parents à ces recommandations et l'alimentation de l'enfant. L'enquête *Elfe* ne renseigne pas la variété des usages qui sont faits des supports de puériculture ni la substance précise des recommandations reçues par chaque parent² mais il est possible de reconstituer le contenu d'une part des recommandations médicales, en en faisant une recension minutieuse dans les principaux supports de puériculture mobilisés par les parents³. Afin de tracer un espace représentatif des recommandations savantes en matière de diversification alimentaire auxquelles des parents attendant un enfant pour 2011⁴ pouvaient, vraisemblablement, être confrontés, un corpus de documents de puériculture a été analysé (manuels de puériculture, articles de presse, sites web orientés santé ou maternage, publications officielles et forums en ligne) dans le but, notamment, de distinguer des recommandations en matière de diversification alimentaire objets d'un consensus fort et des recommandations savantes qui se contredisent (chapitre 2).

Les premières consommations retenues sont l'objet de recommandations médicales concordantes et stables dans le temps ; la consommation de sucre ou de sel est proscrite, la consommation de matières grasses d'origine végétale et la consommation de matières grasses d'origine animale sont très encouragées⁵. Les recommandations discordantes sélectionnées portent sur l'âge optimal d'initiation de la diversification alimentaire qui doit intervenir à 6

² Les données que nous mobilisons ne renseignent pas le détail des conseils que les parents ont reçus de leur famille, de leurs proches ou la nature de l'information qu'ils ont tirée de leur propre expérience. Ce type de contenu est, par ailleurs, bien plus difficilement accessible que les prescriptions délivrées par les professionnelles de santé. On ne peut donc pas analyser la réception d'éventuelles recommandations non-savantes.

³ Les données que nous mobilisons ne renseignent pas le détail des conseils que les parents ont reçus de leur famille, de leurs proches ou la nature de l'information qu'ils ont tirée de leur expérience. Ce type de contenu est, par ailleurs, bien plus difficilement accessible que les prescriptions délivrées par les professionnelles de santé. On ne peut donc pas analyser la réception d'éventuelles recommandations non-savantes.

⁴ Année de naissance des enfants de l'Étude Longitudinale Française depuis l'Enfance.

⁵ Les recommandations produites constituent le point de vue d'un groupe social (les professionnels de la nutrition, de la pédiatrie, de la puériculture) sur ce que fait un autre groupe (les parents) et ce qu'il devrait faire. De plus, les connaissances scientifiques sur la relation entre alimentation et santé reposent sur l'analyse de données d'épidémiologie qui ne peuvent saisir, par définition, que les effets de comportements, déviants ou non, statistiquement observables (Berlivet, 2008). Les savoirs en matière de nutrition pédiatrique, encore très marqués d'incertitudes, sont donc partiellement tributaires des spécificités socio-économiques des populations étudiées. Il en résulte que les recommandations médicales, en matière de nutrition infantile, sont le produit d'interprétations situées et le reflet de certaines habitudes culturelles, ce qui peut avoir une incidence sur leur réception.

mois pour une part importante des spécialistes en 2011 et à 4 mois pour certains experts minoritaires mais relayés par quelques supports de puériculture relativement importants. Dans le corpus, les asymétries d'information sont le plus régulièrement dues aux actualisations des sites web qui ne se conforment pas uniquement aux recommandations des sociétés savantes en matière de diversification alimentaire mais relaient parfois des études et des recherches directement issues de revues académiques, voire des avis d'experts. Les recommandations dominées (les moins officielles) qui ne sont pas pour autant les moins savantes, se trouvent alors davantage disponibles sur les médias numériques (Banti et *al.*, 2016).

Les recommandations médicales en matière de diversification alimentaire sont pour partie différentes de celles adressées au reste de la population. En effet, si la réduction de la consommation de sel et de sucre est encouragée pour toute la population, la consommation de matières grasses est objet de recommandations nutritionnelles plus ambiguës. La majeure partie de la population est invitée par les instances médicales à réduire sa consommation de graisses mais la consommation de certaines matières grasses crues en petites quantités n'est pas formellement proscrite. Pour les nourrissons, l'introduction de matières grasses crues dans l'alimentation avant 1 an est très fortement encouragée. Cette recommandation est alors, dans une certaine mesure, problématique puisqu'elle va à l'encontre d'un principe diététique plus général de réduction de la part des graisses dans l'alimentation. Il en résulte que le gras est perçu par une part de la population comme une source de désordres nutritionnels (Forth, 2012). Il convient donc de distinguer les recommandations médicales en matière de diversification alimentaire 1) concordantes et non-contradictoires aux recommandations nutritionnelles générales (évitement du sucre et du sel lors de la première année de l'enfant) ; 2) les recommandations en matière de diversification alimentaire concordantes mais spécifiques à l'alimentation dans la prime enfance (introduction des matières grasses dans le régime de l'enfant dès le début de la diversification) ; 3) les recommandations en matière de diversification alimentaire discordantes (l'âge d'initiation de la diversification alimentaire).

Afin d'apporter des éléments de réponse à la question des conditions sociales de conformité à différents types de recommandations médicales, nous analysons, dans une première sous-partie, la stratification sociale des consommations, par les nourrissons de l'échantillon, d'aliments qui sont l'objet de recommandations concordantes et stables. Dans une perspective comparative, nous explicitons ensuite les effets propres des caractéristiques sociodémographiques des parents et du recours aux différents modèles de puériculture sur la

probabilité de consommation par leur enfant de matières grasses, de sel et de sucre lors de sa première année. Par suite, nous analysons les conditions sociales selon lesquelles les différents modèles de puériculture produisent des effets sur la consommation de sucre, de sel et de matières grasses par les enfants dans leur première année. Dans une deuxième sous-partie, on regroupe les consommations de matières grasses, de sucre et de sel afin d'analyser la distribution et les déterminants sociaux des formes de diversification alimentaire. Enfin, dans une troisième sous-partie, nous analysons la distribution sociale d'une initiation de la diversification dès 4 mois qui renvoie à des recommandations médicales dominées et moins diffuses mais tout de mêmes savantes. Nous recherchons, les déterminants sociaux d'une initiation précoce de la diversification, afin de préciser les conditions sociales d'une réception différenciée des recommandations médicales contradictoires.

Données du chapitre

Questionnaires Elfe mobilisés

Ce chapitre repose sur l'analyse de données issues de l'Étude Longitudinale Française depuis l'Enfance. Trois questionnaires sont mobilisés : le questionnaire en maternité, le questionnaire aux deux mois de l'enfant et le questionnaire de suivi de la diversification alimentaire⁶. Les données analysées proviennent donc de temps d'enquête distincts : à la naissance de l'enfant, à ses deux mois et, concernant les données relatives à son alimentation, à chaque mois, de son deuxième à son onzième mois. Seuls les cas complets sont retenus pour l'analyse, c'est-à-dire les individus statistiques pour lesquels toutes les variables étudiées prennent une valeur (une modalité) connue. Il n'y a donc pas dans les échantillons étudiés de valeurs manquantes.

Les variables de l'analyse

S'agissant des variables indépendantes (ou explicatives), nous utilisons des variables provenant des questionnaires en maternité et aux deux mois de l'enfant. Une variable quasi-numérique « Revenus » saisit le montant mensuel des revenus du ménage au sein duquel vit l'enfant. Une variable « CSP du père », codée en cinq puis en trois modalités, saisit la

⁶ Pour plus de détails concernant le mode d'administration, la forme et le contenu précis des questionnaires, voir la sous-partie consacrée aux « données » dans l'introduction générale de la thèse.

catégorie sociale du père de l'enfant, une variable « Diplôme de la mère », codée en cinq, trois ou deux modalités, indique le niveau de diplôme le plus élevé obtenu par la mère au moment de l'enquête. Une variable dichotomique « Parité de la mère » indique si la mère a eu au moins un autre enfant avant l'enfant *Elfe*. Une variable « Suivi médical », codée en deux postes, renseigne le type de médecin vu en première consultation (pédiatre et généraliste ou autre spécialiste). Nous recourons à une variable « Modèle de puériculture », qui correspond aux systèmes de professionnels de santé et de supports en matière de puériculture que la mère déclare avoir consulté pour les soins à dispenser à l'enfant, codée en quatre modalités dont les principes de construction et la distribution sont explicités dans le chapitre précédent.

S'agissant des variables dépendantes (à expliquer), nous utilisons cinq variables dichotomiques (correspondant à cinq questions auxquelles il est possible de répondre « non » ou « oui ») qui saisissent une part du profil de diversification alimentaire de l'enfant : 1) L'enfant a-t-il consommé des matières grasses d'origine végétale (huile d'olive, de colza, etc.) lors de sa première année ? 2) L'enfant a-t-il consommé des matières grasses d'origine animale (beurre, crème) lors de sa première année ? 3) L'enfant a-t-il consommé du sucre (en poudre, en morceaux, en adjonction) lors de sa première année ? 4) L'enfant a-t-il consommé du sel (en adjonction) lors de sa première année ? 5) La diversification alimentaire de l'enfant a-t-elle été initiée dès ses quatre mois ?

Pour construire ces variables nous recourons au questionnaire de suivi de la diversification alimentaire. Dans le questionnaire fréquentiel relatif à l'alimentation de l'enfant durant sa première année, on interroge chaque mois les parents sur la fréquence de consommation mensuelle par l'enfant de différents aliments. Pour les adjonctions (sel, sucre, matières grasses), les réponses possibles sont « jamais » (modalité codée 0) ; « parfois » (codée 1) ; « souvent » (codée 2) ; « toujours ou presque toujours » (codée 3). Pour les autres items, les réponses possibles vont de « pas encore introduit » (modalité codée 0) à « tous les jours ou presque » (codée 4), en passant par « une seule fois » (codée 1) ; « plusieurs fois » (codée 2) et « souvent » (codée 3). On construit un score de consommation à un an pour chaque aliment en additionnant les scores mensuels⁷. Pour mesurer le moment d'initiation de la

⁷ En construisant les différents scores de cette manière, on fait implicitement une hypothèse d'équidistance des modalités. Ce qui revient à considérer que le fait d'avoir donné « souvent » un aliment à son enfant plutôt que « plusieurs fois » et équivalent à l'avoir donné « une seule fois » plutôt que de ne « pas [l'avoir] encore introduit ». Ce mode de construction n'affecte pas les variables dichotomisées qui résultent du recodage de ces scores.

diversification alimentaire on construit un score global (qui vaut la somme des scores de quinze items) à 2 mois, 3 mois, 4 mois, 5 mois, 6 mois, 7 mois et 8 mois.

On dichotomise ces variables scores en codant 0 les valeurs inférieures ou égales à 2 et 1 les valeurs supérieures à 2. Ainsi, on considère qu'un aliment a été introduit lorsqu'il a été consommé plus d'une seule fois par l'enfant. De la même manière, on considère que la diversification a été initiée dès lors qu'un aliment a été consommé plusieurs fois par l'enfant ou que plusieurs aliments ont été consommés au moins une fois chacun.

Dans un premier temps, on ne s'intéresse donc pas au moment d'introduction des matières grasses, du sucre ou du sel dans le régime du nourrisson, ni aux quantités consommées. Ce qui ne pose pas de problème compte-tenu de l'objet de ce chapitre. En effet, la consommation de sucre ou de sel sous forme d'adjonction est fortement déconseillée par les supports d'éducation à la santé au moins toute la première année de l'enfant. L'introduction des matières grasses est très encouragée dès les sept mois de l'enfant et, dans l'échantillon étudié, une introduction plus précoce est tout à fait exceptionnelle. Les variables ainsi construites ne conduisent alors pas mécaniquement à une surestimation des pratiques de diversification conformes aux recommandations nutritionnelles savantes.

Description de l'échantillon

L'Étude Longitudinale Française depuis l'Enfance, comme nombre d'enquêtes d'ampleur, subit au fil des temps d'enquête une attrition qui doit être analysée. Si dans un premier temps, lors des entretiens en maternité et aux deux mois de l'enfant, l'échantillon des répondants (échantillon à 2 mois) était représentatif de la population des nouveaux nés et de leurs familles en France, les questionnaires suivants, notamment le questionnaire fréquentiel relatif à l'alimentation de l'enfant au long de sa première année, ont été davantage complétés et retournés par les parents appartenant aux classes supérieures et plus éduquées scolairement (voir le tableau 5).

Dans le chapitre précédent, qui s'intéresse notamment aux « modèles de puériculture » mobilisés par les parents, les pères appartenant à la catégorie des cadres représentaient 22,65% de la population, les employés 36% et les ouvriers 13,62%. Dans le présent chapitre, qui porte sur les déterminants de la diversification alimentaire, ces catégories pèsent

respectivement 27,79%, 34,15% et 10,3% de la population étudiée. La distribution des diplômes des mères est surtout affectée à ses extrémités, les mères titulaires d'un diplôme supérieur à Bac+2 passant de 37,34% à 45,60% de la population et les mères diplômées de l'enseignement professionnel ou technologique (CAP, BEP, Baccalauréat professionnel ou technologique) de 27,01% à 20,02%. Il semble que les classes moyennes (indépendants et titulaires d'un baccalauréat général seul), qui conservent un poids similaire d'un échantillon à l'autre, constituent le pivot autour duquel la population se redistribue au fur et à mesure des temps d'enquête. La part des primipares augmente légèrement à mesure des temps d'enquête (+4 points). Enfin, le poids dans la distribution de chaque modèle de puériculture reste sensiblement le même d'un échantillon à l'autre. Globalement la structure de la population est relativement peu modifiée, on peut déduire, de cette redistribution du poids des catégories retenues, que les parents ayant continué de participer à l'étude, à mesure de l'avancement en âge de leur enfant, sont les plus disponibles, les plus impliqués dans une forme de puériculture médicalisée, les plus intéressés par les recherches scientifiques autour de l'enfance, c'est à dire qu'ils ont des conditions matérielles d'existence et des dispositions particulières que leurs caractéristiques sociales ne saisissent toutefois qu'imparfaitement.

Tableau 5.1 Description et comparaison des échantillons à 2 mois et 11 mois

	Échantillon à 2 mois		Échantillon à 11 mois	
	Effectif	Fréquence	Effectif	Fréquence
Cadre et PIS	3592	22,65%	1908	27,79%
Profession intermédiaire	2149	13,55%	1067	15,54%
Indépendant	1624	10,24%	698	10,16%
Employé	5710	36,01%	2345	34,15%
Ouvrier	2159	13,62%	707	10,30%
Autre CSP	623	3,93%	142	2,07%
> Bac+2	5921	37,34%	3090	45,60%
Bac+2	3533	22,28%	1717	25,34%
Bac général	951	6,00%	405	5,98%
CAP, BEP, Bac pro/tech	4283	27,01%	1357	20,02%
Sans diplôme, CEP, BEPC	1169	7,37%	208	3,07%
Primipare	7199	45,82%	3353	49,17%
Multipare	8514	54,18%	3466	50,83%
Pragmatique	8250	52,50%	3466	51,29%
Savant	1157	7,36%	599	8,86%
Familial	1548	9,85%	566	8,38%
Éclectique	4758	30,28%	2126	31,46%
Effectif	15713		6757	

Source : Elfe, 2011.

Lecture : les cadres et professions intellectuelles supérieures représentent 22,65% de la population de l'échantillon à 2 mois (soit 3592 individus).

5.1. Les conditions sociales de la conformité aux recommandations médicales en matière de diversification alimentaire. Une perspective comparatiste

Dans un premier temps, notre analyse porte sur les recommandations médicales en matière de diversification alimentaire que l'on peut qualifier d'homogènes ou de concordantes. Quels que soient les supports de puériculture consultés, l'introduction des matières grasses d'origine végétale et animale dans l'alimentation de l'enfant avant 1 an est fortement conseillée. Tandis que les adjonctions de sucre et de sel sont proscrites. Cependant, s'agissant des matières grasses, les recommandations spécifiques à l'alimentation infantile, durant la période de diversification alimentaire, peuvent sembler, aux parents, contradictoires aux recommandations valables pour le reste de la population, cristallisées dans les messages du Programme national nutrition santé tel : « Pour votre santé, évitez de manger trop gras, trop sucré, trop salé »⁸. De plus, les graisses, tout comme le sucre (Csergo, 2008)⁹, incorporent une valeur sociale particulière qui est un frein à leur consommation par certaines catégories de la population (Vigarello, 2010). Nous distinguons alors recommandations concordantes spécifiques (introduction des matières grasses dans l'alimentation de l'enfant avant 1 an fortement encouragée) et recommandations concordantes générales (éviction du sel et du sucre en adjonctions lors de la première année de l'enfant).

5.1.1. Les conditions sociales de conformité aux recommandations médicales concordantes. L'introduction des matières grasses, du sel et du sucre

Les fréquences d'introduction des matières grasses d'origine végétale (40%), d'origine animale (47%), de sucre (25%)¹⁰ et de sel (20%) (tableau 5.1.1) indiquent que le degré d'intériorisation des pratiques médicalement souhaitables dépend des aliments : le sel et le sucre sont davantage perçus comme potentiellement nocifs que les matières grasses ne sont vues comme nécessaires (tableau 5.1.1). Le caractère spécifique, aux jeunes enfants, des recommandations relatives aux matières grasses contribue à expliquer cette intériorisation

⁸ Source : PNNS, 2005.

⁹ Le cas particulier de la consommation d'aliments sucrés est développé dans le chapitre 8. Dans le présent chapitre la valeur sociale du sucre, son marquage comme aliment malsain, est en correspondance avec les recommandations nutritionnelles, on ne détaille donc pas davantage.

¹⁰Dans le tableau 5.1.1 on donne la fréquence de la non-consommation de sucre et de sel, c'est-à-dire le pourcentage de pratiques conformes aux recommandations médicales.

moins diffuse, leur consommation étant à limiter pour la population générale quand elle est encouragée, sous certaines formes, pour les nourrissons. Une lecture en colonne du tableau 5.1.1 montre que la conformité aux recommandations nutritionnelles est socialement située mais que la significativité de l'association dépend de la consommation considérée.

La consommation par l'enfant de matières grasses d'origine végétale, de sucre et de sel est très significativement associée à la CSP du père, que l'on peut considérer comme une approximation de la position du foyer dans la stratification sociale. Un gradient social semble se dessiner concernant la consommation par l'enfant de matières grasses d'origine végétale mais concernant la consommation de sucre et surtout de sel, les cadres, les membres des professions intermédiaires et, dans une moindre mesure, les employés se distinguent des ouvriers et des indépendants (agriculteurs et commerçants) qui, par ailleurs, introduisent plus fréquemment que les autres parents des matières grasses dans l'alimentation de leur enfant. On peut imputer ce résultat au style de vie du ménage (citadin, péri-urbain, urbain, travailleur manuel, indépendant ou salarié) qui conditionne sa distance aux catégories de la diététique savante (Grignon & Grignon, 1980). Les ouvriers constituent la catégorie sociale la plus régulièrement éloignée des formes de culture savante (Bourdieu, 1984). Quant aux agriculteurs, ils définissent bien moins fréquemment, que les membres des autres catégories sociales, leurs pratiques par rapport aux formes de culture légitime. La surconsommation relative de sel par les enfants dont le père appartient à ces catégories sociales illustre cet éloignement des recommandations nutritionnelles. Ces groupes sociaux sont également plus enclins à mobiliser des catégories d'appréciation de la qualité des aliments basées sur leur valeur énergétique (Depecker, 2010), ce qui peut expliquer une consommation tendanciellement plus élevée de sucre.

La significativité de l'association entre le niveau de diplôme de la mère et l'alimentation de l'enfant confirme l'effet des dispositions scolairement acquises sur la probabilité de se conformer aux recommandations savantes. Cependant, les fréquences relativement élevées de consommation de matières grasses animales par les enfants dont la mère n'est que peu ou pas diplômée indiquent la possible ambivalence de ces pratiques. À l'image de l'initiation de l'allaitement maternelle (Gojard, 1998 ; Kersuzan et al, 2014) et de sa durée (Wagner et al., 2014), l'introduction dans le régime du nourrisson de matières grasses animales serait pour les mères les moins diplômées liée à une définition plus ancienne des fonctions de l'alimentation

dans la prime enfance, hors des cadres de la nutrition savante, et au contraire pour les mères les plus diplômées, la manifestation d'une forte adhésion aux recommandations médicales.

La possibilité de confier le suivi médical de l'enfant à un pédiatre plutôt qu'à un médecin généraliste est en partie liée à des conditions extérieures au foyer, notamment l'offre de services médicaux à proximité du ménage. En outre, cet acte peut en lui-même révéler un désir des parents de se montrer plus conformes aux recommandations de puériculture dominantes. Cette variable ne saisit donc pas principalement l'effet d'un suivi médical particulier mais la reconnaissance des spécificités physiologiques de l'enfant. En ce sens, le recours au pédiatre traduirait, chez les parents concernés, un « sentiment de l'enfance » (Ariès, 1960) particulier, des définitions de l'enfance socialement différenciées (Chamboredon & Prévot, 1973). Le choix d'un pédiatre plutôt que d'un généraliste pour suivre l'enfant est associé significativement à l'introduction des matières grasses végétales dans l'alimentation de l'enfant pendant la période de diversification, alors qu'il est sans effet significatif sur l'introduction des matières grasses animales, du sucre et du sel. Un investissement particulier dans le suivi médical de l'enfant, une reconnaissance de ces différences avec l'adulte, est donc lié à des apports alimentaires plus conformes aux recommandations spécifiques concernant la diversification alimentaire.

La parité de la mère, le nombre d'enfant(s) qu'elle a mis au monde, est significativement liée à l'introduction de matières grasses d'origine végétale et de sel dans le régime du nourrisson. Les multipares, les mères dont l'enfant Elfe n'est pas le premier enfant, sont tendanciellement moins conformes aux recommandations médicales concernant ces aliments. En ce cas, l'expérience maternelle tendrait à se substituer à l'expertise médicale. Le lien significatif entre le modèle de puériculture de la mère, dont on a montré qu'il est très associé à sa parité, et l'alimentation de l'enfant tend à affiner cette hypothèse. Les enfants dont la mère a un modèle de puériculture de type savant ont une consommation de matières grasses végétales, de sucre et de sel tendanciellement plus conforme à la diététique savante que ceux dont la mère a un autre modèle de puériculture, notamment pragmatique. Il apparaît que la consommation par l'enfant de matières grasses d'origine animale n'est significativement corrélée à aucune caractéristique sociodémographique des parents. Seul le modèle de puériculture de la mère influence cette consommation ; un modèle de type éclectique étant associé à une consommation de matières grasses d'origine animale plus fréquente. Ce résultat montre que les matières grasses d'origine animale sont moins justiciables d'une analyse en

termes de proximité à une forme de culture savante que ne le sont les autres consommations étudiées.

Tableau 5.1.1 Introduction des matières grasses, du sucre et du sel dans le régime alimentaire de l'enfant selon les caractéristiques sociales des parents (pourcentages en colonne)

	mg végétales avant 1 an	mg animales avant 1 an	pas de sucre avant 1 an	pas de sel avant 1 an	Effectif
PCS du père					
Ouvrier	28%	44%	72%	76%	678
Employé	36%	46%	74%	80%	2256
Indépendant	42%	48%	71%	75%	666
Profession intermédiaire	40%	47%	78%	82%	1037
Cadre	47%	47%	76%	83%	1843
Test	0,001	ns	0,01	0,001	
Diplôme de la mère					
Sans diplôme, CEP, BEPC	36%	49%	62%	61%	185
CAP, BEP, Bac professionnel	29%	47%	71%	76%	1278
Bac général	32%	47%	74%	80%	390
Bac+2	37%	47%	75%	81%	1639
> Bac+2	47%	46%	77%	83%	2988
Test	0,001	ns	0,001	0,001	
Parité de la mère					
Primipare	44%	46%	76%	83%	3151
Multipare	36%	47%	74%	78%	3329
Test	0,001	ns	ns	0,001	
Médecin vu en 1ère consultation					
Généraliste	33%	45%	75%	80%	2915
Autre	43%	46%	74%	79%	607
Pédiatre	46%	47%	76%	81%	2841
Test	0,001	ns	ns	ns	
Modèle de puériculture de la mère					
Pragmatique	37%	45%	75%	79%	3330
Savant	45%	47%	81%	86%	580
Familial	41%	43%	72%	82%	540
Éclectique	43%	50%	74%	80%	2030
Test	0,001	0,01	0,05	0,01	
Ensemble	40%	47%	25%	20%	6480

Source : Elfé, 2011.

Lecture : 28% des enfants dont le père est ouvrier ont reçu des matières grasses d'origine végétale lors de leur première année. La significativité des associations est mesurée au moyen d'un test du Khi-2.

L'association statistique entre la CSP du père et l'introduction des matières grasses végétales dans l'alimentation de l'enfant est significative au seuil de 0,001

Champ : ensemble des enquêtés ayant répondu à toutes les questions utilisées dans cette analyse (n=6480).

Comme souligné au chapitre 4, il existe une corrélation significative entre la position sociale du ménage, le niveau de diplôme de la mère, sa parité et son modèle de puériculture. On peut, alors, se demander si les associations mises au jour entre les pratiques de diversification des parents et leurs caractéristiques sociodémographiques constituent des effets substituables (la position sociale du foyer ou le modèle de puériculture de la mère saisirait partiellement le niveau de diplôme de la mère, ce qui expliquerait leur corrélation à l'alimentation de l'enfant), ou des effets qui se complètent ou s'additionnent.

5.1.2. Les déterminants sociaux de la conformité aux recommandations nutritionnelles

Afin de saisir les effets propres de chacune des caractéristiques sociales des parents sur la conformité aux recommandations nutritionnelle de l'alimentation de l'enfant, nous recourons aux modèles log-linéaires de quatre tableaux de contingence croisant la CSP du père (P), le niveau de diplôme de la mère (D), son modèle de puériculture (M) et une variable à expliquer relative à l'introduction d'un aliment dans le régime du nourrisson : respectivement, les matières grasses végétales (H), les matières grasses animales (B), le sucre (S) ou le sel (T). Ce type de modélisation a l'avantage d'autoriser le traitement simultané de l'ensemble des variables et de leurs interactions (Agresti *et al.*, 1990). En demeurant attentifs aux remarques relatives à la corrélation fréquente entre les variables explicatives traditionnellement utilisées en sociologie (Abbott, 2001), nous avons construit des modèles parcimonieux, vérifié l'absence de colinéarité entre les variables qui les composent et veillé empiriquement à une relative indépendance des variables explicatives¹¹. Notamment, on opte pour des variables CSP du père et Niveau de diplôme de la mère codées respectivement en trois modalités

¹¹Habituellement, la sociologie de l'alimentation, à la suite de la sociologie des pratiques culturelles inspirée par les recherches de Pierre Bourdieu, recourt aux techniques d'analyse géométrique des données (voir notamment Plessz, 2013). Ces méthodes recherchent une correspondance entre des positions dans un espace social multidimensionnel (dans un plan factoriel) et des consommations ou des pratiques (généralement projetées en variables supplémentaires qui ne participent donc pas à la construction du plan), leur pertinence croît à mesure que le nombre des consommations ou des pratiques étudiées augmente, que le système des oppositions, telles « produits frais [contre] conserves, produits réputés légers et amincissants [contre] produits censés faire grossir » (Grignon, 1988) se complète, que les pratiques (culturelles, alimentaires, etc.) sont stylisées. Une telle démarche paraît donc peu adaptée à la comparaison de plusieurs variables dépendantes.

(ouvrier-employé ; indépendant-profession intermédiaire ; cadre) et deux modalités (>Bac+2 ou ≤Bac+2) qui saisissent respectivement la position sociale du ménage et la distance de la mère aux différentes formes de culture savante, notamment la culture médicale. Par ailleurs, on inclut dans les modèles une variable relative au modèle de puériculture de la mère mais pas la variable « parité de la mère » avec laquelle elle est très corrélée et qui est plus difficilement interprétable. Une attention particulière est donc portée aux propriétés sociales des mères dont il est socialement attendu d'assurer, encore, essentiellement seules le maternage (De Vault, 1991) et qui de fait assument généralement cette fonction y compris dans le cas de couples à deux apporteurs de revenu (Lesnard, 2008)¹².

Dans la mesure où il s'agit, une fois encore, d'expliquer les variations sur une variable (l'introduction de chaque aliment dans le régime du nourrisson) en fonction des trois autres (P, D et M), tous les modèles log-linéaires pertinents incluent la totalité des effets relatifs aux variables P, D et M, c'est-à-dire en définitive le terme {PDM}. De cette façon, l'analyse prend totalement en compte les corrélations qui existent entre les trois variables explicatives. Chaque modèle peut s'exprimer en termes « d'effets » qui s'exercent sur l'introduction des aliments et il s'agit de sélectionner le modèle qui, tout en étant le plus simple possible, s'ajuste correctement au tableau initial. On teste 17 modèles pour chaque variable à expliquer (H, B, S et T), soit 68 modèles au total. Dans un premier temps, on présente les caractéristiques synthétiques des modèles d'indépendance des variables à expliquées (H, B, S et T) et des modèles d'effet net de chaque variable explicative (P, D et M) prise une à une, puis deux à deux, sur les variables à expliquer (tableau 5.1.2). Le modèle de base suppose que ni la CSP du père, ni le niveau de diplôme de la mère, ni son modèle de puériculture ne sont liés à l'introduction des différents aliments dans le régime de l'enfant. Les autres modèles autorisent l'effet d'une variable parmi les trois puis de deux. Les modèles d'indépendance sont très éloignés de la réalité : ils sont très distants de la table de contingence initiale¹³, les variables retenues ont donc un réel pouvoir explicatif. En outre, l'examen des valeurs de L2, c'est-à-dire la distance à la table de contingence initiale, pour les différents modèles indique que l'association prédominante avec la variable à expliquer est celle du niveau de diplôme pour l'introduction des matières grasses végétales, du sucre et du sel. Pour l'introduction des matières grasses animales, c'est le modèle de puériculture de la mère qui est le plus déterminant. Pour l'introduction du sucre et du sel, l'association entre modèle de puériculture de la mère et variable à expliquer est la deuxième plus forte. Tandis que pour l'introduction des matières grasses d'origine végétale comme animale c'est la CSP du père qui suit la variable la plus déterminante. L'examen des paramètres

¹² Nous traitons la problématique de la division du travail domestique dans le chapitre 7.

¹³ On utilise la statistique de khi-2 du rapport de vraisemblance notée L2.

des modèles log-linéaires présentés permet d'expliciter davantage la force et la structure de ces associations.

Pour chaque variable dépendante, introduction des matières grasses végétales (H) animales (B), du sucre (S) et du sel (T), on recherche le meilleur modèle sur la base du L2. Nous suivons une procédure simple, chaque modèle est comparé à un modèle de référence qui inclut l'interaction entre toutes les variables explicatives (qui neutralise les effets qu'elles ont les unes sur les autres) et un terme d'interaction entre la variable à expliquer (H, B, S ou T) et la variable explicative qui a l'effet le plus fort sur la variable à expliquer. Pour l'introduction des matières grasses végétales (H), du sucre (S) et du sel (T), la variable la plus explicative est le niveau de diplôme de la mère (D). Pour l'introduction des matières grasses animales (B), la variable la plus explicative est le modèle de puériculture de la mère (M). Afin de mesurer si l'ajout à un modèle de référence d'un terme d'interaction supplémentaire améliore significativement la qualité d'ajustement de la modélisation, on cherche si la différence de leur déviance (L2) respective est significative¹⁴ (Tableaux 5.1.2 et 5.1.3).

S'agissant de l'introduction des matières grasses d'origine végétale (H) ajouter, à l'effet du diplôme de la mère, l'effet du modèle de puériculture de la mère – passer du modèle {PDM, DH} au modèle {PDM, DH, MH} – améliore significativement l'ajustement de la modélisation ($p \leq 0,001$). Ajouter l'effet de la CSP du père, passer au modèle {PDM, PH, DH, MH}, améliore également la qualité de la modélisation ($p \leq 0,001$). Chacune des caractéristiques sociales des parents a un effet sur l'introduction des matières grasses d'origine végétale dans l'alimentation des enfants avant 1 an. Suivant la même procédure, nous établissons que le modèle le plus explicatif de l'introduction des matières grasses d'origine animale ne contient que l'effet du modèle de puériculture de la mère, soit la modélisation {PDM, MB}. Les modélisations les mieux ajustées aux données de la table initiale pour l'introduction du sucre et du sel mettent en jeu le niveau de diplôme de la mère ainsi que son modèle de puériculture, soit les modèles {PDM, DS, MS} et {PDM, DT, MT}. On en déduit que la position du ménage dans la stratification socioéconomique (au prisme de la CSP du père) est sans effet sur la plupart des consommations alimentaires de l'enfant. Dans la suite de cette section, nous détaillons l'effet

¹⁴ En pratique, quand deux modèles sont tels que l'un deux (ici le modèle à tester) comprend tous les effets inclus dans l'autre (le modèle de référence) auxquels s'ajoutent un (ou plusieurs) effet(s) supplémentaire(s), on a : déviance (modèle de référence) > déviance (modèle à tester) et ddl (modèle de référence) > ddl (modèle à tester). Sous l'hypothèse nulle H0 de nullité, dans la population, des effets inclus dans le modèle à tester et non dans le modèle de référence, la différence déviance (modèle de référence) – déviance (modèle à tester) est distribuée asymptotiquement selon une loi de khi-2 pour un nombre de degrés de liberté égal à ddl (modèle de référence) – ddl (modèle à tester). On conclura donc à la significativité des effets supplémentaires inclus dans le modèle à tester si la différence des déviances est significativement grande.

des caractéristiques sociales des parents, de la mère surtout, sur l'introduction des matières grasses, du sucre et du sel dans le régime de l'enfant avant 1 an.

Un niveau de diplôme de la mère élevé (>Bac+2) favorise la consommation de matières grasses d'origine végétale par l'enfant lors de sa première année. De manière générale, le niveau de diplôme de la mère apparaît, toutes choses égales par ailleurs, comme une des variables les plus déterminantes dans la probabilité de conduire la diversification alimentaire de l'enfant conformément aux recommandations médicales dominantes ; introduction des matières grasses végétales dans l'alimentation de l'enfant dès sa première année et éviction du sucre et du sel de son régime (tableau 5.1.2). On observe bien une hiérarchie des pratiques de diversification, homologue à la hiérarchie des diplômes, qu'on peut imputer aux effets de l'appropriation d'une culture savante qui se retrouve tendanciellement plus souvent chez les mères les plus éduquées scolairement. En effet, la connaissance et le respect des messages nutritionnels (notamment, ceux du Programme national nutrition santé) augmentent avec le niveau de diplôme des individus (Guilbert et *al.*, 2002 ; Escalon et *al.*, 2009). L'absence d'effet significatif sur l'introduction des matières grasses animales paraît alors devoir s'expliquer par le rapport ambivalent aux graisses des catégories supérieures qui concernerait donc plutôt les matières grasses animales. Pour évaluer la vraisemblance d'une telle hypothèse, il conviendrait de mettre en rapport l'introduction de matières grasses d'origine végétale et celle de matières grasses d'origine animale ainsi que d'évaluer le degré de substituabilité de ces aliments dans le régime du nourrisson selon les caractéristiques sociales des parents, ce que nous essayons de faire dans la section 5.4 de ce chapitre (*infra*).

Une fois contrôlé l'effet des autres variables du modèle, on constate que les enfants dont le père appartient à la catégorie des employés ou ouvriers ont une probabilité plus faible que les enfants de cadres de consommer des matières grasses d'origine végétale lors de leur première année. L'effet de la position sociale du foyer sur les autres consommations a disparu. Cette propension à proposer une diversification alimentaire correspondant davantage aux recommandations médicales les moins intériorisées peut s'expliquer par la proximité sociale entre les médecins, premiers pourvoyeurs de conseils en matière de puériculture savante, et les familles issues des catégories sociales supérieures. Une hypothèse courante est que les recommandations médicales sont accueillies plus favorablement quand la distance sociale entre parents et dépositaires des savoirs médicaux est plus faible (Serre, 1998 ; Camus & Oria, 2011).

Pour la mère, avoir un modèle de puériculture savant est lié à une probabilité plus grande de se conformer aux recommandations médicales concernant les matières grasses végétales, le sucre et le sel. Ainsi, l'investissement dans une forme médicalisée de puériculture n'est pas entièrement saisi au travers du niveau de diplôme ou de la position sociale. Le modèle de puériculture de la mère apparaît comme un déterminant propre de la diversification alimentaire que l'enfant connaît. Par ailleurs, un modèle de puériculture de type éclectique, plutôt que pragmatique, a un effet net positif, très significatif, sur la consommation de matières grasses animales mais pas sur la consommation de sel et de sucre. On en déduit que cette forme d'investissement dans la recherche d'information en matière de puériculture a un effet net sur la conformité aux recommandations médicales en matière de diversification alimentaires concordantes mais spécifiques à l'alimentation infantile. Il semble également que la consommation de matières grasses végétales ne relève pas tout à fait des mêmes déterminants que la consommation de matières grasses d'origine animale. Les matières grasses animales apparaîtraient à certains parents, notamment ceux qui investissent les supports de puériculture les plus légitimes, plus incompatibles avec une alimentation conforme aux principes de la diététique savante¹⁵.

Les effets identifiés soulignent l'existence de liens tendanciels entre, d'une part, la position sociale des parents, le degré d'instruction de la mère, son expérience du maternage, le type de médecin suivant l'enfant, le modèle de puériculture retenu (c'est-à-dire la nature de l'investissement dans le suivi médical de l'enfant) et, d'autre part, la conformité aux recommandations médicales en matière de nutrition infantile. On peut faire l'hypothèse que les propriétés socioéconomiques du ménage ne constituent pas des déterminants directs de la conformité aux recommandations nutritionnelles mais captent, partiellement, un système de dispositions (Bourdieu, 1979), que certains modèles de puériculture activent. Il convient alors d'explicitier la structure des interactions entre ces variables et l'effet de ces interactions sur la diversification alimentaire de l'enfant.

La principale difficulté concernant l'effet potentiel de la forme et de l'intensité de la recherche d'information en matière de santé sur les pratiques de santé réside dans le fait que les caractéristiques socioéconomiques qui expliquent les modalités de la recherche d'information en matière de santé sont les mêmes qui expliquent les pratiques de santé. Un

¹⁵ Cette question est davantage explorée dans le chapitre 8.

plus haut niveau de diplôme est associé à une probabilité plus importante de développer certaines pratiques en matière de santé (ou d'alimentation) et est également associé à une recherche d'information en matière de santé plus intense¹⁶. L'analyse doit alors tenir compte des dispositions antérieures des parents et comprendre la carrière scolaire et la recherche d'information en matière de puériculture comme des moments différents de socialisation à la culture savante. Les dispositions constituées durant la carrière scolaire ont un effet sur la forme de l'investissement dans la recherche d'information en matière de puériculture (le modèle de puériculture de la mère) mais également sur l'utilisation de l'information reçue (interaction entre le niveau de diplôme de la mère et son modèle de puériculture). La section suivante explicite ces effets.

¹⁶ Il s'agit d'un problème d'endogénéité assez ordinaire qui peut se résoudre d'un point de vue technique en recourant à des méthodes statistiques appropriées comme l'utilisation de variables instrumentales. Toutefois, les variables catégorielles se prêtent mal à ce type de procédure. De surcroît, il est tout aussi intéressant d'analyser l'effet différencié de l'investissement dans la recherche d'information en matière de santé selon les autres caractéristiques sociales des individus.

Tableau 5.1.2 Effets des caractéristiques sociales des parents sur la probabilité d'avoir introduit dans le régime de l'enfant des matières grasses, du sucre et du sel (synthèse des modèles log-linéaires)

Modèle	Ddl	L2 (Test)	Dissimilarity index	BIC
mg végétales avant 1 an				
{PDM, H}	23	200,452 (0,000)	7,29%	-1,4066
{PDM, DH}	22	77,852 (0,000)	4,15%	-115,2302
{PDM, PH}	21	121,124 (0,000)	5,31%	-63,1815
{PDM, MH}	20	172,273 (0,000)	7,12%	-3,2562
{PDM, PH, DH}	20	49,837 (0,000)	3,33%	-125,6921
{PDM, DH, MH}	19	53,731 (0,000)	3,53%	-113,0216
{PDM, PH, MH}	18	91,756 (0,000)	4,86%	-66,2203
mg animales avant 1 an				
{PDM, B}	23	33,1789 (0,078)	2,86%	-167,2825
{PDM, DB}	22	32,492 (0,069)	2,75%	-159,2541
{PDM, PB}	21	29,727 (0,098)	2,61%	-153,3028
{PDM, MB}	20	21,085 (0,392)	2,10%	-153,2296
{PDM, PB, DB}	20	27,884 (0,112)	2,51%	-146,4305
{PDM, DB, MB}	19	20,285 (0,378)	2,08%	-145,3132
{PDM, PB, MB}	18	17,656 (0,479)	1,87%	-139,227
pas de sucre avant 1 an				
{PDM, S}	23	41,934 (0,009)	2,88%	-158,5272
{PDM, DS}	22	22,054 (0,457)	1,87%	-169,6921
{PDM, PS}	21	37,545 (0,015)	2,59%	-145,4851
{PDM, MS}	20	27,961 (0,110)	2,51%	-146,3538
{PDM, PS, DS}	20	21,527 (0,367)	1,82%	-152,7875
{PDM, DS, MS}	19	9,795 (0,958)	1,31%	-155,804
{PDM, PS, MS}	18	24,125 (0,151)	2,14%	-132,7582
pas de sel avant 1 an				
{PDM, T}	23	60,537 (0,000)	3,26%	-139,9249
{PDM, DT}	22	27,621 (0,189)	2,00%	-164,1249
{PDM, PT}	21	47,347 (0,001)	2,69%	-135,6833
{PDM, MT}	20	44,410 (0,001)	2,96%	-129,9043
{PDM, PT, DT}	20	23,872 (0,248)	1,88%	-150,4422
{PDM, DT, MT}	19	13,4010(0,817)	1,32%	-152,1976
{PDM, PT, MT}	18	31,363 (0,026)	2,28%	-125,5199

Source : Elfé, 2011.

Note : P correspond à la CSP du père, D au niveau de diplôme de la mère, M à son modèle de puériculture, H à l'introduction des mg végétales, B des mg animales, S du sucre et T du sel.

Lecture : concernant l'introduction des mg végétales, le modèle {PDM, PH, MH} a 18 degrés de liberté, et n'explique que 95,14% des données du tableau initial. Il est à une distance significative ($p < 0,0001$) de la table initiale (qui implique toutes les interactions possibles entre toutes les variables, résumées par le modèle saturé).

Tableau 5.1.3 Synthèse des modèles log-linéaires les plus explicatifs (en italique gras) de l'introduction des matières, grasses végétales et animales, du sucre et du sel

Modèle	Ddl	L2 (Test)	Dissimilarity index	BIC
Mg végétales avant lan {PDM, PH, DH, MH}	17	24,148 (0,116)	2,24%	-125,052
{PDM, PDH, MH}	15	22,064 (0,106)	2,07%	-109,584
{PDM, PMH, DH}	11	17,401 (0,097)	1,49%	-79,140
{PDM, PDH, PMH}	9	15,279 (0,084)	1,54%	-63,709
Mg animales avant lan {PDM, MB}	20	21,085 (0,392)	2,10%	-153,230
{PDM, DB, MB}	19	20,285 (0,378)	2,08%	-145,313
{PDM, PB, MB}	18	17,656 (0,479)	1,87%	-139,227
{PDM, PB, DB, MB}	17	15,602 (0,552)	1,69%	-132,565
Pas de sucre avant lan {PDM, DS}	22	22,054 (0,457)	1,87%	-169,692
{PDM, PS, DS}	20	21,527 (0,367)	1,82%	-152,788
{PDM, DS, MS}	19	9,795 (0,958)	1,31%	-155,804
{PDM, PS, DS, MS}	17	9,333 (0,929)	1,23%	-138,835
Pas de sel avant lan {PDM, DT}	22	27,621 (0,189)	2,00%	-164,125
{PDM, PT, DT}	20	23,872 (0,248)	1,88%	-150,442
{PDM, DT, MT}	19	13,401 (0,817)	1,32%	-152,198
{PDM, PT, DT, MT}	17	9,586 (0,920)	1,10%	-138,581

Source : Elfe, 2011,

Champ : enquêtés ayant rempli l'ensemble des questionnaires en intégralité (n=6480),

Lecture : le modèle {PDM, PH, DH, MH} a 17 degrés de liberté, il est à une distance qui vaut 24,148 du modèle saturé, cette distance a une probabilité critique de 0,116 (11,6%) ce qui signifie que cette distance est suffisamment faible pour que l'on considère que ce modèle résume correctement les données du tableau initial. 2,24% des effectifs théoriques de ce modèle diffèrent des effectifs observés (effectifs du tableau initial). La statistique de BIC de ce modèle vaut -125,052, elle est très négative donc ce modèle résume correctement les données du tableau initial tout en étant plus parcimonieux que le modèle saturé.

5.1.3. Effets de position et effets de dispositions

Après avoir identifié les effets de chacune des variables explicatives sur l'introduction des divers aliments dans le régime du nourrisson, on cherche des effets d'interaction, c'est-à-dire les associations entre variable explicative et variable à expliquer qui seraient modulées par une ou plusieurs autres variables explicatives. Il ne s'agit pas d'améliorer les modèles présentés précédemment mais de tenter d'explicitier des relations plus subtiles entre les modèles de puériculture des mères (la forme de leur investissement dans la recherche d'information en matière de puériculture) et l'introduction des différents aliments dans le régime des enfants avant 1 an.

On interroge l'effet de la position sociale du ménage sur la relation entre le modèle de puériculture de la mère et l'alimentation de l'enfant. On questionne d'abord les effets de style de vie (tableau 5.1.4) puis les effets de position dans la stratification sociale, donc en partie de moyens matériels et financiers (tableau 5.1.5)¹⁷. On observe que les enfants dont le père est employé ou exerce une profession intermédiaire reçoivent une alimentation plus conforme aux recommandations nutritionnelles concernant l'introduction des matières grasses lorsque leur mère développe un modèle de puériculture éclectique et plus conforme aux recommandations relatives au sucre et au sel lorsqu'elle a un modèle de puériculture savant. Par suite, lorsque l'on interroge l'effet de la position du ménage dans la stratification sociale (tableau 5.1.5) sur l'association entre modèle de puériculture de la mère et introduction des aliments dans le régime de l'enfant, on observe une association significative entre le modèle de puériculture de la mère et l'introduction des matières grasses végétales dans l'alimentation de l'enfant lors de sa première année, lorsque le père n'est pas cadre.

Ainsi, le style de vie et la position dans la stratification sociale des classes moyennes et moyennes inférieures (les employés et les ouvriers) modulent significativement la relation entre modèle de puériculture de la mère et alimentation de l'enfant, pour l'introduction des matières grasses d'origine végétale. En revanche la position sociale du ménage, qu'elle soit

¹⁷ La population de départ (n=6692) est ségréguée selon la CSP du père (deux découpages sont proposés). Par suite, nous mesurons l'association entre modèle de puériculture de la mère et introduction des différents aliments dans les différentes sous-populations.

envisagée en termes de stratification ou de style de vie, ne module pas significativement l'association entre le modèle de puériculture de la mère et l'alimentation de l'enfant, pour les autres aliments. On peut imputer à un sentiment de compétence plus important la moins grande réceptivité aux recommandations savantes des mères issues de groupes socialement privilégiés (O'Key & Hugh-Jones, 2010).

Tableau 5.1.4 Association du modèle de puériculture et de l'alimentation de l'enfant selon le style de vie du ménage (pourcentages en colonne)

CSP du père (style de vie)	Modèle de puériculture de la mère	mg végétales avant 1 an	mg animales avant 1 an	pas de sucre avant 1 an	pas de sel avant 1 an	Effectifs
Ouvrier ou Indépendant	Pragmatique	32,43%	44,46%	70,81%	74,86%	740
	Savant	45,16%	47,31%	67,74%	76,34%	93
	Familial	36,62%	46,48%	67,61%	77,46%	142
	Éclectique	40,43%	50,11%	72,90%	73,12%	465
Test		0,01	ns	ns	ns	
Employé ou Profession Intermédiaire	Pragmatique	33,33%	44,99%	75,59%	79,72%	1647
	Savant	41,69%	48,47%	82,71%	87,12%	295
	Familial	37,32%	38,41%	73,55%	82,61%	276
	Éclectique	42,25%	50,14%	74,02%	80,21%	1051
Test		0,001	0,005	0,02	0,05	
Cadre	Pragmatique	45,10%	45,92%	75,54%	81,22%	969
	Savant	50,52%	46,35%	83,33%	88,02%	192
	Familial	51,16%	51,16%	72,09%	86,82%	129
	Éclectique	47,01%	48,88%	76,31%	84,51%	536
Test		ns	ns	ns	0,1	

Lecture : la fréquence à laquelle les enfants, dont le père est ouvrier ou indépendant et dont la mère a un modèle de puériculture de type pragmatique, ont reçu des mg végétales est de 32,43%. Les tests mesurent l'association entre le modèle de puériculture de la mère et l'introduction des différents aliments selon la CSP du père. L'association est mesurée au moyen d'un test du Khi-2,

Champ : enquêtés ayant rempli l'ensemble des questionnaires en intégralité (n=6480),

Source : Elfe (2011).

Tableau 5.1.5 Association du modèle de puériculture et de l'alimentation de l'enfant selon la position du ménage dans la stratification sociale (pourcentages en colonne)

CSP du père (stratification)	Modèle de puériculture de la mère	mg végétales avant 1 an	mg animales avant 1 an	pas de sucre avant 1 an	pas de sel avant 1 an	Effectifs
Ouvrier ou Employé	Pragmatique	31,23%	43,72%	73,37%	77,45%	1521
	Savant	38,96%	47,79%	79,52%	84,34%	249
	Familial	33,69%	41,22%	71,33%	80,65%	279
	Éclectique	38,79%	49,59%	73,35%	78,29%	972
Test		0,001	0,02	ns	ns	
Indépendant ou Profession Intermédiaire	Pragmatique	36,26%	46,77%	75,40%	79,56%	866
	Savant	48,92%	48,92%	78,42%	84,89%	139
	Familial	43,88%	41,01%	71,94%	81,29%	139
	Éclectique	46,88%	51,10%	74,26%	77,57%	544
Test		0,001	ns	ns	ns	
Cadre	Pragmatique	45,10%	45,92%	75,54%	81,22%	969
	Savant	50,52%	46,35%	83,33%	88,02%	192
	Familial	51,16%	51,16%	72,09%	86,82%	129
	Éclectique	47,01%	48,88%	76,31%	84,51%	536
Test		ns	ns	ns	0,1	

Lecture : la fréquence à laquelle les enfants, dont le père est ouvrier ou employé et dont la mère a un modèle de puériculture de type pragmatique, ont reçu des mg végétales est de 31,23%. Les tests mesurent l'association entre le modèle de puériculture de la mère et l'introduction des différents aliments selon la CSP du père. L'association est mesurée au moyen d'un test du Khi-2,

Champ : enquêtés ayant rempli l'ensemble des questionnaires en intégralité (n=6480),

Source : Elfe (2011).

5.1.4. Sur-sélection ou rapport particulier aux dépositaires des savoirs légitimes

Enfin, on interroge les effets différenciés sur l'alimentation de l'enfant du modèle de puériculture de la mère selon son niveau de diplôme. Pour affiner la perspective, on distingue les diplômes selon la durée d'études à laquelle ils correspondent (le niveau du diplôme), selon le type d'enseignement (générale, technologique ou professionnel) et selon leur position normale (du point de vue des attentes institutionnelles) dans un cursus (diplôme de fin d'étude professionnalisant, diplôme ouvrant à la poursuite d'études plus longues, etc.). Dans les années 1990, les BEP ont progressivement remplacé les CAP dans les lycées professionnels et les CFA, les reléguant au rang de diplôme « résiduel » (Maillard, 1994 ; Fourcade & Ourtau, 1999). Depuis, les orientations en CAP et en BEP prennent des significations différentes, pour les élèves comme pour l'institution scolaire. Les élèves orientés en BEP poursuivent plus fréquemment leur formation jusqu'à un Bac professionnel, voire un BTS, les élèves de CAP arrêtent plus fréquemment leurs études après l'obtention de leur diplôme et sont également plus enclins à considérer cette orientation comme un choix par défaut (Palheta, 2011). Finalement, le BEP est davantage valorisé par l'institution scolaire et ses représentants que le CAP. De manière analogue, le baccalauréat technologique apparaît plus sélectif et de fait plus valorisé que le baccalauréat professionnel. Tandis que les diplômes de niveau Bac+2 des professions sociales et de santé (diplôme d'infirmière, par exemple) sont plus proches de la culture médicale et de ses catégories que les autres diplômes professionnalisants de même niveau (BTS, DUT, etc.). Pour ces raisons on marque une distinction entre les diplômes plus ou moins valorisés, plus ou moins proche de la culture médicale, de même niveau (tableau 5.1.6).

P. Bourdieu et J.C. Passeron expliquent les performances académiques des étudiants par une combinaison de leur capital culturel hérité (lié à leurs origines sociales) et du degré de sélection à l'entrée à l'université qu'ils subissent (Bourdieu et Passeron, 1970, pp. 102-103). Les étudiants issus des classes populaires ont un capital culturel hérité relativement faible et une probabilité moins élevée que les étudiants issus des catégories supérieures d'entrer à l'université, les étudiants issus des classes populaires qui accèdent à l'université sont donc sur-sélectionnés. Aussi, un capital culturel faible et un très fort degré de sélection conduisent à des performances académiques élevées, un capital culturel élevé et un fort degré de sélection conduisent à des performances très élevées. À l'inverse, un capital culturel faible et un degré de sélection moyen amènent des performances relativement faibles. Si l'on transpose cette

logique au travail parental, la probabilité de développer un modèle de puériculture de type savant ou éclectique et plus faible pour les mères peu diplômées. Parmi elles, celles qui ont tout de même ces types de rapports à la culture médicale et à ses dépositaires légitimes sont, d'une certaine manière, sur-sélectionnées. On s'attend alors à ce que les mères peu ou pas diplômées qui développent un modèle de puériculture de type savant ou éclectique se montrent très conformes aux recommandations médicales en matière de diversification alimentaire.

On observe, d'abord, que lorsque la mère a un niveau de diplôme très peu élevé ou qu'elle est sans diplôme, son modèle de puériculture n'est pas associé à l'alimentation de l'enfant. Cette association entre niveau de diplôme de la mère et modèle de puériculture est aussi très peu significative quand la mère a un diplôme de l'enseignement technique ou professionnel peu valorisé (CAP, Baccalauréat professionnel, BTS). On peut y voir l'expression de la distance à la culture savante, et à ses représentants, propre aux catégories populaires (Willis et *al.*, 2011), une forme de quant à soi caractéristique de ces catégories en matière de culture.

Les mères ayant un diplôme de l'enseignement technique et professionnel plus valorisé (BEP, Bac technologique, diplôme des professions sociales et de santé) qui développent un modèle de puériculture savant sont très conformes aux recommandations médicales concernant l'introduction des matières grasses dans le régime de l'enfant. On peut penser qu'elles sont plus enclines à appliquer doctement les principes de la puériculture médicalisée, en raison d'une « bonne volonté culturelle », possiblement liée à un désir d'ascension sociale, acquise durant leur scolarité.

Les mères qui ont un diplôme universitaire sont, elles, significativement plus conformes aux recommandations nutritionnelles concernant l'introduction des matières grasses dans le régime alimentaire du nourrisson lorsqu'elles ont un modèle de puériculture éclectique et significativement plus conformes aux recommandations concernant l'introduction du sucre et du sel lorsqu'elles ont un modèle savant. Ainsi, quand les recommandations nutritionnelles spécifiques aux nourrissons sont contraires aux recommandations pour la population générale, et donc moins susceptibles d'avoir été intériorisées hors d'un contexte de maternage, ce sont les mères les plus investies dans la recherche d'information en matière de puériculture (potentiellement de nutrition infantile) qui sont les plus conformes mais quand les recommandations nutritionnelles spécifiques aux nourrissons et les recommandations pour la

population générale se confondent, ce sont les mères les plus proches de la culture médicale qui sont les plus conformes.

Par contraste, les modèles de puériculture des mères très diplômées (diplômées de grandes écoles ou titulaires de doctorats) n'ont pas d'effet significatif sur l'introduction des matières grasses, du sucre ou du sel dans l'alimentation de l'enfant. Toutefois, la conformité, aux recommandations nutritionnelles, du régime alimentaire de l'enfant dans ce groupe reste particulièrement fréquente. Ces mères seraient davantage enclines à relativiser la rigidité des recommandations nutritionnelles et adapteraient de manière plus souple les principes de la puériculture médicalisée à l'alimentation de leur enfant.

L'effet du modèle de puériculture des mères sur la diversification alimentaire des enfants¹⁸ est conditionné en partie au niveau de diplôme des mères. Il semble que cet effet d'interaction soit lié à leur expérience de l'école et des représentants de l'institution scolaire (Dubet & Martuccelli, 1996). Les catégories populaires, moins diplômées, tendent à développer une forme de culture « anti-école » qui délégitime l'institution et ses représentants. De plus, il existe une continuité entre ce rapport à l'institution scolaire et les relations et formes d'organisations sociales dans le milieu professionnel (Willis, 1978). Le rapport des mères les moins diplômées aux supports de puériculture paraît relever de cette culture « anti-école ». La consultation des supports de puériculture légitimes ne produit pas d'effet sur les pratiques de puériculture qui sont réglées par d'autres moyens, notamment l'expérience individuelle et familiale.

Par contraste, leur modèle de puériculture a un effet très significatif sur les pratiques des mères diplômées de l'enseignement technique le plus valorisé. Les fractions supérieures des catégories populaires sont particulièrement réceptives aux recommandations nutritionnelles (Régner & Masullo, 2009 ; Le Pape & Plessz, 2017) comme elles le sont aux normes de parentalités (Le Pape, 2009) ainsi qu'aux modèles d'enfance portés par l'école et les professionnelles (Gojard, 2012). Ce rapport aux instances légitimes pourrait être lié à un rapport favorable à l'institution scolaire en raison d'un bon ajustement des compétences et des attentes scolairement acquises aux positions occupées dans la stratification socioprofessionnelle.

¹⁸ Qui recouvre potentiellement des usages différenciés des différents supports de puériculture.

Tableau 5.1.6 Association du modèle de puériculture et de l'alimentation de l'enfant selon le niveau de diplôme de la mère (pourcentages en colonne)

Diplôme de la mère	Modèle de puériculture de la mère	mg végétales avant 1 an	mg animales avant 1 an	pas de sucre avant 1 an	pas de sel avant 1 an	Effectifs
Aucun diplôme, CEP, Brevet des collèges	Pragmatique	33,64%	44,55%	62,73%	61,82%	110
	Savant	33,33%	44,44%	33,33%	55,56%	9
	Familial	25,00%	50,00%	56,25%	81,25%	16
	Éclectique	40,00%	56,00%	64,00%	56,00%	50
Test		ns	ns	ns	ns	
CAP, Bac professionnel, BTS, DUT, DEUST	Pragmatique	30,26%	44,82%	73,83%	78,27%	879
	Savant	36,03%	43,38%	80,15%	86,03%	136
	Familial	38,61%	38,61%	74,05%	80,38%	158
	Éclectique	35,87%	47,03%	75,46%	79,37%	538
Test		0,1	ns	ns	ns	
BEP, Bac tech., Diplôme des prof. sociales/santé	Pragmatique	29,81%	46,45%	71,40%	78,16%	577
	Savant	57,38%	65,57%	72,13%	70,49%	61
	Familial	32,10%	48,15%	66,67%	79,01%	81
	Éclectique	36,99%	52,04%	70,22%	78,68%	319
Test		0,001	0,05	ns	ns	
Bac général, Diplôme universitaire	Pragmatique	41,60%	43,77%	77,10%	81,64%	1476
	Savant	46,67%	46,67%	82,54%	88,57%	315
	Familial	42,62%	43,85%	73,36%	83,61%	244
	Éclectique	48,39%	50,36%	75,75%	81,04%	965
Test		0,01	0,02	0,05	0,02	
Diplôme d'une grande école, doctorat hors santé	Pragmatique	49,10%	46,85%	79,73%	83,78%	222
	Savant	51,11%	40,00%	86,67%	95,56%	45
	Familial	68,75%	50,00%	65,63%	87,50%	32
	Éclectique	48,78%	45,53%	79,67%	86,18%	123
Test		ns	ns	ns	ns	

Lecture : la fréquence à laquelle les enfants dont la mère est sans diplôme ou possède un CEP ou un Brevet des collèges et développe un modèle de puériculture de type pragmatique, ont reçu des mg végétales est de 33,64%. Les tests mesurent l'association entre le modèle de puériculture de la mère et l'introduction des différents aliments selon le niveau de diplôme de la mère. L'association est mesurée au moyen d'un test du Khi-2,

Champ : enquêtés ayant rempli l'ensemble des questionnaires en intégralité (n=6480),

Source : Elfe (2011).

En raison de la massification scolaire de ces dernières décennies, les individus passés par l'université, notamment par certaines filières généralistes, sont les plus susceptibles d'être parvenus, en regard de leurs titres scolaires, à des positions dans la stratification socioprofessionnelle qui rompent avec les attentes qu'ils avaient initialement formées (Bourdieu & Boltanski, 1978), voire de faire l'expérience d'un déclassement social (Peugny, 2009). Ces trajectoires peuvent induire un rapport plus distant aux représentants légitimes de

l'institution scolaire. Le modèle éclectique, davantage que les autres types de modèle de puériculture, tend à produire des effets sur les pratiques de puériculture des mères qui ont obtenu un diplôme à l'université. Ces mères, dans le prolongement du rapport qu'elles entretiennent à l'institution scolaire et à ses représentants, auraient un rapport moins favorable aux supports de puériculture les plus légitimes et seraient plus réceptives au système abstrait que constitue la médecine. La valeur des recommandations en matière de puériculture serait alors, pour ces mères, fonction de leur récurrence dans les différents supports de puériculture.

Enfin, les modèles de puériculture des mères diplômées des filières les plus prestigieuses sont sans effet significatif sur leur pratique de puériculture. Cela est en grande partie imputable à la faiblesse des effectifs. Il est alors intéressant de noter que, pour ces mères très diplômées, un modèle de puériculture de type familial est associé à une conformité plus fréquente aux recommandations médicales en matière de diversification alimentaire. Les conseils reçus des membres de la famille élargie ont plus de chance dans cette population d'être similaires aux recommandations médicales dominantes.

5.2. Les conditions sociales de la conformité aux recommandations médicales en matière de diversification alimentaire : une perspective en termes de formes de diversification alimentaire

5.2.1. Distribution sociale des formes de diversification alimentaire

Les aliments introduits dans le régime de l'enfant lors de sa première année ont été considérés, dans les premières sections de ce chapitre, comme des consommations singulières afin, notamment, d'en distinguer les déterminants. Cependant, il est possible que les parents substituent les matières grasses d'origine animale à celles d'origine végétale, sans percevoir ou sans considérer qu'il s'agit d'un manquement aux recommandations médicales dominantes, ou qu'ils n'introduisent dans le régime de l'enfant ni matières grasses, ni sucre, ni sel en raison d'un « principe de prévention » fortement intériorisé, ou encore, qu'ils autorisent très occasionnellement le sucre en raison d'un principe hédonique d'éducation de l'enfant au goût (Régnier & Masullo, 2009). De ce point de vue, l'introduction d'un aliment dans le régime de l'enfant est susceptible de conditionner l'introduction d'un autre aliment.

Aussi, on cherche d'abord à définir, empiriquement, des formes de diversification alimentaire selon leur proximité à la diététique savante (tableau 5.2.1). Dans un premier temps, six formes sont identifiées ; une forme que l'on nomme « prudente » (dans laquelle aucun des aliments étudiés n'est introduit), une forme dite « conforme » (qui respecte strictement les recommandations nutritionnelles), une forme « quasi-conforme »¹⁹ subdivisée en deux catégories (une dans laquelle les matières grasses d'origine animale sont exclues et une autre qui exclut les matières grasses d'origine végétale), une forme « omnivore » (qui concerne les enfants ayant reçu chacun des aliments étudié avant 1 an) et une forme « autres » qui agrège les types de diversification restants. On ne détaille pas davantage dans ce chapitre l'ensemble des combinaisons de consommations regroupées dans la catégorie « autres » qui ne semblent pas constituer des formes de diversification alimentaire réglées par les recommandations nutritionnelles²⁰. On peut, avant toute autre forme d'analyse, observer que la conformité, et même la quasi-conformité, aux recommandations médicales sont loin de constituer la norme. On ne dénombre que 13,7% (865/6309) d'enfants connaissant une diversification respectant les recommandations savantes, cette part atteint 31,9% lorsque l'on considère simultanément les formes « conforme » et « quasi-conforme » de diversification. En contrepartie, les formes de diversification alimentaire « prudente » et non-conformes de toute sorte concernent respectivement 33% et 35% de l'échantillon.

Tableau 5.2.1 Les formes de diversification alimentaire

	Prudente	Conforme	Quasi-conforme		Omnivore	Autres
mg végétales avant 1an	non	oui	oui	non	oui	.
mg animales avant 1an	non	oui	non	oui	oui	.
pas de sucre avant 1an	oui	oui	oui	oui	non	.
pas de sel avant 1an	oui	oui	oui	oui	non	.
Effectifs	2090	865	531	615	310	1898

Source : Elfe, 2011.

Lecture : la forme de diversification alimentaire « omnivore » correspond à l'introduction des matières grasses d'origine végétale, d'origine animale, du sucre et du sel, cette forme concerne 310 nourrissons de notre échantillon.

¹⁹ Cette dénomination ne doit pas être comprise comme un jugement de valeur. Elle souligne, plutôt, que ce type de diversification n'est pas proscrit par la diététique savante. En effet, les supports de puériculture indiquent qu'il est « préférable » d'alterner les matières grasses ajoutées à l'alimentation de l'enfant mais n'en font pas un impératif.

²⁰ On analyse dans le chapitre 8, les styles de diversification construits à partir d'un plus grand nombre de consommations alimentaires et intégrant l'intensité de ces consommations.

Comme pour les consommations prises isolément, on analyse d'abord la distribution des différentes formes de diversification alimentaire. L'association entre la catégorie socioprofessionnelle du père et la forme de diversification alimentaire de l'enfant est très significative : la fréquence des diversifications conformes augmente graduellement avec la position sociale du ménage (tableau 5.2.2). Une lecture en ligne du tableau montre, par ailleurs, qu'additionnées, la conformité et la quasi-conformité aux recommandations nutritionnelles constituent le type modal de diversification pour les cadres et les professions intermédiaires. Ce sont, par contraste, d'autres formes de diversification, inclusives concernant le sucre ou le sel, que connaissent le plus fréquemment les enfants dont le père est ouvrier ou employé. Le gradient social de la conformité aux recommandations médicales en matière d'alimentation infantile apparaît plus nettement que lorsque ces consommations sont étudiées isolément.

L'association entre le niveau de diplôme de la mère et la forme de diversification alimentaire de l'enfant est également très significative. La fréquence des diversifications conformes aux recommandations médicales suit de manière particulièrement visible le niveau de diplôme de la mère, ce qui confirme l'hypothèse selon laquelle, au-delà de la proximité sociale aux dépositaires des savoirs médicaux, la maîtrise scolairement acquise d'une culture de l'écrit et du chiffre²¹ favorise la probabilité de s'approprier le contenu et la logique des recommandations savantes. En effet, seuls les enfants des mères les plus diplômées (qui ont un niveau d'études supérieur à Bac+2) connaissent majoritairement, bien que les écarts de fréquences soient faibles, une diversification conforme ou quasi-conforme. Les mères peu diplômées ou diplômées de l'enseignement professionnel et technologique effectuent plus fréquemment une forme de diversification sans liens avec les recommandations savantes ; qui appartient souvent aux formes de diversification alimentaire les plus inclusives. La fréquence des diversifications alimentaires prudentes est modale pour les mères ayant au plus un bac général ou un bac+2, ce type d'alimentation, compatibles avec les logiques d'éviction propres à la nutrition infantile mais aussi avec les recommandations nutritionnelles non-spécifiques aux nourrissons qui proscrivent le gras, le sel, le sucre, peut révéler une sorte de « bonne volonté culturelle ».

²¹ La culture savante se transmet aussi au moyen de nombres, de tableaux et de diagrammes. Voir sur ce point la première partie de la thèse notamment le chapitre 2.

Tableau 5.2.2 Distribution sociale des formes de diversification alimentaire

	Forme de diversification alimentaire						Effectif
	Prudente	Conforme	mg végétales uniquement	mg animales uniquement	Omnivore	Autre	
CSP du père							
Ouvrier	34,08%	10,07%	5,35%	8,46%	5,97%	36,07%	804
Employé	35,01%	12,05%	7,15%	10,46%	5,25%	30,07%	2265
Indépendant	30,38%	13,53%	7,37%	7,97%	7,07%	33,68%	665
Profession intermédiaire	32,34%	15,02%	9,28%	11,48%	3,83%	28,04%	1045
Cadre	30,74%	16,73%	11,46%	8,64%	4,51%	27,92%	1841
Test	0,001						
Diplôme de la mère							
≤ Bac+2	34,56%	10,62%	5,87%	10,65%	5,76%	32,55%	3579
> Bac+2	30,78%	17,40%	11,58%	8,42%	4,31%	27,52%	3041
Test	0,001						
Modèle de puériculture de la mère							
Pragmatique	34,08%	12,26%	7,81%	9,94%	4,98%	30,93%	3392
Savant	31,46%	17,86%	12,24%	10,54%	3,74%	24,15%	588
Familial	34,10%	13,68%	7,46%	7,10%	5,68%	31,97%	563
Éclectique	30,81%	14,97%	8,81%	9,53%	5,49%	30,38%	2077
Test	0,001						
Médecin vu en 1ère consultation							
Généraliste	34,73%	11,72%	6,79%	10,88%	4,85%	31,03%	3668
Pédiatre	30,45%	16,23%	10,60%	8,06%	5,39%	29,27%	2952
Test	0,001						
Ensemble	32,82%	13,73%	8,49%	9,62%	5,09%	30,24%	6620

Source : Elfe, 2011.

Lecture : voir le tableau 5.1.3

Le modèle de puériculture de la mère est également significativement associé à la forme de la diversification alimentaire de l'enfant. Une lecture en ligne du tableau 5.2.2 permet d'esquisser une hiérarchie des formes de diversification selon le modèle de puériculture de la mère qui révèle une part de la logique qu'enferment ces formes de diversification. Le modèle savant est, comparativement aux autres modèles de puériculture, plus fréquemment associé à une diversification conforme ou au cours de laquelle ne seraient introduites que les matières grasses d'origine végétale.

Afin, d'identifier les effets propres des caractéristiques sociodémographiques des parents sur la forme de diversification alimentaire effectuée, on recourt à des modèles log-linéaires (tableau 5.2.3). Comme pour les consommations de matières grasses végétales, animales, de sucre et de sel prises individuellement, les revenus du ménage ont un effet net négligeable sur la probabilité d'effectuer une diversification « conforme » ou « prudente » plutôt qu'une « autre forme de diversification », on saisit donc les effets de position sociale au moyen de la profession du père. Les modèles analysés incluent l'ensemble des interactions entre la catégorie socioprofessionnelle du père de l'enfant (P), le niveau de diplôme de la mère (D) et son modèle de puériculture (M) ainsi que leur interaction avec la forme de diversification alimentaire que connaît l'enfant (F).

La sociologie de l'alimentation a montré l'importance de la CSP du père, et plus généralement de la position du ménage dans la stratification sociale, pour la définition des styles alimentaires du foyer (Grignon & Grignon, 1980 ; Régnier et *al.*, 2006). Toutefois, s'agissant de la diversification alimentaire des enfants, il apparaît que la CSP du père n'a pas d'effet net vraiment significatif ($p \leq 0.05$). Les consommations alimentaires analysées paraissent assez peu dépendantes des conditions matérielles d'existence de la famille. Le modèle le plus explicatif de la forme de diversification alimentaire que connaît l'enfant n'inclut que les effets du niveau de diplôme de la mère et du modèle de puériculture qu'elle développe.

Le niveau de diplôme de la mère est très significativement associé à la diversification alimentaire que l'enfant connaît, plus il est élevé plus la probabilité d'une diversification conforme aux recommandations médicales est importante. Enfin, le modèle « savant », plutôt que « pragmatique », est très significativement associé à la probabilité d'une diversification conforme ou n'incluant que les matières grasses d'origine végétale plutôt qu'une autre forme de diversification pour l'enfant.

Tableau 5.2.3 Forme de diversification alimentaire selon les caractéristiques sociales des parents (synthèse des modèles log-linéaires)

Modèle	DDL	L2 (Test)	Dissimilarity Index	BIC
{PDM, F}	115	277,8170 (0,0000)	7,41%	-733,9358
{PDM, PF}	105	207,7407 (0,0000)	6,15%	-716,0336
{PDM, DF}	110	123,4524 (0,1796)	4,62%	-844,3112
{PDM, MF}	100	229,9161 (0,0000)	6,94%	-649,869
{PDM, PF, DF}	100	104,8771 (0,3496)	4,24%	-774,908
{PDM, PF, MF}	90	160,5746 (0,0000)	5,34%	-631,2319
{PDM, DF, MF}	95	83,0051 (0,8053)	3,73%	-752,7907
{PDM, PF, DF, MF}	85	63,7242 (0,9591)	3,16%	-684,0931

Source : Elfe, 2011,

Champ : enquêtés ayant rempli l'ensemble des questionnaires en intégralité (n=6480),

Lecture : le modèle {PDM, DF, MF} a 95 degrés de liberté, il est à une distance qui vaut 83,0051 du modèle saturé, cette distance a une probabilité critique de 0,8053 ce qui signifie que cette distance est suffisamment faible pour que l'on considère que ce modèle résume correctement les données du tableau initial. 3,73% des effectifs théoriques de ce modèle diffèrent des effectifs observés (effectifs du tableau initial). La statistique de BIC de ce modèle vaut -752,7907, elle est très négative donc ce modèle résume correctement les données du tableau initial tout en étant plus parcimonieux que le modèle saturé.

Ainsi, d'une part, le niveau de diplôme de la mère et son modèle de puériculture apparaissent, toutes choses égales par ailleurs, comme les déterminants sociaux clefs de la conformité aux recommandations médicales, en matière de nutrition infantile, lorsque l'on en a une définition extensive. Il convient donc d'interpréter cette conformité en termes de proximité à une culture savante légitime acquise dans le cadre scolaire et par un investissement important, lié pour partie à une inexpérience du maternage, dans la recherche d'information en matière de puériculture. D'autre part, l'introduction des matières grasses d'origine animale dans le régime alimentaire des enfants avant 1 an ne semble pas pouvoir s'expliquer par la seule réception d'une culture savante légitime ou par la distance aux pourvoyeurs de conseils en matière de puériculture. Les matières grasses d'origine végétale paraissent perçues comme plus compatibles, pour les mères les plus diplômées ainsi que celles qui s'investissent fortement dans la recherche d'information légitime en matière de puériculture (qui ont un modèle de puériculture savant ou éclectique), avec l'alimentation infantile que les matières grasses d'origine animale.

5.3. Les conditions sociales de la conformité aux recommandations nutritionnelles dans le cas de recommandations discordantes

5.3.1. La distribution sociale d'une diversification alimentaire précoce

L'âge d'initiation de la diversification alimentaire a déjà fait l'objet de plusieurs études sociologiques, ou d'inspiration socio-anthropologiques, tant du point de vue de la production des recommandations médicales y afférant (Delaisi de Parseval & Lallemand, 1980) que de celui de la réception par les parents de ces prescriptions savantes (Gojard, 2000). L'analyse de la production des recommandations savantes en matière d'initiation de la diversification alimentaire a souvent mis en exergue leur grande volatilité dans le temps, tandis que l'analyse de leur diffusion et de leur réception a montré les déterminants sociaux de la probabilité d'être plus ou moins fortement exposé à ces recommandations et disposé à les mettre en application. Toutefois, à notre connaissance, peu d'études ont pu analyser les effets de formes atténuées de controverses médicales portant sur cet objet et conduisant à la diffusion, aux parents, de recommandations contradictoires, sur la réception des recommandations savantes en matière d'initiation de la diversification alimentaire. Or, entre 2010 et 2011, les recommandations médicales en la matière, destinées aux parents, étaient contradictoires ; une majorité des supports de puériculture, notamment les plus officiels tel le guide du PNNS, recommandait un début de diversification à 6 mois mais un certain nombre de supports, notamment des sites web orientés santé avec une audience importante ou des manuels de puériculture traduits de l'américain, recommandait un début de diversification à 4 mois²². On analyse donc, dans cette section, les déterminants sociaux de la réception de recommandations contradictoires ayant une espèce de légitimité savante commune mais une diffusion inégale.

Soulignons, en premier lieu, qu'une importante majorité des nourrissons de notre échantillon (> 95%) a débuté sa diversification alimentaire entre 4 mois et 6 mois révolus. Les parents respectent donc largement ce que les supports de puériculture appellent depuis 2012 la « fenêtre d'opportunité » de la diversification alimentaire²³. L'examen de la distribution d'une initiation de la diversification alimentaire dès 4 mois montre une association très significative avec la catégorie socioprofessionnelle du père et le niveau de diplôme de la mère (tableau

²² La première partie de la thèse explicite davantage le champ de la production et de la diffusion de la puériculture, notamment la distribution des recommandations nutritionnelles selon les supports.

²³ On peut y voir l'influence des pratiques effectives sur la constitution des recommandations de puériculture.

5.3.1). La fréquence des diversifications initiées dès 4 mois diminue à mesure que le statut social du père et le niveau de diplôme de la mère s'élèvent ; la réduction de la distance sociale aux dépositaires des savoirs médicaux et l'intériorisation d'une culture savante sont associées à un moment d'initiation de la diversification alimentaires davantage conforme aux recommandations légitimes les plus diffuses mais aussi les plus officielles. Le modèle de puériculture de type savant est également davantage associé à une initiation de la diversification conformes aux recommandations médicales qu'on peut qualifier de dominantes.

Tableau 5.3.1 Distribution de l'initiation dès 4 mois de la diversification alimentaire selon les caractéristiques sociodémographiques des parents

	La diversification de l'enfant a été initiée dès 4 mois		
	Fréquence	Effectif	Test
CSP du père			
Ouvrier	62%	1169	0,001
Employé	55%	3670	
Indépendant	51%	1065	
Profession intermédiaire	46%	1619	
Cadre	41%	2838	
Diplôme de la mère			
Sans diplôme, CEP, BEPC	67%	361	0,001
CAP, BEP, Bac professionnel	63%	2223	
Bac général	54%	592	
Bac +2	52%	2574	
> Bac+2	41%	4611	
Parité de la mère			
Primipare	53%	4881	0,001
Multipare	48%	5480	
Modèle de puériculture de la mère			
Pragmatique	48%	5385	0,001
Savant	47%	885	
Familial	58%	907	
Éclectique	52%	3184	

Source : Elfe, 2011.

Lecture : 62% des enfants dont le père est ouvrier ont débuté leur diversification alimentaire dès 4 mois. La significativité des associations est mesurée au moyen d'un test du Khi-2.

L'association statistique entre la CSP du père et l'introduction des matières grasses végétales dans l'alimentation de l'enfant est significative au seuil de 0,001

Champ : ensemble des enquêtés ayant répondu à toutes les questions utilisées dans cette analyse (n=10163)²⁴.

²⁴ L'effectif concernant la variable d'initiation de la diversification dès 4 mois est plus important que celui de l'échantillon à 11 mois car il nécessite que les enquêtés aient rempli le questionnaire fréquentiel de diversification alimentaire en intégralité uniquement jusqu'aux 7 mois de l'enfant. La structure sociodémographique de l'échantillon est similaire à celle de l'échantillon à 11 mois.

Cependant, l'initiation précoce de la diversification alimentaire peut traduire un éloignement des recommandations savantes, quelles qu'elles soient, autant qu'une conformité aux recommandations médicales les plus récentes et dominées. Ce qu'illustre la fréquence des diversifications alimentaires initiées dès 4 mois qui est plus importante à la fois pour les mères ayant un modèle de puériculture familial et pour les mères qui ont un modèle éclectique. De même, et contrairement à ce que l'on observe pour les consommations objets de recommandations concordantes, les primipares sont en matière d'initiation de la diversification alimentaire moins fréquemment conformes, que les multipares, aux recommandations médicales dominantes. La nouveauté, en 2011, de la légitimité savante d'une diversification précoce paraît devoir expliquer que les mères qui n'ont pas été exposées à d'autres recommandations ainsi que les mères distantes des recommandations les plus officielles soient plus fréquemment conformes aux recommandations les plus récentes.

5.3.2. Les déterminants sociaux d'une initiation précoce de la diversification alimentaire

L'effet du revenu sur la variable dépendante est une nouvelle fois négligeable mais les enfants dont le père est ouvrier ou employé ont significativement plus de chances, que les enfants de cadres, de connaître un début de diversification alimentaire dès 4 mois. De manière analogue, les enfants dont la mère a un niveau de diplôme supérieur à Bac+2 ont significativement moins de chances, que les enfants dont la mère a un niveau de diplôme inférieur, de voir leur diversification être initiée dès 4 mois. Il convient d'attribuer à la double distance aux pourvoyeurs de conseils en matière de puériculture, d'une part, et à la culture savante, d'autre part, les effets respectifs de la position sociale du foyer, saisie au moyen de la catégorie socioprofessionnelle du père, et du niveau d'éducation de la mère sur la probabilité d'une diversification dès 4 mois.

Le recours à un pédiatre, plutôt qu'à un généraliste, est sans effet significatif sur la probabilité d'initier la diversification alimentaire dès 4 mois. Avoir un modèle de puériculture familial, c'est-à-dire une logique de réglage des pratiques de puériculture distante des considérations médicales, ou un modèle éclectique, donc une logique de réglage des pratiques de puériculture qui tient potentiellement compte de l'ensemble le plus vaste des

recommandations savantes et, dans une moindre mesure, profanes²⁵ augmente significativement la probabilité d'une initiation de la diversification alimentaire de l'enfant dès ses 4 mois. C'est-à-dire que l'éloignement des recommandations savantes comme la grande proximité aux recommandations médicales²⁶ augmentent la probabilité d'initier la diversification alimentaire de l'enfant dès ses 4 mois. On peut donc faire l'hypothèse que les modalités de consultation, ou de lecture, des supports de puériculture mais également les dispositions sociales à la réception des recommandations savantes mais dominées ont une incidence sur le moment d'initiation de la diversification alimentaire. Nous analysons la variation de l'association entre modèle de puériculture de la mère et initiation de la diversification alimentaire dès 4 mois selon les caractéristiques sociales des parents (tableaux 5.3.2, 5.3.3, 5.3.4).

Tableau 5.3.2 Variation de l'association entre modèle de puériculture de la mère et initiation de la diversification alimentaire dès 4 mois selon le style de vie de la famille

CSP du père (style de vie)	Modèle de puériculture de la mère	Diversification dès 4 mois		Effectif
		Pourcentage	OR	
Ouvrier ou Indépendant	Pragmatique	54,64%	.	1272
	Savant	54,22%	0,98	166
	Familial	65,98%	1,61 **	241
	Éclectique	59,78%	1,23 *	741
Test		0,005		
Employé ou Prof. Inter.	Pragmatique	51,99%	.	2687
	Savant	45,58%	0,77 *	441
	Familial	58,87%	1,32 **	479
	Éclectique	52,41%	1,02	1641
Test		0,001		
Cadre	Pragmatique	37,64%	.	1493
	Savant	44,25%	1,31 *	287
	Familial	46,80%	1,46 **	203
	Éclectique	45,51%	1,38 **	835
Test		0,001		

Lecture : la fréquence à laquelle les enfants dont le père est ouvrier ou indépendant et dont la mère développe un modèle de puériculture de type pragmatique, ont connu une diversification alimentaire dès 4 mois est de 54,64%. Les tests mesurent l'association entre le modèle de puériculture de la mère et l'initiation de la diversification dès 4 mois selon la CSP du père. L'association est mesurée au moyen d'un test du Khi-2.

Les odds ratio sont calculés selon la méthode de Woolf (1955). Leur significativité donnée à titre indicatif est exprimée ainsi : *= $p \leq 0,05$; **= $p \leq 0,01$; ***= $p \leq 0,001$.

Champ : enquêtés ayant rempli l'ensemble des questionnaires en intégralité jusqu'au 7 mois de l'enfant (n=10163),

Source : Elfe (2011).

²⁵ Dans le chapitre précédent on montre que le modèle « éclectique » implique plus fréquemment la consultation de supports écrits de puériculture que la consultation de la grand-mère maternelle, des amis, de la famille.

²⁶ Pour rappel, la consultation de supports écrits de puériculture, comme la consultation de médias numériques sont plus fréquentes dans le modèle « éclectique » que dans le modèle « savant ».

Tableau 5.3.3 Variation de l'association entre modèle de puériculture de la mère et initiation de la diversification alimentaire dès 4 mois selon la position du père dans la stratification socioprofessionnelle

PCS du père (stratification)	Modèle de puériculture de la mère	Diversification dès 4 mois		Effectif
		Pourcentage	OR	
Ouvrier ou Employé	Pragmatique	55,30%	.	2586
	Savant	50,13%	0,81	381
	Familial	63,67%	1,42 **	501
	Éclectique	58,83%	1,16 *	1540
Test		0,001		
Indépendant ou Prof. Inter.	Pragmatique	48,22%	.	1373
	Savant	44,25%	0,85	226
	Familial	55,71%	1,35 *	219
	Éclectique	47,15%	0,96	842
Test		0,1		
Cadre	Pragmatique	37,64%	.	1493
	Savant	44,25%	1,31 *	287
	Familial	46,80%	1,46 **	203
	Éclectique	45,51%	1,38 **	835
Test		0,001		

Lecture : la fréquence à laquelle les enfants dont le père est ouvrier ou employé et dont la mère développe un modèle de puériculture de type pragmatique, ont connu une diversification alimentaire dès 4 mois est de 55,30%. Les tests mesurent l'association entre le modèle de puériculture de la mère et l'initiation de la diversification dès 4 mois selon la CSP du père. L'association est mesurée au moyen d'un test du Khi-2.

Les odds ratio sont calculés selon la méthode de Woolf (1955). Leur significativité donnée à titre indicatif est exprimée ainsi : *= $p \leq 0,05$; **= $p \leq 0,01$; ***= $p \leq 0,001$.

Champ : enquêtés ayant rempli l'ensemble des questionnaires en intégralité jusqu'au 7 mois de l'enfant (n=10163),

Source : Elfe (2011).

Tableau 5.3.4 Variation de l'association entre modèle de puériculture de la mère et initiation de la diversification alimentaire dès 4 mois selon le niveau de diplôme de la mère

Diplôme de la mère	Modèle de puériculture de la mère	Diversification dès 4 mois		Effectif
		Pourcentage	OR	
Sans diplôme, CEP, BEPC	Pragmatique	67,62%	.	244
	Savant	62,50%	0,80	16
	Familial	69,57%	1,09	46
	Éclectique	67,31%	0,99	104
Test		ns		
CAP, BEP, Bac pro/tech	Pragmatique	62,81%	.	1280
	Savant	59,70%	0,88	134
	Familial	69,41%	1,34	219
	Éclectique	64,15%	1,06	675
Test		ns		
Bac général	Pragmatique	49,84%	.	309
	Savant	52,73%	1,12	55
	Familial	59,18%	1,46	49
	Éclectique	57,58%	1,37	198
Test		ns		
Bac+2	Pragmatique	50,89%	.	1346
	Savant	47,52%	0,87	202
	Familial	58,50%	1,36**	253
	Éclectique	54,43%	1,15	836
Test		0,05		
> Bac+2	Pragmatique	37,69%	.	2364
	Savant	41,88%	1,19	499
	Familial	48,92%	1,58***	372
	Éclectique	43,91%	1,29***	1469
Test		0,001		

Lecture : la fréquence à laquelle les enfants, dont la mère a un niveau de diplôme inférieur ou égal à un Brevet des collèges et développe un modèle de puériculture de type pragmatique, ont connu une diversification alimentaire dès 4 mois est de 67,62%. Les tests mesurent l'association entre le modèle de puériculture de la mère et l'initiation de la diversification dès 4 mois selon le diplôme de la mère. L'association est mesurée au moyen d'un test du Khi-2.

Les odds ratio sont calculés selon la méthode de Woolf (1955). Leur significativité donnée à titre indicatif est exprimée ainsi : *= $p \leq 0,05$; **= $p \leq 0,01$; ***= $p \leq 0,001$.

Champ : enquêtés ayant rempli l'ensemble des questionnaires en intégralité jusqu'au 7 mois de l'enfant (n=10163),

Source : Elfe (2011).

L'association entre le modèle de puériculture de la mère et la probabilité d'initier la diversification alimentaire de l'enfant dès 4 mois varie assez peu selon les caractéristiques sociales des parents. Le modèle de puériculture familial est toujours, dans l'échantillon étudié, associé positivement à une initiation de la diversification alimentaire des enfants dès 4 mois. En revanche, le modèle savant n'accroît la probabilité d'une diversification dès 4 mois que lorsque le père est cadre. Il est possible que des relations particulières aux professionnels de santé, tout comme l'investissement des praticiens dans la formation continue, favorisent la transmission de recommandations plus récentes. Par suite, il apparaît que les mères qui ont un niveau de diplôme supérieur à Bac+2 ont une probabilité plus grande d'initier plus fréquemment la diversification alimentaire de leur enfant dès ses 4 mois lorsqu'elles ont un modèle éclectique. En d'autres termes, avoir un niveau de diplôme supérieur à Bac+2, plutôt qu'inférieur ou égale à Bac+2, augmente la probabilité d'initier précocement la diversification alimentaire, lorsque la mère a un modèle de type éclectique plutôt qu'un autre type de modèle de puériculture. En ce sens, l'initiation précoce de la diversification alimentaire paraît favorisée par une conception particulière de la recherche médicale qui accorde plus de valeur aux recommandations les plus récentes. Comme l'étude des échanges sur le premier forum français dédié à la puériculture l'a montré, une part des mères a une perception particulière de l'empilement des recommandations nutritionnelles qui ne serait que le produit du progrès scientifique.

L'ambivalence d'une initiation précoce de la diversification alimentaire, due notamment aux contradictions entre les recommandations médicales en la matière, rend incertaine l'interprétation des effets des caractéristiques sociales des parents. Toutefois, on peut avancer que la conformité aux recommandations savantes dominantes est fonction des mêmes déterminants que celle aux recommandations savantes concordantes (telles celles portant sur les matières grasses d'origine végétale). Ce qui montre l'importance de la structure et de l'intensité de la diffusion de ces recommandations, c'est-à-dire le poids de la mise en forme, par les producteurs et intermédiaires du champ de la puériculture, des recommandations et pratiques en matière de diversification alimentaire. Par ailleurs, l'estimation de l'effet net du modèle de puériculture de la mère et de l'interaction entre le modèle de puériculture de la mère et son niveau de diplôme permet de montrer que, d'une part, la variété des modalités d'information concernant les soins à prodiguer au nourrisson et, d'autre part, certaines représentations du fonctionnement de la recherche médicale, sont liés à la probabilité d'une initiation précoce de la diversification alimentaire.

Conclusion

L'examen des formes concrètes de la diversification alimentaire des jeunes enfants montre que les dispositions sociales et culturelles acquises antérieurement, notamment l'incorporation des catégories de la diététique savante et l'intériorisation de la légitimité des représentants de la culture savante, sont prédominantes dans l'explication de la conformité aux recommandations médicales en matière d'alimentation infantile. Toutefois, le modèle de puériculture de la mère, comme rapport au système d'intermédiation entre les éléments constitutifs d'une culture savante et les individus visés par cette culture, apparaît également explicatif de l'alimentation de l'enfant. De surcroît, les modèles de puériculture, c'est-à-dire à la fois les modalités d'information en matière de soin à prodiguer aux nourrissons et les logiques de réglage des pratiques de puériculture qui sont dépendantes de la trajectoire des parents notamment de la parité de la mère, ne produisent pas le même type d'effets sur la conformité aux recommandations médicales selon les aliments sur lesquelles elles portent et selon les dispositions acquises précédemment par les parents.

La plupart des études consacrées aux rapports des individus aux différentes consommations alimentaires montrent un lien positif entre le niveau d'éducation, la recherche d'information nutritionnelle et les connaissances en matière de nutrition (Gould & Lin, 1994 ; Variyam *et al.*, 1996 ; Nayga, 1996 ; Blaylock *et al.*, 1999 ; Kim *et al.*, 2001 ; Drichoutis *et al.*, 2005 ; Drichoutis *et al.*, 2008 ; Yen *et al.*, 2008). De plus, l'accroissement des connaissances nutritionnelles est généralement associé à une consommation plus faible de graisses et d'aliments réputés gras (Gould & Lin, 1994 ; Carlson & Gould, 1994 ; Kan & Yen, 2003). De manière générale, le taux de matières grasses, perçu ou évalué, d'un aliment a une incidence importante sur son appréciation par les individus (Oakes & Slotterback, 2005).

Alors, bien que les connaissances en nutrition des mères soient associées positivement à la qualité nutritionnelle de l'alimentation des enfants (Variyam *et al.*, 1999), il convient d'observer que cette adéquation des régimes alimentaires des enfants aux recommandations médicales est fonction des aliments considérés et se heurte à des définitions de la « saine alimentation » parfois discordantes. Dans le cas de la diversification alimentaire, la consommation de matières grasses d'origine végétale, dont l'introduction dans le régime des enfants avant 1 an est très encouragée par les recommandations médicales, est effectivement

fonction du niveau de diplôme des mères et de leur investissement dans la recherche d'information légitime en matière de puériculture mais il en va différemment de l'introduction des matières grasses d'origine animale dans le régime des enfants. Le niveau de diplôme des mères, et les connaissances en matière de nutrition qui tendent à y être associées, est sans effet sur l'introduction des matières grasses d'origine animale dans l'alimentation de l'enfant avant 1 an. Les connaissances générales des mères en matière de nutrition sont alors une limitation à la conformité de la diversification alimentaire de l'enfant aux recommandations médicales.

Les asymétries entre recommandations nutritionnelles spécifiques et recommandations nutritionnelles générales ne constituent pas la seule limite à la conformité aux recommandations médicales en matière de diversification alimentaire. Certaines recommandations spécifiques à l'alimentation infantile apparaissent d'un support de puériculture à un autre contradictoires, ainsi de l'âge d'initiation de la diversification alimentaire. C'est alors la forme de l'investissement de la mère dans la recherche d'information en matière de puériculture qui explique l'alimentation de l'enfant.

La formulation des messages a également une incidence sur les intentions de consommation des individus. Les messages nutritionnels qui ne présentent que les risques à consommer certains aliments diminuent les intentions de consommations des individus mais ceux qui mettent en balance les risques et les bénéfices sont sans effet sur les intentions de consommation (Verbeke et *al.*, 2008). Ainsi, la plus grande conformité des parents aux recommandations médicales concernant l'introduction du sucre et du sel dans l'alimentation des enfants avant 1 an, par rapport aux recommandations concernant les matières grasses, pourrait être également liée à la formulation de ces recommandations sur le mode de l'interdiction stricte. La haute fréquence, dans l'échantillon, des diversifications alimentaires prudentes (exclusives) paraît aller dans le sens d'une plus grande intériorisation par les parents des recommandations négatives qui accompagnent les logiques d'éviction, et le principe de prévention caractéristiques des logiques savantes en matière de diversification alimentaire.

L'examen des déterminants de la conformité aux recommandations médicales en matière d'alimentation infantile montre que la division concrète du travail de puériculture entre parents et professionnels de santé ne peut pas être saisie au seul prisme de la distribution des modèles de puériculture mais qu'il convient également de mesurer leurs effets propres et

conditionnés aux propriétés socioéconomiques des parents sur la conduite effective de la diversification alimentaire de l'enfant. L'exposition aux recommandations médicales autant que les dispositions à les transcrire en pratiques sont socialement situées (Plessz et al., 2014). Le modèle savant apparaît comme le plus socialement distinctif. La légitimité des prescripteurs officiels semble d'autant plus importante que son fondement, le développement d'une expertise spécifique et une position sociale dominante constituée historiquement, est en adéquation avec une forme socialement et scolairement constituée d'éthique des enquêtées. En d'autres termes, la scolarité des mères conditionne, non-seulement la formation d'un type de rationalité spécifique (qui s'exprime dans la forme de son investissement dans la recherche d'information en matière de puériculture) mais aussi, l'apprentissage et la reconnaissance des expertises légitimes en matière de santé et de puériculture.

En effet, les supports de puériculture consultés n'influencent pas également les mères selon leurs propriétés sociales. C'est chez les mères diplômées de l'enseignement technique et professionnel le plus valorisé que la « bonne volonté culturelle » prend le plus souvent la forme d'une conformité stricte aux recommandations nutritionnelles dominantes. Les mères titulaires de diplôme de l'enseignement supérieur obtenus à l'université se conforment plus fréquemment aux recommandations médicales auxquelles elles sont exposées quand elles se répètent dans de nombreux supports de puériculture ; on peut avancer que leur expérience scolaire les conduit à développer une conception particulière de la recherche médicale – fondée sur l'impression de progrès scientifique continu – et à lui accorder une plus grande légitimité. Cet effet est analogue à celui que produit le modèle de puériculture éclectique ; une trajectoire scolaire heurtée, un cursus incomplet au sens des standards académiques dominants semble éloigner des représentants les plus officiels de la culture savante légitime mais pas de la médecine ou de la science en tant que système abstrait.

Chapitre 6 Risque allergique et développement physiologique de l'enfant. Une réappropriation incertaine des catégories de la puériculture savante

Introduction

L'une des conditions de la diffusion d'une culture savante, telle la puériculture médicalisée, réside dans l'appropriation par les publics ciblés des schèmes de perception et d'interprétation, des catégories et à la limite des méthodes¹ constitutifs de cette culture. Les analyses présentées au chapitre précédent montrent que la conformité des pratiques de puériculture aux recommandations médicales en matière d'alimentation infantile est fonction de la distribution des recommandations dans les différents supports de puériculture et de santé (ancienneté et univocité), du capital culturel de la mère, du modèle de puériculture auquel elle adhère et de l'interaction entre ses dispositions intellectuelles et son rapport aux professionnels de santé d'une part et aux supports de puériculture d'autre part. Toutefois, ces analyses ne permettent pas d'évaluer la capacité des parents (des mères principalement) à se réapproprier les catégories de la puériculture médicalisée, à adapter leurs pratiques à l'état de santé de l'enfant, à comprendre et utiliser les informations nécessaires au maintien de sa santé ou à la prévention d'éventuels problèmes médicaux, en un mot ces analyses ne permettent pas d'évaluer la « health literacy » des parents enquêtés. L'organisation mondiale de la santé (OMS) définit la *health literacy* comme « les aptitudes cognitives et sociales qui déterminent la motivation et la capacité des individus à obtenir, comprendre et utiliser des informations d'une façon qui favorise et maintient une bonne santé » (Pelikan et al., 2012). La *health literacy* est considérée par beaucoup (représentants des pouvoirs publics et chercheurs) comme un facteur potentiellement très explicatif des pratiques de soin et des consommations de santé des individus, notamment l'OMS y voit un déterminant clef des inégalités de santé² (Kickbush et al., 2013).

¹ À titre d'exemple, dans le cas de la puériculture savante, il s'agit pour les parents d'intérioriser des catégories de perception intelligible pour les médecins afin notamment de décrire des symptômes, des gestes techniques nécessaires à dispenser les soins à leur enfant mais également des manières de contrôler son état de santé.

² La *health literacy* comme concept explicatif des inégalités de santé apparaît compatible avec l'individualisation de la responsabilité des individus promue par nombre d'institutions médicales et étatiques. Ce qui peut expliquer en partie son succès auprès des pouvoirs publics. Cette notion vient amender le modèle selon lequel les individus peu éduqués sont moins informés, moins soucieux de leur santé et moins aptes à en prendre soin. Toutefois, en introduisant les notions d'accès à et de compréhension de l'information santé, la *health literacy* met l'accent sur les conditions nécessaires à ce que les individus, perçus comme rationnels, aient les bonnes pratiques de santé.

L'examen de la définition du terme « literacy » sous-jacent au concept de *health literacy* permet de mieux appréhender les liens qui unissent cette notion à une analyse, dans les termes de la sociologie de la culture, de la réception de la puériculture médicalisée. La *literacy* correspond à la capacité des individus à utiliser l'information écrite afin de « fonctionner dans la société », adapter leurs manières d'agir et de penser à des fins ou exigences données, atteindre leurs objectifs et développer leurs connaissances (White & Dillow, 2005 ; Nutbeam, 2008). La *health literacy* est une forme de *literacy* appliquée à des contenus spécifiques dans un contexte de santé. Sørensen et al. (2012) donne une définition synthétique et intégrative de la *health literacy* basée sur dix-sept définitions antérieures et douze cadres conceptuels (Bragard et al., 2017) :

« La connaissance, la motivation et les compétences des individus à accéder, comprendre, évaluer et appliquer l'information en matière de santé en vue de porter des jugements et de prendre des décisions ordinaires en ce qui concerne la santé, la prévention des maladies et la promotion de la santé de manière à maintenir ou améliorer la qualité de vie »³.

Une telle définition intègre la distinction posée par Nutbeam (2000) entre *literacy* fonctionnelle (accès à et lecture de l'information), interactive (compréhension de l'information) et critique (évaluation de l'information). De fait, elle suggère l'importance du rapport à l'écrit dans la transmissions des savoirs de santé, comme c'est le cas concernant la diffusion d'autres formes de cultures savantes (Lahire, 1992 ; 2000). Les chapitres précédents (3, 4 et 5) tentent d'explicitier l'effet du rapport à l'écrit de la mère sur son modèle de puériculture et sur sa transcription des recommandations médicales en pratiques de puériculture concrètes. En ce sens, ils lient modalités d'accès à l'information et évaluation des recommandations. La définition de Sørensen et de ses collègues met également en relief l'inégale distribution des chances, pour les profanes, de mettre en rapport des discours et des contenus avec des pratiques de soins et des consommations de santé. Ainsi, la compréhension et le traitement de l'information apparaissent comme des composantes clefs de la *health literacy*, ce qui indique que les individus destinataires des discours de santé peuvent les interpréter différemment de ce que projettent les professionnels qui émettent ces discours (potentiellement des recommandations nutritionnelles ou de puériculture). La deuxième sous-partie du chapitre 5 évoque la possibilité d'une appropriation particulière du principe de

³ Traduction de Bragard et al. (2017).

prévention en matière d'introduction de nouveaux aliments dans le régime d'un nourrisson qui conduirait les parents à limiter les apports de matières grasses dans le régime de l'enfant ou à retarder leur introduction. On peut y voir un cas de mauvaise compréhension d'une information de santé (au sens d'une appropriation non-conforme aux attentes des instances médicales), c'est-à-dire de ce qui pourrait être considéré comme une *health literacy* limitée. Le concept de *health literacy* paraît alors sous-estimer les possibilités de réappropriation et réinterprétation des recommandations médicales par les profanes.

Les recherches consacrées à l'évaluation de la *health literacy* utilisent généralement des outils de deux types : des instruments psychométriques d'évaluation directe de la performance des individus et des instruments d'auto-évaluation des compétences en matière de *health literacy* (Altin et al., 2014 ; Haun et al., 2014). Dans le cas de l'évaluation directe, la *health literacy* des individus est déterminée au moyen de tâches de résolution de problèmes relatifs à la lecture, par exemple de notices de médicament, ou au calcul, par exemple du nombre de prises autorisées d'un traitement dans un temps imparti (conversion d'une posologie en pratiques concrètes). Est ainsi prioritairement évaluée la *literacy* fonctionnelle des individus. Dans le cas de l'auto-évaluation, les autres dimensions de la *health literacy* peuvent être davantage évaluées ; le questionnaire HLS-EU-Q (Sørensen et al., 2017) permet ainsi d'évaluer la compréhension et l'application de l'information santé (Sørensen et al., 2015). D'autres types de questionnaires interrogent d'autres dimensions de la *health literacy*, telle l'aptitude à s'engager activement avec les professionnels de santé (Osborne et al., 2013). Les enquêtes qui prennent appui sur ces instruments présentent la limite de ne mettre que très rarement en rapport la *health literacy* des individus et leurs pratiques de santé concrètes et de comparer plutôt le niveau de *health literacy* des enquêtés avec des indicateurs de leur état de santé (DeWalt & Hink, 2009 ; Berkman et al., 2011), tel leur poids (White et al., 2013 ; Chari et al., 2014) ou leur glycémie (le taux de glucose dans le sang) (Schillinger et al., 2002 ; Pulgarón et al., 2014). Beaucoup de recherches sur la *health literacy* des individus laisse de côté les pratiques concrètes de recherche d'information en matière de santé.

Les données mobilisées dans cette thèse ne permettent pas d'évaluer précisément la *health literacy* des parents enquêtés, surtout dans sa dimension interactive, mais elles autorisent, en revanche, à comparer l'état de santé de l'enfant avec l'évolution de ses consommations alimentaires (c'est-à-dire les pratiques de puériculture des parents). On cherche alors, dans ce chapitre, à interroger les conditions sociales de réception, par les parents, de schèmes de

perception et d'interprétation ainsi que de catégories spécifiques de la puériculture médicalisée, au-delà de la seule conformité aux recommandations nutritionnelles qui ne renseigne pas clairement l'appropriation des catégories de la puériculture savante. Pour ce faire, au moyen de la distribution des pratiques des individus enquêtés, on met en rapport les caractéristiques sociodémographiques des parents et le modèle de puériculture de la mère avec l'évolution conjointe des consommations alimentaires de l'enfant et certaines de ces caractéristiques physiques. Concrètement, nous interrogeons la manière dont l'association entre risque allergique accru de l'enfant et introduction des aliments identifiés comme allergènes par les instances médicales varie selon les caractéristiques sociales des parents et le modèle de puériculture des mères. La question pourrait se formuler ainsi : à quelles conditions sociales les parents adaptent-ils l'alimentation de l'enfant à son état de santé ?⁴

Sur la base du contenu des documents de puériculture à destination des parents (étudiés au chapitre 2), on identifie des facteurs physiologiques, dont les manifestations sont directement perceptibles par les parents, susceptibles de devoir entraîner selon les institutions médicales une adaptation du régime alimentaire de l'enfant : le risque allergique auquel l'enfant est soumis, sa croissance staturale-pondérale et son avancement en âge (consubstantiel du développement de son appareil digestif). Dans les discours savants en matière de puériculture, le risque allergique apparaît comme le facteur le plus clairement associé à la nécessité d'une alimentation spécifique. La définition du risque allergique est discutée. Habituellement, les institutions médicales et les professionnels de santé considèrent comme enfants à risque allergique les enfants dont les parents et/ou la fratrie présentent des manifestations allergiques prouvées (asthme, exéma, allergie alimentaire, etc.). Chez ces enfants, un régime préventif visant à réduire la survenue de manifestations allergiques alimentaires est envisageable. Notamment, une initiation de la diversification alimentaire après 6 mois et l'exclusion des allergènes alimentaires les plus courants (arachide, blanc d'œuf, poisson) la première année sont recommandées dans les discours médicaux dominants. Ce type de discours, surreprésenté dans le champ médical et dans les supports de puériculture à destination des parents, au début des années de 2010, est contesté de plus en plus fréquemment (voir sur ce point les chapitres 1 et 2). Des recherches médicales soulignent depuis au moins les années 2000 que la prévention primaire de l'allergie passerait plus par l'acquisition de la tolérance à un allergène que par son éviction ou le retard à son introduction mais les recommandations associées (introduction

⁴ Il convient tout de même de noter que les données dont nous disposons pour tenter d'apporter des éléments de réponse à cette question sont assez sommaires. Ce qui limite la portée des analyses présentées dans ce chapitre.

entre 4 et 6 mois des acides gras polyinsaturés à longue chaîne tels ceux contenus dans le poisson) sont restées très marginales dans les supports de puériculture, notamment en France.

La deuxième dimension susceptible de faire évoluer le régime du nourrisson est son avancement en âge. Les supports de puériculture insistent sur les changements physiologiques nombreux qui surviennent lors de la première année de l'enfant : déglutition, mastication, développement du système digestif, motricité et croissance staturo-pondérale. Ces changements doivent s'accompagner d'une alimentation adaptée. Il est notable que les grands outils mis à disposition des parents, par les institutions médicales ou fournis par les supports de puériculture, pour leur permettre d'évaluer la normalité du développement de leur enfant et d'y adapter leurs pratiques de puériculture, mettent en rapport l'âge de l'enfant (ou une échelle chronologique) avec l'alimentation souhaitable ou son état physique (échéanciers de diversification, courbe de poids du carnet de santé). Ainsi, l'âge de l'enfant et l'évolution de son poids constituent les deux principaux indicateurs objectivés sur lesquels les parents peuvent s'appuyer pour régler leurs pratiques de puériculture, notamment en matière de diversification alimentaire. Les supports de puériculture font de l'avancement en âge, et dans une moindre mesure de la croissance staturo-pondérale, de l'enfant les principales conditions d'introduction des différents aliments dans son régime, par exemple : les farines infantiles sont « bénéfiques aux petits mangeurs », « les viandes, poissons et œufs seront proposés vers l'âge de 7 mois ». À ce niveau, il existe des désaccords concernant le calendrier de diversification alimentaire idéal, comme sur le début de la diversification et la prévention des allergies. Néanmoins, selon la définition de la conformité aux recommandations médicales que l'on choisit, certaines consommations alimentaires de l'enfant sont traitées également par tous les supports de puériculture.

Dans ce chapitre, on distingue deux types de recommandations (attachées à des consommations que l'on saisit au moyen des variables dont les principes de construction sont énoncés ci-dessous), celles qui sont spécifiques aux enfants à risque et celles qui valent pour tous les nourrissons. Quel que soit le risque allergique de l'enfant, tous les supports de puériculture conseillent d'introduire des matières grasses d'origines végétale et animale dans son alimentation lors de sa première année et déconseillent fortement les adjonctions de sucre et de sel dans son régime à cette même période ; on en tire 4 variables à expliquer. En revanche, la plupart des supports de puériculture (notamment les plus dominants et les publications les plus officielles) recommande de retarder le début de la diversification au-delà

du sixième mois lorsque l'enfant a un risque allergique accru et d'éviter les principaux allergènes (arachide, œuf, poisson) la première année. Lorsque l'enfant n'est pas à risque, ces mêmes supports conseillent une initiation de la diversification entre 4 et 6 mois (préférentiellement 6 mois) et une introduction progressive après 6 mois des acides gras polyinsaturés à longues chaînes (tel le poisson). On en tire deux variables relatives, pour une, au moment d'initiation de la diversification et, pour l'autre, à l'introduction du poisson dans l'alimentation de l'enfant.

Dans une première partie, on analyse l'évolution du lien entre le risque allergique de l'enfant et ses consommations alimentaires lors de sa première année selon les caractéristiques sociodémographiques de ses parents, en distinguant les consommations objets de recommandations génériques et les consommations objets de recommandations différentes selon le risque allergique de l'enfant. Dans une seconde partie, on interroge l'effet de l'avancement en âge de l'enfant sur son régime alimentaire. Notamment on montre qu'il est socialement différencié.

Données du chapitre

Les questionnaires mobilisés

Ce chapitre repose sur l'analyse de données issues de l'Étude Longitudinale Française depuis l'Enfance. Trois questionnaires sont mobilisés : le questionnaire en maternité, le questionnaire aux deux mois de l'enfant et le questionnaire de suivi de la diversification alimentaire⁵. Les données analysées proviennent donc de temps d'enquête distincts : à la naissance de l'enfant, à ses deux mois et, concernant les données relatives à son alimentation, à chaque mois, de son deuxième à son onzième mois ; on peut ainsi saisir une évolution du poids de l'enfant et mesurer les effets de son avancement en âge sur son alimentation. Seuls les cas complets sont retenus pour l'analyse, c'est-à-dire les individus statistiques pour lesquels toutes les variables étudiées prennent une valeur (une modalité) connue. Il n'y a pas de non-réponse dans l'échantillon que nous utilisons.

⁵ Pour plus de détails concernant le mode d'administration, la forme et le contenu précis des questionnaires, voir la sous-partie consacrée aux « données » dans l'introduction générale de la thèse.

Les variables de l'analyse

S'agissant des variables indépendantes (ou explicatives), nous utilisons des variables provenant des questionnaires en maternité et aux deux mois de l'enfant, déjà utilisées au chapitre précédent. Une variable « CSP du père », codée en trois puis cinq modalités, saisit la catégorie sociale du père de l'enfant, une variable « Diplôme de la mère », codée en deux puis 4 modalités, indique le niveau de diplôme le plus élevé obtenu par la mère au moment de l'enquête. Une variable dichotomique « Parité de la mère » indique si la mère a eu au moins un autre enfant avant l'enfant Elfe. Une variable « Modèle de puériculture », en quatre modalités (voir les chapitres 4 et 5), qui saisit la manière dont la mère règle ses pratiques de puériculture et les conditions dans lesquelles elle a reçu des informations concernant les soins aux nourrissons. Enfin, une variable dichotomique distingue les nourrissons présentant un risque allergique accru des autres enfants enquêtés. Cette dernière variable est construite à partir des déclarations de manifestations allergiques chez les parents ou les membres de la fratrie de l'enfant *Elfe*.

S'agissant des variables dépendantes (à expliquer), nous utilisons les mêmes cinq variables dichotomiques qu'au chapitre précédent, saisissant une part du profil de diversification alimentaire de l'enfant. Consommation par l'enfant lors de sa première année de matières grasses d'origine végétale (huile d'olive, de colza, etc.), de matières grasses d'origine animale (beurre, crème) de sucre (en poudre, en morceaux, en adjonction), de sel (en adjonction) et initiation dès 4 mois de la diversification alimentaire (les principes de construction de ces variables sont énoncés dans la section « données » de l'introduction et au chapitre 5). On utilise, également, une variable dichotomique (construite selon les mêmes principes) qui indique si l'enfant a consommé du poisson avant 7 mois ou non.

Comme la deuxième partie du chapitre interroge l'effet de l'avancement en âge de l'enfant sur l'évolution de son alimentation, on doit construire les variables indiquant, pour chaque enfant, le mois d'introduction dans son alimentation des matières grasses végétales, des matières grasses animales, du sucre et du sel. Au moyen du questionnaire fréquentiel de diversification alimentaire on établit à chaque mois (du deuxième au onzième) si l'enfant a consommé des matières grasses végétales, des matières grasses animales, du sucre et du sel.

Ce qui revient à construire un terme d'interaction entre le statut de l'aliment (introduit ou non) et la valeur de la variable de temps (2^e mois, 3^e mois, etc.), un aliment peut ne pas avoir été introduit sur la période considérée ; on parle de censure à droite de la courbe. On considère qu'un aliment a été introduit dès qu'il a été consommé plusieurs fois le même mois ou au moins une fois deux mois de suite.

Description des échantillons

Tableau 6.1 Description des échantillons du chapitre

	Échantillon à 7 mois bis		Échantillon à 11 mois bis	
	Effectif	Fréquence	Effectif	Fréquence
CSP du père				
Ouvrier	1027	11%	599	10%
Employé	3235	35%	1984	34%
Indépendant	894	10%	554	10%
PI	1502	16%	939	16%
Cadre	2629	28%	1713	30%
Diplôme de la mère				
Sans diplôme, CEP	298	3%	153	3%
CAP, BEP, Bac pro	1880	20%	1085	19%
Bac général	518	6%	334	6%
Bac+2	2310	25%	1453	25%
> Bac+2	4281	46%	2764	48%
Modèle de puériculture de la mère				
Pragmatique	4824	52%	2963	51%
Savant	789	8%	527	9%
Familial	817	9%	475	8%
Éclectique	2857	31%	1824	32%
Risque allergique				
Non	6944	75%	4286	74%
Oui	2343	25%	1503	26%
Effectif	9287		5789	

Source : Elfe, 2011

Champ : individus ayant complété l'ensemble des questionnaires utilisés jusqu'aux 7 mois de l'enfant (Échantillon à 7 mois bis, n=9287), jusqu'aux 11 mois de l'enfant (Échantillon à 11 mois bis, n=5789)

De sorte à maximiser systématiquement la taille de l'échantillon étudié, les analyses ont été effectuées indépendamment les unes des autres. De cette manière, les effectifs étudiés correspondent au nombre d'individus enquêtés qui ont répondu à l'intégralité des questions ayant servi la construction des variables. Il s'agit des enquêtés qui ont rempli intégralement

le questionnaire fréquentiel de diversification alimentaire (jusqu'aux 7 mois ou jusqu'aux 11 mois de l'enfant) et qui ont renseigné convenablement les antécédents familiaux en matière d'allergie. Finalement la distribution des catégories retenues pour l'analyse ressemble à celle des échantillons à 7 mois et 11 mois (du chapitre 5) qui ne tiennent pas compte des variables relatives aux allergies dans la famille. On présente les distributions des échantillons utilisés dans ce chapitre dans le tableau 6.1. On constate qu'elles sont très similaires l'une de l'autre et très proches des distributions observées au chapitre 5.

6.1. Le risque allergique

En premier lieu, on mesure l'association entre le risque allergique de l'enfant et certaines de ses consommations alimentaires lors de sa première année (tableau 6.1.1). On observe un lien significatif entre l'introduction de matières grasses végétales dans le régime de l'enfant avant 1 an et le risque qu'il a de développer une allergie ($p \leq 0,005$). Les enfants qui ont un risque allergique accru ont reçu des matières grasses d'origine végétale (huile d'olive, de colza, etc.) avant 1 an plus fréquemment que les autres enfants. L'association entre l'âge d'initiation de la diversification alimentaire de l'enfant et son risque allergique est également significative ($p \leq 0,005$). Les nourrissons qui présentent un risque allergique accru sont moins fréquemment diversifiés dès 4 mois (c'est-à-dire précocement) que les autres enfants. Par contraste, le risque allergique de l'enfant est sans lien significatif au niveau agrégé avec l'introduction des matières grasses d'origine animale, du sucre et du sel la première année de l'enfant. Ainsi, un risque allergique plus important pour l'enfant, potentiellement la perception de ce risque par les parents, a un effet faible mais significatif au niveau agrégé sur les consommations alimentaires de l'enfant qui sont l'objet de recommandations médicales spécifiques en cas de possible allergie (comme une diversification alimentaire moins précoce) mais également sur des consommations alimentaires qui ne sont pas objets de recommandations différentes selon que l'enfant est perçu comme « à risque » ou pas (telle l'introduction des matières grasses d'origine végétale).

Dès lors, on peut formuler deux hypothèses ; 1) certains parents adaptent le régime alimentaire de leur enfant à au moins l'une des composantes de son état de santé, c'est-à-dire mobilisent utilement de l'information santé, transcrivent pertinemment des recommandations nutritionnelles particulières, c'est-à-dire montrent un niveau de *health literacy* fonctionnelle et

interactive au moins intermédiaire, 2) la perception par les parents d'un risque allergique accru pour l'enfant, fondée sur la base d'antécédents familiaux, c'est-à-dire la détection précoce d'une condition médicale particulière de l'enfant, semblable à celle d'au moins un des membres de la famille nucléaire biologique (mère, père, sœurs et frères), donnant lieu à un traitement préventif voire curatif, modifie le rapports des parents aux professionnels de santé ainsi qu'à la puériculture médicalisée. Afin d'estimer la vraisemblance de ces hypothèses, il convient dans un premier temps de déterminer si l'effet d'un risque allergique accru sur l'alimentation de l'enfant persiste indépendamment des caractéristiques sociodémographiques des parents, c'est-à-dire est net des effets d'autres variables. Par la suite, on cherche à déterminer les caractéristiques sociodémographiques des parents dont les pratiques de puériculture sont fonction de l'état de santé de l'enfant, c'est-à-dire si la significativité de l'association entre risque allergique de l'enfant et diversification plus tardive (ou introduction plus fréquente des matières grasses végétales avant 1 an) varie selon les caractéristiques sociales des parents. Nous présentons séparément l'analyse des conditions sociales de distribution des consommations alimentaires objets de recommandations spécifiques en cas de risque allergique accru (les recommandations relatives au calendrier de diversification) et l'analyse de la distribution des consommations qui ne sont pas objets de recommandations particulières en cas de risque allergique accru (introduction des matières grasses, du sucre et du sel).

Tableau 6.1.1 Association des consommations alimentaires de l'enfant avec son risque allergique (test d'association : Khi-2) (colonnes indépendantes)

Risque allergique	Mg végétales avant 1 an	Mg animales avant 1 an	Pas de sucre avant 1 an	Pas de sel avant 1 an	Diversification dès 4 mois
non	39,03%	46,13%	74,71%	80,91%	50,23%
oui	43,78%	46,84%	76,38%	81,97%	46,69%
Test	0,005	ns	ns	ns	0,005
Effectif	5789				9287

Source : Elfe, 2011

Champ : Échantillon à 7 mois bis (n=9287), Échantillon à 11 mois bis (n=5789)

Nous réalisons une analyse multivariée, au moyen de modèles log-linéaires, de la distribution des pratiques parentales en matière d'alimentation infantile, similaire de celles présentées au chapitre précédent. On conserve les mêmes variables à expliquer ; d'une part,

quatre variables dichotomiques relatives à l'introduction des matières grasses animales (B), végétales (H), du sucre (S) et du sel (T) dans le régime de l'enfant avant 1 an, consommations alimentaires qui sont l'objet de recommandations médicales indépendantes du risque allergique ; d'autre part, une variable dichotomique qui saisit le moment de l'initiation de la diversification alimentaire (I), qui selon les professionnels de santé et les supports de puériculture est idéalement fonction du risque allergique de l'enfant. On utilise les variables explicatives relatives aux caractéristiques sociales du ménage, la CSP du père en trois postes, saisissant la position du ménage dans la stratification sociale (P), une variable en deux postes qui saisit le niveau de diplôme de la mère (D) et une variable en quatre modalités saisissant son modèle de puériculture (M). Est ajoutée la variable dichotomique relative au risque allergique de l'enfant (A). Comme pour les analyses présentées aux chapitres précédents, on cherche à expliquer la distribution d'une variable (I, H, B, S ou T) selon les valeurs que prennent les variables explicatives (P, D, M et A) et leurs interactions. Il s'en suit que tous les modèles estimés incluent l'ensemble des interactions entre P, D, M et A c'est-à-dire le terme {PDMA}. On teste vingt modèles pour chaque variable à expliquer.

6.1.1. L'enfant à risque : un effet nuancé sur la conformité aux recommandations nutritionnelles spécifiques

On présente d'abord la synthèse des modèles qui prennent l'initiation de la diversification dès 4 mois (I) comme variable à expliquer (tableau 6.1.2). On cherche d'abord à préciser le lien entre le risque allergique de l'enfant (A) et l'initiation de sa diversification alimentaire (I). On constate comme attendu que le modèle d'indépendance (le modèle 1) qui suppose qu'aucune des variables explicatives (P, D, M ou A) n'est significativement associée à la variable à expliquer (I) est très peu vraisemblable il est très significativement distant des données de la table initiale. Les variables P, D, M et A ont donc bien un certain pouvoir explicatif de la distribution de l'initiation de la diversification alimentaire dès 4 mois (I).

L'examen des modèles 2 à 11 montre que, sur la base de la statistique du L2, le terme d'interaction {AI}, c'est-à-dire l'association entre le risque allergique et l'initiation de la diversification alimentaire dès 4 mois est plus faible que l'association entre le modèle de puériculture de la mère et l'initiation dès 4 mois de la diversification {MI} qui est plus faible que l'association {PI}, elle-même plus faible que l'association entre le niveau de diplôme de la mère et l'initiation de la diversification alimentaire {DI}. En effet, la statistique du L2 du

modèle 5 est supérieure aux statistiques des L2 des modèles 4, 2 et 3 (dans cet ordre). Les effectifs théoriques du modèle 5 sont donc plus distants des effectifs observés que ceux estimés par les modèles 4, 2 et 3. De plus, la statistique du L2 du modèle 8 est supérieure aux statistiques des L2 des modèles 6 et 7, la statistique du L2 du modèle 11 est supérieure aux statistiques des L2 des modèles 7 et 9 et la statistique du L2 du modèle 10 est supérieure aux statistiques des L2 des modèles 6 et 9. Par ailleurs, ces différences de valeur entre les statistiques des L2 des modèles concernés sont cohérentes avec le BIC de ces modèles et avec leur indice de dissimilarité (la proportion d'effectifs qu'ils estiment convenablement). Ces résultats indiquent que, peu importe les autres paramètres mis en jeu, les autres associations prises en compte par le modèle, les modèles qui contiennent le terme d'interaction [AI] à autres paramètres constants (modèles 5, 8, 10 et 11), c'est-à-dire l'association entre le risque allergique de l'enfant et l'initiation de sa diversification alimentaire dès 4 mois, sont les plus éloignés de la table initiale. Ces modèles estiment le moins bien les effectifs observés dans le tableau initial (qui tient compte de toutes les interactions possibles entre l'ensemble des variables). Dans ces conditions on peut se demander si le risque allergique de l'enfant (A) a bien un effet sur l'initiation de sa diversification alimentaire dès 4 mois (I) et le cas échéant dans quelles conditions.

Pour répondre à cette interrogation, on peut comparer la distance du modèle 15 ({PDMA, PI, DI, MI}), qui tient compte simultanément de l'effet de la CSP du père (P), du niveau de diplôme de la mère (D) et de son modèle de puériculture sur le moment d'initiation de la diversification alimentaire de l'enfant (I), qui teste donc les associations entre chaque variable explicative (P, D et M) et la variable à expliquer (I) indépendamment des valeurs prises par les autres variables explicatives dans le même temps, au modèle 16 qui tient compte en plus de l'association entre le risque allergique de l'enfant (A) et l'initiation de sa diversification alimentaire (I) et qui constitue alors un cas particulier du modèle 15. Ces modèles ont chacun une statistique de L2 suffisamment faible pour indiquer qu'ils estiment correctement les données de la table initiale, ce qui nous autorise à comparer la qualité de leur ajustement aux données en testant la différence de leur déviance (L2) à la table initiale⁶. Ici, la différence *déviance (15) – déviance (16)* vaut 2,58 avec un degré de liberté de 1, cette différence n'est pas significative au seuil de 0,1. En conséquence, on peut affirmer que le paramètre [AI] ne contribue pas significativement à l'amélioration du modèle ; l'effet propre du risque allergique de l'enfant sur l'initiation de sa

⁶ En pratique, quand deux modèles sont tels que l'un d'eux (ici le modèle 16) comprend tous les effets inclus dans l'autre (le modèle 15) auxquels s'ajoutent un (ou plusieurs) effet(s) supplémentaire(s), on a : déviance (15) > déviance (16) et ddl (15) > ddl (16). Sous l'hypothèse nulle H0 de nullité, dans la population, des effets inclus dans 16 et non dans 15, la différence déviance (15) – déviance (16) est distribuée asymptotiquement selon une loi de khi-2 pour un nombre de degrés de liberté égal à ddl (15) – ddl (16). On conclura donc à la significativité des effets supplémentaires inclus dans 16 si la différence des déviances est significativement grande. On peut donc calculer un seuil de significativité.

diversification alimentaire est négligeable. On peut alors se demander si (A) a un effet, conditionné aux valeurs que prennent les autres variables explicatives, sur l'initiation de la diversification alimentaire (I).

Sur la base de la statistique du L2, les meilleurs modèles testés, ceux qui estiment le plus justement les données de la table initiale sont le modèle 18 suivi du modèle 19. Le modèle 18 estime correctement 97,51% des effectifs observés et le modèle 19 en estime 97,07%. Ces modèles incluent respectivement les termes d'interaction {DAI} et {PAI}. Ceci indique que l'association entre le risque allergique de l'enfant (A) et l'initiation dès 4 mois de sa diversification alimentaire (I) est conditionnée au niveau de diplôme de la mère (D) et à la CSP du père (P), codée de façon à saisir la position du ménage dans la stratification sociale. C'est-à-dire que le risque allergique que connaît l'enfant (l'état allergique des parents) ne modifie pas pareillement les pratiques de puériculture de tous les parents. Afin d'explicitier les interactions {DAI} et {PAI}, on calcule la significativité de l'association {AI} selon la CSP du père (P) (tableau 6.1.3), selon le niveau de diplôme de la mère (exprimé en 4 modalités) (tableau 6.1.4) et selon son modèle de puériculture (tableau 6.1.5).

Tableau 6.1.2 Les relations entre caractéristiques sociales des parents, risque allergique de l'enfant et initiation de la diversification alimentaire (synthèses des modèles log-linéaires)

Modèle	Ddl	L2 (test)	Dissimilarity index	BIC
1 - {PDMA, I}	47	270,39 (0,0000)	9,35%	-136,8025
2 - {PDMA, PI}	45	177,73 (0,0000)	7,38%	-212,1394
3 - {PDMA, DI}	46	97,11 (0,0000)	4,95%	-301,417
4 - {PDMA, MI}	44	249,94 (0,0000)	9,09%	-131,259
5 - {PDMA, AI}	46	266,26 (0,0000)	9,22%	-132,269
6 - {PDMA, PI, DI}	44	68,96 (0,0095)	4,09%	-312,2479
7 - {PDMA, PI, MI}	42	160,43 (0,0000)	7,01%	-203,4427
8 - {PDMA, PI, AI}	44	174,51 (0,0000)	7,32%	-206,6916
9 - {PDMA, DI, MI}	43	77,63 (0,0010)	4,60%	-294,9133
10 - {PDMA, DI, AI}	45	94,49 (0,0000)	5,00%	-295,3737
11 - {PDMA, MI, AI}	43	245,61 (0,0000)	8,99%	-126,9251
12 - {PDMA, PI, DI, AI}	43	66,60 (0,0120)	3,94%	-305,9401
13 - {PDMA, PI, MI, AI}	41	157,02 (0,0000)	7,10%	-198,191
14 - {PDMA, DI, MI, AI}	42	74,76 (0,0014)	4,62%	-289,1167
15 - {PDMA, PI, DI, MI}	41	51,10 (0,1341)	3,51%	-304,1129
16 - {PDMA, PI, DI, MI, AI}	40	48,52 (0,1672)	3,35%	-298,0333
17 - {PDMA, PDI, MAI}	35	47,26 (0,0807)	3,34%	-255,9657
18 - {PDMA, PMI, DAI}	33	32,75 (0,4796)	2,49%	-253,1543
19 - {PDMA, PAI, DMI}	35	40,41 (0,2437)	2,93%	-262,8233
20 - {PDMAI}	.	.	.	.

Source : Elfe, 2011

Champ : Échantillon à 7 mois bis (n=9287)

Quand on utilise la CSP du père comme un indicateur de position du ménage dans la stratification sociale, on observe que l'association {AI} n'est significative que lorsque le père est cadre (tableau 6.1.3). Le tableau 6.4.6 en annexe montre que lorsque l'on cherche à évaluer un éventuel effet du style de vie du ménage (approché au moyen de la CSP du père recodée en 3 modalités distinguant les ouvriers et indépendants d'un côté des employés et professions intermédiaires de l'autre) sur l'association {AI}, on trouve également que cette association n'est significative, quoi que faiblement, que quand le père est cadre ($p \leq 0,05$). Les ménages les plus dotés en capital économique et social, qui privilégient davantage les recommandations savantes les plus officielles, sont moins enclins à initier la diversification alimentaire de l'enfant dès ses 4 mois, peut-être parce qu'ils sont plus réceptifs aux recommandations qui confirment la légitimité de leurs pratiques normales (au sens statistique du terme).

Ce serait alors les manières de trier l'information santé (donc une composante de la *health literacy* critique) de ces individus qui serait mise en jeu pour expliquer leurs pratiques de puériculture. On peut également supposer que les cadres, en raison de dispositions professionnelles particulières, sont les plus aptes à mettre en relation l'état de santé de l'enfant et des pratiques de puériculture supposées être fonction de cet état, c'est-à-dire de proposer une réponse appropriée d'un point de vue médical à un problème de santé précis. Dans ce cas, la *health literacy* interactive des parents serait en cause. Afin d'évaluer la vraisemblance de cette hypothèse on analyse l'évolution de la significativité de l'association {AI} selon le niveau de diplôme de la mère (tableau 6.1.4), c'est-à-dire que l'on cherche dans quelle mesure le niveau de diplôme de la mère (D) affecte la relation entre le risque allergique de l'enfant (A) et sa probabilité d'être diversifié dès 4 mois (I). Pour les institutions médicales et les supports de puériculture, l'initiation de la diversification alimentaire ou la mise en place d'un régime d'éviction en cas d'allergie potentielle sont supposées se faire avec l'aval du médecin qui suit l'enfant. On peut alors aussi supposer que ce sont les individus qui ont le rapport le plus favorable aux professionnels de santé, ou ceux qui s'y réfèrent le plus exclusivement pour régler leurs pratiques de puériculture, qui retardent le plus fréquemment l'initiation de la diversification après 4 mois quand l'enfant présente un risque allergique accru. Il convient alors d'analyser l'évolution de l'association {AI} selon le modèle de puériculture de la mère (M) qui est un indice de son rapport aux professionnels de santé (voir le tableau 6.1.5). Il s'agit de poser la question de l'effet du rapport au système d'intermédiation entre la puériculture médicalisée et les parents (professionnels de santé et support de puériculture) sur

le lien qui peut exister entre un état de santé particulier de l'enfant (son risque allergique) et les pratiques de puériculture des parents (l'initiation de la diversification alimentaire dès 4 mois).

Tableau 6.1.3 Association entre le risque allergique de l'enfant et l'initiation de sa diversification selon la CSP du père

CSP du père	Risque allergique	Diversification dès 4 mois	Effectif	Test
Ouvrier ou Employé	non	56,23%	3240	ns
	oui	53,33%	1022	
Indépendant ou Prof. Inter.	non	48,27%	1794	ns
	oui	46,35%	602	
Cadre	non	41,88%	1910	0,05
	oui	37,55%	719	

Lecture : 37.5% des enfants de cadre qui présentent un risque allergique accru ont été diversifiés dès 4 mois, 41,88% des enfants de cadre qui ne présentent pas de risque allergique accru ont connu un début de diversification à 4 mois. L'association statistique entre la variable « risque allergique » et « initiation de la diversification dès 4 mois » est mesurée au moyen d'un test du Khi-2,

Source : Elfe, 2011

Champ : Échantillon à 7 mois bis (n=9287)

Lorsque l'on conditionne l'association entre le risque allergique de l'enfant et l'initiation de sa diversification dès 4 mois {AI} au niveau de diplôme de sa mère, on observe que cette association {AI} n'est significative (au seuil de 5%) que lorsque la mère a un niveau de diplôme intermédiaire, compris entre un baccalauréat général et un diplôme de niveau bac+2 (BTS, DUT, etc.) (tableau 6.1.4). Les mères qui présentent un tel niveau d'étude initient moins fréquemment la diversification alimentaire de leur enfant dès 4 mois lorsqu'il présente un risque allergique accru que lorsqu'il n'en présente pas (-6,4 points). Les mères qui sont plus diplômées n'initient pas la diversification de l'enfant dès 4 mois moins fréquemment lorsqu'il présente un risque allergique accru. Or le niveau de *health literacy* interactive des individus (leur capacité à comprendre et utiliser l'information santé conformément aux attentes des instances médicales) augmente avec le niveau de diplôme (Paasche-Orlow et al., 2005). Cela semble indiquer que ce n'est pas la compréhension des individus enquêtés - leur *health literacy* interactive - qui explique leurs pratiques de puériculture en matière

d'alimentation infantile mais plutôt l'utilisation qu'ils font des informations de santé, la manière dont ils trient ou s'approprient cette information. La sélection, le rejet, l'application des recommandations médicales sont fonction, au moins en partie, des conditions d'accès à l'information et de sa distribution dans les supports de puériculture. Comme évoqué précédemment, une part des parents se réfère préférentiellement aux professionnels de santé pour décider de certains aspects de l'alimentation de leur nourrisson. On interroge alors l'évolution de l'association entre le risque allergique de l'enfant et l'initiation de la diversification alimentaire dès ses 4 mois selon le modèle de puériculture de sa mère.

Tableau 6.1.4 Association entre le risque allergique de l'enfant et l'initiation de sa diversification selon le niveau de diplôme de la mère

Diplôme de la mère	Risque allergique	Diversification dès 4 mois	Effectif	Test
Sans diplôme, CEP, BEPC	non	63,14%	236	ns
	oui	69,35%	62	
CAP, BEP, Bac pro ou techno	non	63,44%	1477	ns
	oui	61,29%	403	
[Bac à Bac+2]	non	53,81%	2115	0,005
	oui	47,41%	713	
> Bac+2	non	40,56%	3116	ns
	oui	40,00%	1165	

Note : les associations statistiques sont calculées au moyen d'un test du Khi-2,

Source : Elfe, 2011,

Champ : Échantillon à 7 mois bis (n=9287).

Globalement, le modèle de puériculture de la mère ne modifie pas significativement l'association entre le risque allergique de l'enfant et l'initiation de sa diversification alimentaire dès 4 mois (tableau 6.1.5). Cependant, l'association, certes très faible ($p \leq 0,1$), entre risque allergique accru et initiation de la diversification alimentaire dès 4 mois lorsque la mère développe un modèle de puériculture pragmatique invite à requestionner l'hypothèse selon laquelle un risque allergique accru pour l'enfant influence la conduite de sa diversification alimentaire quand les parents ajustent leurs pratiques de puériculture selon les conseils des professionnels de santé ayant vu ou suivant l'enfant, qui sont les plus à même de

constater le risque allergique et de proposer une alimentation en conséquence, ainsi qu'à leur propre expérience. C'est-à-dire quand les pratiques de puériculture des parents reposent au moins en partie sur leurs observations (de l'évolution de l'état de santé de l'enfant, par exemple). Ainsi, un risque allergique accru pour l'enfant semble plutôt devoir constituer, pour les parents, une occasion, en quelque sorte parallèle aux supports de puériculture, d'être exposés aux catégories de la puériculture médicalisée.

Tableau 6.1.5 Association entre le risque allergique de l'enfant et l'initiation de sa diversification selon le modèle de puériculture de la mère

Modèle de puériculture de la mère	Risque allergique	Diversification dès 4 mois	Effectif	Test
Pragmatique	non	45,28%	2237	0,1
	oui	41,46%	726	
Savant	non	43,24%	370	ns
	oui	40,76%	157	
Familial	non	54,44%	349	ns
	oui	50,00%	126	
Éclectique	non	49,02%	1330	ns
	oui	47,17%	494	

Note : les associations statistiques sont calculées au moyen d'un test du Khi-2,

Source : Elfe, 2011,

Champ : Échantillon à 7 mois bis (n=9287)

Toutefois, les recommandations médicales dominantes en matière de diversification alimentaire portent sur une initiation de la diversification à 6 mois quel que soit le risque allergique de l'enfant. Il convient, alors, d'émettre deux réserves concernant les interprétations proposées précédemment. Premièrement, on peut penser que les parents qui se conforment aux recommandations médicales dominantes en matière de nutrition infantile étaient d'une certaine manière hors des analyses exposées en amont. En effet, ces parents ne diversifieraient pas l'alimentation de leur enfant dès 4 mois peu importe qu'ils perçoivent et tiennent compte de son risque allergique. Cependant, le fait que l'association entre le risque allergique de l'enfant et l'initiation de sa diversification dès 4 mois {AI} ne soit significative que quand le père est cadre – catégorie très associée à une diversification plus tardive que 4 mois (conformément aux recommandations dominantes) lorsque l'on ne tient pas compte du risque allergique de l'enfant – atténue la portée de cette première objection. Deuxièmement,

on peut également penser que les parents qui se conforment aux recommandations médicales dominées (telle une initiation de la diversification dès 4 mois) – signe d’un investissement important dans la recherche d’information en matière de nutrition infantile et, souvent, d’un rapport mitigé aux recommandations médicales et supports de puériculture les plus officiels – remettent autant en cause le principe de l’éviction pour prévenir les allergies alimentaires que les recommandations dominantes portant sur un début de diversification à 6 mois.

Afin d’affermir les interprétations faites précédemment et de diminuer un peu les réserves que l’on pourrait émettre les concernant, on produit les mêmes analyses en prenant comme variable à expliquer l’introduction du poisson dans le régime alimentaire de l’enfant dès 7 mois. On construit une variable dichotomique relative à l’introduction du poisson dans le régime de l’enfant à 7 mois. Les poissons, les crustacés surtout (indistinguables dans les questionnaires *Elfe*), sont parmi les allergènes alimentaires les plus courants et dans les cas de risque allergique accru, les professionnels de santé et supports de puériculture conseillent de retarder leur introduction dans le régime de l’enfant au-delà de sa première année. Quand l’enfant n’est pas considéré comme à risque, les recommandations médicales dominantes portent sur une introduction progressive du poisson à partir de 7 mois. Bien que des avis différents aient été émis par certains chercheurs, notamment des allergologues (chapitre 1) qui préconisent l’introduction du poisson (et en général des acides gras polyinsaturés à longues chaînes) dès le début de la diversification (entre 4 et 6 mois), ces recommandations sont restées marginales dans les supports de puériculture jusqu’au moins début 2012. De plus, on constate qu’une introduction du poisson à 6 mois ou avant est relativement peu fréquente dans l’échantillon étudié (tableau 6.1.6). Les enquêtés conformes aux recommandations dominées (introduction du poisson entre 4 et 6 mois) sont bien plus rares que les enquêtés qui initient la diversification alimentaire de l’enfant dès 4 mois. Il s’en suit que l’introduction du poisson dans le régime alimentaire de l’enfant constitue un moyen d’analyser pertinemment les conditions sociales d’association, par les parents, de l’état de santé de l’enfant aux pratiques de puériculture adéquates d’un point de vue médical.

Il est intéressant de noter que le moment où la variabilité des pratiques de puériculture des parents est la plus élevée correspond à l’âge que les recommandations médicales dominantes identifient comme le plus approprié à l’introduction du poisson dans l’alimentation de l’enfant (le 7^e mois). Au-delà de 9 mois, l’essentiel des nourrissons enquêtés a consommé du poisson et avant 6 mois, une fraction assez minoritaire de ces nourrissons avait déjà consommé du

poisson. En dépit d'une certaine homogénéité, la distribution de l'âge d'introduction du poisson dans le régime alimentaire de l'enfant n'est pas socialement neutre.

Tableau 6.1.6 Distribution de l'introduction du poisson dans l'alimentation de l'enfant selon les caractéristiques sociales des parents (taux en colonne)

	Introduction du poisson avant						Effectif
	6 mois		7 mois		10 mois		
	Fréquence	Test	Fréquence	Test	Fréquence	Test	
CSP du père							
Ouvrier	23%	0,001	58%	0,001	94%	0,05	720
Employé	17%		53%		94%		2365
Indépendant	18%		45%		94%		675
Profession Intermédiaire	12%		42%		91%		1137
Cadre	10%		42%		93%		2020
Diplôme de la mère							
Sans diplôme, CEP, BEPC	34%	0,001	62%	0,001	93%	0,005	183
CAP, BEP, Bac pro ou techno	24%		59%		94%		1343
[Bac à Bac+2]	15%		49%		93%		2135
> Bac+2	10%		41%		92%		3256
Modèle de puériculture de la mère							
Pragmatique	15%	0,05	47%	ns	93%	ns	3546
Savant	19%		52%		92%		570
Familial	14%		48%		93%		622
Éclectique	14%		48%		94%		2179
Risque allergique							
non	16%	0,001	49%	0,001	93%	ns	5146
oui	13%		46%		93%		1760
	15%		48%		93%		6906

Lecture : 23% des enfants dont le père est ouvrier ont consommé du poisson avant 6 mois. Les associations statistiques sont calculées au moyen d'un test du Khi-2,

Source : Elfe, 2011,

Champ : ensemble des individus qui ont répondu à toutes les questions mobilisées dans cette analyse (n=6906).

On analyse d'abord la variation de l'association entre le risque allergique de l'enfant et l'introduction dès 7 mois du poisson dans son alimentation selon la CSP de son père (tableau 6.1.7). On observe que le risque allergique de l'enfant n'est significativement associé ($p \leq 0,05$) à l'introduction du poisson dans son alimentation dès 7 mois que lorsque son père est employé. Les employés ne constituent pas la catégorie la plus encline à une introduction dès 6 mois du poisson dans le régime de l'enfant (tableau 6.1.6), la majorité de ces parents se conforme donc aux recommandations dominantes en matière de diversification alimentaire. L'association entre risque allergique de l'enfant et introduction du poisson avant 7 mois dans

son alimentation pourrait alors renvoyer à une forme de « bonne volonté culturelle » de la part de ces parents qui se montreraient conformes aux avis du médecin. Cette hypothèse tend à confirmer qu'un risque allergique accru pour l'enfant produit un effet, dans la mesure où il modifie le rapport des parents aux professionnels de santé, qui se substitue, chez les parents les moins disposés à s'investir dans la recherche d'informations nutritionnelles, aux effets que peuvent produire la consultation de supports de puériculture savants⁷.

Tableau 6.1.7 Association entre le risque allergique de l'enfant et l'introduction du poisson dans son alimentation selon la CSP de son père

CSP du père	Risque allergique	Introduction du poisson avant 7 mois		Test
		Fréquence	Effectif	
Ouvrier	non	57,88%	565	ns
	oui	56,77%	155	
Employé	non	54,15%	1784	0,05
	oui	49,23%	581	
Indépendant	non	44,22%	536	ns
	oui	49,64%	139	
Profession Intermédiaire	non	42,31%	806	ns
	oui	42,60%	331	
Cadre	non	42,89%	1462	ns
	oui	39,78%	558	

Note : les associations statistiques sont calculées au moyen d'un test du Khi-2,
 Source : Elfe, 2011
 Champ : Échantillon à 7 mois bis (n=9287)

L'analyse de la variation de l'association entre le risque allergique de l'enfant et l'introduction avant 7 mois du poisson dans son alimentation selon le niveau de diplôme de sa mère (tableau 6.1.8) paraît confirmer le résultat précédent. Cette association n'est faiblement significative ($p \leq 0,05$) que lorsque la mère a un niveau de diplôme intermédiaire (compris entre un baccalauréat général et un diplôme de niveau Bac+2). Ni les mères diplômées de l'enseignement professionnel et technique, ni les mères les plus diplômées (ayant un diplôme

⁷ L'écart observé pour les indépendants, qui consultent également peu les supports de puériculture savants, est similaire mais non significatif car ils sont moins nombreux que les employés.

de niveau supérieur à Bac+2) ne modifient leurs pratiques de puériculture en matière de nutrition infantile en fonction du risque allergique de l'enfant. Il paraît alors probable que la significativité de cette association soit due au modèle de puériculture de la mère.

Bien que significatives, ces associations restent très faibles. Reste à évaluer la possibilité que le rapport des parents au système d'intermédiation des catégories de la puériculture médicalisée (saisit au moyen du modèle de puériculture de la mère) explique l'association entre le risque allergique de l'enfant et l'introduction du poisson dès 7 mois dans son alimentation (tableau 6.1.9).

Tableau 6.1.8 Association entre le risque allergique de l'enfant et l'introduction du poisson dans son alimentation selon le niveau de diplôme de la mère

Diplôme de la mère	Risque allergique	Introduction du poisson avant 7 mois		Test
		Fréquence	Effectif	
Sans diplôme, CEP, BEPC	non	62,50%	144	ns
	oui	58,97%	39	
CAP, BEP, Bac pro ou techno	non	59,43%	1055	ns
	oui	59,03%	288	
[Bac à Bac+2]	non	50,13%	1596	0,05
	oui	45,08%	539	
> Bac+2	non	41,60%	2358	ns
	oui	41,20%	898	

Note : les associations statistiques sont calculées au moyen d'un test du Khi-2,

Source : Elfe, 2011

Champ : Échantillon à 7 mois bis (n=9287)

Le tableau 6.1.9 montre que l'association entre le risque allergique de l'enfant et sa consommation de poisson avant 7 mois n'est significative ($p \leq 0,02$) que lorsque la mère développe un modèle de puériculture pragmatique. Une fois encore, il semble que l'identification d'un risque allergique pour l'enfant contribue à sensibiliser les parents aux catégories de la puériculture médicalisée et à les rendre plus réceptifs aux avis du médecin qui suit l'enfant. Bien que l'association entre risque allergique de l'enfant et introduction du poisson avant 7 mois dans son régime alimentaire ne soit significative pour aucun des autres

modèles de puériculture, les mères qui ont un modèle éclectique n'introduisent pas moins fréquemment du poisson avant 7 mois dans le régime de l'enfant quand il connaît un risque allergique accru. Ce sont donc les mères qui s'investissent particulièrement dans la recherche d'informations nutritionnelles, les plus susceptibles d'avoir été exposées aux recommandations dominées qui remettent en cause le principe d'éviction pour limiter le risque de développer une allergie, qui ont le moins de chances de retarder l'introduction du poisson dans le régime de l'enfant lorsqu'il a un risque allergique accru.

Tableau 6.1.9 Association entre le risque allergique de l'enfant et l'introduction du poisson dans son alimentation selon le niveau de diplôme de la mère

Modèle de puériculture de la mère	Risque allergique	Introduction du poisson avant 7 mois		Test
		Fréquence	Effectif	
Pragmatique	non	48,17%	2701	0,02
	oui	43,31%	845	
Savant	non	52,48%	423	ns
	oui	48,98%	147	
Familial	non	48,76%	443	ns
	oui	45,81%	179	
Éclectique	non	47,86%	1586	ns
	oui	48,23%	593	

Note : les associations statistiques sont calculées au moyen d'un test du Khi-2,

Source : Elfe, 2011

Champ : Échantillon à 7 mois bis (n=9287)

L'étude des déterminants sociaux de l'association entre risque allergique de l'enfant et conduite de sa diversification alimentaire, possiblement de l'adaptation du régime alimentaire du nourrisson à son état de santé, montre que les conditions d'accès à et de sélection des informations de santé, des recommandations nutritionnelles, (soit les dimensions fonctionnelle et critique de la *health literacy*) semblent plus pertinentes pour expliquer les pratiques de puériculture des parents en matière de diversification alimentaire que les dispositions intellectuelles de la mère (ses capacités de compréhension, notamment). Un risque allergique accru pour l'enfant est susceptible de constituer, pour les parents, le motif d'une diversification alimentaire spécifique (différente) quand ils fondent leurs pratiques sur leur

expérience du maternage et les avis du médecin qui suit l'enfant. C'est alors l'établissement d'une relation de confiance avec les professionnels de santé, favorisée par une condition médicale particulière de l'enfant, qui détermine les pratiques de puériculture des parents. Suivant cette perspective, le risque allergique de l'enfant peut avoir un effet indirect sur sa diversification alimentaire. En entraînant une socialisation particulière des parents aux catégories de la puériculture médicalisée – du fait de leur prise en charge par des professionnels de santé, possiblement de leur familiarisation à des traitements médicamenteux ou des actions de prévention – ou en permettant, pour des raisons semblables, le développement d'un rapport favorable des parents aux médecins. La première hypothèse ne se vérifie pas complètement ; une part faible des parents adapte bien le régime alimentaire de l'enfant à son état de santé perçu mais il semble peu probable que leur *health literacy* interactive explique ces pratiques : l'élévation du niveau de diplôme de la mère n'étant pas associé à un lien plus fort entre risque allergique de l'enfant et introduction plus tardive des aliments dans son régime. En revanche, les conditions d'accès aux recommandations médicales (le modèle de puériculture de la mère) et la sélection des recommandations jugées pertinentes (la *health literacy* critique des parents) paraissent expliquer davantage les pratiques de puériculture des parents.

Le risque allergique (les antécédents médicaux des membres du ménage ou de la famille) activerait ainsi des dispositions parentales à se conformer aux recommandations médicales relatives à la diversification alimentaire, y compris celles qui ne sont pas spécifiques aux enfants à risque. Afin de tester cette deuxième hypothèse, on analyse la significativité de l'association entre le risque allergique de l'enfant et l'introduction des matières grasses animales et végétales, du sucre et du sel dans son alimentation avant 1 an, ainsi que les conditions sociales de la significativité de cette association.

6.1.2. L'enfant à risque : un effet faible sur la conformité aux recommandations nutritionnelles générales

Les matières grasses d'origine végétale et animale, le sucre et le sel ne sont pas objets de recommandation spécifique selon le risque allergique de l'enfant. Dans tous les supports de puériculture consultés, l'introduction dans l'alimentation de l'enfant en début de diversification de matières grasses crues d'origine végétale (huile d'olive, de colza) comme d'origine animale (beurre principalement) est très recommandée. Tandis que l'introduction de sucre (en adjonction dans les compotes par exemple) ou de sel est fortement déconseillée. Ces recommandations s'appliquent quel que soit le risque allergique de l'enfant, ces aliments n'étant pas des allergènes communs ou reconnus. Il n'y a donc pas de raisons médicales pour qu'un risque allergique accru augmente ou diminue les chances de l'enfant d'avoir consommé des matières grasses, du sucre ou du sel lors de sa première année. La distribution sociodémographique de l'association entre l'introduction de ces aliments dans le régime de l'enfant et son risque allergique renseigne, alors, l'effet indirect de l'identification d'un risque allergique accru pour l'enfant, par les parents, sur la conformité de son alimentation aux recommandations nutritionnelles générales (ou non-spécifiques).

On a vu qu'au niveau agrégé le risque allergique de l'enfant n'était significativement associé qu'à l'introduction des matières grasses d'origine végétale (tableau 6.1.1 *supra*). On commence par chercher si le risque allergique de l'enfant est associé à l'introduction des matières grasses, du sucre et du sel lorsque l'on contrôle l'effet des autres variables explicatives : la CSP du père, le niveau de diplôme de la mère et son modèle de puériculture. Pour cela, on recourt à des modèles log-linéaires. Pour chaque variable à expliquer – introduction des matières grasses végétales (H), des matières grasses animales (B), du sucre (S) et du sel (T) – on cherche l'effet de 4 variables explicatives : la CSP du père en trois modalités (P), le niveau de diplôme de la mère en deux modalités (D), son modèle de puériculture en quatre modalités (M) et le risque allergique de l'enfant (A). On présente la synthèse des modèles testés dans les tableaux 6.4.2 à 6.4.5 en annexe du chapitre 6. On s'intéresse en premier lieu aux associations entre le risque allergique de l'enfant (A) et chaque variable à expliquer (H, B, S et T).

Pour l'introduction des matières grasses d'origine végétale (H), l'examen des modèles 2 à 11 (tableau 6.4.2 en annexe) montre que, sur la base de la statistique de L2, l'association {AH} est

plus faible que l'association {MH}, plus faible que l'association {PH}, elle-même plus faible que l'association {DH}. A autres paramètres constants, les modèles qui substituent le terme d'interaction {AH}, au terme d'interaction {DH}, {PH} ou {MH} (soit les modèles 2, 8, 10 et 11) estiment moins bien les données de la table initiale, tant sur la base des statistiques de L2 que sur la base du pourcentage des effectifs correctement estimés (*dissimilarity index*). Concernant l'introduction des matières grasses d'origine végétale, le risque allergique est le facteur le moins déterminant mais (A) a tout de même un effet propre significatif sur (H). En effet, la comparaison de l'ajustement des modèles 12 et 16 (cas particulier de 12) permet de montrer que le risque allergique de l'enfant (A) contribue significativement à expliquer l'introduction de matières grasses végétales dans son alimentation (H). D'une part, ces deux modèles ont une statistique de L2 suffisamment petite pour être considérés comme correctement ajustés aux données de la table initiale (le modèle 12 explique 96,66% des effectifs observés et le modèle 16 en explique 96,91%). D'autre part, la différence de leur déviance respective, $déviance(12) - déviance(16) = 7,13$ avec un degré de liberté valant 1, est significative au seuil de 1% ($p \leq 0,01$).

S'agissant de l'introduction de matières grasses d'origine animale (B), l'examen des modèles 2 à 11 du tableau 6.4.3 (en annexe) montre, toujours sur la base de la statistique du L2, que l'interaction {AB} est plus faible que les interactions {DB}, {PB} et {MB}. A autres paramètres constants, comme pour l'introduction des matières grasses d'origine végétale, les modèles qui mettent en jeu le paramètre {AB}, plutôt que le paramètre {DB}, {PB} ou {MB}, estiment moins bien les effectifs observés. L'effet d'un risque allergique accru pour l'enfant sur l'introduction des matières grasses d'origine animale dans son alimentation est très faible. On peut se demander s'il n'est pas négligeable. La différence de déviance entre les modèles 12 et 16 (tableau 6.4.3 en annexe), qui résumant tous deux correctement les données de la table initiale, n'est pas significative au seuil de 10%. On en déduit que le risque allergique de l'enfant (A) n'a pas d'effet propre significatif sur l'introduction des matières grasses d'origine animale dans son alimentation (B). Ceci confirme que la distribution de (B) obéit à des principes en partie différents de ceux qui régissent la distribution de (H). Notamment, la consommation de matières grasses d'origine végétale est liée plus significativement que la consommation de matières grasses d'origine animale au rapport qu'entretiennent les parents à la puériculture médicalisée et à ses représentants et supports.

Pour ce qui est de l'introduction du sucre avant 1 an dans le régime de l'enfant, en suivant la même procédure que pour l'introduction des matières grasses, on observe que le risque allergique de l'enfant (A) est sans effet significatif. En effet, sur la base de la statistique du L2 et de la part des effectifs observés expliquée, on constate que l'interaction {AS} est plus faible que

les interactions {DS}, {MS} et {PS}, dans cet ordre (tableau 6.4.4 en annexe). Par suite, on interroge la significativité l'association entre le risque allergique de l'enfant et l'introduction du sucre dans son alimentation avant 1 an, soit l'interaction {AS}. La différence de déviance entre le modèle 12 et le modèle 16, qui inclue les mêmes paramètres que le modèle ainsi que le terme {AS}, n'est pas significative au seuil de 10%. L'identification d'un risque allergique accru pour l'enfant ne modifie pas les pratiques de puériculture des parents en matière de diversification alimentaire. Enfin, s'agissant de l'introduction avant 1 an du sel dans l'alimentation de l'enfant (T), on peut montrer que l'association {AT} n'est pas significative non-plus. Les modèles qui substituent le terme {AT} au terme {DT}, {PT} ou {MT} estiment systématiquement moins bien les effectifs observés et dans le même temps, (tableau 6.4.5 en annexe) la différence de déviance entre les modèles emboîtés 12 et 16 n'est pas significative au seuil de 10%. Ainsi, le risque allergique de l'enfant n'est associé significativement qu'à l'introduction des matières grasses d'origine animale dans son alimentation.

Le risque allergique de l'enfant, en ce qu'il modifierait le rapport des parents aux professionnels de santé et catégories de la puériculture médicalisée, ne modifierait significativement que les pratiques de puériculture relatives aux consommations alimentaires les plus déterminées par le rapport des parents aux représentant et supports de la puériculture médicalisée (approché au moyen du modèle de puériculture de la mère). Cela tend à confirmer, concernant les pratiques les plus liées à la puériculture médicalisée (homogènes, diffuses, générales mais contraires aux recommandations à destination des adultes et enfants plus âgés qu'un nourrisson), que l'identification d'un risque allergique accru pour l'enfant, comme occasion particulière de socialisation à la puériculture savante, peut se substituer à un rapport favorable à cette culture construit durant la carrière scolaire ou maternelle. Afin de tester cette assertion (reformulation de notre deuxième hypothèse initiale), on analyse l'évolution de l'association entre le risque allergique de l'enfant (A) et l'introduction des matières grasses (H et B), du sucre (S) et du sel (T) dans son alimentation selon la CSP du père (tableau 6.1.10), le niveau de diplôme de la mère (tableau 6.1.11) et son modèle de puériculture (tableau 6.1.12).

On analyse d'abord l'évolution des associations {AH}, {AB}, {AS} et {AT} selon la CSP du père, codée en trois modalités de sorte à saisir un effet de style de vie du ménage (tableau 6.1.10). L'association entre le risque allergique de l'enfant et l'introduction des matières grasses d'origine végétale dans son alimentation est significative ($p \leq 0,05$) lorsque le père est employé ou appartient aux professions intermédiaires, c'est-à-dire en résumé lorsqu'il fait

partie des classes moyennes salariées. On peut y voir un effet de « bonne volonté culturelle » de ces parents (que la significativité limite de l'association {AS}, pour cette catégorie, tend à confirmer). Les analyses du chapitre 5 montrent que lorsque le père appartient à ces catégories, les modalités d'accès aux recommandations de puériculture conditionnent fortement leur réception.

Tableau 6.1.10 Association entre le risque allergique de l'enfant et l'introduction des mg, du sucre et du sel dans son alimentation selon la CSP de son père

CSP du père	Risque allergique	mg végétales avant 1 an	mg animales avant 1 an	Pas de sucre avant 1 an	Pas de sel avant 1 an	Effectif
Ouvrier ou Indépendant	non	35,49%	45,23%	72,14%	76,27%	944
	oui	38,70%	46,74%	71,26%	76,63%	261
Test		ns	ns	ns	ns	
Employé ou Prof. Inter.	non	36,57%	46,69%	74,28%	80,89%	2193
	oui	40,81%	46,12%	77,68%	81,01%	811
Test		0,05	ns	0,1	ns	
Cadre	non	45,77%	46,48%	76,60%	83,56%	1265
	oui	49,89%	49,47%	76,11%	84,99%	473
Test		ns	ns	ns	ns	

Note : les associations statistiques sont calculées au moyen d'un test du Khi-2,
 Source : Elfe, 2011,
 Champ : Échantillon à 11 mois bis (n=5789).

L'analyse des variations de l'association entre risque allergique de l'enfant et introduction des différents aliments dans son régime avant 1 an révèle que seule l'association entre l'introduction des matières grasses d'origine végétale et le risque allergique est significative ($p \leq 0,005$) lorsque la mère a un diplôme de l'enseignement technique et professionnel. On a vu que lorsque les mères ayant suivi ce type de parcours scolaire étaient exposées aux catégories de la puériculture médicalisée (lorsqu'elles développaient un modèle de puériculture savant), elles s'y montraient très réceptives (chapitre 5). Il apparaît que pour des mères présentant ces caractéristiques, ces dispositions, un rapport particulier aux représentants de la puériculture médicalisée (lié au risque allergique de l'enfant) ait le même effet de renforcement de la conformité aux recommandations médicales.

Tableau 6.1.11 Association entre le risque allergique de l'enfant et l'introduction des mg, du sucre et du sel dans son alimentation selon le niveau de diplôme de sa mère

Diplôme de la mère	Risque allergique	Mg végétales avant 1 an	Mg animales avant 1 an	Pas de sucre avant 1 an	Pas de sel avant 1 an	Effectif
Sans diplôme, CEP, BEPC	non	34,38%	47,66%	63,28%	60,94%	128
	oui	34,29%	45,71%	62,86%	65,71%	35
Test		ns	ns	ns	ns	
CAP, BEP, Bac pro ou techno	non	26,33%	46,42%	72,19%	76,16%	881
	oui	36,29%	49,19%	68,95%	74,19%	248
Test		0,005	ns	ns	ns	
[Bac à Bac+2]	non	35,45%	46,82%	73,78%	81,02%	1354
	oui	39,54%	49,28%	76,19%	80,12%	483
Test		ns	ns	ns	ns	
> Bac+2	non	47,08%	45,86%	76,66%	83,62%	2039
	oui	48,14%	45,44%	78,95%	85,37%	779
Test		ns	ns	ns	ns	

Note : les associations statistiques sont calculées au moyen d'un test du Khi-2,

Source : Elfe, 2011,

Champ : Échantillon à 11 mois bis (n=5789).

Les variations de l'association entre l'introduction des aliments dans le régime de l'enfant la première année et son risque allergique selon le modèle de puériculture de la mère (tableau 6.1.12) confirment que les conditions d'accès aux recommandations médicales constituent un facteur déterminant de la mise en rapport, par les parents, de l'état de l'enfant avec un régime alimentaire approprié (conforme aux recommandations médicales). En effet, l'association entre l'introduction des matières grasses origine végétale dans l'alimentation de l'enfant et son risque allergique est significative lorsque la mère développe un modèle de puériculture pragmatique ($p \leq 0,05$) ou familial ($p \leq 0,01$). Ainsi, les parents qui règlent leurs pratiques de puériculture selon une logique relationnelle ont tendance à se conformer davantage aux recommandations médicales lorsqu'eux-mêmes ou leur enfant présentent une condition médicale particulière susceptible de modifier le rapport qu'ils entretiennent aux professionnels de santé.

Tableau 6.1.12 Association entre le risque allergique de l'enfant et l'introduction des mg, du sucre et du sel dans son alimentation selon le niveau de diplôme de sa mère

Modèle de puériculture de la mère	Risque allergique	Mg végétales avant 1 an	Mg animales avant 1 an	Pas de sucre avant 1 an	Pas de sel avant 1 an	Effectif
Pragmatique	non	36,34%	44,26%	74,97%	80,02%	2237
	oui	40,50%	46,01%	75,21%	80,17%	726
Test		0,05	ns	ns	ns	
Savant	non	43,51%	46,22%	79,19%	86,49%	370
	oui	49,68%	45,86%	81,53%	87,26%	157
Test		ns	ns	ns	ns	
Familial	non	39,26%	44,41%	72,21%	82,52%	349
	oui	53,17%	43,65%	72,22%	83,33%	126
Test		0,01	ns	ns	ns	
Éclectique	non	42,26%	49,70%	73,68%	80,45%	1330
	oui	44,33%	49,19%	77,53%	82,59%	494
Test		ns	ns	0,1	ns	

Source : Elfe, 2011

Champ : Échantillon à 11 mois bis (n=5789)

Les recherches consacrées à l'effet de l'information nutritionnelle sur les consommations alimentaires des femmes enceintes montrent qu'elles comprennent bien les recommandations et évaluent correctement les risques associés à certains aliments mais qu'elles ne modifient, pas pour autant, leurs consommations (Roosen et *al.*, 2009 ; Blanchemanche et *al.*, 2010). Plusieurs explications à ce phénomène sont avancées. Premièrement, la complexité de la compréhension de certains phénomènes biologiques pourrait expliquer que les profanes ne modifient pas leurs habitudes alimentaires (Habron et *al.*, 2008). Habron, Barbier et Kinnunen étudient le phénomène de contamination par bioaccumulation. Sans être aussi complexe, la question de la sensibilité allergique pose problème. D'un côté, une exposition moins précoce à certains aliments limiterait le risque de développer une allergie, d'un autre côté, une sensibilisation plus précoce habituerait l'organisme à l'aliment. On comprend que les parents les plus éduqués et/ou les plus investis dans la recherche d'information en matière de puériculture puissent développer des attitudes et des pratiques en matière de prévention de

l'allergie complètement opposées (qui au niveau agrégé donneraient l'impression qu'un risque allergique accru pour l'enfant est sans effet sur l'alimentation que ses parents lui proposent). La complexité peut également résider dans les contradictions des recommandations médicales (Blanchemanche et *al.*, 2010), le poisson est bénéfique, riche en omégas 3 essentiels au développement psychomoteur de l'enfant mais il est aussi très allergène. Les individus sont alors dans une situation d'incertitude qui peut les pousser à se fier aux conseils d'une personne de confiance, comme le médecin suivant l'enfant selon les relations qu'ils entretiennent avec lui, la confiance étant un moyen de réduire l'incertitude dans des situations de travail (Karsenty, 2011), auxquelles on peut rattacher le travail de santé effectué conjointement par les parents et les professionnels de santé.

La confiance est une des conditions du maintien et de la reproduction des sociétés (Simmel, [1900], 1987). Elle sous-tend un nombre important d'interactions sociales (Giddens, 1991 ; Watier, 2008) ainsi que nombre de comportements de consommation (Hunt et *al.*, 1999 ; Kjærnes et *al.*, 2007). Simmel ([1900], 1987) va jusqu'à opposer la confiance aux « preuves rationnelles ». La confiance est notamment un élément essentiel des relations entre médecins et patients (Bizouarn, 2008). Toutefois, cette relation de confiance entre médecin et patient est le produit d'une construction sociale particulière (Jaunait, 2003) qui suppose certaines interactions. Dans ces conditions, un risque allergique accru pour l'enfant peut contribuer, en tant qu'occasion particulière de socialisation aux catégories de la puériculture savante, à entraîner une conformité plus importante, des parents appartenant aux classes moyennes et moyennes inférieures, aux recommandations nutritionnelles générales (valables pour tous les nourrissons quel que soit leur risque allergique) mais contre-intuitives (partiellement contraires aux recommandations nutritionnelles à destination des adultes et des enfants plus âgés). Cette interprétation paraît cohérente avec les recherches qui montrent que pour les femmes des catégories populaires, la question nutritionnelle ne devient problématique que lorsqu'une prise en charge médicale est requise (Lhuissier & Régnier, 2005). Ainsi, concernant le risque allergique de l'enfant, il semble que la *health literacy* interactive des parents (leur compréhension des recommandations médicales) soit bien moins décisive que leurs conditions d'accès aux recommandations médicales (une des dimensions de la *health literacy* fonctionnelle) et de sélection des recommandations (*health literacy* critique)

6.2. L'effet différencié de l'avancement en âge de l'enfant

Une autre manière de mesurer les conditions auxquelles les parents adaptent l'alimentation de leur enfant à ses caractéristiques physiques et physiologiques consiste à rechercher l'effet de son avancement en âge sur l'évolution de son régime alimentaire. Les supports de puériculture, à la suite des institutions médicales, confondent l'avancement en âge de l'enfant avec ses dispositions et aptitudes à recevoir un traitement (des soins) particulier, selon la logique du développement psychomoteur, physiologique (du système digestif notamment) et affectif. Ces discours et les outils qui les accompagnent (tels les échéanciers de diversification alimentaire, dont on donne un exemple en figure 6.2.1) contribuent à constituer l'âge de l'enfant en catégorie pertinente et légitime d'appréciation par les parents de l'adéquation de leurs pratiques de puériculture aux besoins de l'enfant. En effet, l'âge des enfants constitue la seule mesure facilement quantifiable dont les parents disposent pour déterminer l'état du développement psychomoteur et physique de leurs enfants⁸. Or, dans les supports de puériculture (et dans le cadre d'une alimentation conforme aux recommandations médicales), le moment d'introduction des différents aliments, au cours de la diversification alimentaire, est fonction du développement physiologique (psychomoteur et physique) de l'enfant objectivé dans son âge exprimé en mois révolus. Cependant, l'âge biologique, comme système de classement ou logique d'identification, n'est pas exempt de réappropriations sociales (Chamboredon & Prévot, 1973 ; Chamboredon & Fabiani, 1977 ; Gauthier, 2000).

Dans cette sous-partie, nous montrons que les parents s'approprient différemment l'avancement en âge de l'enfant et les évolutions physiologiques que cela implique. Dans une première sous-partie, une analyse descriptive montre l'effet, au niveau agrégé, des calendriers de diversification, proposés aux parents par les instances médicales, sur l'initiation de la diversification alimentaire de l'enfant. Dans un second temps, est présentée une analyse bivariée des conditions sociales de la durée avant l'introduction du sucre, du sel, des matières grasses végétales et animales des nourrissons enquêtés. Enfin, une analyse multivariée des probabilités d'introduction et d'âge d'introduction (exprimé en mois) des différents aliments dans le régime de l'enfant explicite les conditions sociales du moment d'introduction des matières grasses, du sucre et du sel dans le régime de l'enfant.

⁸ Ils peuvent évidemment observer leur enfant, constater qu'il se tient assis seul ou debout, qu'il marche mais ces observations sont moins aisément quantifiables à plus forte raison si les « progrès » que réalise l'enfant ne sont pas réguliers.

Figure 6.2.1 Exemple d'échéancier de diversification alimentaire proposé aux parents

REPÈRES D'INTRODUCTION DES ALIMENTS CHEZ L'ENFANT DE 0 A 3 ANS (hors pathologie particulière)
 Indication de l'âge : le « 9 mois », par exemple, débute à la date anniversaire des 4 mois de l'enfant, soit 4 mois révolus.

Peu de consommation (orange)
 Début de consommation possible (jaune)
 Début de consommation recommandée (vert)

	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 maternel ou								
	Lait 1 ^{er} âge exclusif				Lait 1 ^{er} ou 2 ^e âge		Lait 2 ^e âge ≥ 500 ml/j				Lait 2 ^e âge ou de croissance				
Produits laitiers							Yaourt	ou fromage blanc nature → Fromages							
Fruits							Fruits : très mûrs ou		cuits, mixés ; texture homogène, lisse → crus, écrasés*				en morceaux, à croquer*		
Légumes							Fruits : purée, lisse		→ petits morceaux*				écrasés, morceaux*		
Pommes de terre							Purée, lisse		→ petits morceaux*						
Légumes secs													15-18 mois : en purée*		
Farines infantiles (céréales)							Sans gluten		Avec gluten						
Pain, produits céréaliers							Pain, pâtes fines, semoule, riz*								
Vielles, poissons							Tous **: mixés		10 g/j (2 cc)	Hachés : 20 g/j (4 cc)		30 g/j (6 cc)			
Œuf									1/4 (dur)		1/3 (dur)		1/2		
M.G. ajoutées							Huile (olive, colza...) ou beurre (1 cc d'huile ou 1 noix et de beurre au repas)								
Boissons	Eau pure : proposer en cas de fièvre ou de forte chaleur						Eau pure								
Sel													Peu pendant la cuisson ; ne pas resaler à table		
Produits sucrés***							Sans urgence : à limiter								

* Au départ en fonction de la capacité de mastication et de développement de la tolérance digestive de l'enfant
 ** Limiter les charcuteries, sauf jambon blanc
 *** Bis cuit, bonbons, crèmes croustilles, biscuits lactés, chocolats, bonbons sucrés, confiture, miel.

42 43

Lecture : les M.G. ajoutées peuvent être introduites dans le régime de l'enfant à partir du 7^e mois soit après 6 mois révolus,

Note : dans l'échantillon de documents de puériculture à destination des parents étudié au chapitre 2, la plupart des textes s'accompagnent d'un échéancier de ce type présenté sous forme de tableau,

Source : *doctissimo.fr* (consulté en décembre 2014).

6.2.1. Supports de puériculture et scansion temporelle des âges de l'enfance

Depuis l'institutionnalisation de l'école, les instances scolaires jouent un rôle déterminant dans la définition des âges de l'enfance (Ariès, 1960 ; Mauger, 1995). En effet, le découpage en classes et le regroupement des enfants nés la même année dans un cursus scolaire commun contribuent fortement à scander les âges de l'enfance et leurs définitions sociales (Chamboredon, 1991). S'agissant des enfants d'âge préscolaire, l'emprise de l'école paraît moins évidente (si ce n'est qu'elle définit la limite entre âge scolaire et âge préscolaire), les âges de la prime enfance sont-ils objet d'une autre forme d'institutionnalisation ? Afin d'apporter des éléments de réponses à cette question, il est pertinent d'interroger l'effet des systèmes de classement des âges de la prime enfance implicitement proposés par les instances médicales au travers des recommandations en matière de santé et plus particulièrement des recommandations portant sur les traitements différentiels à réserver aux enfants selon leur âge.

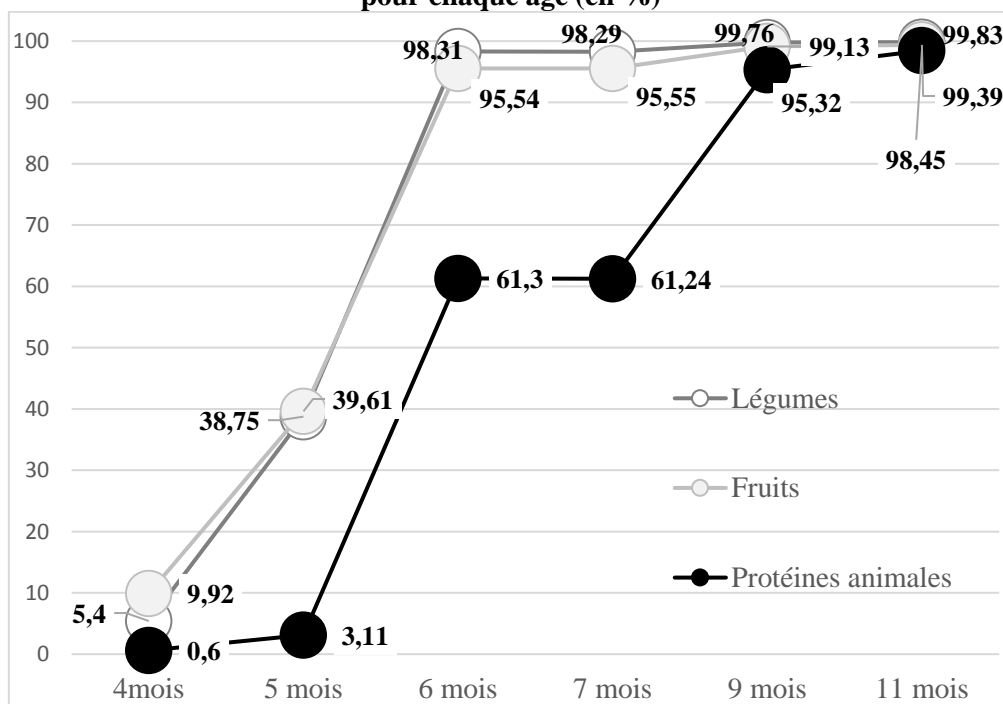
La figure 6.2.2 présente l'évolution de la part des enfants de l'enquête *Elfe* ayant consommé des légumes, des fruits et de la viande ou du jambon entre leur quatrième et leur onzième mois. S'agissant des légumes et des fruits, les recommandations dominantes suggèrent une introduction à 5 ou, préférentiellement, 6 mois révolus tandis que les recommandations dominées suggèrent une introduction dès 4 mois révolus (ces aliments sont généralement les premiers aliments de diversification). La part des enfants qui ont déjà consommé des légumes avant 6 mois atteint 98,31%, celle des enfants qui ont déjà consommé des fruits avant 6 mois est de 95,54%, alors que la part des enfants ayant déjà consommé des légumes avant 4 mois est de 5,4% et que celle des enfants ayant déjà consommé des fruits avant 4 mois est de 9,92%. Pour la très grande majorité de l'échantillon, l'introduction de ces aliments a donc lieu entre 4 et 6 mois révolus, soit les bornes que proposent les instances médicales.

Dans les supports de puériculture étudiés, l'introduction de la viande (mixée), dans le régime alimentaire de l'enfant, doit suivre celle des légumes et des fruits. Selon les recommandations dominantes, il est conseillé que l'introduction de la viande dans l'alimentation de l'enfant intervienne à 6 mois révolus mais il est également conseillé aux parents de ne pas précipiter cette introduction et d'attendre 7 ou 8 mois, voire 9 mois révolus. D'après les recommandations dominées, l'introduction de la viande dans le régime de l'enfant peut se faire dès 5 mois révolus. Dans l'échantillon, seuls 3,11% des enfants ont reçu de la viande à 5 mois tandis que 95,32% en ont consommée avant 9 mois révolus. Les pratiques des parents apparaissent moins homogènes que pour l'introduction des fruits ou des légumes, bien que l'introduction de la viande ait lieu pour la très grande majorité de l'échantillon au cours de l'intervalle de temps proposé par les recommandations médicales. Les réserves émises par les instances médicales concernant une introduction précoce de la viande, qui accompagnent les recommandations en matière de diversification alimentaire, ainsi que les différentes crises alimentaires des dernières décennies, qui concernaient généralement des produits carnés (Régnier et *al.*, 2006 ; Keck, 2008), contribuent sans doute à modifier le rapport de certains parents à ces aliments, selon leur rapport au risque⁹ (Peretti-Watel, 2005) mais également en raison de la formulation des recommandations.

⁹ Les conditions sociales du moment d'introduction de ces aliments dans le régime de l'enfant sont les mêmes que pour l'initiation de la diversification alimentaire étudiées au chapitre 5 (l'introduction des légumes ou des fruits dans l'alimentation de l'enfant marque dans l'immense majorité des cas le début de la diversification). Un

Les recommandations médicales paraissent tout de même avoir une influence forte sur les pratiques des parents en matière de diversification alimentaire. Notamment, elles délimitent, pour la très grande majorité des parents (plus de 90%), la fenêtre temporelle au cours de laquelle les aliments peuvent être introduits. La latitude du travail parental en matière de diversification alimentaire consiste alors à définir un moment précis, à l'intérieur de cette fenêtre, d'introduction des aliments dans le régime de l'enfant. Les pratiques des parents tendent à se polariser aux extrémités de cette fenêtre temporelle. L'institution médicale contribue donc en partie à la scansion des âges de la prime enfance en définissant des moments où les pratiques des enfants peuvent évoluer.

Figure 6.2.2 Part des enfants Elfe ayant déjà consommé des légumes, des fruits, de la viande pour chaque âge (en %)



Lecture : 0,6% des enfants de l'échantillon à 11 mois bis ont reçu des protéines animales avant 4 mois.

Champ : ensemble des enfants Elfe pour lesquels le questionnaire de suivi de la diversification alimentaire a été intégralement complété (n=5789),

Source : Elfe, 2011.

niveau de diplôme de la mère plus élevé et une position des parents davantage favorisée dans la stratification socioprofessionnelle sont associées à un recul du moment d'introduction des différents aliments. Par ailleurs, les parents qui ont introduit des légumes dans l'alimentation de l'enfant dès 4 ou 5 mois sont généralement également ceux qui ont introduit des fruits dans son alimentation au même moment.

6.2.2. Une estimation non-paramétrique (KM) des effets des caractéristiques socioéconomiques du ménage sur l'association entre avancement en âge de l'enfant et évolution de son alimentation

Les matières grasses d'origine végétale comme animale doivent, selon les supports de puériculture, être introduites dans le régime alimentaire de l'enfant vers 7 mois (pour les recommandations médicales dominantes) ou en début de diversification, entre 4 et 6 mois (pour les recommandations savantes dominées). Leur consommation, par l'enfant, est supposée augmenter progressivement en proportion des portions qui lui sont proposées au fur et à mesure de son avancement en âge et de sa croissance staturo-pondérale. À l'inverse, le sucre et le sel ne doivent pas être introduits dans le régime alimentaire de l'enfant avant au moins la fin de la première années (tous supports), voire avant 3 ans (pour une part importante des supports consultés). On peut voir l'introduction d'un aliment (matières grasses, sucre, sel) dans le régime du nourrisson comme un évènement qui met fin à une période (le temps écoulé avant l'introduction de l'aliment) dont il convient de rechercher les déterminants. Ce type de question, ainsi que la forme des données *Elfe*, se prêtent bien aux analyses de survie (appelées également modèles de durée). On connaît pour chaque enfant le mois où les matières grasses, le sucre et le sel ont été introduits dans son alimentation. Dans la mesure où l'on ne conserve que les cas complets dans l'échantillon que l'on étudie (les questionnaires fréquentiels de diversification alimentaire complétés en intégralité), nos données ne présentent qu'une censure (à droite, à la fin de la période d'enquête, aux 11 mois de l'enfant). L'avantage des modèles de durée est qu'ils exploitent l'ensemble de l'information disponible (probabilité de survenue d'un évènement et probabilité de la durée avant la survenue de l'évènement).

Dans un premier temps, dans la mesure où on ne fait pas d'hypothèse particulière sur la forme de la distribution des fonctions de survie étudiées, on utilise une méthode non-paramétrique d'analyse de survie dite de Kaplan-Meier¹⁰. Soit $S(t)$ la probabilité qu'un membre d'une population donnée ait une durée de vie supérieure à t (ne connaisse pas l'évènement considéré avant t). Pour un échantillon de taille N dans cette population, les durées observées jusqu'à ce que l'évènement survienne pour chacun des membres de l'échantillon N sont : $t_1 \leq t_2 \leq t_3 \leq \dots \leq t_N$. À chaque n_i correspond un t_i , n_i étant le nombre d'individus qui risque de connaître l'évènement juste avant le temps t_i , et d_i le

¹⁰ Pour une présentation des analyses de survie (ou modèles de durée) voir par exemple Lawless (2011).

nombre d'évènements survenus au temps t ¹¹. L'estimateur de Kaplan-Meier est l'estimation du maximum de vraisemblance non-paramétrique de $S(t)$:

$$\hat{S}(t) = \prod_{t_i < t} \frac{n_i - d_i}{n_i}$$

On cherche la probabilité qu'un nourrisson a de connaître les évènements analysés (l'introduction des matières grasses, du sucre et du sel dans son régime) sur le période considérée (entre 2 et 11 mois) selon les caractéristiques sociodémographiques de ses parents¹². On considère alors plusieurs courbes de survie qui correspondent aux différentes valeurs (modalités) de la *covariable* étudiée (qui est la survenue de l'évènement, c'est-à-dire l'introduction d'un aliment au temps t). On teste l'égalité de ces courbes de survie au moyen de plusieurs tests d'association. Sous l'hypothèse qu'une même distribution gouverne la survenue des évènements observés dans les différentes strates (une strate correspond à la courbe de survie pour les individus qui présente la caractéristique correspondante) on compare les effectifs observés aux effectifs espérés en situation d'indépendance. On peut formuler la question générale que l'on pose ainsi : la probabilité du moment de la survenue de l'évènement analysé (l'introduction d'un aliment dans le régime des enfants) est-elle la même quelle que soit la strate considérée ?

On cherche d'abord la significativité de l'association entre les caractéristiques sociales des parents et la probabilité d'introduction du sucre et du sel dans le régime de l'enfant avant 1 an. L'observation des courbes de Kaplan-Meier (figures 6.4.1 à 6.4.16, annexe du chapitre 6) permet d'apercevoir que les mères qui ont un niveau de diplôme supérieur à un Bac+2 ont à tout moment une probabilité plus faible d'introduire du sucre dans le régime de l'enfant avant 1 an. De plus, la différence de probabilité d'introduction du sucre dans l'alimentation de l'enfant entre mères diplômées et peu ou pas diplômées s'accroît avec l'avancement en âge de l'enfant. De même, lorsque la mère a un modèle de puériculture savant, l'enfant a une probabilité plus faible à tout moment d'avoir consommé du sucre dans sa première année que les enfants dont la mère a un autre modèle de puériculture et son avancement en âge paraît accroître cet écart. On observe les mêmes phénomènes pour la probabilité d'introduction du sel dans l'alimentation de l'enfant avant 1 an. Les tests d'égalité (tableau 6.2.1) confirment la

¹¹ Il convient de noter que les intervalles entre chaque évènement ne sont pas forcément uniformes.

¹² La procédure a été effectuée avec la commande *proc lifetest* du logiciel SAS.

significativité des associations entre caractéristiques sociales des parents et probabilité à un instant déterminé (à chaque mois de l'enfant) d'introduction du sucre et du sel dans l'alimentation de l'enfant avant 1 an.

Tableau 6.2.1 Tests de l'homogénéité des courbes de survie pour AGE*SUCRE et AGE*SEL sur les niveaux de discrétisation

	Introduction du sucre av 1 an			Introduction du sel avant 1 an		
	Khi-2	Ddl	P > Khi-2	Khi-2	Ddl	P > Khi-2
CSP du père						
Log-rang	6,546	2	0,0379	18,0075	2	0,0001
Wilcoxon	7,8671	2	0,0196	18,3387	2	0,0001
-2Log(LR)	4,8041	2	0,0905	15,7732	2	0,0004
Diplôme de la mère						
Log-rang	23,4859	1	<,0001	39,3745	1	<,0001
Wilcoxon	26,1742	1	<,0001	41,0762	1	<,0001
-2Log(LR)	18,0877	1	<,0001	33,091	1	<,0001
Modèle de puériculture de la mère						
Log-rang	13,6689	3	0,0034	14,8029	3	0,002
Wilcoxon	14,8431	3	0,002	14,8601	3	0,0019
-2Log(LR)	11,3187	3	0,0101	13,7239	3	0,0033

Source : Elfe, 2011

Champ : Échantillon à 11 mois bis (n=5789)

S'agissant de la probabilité du moment d'introduction des matières grasses animales et végétales dans le régime de l'enfant lors de la première année, l'examen des courbes de Kaplan-Meier (figures 6.4.5 à 6.4.8, annexe du chapitre 6) montre que la probabilité pour l'enfant d'avoir reçu des matières grasses d'origine végétale avant 1 an est à chaque moment plus élevée lorsque le père est cadre, lorsque la mère a un niveau de diplôme supérieur à un Bac+2 et lorsqu'elle a un modèle de puériculture savant (ou dans une moindre mesure, éclectique). Les tests d'égalité confirment la significativité de ces associations (tableau 6.2.2). Par contraste, la probabilité d'une introduction plus précoce des matières grasses d'origine animale dans le régime de l'enfant ne semble pas obéir à ces déterminants sociaux, excepté, bien que de manière moins significative ($p < 0,005$), pour le modèle de puériculture de la mère (tableau 6.2.2).

Tableau 6.2.2 Tests de l'homogénéité des courbes de survie pour AGE*MGVEGETALES et AGE*MGANIMALES sur les niveaux de discrétisation

	Introduction des mg végétales avant 1 an			Introduction des mg animales avant 1 an		
	Khi-2	Ddl	P > Khi-2	Khi-2	Ddl	P > Khi-2
CSP du père						
Log-rang	82,5331	2	<,0001	1,9988	2	0,3681
Wilcoxon	79,0154	2	<,0001	0,9509	2	0,6216
-2Log(LR)	57,0522	2	<,0001	1,7944	2	0,4077
Diplôme de la mère						
Log-rang	130,5262	1	<,0001	3,2857	1	0,0699
Wilcoxon	125,067	1	<,0001	6,3643	1	0,0116
-2Log(LR)	90,6829	1	<,0001	0,9844	1	0,3211
Modèle de puériculture de la mère						
Log-rang	34,5071	3	<,0001	14,3671	3	0,0024
Wilcoxon	35,0077	3	<,0001	13,7816	3	0,0032
-2Log(LR)	23,2838	3	<,0001	8,9875	3	0,0295

Lecture : la différence de probabilité, selon la CSP du père, d'introduction des mg végétales dans l'alimentation est significative au seuil de 1/1000,

Source : Elfe, 2011

Champ : Échantillon à 11 mois bis (n=5789)

Les corrélations observées entre les variables indépendantes mobilisées dans les analyses bivariées (KM) et l'introduction des matières grasses, du sucre et du sel dans le régime de l'enfant plaident pour le recours à une analyse multivariée qui peut permettre, notamment, de distinguer les effets de dispositions culturelles (liées au niveau de diplôme de la mère) des effets de socialisation au maternage (approchée par le modèle de puériculture de la mère).

6.2.3. Une estimation semi-paramétrique (Cox) des effets des caractéristiques socioéconomiques du ménage sur l'association entre avancement en âge de l'enfant et évolution de son alimentation

Afin de conduire une analyse multivariée de la probabilité de la durée avant l'introduction des aliments dans le régime de l'enfant lors de sa première année (donc de l'âge à la première introduction des aliments), il est possible de recourir à des modèles semi-paramétriques dits de Cox qui présentent l'avantage d'une grande souplesse. En effet, ces modèles ne demandent pas de spécifier le « *hasard* de base », c'est-à-dire la distribution temporelle des probabilités de survenue des événements considérés. Le modèle de Cox s'écrit sous la forme suivante :

$$h_i(t) = h_0(t) \cdot \exp(\beta_1 \cdot x_{i1} + \dots + \beta_k \cdot x_{ik})$$

Où x_{ik} représente la valeur de la variable explicative k pour l'individu i , β_k le paramètre estimé de cette variable et $h_0(t)$ une fonction de distribution de la probabilité de survenue de l'événement non définie. Cette dernière peut s'interpréter comme le risque de connaître l'événement pour un individu abstrait de référence dont toutes les caractéristiques individuelles x_{ik} seraient nulles au moment t . Dans ce modèle, le rapport de chances $h_i(t)/h_j(t)$ de connaître l'événement considéré pour deux individus i et j qui diffèrent d'une seule caractéristique x_k , ne dépend pas du temps t mais seulement du rapport $\exp(\beta_k \cdot x_{ik})/\exp(\beta_k \cdot x_{jk})$.

Sont d'abord considérés les effets propres des caractéristiques sociales des parents sur la probabilité d'introduction plus précocement du sucre et du sel dans le régime du nourrisson (tableau 6.2.3 et 6.2.4). On constate que, une fois contrôlé l'effet des autres variables, la CSP du père (la position du ménage dans la stratification sociale) est sans effet significatif sur la probabilité d'introduction du sucre dans l'alimentation de l'enfant. En revanche, lorsque la mère a un niveau de diplôme supérieur à un Bac+2, l'enfant a une probabilité très significativement plus faible d'avoir reçu plus précocement du sucre lors de sa première année. De même, quand la mère développe un modèle de puériculture savant, l'enfant a une probabilité plus faible d'avoir consommé du sucre avant 1 an et dans le cas où il en a consommé, un âge d'introduction plus élevé que lorsque sa mère a un niveau de diplôme égal ou inférieur à un Bac+2.

Tableau 6.2.3 Probabilité d'introduction et de précocité de l'introduction du sucre avant 1 an selon les caractéristiques des parents

Introduction du sucre avant 1 an	Paramètre	Erreur standard	Pr > Khi-2
CSP du père			
Ouvrier ou employé	0.04418	0.06298	0.4830
PI ou Indépendant	0.00219	0.06892	0.9747
Cadre	Réf.		
Diplôme de la mère			
≤ Bac+2	Réf.		
> Bac+2	-0.20470	0.05278	0.0001
Modèle de puériculture de la mère			
Pragmatique	Réf.		
Savant	-0.28650	0.09816	0.0035
Familial	0.08814	0.08641	0.3077
Éclectique	0.01141	0.05431	0.8337

Lecture : Un paramètre positif du modèle de Cox marque une durée plus courte avant d'avoir consommé un aliment alors qu'un paramètre négatif une durée plus longue (une introduction plus tardive de cet aliment dans le régime des nourrisson). On donne la probabilité critique, la significativité de l'effet observé, dans la colonne de droite (Pr > Khi-2),

Source : Elfe, 2011,

Champ : Échantillon à 11 mois bis (n=5789)

Concernant l'introduction du sel dans le régime de l'enfant, le niveau de diplôme de la mère et son modèle de puériculture ont les mêmes effets que pour le sucre. Les aliments qui sont proscrits au moins toute la première année de l'enfant sont introduits par une part des mères enquêtées au fur et à mesure que l'enfant grandit. Quand les mères ont tendance à être éloignées des représentants et catégories de la puériculture médicalisée, en raison de dispositions culturelles liées à la carrière scolaire ou maternelle, elles font plus fréquemment de l'avancement en âge de l'enfant un critère d'introduction des aliments systématiquement pertinent. On peut y voir soit le signe d'une appropriation particulière du lien entre avancement en âge de l'enfant et réceptivité aux nouveaux aliments (diminution de sa fragilité, de son risque nutritionnel), soit le signe de définitions de l'enfance qui impliquerait une mise en conformité plus précoce du régime de l'enfant avec celui des adultes. Afin d'examiner la vraisemblance de ces deux hypothèses, nous analysons les effets propres des caractéristiques sociales des parents sur la probabilité d'introduction des matières grasses

(recommandées pour les jeunes enfants mais à limiter pour les adultes) dans le régime du nourrisson (tableau 6.2.5 et 6.2.6). Dans la mesure où la consommation de ces produits alimentaires est à limiter chez les adultes, les catégories sociales dont les définitions de l'enfance sont telles qu'elles proposent du sucre et du sel précocement à leurs enfants (les mères ayant un niveau de diplôme inférieur à un Bac+2 et les familles dans lesquelles le père est ouvrier ou employé) devraient introduire moins précocement les matières grasses dans le régime de l'enfant.

Tableau 6.2.4 Probabilité d'introduction et de précocité de l'introduction du sel avant 1 an selon les caractéristiques des parents (modèle de COX)

Introduction du sel avant 1 an	Paramètre	Erreur standard	Pr > Khi-2
CSP du père			
Ouvrier ou employé	0.14817	0.07317	0.0429
PI ou Indépendant	0.13959	0.07923	0.0781
Cadre	Réf.		
Diplôme de la mère			
≤ Bac+2	Réf.		
> Bac+2	-0.28439	0.06011	<.0001
Modèle de puériculture de la mère			
Pragmatique	Réf.		
Savant	-0.35377	0.11301	0.0017
Familial	-0.17950	0.10624	0.0911
Éclectique	-0.03278	0.06067	0.5890

Lecture : Un paramètre positif du modèle de Cox marque une durée plus courte avant d'avoir consommé un aliment alors qu'un paramètre négatif une durée plus longue (une introduction plus tardive de cet aliment dans le régime des nourrisson). On donne la probabilité critique, la significativité de l'effet observé, dans la colonne de droite (Pr > Khi-2),

Source : *Elfe*, 2011,

Champ : Échantillon à 11 mois bis (n=5789).

S'agissant de la probabilité d'une introduction plus précoce des matières grasses d'origine végétale dans l'alimentation de l'enfant lors de sa première année (tableau 6.2.5), il apparaît que la CSP du père (la position du ménage dans la stratification sociale) a un effet significatif ($p < 0,0001$). Les enfants dont le père est ouvrier ou employé, catégories dont on a vu qu'elles

avaient des définitions de l'enfance moins proches de celle proposée par l'école et les institutions en générale que les cadres (chapitre 4), tendent à recevoir des matières grasses d'origine végétale plus tardivement lors de leur première année. De plus, lorsque la mère a un niveau de diplôme supérieur à un Bac+2, la probabilité d'une introduction plus précoce des matières grasses végétales est significativement plus grande que pour les mères qui ont un niveau de diplôme égal ou inférieur à un Bac+2. De la même manière, l'introduction des matières grasses végétales dans l'alimentation de l'enfant est plus précoce ($p < 0,0001$) lorsque la mère a un modèle de puériculture savant ou éclectique (fondé en partie sur la consultation de supports de puériculture médicalisée). Ainsi, une distance plus grande à la puériculture savante des parents induirait une introduction moins fréquente et plus tardive des matières grasses d'origine végétale, ce qui tend à contredire l'hypothèse d'une association plus systématique, par les ménages moins diplômés et moins favorisés, de l'avancement en âge de l'enfant et de sa réceptivité aux nouveaux aliments.

Tableau 6.2.5 Probabilité d'introduction et de précocité de l'introduction des mg végétales avant 1 an selon les caractéristiques des parents

Introduction des mg végétales	Paramètre	Erreur standard	Pr > Khi-2
CSP du père			
Ouvrier ou employé	-0.22131	0.04898	<.0001
PI ou Indépendant	-0.06179	0.05148	0.2301
Cadre	Réf.		
Diplôme de la mère			
≤ Bac+2	Réf.		
> Bac+2	0.33662	0.04187	<.0001
Modèle de puériculture de la mère			
Pragmatique	Réf.		
Savant	0.20592	0.06722	0.0022
Familial	0.15306	0.07135	0.0319
Éclectique	0.21121	0.04345	<.0001

Lecture : Un paramètre positif du modèle de Cox marque une durée plus courte avant d'avoir consommé un aliment alors qu'un paramètre négatif une durée plus longue (une introduction plus tardive de cet aliment dans le régime des nourrisson). On donne la probabilité critique, la significativité de l'effet observé, dans la colonne de droite (Pr > Khi-2),

Source : Elfe, 2011,

Champ : Échantillon à 11 mois bis (n=5789)

S'agissant de la probabilité d'introduction des matières grasses d'origine animale dans le régime alimentaire de l'enfant, les caractéristiques sociodémographiques des parents sont sans effets significatifs (tableau 6.2.6). Cela confirme que ces aliments doivent faire l'objet

d'analyses selon d'autres termes que ceux de la distance ou de la proximité à la culture savante (aux représentants et catégories de la puériculture médicalisée).

Tableau 6.2.6 Probabilité de précocité de l'introduction des mg animales avant 1 an selon les caractéristiques des parents

Introduction des mg animales	Paramètre	Erreur standard	Pr > Khi-2
CSP du père			
Ouvrier ou employé	-0.07186	0.04600	0.1182
PI ou Indépendant	-0.01969	0.04940	0.6903
Cadre	Réf.		
Diplôme de la mère			
≤ Bac+2	Réf.		
> Bac+2	-0.08609	0.03865	0.0259
Modèle de puériculture de la mère			
Pragmatique	Réf.		
Savant	0.04272	0.06490	0.5104
Familial	-0.01230	0.06794	0.8563
Éclectique	0.13636	0.03976	0.0006

Lecture : Un paramètre positif du modèle de Cox marque une durée plus courte avant d'avoir consommé un aliment alors qu'un paramètre négatif une durée plus longue (une introduction plus tardive de cet aliment dans le régime des nourrisson). On donne la probabilité critique, la significativité de l'effet observé, dans la colonne de droite (Pr > Khi-2),

Source : Elfe, 2011,

Champ : Échantillon à 11 mois bis (n=5789)

Les données et la méthode retenue ne permettent pas de déterminer si l'introduction plus précoce du sucre et du sel dans le régime de l'enfant procède de définitions de l'enfance particulières (telle une tendance à un raccourcissement de la durée de la prime enfance) dans les catégories les moins diplômées et les moins favorisées. Cependant, l'absence d'association significative entre les caractéristiques sociales des parents et le moment d'introduction des matières grasses animales semble indiquer que ces catégories n'associent pas systématiquement l'avancement en âge de l'enfant à la possibilité d'élargir son répertoire alimentaire sur le modèle d'une alimentation proche de celle des adultes. Dans les catégories moins favorisées, l'avancement en âge de l'enfant pourrait être perçu comme une occasion de lui proposer des aliments perçus comme plaisants en vertu d'un rapport davantage hédonique, moins exclusivement médical, à l'alimentation (Régner & Masullo, 2009).

Conclusion

Les instances médicales tentent d'inculquer – au travers des supports de puériculture qu'elles contribuent à produire et du travail des professionnels de santé – des registres d'identification de la normalité infantile. Des caractéristiques physiques de l'enfant sont ainsi constituées en critères d'appréciation de son état de santé et de son bon développement. D'après les supports de puériculture et les carnets de santé, les pratiques des parents en matière de diversification alimentaire doivent être adaptées à notamment trois caractéristiques physiques des enfants. La croissance staturo-pondérale des enfants, objectivées dans les courbes de poids et de taille des carnets de santé, constitue l'un des principaux indicateurs que les parents peuvent mobiliser afin d'apprécier le développement physique de l'enfant. Cependant, les données utilisées dans le cadre de cette recherche ne permettent pas l'analyse de l'effet de l'évolution du poids des enfants sur les aliments que leurs parents leur proposent au cours de la période de diversification alimentaire.

D'après les instances médicales, le risque allergique des enfants, c'est-à-dire leur propension à développer des manifestations allergiques au contact de certains éléments de leur environnement matériel tels certains aliments, constitue le principal motif d'une diversification alimentaire spécifique (retard de l'introduction des aliments autres que le lait dans le régime de l'enfant et éviction des principaux allergènes alimentaires). Le risque allergique des enfants est d'abord évalué en fonction des tendances allergiques des parents (eczéma, asthme, allergie alimentaire, etc.). Si les parents biologiques souffrent tous deux d'au moins une maladie allergique ou si l'un des deux parents souffre de plusieurs maladies allergiques, les instances médicales considèrent que l'enfant présente un risque allergique accru. Le risque allergique des enfants est alors dans un premier temps relativement perceptible pour les parents puisqu'il est fonction de leur propre expérience des maladies allergiques. La dernière caractéristique physique des enfants devant, d'après les instances médicales, moduler la diversification alimentaire est l'âge. Ainsi, les calendriers de diversification alimentaire proposés dans les supports de puériculture associent avancement en âge de l'enfant et élargissement de son répertoire alimentaire.

La manière dont les parents s'approprient ces registres savants d'identification de la normalité infantile et les mettent en œuvre renseigne d'une certaine manière leur *health*

literacy. La *health literacy* recouvre l'ensemble des conditions individuelles et « environnementales » nécessaires à un individu pour obtenir, « comprendre », traiter et utiliser de l'information en matière de santé (Margat et al., 2014). Cependant, une large part des recherches qui mobilisent ce concept, notamment en Santé publique, le réduisent de fait à la capacité des individus à lire et à comprendre de l'information en matière de santé, notamment dans le cadre de la gestion de maladies chroniques (Kickbush et al., 2013). Il en résulte un consensus de fait sur l'usage du concept de *health literacy* qui serait la capacité des individus à accéder à l'information en matière de santé et à l'utiliser de manière « appropriée » afin de maintenir ou de restaurer leur état de santé (Traynard & Gagnayre, 2013). Ce sont alors surtout les aptitudes à la lecture, au calcul, à la communication permettant la recherche d'information en santé et, dans une moindre mesure, l'évaluation critique de cette information qui sont mesurées (Lytton, 2013).

Comme le soulignent Bourdieu et Passeron (1970) au sujet des analyses qui font du travail pédagogique un simple rapport de communication, définir la compréhension comme la condition de « l'entendre » (au sens d'accorder du crédit au propos) conduit à négliger la reconnaissance de la légitimité de l'émetteur (ici, des instances médicales) par le destinataire (ici, les parents). Dans les sciences médicales, la capacité à comprendre l'information en santé est définie comme capacité à traduire et à utiliser l'information conformément aux attentes des instances médicales. La santé publique tend donc à supposer que la grande majorité des individus reconnaît la légitimité, ou l'autorité, de la médecine ainsi que des médecins et est intéressée par sa santé ; c'est-à-dire que la plupart des individus sont des « *homo medicus* » (Peretti-Watel, 2017). Les conditions sociales auxquelles les individus adhèrent à des recommandations et se les réapproprient ne sont alors presque jamais questionnées. Les spécificités d'une analyse sociologique de la *health literacy* des individus résident alors dans la prise en compte, d'une part, des pratiques concrètes des individus hors de toute situation expérimentale et, d'autre part, de la légitimité qu'ils reconnaissent à la médecine et aux médecins, de la forme de leur investissement dans la recherche d'information en matière de santé et des appropriations particulières qu'ils sont susceptibles de faire des recommandations médicales.

Les données *Elfe* ne fournissent pas d'indicateur spécifique du niveau de *health literacy* des parents enquêtés. Cependant, en mettant en rapport certaines caractéristiques physiques des enfants – leur risque allergique et leur âge – avec les aliments que leurs parents leur

proposent pendant la période de diversification alimentaire, nous interrogeons les conditions sociales d'application des registres d'identification de la normalité infantile proposés par les instances médicales. Autrement dit, nous identifions certaines des caractéristiques sociales des parents qui adaptent le régime alimentaire de leur enfant à son état physique conformément aux recommandations médicales. Sont ainsi mises au jour certaines des propriétés sociales des parents qui font un usage de l'information en santé conforme à ce qu'attendent les instances médicales dominantes ; c'est-à-dire des parents dont on pourrait penser qu'ils ont un niveau de *health literacy* élevé.

Nos résultats ne permettent pas d'affirmer qu'au niveau individuel, une initiation de la diversification alimentaire repoussée au-delà de 4 mois et une introduction du poisson dans le régime de l'enfant après 7 mois sont liées à la perception, par les parents, d'un risque allergique accru chez l'enfant. En revanche, au niveau agrégé, l'association statistiquement significative entre risque allergique de l'enfant et introduction plus tardive des aliments autre que le lait dans son régime indique que certains parents prennent en compte le risque allergique de leur enfant pour décider du rythme de sa diversification alimentaire. C'est-à-dire que ces parents, en adaptant leurs pratiques de puériculture à certaines caractéristiques de leur enfant, utilisent l'information en santé conformément aux attentes des instances médicales. Cependant, cette appropriation des registres d'identification de la normalité infantile proposés par les instances médicales ne peut être imputée à une meilleure compréhension (au sens de capacité cognitive à se saisir d'un problème, capacité à traduire l'information) des recommandations médicales en matière de diversification alimentaire. Elle ne témoigne pas d'une meilleure *health literacy* dite interactive (compréhension de l'information santé). En effet, le niveau de *health literacy*, notamment interactive, augmente avec le niveau d'éducation et de diplôme des individus. Or, s'agissant de la population que nous étudions, l'association entre risque allergique accru de l'enfant et report de la diversification alimentaire au-delà de 4 mois et de l'introduction du poisson au-delà de 7 mois n'est significative que pour le groupe des mères ayant un niveau de diplôme compris entre bac et bac+2.

L'adoption des registres savants dominants d'identification de la normalité infantile serait le fait de parents qui, lorsque leur enfant ne présente aucune pathologie identifiée, tendent à être davantage réceptifs à la saturation d'information et à la légitimité des systèmes abstraits (telle la médecine) qu'aux représentants les plus officiels de ces systèmes (tels les médecins considérés individuellement). En effet les mères qui ont un niveau de diplôme compris entre

bac et bac+2 sont davantage conformes aux recommandations médicales en matière de diversification alimentaire lorsqu'elles ont un modèle de puériculture de type éclectique, c'est-à-dire un investissement dans la recherche d'information en matière de puériculture qui ne passe pas uniquement par la consultation des supports de puériculture les plus légitimes (voir section 5.5.4 du chapitre 5). Par ailleurs, l'association entre risque allergique accru et introduction du poisson après 7 mois dans l'alimentation de l'enfant n'est significative ($p < 0,02$) que pour les mères développant un modèle de puériculture de type pragmatique, c'est-à-dire reposant principalement sur leur propre expérience du maternage en interaction avec le médecin qui suit l'enfant. Ainsi, une relation particulière à certains représentants du corps médical, en raison d'une maladie chronique (telles des allergies), modulerait le rapport aux recommandations médicales d'individus plutôt distants de la culture médicale ou de ses représentants (en raison de leur parcours scolaire notamment).

Ainsi, les conditions sociales auxquelles l'association entre risque allergique et forme de la diversification alimentaire est significative, c'est-à-dire les caractéristiques des parents adaptant leurs pratiques de puériculture en matière de diversification alimentaire à l'état de santé de leur enfant, sont incompatibles avec une explication en termes de *health literacy* dite interactive ou de *health literacy* dite fonctionnelle. Les enfants dont la mère a un niveau de diplôme supérieur à un bac+2 ont plus de chances, que les enfants dont la mère est moins diplômée, de ne pas être diversifiés dès 4 mois et de ne pas avoir reçu de poisson avant 7 mois quel que soit leur risque allergique. De la même manière, indépendamment du risque allergique, les enfants dont la mère a un modèle de puériculture de type savant sont moins fréquemment diversifiés dès 4 mois et ont moins fréquemment reçu du poisson avant 7 mois que les enfants dont la mère développe un autre modèle de puériculture. Les mères les plus diplômées et les mères ayant un modèle de puériculture savant ont un rapport à la prévention qui les amènent, plus que les autres mères, à retarder l'introduction des aliments autres que le lait dans le régime de leurs enfants ainsi qu'à en exclure les aliments réputés allergènes. Ce rapport à la prévention est indépendant du risque allergique de leurs enfants contrairement aux mères qui ont un niveau de diplôme compris entre bac et bac+2 et aux mères qui ont un modèle de puériculture de type pragmatique.

Une part importante (environ 60%) des mères les plus diplômées s'approprient une logique de prévention – d'exclusion de certains aliments – qu'elles semblent percevoir comme au principe des recommandations médicales dominantes en matière de diversification

alimentaire¹³ mais une part des mères les plus diplômées ne se conforment pas à cette logique et ce indépendamment du risque allergique de leur enfant. Ce qui pourrait indiquer, au moins pour une part d'entre elles, qu'elles adhèrent aux recommandations dominées qui suggèrent une exposition précoce aux aliments autres que le lait et aliments réputés allergisants afin d'y habituer l'organisme. Pour ces mères des interactions particulières avec les professionnels de santé en raison d'une maladie chronique sont sans influence, probablement en raison d'un fort « sentiment de compétence » lié à une expérience du maternage, à un capital culturel (Trudelle & Montambault, 1994) et à un investissement particulier dans la recherche d'information en matière de santé opposables à l'expertise médicale. En revanche, pour les mères qui ont un niveau de diplôme intermédiaire (du BEP au bac+2), dont le modèle de puériculture – la forme de l'investissement dans la recherche d'information en matière de puériculture – a un effet sur les pratiques de puériculture (voir le chapitre 5), des interactions particulières avec des professionnels de santé en raison d'une maladie chronique peuvent modifier à la marge leur travail parental en matière de diversification alimentaire.

Ainsi, des interactions plus fréquentes avec les professionnels de santé ne modifient le travail de puériculture, notamment l'appropriation des registres savants d'identification de la normalité infantile, que pour certaines mères. En outre, ces registres d'identification de la normalité infantile peuvent être l'objet d'appropriations particulières. Ceci plaide pour une analyse plus systématique de la *health literacy* dite critique des individus, c'est-à-dire les conditions sociales et les motifs d'appropriation, ou de conformité, aux recommandations médicales ne relevant pas de la compréhension.

La très grande homogénéité des calendriers de diversification alimentaire mis en œuvre par les parents enquêtés exclut, comme l'avait montré S. Gojard (1999, 2000), l'hypothèse d'une « anomie généralisée » qui serait liée à l'hétérogénéité des recommandations en matières de puériculture. Au contraire, les parents semblent se saisir uniquement des marges d'interprétation laissées par les recommandations médicales. Ainsi, l'avancement en âge – registre savant d'identification de la normalité infantile – est associé pour une large part de l'échantillon à un élargissement progressif des répertoires alimentaires des enfants. Cependant, les mères les moins diplômées (dont le niveau de diplôme est inférieur ou égal à un bac+2) introduisent plus précocement, que les mères plus diplômées, du sucre et du sel

¹³ Il s'agit d'une interprétation tout à fait compatible avec le contenu de certains supports de puériculture qui encouragent à retarder l'introduction de la plupart des aliments dans le régime de l'enfant.

dans le régime alimentaire des enfants mais plus tardivement des matières grasses d'origine végétale. Ainsi, pour les mères moins diplômées, l'avancement en âge des enfants est associé à la possibilité de développer un rapport hédonique à l'alimentation tandis que les mères plus diplômées conservent une logique de prévention, potentiellement opposé à un impératif de développement du goût des enfants. Se pose alors la question de l'articulation par les individus de ces deux registres.

Conclusion de la partie II

Cette deuxième partie se donnait pour objet d'expliquer les consommations alimentaires dans la prime enfance au moyen d'éléments de la sociologie de la culture telle qu'elle s'est développée à la suite des travaux de P. Bourdieu et J.C. Passeron (1970). Pour Bourdieu et Passeron (1970) l'adoption de la culture scolaire est fonction de la culture transmise dans la famille. Ils rejoignent ainsi les théories qui font de la socialisation un processus continu (Darmon, 2006) et hiérarchisé. La socialisation primaire affecterait la socialisation secondaire. A titre d'exemple, P. Willis (1978) postule une continuité entre le rapport au travail et le rapport à l'école. Afin de préciser les éléments de réponse que nous apportons, dans cette partie, à notre problématique initiale, il nous paraît important de revenir sur plusieurs points.

Premièrement, analyser au moyen de modèles log-linéaires et de tableaux de contingence, les conditions sociales de conformité aux recommandations médicales en matière de diversification alimentaire permet d'inscrire le rapport des parents aux instances médicales et le travail de puériculture dans un processus de socialisation relativement long. La socialisation au travail parental de soin suit dans la majorité des cas la socialisation scolaire bien qu'elles puissent également s'effectuer en partie parallèlement. Leur socialisation scolaire influence donc la socialisation des parents au travail de puériculture. Afin de différencier les conditions de socialisation au travail de puériculture, nous avons construit des modèles de puériculture qui correspondent à la forme de l'investissement des mères enquêtées dans la recherche d'information en matière de puériculture.

Deuxièmement, les analyses du chapitre 4 montrent que les formes socialement situées de recours aux professionnels de santé dans les premiers mois des enfants peuvent être analysées comme des problématiques de division du travail de puériculture entre parents et experts de l'enfance. Le recours au pédiatre est d'abord fonction des conditions matérielles d'existence des ménages, notamment de leur zone d'habitation et donc de la répartition des services médicaux sur le territoire. Cependant, les caractéristiques sociales des parents sont également déterminantes. La nature de la relation entre parents et professionnels de santé est fonction de la distance sociale qui les séparent (Serre, 1998 ; Camus & Oria, 2012). Il est intéressant de dresser un parallèle avec les rapports socialement situés des parents aux enseignants ainsi qu'à l'école. En effet, le capital scolaire de la mère déterminent le rapport à l'institution scolaire

(Thin, 1998 ; Périer, 2005) tout comme le rapport à l'institution médicale. La maîtrise de la langue, des chiffres, des objets techniques et des techniques d'objectivation et donc de la proximité aux cultures savantes augmente avec le niveau de diplôme.

S'agissant des relations entre parents et enseignants, les parents appartenant aux catégories sociales moyennes et supérieures participent davantage aux réunions, voire tendent même à les solliciter (Caille, 1993). A l'inverse, les parents appartenant aux catégories sociales défavorisées tendent à éviter ces réunions avec les enseignants surtout lorsque leurs enfants ont des résultats problématiques du point de vue de l'institution. Ces stratégies d'évitement constituent des formes de résistance à l'institution scolaire fréquentes (Monceau, 2009 ; Guigue & Tillard, 2010). Le rapport à l'école des parents appartenant aux catégories défavorisées est toutefois plus ambivalent qu'un simple rejet (Thin, 1998). L'école est vue comme nécessaire par ces populations et incontournable bien que peu adaptée à leurs conditions sociales d'existence. On peut interpréter le rapport des parents aux professionnels de santé et à l'institution médicale sur ce modèle.

En effet, les parents appartenant aux catégories les moins favorisées prévoient plus fréquemment que les autres parents le suivi médical de l'enfant dès avant sa naissance. Dans le même temps, ils tendent à précipiter la première visite médicale de l'enfant, en raison d'une inquiétude concernant sa santé, plus fréquemment que les représentants des autres catégories sociales. Ils sont pourtant largement moins conformes aux recommandations médicales en matière de diversification alimentaire. Ce rapport au suivi médical de l'enfant dénote une certaine ambivalence des représentants des catégories les moins favorisées à l'égard des professionnels de santé et de l'institution médicale. Les parents appartenant à ces catégories recouraient au médecin en raison de la recherche d'une certaine « respectabilité ». En effet, les inquiétudes qui précipitent la première consultation médicale dans ces catégories de la population sont plus fréquemment en lien avec des pathologies pouvant être liées aux conditions matérielles d'existence de la famille. La culpabilité, qui découle des injonctions à la responsabilité des parents à l'égard de leur enfant, de ne pouvoir garantir un mode de vie sain aux enfants induirait un recours plus systématique au médecin en cas de problèmes de santé mineurs.

Troisièmement, la forme de l'investissement des mères dans la recherche d'information en matière de puériculture, qui détermine leur modèle de puériculture, est fonction d'abord de

leur expérience du maternage puis de leur niveau de diplôme. Quatre modèles de puériculture qui recouvrent en partie les modèles proposés par S. Gojard (2010) dans *Le métier de mère* peuvent être identifiés. Les primipares peu diplômées tendent à développer un modèle que nous qualifions de pragmatique, fondé principalement sur l'expérience du maternage. Les primipares plus diplômées tendent à développer un modèle savant qui repose sur la mobilisation de supports de puériculture légitimes. Les multipares peu diplômées tendent à développer un modèle de puériculture de type familial, reposant sur la transmission interindividuelle des techniques de puériculture. Enfin, les multipares plus diplômées tendent à développer un modèle de puériculture éclectique, mobilisant une très grande variété de supports de puériculture indépendamment de leur légitimité.

Par suite, les analyses présentées au chapitre 5 montrent que les modèles de puériculture des mères ont un effet conditionné à leurs diplômes sur la diversification alimentaire qu'elles proposent à leurs enfants. Notamment, seules les mères ayant un diplôme de l'enseignement professionnel et technique ainsi que les mères ayant un diplôme universitaire de premier ou deuxième cycle ont des pratiques de puériculture en matière de diversification alimentaire variables selon leur modèle de puériculture. Les mères diplômées de l'enseignement professionnel ou technique sont significativement plus conformes aux recommandations médicales lorsqu'elles ont un modèle de puériculture de type savant. Les mères ayant un diplôme de premier ou deuxième cycle universitaire sont significativement plus conformes aux recommandations médicales lorsqu'elles ont un modèle de puériculture de type éclectique. Ce sont donc les mères ayant des niveaux de diplôme moyen, qui ne sont pas totalement dévaluées par l'institution scolaire mais pas totalement consacrées, qui se montrent les plus réceptives aux recommandations médicales reçues dans le cadre d'une socialisation secondaire au maternage. Les mères qui ont un diplôme de premier ou second cycle reconnaissent la légitimité des systèmes abstraits (telle la médecine), tandis que les mères diplômées de l'enseignement technique ou professionnel reconnaissent une plus grande légitimité aux représentants officiels de ces systèmes (les médecins et supports de puériculture officiels). Les mères peu ou pas diplômées ainsi que les mères très diplômées se montrent elles insensibles (au niveau agrégé) aux recommandations reçues dans le cadre de leur socialisation au maternage.

Il peut être intéressant de mettre en rapport ces résultats avec le cadre d'analyse que Patrick Peretti-Watel et Pierre Verger (2015) proposent pour expliquer l'hésitation vaccinale.

Les modèles de puériculture savant et éclectique, qui impliquent un investissement relativement fort de la part des mères dans la recherche d'information en matière de puériculture, conduisent à des attitudes « éclairées ». Le modèle savant paraît toutefois impliquer une plus grande reconnaissance de la légitimité des instances médicales, tandis que le modèle éclectique paraît impliquer une reconnaissance de la légitimité de la science comme système abstrait (et donc possiblement une moins grande confiance dans les instances médicales officielles). Le modèle pragmatique, et dans une moindre mesure, le modèle familial renvoient à des attitudes plus « passives ».

Ainsi, de manière assez attendue, les attitudes « éclairées » augmentent avec le niveau de diplôme mais on peut affiner davantage la réflexion. En effet, le moment d'initiation de la diversification alimentaire fait l'objet de recommandations médicales contradictoires, il est en sens comparable à la vaccination qui n'est pas encouragée par les instances savantes de manière univoque. Il apparaît que le modèle savant est significativement associé à une initiation de la diversification plus tardive (conformément aux recommandations médicales dominantes), quand le modèle éclectique est associé à une diversification plus précoce (conformément aux recommandations médicales dominées). Cependant, l'effet du modèle éclectique sur l'initiation plus précoce de la diversification alimentaire est plus significatif à mesure que le niveau de diplôme de la mère augmente. Ce qui indique que cette pratique correspondant à l'« hésitation éclairée » est l'apanage de mères diplômées, fortement investies dans la recherche d'information en matière de puériculture et qui entretiennent un rapport particulier à la culture médicale et à ses représentants. Ces résultats invitent à considérer les pratiques de puériculture des parents (la forme de leur travail parental) sous l'angle de leurs rapports, d'une part, à la culture médicale, d'autre part, aux représentants légitimes de cette culture.

Pour finir, les analyses présentées au chapitre 6 montrent que ces rapports aux systèmes abstraits ainsi qu'aux représentants de ces systèmes sont susceptibles d'être modifiés à la marge par la nature des relations que les parents entretiennent à certains représentants du corps médical. Dans le cas de maladies chroniques (même bénignes), l'augmentation de la fréquentation des professionnels de santé peut amener des parents appartenant à des catégories sociales habituellement distantes de la culture médicale à être davantage conforme aux recommandations médicales en matière de diversification alimentaire.

Partie III Goûts, corps et identité. L'esthétique de la diversification alimentaire

Introduction

L'alimentation est à plusieurs titres un instrument de distinction, un marqueur d'appartenance sociale (Elias, 1969 ; Bourdieu, 1979a) et donc une composante de l'identité des individus. Un grand nombre de recherches montrent que les aliments consommés et les manières de table sont associés à des positions particulières dans la stratification socioéconomique (Régnier et *al.*, 2006). Les repas, surtout pris en collectivité, constituent alors autant d'occasions pour les individus de signifier, intentionnellement ou non, leur appartenance sociale. L'alimentation est donc un marqueur de goût, mais également un instrument de façonnement des corps. Certes, l'alimentation concourt au maintien et à la restauration de la santé mais elle contribue aussi à réguler le poids des individus et par extension leur corpulence. Expliquer les pratiques alimentaires et leur différenciation sociale demande alors de s'intéresser aux rapports au corps des individus.

La corpulence est un caractère physique très particulier mêlant étroitement des questions de santé et d'apparence dans lesquelles l'alimentation tient une grande place. Or, la perception que chacun a de sa corpulence varie fortement selon les groupes sociaux ainsi qu'entre hommes et femmes (Saint Pol, 2006 ; 2009), ce qui a des conséquences directes sur les pratiques alimentaires (Saint Pol, 2014). Si les pratiques alimentaires marquent les corps en les façonnant ou en les contraignant, l'alimentation est également objet d'une autre forme d'incorporation. En effet, l'assimilation des aliments procure des sensations physiques immédiates. Au cours d'un processus complexe, que nous expliciterons davantage dans le chapitre 8, ces sensations sont traduites en préférences sapides. Cette expérience sensible est inscrite dans des processus physiologiques qui contribuent à structurer les habitudes alimentaires. Du fait de ses effets sur leur corps, leur corpulence et leurs expériences sensibles, l'alimentation façonne et exprime l'identité des individus.

L'identité est généralement conceptualisée de deux manières distinctes (Brubaker, 2001 ; Avanza & Laferté, 2005). D'un côté, l'identité serait intangible et préexisterait aux individus. Cette conception fixiste de l'identité est appropriée notamment dans le champ politique mais

aussi par une large part de la population (Avanza & Laferté, 2005). D'un autre côté, l'identité serait construite. Cette seconde conception de l'identité prédomine dans le champ des sciences sociales. Il en résulte qu'une stratégie de recherche courante en sociologie pour éprouver le concept d'identité consiste à étudier la production des identités. Ainsi, les travaux portant sur la « politique de mémoire » (L'Estoile, 2001), la « construction des identités » (Thiesse, 1999) ou les « entrepreneurs d'identité » (Saada, 1993) ont en commun d'analyser comment leur propre identité vient aux individus ainsi que les espaces dans lesquels ces identités sont élaborées. Ces recherches montrent que les identités sont construites dans des espaces majoritairement extérieurs aux individus et qu'elles leurs sont ensuite inculquées (Thiesse, 1997), notamment par des institutions disposant d'importants moyens d'imposition de leurs catégories telle l'école. Toutefois, ces stratégies de recherche risquent de conduire à ignorer le point de vue des individus (Handler, 1985) qui perçoivent leur identité comme naturelle (Jackson, 1989), qui pensent par exemple que certaines de leurs préférences alimentaires sont innées ou que les goûts sont immuables. Or, les identités doivent être appropriées par les individus ; tout identité ne pas être imposée à tout individu, à tout moment (Avanza & Laferté, 2005).

La famille constitue la première des instances de socialisation. Les parents contribuent donc fortement – consciemment ou non, intentionnellement ou non – à construire l'identité de leur enfant : « toute éducation consiste dans un effort continu pour imposer à l'enfant des manières de voir, de sentir et d'agir auxquelles il ne serait pas spontanément arrivé. Dès les premiers temps de sa vie [ses parents le contraignent] à manger, à boire [...] à des heures régulières [...] ; plus tard [ils le contraignent] pour qu'il apprenne à tenir compte d'autrui, à respecter les usages, les convenances » (Durkheim, 1894). Cette dimension spécifique du travail parental – la construction de l'identité des enfants – est sous-tendue par des logiques d'identification sociale en partie différentes des registres d'identification proposés par les instances médicales.

De tous les critères d'identification sociale des individus, le sexe constitue la dimension de l'identité la plus immédiatement appréhensible et, dans la majorité des cas, la plus évidente (Neyrand, 2014). Les enfants sont, avant même leur naissance, identifiés comme « filles » ou « garçons » ce qui implique des différences concrètes de socialisation (Brachet et al., 2014 ; Rollet et al., 2014 ; Neyrand & Mekboul, 2014 ; Pélage et al., 2016). L'effet du sexe des enfants sur la forme de leur diversification alimentaire constitue alors un analyseur pertinent

de la différenciation des primes socialisations ainsi que des conditions de construction des identités. Le chapitre 7 analyse les conditions sociales auxquelles les parents font une distinction entre la diversification alimentaire d'une fille et celle d'un garçon.

La question de la construction des identités dans le cadre de la famille est consubstantielle de la question de la transmission culturelle. Si les manières de voir, de sentir et d'agir que les parents transmettent aux enfants peuvent être fonction des registres savants d'identification de la normalité infantile mobilisés, elles sont également fonction de définitions du bon goût socialement différenciées. Dans cette perspective, les habitudes de consommation des parents ainsi que leur expérience sensible sont potentiellement structurantes de l'alimentation des enfants. En effet, si comme les autres consommations culturelles les préférences alimentaires sont fonction de leurs valeurs sociales qui sont susceptibles d'évoluer rapidement, elles sont également objet d'une incorporation particulière. Les préférences sapides sont en quelque sorte « physiologiquement câblées » (Bourdieu, 1979a), ce qui leur confère une certaine stabilité. Aussi, dans le chapitre 8 nous étudions l'effet des habitudes et des préférences alimentaires des mères sur la forme de la diversification alimentaire des enfants.

Chapitre 7 Fort comme papa. Conditions sociales de la sexuation de la diversification alimentaire

Introduction

Le sexe de l'enfant n'implique pas, du point de vue de la puériculture médicalisée, une diversification alimentaire particulière. De manière générale, les soins à prodiguer à un nourrisson sont les mêmes qu'il s'agisse d'une fille ou d'un garçon¹. Pourtant, les parents se définissent bien plus fréquemment comme mère ou père d'une « petite fille » ou d'un « petit garçon » que comme parent d'un enfant dont ils ne précisent pas le sexe (Rouyer, 2011 ; Rollet et *al.*, 2014). Le sexe de l'enfant semble constituer une catégorie pertinente pour les parents en matière de soins et de pratiques éducatives. Ainsi, certains parents développent des définitions de l'enfance dans lesquelles le sexe de l'enfant constitue une dimension structurante de l'identification de ses spécificités et de ses besoins². Ce chapitre interroge les conditions sociales auxquelles le sexe de l'enfant emporte un effet sur son alimentation avant 1 an. C'est-à-dire l'effet potentiel des représentations socialement différenciées des parents, en matière de genre, sur la conduite de la diversification alimentaire de leur enfant.

Les sciences humaines et sociales distinguent depuis longtemps le sexe du genre (Deaux, 1985 ; Hurtig et *al.*, 2002 ; Jami, 2003 ; Pichevin & Hurtig, 2007). Le sexe renvoie aux caractéristiques biologiques des individus, définies généralement sur la base des organes génitaux externes, alors que le genre « associe les attributs psychologiques, les activités et les rôles et statuts sociaux culturellement assignés à chacune des catégories de sexe et constituant un système de croyances dont le principe d'une détermination biologique est le pivot » (Hurtig et *al.*, 2002). Cette distinction entre sexe et genre permet de différencier les déterminismes biologiques des déterminismes sociaux mais également d'analyser la dialectique entre les deux concepts ; les effets potentiels du sexe sur le genre et réciproquement du genre sur le sexe, au niveau des populations comme des individus. Certains auteurs considèrent que le genre précède le sexe (Delphy, 2002 ; Gardey & Löwy,

¹ Jusqu'à présent nous avons fait abstraction du sexe de l'enfant pour nous concentrer uniquement sur certaines de ses particularités physiologiques ; c'est d'ailleurs par l'entremise de l'évolution du poids de l'enfant et de son pendant savant, les normes de la croissance staturo-pondérale, que la question du sexe du nourrisson devient une catégorie savante potentiellement pertinente. En effet, les attentes médicales en matière d'évolution staturo-pondérale de l'enfant sont légèrement différentes selon son sexe.

² Sur le processus d'identification des enfants, voir Wilfried Lignier (2015).

2000 ; Le Feuvre, 2003). Dans cette perspective, les catégories de sexe seraient socialement construites puis attribuées à la naissance (Muehlenhard, & Peterson, 2011) en fonction de critères qui en éclipsaient d'autres. En effet, des recherches en biologie montrent que la catégorisation binaire (mâle/femelle) n'est pas suffisante pour rendre compte de la variabilité des indicateurs génétiques et hormonaux du sexe (Fausto-Sterling, 1993 ; 2000 ; Blackless et al., 2000 ; Fausto-Sterling, 2012). En ce sens, Ferrand (2004) rappelle que l'ancrage de l'opposition féminin/masculin dans un organe – l'appareil génital – et une fonction – la procréation – est relativement récent. Au-delà des débats autour de la pertinence des catégories de sexe pour décrire la multitude des identités sexuées, il reste qu'il existe un fondement biologique à la ségrégation des individus selon leur sexe (Touraille, 2011). Aussi dans ce chapitre, le « sexe » de l'enfant correspond à son sexe biologique tel qu'identifié à la naissance par les professionnels de santé et les parents à leur suite.

Le genre correspond aux caractéristiques, pratiques et attitudes considérées, dans une société ou un groupe social donné, comme féminines ou masculines. Le genre renvoie donc à des stéréotypes à propos des individus des deux sexes, c'est-à-dire des constructions proprement sociales : « à la différence d'une nature féminine ou masculine, le genre constitue à la fois un processus lié à des rapports de sexe et une identité évolutive, caractérisant chacun de ces sexes l'un par rapport à l'autre » (Guionnet & Neveu, 2009). L'emploi du concept et le sens qui est attaché sont toutefois relativement variables. Notamment, la distinction entre sexe et genre n'est pas toujours clairement établie (Fougeyrollas-Schwebel et al., 2003 ; Hurtig et al., 2002). Il est, en outre, parfois difficile de distinguer les effets propres du sexe biologique de ceux du sexe social (ou genre), il peut être alors utile de parler de « différences liées au sexe » (Gentile, 1993). Dans une perspective non-naturaliste, les deux sexes constituent un système « où chacune des catégories de sexe n'est définie que par l'existence de l'autre et leur position réciproque » (Daune-Richard & Devreux, 1990).

Dans le cadre de cette recherche, on s'intéresse prioritairement à la socialisation sexuée comme processus où se rencontre l'assignation par autrui et la définition pour soi (Dubar, 2000). L'assignation sexuée – processus par lequel les attributs sociaux de son sexe sont imposés à un individu – peut se déployer selon trois registres : le registre des objets culturels (auquel appartient l'alimentation), celui des représentations et celui des interactions (Octobre, 2010). La dimension sexuée de la socialisation n'est pas indépendante des autres dimensions, comme la position dans la stratification sociale, du processus de socialisation. Dit autrement,

les rapports sociaux de sexe ne sont pas identiques en tout point de l'espace social (Kergoat, 2009).

Plusieurs instances socialisatrices, en interaction les unes avec les autres, déterminent fortement les pratiques et attitudes sexuées des individus. En premier lieu, la famille joue un rôle majeur dans la socialisation différenciée des filles et des garçons, au travers de l'éducation explicite qu'elle donne aux enfants – les pratiques éducatives concrètes des parents – et de l'éducation implicite qu'elle leur transmet : les exemples qu'elle montre (notamment en termes de division du travail domestique et parental). Avant même toute interaction physique avec l'enfant, l'environnement matériel que les parents lui proposent (ou prévoient pour lui) constitue la première forme d'expression de leurs représentations sexuées de la prime enfance (Rollet et *al.*, 2014). Dans la plupart des cas, les préparatifs de la naissance, l'aménagement de la chambre de bébé et la constitution de sa garde-robe incombent principalement à la mère selon « une division ancienne des tâches » (Segalen, 1980). En charge de la gestion du linge de la famille (Kauffman, 1992) et de l'habillage des enfants (Brugeilles & Sebille, 2009 ; 2011), les mères selon leurs caractéristiques sociales marquent plus ou moins l'appartenance sexuée de leur enfant ; elles privilégient certaines couleurs ou certains accessoires. Bien que les mères les plus éduquées résistent en partie aux injonctions sociales de sexuation de l'environnement matériel de l'enfant (Dafflon-Nouvelle, 2006 ; Court, 2010), elles n'échappent pas à la segmentation du marché. La contestation des stéréotypes de sexe passe alors par une recherche de neutralité des couleurs, des vêtements de l'enfant, de sa chambre plus que par une inversion des codes habituels (Rollet et *al.*, 2014).

De la même manière, les jouets cristallisent des représentations du masculin et du féminin particulières et proposent – voire imposent – aux enfants des pratiques ainsi que des attitudes différentes selon leur sexe : les jouets destinés aux garçons sont orientés vers l'extérieur tandis que ceux destinés aux filles sont orientés vers l'intérieur (Belotti, 1974 ; Brougère, 2003 ; Baerlocher, 2004). Ainsi, les jeux, les jouets et leurs supports de promotion (Zegaï, 2010) tracent une frontière symbolique entre espace public, plutôt réservé aux garçons, et espace domestique, plutôt réservé aux filles. Des représentations du féminin et du masculin sont également largement diffusées par un ensemble d'autres supports auxquels sont exposés les enfants (albums, livres, émissions de télévision) (Détrez, 2005). Le message des albums illustrés peut se résumer ainsi : « la fonction maternelle [constitue] le modèle dominant de l'adulte féminin » (Brugeilles et *al.*, 2002). Il apparaît que les jeux et les jouets exacerbent les

stéréotypes des adultes liés au sexe (Vincent, 2001). La sexuation du matériel de puériculture, des jouets et des jeux de la petite enfance fait écho à la caractérisation sexuée des objets et consommations culturels. Cette catégorisation est déduite partiellement du profil sexué des consommateurs de ces produits culturels mais relève également d'attentes parentales différenciées selon le sexe de l'enfant (Octobre, 2004 ; 2010). Les parents orientent les consommations et les pratiques culturelles de leurs enfants selon des représentations du féminin et du masculin qui ne sont pas toujours en lien avec les consommations et pratiques effectives de leurs enfants. Ainsi, les filles sont mieux équipées en matériel informatique bien qu'elles utilisent moins fréquemment ces outils et les garçons disposent plus souvent d'un téléviseur personnel alors qu'ils regardent moins la télévision (Octobre, 2004 ; 2006). Les filles sont généralement perçues comme plus aptes à tirer un profit éducatif (et non exclusivement ludique) de l'équipement informatique (Octobre, 2010). Les garçons sont généralement considérés comme autonomes plus tôt et sont davantage encouragés à prendre des risques (Morrongiello & Dawber, 2000 ; Morrongiello & Hogg, 2004 ; Hagan & Kuebli, 2007).

Deux résultats concernant les consommations et pratiques culturelles des enfants sont tout à fait notables. D'abord, il existe une homologie entre les pratiques et consommations culturelles d'un parent et ceux de ses enfants du même sexe ainsi qu'une grande permanence des clivages (Héran, 1989 ; Octobre & Jauneau, 2008). Ensuite, les transgressions de genre – la consommation d'objets culturels habituellement réservés aux individus de l'autre sexe – sont plus rares et difficiles, c'est-à-dire sanctionnées négativement plus systématiquement, pour les garçons que pour les filles (Octobre, 2010 ; Zegaï, 2010). Cette tolérance (ou intolérance) aux transgressions est socialement située ; les catégories populaires attendent de leurs enfants une conformité plus grande aux stéréotypes de sexe (Mardon, 2006)³. Ainsi, la distance, des enfants de sexe masculin, à certaines pratiques typiquement masculines se rencontre bien davantage dans les familles à fort capital culturel (Bertrand & Mennesson, 2014). La plus grande valorisation de l'adoption de pratiques et d'attitudes considérées comme masculines (ou habituellement masculines) par des filles, en comparaison de l'adoption de pratiques ou attitudes féminines par des garçons, tend à confirmer la « domination masculine » (Bourdieu, 1990).

³ Cette logique des transgressions possibles, différemment valorisées, est à mettre en rapport avec les formes d'éclectisme culturel « éclairé » qui consistent en des emprunts ciblés de la culture dominante à la culture dominée et interdit certains autres mouvements (Coulangeon, 2010).

Outre l'environnement matériel proposé aux enfants ainsi que l'encadrement de leurs consommations et pratiques culturelles, l'éducation explicite passe par le rapport à l'école que les parents contribuent à leur inculquer. Les attentes explicites des parents concernant les orientations scolaires des enfants sont fonction de leur sexe (Percheron, 1985 ; Duru-Bellat & Jarousse, 1996). Les parents préfèrent une formation technique ou scientifique pour leurs garçons et envisagent un niveau d'études globalement plus élevé pour leurs filles que pour leurs fils. S'agissant des filières les plus prestigieuses et les plus rentables sur le marché du travail (la série scientifique du baccalauréat général, par exemple), les parents sont plus ambitieux concernant l'avenir de leurs garçons : à niveau d'études donné, les filles sont moins poussées vers la filière scientifique lorsqu'elles sont bonnes élèves. Une fois encore ces attitudes et pratiques parentales sont socialement situées ; c'est parmi les parents les plus diplômés que les projets scolaires sont les plus homogènes entre les sexes.

Ces ambitions différenciées pour les filles et les garçons se traduisent dans les pratiques et attitudes des parents en termes de suivi et d'implication dans la scolarité de leurs enfants. En effet, bien qu'ils aident aux devoirs également leur fille et leur fils, ils contrôlent plus activement le travail scolaire ainsi que les choix d'options et d'orientations des garçons (Gouyon & Guérin, 2006). Les garçons sont encouragés à rechercher la performance académique, et par extension professionnelle, quand les filles sont incitées à rechercher davantage des formes d'épanouissement personnel et intellectuel ainsi qu'à trouver une forme d'équilibre entre vie professionnelle et familiale. Ces attentes et incitations parentales sont également socialement situées. Les filles intériorisent moins les attentes sociales (et parentales) de conciliation de la vie professionnelle et familiale – notamment, au détriment de la carrière – lorsqu'elles sont issues de familles des classes moyennes à deux apporteurs de revenus (Passeron & De Singly, 1984) ou lorsqu'elles viennent de familles des classes populaires que la mère assume seule (Battagliola, 1985).

Si la socialisation sexuée au sein de la famille dépend des pratiques éducatives socialement différenciées des parents concernant les consommations et pratiques culturelles (accompagnement, incitation, interdiction) ainsi que des attentes parentales contrastées en matière de projets scolaires et professionnels des enfants, elle semble encore davantage fonction de l'éducation implicite délivrée par les parents (Jauneau & Octobre, 2008). Les parents constituent pour leur enfant des modèles de la féminité ou de la masculinité (Friedman

et *al.*, 2007 ; Fulcher & Coyle, 2011). La répartition des responsabilités éducatives et la division du travail domestique (Dumontier et *al.*, 2002) déterminent les représentations des enfants concernant les rôles parentaux (Sinno & Killen, 2011 ; Rouyer et *al.*, 2014). Cette division du travail domestique est largement fonction de l'état du marché du travail et du cadre institutionnel (congé parentaux et lieux d'accueil des enfants d'âge préscolaire) (Anxo et *al.*, 2002 ; Périvier, 2004 ; Pailhé & Solaz, 2009) mais elle est également confortée par les discours des professionnels des sciences humaines et sociales (Coulon & Cresson, 2007), par la presse à destination des parents (Cromer, 2008) ainsi que par les nouveaux manuels de savoir-vivre adressés explicitement aux femmes (Jonas, 2006) qui tendent à naturaliser la sexuation des rôles parentaux. L'activité des parents conditionnent la sexuation de la socialisation des enfants. Ainsi, les recherches consacrées à l'accès des filles aux filières académiques et établissement d'enseignement supérieur les plus prestigieuses montrent que ces élèves qui échappent en partie aux assignations sexuées sont issues de familles au capital culturel important (souvent, au moins un de leurs parents est enseignant) et dont la mère exerce (ou a exercé) une activité professionnelle. Le modèle que ces femmes proposent à leur fille rend imperceptible l'interdiction sociale – l'inaccessibilité perçue – des filières renommées, réputées difficiles et masculines (Ferrand et *al.*, 1996 ; Ferrand et *al.*, 1999 ; voir sur le même sujet : Fontanini, 2001 ; 2011).

Le deuxième ensemble d'instances décisives dans la socialisation sexuée des enfants est constitué des lieux d'accueil de la petite enfance et de l'école. Le secteur de la petite enfance emploie presque exclusivement des femmes (jusqu'à 99% et 98,5% des assistantes maternelles selon les régions) (Bessin, 2009 ; Grenat & Marquier, 2009 ; Cresson, 2010). Ce sont alors des femmes que les enfants reçoivent l'essentiel des soins dans la prime enfance (Bergonnier-Dupuy, 1999 ; Ferrand, 2001 ; Brugeilles & Sebille, 2009). Cette division du travail de puériculture entre femmes et hommes est à mettre en rapport avec une division socioéconomique du travail de puériculture entre femmes. Historiquement, dans les lieux d'accueil de la petite enfance (les crèches), des femmes issues des classes dominantes organisaient et encadraient, à titre bénévole, philanthropique, le travail de puériculture effectué par des femmes des catégories populaires tandis que la gestion financière et la direction des établissements étaient dévolues à des hommes (Bouve, 2007). Cette double division du travail professionnel de puériculture, entre hommes et femmes puis entre femmes selon leur niveau d'éducation, se perpétue aujourd'hui (Cresson, 1998 ; Murcier, 2008). En effet, la formation des professionnels de la petite enfance demeure marquée des « idéologies

de la primauté maternelle, de la dyade mère/enfant et de la répartition des rôles parentaux qui se sont développées au cours du XX^e siècle » (Murcier, 2006). Les savoir-faire professionnels pour s'occuper d'un petit enfant font largement appel aux savoir-être maternels (Bosse-Platière et *al.*, 1995 ; Cristofari, 1996). De plus, dans les représentations et les pratiques des professionnels de la petite enfance, la mère constitue la principale figure éducative (Chaplain & Custos-Lucidi, 2001 ; Blöss & Odena, 2005 ; Murcier, 2007). Les hommes sont donc doublement absents de ces espaces.

On peut identifier deux types de discours, relatifs à la place des hommes dans les lieux d'accueil de la petite enfance, fortement marqués par des stéréotypes de sexe. Les individus et discours favorables à une plus grande présence des hommes dans les lieux d'accueil de la petite enfance s'inspirent largement de la « vulgate psychologique » qui reconnaît aux hommes des qualités naturelles ou socialement acquises – telle l'autorité – nécessaires à la prise en charge des petits enfants (Neyrand, 2000). Tandis que les individus et discours opposés à la présence des hommes en crèche – en raison de leur inaptitude supposée à s'occuper de jeunes enfants (Neyrand, 2002) et, à la limite, à cause du risque de pédophilie – apparaissent comme un moyen de limiter la concurrence que des hommes pourraient faire aux femmes les moins qualifiées dans un « bastion de l'emploi féminin » (Delphy, 2001 ; Murcier, 2005 ; Cresson, 2010).

Les stéréotypes sexués dans les lieux d'accueil de la petite enfance se reproduisent d'autant plus que les instruments de formation des professionnels de la petite enfance – les supports de cours et les revues professionnelles, principalement – ne font que peu de place à la question du genre (Delforge, 2007). La division sexuelle du travail de puériculture n'est pas profondément remise en question au cours de la formation des puéricultrices et dans les crèches. Les fonctions symboliques (séparation, autorité) y sont attachées aux pères alors que les fonctions de maternage (soins, sécurité affective) sont dévolues aux mères (Cresson, 2004). Le marquage sexué des jouets, des livres et du matériel pédagogique utilisés en crèche illustre bien les stéréotypes de sexe véhiculés dans ces espaces (Brugeilles et *al.*, 2005). Les professionnels de la petite enfance mobilisent des registres sexuellement différenciés de perception, de description et d'observation des enfants : ils se concentrent, par exemple, préférentiellement sur la motricité des garçons et l'apparence (la beauté) des filles (Cresson, 2010). Par leur emploi des catégories de sexe dans leurs interactions avec les parents – par exemple, en traitant les mères comme les responsables principales de l'éducation des enfants

et de fait des interlocutrices privilégiées (voire uniques) – ainsi qu’avec les enfants, les lieux d’accueil de la petite enfance contribuent à renforcer les différences liées au sexe reproduites (voire construites) dans la famille (Blöss & Odena, 2005).

La socialisation de genre (Darmon, 2006) se poursuit et s’intensifie à l’école. L’institution scolaire est le lieu de production et de reproduction des itinéraires typiquement féminins ou masculins. La ségrégation sexuée des disciplines scolaires n’apparaît nettement qu’à la fin de l’enseignement primaire (Jarlégan, 1999)⁴. La fréquentation prolongée de l’institution scolaire paraît alors expliquer les intérêts scolaires sexuellement différenciés. L’école en tant qu’instance d’évaluation et d’orientation permanentes des élèves contribue à les affecter aux différents milieux scolaires (établissement, filière, classe) ; ce « processus d’étiquetage » renforce les itinéraires sexués. En effet, la présence de filles (ou de garçons) dans un établissement, une filière, une classe est davantage perçue comme légitime et normale quand elles y sont nombreuses (ou quand ils y sont nombreux). C’est ainsi que des milieux scolaires féminisés (ou masculinisés) tendent à devenir des milieux scolaires féminins (ou masculins) (Duru-Bellat, 2008). La distribution sexuée des orientations scolaires n’est pas uniquement le fait de l’école mais également le produit de l’état des rapports sociaux de sexe dans l’ensemble de la société, notamment sur le marché de l’emploi. Certaines recherches relèvent une « discrimination spécifique à l’embauche » selon le sexe des candidats (Couppié et Epiphane, 2004 ; 2006). Les élèves et étudiant-e-s anticipent les trajectoires professionnelles les plus probables selon leur sexe (Vouillot, 2007 ; 2010 ; Fontanini, 2009 ; Duru-Bellat, 2014), avec pour conséquence une évolution très lente de la distribution sexuée des emplois. Le poids de l’école – par l’entremise des diplômés – dans la ségrégation sexuée du marché du travail dépend de la relation entre formation et emploi.

Dans les pays en développement, la plus faible scolarisation des filles peut s’expliquer par l’anticipation de la fonction sociale de mère (Finn et *al.*, 1979 ; Stromquist, 1989) mais en France les filles sont scolarisées comme les garçons et poursuivent plus fréquemment qu’eux des études supérieures. Les différences sont donc à rechercher dans les cursus suivis : les filles sont plus nombreuses à l’université dans les filières de Droit, Lettres, Sciences Humaines et Sociales ainsi que Médecine mais moins nombreuses dans les filières scientifiques et les écoles d’ingénieurs. S’agissant des études courtes (BTS, DUT), elles

⁴ En outre, certaines recherches soulignent que les différences d’aptitudes spatiales, verbales et mathématiques entre filles et garçons ne sont pas détectées avant l’adolescence (Vidal, 2011 ; 2017).

s'orientent plus fréquemment vers les filières de services tandis que les garçons privilégient les filières liées à la production (Rosenwald, 2006 ; Fontanini, 2008). Cette polarisation des études supérieures cristallise des représentations du féminin et du masculin qui contribuent à la permanence des différences sociales entre femmes et hommes. La fonction de l'école dans la reproduction des inégalités sociales entre les sexes consiste alors à naturaliser les différences entre les sexes.

Les définitions sociales du féminin et du masculin – héritées de la division historique du travail entre les sexes et renforcée par le développement de la biologie⁵ puis de la psychologie comme disciplines scientifiques qui naturalisent une incommensurable différence entre les sexes – contribuent à la reproduction de la division sexuée du travail qui en retour structure ces définitions sociales du féminin et du masculin. Selon le degré auquel les parents adhèrent à ces définitions sociales des pratiques et des attitudes typiquement féminines ou masculines, ils proposent à leur enfant un environnement matériel et culturel plus ou moins sexué et encouragent l'adoption de pratiques ainsi que d'attitudes conformes à son sexe d'appartenance. La confrontation, dans le cadre des données *Elfe*, des caractéristiques sociodémographiques des parents, de la division du travail qui s'opère dans le ménage et de la sexuation de la diversification alimentaire des enfants renseigne les conditions sociales des définitions des deux sexes que développent les parents et leurs effets sur les primes socialisations.

Dans un premier temps, on recherche les caractéristiques sociodémographiques des parents significativement associées à une forme de sexuation de la diversification alimentaire dont on cherche à préciser les contours. Puis, on analyse le lien entre la sexuation de la diversification alimentaire et les différentes formes de division du travail domestique et parental opéré dans le ménage. Enfin, on montre que les attentes en matière de sexe de l'enfant à naître – indicateurs de définitions particulières du féminin et du masculin – sont associées à la sexuation de sa diversification alimentaire.

⁵ Sur ce point voir notamment Sylvie Steinberg (2001).

Données du chapitre

Questionnaires Elfe mobilisés

Comme pour les chapitres qui composent la partie II de la thèse, ce chapitre repose sur l'analyse de données issues de l'Étude Longitudinale Française depuis l'Enfance. Trois questionnaires sont mobilisés : le questionnaire en maternité, le questionnaire aux deux mois de l'enfant et le questionnaire de suivi de la diversification alimentaire⁶. Seuls les cas complets sont retenus pour l'analyse, c'est-à-dire les individus statistiques pour lesquels toutes les variables étudiées prennent une valeur (une modalité) connue.

Les variables de l'analyse

S'agissant des variables indépendantes (ou explicatives), nous utilisons les variables sociodémographiques, provenant des questionnaires en maternité et aux deux mois de l'enfant, utilisées précédemment : une variable « PCS du père », codée en trois modalités, une variable « Diplôme de la mère », codée en deux modalités, et une variable « Modèle de puériculture de la mère » en quatre modalités. Une variable en deux modalités saisit le sexe de l'enfant. Nous utilisons également des variables indicatives du partage, entre les parents, des tâches domestiques et des tâches liées aux soins à apporter à l'enfant. On explique la division du travail domestique et celle du travail de puériculture par les caractéristiques sociodémographiques des parents mais on traite également la répartition des tâches comme potentiellement explicative de la conduite de la diversification alimentaire de l'enfant. Enfin, on mobilise pour la mère comme pour le père une variable, en trois modalités, indiquant leur préférence quant au sexe de l'enfant avant sa naissance : la mère (le père) était-elle (il) indifférente ? Voulait-elle (il) une fille, un garçon ?

S'agissant des variables dépendantes (à expliquer), nous utilisons les cinq variables dichotomiques saisissant le profil de diversification alimentaire de l'enfant qui renvoient aux questions suivantes : 1) L'enfant a-t-il consommé des matières grasses d'origine végétale (huile d'olive, de colza, etc.) lors de sa première année ? 2) L'enfant a-t-il consommé des matières grasses d'origine animale (beurre, crème) lors de sa première année ? 3) L'enfant a-t-

⁶ Pour plus de détails concernant le mode d'administration, la forme et le contenu précis des questionnaires, voir la sous-partie consacrée aux « données » dans l'introduction générale de la thèse.

il consommé du sucre (en poudre, en morceaux, en adjonction) lors de sa première année ? 4) L'enfant a-t-il consommé du sel (en adjonction) lors de sa première année ? 5) La diversification alimentaire de l'enfant a-t-elle été initiée dès ses quatre mois ? Les principes de construction de ces variables sont énoncés dans la section « données » de l'introduction et au chapitre 5.

7.1. Les conditions sociales d'une diversification alimentaire sexuée

L'analyse bivariée montre que le sexe de l'enfant est associé significativement à l'introduction du sucre dans son régime alimentaire lors de sa première année ainsi qu'au moment d'initiation de sa diversification alimentaire (tableau 7.1.1). Les parents font débiter significativement moins fréquemment la diversification dès 4 mois lorsque leur enfant est une fille et de manière analogue, ils introduisent plus fréquemment du sucre dans son alimentation lors de sa première année lorsque c'est un garçon. Toutefois, la relative faiblesse des écarts constatés (un peu plus de 2 points pour l'introduction du sucre et un peu plus de 5 points pour l'initiation de la diversification alimentaire dès 4 mois) suggère que tous les parents ne sont pas également disposés à proposer une alimentation différente à leur nourrisson selon son sexe. On interroge alors les conditions sociales de sexuation de la diversification alimentaire de l'enfant.

Tableau 7.1.1 Diversification alimentaire de l'enfant selon son sexe

Sexe de l'enfant	Mg végétales à 1an	Mg animales à 1an	Pas de sucre à 1an	Pas de sel à 1an	Diversification dès 4 mois	Effectif
Garçon	40,49%	46,85%	73,87%	80,47%	49,41%	3287
Fille	38,90%	45,66%	76,14%	80,34%	44,25%	3123
Test	ns	ns	0,05	ns	0,001	

Note : les associations statistiques sont mesurées au moyen d'un test du Khi-2,

Source : Elfe, 2017,

Champ : ensemble des individus ayant rempli l'ensemble des questionnaires utilisés dans ce chapitre (n=6410).

La nature des données ne permet pas de comparer la manière dont un même couple, ou un même parent, nourri chacun de ses enfants selon son sexe et s'il distingue l'alimentation qu'il propose à sa fille ou son fils de celle qu'il proposerait un enfant de l'autre sexe. En revanche,

on peut analyser les caractéristiques socio-démographiques des parents qui sont le plus associées à une diversification alimentaire sexuellement différenciée.

7.1.1. Un effet de la position du ménage dans la stratification sociale

L'analyse multivariée (tableaux 7.4.1 à 7.4.5, annexe du chapitre 7) montre que le sexe n'a d'effet net que sur l'initiation de la diversification alimentaire de l'enfant. Dans la suite du chapitre, on se concentre alors préférentiellement sur cet aspect de son alimentation avant 1 an. Le tableau 7.1.2 présente l'évolution de l'association entre le sexe de l'enfant et une initiation de sa diversification dès 4 mois selon la catégorie socioprofessionnelle du père ainsi que le niveau de diplôme de la mère. Il est notable que le diplôme de la mère, catégorisé en deux modalités, est sans effet significatif sur la sexuation de la diversification alimentaire de l'enfant.

Tableau 7.1.2 Distribution de la diversification alimentaire à 4 mois selon le sexe de l'enfant et les caractéristiques sociodémographiques des parents

PCS du père	Diplôme de la mère	Sexe de l'enfant	Diversification dès 4 mois	Effectif	Test
Ouvrier ou employé	≤ Bac+2	G	61,56%	1894	ns
		F	60,11%	1815	
	> Bac+2	G	47,35%	697	ns
		F	45,22%	690	
Indépendant ou PI	≤ Bac+2	G	58,38%	752	0,005
		F	49,86%	728	
	> Bac+2	G	45,75%	623	0,001
		F	35,82%	589	
Cadre	≤ Bac+2	G	52,83%	407	ns
		F	49,16%	358	
	> Bac+2	G	38,76%	1094	ns
		F	35,65%	979	

Note : les associations statistiques sont mesurées au moyen d'un test du Khi-2,

Source : Elfe, 2017

Champ : ensemble des individus ayant rempli l'ensemble des questionnaires utilisés dans ce chapitre (n=6410)

Il n'y a que lorsque le père est indépendant ou exerce une profession intermédiaire, c'est-à-dire quand il occupe une position moyenne dans la stratification socioprofessionnelle, que le sexe de l'enfant est significativement associé au moment d'initiation de sa diversification alimentaire. Quand le père est indépendant ou exerce une profession intermédiaire, la

diversification débute dès 4 mois plus fréquemment pour les garçons que pour les filles (+10 points). Il faut en déduire non-pas que les parents présentant ces caractéristiques sociales sont les seuls à établir une différence entre les pratiques ainsi que les consommations typiquement féminines et masculines mais plutôt qu'ils relient ces définitions des deux sexes à des primes socialisations alimentaires distinctes plus fréquemment que les parents présentant d'autres caractéristiques sociales. Il convient alors d'établir le motif de cette sexuation de la diversification alimentaire, la relation que les parents établissent entre l'alimentation et des caractéristiques sexuellement différenciée des enfants.

Le tableau 7.1.3 présente la distribution de l'association entre le sexe de l'enfant et l'initiation de sa diversification alimentaire selon le modèle de puériculture de la mère. Ainsi, on peut déterminer les registres de perception de la santé et du bien-être de l'enfant qui déterminent une alimentation sexuellement différenciée. Le sexe de l'enfant est significativement associé au moment d'initiation de sa diversification alimentaire – la diversification débute plus fréquemment à 4 mois pour les garçons que pour les filles – lorsque la mère développe un modèle de puériculture pragmatique ($p<0,02$), familial ($p<0,02$) et de manière moins nette éclectique ($p<0,05$). Ainsi, plus la mère développe un modèle de puériculture éloigné des catégories et des registres de perceptions de la puériculture médicalisée, plus le sexe de l'enfant tend à avoir une incidence sur sa diversification alimentaire.

Tableau 7.1.3 Distribution de la diversification alimentaire à 4 mois selon le sexe de l'enfant et le modèle de puériculture de la mère

Modèle de puériculture de la mère	Sexe de l'enfant	Diversification dès 4 mois	Effectif	Test
Pragmatique	G	50,25%	2796	0,02
	F	46,97%	2702	
Savant	G	48,28%	466	ns
	F	45,50%	433	
Familial	G	61,46%	480	0,02
	F	53,79%	448	
Éclectique	G	53,97%	1699	0,05
	F	50,48%	1549	

Lecture : pour les mères qui ont un modèle de puériculture de type pragmatique, 50,25% des garçons sont diversifiés dès 4 mois contre 46,97% des filles. Cet écart est significatif au seuil de 2%,
 Champ : ensemble des individus ayant rempli l'ensemble des questionnaires utilisés (n=6410),
 Source : Elfe, 2017

L'alimentation est un support de l'identité des groupes sociaux. La cuisine, les manières de table, les habitudes et les préférences alimentaires des individus sont le reflet de la manière dont leurs groupes d'appartenance se définissent (Bataille-Benguigui & Cousin, 1996) ou se différencient (Laurieux & Bruegel, 2002 ; Régnier, 2004). Mais l'alimentation n'est pas un objet exclusivement esthétique, depuis longtemps, les populations établissent des liens entre leur nourriture, leur état de santé et leur corps (Régnier et al., 2006). Ces dimensions instrumentales de l'alimentation sont potentiellement sexuées, notamment concernant le façonnage des corps (Saint Pol, 2010a ; 2010b). Guillaumin (1992) rappelle que les caractéristiques physiques attendues d'une femme sont différentes de celles attendues d'un homme. L'idée selon laquelle les hommes doivent manger plus de protéines animales que les femmes – bien que contestée par les sciences de la nutrition (Touraille, 2008) – est relativement répandue dans les sociétés occidentales. Ce que confirme l'étude des consommations alimentaires. Les femmes consomment davantage de fruits, de légumes et, dans une moindre mesure, de poisson que les hommes, tandis que les hommes consomment davantage de viande (De Saint Pol, 2008). L'ethnologie met au jour les dimensions symboliques des consommations alimentaires sexuées, le « gras viril » s'oppose au « maigre féminin » (Lacaze, 2015) mais le fondement de la sexuation des régimes alimentaires paraît résider davantage dans les effets observés ou supposés, par les populations, des aliments sur le corps, tel le maintien du poids ou la restauration de l'énergie. Ainsi, les protéines animales et le gras perçus comme plus énergétiques étaient réservés aux hommes, dans les sociétés primitives, en partie en raison d'une recherche de reproduction de la force physique (Tourailles, 2008). Aujourd'hui, le bannissement de la viande rouge de l'alimentation des femmes dans le régime méditerranéen serait en lien avec la perception d'un accroissement de leur beauté et de leur santé reproductive de cette manière (Bevilacqua, 2015). Avec l'avancement des sociétés, la fonction et les registres de perception des régimes alimentaires seraient moins focalisés sur la reproduction de la force physique et davantage sur le maintien de la santé.

7.1.2. La sexuation de la diversification alimentaire : esthétique ou fonctionnement des corps infantiles

Afin d'essayer de déterminer le principe d'une diversification alimentaire sexuellement différenciée, on recherche les consommations alimentaires significativement associées au sexe de l'enfant. Un certain nombre de recherches concluent que les filles sont généralement

perçues comme plus fragiles que les garçons (voir *supra*), une telle perception devrait conduire à une diversification alimentaire plus prudente des filles. En ce sens le tableau 7.1.4 présente l'évolution de l'association entre le risque allergique de l'enfant et l'introduction de poisson dans son régime alimentaire dès 7 mois. Il apparaît que le risque allergique n'a d'effet significatif sur l'introduction du poisson (réputé très allergène) que pour les filles. L'introduction du poisson dès 7 mois dans le régime des filles est significativement moins fréquente ($p < 0,01$) lorsqu'elles ont un risque allergique accru, ce qui n'est pas le cas pour les garçons. Par ailleurs, il est notable qu'indépendamment du risque allergique, les filles reçoivent du poisson dès 7 mois moins fréquemment que les garçons. Ce résultat accrédite l'hypothèse selon laquelle la diversification des filles est retardée en raison d'une « fragilité » physiologique supposée plus importante pour les filles que pour les garçons mais n'exclue pas que la sexuation de la diversification alimentaire soit liée à des attentes différenciées concernant les corps (futurs) des enfants ou à la perception de besoins énergétiques différents.

Tableau 7.1.4 Introduction du poisson avant 7 mois dans le régime de l'enfant selon son sexe et son risque allergique

Sexe de l'enfant	Risque allergique	Introduction du poisson avant 7 mois		
		%	Effectif	Test
Garçon	non	49,34%	2572	ns
	oui	48,56%	935	
Fille	non	47,71%	2536	0,01
	oui	42,23%	817	
Ensemble		47,78%	6860	

Champ : ensemble des individus ayant rempli l'ensemble des questionnaires utilisés (n=6860),
Source : Elfe, 2017

Si la sexuation de la diversification alimentaire des enfants est liée à la perception de besoins énergétiques différents pour les filles et pour les garçons, on s'attend à ce que l'introduction de la viande dans le régime de l'enfant soit plus précoce pour les garçons que pour les filles. Cependant, comme mis au jour dans le chapitre 3, la surconsommation de viande dans la prime enfance est également associée, par des mères actives dans la recherche d'informations en matière de diversification alimentaire, à des problèmes de santé potentiels (des troubles néphrétiques, notamment). Il convient de noter que surconsommation n'est pas forcément synonyme d'introduction précoce et que l'éviction d'un aliment du régime de l'enfant – au motif qu'une surconsommation de cet aliment est potentiellement problématique d'un point de vue sanitaire – est plutôt le signe d'une réappropriation des recommandations médicales sur le mode d'une hypercorrection, donc d'un certain éloignement de la culture

savante. En conséquence, si une introduction sexuellement différenciée de la viande dans l'alimentation de l'enfant est liée à des considérations sanitaires, l'association entre le sexe de l'enfant et l'introduction de la viande dès 7 mois dans son alimentation doit être fonction des caractéristiques sociodémographiques des parents. Elle devrait notamment se rencontrer chez les parents qui marquent une certaine tendance à l'hypercorrection (professions intermédiaires, notamment) ou tendent à calquer l'alimentation infantile sur l'alimentation adulte et à lui appliquer les mêmes principes. Cette sexuation de la consommation de viande avant 1 an ne devrait, en revanche, pas se rencontrer chez les parents qui s'investissent fortement dans la recherche d'information en matière de puériculture ou qui, à l'inverse, sont très éloignés de la culture savante. Les premiers, plus socialisés à la puériculture savante, devraient différencier les recommandations nutritionnelles spécifiques aux enfants et moins confondre limitation et éviction, les seconds devraient plus largement ignorer le lien entre surconsommation d'aliments carnés et risque sanitaire.

En premier lieu, on remarque que la fréquence à laquelle la viande a été introduite dans l'alimentation des enfants avant 1 an diminue avec la catégorie socio-professionnelle du père et le niveau de diplôme de la mère mais elle tend à augmenter quand la mère développe un modèle de puériculture de type savant ou éclectique. Ainsi, la proximité à la culture savante en général (par opposition à la puériculture médicalisée comme culture savante particulière) ainsi qu'une position socioprofessionnelle favorisée sont associées à une tendance à l'exclusion de la viande du régime alimentaire de l'enfant⁷ quand une socialisation plus méthodique à la puériculture savante tend à favoriser légèrement l'introduction de la viande dans l'alimentation infantile avant 1 an. On peut y entrevoir les produits différenciés d'une socialisation méthodique (par inculcation) et ceux d'une socialisation diffuse (par imprégnation) qui peut engendrer des pratiques non-conformes aux recommandations médicales en matière de diversification alimentaire lorsqu'elles ne coïncident pas avec les recommandations nutritionnelles destinées à la population adulte ou avec les standards diététiques dominants.

⁷ Le rapport de la diététique dominante aux aliments carnés et aux produits alimentaires d'origine animale est explicité dans le chapitre suivant.

Tableau 7.1.5 Introduction de la viande avant 7 mois dans le régime de l'enfant selon son sexe et la PCS du père

PCS du père	Sexe de l'enfant	Introduction de la viande à 7 mois		Test
		Fréquence	Effectif	
Ouvrier	G	68,82%	372	ns
	F	66,17%	337	
Employé	G	65,00%	1177	ns
	F	64,53%	1170	
Indépendant	G	59,52%	336	ns
	F	57,61%	335	
Profession intermédiaire	G	59,73%	586	ns
	F	54,95%	546	
Cadre	G	58,17%	1040	0,05
	F	53,75%	960	

Champ : ensemble des individus ayant rempli l'ensemble des questionnaires utilisés (n=6859),
Source : Elfe, 2017

Tableau 7.1.6 Introduction de la viande avant 7 mois dans le régime de l'enfant selon son sexe et le niveau de diplôme de la mère

Diplôme de la mère	Sexe de l'enfant	Introduction de la viande à 7 mois		Test
		Fréquence	Effectif	
≤ Bac+2	G	62,12%	1864	ns
	F	59,67%	1768	
> Bac+2	G	53,43%	1647	0,05
	F	49,37%	1580	

Champ : ensemble des individus ayant rempli l'ensemble des questionnaires utilisés (n=6859),
Source : Elfe, 2017

Tableau 7.1.7 Introduction de la viande avant 7 mois dans le régime de l'enfant selon son sexe et le modèle de puériculture de la mère

Modèle de puériculture de la mère	Sexe de l'enfant	Introduction de la viande à 7 mois		Test
		Fréquence	Effectif	
Pragmatique	G	56,09%	1783	ns
	F	54,76%	1742	
Savant	G	65,40%	289	0,1
	F	58,39%	274	
Familial	G	58,15%	325	0,1
	F	50,69%	290	
Éclectique	G	59,25%	1114	0,1
	F	55,09%	1042	
Ensemble		56,47%	6859	

Champ : ensemble des individus ayant rempli l'ensemble des questionnaires utilisés (n=6859),
Source : Elfe, 2017

Le sexe de l'enfant est significativement associé à l'introduction de la viande dès 7 mois dans son alimentation lorsque son père est cadre⁸ (tableau 7.1.5) et quand sa mère a un niveau de diplôme supérieur à baccalauréat+2 (tableau 7.1.6). C'est-à-dire les catégories les plus susceptibles d'orienter l'alimentation des enfants essentiellement selon le registre de la santé (mais pas forcément selon les recommandations spécifiques de la puériculture médicalisée).

Il semble que la sexuation de la diversification alimentaire soit essentiellement liée à l'articulation de considérations sanitaires et de définitions traditionnelles du féminin et du masculin. La mobilisation de ces deux registres paraît pouvoir se rencontrer plus fréquemment parmi les cadres et les parents appartenant aux classes moyennes supérieures.

7.2. La division sexuée du travail

La division du travail domestique et parental contribue à l'élaboration symbolique de la différence entre les sexes. Le partage des tâches entre conjoints évolue peu et très lentement (Glaude & De Singly, 1986 ; Brousse, 2000), les femmes assurant l'essentiel de la production domestique sans que leur contribution ne soit toujours parfaitement visible (Bessière & Gollac, 2007). L'analyse de la division du travail domestique est indissociable d'une réflexion sur les emplois du temps, leur marquage socio-sexué et leur confrontation dans le cadre de la famille. En Europe, on observe deux tendances notables. Premièrement, bien que les emplois du temps masculins et féminins tendent à converger, les femmes continuent d'effectuer l'essentiel du travail non-rémunéré et disposent de moins de temps de loisir. Deuxièmement, la relation entre niveau d'instruction et temps de loisir tend à devenir significativement négative⁹ contrairement à ce qu'elle était précédemment (Gershuny, 2000 ; 2003). Les emplois du temps s'expliquent prioritairement par l'activité professionnelle puis, pour les femmes notamment, par la vie familiale (Brousse, 2015). Malgré la féminisation de l'emploi, y compris concernant des professions demandant un haut niveau de qualification et accordant un statut social valorisé, la division traditionnelle du travail domestique persiste, surtout en ce qui concerne certaines tâches comme la cuisine, la vaisselle, l'entretien du linge et

⁸ L'écart est le même pour les professions intermédiaires mais leur effectif étant plus faible, il n'est pas significatif.

⁹ Les cadres et les individus fortement diplômés s'investissent dans des activités de loisir peu fréquentes et inscrites dans un temps long tandis que les individus moins diplômés et moins favorisés s'investissent dans des loisirs plus réguliers inscrits dans le temps court (Coulangeon et *al.*, 2002).

l'approvisionnement du ménage (Devereux & Frinking, 2001). Comment expliquer la faible ampleur des évolutions de la division sexuée du travail domestique ?

On peut identifier trois types de tâches domestiques : féminines, masculines et négociables, selon l'individu qui prend charge habituellement, ou le plus fréquemment, ces tâches. La part des tâches effectuée par l'homme dans le couple ou la famille augmente lorsque la femme exerce une activité professionnelle. La division sexuée du travail domestique est moins marquée lorsque les membres du couple sont davantage diplômés. Par rapport aux autres couples, les couples d'indépendants effectuent un partage des tâches davantage traditionnel, où la femme est en charge de l'essentiel du travail domestique. Le partage des tâches domestiques ne s'effectue pas sans heurts entre les membres du couple et cette tension est plus forte pour les couples les plus diplômés et pour les indépendants (Zarca, 1990). Conformément à la « théorie des ressources » (Farkas, 1976 ; Maret & Finlay, 1984), plus les revenus de la femme sont élevés plus la part du travail domestique effectué par son conjoint augmente. La répartition des tâches demeure toutefois, la plupart du temps, inégale dans le sens d'une plus grande participation de la conjointe, même lorsqu'elle a des revenus supérieurs à son conjoint (Ponthieux & Schreiber, 2006). De la même manière, la division du travail domestique est moins traditionnelle lorsque la femme est diplômée du supérieur (Pailhé & Solaz, 2009a). Outre une plus grande facilité d'externalisation des tâches domestiques, les femmes diplômées, mieux positionnées sur le marché de l'emploi et/ou mieux rémunérées peuvent négocier un plus grand investissement de leur conjoint dans le travail domestique (Ponthieux & Schreiber, 2006).

Les femmes étant souvent les « amortisseurs temporels » de la famille (Méda, 2001), Paul Bouffartigue (2005) montre que la plupart des femmes qui exercent une activité professionnelle sont confrontées aux difficultés inhérentes à l'articulation du travail professionnel à la vie familiale. Classiquement, on considère que l'accès croissant des femmes aux emplois très qualifiés se fait au prix d'une dévalorisation de ces fonctions professionnelles, d'un déplacement des discriminations vers le haut de la stratification sociale, et de la hiérarchie professionnelle, au travers d'affectations prioritaires des femmes – au nom de « qualités féminines » supposées – aux fractions subalternes de ces professions ou d'un alignement sur le modèle professionnel masculin limitant, pour ces femmes, la possibilité d'une vie familiale (Bertaux-Wiane, 2003 ; Bouffartigue & Bouteiller, 2004). À l'autre extrémité de la stratification sociale, les employées des services, peu qualifiées, sont amenées

dans leur travail à faire preuve d'une grande flexibilité, c'est-à-dire à supporter des horaires de travail changeants sans contrepartie matérielle ou symbolique (Bouffartigue & Bouteiller, 2003). Ces femmes intériorisent la norme d'une grande disponibilité temporelle pour autrui qui repose sur des qualités supposément féminine (Devetter, 2006). Ainsi, la tension inhérente à l'articulation de la vie professionnelle à la vie domestique pèse sur la plupart des femmes mais de manière différente selon leur position dans la stratification socioprofessionnelle et celle de leur conjoint.

La présence de jeunes enfants dans le ménage s'avère un important catalyseur de la division traditionnelle des rôles de genre en matière de temps de travail professionnel des membres du couple (Fermanian & Lagarde, 1999). En effet, la naissance d'un enfant limite durablement l'activité professionnelle des femmes. Un quart des mères qui s'arrêtent d'exercer un travail rémunéré l'année qui suit la naissance de leur enfant n'a pas repris (ou retrouvé) d'emploi cinq ans après (Pailhé & Solaz, 2006). La naissance d'un enfant marque une rupture dans la trajectoire professionnelle des femmes qui prend régulièrement la forme d'un renoncement soit « à faire carrière », soit à l'activité professionnelle (Pailhé & Solaz, 2010a). A l'inverse, les pères ne connaissent pas d'évolution notable de leur activité professionnelle avec l'arrivée d'un enfant (Pailhé & Solaz, 2009a). S'ensuit alors une plus forte spécialisation entre conjoints, notamment lorsque le père connaît une trajectoire professionnelle ascendante, voire une « accélération de carrière » au même moment (Le Minez & Roux, 2001 ; Dupray & Moullet, 2005). Les femmes se consacrent davantage aux responsabilités familiales et les hommes aux responsabilités professionnelles (De Singly, 1993). De plus, le nombre des naissances (la parité de la mère) est associé positivement à des difficultés croissantes à articuler vie professionnelle et vie familiale. La progression du nombre de mères qui ont un emploi à temps partiel après la deuxième naissance indique que la taille de la famille tend à limiter la possibilité d'un investissement important dans une activité professionnelle (Ulrich, 2009). Aussi, les mères de famille nombreuse qui continuent d'exercer une activité professionnelle déclarent avoir de grandes difficultés à articuler ce travail et leur vie familiale (Leturcq & Wierink, 2009).

S'occuper des jeunes enfants est une prérogative féminine (Dumontier et *al.*, 2002). Par ailleurs, lorsque la mère exerce une activité professionnelle, le choix du mode de garde des enfants lui incombe largement (Boyer, 1999). Ceci tend à confirmer la primauté du rôle de mère sur l'investissement professionnel (Garner et *al.*, 2004). Malgré une implication des

pères plus importante depuis les années 1970, qui semble définir le modèle de la « paternité contemporaine » (Castelain-Meunier, 2002) suivant un idéal de partage égalitaire des soins aux enfants (Coulon & Cresson, 2007), la division sexuée du travail parental évolue lentement (Brousse, 1999 ; Barrère-Maurisson et *al.*, 2000 ; Barrère-Maurisson, 2002 ; Méda et *al.*, 2004 ; Puech, 2005 ; Bauer, 2007). Ce partage des activités parentales exprime les rapports de sexes articulés aux autres rapports sociaux (Brugeilles & Sébille, 2009). En 1999, dans les familles à deux apporteurs de revenus comptant au moins un enfant de moins de quinze ans, les activités parentales occupent 1 heure et 46 minutes par jour du temps de la mère contre 32 minutes du temps des pères. Lorsque la mère a un emploi à temps partiel, elle consacre en moyenne 1 heure 49 minutes aux tâches parentales quotidiennes contre 28 minutes pour le père. Ce partage tend à s'équilibrer lorsque la mère est plus qualifiée que le père (Algava, 2002). Si l'on considère l'ensemble du temps passé avec les enfants, y compris en effectuant d'autres activités, les mères passent en moyenne 3 heures quotidiennes avec leurs enfants contre 1 heure 26 pour les pères (Lesnard, 2008). L'implication des parents semble varier selon le sexe de l'enfant (Falconnet & Lefaucheur, 1975 ; Bergonnier-Dupuy, 1999 ; Algava, 2002 ; Daflon-Novelle, 2006 ; Rouyer & Zaouche-Gaudron, 2006 ; Gouyon & Guérin, 2006). L'investissement des pères est également fonction du type de tâche, ils participent davantage à l'aide aux devoirs mais accompagnent moins les enfants à l'école ou à leurs activités extra-scolaires, par exemple (Brugeilles & Sébille, 2009).

L'organisation du travail professionnel de la mère et du père affecte la division du travail parental. L'intensification de la flexibilité du travail limite la possibilité d'un investissement plus important dans la vie familiale (Garner et al., 2005 ; Trancart et al., 2009 ; Leturcq & Wierink, 2009 ; Pailhé & Solaz, 2009b). Traditionnellement, les pères s'impliquent moins que les mères dans les activités parentales (Maublanc, 2009). Ils participent toutefois davantage à l'éducation des enfants ainsi qu'aux soins à leur apporter quand ils occupent certaines professions qui offrent des possibilités d'aménagement d'un emploi du temps compatible avec la vie familiale tel le travail social, les professions intermédiaires de santé et les emplois de la fonction publique (Bozon, 2009 ; Pailhé & Solaz, 2009a). Outre la position dans la stratification sociale et les rapports de production, la latitude dans l'organisation de son activité professionnelle – la maîtrise des emplois du temps, le sien d'abord celui des autres ensuite – est déterminante en matière d'investissement possible dans le travail parental.

La division du travail domestique et parental apparaît ainsi comme le produit des rapports socio-sexué, notamment de la confrontation de l'activité professionnelle (ou inactivité professionnelle) de la mère à celle du père, qui sont toutefois sous-tendus par des stéréotypes de genre. Étudier l'effet de la répartition du travail domestique et parental sur l'association entre le sexe de l'enfant et le moment d'initiation de sa diversification alimentaire renseigne alors l'ampleur de l'emprise des conditions matérielles et symboliques de travail sur les représentations sexuées des parents.

7.2.1. La division du travail domestique : une forme cristallisée des définitions des rôles sociaux de sexe

Les données de l'enquête *Elfe* permettent d'appréhender la division du travail domestique entre les parents. Chaque parent est interrogé sur la répartition des tâches domestiques et invité à déterminer qui prend en charge chaque tâche : toujours elle (lui), plutôt elle (lui), les deux parents ensemble ou à part égale, plutôt son conjoint (sa conjointe), toujours son conjoint (sa conjointe). L'enquête interrogeait les parents concernant cinq tâches domestiques particulières. Qui est chargé de préparer les repas ? Qui effectue les petites réparations, le bricolage ? Qui fait les courses ? Qui fait la vaisselle ? Qui fait le ménage ? Ce type de questions demande aux parents de livrer une perception approximative de la fréquence à laquelle ils prennent en charge les différentes tâches domestiques, l'enquête enregistre alors des informations contradictoires. Les asymétries entre les déclarations des mères et celles des pères peuvent s'expliquer par des définitions des tâches domestiques – des délimitations de leurs contours – différentes. En effet, prendre en charge une tâche – de sa planification à son exécution – et participer à une ou plusieurs étapes de sa réalisation (de manière sporadique ou passive) ne représentent pas deux charges identiques. Les hommes, les pères, considèrent moins souvent que les femmes, les mères, la planification d'une tâche et la charge mentale qui l'accompagne comme une étape de sa réalisation (Ferrand, 2001 ; Méda, 2001). Le contour d'une tâche est alors plus vaste pour les mères (Kauffman, 1992 ; De Singly, 2004). Afin de limiter ces éventuels biais, nous avons regroupé les modalités « toujours la mère » et « le plus souvent la mère » ainsi que les modalités « toujours le père » et « le plus souvent le père ». Les réponses des parents sont ainsi plus concordantes.

La comparaison des réponses des mères et des pères aux questions relatives à la répartition des tâches domestiques fait apparaître un marquage sexuel des tâches ainsi qu'une perception différenciée de l'état de leur partage entre les parents (Tableaux 7.4.6 à 7.4.10, annexe du chapitre 7). La préparation des repas est une tâche très féminisée. Elle est prise en charge, toujours ou le plus souvent, par la mère seule dans 58% des ménages interrogés selon les réponses des mères et dans 48% des ménages d'après les réponses des pères. Ce désaccord réside principalement dans la perception qu'ont les pères de leur contribution à cette tâche ; 28% des mères estiment que cette tâche est partagée, de manière plus ou moins égale, entre les deux parents mais 34% des pères perçoivent que la préparation des repas est assurée par les deux parents à parts égales. De plus, 14% d'entre eux estiment prendre en charge cette tâche toujours ou la plupart du temps seuls alors que seulement 10,5% des mères pensent que leurs conjoints respectifs assument généralement seuls la préparation des repas.

Par contraste, effectuer les petites réparations dans le foyer est une prérogative largement masculinisée. Plus de 86% des pères estiment se charger de cette tâche toujours ou le plus souvent seuls. Tandis que 80% des mères pensent que leur conjoint prend en charge le bricolage seul ou le plus souvent seul. Les perceptions, des mères et des pères, de la répartition de cette tâche spécifique entre les parents sont donc relativement concordantes. De plus, cette tâche est assez peu partagée entre les parents. 7% des pères et 12% des mères estiment que les parents partagent plus ou moins équitablement la prise en charge des petites réparations dans le foyer. Il apparaît important pour les pères d'assumer (ou de paraître assumer) seuls la charge de cette tâche qui est constitutive d'une définition de la masculinité, et même de la paternité, assez largement répandue.

Dans l'échantillon étudié, le nettoyage de la vaisselle constitue la tâche la plus équitablement partagée. Elle est prise en charge par les deux parents, dans les mêmes proportions, pour 47% des mères et pour 55% des pères. L'asymétrie des réponses est, toutefois, forte ; 22% des pères estiment prendre en charge la vaisselle toujours ou le plus souvent seuls quand un peu moins de 13% des mères interrogées pensent que leur conjoint assume cette tâche toujours ou le plus souvent seul. De la même manière, 39% des mères pensent s'occuper de la vaisselle toujours ou le plus souvent seules alors que seuls 21% des pères estiment que leur conjointe assume toujours ou la plupart du temps seule cette tâche. Cette forte discordance entre les réponses des mères et celles des pères tient pour partie au fait que les pères ne font entrer dans le calcul de la répartition de cette tâche que les repas pris à la

maison auxquels ils participent qui sont généralement, lors des premiers mois de l'enfant, moins nombreux que ceux auxquels participent les mères en raison notamment du congé de maternité.

Le nettoyage et l'approvisionnement du foyer (le « ménage » et les « courses ») sont également des tâches partagées relativement également entre la mère et le père. 47% des pères estiment que les courses sont effectuées à parts égales par les deux parents et 40% des mères ont cette même perception. 38% des mères pensent se charger, toujours ou le plus souvent, seules de cette tâche alors que seuls 28% des pères estiment que leurs conjointes prennent en charge les courses, toujours ou le plus souvent, seules. Près de 24% des pères interrogés pensent avoir la charge des courses, toujours ou le plus souvent, seuls et 20% des mères estiment que leur conjoint assume, toujours ou le plus souvent, seul cette tâche. La relative concordance des réponses, concernant la répartition de l'approvisionnement du foyer, peut s'expliquer par le fait que cette tâche qui implique des déplacements et une dépense pécuniaire systématique fait l'objet d'une comptabilité plus suivie. Pour ce qui est du nettoyage du foyer, tâche quotidienne dont les contours semblent plus indéterminés, les réponses des parents sont un peu moins concordantes. 45% des pères estiment que cette tâche est partagée équitablement entre les deux conjoints contre 33% des mères seulement. 53% d'entre elles pensent prendre en charge, toujours ou la plupart du temps, seules cette tâche. Alors que 39% des pères pensent que leur conjointe s'occupe seule du nettoyage du foyer. Il existe, en revanche un consensus sur la prise en charge de cette tâche par le père exclusivement. Un peu plus de 9% des pères estiment avoir la charge du nettoyage du foyer et 8,7% des mères pensent que leur conjoint prend en charge seul cette tâche.

Afin de déterminer les différentes formes que prend la division du travail domestique dans l'échantillon étudié et d'en analyser le marquage social, on met en rapport, pour chaque famille, la prise en charge de la préparation des repas avec celle des petites réparations. Ces deux tâches sont très marquées sexuellement (respectivement très féminisée et très masculinisée) et sont objets de déclarations très concordantes de la part des parents enquêtés. Toutefois, en cas de discordance des réponses de la mère et du père, on conserve les déclarations de la mère qui sont dans l'ensemble plus proches des résultats classiquement obtenus concernant le partage des tâches domestiques entre femmes et hommes.

Les différentes formes de répartition des tâches domestiques sont socialement situées, quoique de manière relativement ténue. La division du travail domestique impliquant que la mère est en charge à la fois la préparation des repas et de la réalisation des petites réparations – configuration assez rare quelles que soient les catégories sociodémographiques considérées – est plus fréquente lorsque le père est cadre et quand la mère a un niveau de diplôme inférieur ou égal à un Bac+2. Elle est moins fréquente quand le père est indépendant ou occupe une profession intermédiaire (tableaux 7.4.11 et 7.4.12, annexe du chapitre 7).

L'effet de la position du père dans la stratification sociale sur la division du travail domestique s'explique par la plus grande probabilité d'une spécialisation des membres du couple (des parents) dans des fonctions différenciées – la fonction professionnelle pour le père et la fonction domestique pour la mère – lorsque le père occupe une position socioprofessionnelle davantage privilégiée, plus rémunératrice. L'effet du niveau de diplôme de la mère renvoie, conformément à une sorte de « théorie des ressources », à une possibilité accrue pour elle, à mesure que son niveau de qualification augmente, d'imposer à son conjoint à investissement plus important dans le travail domestique. En effet, le coût d'opportunité que représente, pour le ménage, le retrait de la mère du marché du travail ou d'un moindre investissement dans son activité professionnelle croît avec son niveau de diplôme.

La division du travail domestique, la plus courante et la plus traditionnelle, dans laquelle la mère prend en charge la préparation des repas et le père la réalisation des petites réparations est légèrement moins fréquente lorsque le père est cadre et lorsque la mère a un niveau de diplôme inférieur ou égal à un Bac+2. Ces distributions, notamment la plus faible fréquence à laquelle les pères cadres s'acquittent seuls des petites réparations, tendent à confirmer que la prise en charge de la préparation des repas et des petites réparations – tâche à géométrie variable qui concerne des travaux demandant un investissement et un savoir-faire importants comme des travaux plus faciles d'exécution – sont aussi fonction de savoir-faire en rapport avec l'activité professionnelle des parents, notamment du père. Cette division du travail paraît également liée aux définitions des rôles sexués dans le ménage qui ont plus de chances de correspondre aux représentations traditionnelles lorsque les parents ont un plus faible capital culturel.

La division du travail impliquant que la mère prépare les repas et que les deux parents effectuent les petites réparations tout comme la division du travail impliquant que le père

prenne en charge la préparation des repas ainsi que les petites réparations, configurations qui semblent sous-tendues par des définitions des rôles sexués des parents moins traditionnelles, se rencontrent plus fréquemment lorsque le père est cadre. À l'inverse, la division du travail impliquant que le père effectue seul les petites réparations et que les deux parents préparent les repas se rencontre moins fréquemment lorsque le père est cadre, et de manière moins significative quand la mère a un niveau de diplôme supérieur à un Bac+2.

Ainsi, le rapport au temps des parents semble également influencer sur cette division du travail domestique. La latitude dont chacun dispose pour organiser son activité professionnelle lui permettant un investissement plus ou moins important, plus ou moins régulier, dans le travail domestique. La préparation des repas est une tâche quotidienne plus compatible avec un emploi du temps irrégulier, impliquant potentiellement un volume de travail quotidien important ou qui n'est pas maîtrisé, comme celui des professions intermédiaires et des cadres. Par contraste, effectuer les petites réparations procède d'un investissement sur un temps plus long davantage compatible avec des fonctions professionnelles qui demandent un investissement temporel quotidien moins important.

L'ensemble de ces résultats reste à nuancer fortement. En effet, bien que statistiquement significatives les associations entre catégories sociodémographiques et formes de division du travail domestique analysées sont de faible ampleur. Afin de tester l'hypothèse d'une répartition des tâches domestiques liée au différentiel entre les positions socioprofessionnelles respectives des deux parents, c'est-à-dire l'homogamie ou l'hétérogamie de profession du couple, il convient de mettre en rapport la catégorie socioprofessionnelle de la mère ainsi que celle du père avec la division du travail domestique pratiquée au sein du ménage. Les formes de division du travail domestique pratiquées sont très similaires quand la mère est, d'une part, indépendante ou cadre, d'autre part, employée ou occupe une profession intermédiaire, principalement en raison d'un investissement professionnel et d'un style de vie similaires. On agrège donc ces catégories deux à deux, dans le même temps on conserve la catégorisation en trois postes pour appréhender la position du père dans la stratification sociale (tableau 7.2.1).

Concernant la distribution de la forme la plus courante de répartition des tâches domestiques, dans laquelle la mère prépare les repas et le père ou éventuellement les deux parents prennent en charge les petites réparations, la catégorie socioprofessionnelle du père apparaît sans effet significatif lorsque la mère est ouvrière, employée ou occupe une

profession intermédiaire (tableau 7.2.1). Quelle que soit la catégorie socioprofessionnelle du père, la contribution de la mère aux tâches domestiques diminue à mesure qu'elle occupe une position socioprofessionnelle plus valorisée qui implique un investissement en moyenne plus important dans l'activité professionnelle. Les mères prennent moins fréquemment en charge seule la préparation des repas et participent moins à la réalisation des petites réparations lorsqu'elles ont une activité professionnelle plus valorisée y compris les ouvrières dont le conjoint est indépendant ou occupe une profession intermédiaire qui prennent plus fréquemment en charge l'ensemble des tâches domestiques (tableaux 7.4.11 et 7.4.12 en annexe).

Tableau 7.2.1 Division du travail domestique selon la CSP du père et la CSP de la mère

Qui prépare les repas ?		La mère	Les 2 parents	Une autre personne	Autre forme de division du travail domestique	Effectif
Qui effectue les petites réparations ?		Le père ou Les 2 parents	Le père			
Ouvrier ou employé	Ouvrière	56,44%	26,31%	3,54%	13,72%	707
	Employée ou PI	53,48%	25,68%	4,74%	16,11%	6208
	Cadre ou indépendante	49,66%	25,51%	5,46%	19,37%	733
Ensemble		53,39%	25,72%	4,69%	16,20%	
PI ou indépendant	Ouvrière	56,10%	21,95%	5,69%	16,26%	123
	Employée ou PI	53,25%	25,02%	5,77%	15,96%	2650
	Cadre ou indépendante	46,75%	24,91%	7,61%	20,74%	815
Ensemble		51,87%	24,89%	6,19%	17,06%	
Cadre	Ouvrière	57,41%	24,07%	5,56%	12,96%	54
	Employée ou PI	53,49%	22,39%	5,98%	18,14%	1621
	Cadre ou indépendante	50,70%	23,57%	6,81%	18,92%	1718
Ensemble		52,14%	23,02%	6,40%	18,45%	
Test		0,001				

Champ : ensemble des individus ayant rempli l'ensemble des questionnaires utilisés (n=10180),

Source : Elfe, 2017

La position du père dans la stratification socioprofessionnelle n'influence cette division du travail domestique que lorsque la mère est indépendante ou cadre. Lorsque la mère occupe une de ces professions, la division traditionnelle du travail domestique se rencontre davantage quand le père est cadre et dans une moindre mesure s'il est ouvrier ou employé. Dans cette configuration, lorsque le père est indépendant, les tâches domestiques étudiées sont plus souvent déléguées à une autre personne sans que l'enquête ne permette de préciser son identité. La répartition des tâches domestiques entre les parents est assez peu marquée socialement. Il apparaît que la position socioprofessionnelle de la mère est le facteur le plus déterminant de la modulation de la division du travail domestique. Cette division du travail domestique, qui est le produit de l'articulation des activités professionnelles respectives des parents et de leurs définitions des rôles de sexe dans le ménage, est-elle associée à une sexuaton de la diversification alimentaire des enfants ? Le cas échéant, cette association est-elle imputable à une organisation particulière du travail domestique et des tensions qu'elle génère ou est-elle liée aux définitions des rôles sexués dans l'espace social qui préexistent à la division du travail domestique ?

Le tableau 7.2.2 précise la significativité et la force de l'association entre le sexe de l'enfant et le moment de sa diversification alimentaire selon la division du travail domestique pratiquée par ses parents. Le sexe de l'enfant n'est significativement associé au moment de sa diversification que lorsque les parents adoptent la division du travail domestique la plus traditionnelle ($p < 0,001$) ou quand ils délèguent à une autre personne les tâches domestiques étudiées ($p < 0,005$). Quand la mère prend en charge la préparation des repas et le père, ou les deux parents, les petites réparations, la diversification alimentaire des filles est moins fréquemment initiée dès 4 mois que celle des garçons (-4,6 points). Lorsque la préparation des repas et les petites réparations sont le plus souvent déléguées à une personne différente des parents, la fréquence à laquelle la diversification alimentaire des filles débute dès 4 mois est plus faible que celle à laquelle la diversification des garçons débute dès 4 mois (-14 points). Quand les parents adoptent une autre forme de division du travail domestique, la diversification alimentaire des filles et des garçons débute au même moment.

La division traditionnelle du travail domestique n'est pas l'apanage de certaines catégories sociales. Bien qu'elle soit légèrement plus fréquente quand la mère est ouvrière, employée ou exerce une profession intermédiaire, elle est sans lien avec la PCS du père. Comme montré précédemment, l'association entre le sexe de l'enfant et le moment de sa diversification

alimentaire n'est significative que quand le père est indépendant ou occupe une profession intermédiaire. La force de cette association est en outre supérieure à celle entre le sexe de l'enfant et le moment de sa diversification alimentaire lorsque les parents adoptent une division traditionnelle du travail de puériculture, on en déduit donc que le partage des tâches domestiques entre les parents ne produit pas d'effet propre sur la sexuation de la diversification alimentaire des enfants mais cristallise des définitions des rôles sexués dans le foyer qui lui préexistent.

Tableau 7.2.2 Association entre le sexe de l'enfant et l'initiation de la diversification alimentaire à 4 mois selon la division du travail domestique entre les parents

Qui prépare les repas ?	Qui effectue les petites réparations ?	Sexe de l'enfant	Diversification dès 4 mois	Effectif	Test
La mère	La mère	G	57,97%	138	ns
		F	52,00%	125	
Le père ou Les 2 parents	La mère	G	41,79%	67	ns
		F	54,26%	94	
La mère	Le père ou Les 2 parents	G	53,42%	2649	0,001
		F	48,79%	2562	
Les 2 parents	Le père	G	49,87%	1145	ns
		F	50,14%	1075	
Le père	Le père ou Les 2 parents	G	48,54%	684	0,1
		F	43,82%	607	
Une autre personne		G	55,91%	279	0,005
		F	41,84%	239	

Champ : ensemble des individus ayant rempli l'ensemble des questionnaires utilisés (n=9664),
Source : Elfe, 2017

Les définitions traditionnelles des rôles sexués sont davantage intériorisées par les membres des ménages dont le père est indépendant (Bessière & Gollac, 2007) et possiblement, d'après les données mobilisées, lorsqu'il exerce une profession intermédiaire. Chez les indépendants, on observe une forme d'indistinction entre l'activité professionnelle et le travail domestique du fait, notamment, d'une unité de lieu de ces deux activités ainsi que de l'indivision fréquente des revenus du ménage et de ceux de l'entreprise (Rouault, 2001). Il est alors pertinent d'analyser ces familles comme composant des « maisonnées » (Weber, 2002) – c'est-à-dire des unités de coopération productive réunissant des individus apparentés – dont les membres

collaborent à une « cause commune » (Gollac, 2003). Ce dernier point invite à étendre partiellement le concept de *maisonnée* aux familles dont les projets d'ascension sociale sont particulièrement structurants dans l'organisation matérielle du quotidien, comme c'est le cas pour les familles des classes moyennes. On sait que les attitudes prévoyantes, au sens d'un intérêt marqué pour l'avenir, se rencontrent davantage chez les indépendants (Peretti-Watel, 2005). Il est alors possible que ces familles aient tendance à projeter très précocement le devenir social de leurs enfants. Dans cette perspective, ce n'est pas la division traditionnelle du travail domestique en elle-même qui peut expliquer la sexuaiton de la diversification alimentaire des enfants mais plutôt la naturalisation des rôles de sexe, ou la reconnaissance, comme c'est le cas dans les catégories les moins favorisées, de leur utilité pragmatique (Le Pape, 2006), qui amène également cette répartition des tâches domestiques, parfois en raison de son efficience supposée ou observée.

Quand la préparation des repas et la réalisation des petites réparations sont le plus souvent déléguées à une autre personne que les parents, la diversification alimentaire des enfants est également sexuellement différenciée. L'enquête ne délivre pas d'informations sur l'identité des individus qui aident la famille ni sur les modalités de ce soutien matériel. Toutefois, on peut conjecturer que les individus amenés à prendre en charge la préparation des repas et/ou la réalisation des petites réparations dans le foyer sont majoritairement soit des membres de la famille élargie – les grands-parents prioritairement – soit des individus issus des classes populaires rémunérés pour effectuer ces tâches (aide-ménagères, par exemple). Les grands-parents, sont probablement plus enclins à encourager une sexuaiton de la diversification alimentaire sur la base des définitions traditionnelles des rôles de sexe dans l'espace social.

7.2.2. Un effet de l'interchangeabilité des rôles parentaux

Les parents enquêtés ont été interrogés aux deux mois de l'enfant quant à la répartition du travail parental, appréhendé essentiellement au travers des soins prodigués à l'enfant. Cinq questions relatives à la division du travail de puériculture au sein de la famille ont été posées aux deux parents : qui lave l'enfant ? Qui couche l'enfant ? Qui nourrit l'enfant ? Qui change l'enfant ? Qui emmène l'enfant chez le médecin ? Une part non-négligeable des enfants enquêtés a été nourrie au lait maternel (exclusivement ou partiellement). Afin de limiter les biais liés à l'improbabilité pour les pères de prendre en charge un allaitement naturel exclusif

ou partiel qui, de plus, peut être préféré aux autres formes d'alimentation en raison de considérations médicales socialement situées (Kersuzan et *al.*, 2014 ; Wagner et *al.*, 2015), on interroge la répartition de trois tâches parentales dont l'accomplissement est sans lien avec des caractéristiques physiologiques des parents : la toilette de l'enfant, son coucher, l'accompagnement chez le médecin. Comme pour l'analyse de la division du travail domestique, on regroupe deux à deux les modalités « toujours la mère » et « le plus souvent la mère » ainsi que les modalités « toujours le père » et « le plus souvent le père ». Les réponses des parents aux questions concernant la répartition des tâches parentales sont moins discordantes que leurs réponses aux questions concernant la division du travail domestique. Néanmoins, on privilégie une fois encore les réponses de la mère.

Il est notable que la charge des soins à apporter à l'enfant n'est quasiment jamais déléguée à une autre personne que l'un des deux parents. Le statut de ces tâches parentales est en ce sens différent de celui des tâches domestiques dont la prise en charge relève davantage de la contrainte. Toutes les tâches de puériculture analysées sont féminisées à des degrés divers. Lorsqu'elles ne sont pas entièrement assumées par la mère seule, ou le plus souvent seule, leur charge est partagée entre les deux parents mais rarement assumée par le père seul, ou le plus souvent seul. Cette division sexuelle des tâches parentales est accentuée s'agissant des tâches particulières étudiées – les soins à donner à un petit enfant au cours de ses premiers mois – en raison de l'inégalité de durée des congés de maternité et de paternité (Anxo et *al.*, 2002). Aux deux mois de l'enfant, moment de passation des questionnaires relatifs à la division du travail de puériculture, les mères interrogées étaient en congé, étaient inactives ou reprenaient juste leur activité professionnelle. Tandis que la majorité des pères était en emploi.

La répartition entre la mère et le père de la prise en charge des différents soins à prodiguer à l'enfant est socialement située (tableaux 7.4.13 à 7.4.15, annexe du chapitre 7). La part des familles dans lesquelles la mère a en charge seule, ou le plus souvent seule, la toilette de l'enfant décroît significativement à mesure que le père occupe une position socioprofessionnelle davantage privilégiée (tableau 7.4.13 en annexe). La prise en charge de la toilette de l'enfant par la mère seule est aussi moins fréquente quand elle a une position socioprofessionnelle davantage privilégiée, lorsqu'elle a un niveau de diplôme supérieur à un Bac+2, de manière très significative, et quand elle développe un modèle de puériculture savant.

Le coucher est la tâche la moins féminisée, probablement car elle intervient à un moment où les deux parents ont de grandes chances d'être disponibles. Cependant, comme pour la toilette de l'enfant, les mères qui ont en charge seules cette tâche sont sous-représentées parmi les mères disposant d'un diplôme d'un niveau supérieur à Bac+2, parmi les catégories socioprofessionnelles les plus privilégiées et parmi les mères qui développent un modèle de puériculture savant. La charge du coucher de l'enfant tend, également, à être davantage répartie entre les deux parents ou incomber au père seul lorsque le père occupe une position socioprofessionnelle davantage valorisée (tableau 7.4.14 en annexe).

La division du travail de puériculture obéit donc en partie à des déterminants différents de ceux de la division du travail domestique. Si la répartition des tâches parentales tend à être moins inégalitaire (en défaveur de la mère) à mesure que la mère occupe une position socioprofessionnelle plus valorisée et détient un niveau de diplôme plus élevé, la charge des soins à prodiguer à l'enfant est également davantage partagée équitablement entre les parents à mesure que le père occupe une position socioprofessionnelle plus valorisée et que la mère développe un modèle de puériculture savant. Ainsi, plus le ménage tend à appartenir aux catégories les plus favorisées et les plus dotées en capital culturel, plus la division du travail de puériculture se fait sur le modèle d'une répartition égalitaire.

Emmener l'enfant chez le médecin, comme lui donner son bain ou le coucher, est une tâche très féminisée. Cependant, la distribution sociale du partage de cette tâche entre les parents évolue dans le sens opposé à celle du partage des autres tâches parentales. En effet, la part des mères qui se chargent seules d'emmener l'enfant chez le médecin diminue à mesure que le père occupe une position socioprofessionnelle moins favorisée (tableau 7.4.15 en annexe). Cette proportion diminue également quand la mère occupe une position socioprofessionnelle davantage valorisée et quand elle a un niveau de diplôme supérieur à Bac+2. Les mères emmènent seules, ou le plus souvent seules, l'enfant chez le médecin moins fréquemment lorsqu'elles développent un modèle de puériculture familial. Par ailleurs, il convient d'observer que le père, quelles que soient les caractéristiques sociodémographiques du ménage, ne prend quasiment jamais en charge cette tâche seul, ou le plus souvent seul. Quand la mère n'emmène pas l'enfant chez le médecin seule, elle partage cette tâche avec le père. Plus le père occupe une position socioprofessionnelle privilégiée, moins le transport de l'enfant chez le médecin est partagé équitablement entre les deux parents. Symétriquement,

les parents partagent moins cette tâche quand la mère a un niveau de diplôme supérieur à Bac+2 et/ou une position socioprofessionnelle davantage privilégiée.

Emmener l'enfant chez le médecin constitue donc une tâche dont la prise en charge ne peut pas s'analyser comme celle de la toilette de l'enfant ou de son coucher. Comme pour le travail domestique, plus le père occupe une position socioprofessionnelle favorisée, plus la mère se charge seule d'emmener l'enfant chez le médecin. Toutefois, contrairement à ce que l'on observe concernant la répartition des tâches domestiques, les mères qui se chargent d'emmener seules, ou le plus souvent seules, l'enfant chez le médecin se rencontrent plus fréquemment chez les mères qui ont un niveau de diplôme élevé et chez les mères qui occupent une position socioprofessionnelle davantage valorisée. En raison de son caractère généralement impondérable, le transport de l'enfant chez le médecin constitue une tâche qui a de grandes chances d'entrer en conflit avec l'activité professionnelle des parents. Il en résulte que le parent le plus fortement investi dans son activité professionnelle, au détriment de ses activités parentales, emmène seul l'enfant chez le médecin moins fréquemment que son conjoint (sa conjointe). Conformément à la division traditionnelle des rôles sociaux de sexe, plus le père occupe une position socioprofessionnelle valorisée, plus il a de chances de s'investir davantage dans cette activité au détriment des tâches parentales. C'est alors à la mère de s'investir prioritairement dans le travail de puériculture, par exemple d'emmener l'enfant chez le médecin. Comme évoqué précédemment, les institutions de garde des jeunes enfants renforcent ce partage des rôles entre les parents en sollicitant davantage les mères pour toute interrogation ou tout problème concernant l'enfant (Blöss & Odena, 2005). Par ailleurs, les activités et secteurs professionnels, la fonction publique notamment, qui permettent une meilleure articulation avec les fonctions parentales sont largement féminisés (Bozon, 2009 ; Narcy et *al.*, 2009 ; Pailhé & Solaz, 2010b). De plus, il arrive que les entreprises tolèrent davantage les absences des mères en raison de difficultés avec les enfants que celles des pères (Boyer & Nicolas, 2009).

Toutefois, la prise en charge du transport de l'enfant chez le médecin par la mère seule, ou le plus souvent seule, plus fréquente quand son niveau de diplôme est supérieur à Bac+2 et quand elle occupe une position socioprofessionnelle davantage privilégiée semble contredire une explication en termes d'accroissement de l'investissement des parents dans des fonctions sociales sexuellement différenciées – la fonction maternelle pour la mère, la fonction professionnelle pour le père – selon leurs positions socioprofessionnelles respectives. On peut

arguer que les fonctions de cadre, et dans une moindre mesure de profession intermédiaire, tout comme certains secteurs d'activité, offrent aux salariées une plus grande maîtrise de leur emploi du temps et par extension la possibilité d'assumer certaines tâches parentales impondérables. De plus, la probabilité que la mère occupe des fonctions de cadre ou de profession intermédiaire croît avec la position du père dans la stratification socioprofessionnelle, les mères les plus diplômées et occupant les positions socioprofessionnelles les plus favorisées sont alors d'autant plus exposées à la sexuation des fonctions parentales qui les conduit à prendre en charge seules, ou le plus souvent seules, le travail de puériculture. En ce sens, la répartition de la charge du transport de l'enfant chez le médecin entre les parents serait bien fonction de leur investissement respectif dans leurs activités professionnelles (généralement plus important pour le père).

Cependant, le partage plus équitable de cette tâche quand le père et/ou la mère occupe une position socioprofessionnelle moins favorisée invite à envisager deux explications complémentaires. D'abord, la mobilité spatiale des femmes diminue à mesure qu'elles appartiennent à des catégories sociales moins favorisées, surtout dans certaines zones rurales ou périurbaines (Belton-Chevallier, 2015). Notamment, elles détiennent moins souvent une voiture que les femmes appartenant aux catégories favorisées (Demoli, 2014). Dans les ménages les moins favorisés, éloignés des centres urbains, la présence du père pour conduire l'enfant chez le médecin peut alors être nécessaire. Deuxièmement, la relation médecin-patient est modulée par les caractéristiques sociales (Herzlich, 1973) et culturelles (Nacu, 2011) des patients. Elle est ainsi objet de tensions plus importantes lorsque les patients appartiennent aux catégories les moins favorisées (Moumjid et al., 2000 ; Fainzang, 2006). Les rapports sociaux de sexe dans ces catégories – très attachées à l'autorité paternelle (Le Pape, 2009) – articulés à un rapport distant voire négatif aux professionnels de santé pourraient expliquer que les pères accompagnent plus fréquemment les mères et les enfants chez le médecin. Les femmes seraient perçues comme moins capables de supporter seules les rendez-vous avec les professionnels de santé.

Au niveau agrégé, la participation des pères aux tâches parentales, considérées indépendamment les unes des autres, est plus faible que celle des mères. Cette participation est-elle le fait des mêmes individus ? Ou chaque père participe-t-il modestement au travail de puériculture ? Comment les parents se distribuent-ils l'ensemble des tâches analysées ? La division du travail parental la plus commune dans l'échantillon (32% des ménages) implique

que la mère prenne en charge seule, ou le plus souvent seule, l'ensemble des soins donnés à l'enfant (tableau 7.2.3). La configuration dans laquelle la mère prend en charge seule, ou le plus souvent seule, deux des tâches étudiées et partage la charge de la troisième avec le père représente 26,5% des ménages de l'échantillon. Dans environ 20% des ménages les parents ont en charge, dans les mêmes proportions, deux tâches et la mère a en charge seule la troisième. Dans 14% des ménages de l'échantillon, les deux parents partagent plus ou moins équitablement l'ensemble des tâches analysées. Les configurations dans lesquelles le père prend en charge la plus grande part des tâches parentales représentent une fraction faible de l'échantillon. Comme attendu, la plupart des pères s'investissent moins que leur conjointe dans le travail de puériculture. Un certain nombre d'enquêtes concluent à un investissement différent des pères dans les activités parentales selon le sexe de l'enfant (Brugeilles & Sébille, 2011 ; 2013) mais ces études ne portent jamais exclusivement sur des enfants de moins d'un an. Dans l'échantillon étudié, la division du travail de puériculture entre les parents n'est pas associée au sexe de l'enfant (tableau 7.4.16 en annexe). De plus, les tâches que le père prend en charge ou auxquelles il participe ne sont pas non-plus fonction du sexe de son enfant.

Les différentes formes de partage des tâches parentales s'expliquent par les positions socioprofessionnelles des parents et le niveau de diplôme de la mère. Elles cristallisent à la fois l'investissement différentiel des parents dans leurs activités professionnelles et des définitions des rôles parentaux. On peut donc s'attendre à ce que certaines formes de division du travail de puériculture soient en lien avec des attentes différentes selon le sexe des enfants. Quelles répartitions des tâches parentales sont associées à une sexuation de la diversification alimentaire ?

Lorsque la mère prend en charge seule, ou le plus souvent seule, l'essentiel des tâches parentales étudiées, la fréquence à laquelle la diversification alimentaire des filles est initiée dès 4 mois n'est pas significativement différente de la fréquence à laquelle la diversification alimentaire des garçons débute à 4 mois (tableau 7.2.3). La division du travail de puériculture la plus courante dans l'échantillon n'est donc pas associée à une sexuation de la diversification alimentaire. Il en va de même lorsque les parents partagent de manière équitable le travail de puériculture ainsi que lorsque les deux parents ont en charge conjointement deux des tâches parentales analysées et que le père assume seul, ou le plus souvent seul, la troisième.

En revanche, quand la mère assume seule, ou le plus souvent seule, deux des tâches parentales et partage la charge de la troisième avec le père, la diversification alimentaire des filles débute dès 4 mois significativement ($p < 0,001$) moins fréquemment que celle des garçons (tableau 7.2.3). Pareillement, quand les parents partagent la charge de deux des tâches de puériculture analysées et que la mère effectue seule, ou le plus souvent seule, la troisième, la diversification alimentaire des filles est initiée dès 4 mois moins fréquemment que celle des garçons ($p < 0,05$). Cette sexuation de la diversification alimentaire est sans lien significatif avec la ou les tâches de puériculture partagées par les parents, que la mère prenne en charge seule, ou le plus souvent seule, la toilette, le coucher ou le transport de l'enfant chez le médecin la différence entre la fréquence à laquelle la diversification alimentaire des filles débute dès 4 mois et la fréquence à laquelle la diversification alimentaire des garçons débute dès 4 mois est sensiblement la même.

Tableau 7.2.3 Diversification alimentaire de l'enfant selon son sexe et la division du travail de puériculture pratiquée par les parents

Qui couche, lave et emmène chez le médecin l'enfant ?	Sexe de l'enfant	Diversification dès 4 mois	Effectif	Test
La mère	G	49,91%	1673	ns
	F	47,73%	1605	
Les deux parents	G	51,15%	737	ns
	F	49,04%	679	
La mère (+) ou les deux parents (-) selon la tâche	G	54,07%	1365	0,001
	F	47,64%	1333	
Les deux parents (+) ou la mère (-) selon la tâche	G	52,76%	1088	0,05
	F	48,36%	978	
Les deux parents ou le père selon la tâche	G	47,62%	147	ns
	F	45,21%	146	
La mère (+) ou le père (-) selon la tâche	G	52,72%	184	ns
	F	54,94%	162	
Le père (+) ou la mère (-) selon la tâche	G	61,29%	31	ns
	F	41,67%	36	
Une autre personne	G	88,89%	9	ns
	F	42,86%	7	
Ensemble		50,08%	10180	

Champ : ensemble des individus ayant rempli l'ensemble des questionnaires utilisés (n=10180),
Source : Elfe, 2017

Bien qu'elles soient marquées socialement, les différentes formes de partage des tâches parentales ne sont pas réductibles aux caractéristiques sociodémographiques des parents. Leur association avec une forme de sexuation de la diversification alimentaire des enfants peut alors s'expliquer, comme pour la division du travail domestique, en raison des définitions des rôles sociaux de sexe qu'elles cristallisent. La configuration dans laquelle les deux parents partagent l'ensemble du travail de puériculture indique une certaine interchangeabilité des rôles de la mère et du père, c'est-à-dire une relative indifférenciation des fonctions maternelle et paternelle. Tandis que la configuration dans laquelle la mère a en charge l'ensemble des tâches parentales étudiées indique en partie que les parents ne considèrent pas que certaines tâches doivent être accomplies préférentiellement par le père, tel le transport de l'enfant chez le médecin. Par contraste, les configurations dans lesquelles la mère, plus rarement le père, accomplit préférentiellement certaines tâches, ou participe à certaines tâches uniquement, indique que les parents différencient les fonctions maternelle et paternelle. C'est alors l'intériorisation, par les parents, de la différence entre des qualités proprement féminines (maternelles) et des qualités proprement masculines (paternelles) qui peut expliquer une forme de sexuation de la diversification alimentaire des enfants, c'est-à-dire l'initiation d'une socialisation sexuellement différenciée de leurs enfants.

7.3. Les attentes concernant le sexe de l'enfant avant la naissance : un indice d'une socialisation précoce sexuellement différenciée

Dans le cadre des questionnaires de l'enquête *Elfe* mobilisés, peu de questions permettent de déterminer le degré d'intériorisation par les parents de la sexuation des pratiques, des attitudes et des rôles sociaux. Toutefois, une série de questions renseignent les attentes des parents concernant le sexe de l'enfant avant sa naissance. Il a été demandé à chaque parent si avant de connaître le sexe de l'enfant, il préférerait avoir une fille, un garçon ou s'il était indifférent au sexe du futur enfant. Cette question a été posée après la naissance de l'enfant alors que son sexe était déjà connu. En conséquence, une fraction des réponses des parents est probablement différente de ce qu'elle aurait été si la question leur avait été posée avant qu'ils n'aient connaissance du sexe de leur enfant. Exprimer ou non une préférence en matière de sexe de l'enfant à naître n'est en rien neutre. Les préférences relatives au sexe de l'enfant à naître sont souvent pour les couples multipares le produit de la composition de la fratrie. Dans les pays occidentaux, les parents préfèrent généralement avoir des enfants des deux sexes plus qu'ils ne souhaitent des fratries unisexes (Andersson et al., 2006). Toutefois, ce désir d'enfants des deux sexes est compensé dans le cas d'une première expérience positive par l'attrait d'un deuxième enfant du même sexe et/ou en raison de facilités matérielles (réutilisation de la garde-robe et partage plus aisé de la chambre d'enfant) (Pélage et al., 2016). En dépit des discours parentaux qui tendent à nier la perception de différences entre les sexes, l'expression d'une préférence quant au sexe de l'enfant à naître se fonde généralement sur une naturalisation des pratiques, des habitudes, des attitudes et des goûts supposément féminins ou masculins. Les parents projettent des pratiques et des goûts différents donc des interactions possibles ou non selon le sexe de leur enfant (Pélage et al., 2016)¹⁰. En ce sens, les préférences relatives au sexe de l'enfant à naître exprimées par les parents constituent un objet pertinent pour l'analyse de la sexuation des primes socialisations.

La majorité des parents enquêtés déclarent ne pas avoir eu d'attentes particulière concernant le sexe de l'enfant à naître. 58% des mères et 60% des pères (tableaux 7.3.1 et 7.3.2). Le sexe effectif de l'enfant est, par ailleurs, sans incidence sur ces déclarations ; 30% des mères dont l'enfant est un garçon étaient indifférentes au sexe de leur futur enfant, 28% des mères d'une fille, 31% des pères d'un garçon et 29% des pères d'une fille étaient, selon

¹⁰ Pour une explication des préférences relatives aux sexes des enfants notamment dans leur relation aux structures institutionnelles voir Hilke Brockmann (2001) ainsi que Karsten Hank (2007).

leurs déclarations, dans cette même situation. Toutefois, ce rapport au sexe de l'enfant est socialement situé. Les parents qui prétendent ne pas avoir eu de préférences relatives au sexe de leur futur enfant sont plus nombreux, pour les femmes comme pour les hommes et quel que soit le sexe de l'enfant, à appartenir aux catégories socioprofessionnelles les plus valorisées et avoir un niveau de diplôme élevé.

Tableau 7.3.1 Attentes de la mère concernant le sexe de son enfant à naître (saisies rétrospectivement) selon le sexe effectif de l'enfant et les caractéristiques sociodémographiques des parents

Sexe espéré par la mère	Garçon		Fille		Indifférente		Effectif
	G	F	G	F	G	F	
Sexe de l'enfant							
PCS du père							
Ouvrier ou employé	12%	8%	11%	14%	27%	28%	6128
Indépendant ou PI	11%	7%	10%	14%	30%	28%	3073
Cadre	9%	5%	10%	13%	33%	29%	3135
Test	0,001						
PCS de la mère							
Ouvrière	11%	9%	13%	18%	25%	24%	623
Employée	12%	8%	11%	14%	27%	27%	5639
Indépendante	12%	7%	10%	14%	28%	30%	436
Profession intermédiaire	9%	6%	10%	13%	31%	30%	3174
Cadre	8%	6%	10%	12%	34%	29%	2464
Test	0,001						
Diplôme de la mère							
≤ Bac+2	12%	8%	11%	14%	28%	27%	7231
> Bac+2	9%	6%	10%	13%	32%	30%	5105
Test	0,001						
Modèle de puériculture de la mère							
Pragmatique	11%	7%	10%	14%	30%	28%	6474
Savant	11%	7%	10%	14%	29%	28%	973
Familial	11%	6%	9%	14%	32%	29%	1120
Éclectique	10%	7%	12%	14%	29%	28%	3769
Test	ns						
Ensemble	11%	7%	11%	14%	30%	28%	
Effectif	1316	868	1317	1707	3644	3484	12336

Champ : ensemble des individus ayant rempli l'ensemble des questionnaires utilisés (n=12336),
Source : Elfe, 2017

La part des mères d'un garçon qui espéraient avoir un garçon est plus importante lorsque le père occupe une position socioprofessionnelle moins favorisée, quand la mère est ouvrière,

employée ou indépendante et lorsqu'elle a un niveau de diplôme inférieur ou égal à baccalauréat + 2. De la même manière, la part des mères qui avaient une préférence concernant le sexe de l'enfant à naître, quelle que soit cette préférence et peu importe le sexe effectif de l'enfant, décroît à mesure que le père occupe une position socioprofessionnelle davantage favorisée, lorsqu'elle occupe elle-même une position socioprofessionnelle davantage favorisée et quand son niveau de diplôme est inférieur à bac+2. Il en va de même pour les pères quel que soit le sexe de l'enfant et les préférences exprimées à l'exception des pères d'un garçon qui désiraient une fille. La distribution de cette dernière configuration est indépendante des caractéristiques sociodémographiques du ménage. Comme attendu, les aspirations égalitaires cristallisées dans les préférences relatives au sexe de l'enfant à naître se rencontrent plus fréquemment chez les parents occupant les positions dans la stratification sociale les plus favorisées et qui sont les plus dotées en capital culturel. Afin de déterminer les effets des attentes sexuellement différenciées des parents sur les primes socialisations des enfants, il est pertinent d'interroger l'association entre ces attentes particulières et la sexuation de la diversification alimentaire.

Le tableau 7.3.3 donne l'évolution de la significativité de l'association entre le sexe de l'enfant et l'initiation de la diversification alimentaire dès 4 mois selon les préférences relatives au sexe de l'enfant à naître exprimées par la mère et par le père. Il apparaît que le sexe de l'enfant est significativement associé ($p < 0,01$) au moment de sa diversification lorsque les deux parents souhaitaient une fille ainsi que lorsque le père espérait un garçon et que la mère était indifférente au sexe de l'enfant à naître. Dans les deux cas la fréquence à laquelle la diversification des filles est initiée dès 4 mois est inférieure à la fréquence à laquelle la diversification des garçons est initiée dès 4 mois.

Tableau 7.3.2 Attentes du père concernant le sexe de son enfant à naître (saisies rétrospectivement) selon le sexe effectif de l'enfant et les caractéristiques sociodémographiques des parents

Sexe espéré par le père	Garçon		Fille		Indifférent		Effectif
	G	F	G	F	G	F	
Sexe de l'enfant							
PCS du père							
Ouvrier ou employé	15%	11%	7%	11%	28%	27%	6128
Indépendant ou PI	12%	9%	7%	11%	32%	30%	3073
Cadre	10%	8%	7%	9%	35%	31%	3135
Test	0,001						
PCS de la mère							
Ouvrière	14%	10%	6%	11%	29%	30%	623
Employée	14%	11%	8%	11%	28%	27%	5639
Indépendante	11%	10%	6%	9%	33%	32%	436
Profession intermédiaire	12%	9%	7%	11%	32%	30%	3174
Cadre	10%	8%	7%	9%	35%	31%	2464
Test	0,001						
Diplôme de la mère							
≤ Bac+2	14%	11%	8%	11%	29%	27%	7231
> Bac+2	11%	8%	7%	10%	33%	31%	5105
Test	0,001						
Modèle de puériculture de la mère							
Pragmatique	12%	10%	7%	11%	31%	29%	6474
Savant	13%	8%	6%	12%	32%	29%	973
Familial	15%	10%	6%	9%	30%	30%	1120
Éclectique	13%	10%	7%	11%	30%	28%	3769
Test	ns						
Ensemble	13%	10%	7%	11%	31%	29%	
Effectif	1589	1197	892	1316	3796	3546	12336

Champ : ensemble des individus ayant rempli l'ensemble des questionnaires utilisés (n=12336),
Source : Elfe, 2017

Tableau 7.3.3 Association entre la diversification alimentaire de l'enfant et son sexe selon les attentes des deux parents concernant le sexe de l'enfant à naître (saisies rétrospectivement)

Sexe espéré par la mère	Sexe espéré par le père	Sexe de l'enfant	Diversification dès 4 mois	Effectif	Test
Garçon	Garçon	G	54,48%	391	ns
		F	53,85%	247	
	Fille	G	58,33%	96	ns
		F	58,23%	79	
	Indifférent	G	55,29%	463	ns
		F	53,68%	285	
Fille	Garçon	G	61,99%	171	ns
		F	53,53%	170	
	Fille	G	58,97%	290	0,01
		F	48,88%	448	
	Indifférent	G	46,47%	482	ns
		F	49,17%	602	
Indifférente	Garçon	G	56,29%	604	0,01
		F	48,18%	440	
	Fille	G	47,76%	312	ns
		F	46,17%	431	
	Indifférent	G	46,25%	1892	ns
		F	43,61%	1775	

Champ : ensemble des individus ayant rempli l'ensemble des questionnaires utilisés (n=9175),
Source : Elfe, 2017

Le tableau 7.3.4 montre que lorsque le père espérait avant la naissance que son enfant appartiendrait à un des deux sexes en particulier, la fréquence à laquelle la diversification des filles est initiée dès 4 mois est significativement plus faible que celle à laquelle la diversification des garçons est initiée dès 4 mois. Le sexe effectif de l'enfant est alors sans incidence sur les représentations sexuées des parents.

Tableau 7.3.4 Association entre la diversification alimentaire de l'enfant et son sexe selon l'attente ou non d'un sexe particulier pour l'enfant à naître (saisie rétrospectivement)

Sexe espéré par la mère	Sexe espéré par le père	Sexe de l'enfant	Diversification dès 4 mois	Effectif	Test
G ou F	G ou F	G	57,59%	948	0,05
		F	51,80%	944	
	Indifférent	G	50,79%	945	ns
		F	50,62%	887	
Indifférente	G ou F	G	53,38%	916	0,01
		F	47,19%	871	
	Indifférent	G	46,25%	1892	ns
		F	43,61%	1775	

Champ : ensemble des individus ayant rempli l'ensemble des questionnaires utilisés (n=9175),
Source : Elfe, 2017

Le tableau 7.3.5 montre que, peu importe le sexe effectif de l'enfant, les mères comme les pères qui espéraient un garçon initient la diversification alimentaire de leur enfant dès 4 mois de manière significativement plus fréquente que les parents qui espéraient une fille ou étaient indifférents au sexe de l'enfant à naître.

Tableau 7.3.5 Diversification alimentaire de l'enfant selon le sexe espéré par la mère et par le père avant la naissance (saisi rétrospectivement)

Sexe espéré par la mère	Diversification dès 4 mois	Effectif	Test
Fille	51,18%	2163	0,001
Garçon	54,90%	1561	
Indifférente	46,74%	5454	
Sexe espéré par le père			
Fille	50,72%	1656	0,001
Garçon	54,13%	2023	
Indifférent	46,88%	5499	
Ensemble	49,17%	9178	

Champ : ensemble des individus ayant rempli l'ensemble des questionnaires utilisés (n=9178),
Source : Elfe, 2017

Conclusion

La norme semble bien être une indifférenciation de la diversification alimentaire selon le sexe de l'enfant. Toutefois, une part des parents qui orientent l'alimentation des enfants à la fois selon des considérations de santé et des définitions traditionnelles du féminin et du masculin pratiquent une diversification alimentaire sexuellement différenciée. Ces parents se rencontrent plus fréquemment dans les classes moyennes qui ne sont socialisées qu'imparfaitement à la puériculture médicalisée. Par ailleurs, l'analyse des conditions sociales des différentes formes de division du travail domestique et du travail de puériculture entre les parents montrent que ce sont les définitions traditionnelles du féminin et du masculin ainsi que l'état des rapports de force dans l'espace social qui explique à des degrés différents cette division du travail. Pour la plupart des parents la division du travail domestique comme la division du travail de puériculture sont sans effets significatifs sur la sexuation de la diversification alimentaire des enfants. Ce qui tend à indiquer que ce sont les rapports sociaux de force qui explique cette division plus que des définitions traditionnelles des rôles sociaux de sexe. Toutefois, les formes de division du travail domestique et de puériculture les plus traditionnelles – qui supposent des qualités naturelles féminines différentes des qualités masculines – sont les seules à être significativement associées à une sexuation de la diversification alimentaire. La différenciation sexuée des primes socialisations serait donc le produit de registres de perception techniques (nutritionnelle dans le cas de l'alimentation) et de définitions particulières des rôles sociaux de sexe.

Chapitre 8 Projection des habitudes et des préférences alimentaires maternelles sur les répertoires alimentaires des enfants

Introduction

Dans les chapitres précédents, la diversification alimentaire des enfants est analysée sous l'angle de sa conformité, ou de sa distance, aux recommandations médicales. Dans cette perspective, ce sont principalement les conditions de la socialisation des mères au travail de puériculture, notamment leurs rapports aux différentes instances de socialisation (professionnels de santé, supports de puériculture, famille élargie), qui expliquent l'alimentation de l'enfant lors de sa première année. Il en résulte, d'une part, que les dimensions de la diversification alimentaire qui ne sont pas directement associées au fonctionnement du corps (maintien ou restauration de la santé, prise ou perte de poids)¹ sont exclues de l'analyse, d'autre part, que le rapport des mères à l'alimentation, à la nutrition et à la diététique n'est défini que comme un ensemble de savoirs détachés de leurs propres systèmes de préférences et d'habitudes alimentaires². Or, en matière d'alimentation infantile, bien que la réception des recommandations médicales soit déterminante (Gojard, 1999 ; 2000), des études qualitatives ont montré que l'alimentation des enfants, notamment dans les familles issues des catégories populaires, obéissait également à des principes d'ordre hédonique comme le « faire plaisir » fonction des projections socialement situées des préférences gustatives infantiles (Régnier & Masullo, 2009). Aussi, les habitudes et préférences alimentaires des parents, en particulier de la mère, sont susceptibles d'avoir un effet sur leurs définitions de ce qui est bon pour l'enfant.

Les expériences individuelles – telle l'expérience de ce qui est bon – se réalisent au travers de « résonances sensorielles et perceptives » (Le Breton, 2006 ; 2007). Classiquement, pour l'anthropologie des sens, l'ensemble des perceptions ne constitue pas, ou pas uniquement, une « réalité physique objective » mais un ensemble de significations et de valeurs (Merleau-

¹ Ces dimensions, les registres de perception et d'appréciation de la diversification alimentaire, sont explicitées aux chapitres 2 et 3.

² Dans les chapitres précédents, le modèle de puériculture des mères qualifié de « pragmatique » s'appuie sur leur expérience sans que le contenu de cette expérience ne soit clairement déterminé. L'alimentation des mères durant la grossesse constitue une des dimensions de leur expérience particulière susceptible d'avoir une incidence sur la diversification alimentaire des enfants.

Ponty, 1945). Les aliments incorporent des qualités immatérielles, une image, un certain pouvoir de distinction (Lahlou, 1998) mais ils ont aussi une matérialité qui prend la forme de caractéristiques qui ne peuvent être saisies que de manière sensorielle (Howes & Marcoux, 2006). Les préférences alimentaires peuvent ainsi renvoyer aux préférences hédoniques, le plaisir sensoriel que procure la consommation d'un aliment, autant qu'aux préférences non-sensorielles, la satisfaction de consommer des aliments perçus comme bénéfiques à la santé ou socialement valorisants. Ces deux dimensions de l'appréciation des aliments ne sont pas indépendantes l'une de l'autre, les individus peuvent développer le goût des aliments perçus comme sains et perdre le goût d'aliments subitement ou progressivement déclassés socialement. En outre, l'évolution des préférences alimentaires est fonction des habitudes de consommation au moins autant qu'elle est susceptible de les modifier. Les perceptions ne sont alors pas uniquement des mécanismes d'enregistrement mais des pratiques. Elles contribuent à construire l'environnement physique des individus : « la vision n'est rien sinon un certain usage du regard » (Merleau-Ponty, 1945). Les individus intériorisent des schèmes de perception et d'appréciation au cours de leur socialisation (Bourdieu & Passeron, 1964 ; 1970 ; Bourdieu & Delsaut, 1981) qui façonnent leurs manières de sentir (d'utiliser leurs sens) comme l'illustrent les recherches sur les manières de regarder (Haroche, 2008) ou d'écouter (Tiffon, 2007 ; Legrain, 2009 ; Roueff, 2010). Avant de chercher à analyser leurs effets sur la construction des répertoires alimentaires infantiles, il convient d'explicitier comment se construisent les habitudes et préférences alimentaires des mères.

L'acquisition des préférences alimentaires

Une multitude de processus biologiques contribuent à réguler la prise alimentaire et le comportement alimentaire mais ces processus ne sont, pour la plupart, pas exempts de déterminations sociales. Les prises alimentaires sont d'abord soumises à des rythmes. Un épisode de prise alimentaire se décompose en trois phases : une phase *pré-ingestive* caractérisée par la sensation de faim, une phase correspondant à la période de prise alimentaire ainsi qu'au processus de rassasiement et une phase caractérisée par l'état de satiété. En outre, les prises alimentaires sont séparées par des intervalles temporels de longueur variable (Romon, 2010)³. Bien que cette rythmicité des prises alimentaires soit en

³ Les intervalles entre les prises alimentaires est un des facteurs régulant le niveau énergétique. La sensation de faim est liée à la détection par le cerveau d'une baisse transitoire de la glycémie (Campfield & Smith, 2003).

partie déterminée par des phénomènes proprement physiologiques⁴, notamment s'agissant de la sensation de faim, elle est également le produit de contraintes sociales. Dans les sociétés organisées, les individus incorporent des rythmes sociaux, principalement fonction des contraintes du travail productif (Le Magnen, 1992). En France, les prises alimentaires sont particulièrement réglées (Szalai, 1973 ; Warde et *al.*, 2007 ; Saint-Pol & Ricroch, 2012). La régularité des horaires des repas est le produit d'une élaboration des classes supérieures au XIX^e siècle diffusée par la suite aux classes populaires (Marenco, 1992 ; Aymard et *al.*, 1993), donc une construction sociale relativement récente.

La prise alimentaire s'inscrit dans une séquence d'évènements impliquant des comportements associés à des sensations subjectives (Basdevant et *al.*, 1990 ; Bellisle, 2005). Ainsi, la phase *pré-ingestive* est associée à la sensation de faim. Au moment de la présentation d'un aliment, ses propriétés sensorielles – l'aspect de l'aliment, son odeur et sa texture – contribuent à la formation des attentes des individus, telle l'anticipation du plaisir ou du déplaisir que cet aliment est susceptible de procurer, en lien avec leurs expériences alimentaires antérieures (Mattes, 2005 ; 2009). Des études montrent que le plaisir associé à la consommation d'un aliment est anticipé par la vue dès 2 ans (Nicklaus et *al.*, 2005a). L'émergence même des systèmes chimio-sensoriels est dépendante des stimulations incidentes (Schaal et *al.*, 2005). Ces signaux sensoriels se construisent donc au fur et à mesure de l'expérience alimentaire, ils y sont intimement liés.

Les propriétés sensorielles des aliments sont associées aux comportements alimentaires (Rolls et *al.*, 1982 ; Sorensen et *al.*, 2003 ; Bellisle, 2005 ; Mattes, 2006 ; Chapelot & Louis-Sylvestre, 2008). La perception – le traitement des informations sensorielles relatives aux aliments – intègre les signaux sensoriels propres aux aliments ainsi que les éléments constitutifs du contexte de la prise alimentaire et les attentes des individus. La perception n'est alors pas déterminée uniquement par les propriétés sensorielles des aliments. Notamment, le plaisir procuré par la consommation d'un aliment – sa palatabilité – est fonction de l'interaction entre les attentes le concernant et son appréciation (Finlayson et *al.*, 2007).

⁴ S'agissant des structures impliquées dans la régulation de la prise alimentaire au sein de l'hypothalamus, voir par exemple Schwartz et *al.* (2000) et Woods & D'Alessio (2008).

Aussi, la capacité d'autorégulation – d'ingestion des aliments selon leur densité énergétique – diminue sensiblement avec l'âge (Birch et *al.*, 2003 ; Cecil et *al.*, 2005 ; Fox et *al.*, 2006 ; Johnson & Taylor, 2006 ; Rolls et *al.*, 2000 ; Wardle et *al.*, 2001). Ce phénomène s'expliquerait par l'émergence progressive d'une concurrence entre signaux internes⁵ et signaux externes des sensations de faim et de satiété. Les signaux externes peuvent renvoyer à la taille des portions (Rolls et *al.*, 2000 ; Fisher et *al.*, 2003 ; Fisher, 2007), aux injonctions sociales à manger davantage, à ne pas gaspiller (Birch et *al.*, 1987) ou à l'instrumentalisation répétée des aliments à des fins autres que nutritionnelles (comme supports de sanctions, par exemple) (Fisher & Birch, 1999). De plus, le contexte social et affectif des repas a un effet sur la prise alimentaire. Le nombre de convives ainsi que le type de relations sociales qu'ils entretiennent sont associés aux portions consommées (De Castro, 1990 ; 1994). Il existerait une « stimulation sociale à manger [davantage] » (De Castro et *al.*, 1997). Cette stimulation est maximale lorsque les convives sont des parents ou des amis (De Castro, 1994). La prise alimentaire est, au contraire, inhibée lorsque les convives ne se connaissent pas (Salvy et *al.*, 2007 ; Bellisle et *al.*, 2009). De même, un environnement coercitif limite les quantités consommées (Galloway et *al.*, 2006). D'autres facteurs sociaux, tels le sexe des convives et les rapports hiérarchiques qui les unissent, modulent les prises alimentaires (Herman et *al.*, 2003 ; Herman et *al.*, 2005 ; Hertherington et *al.*, 2006).

Le contexte social et affectif de consommation a un effet important sur l'appréciation des aliments (Birch et *al.*, 1981). L'instrumentalisation des aliments à des fins autres que nutritionnelles, comme supports de sanctions aussi bien négatives que positives, a une incidence sur le plaisir associé à leur consommation. Les aliments utilisés pour sanctionner positivement une attitude tendent à progressivement procurer plus de plaisir (Hendy et *al.*, 2005 ; Wardle et *al.*, 2003). A l'inverse, les aliments utilisés pour encourager une pratique (telle la consommation d'un autre aliment) tendent à procurer moins de plaisir (Birch et *al.*, 1982 ; Newman & Taylor, 1992 ; Kröller & Warschburger, 2008). L'appréciation des aliments est d'une certaine manière manipulable. Les préférences hédoniques des individus sont différentes lorsqu'ils connaissent la marque des produits consommés (Lange et *al.*, 2002). Les propriétés non-sensorielles que les aliments incorporent sont donc susceptibles d'avoir une incidence sur les perceptions des individus qui les consomment.

⁵ Les propriétés sensorielles des aliments ont un effet direct sur les quantités consommées (Romer et *al.*, 2006 ; Weijzen et *al.*, 2008 ; Brondel et *al.*, 2009).

Les propriétés sensorielles des aliments, la tendreté, les saveurs et les sensations viscérales (*post-ingestives*), influencent les jugements de goût (Hoegg & Alba, 2007 ; Krishna & Elder, 2009 ; Rozin & Hormes, 2009) mais la perception de ces sensations se construit au cours d'une expérience alimentaire socialement située. S'agissant de l'alimentation des enfants, la disponibilité des denrées alimentaires au domicile explique une consommation plus importante de ces aliments (Reynolds et al., 1999, Vereecken et al., 2004 ; Belfort et al., 2006 ; Boutelle et al., 2007 ; Timperio et al., 2007 ; Reinaerts et al., 2007). De plus, le plaisir que procure un aliment augmente avec sa consommation (Birch & Marlin, 1982 ; Birch et al., 1987 ; Sullivan & Birch, 1990 ; Wardle et al., 2003 ; Rigal, 2005). Ce plaisir est aussi susceptible d'évoluer. Un aliment initialement peu apprécié est davantage accepté, après une période de familiarisation où il est mélangé à des saveurs appréciées (Pliner & Stallberg-White, 2000 ; Havermans & Jansen, 2007 ; Capaldi & Privitera, 2008). La formation des préférences hédoniques est ainsi liée aux expériences alimentaires (Birch, 1999 ; Nicklaus et al., 2005b ; Savage et al., 2007 ; Beauchamp & Menella, 2008), notamment aux expériences précoces (Nicklaus, 2004) dans toutes leurs dimensions.

La formation des habitudes alimentaires

La palatabilité des aliments ne constitue toutefois pas le seul déterminant des consommations. L'étude historique des « traités culinaires » montre que les goûts ont varié au cours des siècles et des populations. En ce sens les pratiques culinaires fondent le goût autant qu'elles l'expriment (Flandrin, 1993). Les préférences et les habitudes alimentaires sont fonction de contraintes objectives et de mécanismes sur lesquels les individus n'ont que peu de prise comme le niveau de revenu, les conditions de vie ainsi que les caractéristiques économiques et techniques de l'offre (Grignon, 1988). Au moins dans une certaine mesure, les individus acquièrent le goût de ce qu'ils consomment et perdent le goût de ce dont ils sont privés. La consommation des aliments est en aval d'un processus qui comprend l'approvisionnement, le stockage et la préparation des denrées alimentaires. Il en résulte que les consommations alimentaires sont d'abord déterminées par les sources d'approvisionnement (Popkin et al., 2005). Les transformations des sources d'approvisionnement, telle l'augmentation des points de restauration rapide aux Etats-Unis et dans la plupart des pays occidentaux, contribuent à l'évolution des habitudes de

consommations alimentaires et des éventuels troubles sanitaires qui les accompagnent au niveau des populations (Inagami et *al.*, 2009).

Dans les sociétés différenciées, le prix des aliments constitue une contrainte importante (Grossman, 2000 ; Levy, 2002 ; Lakdawalla et *al.*, 2006 ; Dragone, 2009). Le mode de vie, le type de travail, ainsi que le capital culturel sont également déterminants. Les travaux de Maurice Halbwachs montrent les effets de l'intégration sociale et des styles de vie sur les consommations alimentaires indépendamment des revenus (Halbwachs, 1913 ; Baudelot & Establet, 1994). De plus, les consommations alimentaires constituent des marqueurs identitaires. Les recherches de Veblen (1899) montrent que dans les États-Unis du XIX^e siècle, la consommation constituait pour les individus un moyen de signaler leur statut social. Les habitudes et préférences alimentaires sont en lien avec les valeurs esthétiques des différents groupes sociaux, elles constituent un outil de distinction (Bourdieu, 1979). Une des formes de distinction les plus récentes réside dans la conformité aux recommandations nutritionnelles qui est associée à la position sociale (Grignon & Grignon, 1999). La connaissance et le respect des messages du PNNS augmentent avec le niveau de diplôme des individus (Guilbert et *al.*, 2002 ; Escalon et *al.*, 2009). Ainsi, les consommations alimentaires demeurent marquées par les appartenances sociales (Chauvel, 1999) bien que les écarts tendent à se réduire (Caillavet et *al.*, 2009).

Il est notable que, malgré les progrès techniques effectués dans le domaine des transports et la globalisation de l'économie, l'appartenance régionale ait contribué à déterminer en partie les consommations alimentaires au moins jusqu'à la fin du XX^e siècle (Herpin, 1984 ; Grignon, 1986). Ce phénomène peut s'expliquer en partie par la persistance des traditions culinaires. L'alimentation est un des domaines culturels les plus résistants aux changements (Bouly de Lesdain, 2002 ; Diasio et *al.*, 2009). Les migrants ajustent leurs pratiques aux contraintes d'approvisionnement et de disponibilité des aliments de leurs régions d'accueil. Ils préparent des aliments de substitution selon des techniques traditionnelles (Hassoun, 1996 ; Calvo, 1997). De la même manière, ils accommodent les plats locaux de condiments traditionnels (Lamine, 2006 ; Tuomainen, 2009). Les préférences alimentaires, d'abord fonction de l'accessibilité des denrées alimentaires, ont alors bien à l'échelle individuelle une certaine permanence.

Incorporation, distanciation, transmission

Conformément à la distinction établie par Durkheim s'agissant des processus d'éducation (Durkheim, 1999 [1922] ; Renard, 2013), l'acquisition des habitudes et des préférences alimentaires procède à la fois d'une « socialisation méthodique », opérée par les intermédiaires de l'éducation à la santé (enseignants et médecins, principalement), ainsi que d'une socialisation « clandestine » et diffuse, produite essentiellement par la répétition pratique. Cette dissociation des modes et des moments de socialisation est susceptible d'entraîner une mise à distance, de la part des individus, de leurs préférences hédoniques si elles ne sont pas conformes à certaines normes, telles les recommandations nutritionnelles (Dubet & Martuccelli, 1996). Cette forme de distanciation, concernant leurs propres pratiques ou attitudes, ne correspond pas à une espèce de libre-arbitre des individus, débarrassés des déterminants sociaux, mais à une forme de réflexivité, à une capacité pratique à interroger leurs propres habitudes et préférences. Au niveau des populations, la réflexivité individuelle tend à augmenter avec la complexification des situations quotidiennes (Giddens, 1991). Comme évoqué au chapitre 3, certains individus « organisateurs d'information » font preuve d'une certaine « distanciation cognitive » (DiMaggio & Powell, 1991).

Dimension particulière d'un capital culturel incorporé, les habitudes et préférences alimentaires sont attachées aux individus dans leur « singularité biologique » (Bourdieu, 1979b). L'incorporation des habitudes et préférences alimentaires correspond alors à la fois à l'assimilation des aliments (Fischler, 1990) et à l'intériorisation de gestes techniques, de pratiques culinaires, le plus souvent routinisés. Les apprentissages techniques et gestuels relèvent de « la raison pratique et collective » ils sont sentis par leurs auteurs comme des actes « d'ordre mécanique, physique ou physico-chimique et [poursuivis] dans ce but » (Mauss, 1936). Une technique est « un acte traditionnel efficace », sa transmission relève alors de la « tradition » (Mauss, 1936). Les routines sont au fondement des techniques du corps qui rendent efficaces les activités sociales ordinaires (Juan, 2015). Elles ont pour fonction première de préserver les individus de l'incertitude constante, d'éviter la « tyrannie des petites décisions » quotidiennes (Schelling et *al.*, 1980), elles peuvent, par exemple, prendre appui sur des « dispositifs » tels les labels, les emballages et les marques de manière à limiter la répétition des délibérations en situation de consommation (Dubuisson-Quellier, 2006). L'ordre social s'inscrit dans les corps à travers ces conditionnements permanents, les conditions matérielles d'existence, les contraintes économiques et sociales les plus diffuses

(Bourdieu, 1997). La mise à distance de pratiques incorporées paraît difficile dans ces conditions. L'incorporation est également une technique de soi sur soi : « des processus proposés aux individus ou prescrits pour fixer leur identité, la maintenir ou la transformer en fonction d'un certain nombre de fins [...] grâce à des rapports de soi sur soi ou de connaissance de soi par soi » (Foucault, 1994, p.5). Dans cette perspective, de nouvelles attentes sociales et/ou la réorganisation des conditions matérielles d'existence – telle celle qui suit la naissance d'un enfant – peuvent conduire à un travail de « soi sur soi » en vue de désapprendre des habitudes et des préférences incorporées jugées inappropriées, telles des habitudes alimentaires en contradiction avec un idéal corporel (Darmon, 2003).

La diversification alimentaire procède d'un élargissement, plus ou moins rapide et important, du répertoire alimentaire des enfants. Nourrir un enfant consiste à lui inculquer des techniques du corps (Le Pape & Plessz, 2017), à lui transmettre des habitudes alimentaires perçues comme bonnes ou saines mais également à lui donner un capital culturel, à constituer une part de son identité (Chiva, 1979). Sous réserve d'une relative mise à distance, les habitudes et les préférences transmises sont susceptibles d'être manipulées ou instrumentalisées. La diversification alimentaire des enfants peut alors être analysée sous l'angle de la transmission culturelle. La transmission culturelle des parents aux enfants s'ancre dans leurs conditions sociales d'existence, par conséquent elle n'est pas toujours intentionnelle (Lahire, 1995 ; Lareau, 2002 ; Mennesson, 2011). Elle peut être le produit de contraintes proprement matérielles ou l'expression d'une forte incorporation d'un système de goûts. La transmission culturelle peut, à l'opposé, résulter d'une intention pédagogique (Lareau, 2003) et être sélective (Wadbled, 2001) afin de ne transmettre que les habitudes et préférences les plus socialement acceptables ou valorisées. Les stratégies parentales, les intentions de transmission culturelle, peuvent s'appuyer sur des mécanismes d'imprégnation (Muxel, 1984 ; Percheron, 1991), de « persuasion clandestine » ou des pratiques de pédagogie explicite (Singly, 1995). La transmission culturelle verticale – des parents vers les enfants – peut alors relever d'une transmission « osmotique » non-intentionnelle ou d'une transmission « stratégique » (Draelants & Ballatore, 2014). La mise en rapport des styles alimentaires des mères avec les répertoires alimentaires des enfants au cours de leur première année permet d'explicitier les conditions sociales de ces deux formes de transmission culturelle, c'est-à-dire d'explicitier en partie les conditions sociales de la mise à distance par les mères de leur propre expérience sensible.

L'une des originalités de l'Étude Longitudinale Française depuis l'Enfance réside dans la possibilité de mettre en rapport l'alimentation des mères durant leur grossesse et celle des enfants lors de leur première année. Les mères sont les principaux « passeurs de culture » (Michandon, 2001 ; Tavan, 2003 ; Donnat, 2004). En outre, elles ont généralement la charge de la préparation des repas et de l'alimentation des enfants. Compte-tenu de l'âge des enfants enquêtés, sans remettre en cause la complexité des modalités de la socialisation familiale (Segalen, 2002), la transmission que nous analysons dans ce chapitre peut être considéré comme un acte unilatéral des parents vers les enfants.

Nous explicitons, dans un premier temps, les dimensions de l'alimentation maternelle ainsi que leur marquage social. Nous montrons que les deux principales dimensions de l'alimentation des mères durant leur troisième trimestre de grossesse – le rapport aux standards de la diététique dominante et le rapport à la saveur sucrée – ont un effet propre significatif et socialement différencié sur l'introduction dans le régime alimentaire des enfants des matières grasses, du sucre et du sel. Par suite, nous mettons en évidence les dimensions structurantes de l'alimentation des enfants enquêtés lors de leur première année. Nous montrons l'incidence des styles alimentaires maternels sur l'alimentation des enfants lors de leur première année, ainsi que les effets des caractéristiques sociales des parents sur les modalités de cette transmission.

Données du chapitre

Les questionnaires mobilisés

Quatre questionnaires sont mobilisés : le questionnaire auto-administré après la grossesse concernant des éléments du style de vie des parents (notamment leur alimentation), le questionnaire en maternité, le questionnaire aux deux mois de l'enfant et le questionnaire fréquentiel de suivi de la diversification alimentaire.

Principes de construction des variables utilisées dans l'analyse

S'agissant des variables explicatives, en plus des variables sociodémographiques précédemment utilisées (la PCS du père, le niveau de diplôme de la mère et son modèle de

puériculture), nous utilisons des variables relatives à l'alimentation de la mère durant le troisième trimestre de sa grossesse dont nous montrons également le marquage social.

Pour un ensemble de dix consommations alimentaires particulièrement distinctives⁶ durant le troisième trimestre de grossesse, on calcule des scores de consommation basés sur les fréquences auxquelles ces aliments ont été consommés par les mères enquêtées durant leur troisième trimestre de grossesse. Le questionnaire auto-administré après la grossesse comportait des questions relatives à l'alimentation des mères durant leur troisième trimestre de grossesse qui prenaient la forme suivante : « au cours des 3 derniers mois de votre grossesse, avec quelle fréquence avez-vous consommé [cet aliment] ? ». Les mères étaient invitées à indiquer si elles avaient consommé l'aliment concerné : « jamais », « moins d'une fois par mois », « entre 1 et 3 fois par mois », « 1 fois par semaine », « entre 2 et 5 fois par semaine », « 1 fois par jour ou presque », « plusieurs fois par jour ». À chaque modalité est associé un score de 0 pour « jamais » à 6 pour « plusieurs fois par jour ». Afin de définir des styles alimentaires, les aliments ont été regroupés en dix catégories : fruits (7 items), légumes (8 items), condiments (3 items : herbes fraîches, herbes séchées, épices), poissons (1 item qui concernait toute la consommation de poisson), viandes (6 items), confiseries et pâtisseries (8 items), aliments réputés gras (7 items), charcuterie (2 items), féculents (7 items), œufs (2 items). Il faut noter que ces regroupements limitent la possibilité d'évaluer précisément la variété d'aliments consommée par les enquêtées durant leur troisième trimestre de grossesse. Le score de consommation d'un groupe d'aliments se calcule en sommant le score correspondant à la consommation de chaque aliment du groupe durant le troisième trimestre de grossesse.

À titre d'exemple, le score de consommation de confiseries et pâtisseries se calcule en faisant la somme des fréquences de consommation de chocolat, de pâte à tartiner, de bonbons, de viennoiseries, de pâtisseries, de tartes, de biscuits et de barres chocolatées (8 items). Ce score est alors compris entre 0 et 32. Plus un score concerne un nombre important d'items – c'est-à-dire agrège de consommations – plus il tend à être élevé, ce qui respecte bien une logique de définition de la place des groupes d'aliments dans le régime des mères lors du dernier trimestre de grossesse en termes de fréquence de consommation. Les scores ainsi

⁶ Les consommations utilisées comme variables actives de l'analyse factorielle ont été déterminées empiriquement. Nous avons cherché la combinaison de consommations qui maximisait la part de variance expliquée par les deux premiers axes de l'analyse en composante principale présentée ci-dessous.

construits impliquent que les écarts entre chaque niveau de consommation sont équivalents. Selon cet indicateur, la différence entre « jamais » et « moins d'une fois par mois » est la même qu'entre « 1 fois par semaine » et « entre 2 et 5 fois par semaine ». Compte-tenu de la forme des modalités de réponses possibles, qui restent des estimations, cet indicateur ne paraît pas surestimer les différences entre les niveaux de consommation des enquêtées. En outre, le calcul consiste à additionner les scores relatifs à plusieurs aliments, un individu qui n'a consommé que des carottes cuites « entre 2 et 5 fois par semaine » (ce qui correspond à un score de 4) et des poireaux « entre 1 et 3 fois par mois » (ce qui correspond à un score de 2) aura un score de 6 concernant les légumes. Cet individu aura consommé des légumes entre 3 et 8 fois par semaine sur la période considérée, ce qui équivaut à une consommation de légumes presque quotidienne ou une consommation quotidienne qui correspondent à des scores de 5 et 6 respectivement, soit à peu près le score obtenu en agrégeant les différentes consommations. Le calcul ne donne pas artificiellement plus de poids aux groupes d'aliments agrégeant le plus d'items.

Les données relatives aux fréquences de consommation des différents aliments seules ne disent rien des portions, et par extension des quantités consommées (qui en fin de grossesse peuvent être liées à des paramètres au sujet desquels l'enquête donne peu d'information, comme l'imposition d'un régime particulier à la mère par un obstétricien), ni de la manière dont sont préparés les aliments mais elles sont adaptées à saisir les habitudes et les préférences des mères lors de cette période ainsi que, dans une moindre mesure, leurs pratiques culinaires. En effet, les fréquences de consommation constituent un point de comparaison entre des aliments qui ne sont pas destinés à être utilisés dans les mêmes proportions. Dans la mesure où ces habitudes et préférences alimentaires sont confrontées à la possibilité de l'introduction de certains produits alimentaires dans le régime des enfants avant 1 an ou encore à la fréquence à laquelle ils ont consommé divers aliments, cette perspective paraît pertinente.

S'agissant des variables à expliquer, on analyse la distribution des variables dichotomiques indiquant si des matières grasses, du sucre et du sel (sous forme d'adjonctions) ont été introduits dans le régime alimentaire des enfants avant 1 an. De plus, afin de définir les répertoires alimentaires des enfants au cours de cette période, on calcule des scores de consommations alimentaires basés sur les données du questionnaire fréquentiel relatif à la diversification alimentaire des enfants. Le questionnaire comportait 22 items que l'on a

regroupé en 14 groupes alimentaires ; les carottes ou potirons (1 item), les bananes (1 item), les pommes ou poires (1 item), les fraises ou framboises (1 item), le blanc d'œuf (1 item), les pêches ou abricots (1 item), les céréales infantiles (1 item), le fromage (1 item), les légumes verts (3 items : haricots verts, petits pois, épinards), les féculents (3 items : pain, pommes de terre, pâtes ou riz), les matières grasses (2 items : beurre ou crème, huiles végétales ou margarine), les aliments sucrés (4 items : boissons sucrées, biscuits, desserts sucrés, sucre en adjonctions), les autres légumes (1 item) et les autres fruits (1 item). Les fréquences de consommation des différents aliments proposés à l'enfant, chaque mois, étaient codées de 0, pour « pas encore introduit », à 4, pour « tous les jours ou presque ». Ces modalités sont utilisées comme des scores. Le score de consommation d'un aliment (ou d'un groupe d'aliments) avant 1 an est calculé en sommant les scores correspondant aux fréquences de consommation de cet aliment (ou de ce groupe d'aliments) chaque mois. Les scores ainsi construits mesurent la place relative que tiennent les différents aliments ou groupes d'aliments dans l'alimentation de l'enfant lors de sa première année, sans toutefois pouvoir distinguer leur moment d'introduction.

8.1. Les habitudes et préférences alimentaires des mères durant le troisième trimestre de grossesse

Afin de déterminer le système des habitudes et préférences alimentaires des mères, il est possible de s'appuyer sur la fréquence à laquelle elles ont consommé, durant leur troisième trimestre de grossesse, certains aliments et produits alimentaires. L'analyse de la part des différentes consommations dans l'alimentation des mères durant leur dernier trimestre de grossesse – saisies sous l'angle de leurs fréquences comparées (voir la section *Données du chapitre*) – permet de définir des styles alimentaires et d'identifier des consommations qui tendent à s'opposer. La grossesse étant fortement encadrée par les instances médicales⁷, l'alimentation des mères durant cette période ne traduit possiblement pas fidèlement leurs consommations alimentaires habituelles. Notamment, la charcuterie, le lait cru et les préparations à base de lait cru comme certains fromages, la viande crue (ou peu cuite), le poisson cru, les poissons sauvages (type lotte, anguille, flétan, brochet, dorade, raie, thon) et certains produits de la mer tels les coquillages sont fortement proscrits dans le cadre d'une alimentation durant la grossesse conforme aux recommandations médicales. De plus, la

⁷ Les termes « instances médicales » désignent, ici, simultanément et indifféremment l'institution médicale, les professionnels de santé et les supports d'éducation à la santé qu'ils contribuent à produire.

consommation de crudités et d'aliments à base de soja est à limiter. Par conséquent, l'analyse de l'évolution de ces consommations alimentaires à la déclaration de la grossesse – concrètement les conditions sociales de l'abandon de la viande crue (ou peu cuite), de la charcuterie, du fromage, du poisson et des crudités pendant cette période – complète l'étude des styles alimentaires des mères et renseigne leurs rapports aux recommandations médicales en matière d'alimentation spécifique.

8.1.1. Les styles alimentaires maternels. Rapports à la diététique et aux saveurs sucrées

Une première analyse en composante principale (ACP)⁸ sur les scores relatifs⁹ aux consommations alimentaires des mères durant leur dernier trimestre de grossesse (figure 8.1.1) éclaire les dimensions structurantes des habitudes et préférences alimentaires des mères enquêtées. Une condition médicale particulière durant la grossesse peut affecter, pour des raisons indépendantes des habitudes et préférences alimentaires des mères, leur régime durant cette période. Notamment, la détection d'une forme de diabète gestationnel pourrait inciter, voire obliger, à une alimentation inhabituellement limitée en produits sucrés ou en féculents, par exemple. Aussi, on discrimine l'analyse selon la détection d'un diabète gestationnel. Une fraction très faible des enquêtées (n=361 soit 2,7%) déclarent souffrir d'un diabète gestationnel. Cependant, l'analyse factorielle des consommations alimentaires des mères durant leur troisième trimestre de grossesse donne des résultats très similaires, qu'une forme de diabète gestationnel ait été détectée ou non.

La première dimension de cette ACP (figure 8.1.1), qui résume 26% de la variance, oppose, d'une part, les aliments réputés être – et identifiés par les recommandations de santé comme – particulièrement gras (pizza, tarte salée, hamburger, etc.), les féculents, la charcuterie, les confiseries et les pâtisseries. D'autre part, les condiments (herbes fraîches, herbes séchées, épices), les légumes, les fruits et le poisson¹⁰. La consommation de charcuterie durant le troisième trimestre de grossesse constitue un indicateur d'éloignement des principes de la diététique savante d'autant plus pertinent que ces aliments sont

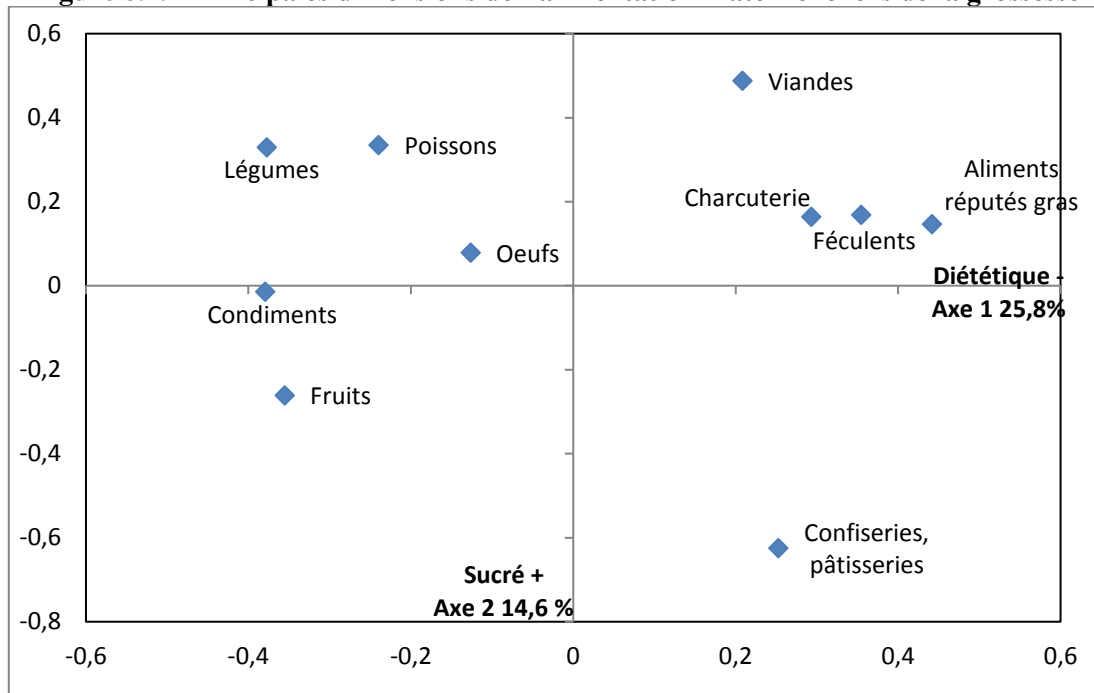
⁸ L'analyse en composante principale est une technique descriptive qui permet d'analyser les relations entre des variables quantitatives. Pour une présentation détaillée voir par exemple Duby & Robin (2006).

⁹ Les résultats présentés ont été calculés sur des scores non-normalisés. Ce qui confère en quelque sorte plus de poids aux scores présentant une forte variabilité.

¹⁰ L'item mobilisé dans l'analyse concerne le poisson en général (sans autre précision) dont une consommation hebdomadaire pendant la grossesse est conseillée par les instances médicales.

déconseillés aux femmes enceintes par les instances médicales. La deuxième dimension, qui résume 14,6% de la variance, oppose d'un côté, les viandes, poissons, légumes et féculents aux confiseries, pâtisseries, fruits et condiments, d'un autre côté. Ainsi, le premier axe concerne le rapport des enquêtées aux standards de la diététique dominante, qui encouragent une alimentation variée, naturelle (Lepiller, 2012 ; Plessz & Gojard, 2015), plutôt sophistiquée (Régner et *al.*, 2006) bien que relativement ascétique et tendant à limiter les apports en protéines animales (Ouédraogo, 1996 ; 1998 ; Ruby, 2012). Les crises alimentaires récentes concernaient généralement des produits d'origine animale et ont contribué à l'entretien d'un rapport de méfiance vis-à-vis des aliments d'origine animale (Keck, 2008), la tendance à limiter les apports en protéines animales dans l'alimentation relève alors d'un certain rapport au risque. On peut voir dans le style alimentaire le plus conforme aux standards de la diététique dominante une esthétique de la mesure, de la modération qui traduirait la valeur sociale d'une certaine maîtrise continue de soi-même. Le second axe relève des préférences gustatives des mères enquêtées (opposition entre les saveurs plutôt salées et les saveurs plutôt sucrées). S'il est difficile d'appréhender très finement les habitudes et pratiques culinaires des enquêtées au travers des données *Elfe*, on peut penser que la présence des condiments (épices, herbes fraîches, herbes sèches) d'un côté et des plats préparés (agrégés aux fritures dans la catégorie « aliments réputés gras ») d'un autre côté, dessine une opposition entre cuisine élaborée, demandant un temps de préparation relativement long, et aliments industriels prêt à manger. Ainsi, les pratiques culinaires redoubleraient les considérations diététiques. Il convient, toutefois, de relativiser cette interprétation dans la mesure où les scores de consommation de fruits et légumes ne permettent pas de distinguer aliments frais, conserves et surgelés.

Figure 8.1.1 Principales dimensions de l'alimentation maternelle lors de la grossesse



Source : Elfe, 2011

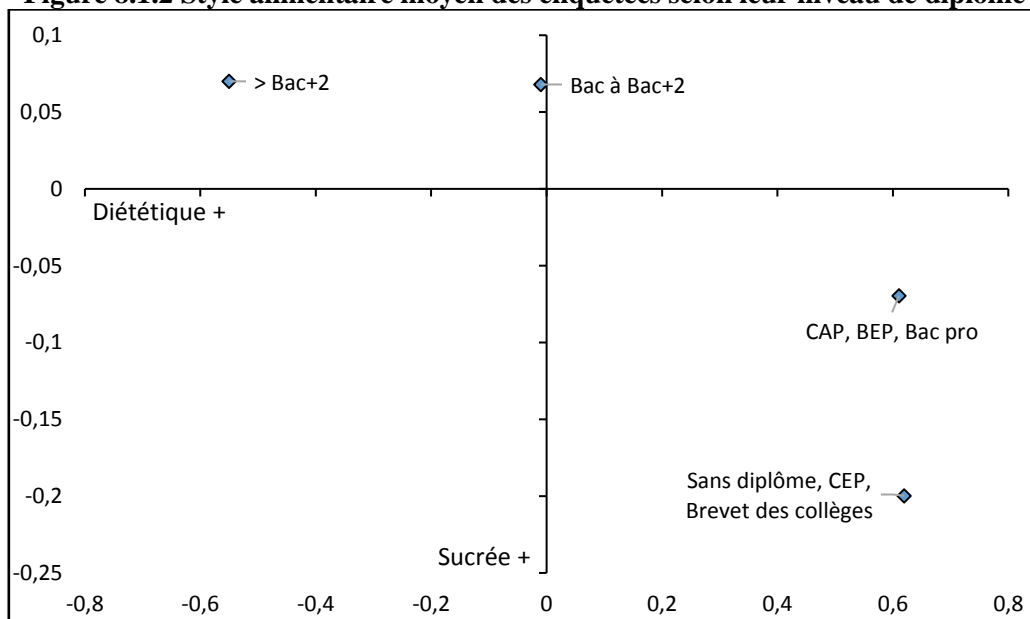
8.1.2. Le marquage social de l'alimentation maternelle durant le troisième trimestre de grossesse

Les préférences et habitudes alimentaires des mères durant le troisième trimestre de leur grossesse apparaissent socialement situées. La figure 8.1.2 croise, en abscisse, la première composante de l'ACP précédente (figure 8.1.1) et, en ordonnée, sa seconde composante, nous projetons les coordonnées moyennes des mères enquêtées selon leur niveau de diplôme. Le rapport à la diététique oppose les mères ayant un diplôme d'un niveau supérieur à un bac+2 aux mères diplômées de l'enseignement technique et professionnel ou sans diplôme. La position intermédiaire des mères ayant un diplôme du niveau d'un bac général à celui d'un bac+2 montre l'existence d'un gradient scolaire dont le rapport à la diététique est fonction. L'examen des positions médianes des enquêtées selon leur niveau de diplôme confirme cette observation. Concernant les préférences gustatives des mères enquêtées, les mères ayant obtenu un baccalauréat général ou diplômées de l'enseignement supérieur s'opposent (du point de vue de leurs positions moyenne et médiane) aux mères sans diplôme et dans une mesure légèrement moindre à celles qui sont diplômées de l'enseignement technique et professionnel. La deuxième composante du repère étant moins importante dans l'inertie du nuage, cette opposition sur la base des préférences gustatives (saisies au moyen des habitudes

de consommation selon la saveur des aliments), en fait très liée à la consommation de confiseries et de pâtisseries de la mère durant sa grossesse, est considérablement moins structurante que le rapport aux standards de la diététique dominante auxquels elle pourrait également être liée compte-tenu des représentations collectives des aliments sucrés (voir *infra*).

La stratification scolaire des habitudes et préférences alimentaires des mères souligne l'importance du rapport à une culture savante, scolairement acquise, qui conditionne les consommations alimentaires telle une meilleure réception des recommandations médicales pour les mères les plus diplômées ou la favorisation d'aliments supposés restaurer la force physique (comme la viande), selon une conception anciennement dominante des fonctions de l'alimentation, pour les mères diplômées de l'enseignement technique et professionnel ou issues des catégories ouvrières et agricoles (Boltanski, 1971 ; Depecker, 2010). En ce sens, le niveau de diplôme agit sur l'alimentation des mères comme sur celle des enfants.

Figure 8.1.2 Style alimentaire moyen des enquêtées selon leur niveau de diplôme



Sources : Elfe, 2011.

L'enquête *Elfe* renseigne la manière dont la consommation de viande crue (ou peu cuite), de charcuterie, de fromage, de poisson (sans autre précision) et de crudités a évolué après la déclaration de la grossesse. Le tableau 8.1.1 donne la distribution du nombre d'aliments abandonnés par les mères après la déclaration de leur grossesse selon les caractéristiques sociales des parents. Lorsque le père de l'enfant est ouvrier ou employé, la fréquence des

mères qui n'ont renoncé à aucun des aliments déconseillés lors de la grossesse est significativement plus importante ($p \leq 0,001$). De la même manière, les mères qui ont un niveau de diplôme inférieur ou égal à Bac+2, un modèle de puériculture pragmatique ou familial sont plus nombreuses à n'avoir cessé de consommer aucun des aliments déconseillés aux femme enceintes. Les mères qui n'ont cessé de consommer qu'un seul des aliments proscrits se distribuent de la même manière. L'abandon de deux aliments n'est pas significativement associé aux caractéristiques sociales des parents. Tandis que les mères qui ont arrêté de consommer trois ou quatre des aliments déconseillés pendant la grossesse sont plus nombreuses à avoir un niveau de diplôme supérieur à Bac+2 et/ou un modèle de puériculture savant. Lorsque le père de l'enfant est cadre, la mère a également plus fréquemment abandonné trois ou quatre des aliments proscrits. L'abandon de cinq aliments est particulièrement peu fréquent et n'est pas situé socialement.

Tableau 8.1.1 Nombre d'aliments abandonnés par la mère lors de sa grossesse

	Nombre d'aliments supprimés du régime alimentaire de la mère après la déclaration de la grossesse						Effectif	Test
	0	1	2	3	4	5		
PCS du père								
Ouvrier ou Employé	15%	22%	27%	28%	7%	1%	4822	0,001
Indépendant ou PI	14%	21%	28%	29%	7%	1%	2547	
Cadre	9%	18%	27%	35%	10%	1%	2652	
Ensemble	13%	21%	28%	30%	8%	1%		
Diplôme de la mère								
≤ Bac+2	15%	23%	27%	26%	7%	1%	5521	0,001
> Bac+2	10%	17%	28%	35%	9%	1%	4315	
Ensemble	13%	21%	28%	30%	8%	1%		
Modèle de puériculture de la mère								
Pragmatique	14%	21%	28%	30%	7%	1%	5117	0,005
Savant	10%	19%	26%	34%	9%	2%	830	
Familial	14%	21%	29%	28%	7%	1%	851	
Éclectique	12%	20%	27%	31%	8%	1%	2990	
Ensemble	13%	21%	28%	30%	8%	1%		

Note : les associations statistiques sont mesurées au moyen d'un test du Khi-2,

Source : Elfe, 2011,

Lecture : 15% des mères dont le conjoint est ouvrier ou employé n'ont supprimé aucun des aliments considérés durant la grossesse.

Ainsi, la conformité aux recommandations médicales concernant l'alimentation durant la grossesse – qui implique l'abandon de trois ou quatre aliments particulièrement déconseillés (viande crue ou peu cuite, charcuterie et lait cru, notamment) – est associée à la proximité à la fois aux dépositaires des savoirs médicaux légitimes et à la culture savante fonction de la position du ménage dans la stratification socioprofessionnelle et du capital culturel de la mère. L'abandon d'au moins cinq aliments durant la grossesse paraît relever d'une interprétation prudente des recommandations médicales qui constitue une forme d'hypercorrection du régime alimentaire des mères – dans le sens d'une appropriation non-conforme d'une forme de « principe de prévention » – apparemment peu située socialement et très peu fréquente.

Le système des habitudes et des préférences alimentaires des mères ainsi que l'expérience sensible qui en est consubstantielle sont ainsi associés à leurs caractéristiques sociales. Les dimensions fonctionnelle et esthétique de ce rapport à l'alimentation sont incorporées dans des schèmes et des registres de perception et d'appréciation ainsi que des routines – donc des manières de sentir, de penser et d'agir – dont on peut se demander s'ils peuvent être mis à distance par les individus et, le cas échéant, à quelles conditions. La mise en rapport, d'une part, de l'alimentation des mères durant le troisième trimestre de grossesse et de son évolution avec, d'autre part, l'introduction des matières grasses, du sucre et du sel (sous forme d'adjonctions) dans l'alimentation de l'enfant avant 1 an renseigne les conditions de la retraduction des habitudes et préférences alimentaires maternelles en définitions de l'alimentation infantile adéquate. Par surcroît, mesurer l'effet de l'alimentation des mères sur les formes de diversification alimentaire des enfants et le comparer aux effets des autres caractéristiques sociales des parents donne des indications sur les registres de perception et d'appréciation auxquels les différents produits alimentaires sont associés.

8.2. Rapports maternels à la diététique et alimentation des enfants

Les coordonnées des mères sur l'axe 1 de l'ACP sont utilisées comme indicateur de leur rapport à la diététique ainsi que de leurs pratiques culinaires. Les différentes positions des mères sur cet axe sont regroupées en quartiles afin d'améliorer la lisibilité de l'association entre alimentation maternelle et diversification alimentaire. Cette catégorisation conduit à délimiter quatre types d'alimentation durant le troisième trimestre de grossesse. Le premier type correspond à une alimentation relativement ascétique et sophistiquée (riche en fruits,

légumes et aides culinaires) très proche des standards de la diététique dominante. Les mères qui ont ce type de régime se situent à l'ouest du plan factoriel. Le deuxième type renvoie à une alimentation proche des standards de la diététique dominante mais est plus inclusif (notamment en poisson et en œufs). Une position plus centrale sur l'axe indique une alimentation où la part des légumes et des fruits n'écrase pas complètement les autres consommations. Le troisième type correspond à une alimentation plutôt éloignée des standards de la diététique dominante. Les mères qui ont ce type d'alimentation, consommaient en fin de grossesse, en comparaison des autres aliments, régulièrement de la viande et de la charcuterie. Le quatrième type renvoie à une alimentation qui est très éloignée des standards de la diététique dominante (riche en aliments réputés gras, plats préparés et charcuterie)¹¹. Les mères qui ont développé ce type d'alimentation durant leur troisième trimestre de grossesse occupent les positions les plus à l'est dans le plan. Dans un premier temps, une série de modèles log-linéaires permet de déterminer l'effet propre, sur la diversification alimentaire des enfants, du rapport des mères à la diététique saisi au travers de leur alimentation lors du troisième trimestre de grossesse (tableaux 8.5.1 à 8.5.4, annexe du chapitre 8). Par suite, la comparaison de la qualité d'ajustement de ces modèles renseigne les effets que l'alimentation maternelle durant le troisième trimestre de grossesse recouvrent selon les produits alimentaires introduits dans le régime de l'enfant. Enfin, sont explicités les effets socialement différenciés de l'alimentation des mères – comme expression de leur rapport à la diététique dominante – sur la diversification alimentaire des enfants.

Les études qui s'intéressent au rapport entre alimentation parentale et alimentation des enfants font état d'une corrélation positive mais faible (Borah-Giddens & Falciglia, 1993). Il serait surprenant que la transmission des habitudes et préférences alimentaires des parents aux enfants prenne la forme d'une reproduction à l'identique des consommations, dans la mesure où l'immense majorité des parents reconnaît aux jeunes enfants des spécificités physiologiques et/ou associe différentes consommations alimentaires aux différents âges de la vie. Ce qui se transmet ce n'est pas tant le contenu ou la substance du capital culturel que la position qu'il confère dans l'espace des styles de vie (Bourdieu, 1979a), c'est-à-dire, dans le cas étudié, le rapport aux standards de la diététique dominante ainsi qu'aux recommandations

¹¹ Ce découpage a l'avantage de partitionner la population en groupes de taille équivalente, ce qui facilite les comparaisons et l'analyse des effets d'interaction. En revanche, il pourrait conduire à agréger des individus qui ont un score extrême sur l'axe 1 de l'ACP (et l'alimentation qui y est associée) avec des individus ayant un score plus proche de la médiane. La forme du nuage des individus indique, toutefois, que les individus se tiennent en un nuage relativement dense et que les valeurs extrêmes sont très rares. Ce découpage paraît alors pertinent.

médicales que les consommations alimentaires traduisent. Par ailleurs, les préférences alimentaires des individus sont plus stables lorsqu'elles sont renforcées par des normes sociales (Meiselman et *al.*, 2003 ; Yeomans et *al.*, 2005), on s'attend alors à trouver une association positive entre la proximité de l'alimentation des mères aux standards de la diététique dominante et la conformité de l'alimentation des enfants aux recommandations médicales en matière de diversification alimentaire. On s'attend également à ce que la combinaison d'une alimentation maternelle durant le troisième trimestre de grossesse conforme aux standards de la diététique dominante et d'un investissement relativement important dans la recherche d'informations en matière de puériculture (d'un modèle de type savant ou éclectique) soit associée à une diversification alimentaire des enfants plus fréquemment conforme aux recommandations médicales.

8.2.1. Des effets contrastés du rapport maternel à la diététique sur la diversification alimentaire des enfants selon les aliments introduits

Toutes les modélisations présentées (tableaux 8.5.1 à 8.5.4 en annexe) tiennent compte de l'ensemble des interactions entre les variables explicatives : la catégorie socioprofessionnelle des pères, le niveau de diplôme des mères, leur modèle de puériculture et leur consommation alimentaire saisie sous l'angle de leur rapport à la diététique, de sorte que leur interaction avec l'alimentation de l'enfant peut s'exprimer en termes d'« effets » sur l'introduction des différents produits alimentaires.

Concernant l'introduction, dans le régime alimentaire de l'enfant avant 1 an, des matières grasses, d'origine végétale comme d'origine animale, l'alimentation de la mère est significativement plus déterminante que les autres caractéristiques sociales des parents (tableaux 8.5.1 et 8.5.2 en annexe). L'addition d'un terme d'interaction entre alimentation maternelle (comme expression du rapport à la diététique) et introduction des matières grasses végétales dans l'alimentation des enfants, à une modélisation tenant compte par ailleurs des interactions entre catégorie socioprofessionnelle des pères et introduction des matières grasses d'origine végétale dans le régime des enfants ainsi qu'entre modèle de puériculture des mères et introduction des matières grasses d'origine végétale dans le régime alimentaire des enfants et entre niveau de diplôme des mères et introduction des matières grasses d'origine végétale dans l'alimentation des enfants, améliore significativement la qualité d'ajustement de la modélisation aux effectifs de la table initiale. En outre, cette modélisation qui tient compte de

l'effet de chacune des variables explicatives constitue le modèle le mieux ajusté aux données de la table initiale selon le BIC.

S'agissant de l'introduction des matières grasses d'origine animale dans le régime alimentaire des enfants avant 1 an, l'addition d'un terme d'interaction entre niveau de diplôme des mères et introduction des matières grasses animales dans le régime des enfants, à une modélisation tenant compte par ailleurs des interactions entre chacune des autres variables explicatives et introduction des matières grasses animales dans le régime des enfants, améliore significativement la qualité d'ajustement de la modélisation¹². Cependant, selon le BIC, le modèle le mieux ajusté aux données de la table initiale (sachant le nombre de paramètres qu'il met en jeu) inclut, hormis l'ensemble des interactions entre les variables explicatives, uniquement le terme d'interaction entre alimentation des mères et introduction des matières grasses d'origine animale dans le régime de l'enfant. Tandis que si l'on se réfère au critère du L2, le modèle le mieux ajusté aux données initiales inclut deux termes d'interaction d'ordre 3, l'association entre la catégorie socioprofessionnelle des pères, le modèle de puériculture des mères et l'introduction des matières grasses animales dans l'alimentation des enfants (soit l'interaction {PMB}), ainsi que l'association entre le niveau de diplôme des mères, leur alimentation durant le troisième trimestre de grossesse et l'introduction des matières grasses animales dans l'alimentation des enfants avant 1 an ({DAB}). À la différence de l'effet qu'elle a sur l'introduction des matières grasses d'origine végétale, l'alimentation des mères – dans la mesure où elle renvoie à leur rapport à la diététique – a un effet net sur l'introduction des matières grasses dans l'alimentation de l'enfant avant 1 an ainsi qu'un effet modulé par le niveau de diplôme des mères (détaillé dans la section suivante).

L'introduction du sucre comme du sel sous forme d'adjonctions dans le régime des enfants au cours de la diversification alimentaire contredit à la fois certains préceptes de la diététique dominante (plus ascétique et privilégiant la naturalité) et les recommandations médicales en matière de diversification alimentaire. L'introduction du sel dans le régime des enfants avant 1 an est avant tout associée au niveau de diplôme des mères tandis que l'introduction du sucre est surtout associée au modèle de puériculture des mères ; pour ces deux consommations, la

¹² Ces résultats sont à interpréter avec précaution dans la mesure où, pour le cas de l'introduction des matières grasses d'origine végétale dans le régime de l'enfant, sont comparés des modèles qui ne sont pas tous significativement ajustés aux effectifs observés selon le critère du L2.

modélisation la mieux ajustée (selon le critère du L2) aux données de la table initiale n'inclut que l'interaction entre niveau de diplôme des mères et introduction du sel ou respectivement modèle de puériculture des mères et introduction du sucre dans l'alimentation des enfants (tableaux 8.5.3 et 8.5.4 en annexe). L'alimentation des mères n'est pas significativement associée à l'introduction du sucre sous forme d'adjonctions dans le régime des enfants avant 1 an. L'introduction du sucre dans la diversification alimentaire des enfants – associée au niveau de diplôme des mères ainsi qu'à leur modèle de puériculture – semble déterminé par un rapport aux principes diététiques indépendant des habitudes et préférences alimentaires des mères. S'agissant de l'introduction du sel sous forme d'adjonctions dans l'alimentation des enfants avant 1 an, l'alimentation des mères, n'a qu'un effet très peu significatif et est moins déterminante que leur niveau de diplôme, leur modèle de puériculture et la position des pères dans la stratification socioprofessionnelle. En outre, selon le BIC les modélisations qui sont le plus proche des données de la table initiale incluent des interactions d'ordre 3 conditionnant l'association entre l'alimentation des mères durant leur grossesse et l'introduction du sel dans le régime des enfants, d'une part, au niveau de diplôme des mères, d'autre part, à la catégorie socioprofessionnelle des pères (le sens de ces associations est explicité dans la section suivante).

L'alimentation des mères durant leur troisième trimestre de grossesse, dans la mesure où elle constitue l'expression d'un rapport incorporé à la diététique dominante, est directement associée à l'introduction des matières grasses dans le régime de l'enfant avant 1 an. Elle a notamment un effet que l'on peut qualifier de graduel sur l'introduction des matières grasses végétales dans l'alimentation de l'enfant, plus l'alimentation des mères tend à être conforme aux standards de la diététique dominante, ascétique, relativement élaborée et tendant à limiter les apports en protéines animales, plus les chances que les enfants aient reçu des matières grasses végétales avant 1 an augmentent (tableau 8.2.1). L'introduction des matières grasses végétales dans le régime de l'enfant s'explique alors par la proximité des mères aux recommandations nutritionnelles mais également par leurs pratiques culinaires. Par contraste, une alimentation maternelle très conforme aux standards de la diététique dominante (premier type d'alimentation maternelle) a sensiblement le même effet sur l'introduction des matières grasses d'origine animale dans le régime de l'enfant qu'une alimentation maternelle plus inclusive (deuxième type d'alimentation maternelle).

La fréquence à laquelle les matières grasses d'origine animale ont été introduites dans l'alimentation avant 1 an est relativement faible pour les mères ayant une alimentation très peu conforme aux standards de la diététique dominante, notamment riche en aliments industriels (plats préparés et confiseries). Le rapport de ces mères à la cuisine, leurs pratiques culinaires, paraît alors pouvoir expliquer qu'elles soient moins nombreuses à additionner des matières grasses à l'alimentation de leur enfant. Par ailleurs, une alimentation maternelle très conforme aux standards de la diététique dominante n'est pas associée à un plus grand respect des recommandations médicales concernant l'introduction, dans l'alimentation de l'enfant avant 1 an, du sucre et du sel dont une consommation importante est pourtant fortement déconseillée par l'ensemble des supports d'éducation à la santé, y compris pour la population adulte. Cette absence d'association entre alimentation maternelle et introduction du sucre ainsi que du sel dans le régime de l'enfant pose la question de la capacité des mères à mettre à distance leurs habitudes et préférences alimentaires, leur expérience sensible, dont on peut faire l'hypothèse qu'elle est socialement située.

Tableau 8.2.1 Rapport à la diététique des mères et introduction des matières grasses, du sucre et du sel dans le régime alimentaire de l'enfant avant 1 an

Alimentation de la mère (Diététique)	Mg végétales à 1an	Mg animales à 1an	Pas de sucre à 1an	Pas de sel à 1an	Effectif
++	52,15%	49,15%	76,41%	78,94%	1467
+	42,02%	49,74%	72,69%	81,07%	1516
-	36,47%	45,56%	76,08%	81,05%	1530
--	24,20%	40,68%	75,16%	81,13%	1256
Ensemble	39,24%	46,51%	75,07%	80,53%	5769
Test	0,001	0,001	0,1	ns	

Source : Elfe, 2011.

Une grande conformité de l'alimentation maternelle aux standards de la diététique dominante n'implique donc pas systématiquement un plus grand respect des recommandations médicales en matière de diversification alimentaire. Dans ce domaine, outre le rapport des mères à la culture savante et à ses représentants, les consommations alimentaires durant le troisième trimestre de grossesse semblent explicatives notamment en ce qu'elles cristallisent des préférences alimentaires ainsi que des pratiques culinaires particulières, telles des préférences pour les aliments naturels et une certaine tendance à limiter les protéines animales.

8.2.2. Un effet socialement différencié de la position des mères sur l'axe 1 de l'ACP

Il semble que l'adéquation des consommations alimentaires à des normes sociales, norme de minceur ou recommandations nutritionnelles légitimes, renforcent leur stabilité. Or les normes dominantes ne sont pas toujours compatibles les unes avec autres. La consommation de matières grasses pourtant essentielle à l'organisme (notamment au développement cérébral dans la petite enfance) peut d'une certaine manière s'opposer à une norme de minceur ou aux standards d'une alimentation ascétique. De plus, ce rapport aux normes dominantes est socialement situé, la réception des recommandations nutritionnelles et les idéaux corporels varient selon les catégories sociales. Ainsi, on souligne dans le chapitre 5 que la tendance à systématiquement préférer les matières grasses végétales aux matières grasses animales dans l'alimentation des enfants croît avec la position des parents dans la stratification sociale et le niveau de diplôme des mères. Par ailleurs, on peut faire l'hypothèse que la mise à distance, de la part des mères, de leur propre expérience alimentaire est également située, fonction notamment de l'investissement dans la recherche d'information en matière de puériculture (et plus généralement d'information en matière de santé) sur le modèle d'une forme de « distanciation cognitive » des individus « organisateurs d'information ». On s'attend alors à ce que l'association entre alimentation maternelle et diversification alimentaire des enfants soit modulée par les caractéristiques sociales des parents. Notamment, on peut penser que l'alimentation des mères ayant un modèle de puériculture de type savant ou éclectique est plus faiblement associée à la diversification alimentaire des enfants. Les tableaux 8.2.2, 8.2.3 et 8.2.4 donnent les fréquences auxquelles les matières grasses, le sucre et le sel ont été introduit avant 1 an dans l'alimentation des enfants selon les caractéristiques sociales des parents et le rapport des mères à la diététique.

L'association entre l'alimentation des mères durant le troisième trimestre de grossesse et l'introduction dans le régime alimentaire des enfants des matières grasses d'origine végétales est significative quelle que soit la position socioprofessionnelle des pères ($p \leq 0,001$). Elle est également significative quel que soit le niveau de diplôme des mères ou leur modèle de puériculture, quoi que de manière moindre pour les mères qui ont un modèle de puériculture savant ($p \leq 0,01$ contre $p \leq 0,001$ pour les autres modèles de puériculture). L'association entre l'alimentation des mères durant leur troisième trimestre de grossesse et l'introduction des

matières grasses d'origine animale dans le régime des enfants est significative lorsque le père occupe une profession intermédiaire ou exerce en indépendant ($p \leq 0,005$) et dans une moindre mesure quand il est ouvrier ou employé ($p \leq 0,01$) mais pas lorsqu'il est cadre. Par ailleurs, cette association entre alimentation de la mère et introduction des matières grasses d'origine animale dans l'alimentation de l'enfant avant 1 an n'est significative que pour les mères dont le niveau de diplôme est inférieur ou égal à un Bac+2 ainsi que pour celles qui développent un modèle de puériculture éclectique ($p \leq 0,005$) ou moins significativement pragmatique ($p \leq 0,01$). Contrairement à ce qui est observé s'agissant des matières grasses d'origine végétale, la fréquence d'une introduction des matières grasses d'origine animale dans l'alimentation des enfants avant 1 an n'augmente pas de manière linéaire avec la proximité de l'alimentation de la mère aux standards dominants d'une alimentation ascétique (riche en fruits et légumes mais très pauvre en – voire privée de – viandes, féculents, aliments sucrés et aliments réputés gras) et sophistiquée (riche en herbes fraîches, herbes séchées et épices) mais semble positivement associée autant à une forme d'alimentation durant le troisième trimestre de grossesse plus inclusive (à une position intermédiaire sur l'axe 1 de l'ACP) qu'à un type d'alimentation très conforme aux standards de la diététique dominante.

Comme attendu, on n'observe pas d'associations significatives entre le rapport des mères à la diététique durant le troisième trimestre de grossesse et l'introduction du sucre (sous forme d'adjonctions) dans le régime alimentaire des enfants avant 1 an, quelles que soient les caractéristiques sociales des parents. L'association entre l'alimentation des mères durant leur troisième trimestre de grossesse et l'introduction du sel (sous forme d'adjonctions) dans l'alimentation des enfants avant 1 an n'est significative que pour les pères qui occupent une position socioprofessionnelle d'ouvrier ou d'employé ($p \leq 0,001$) ainsi que pour les mères qui ont un niveau de diplôme inférieur ou égal à un Bac+2 ($p \leq 0,001$). Toutefois, pour les parents qui présentent ces caractéristiques sociales, la fréquence d'introduction du sel dans l'alimentation de l'enfant est associée positivement à une alimentation proche des standards de la diététique dominante (ascétique et relativement élaborée).

Tableau 8.2.2 Association entre alimentation maternelle durant le troisième trimestre de grossesse (axe diététique) et introduction des matières grasses, du sucre et du sel dans le régime des enfants selon la catégorie socioprofessionnelle des pères

PCS du père	Alimentation de la mère (Diététique)	Mg végétales à 1an	Mg animales à 1an	Pas de sucre à 1an	Pas de sel à 1an	Effectif
Ouvrier ou employé	++	48,90%	49,90%	74,05%	72,46%	501
	+	37,20%	47,69%	70,75%	79,65%	629
	-	34,23%	45,69%	75,20%	80,59%	742
	--	21,51%	40,63%	75,22%	81,26%	795
Test		0,001	0,01	ns	0,001	
PI ou indépendant	++	53,17%	48,94%	79,10%	79,10%	378
	+	45,50%	54,27%	73,93%	79,15%	422
	-	36,32%	47,51%	75,87%	79,85%	402
	--	25,84%	39,26%	70,81%	80,20%	298
Test		0,001	0,005	ns	ns	
Cadre	++	54,25%	48,64%	76,70%	84,35%	588
	+	45,38%	48,39%	74,19%	84,73%	465
	-	40,93%	43,26%	77,98%	83,16%	386
	--	34,36%	43,56%	82,82%	82,21%	163
Test		0,001	ns	ns	ns	

Source : Elfe, 2011

Tableau 8.2.3 Association entre alimentation maternelle durant le troisième trimestre de grossesse (axe diététique) et introduction des matières grasses, du sucre et du sel dans le régime des enfants selon le niveau de diplôme des mères

Diplôme de la mère	Alimentation de la mère (Diététique)	Mg végétales à 1an	Mg animales à 1an	Pas de sucre à 1an	Pas de sel à 1an	Effectif
≤ Bac+2	++	47,18%	52,49%	73,75%	71,76%	602
	+	37,29%	51,41%	70,34%	77,68%	708
	-	32,11%	46,67%	73,51%	79,82%	872
	--	20,69%	40,30%	73,95%	80,39%	933
Test		0,001	0,001	ns	0,001	
> Bac+2	++	55,61%	46,82%	78,27%	83,93%	865
	+	46,16%	48,27%	74,75%	84,03%	808
	-	42,25%	44,07%	79,48%	82,67%	658
	--	34,37%	41,80%	78,64%	83,28%	323
Test		0,001	ns	ns	ns	

Source : Elfe, 2011

Tableau 8.2.4 Association entre alimentation maternelle durant le troisième trimestre de grossesse (axe diététique) et introduction des matières grasses, du sucre et du sel dans le régime des enfants selon le modèle de puériculture des mères

Modèle de puériculture de la mère	Alimentation de la mère (Diététique)	Mg végétales à 1an	Mg animales à 1an	Pas de sucre à 1an	Pas de sel à 1an	Effectif
Pragmatique	++	48,19%	47,50%	75,42%	77,78%	720
	+	39,75%	48,89%	72,22%	79,63%	810
	-	33,25%	41,81%	76,70%	80,86%	794
	--	23,08%	41,93%	74,06%	80,24%	663
Test		0,001	0,01	ns	ns	
Savant	++	52,35%	48,32%	86,58%	88,59%	149
	+	46,97%	44,70%	77,27%	86,36%	132
	-	39,68%	45,24%	81,75%	84,92%	126
	--	31,96%	42,27%	81,44%	81,44%	97
Test		0,01	ns	ns	ns	
Familial	++	56,36%	46,36%	69,09%	81,82%	110
	+	48,65%	51,35%	73,87%	82,88%	111
	-	44,44%	47,86%	72,65%	81,20%	117
	--	21,97%	33,33%	71,21%	84,85%	132
Test		0,001	ns	ns	ns	
Éclectique	++	56,97%	52,46%	76,43%	77,05%	488
	+	42,98%	52,27%	71,92%	81,64%	463
	-	38,95%	51,12%	74,44%	80,32%	493
	--	25,00%	40,66%	76,92%	81,32%	364
Test		0,001	0,005	ns	ns	

Source : Elfe, 2011

Les matières grasses d'origine végétale constituent la consommation la plus distinctive en termes d'habitudes alimentaires et de pratiques culinaires ainsi qu'en termes de conformité aux recommandations médicales en matière de diversification alimentaire. Il apparaît alors que le rapport des parents à la culture savante et aux dépositaires des savoirs médicaux comme le rapport incorporé des mères à la diététique quelles que soient leurs caractéristiques sociales sont associés à l'introduction des matières grasses d'origine végétale dans le régime des enfants et qu'ils ont sur elle des effets en partie substituables.

Par contraste, les conditions de l'association entre alimentation maternelle et introduction des matières grasses d'origine animale sont fonction des caractéristiques sociales des parents. Le fait que l'association entre alimentation des mères durant la grossesse et introduction des matières grasses animales dans la diversification alimentaire de l'enfant disparaisse lorsque

les mères ont un niveau de diplôme supérieur à un bac+2 et lorsque les pères occupent une position de cadre, c'est-à-dire quand les parents occupent une position sociale davantage favorisée, tend à illustrer la tension entre consommation de matières grasses animales et idéaux corporels et diététiques caractéristiques des catégories supérieures. L'évolution de cette association peut aussi s'expliquer en termes de mise à distance, par les mères, de leurs habitudes et préférences alimentaires. L'alimentation des mères qui développent un modèle de puériculture de type éclectique (impliquant un investissement important dans la recherche d'information en matière de puériculture) ou de type pragmatique (reposant principalement sur les conseils d'un interlocuteur privilégié et l'expérience personnelle) est associée significativement à l'introduction des matières grasses animales dans le régime des enfants. En revanche, l'alimentation des mères qui développent un modèle de puériculture de type savant ou familial n'est pas significativement associée à l'introduction des matières grasses animales dans l'alimentation des enfants avant 1 an. On en déduit que la mise à distance, de la part des mères enquêtées, de leurs habitudes et préférences alimentaires n'est pas associée à un investissement important dans la recherche d'information en matière de puériculture (caractéristique du modèle de puériculture éclectique et dans une moindre mesure des modèles de type savant et familial). En revanche, cette distanciation vis-à-vis de leurs propres habitudes et préférences alimentaires accompagne un faible recours à l'expérience personnelle afin de régler leurs pratiques de puériculture.

De manière quelque peu paradoxale, une alimentation maternelle lors du dernier trimestre de grossesse très conforme aux standards de la diététique dominante est associée, pour les mères ayant un niveau de diplôme inférieur ou égal à un bac+2 et les ménages occupant une position défavorisée dans la stratification sociale (dont le père occupe une position d'ouvrier ou d'employé) à une introduction plus fréquente du sel dans l'alimentation de l'enfant avant 1 an. L'introduction du sel pourrait alors être en lien avec les pratiques culinaires des mères, elle serait plus fréquente pour les mères les moins familiarisées à la culture savante qui ont, par ailleurs, une alimentation relativement sophistiquée (riche en condiments). Les conditions de cette association indiquent également que la consommation de sel n'est pas perçue, par les parents des catégories davantage défavorisées, comme aussi risquée pour les jeunes enfants que celle de sucre. Les classes populaires tendent à sous-estimer les risques sanitaires lointains (Boltanski, 1968 ; 1971), or les risques de développer une hypertension artérielle qu'accroît une introduction trop précoce du sel dans le régime des enfants s'inscrivent dans un temps plus long que les risques de caries dentaires et de déséquilibres nutritionnels que peut

provoquer une introduction précoce du sucre dans l'alimentation des enfants. Ainsi, bien que la consommation de sel soit globalement perçue comme davantage inappropriée à l'alimentation infantile que celle de sucre, elle est considérée par une part des parents enquêtés comme moins risquée.

8.2.3. Principe de prévention, ascétisme et logiques d'éviction

Les standards de la diététique dominante ainsi que les recommandations médicales en matière d'alimentation spécifique – alimentation des mères durant la période périnatale et diversification alimentaire des enfants – sont structurés autour de logiques d'éviction des aliments identifiés ou perçus comme présentant un risque sanitaire. La question des conditions sociales de la transmission des habitudes et préférences alimentaires – comme expression du rapport des mères aux standards de la diététique dominante – peut également, en partie, être analysée au prisme de l'association entre évolution de l'alimentation maternelle à la déclaration de la grossesse (nombre de consommations alimentaires abandonnées) et diversification alimentaire des enfants. Par ailleurs, le moment de l'initiation de la diversification alimentaire des enfants semble un analyseur pertinent du rapport des parents à la prévention (des allergies, notamment), sa mise en rapport avec l'alimentation maternelle durant la grossesse illustre alors les conditions sociales de la continuité d'une alimentation maternelle durant la grossesse plus ou moins inclusive. Par ailleurs, les tableaux 8.8.5 à 8.5.8 (annexe du chapitre 8) décrivent l'évolution de l'association entre le nombre d'aliments, déconseillés aux femmes enceintes, auxquels les mères ont renoncé pendant leur grossesse et l'introduction des matières grasses, du sucre et du sel dans le régime des enfants ainsi qu'avec l'initiation de la diversification alimentaire des enfants dès 4 mois selon les caractéristiques sociales des parents.

L'association entre l'alimentation des mères lors de leur troisième trimestre de grossesse et l'initiation de la diversification alimentaire des enfants dès 4 mois est significative quels que soient le niveau de diplôme des mères, leur modèle de puériculture ou la catégorie socioprofessionnelle des pères. Elle l'est toutefois moins lorsque le père occupe une profession intermédiaire ou exerce en indépendant ($p \leq 0,01$), ainsi que lorsque la mère a un modèle de puériculture familial ($p \leq 0,01$). Comme pour l'introduction des matières grasses d'origine végétale dans l'alimentation de l'enfant, plus l'alimentation des mères durant leur

troisième trimestre de grossesse est proche des standards de la diététique dominante, notamment du relatif ascétisme qui la caractérise, plus la probabilité que la diversification alimentaire de l'enfant ait débutée dès 4 mois diminue.

Le nombre d'aliments évités par les mères pendant leur grossesse est faiblement associé à l'introduction des matières grasses d'origine végétale dans l'alimentation des enfants avant 1 an pour les pères qui occupent une position de cadre ($p \leq 0,05$) ainsi que pour les mères qui développent un modèle de puériculture éclectique, impliquant un investissement important dans la recherche d'informations en matière de puériculture ($p \leq 0,05$). On n'observe pas d'association significative entre le nombre d'aliments que les mères ont exclus de leur régime durant leur grossesse et l'introduction des matières grasses d'origine animale ou du sucre dans le régime de l'enfant. Le nombre d'aliments évités durant la grossesse est associé significativement, mais là aussi relativement faiblement, à l'introduction du sel dans le régime alimentaire des enfants avant 1 an pour les pères cadres ($p \leq 0,01$) comme non-cadres ($p \leq 0,02$) ainsi que lorsque la mère a un niveau de diplôme supérieur à un Bac+2 ($p \leq 0,02$). Plus le nombre d'aliment exclus du régime alimentaire maternel durant la grossesse augmente plus la fréquence à laquelle le sel (sous forme d'adjonctions) a été introduit dans l'alimentation des enfants avant 1 an est faible. L'initiation de la diversification alimentaire des enfants dès 4 mois est associée au nombre d'aliments évités par les mères durant leur grossesse lorsque le père est cadre ($p \leq 0,05$), quand la mère a un niveau de diplôme inférieur ou égale à un Bac+2 ($p \leq 0,02$) et lorsqu'elle développe un modèle de puériculture pragmatique ($p \leq 0,01$) ou éclectique ($p \leq 0,005$).

Dans le cas des mères qui ont un rapport pratique à la puériculture et dans une moindre mesure chez les représentants des catégories supérieures, le nombre d'aliments évités durant la grossesse est associé négativement à l'initiation de la diversification alimentaire des enfants dès 4 mois. Par ailleurs, l'association entre nombre d'aliments évités pendant la grossesse et introduction des matières grasses d'origine végétale dans le régime de l'enfant, bien que peu significative, paraît souligner le lien, qui existe pour les parents les plus investis dans la recherche d'information en matière de puériculture, entre éviction des aliments (principalement d'origine animale) et limitation de la consommation de protéines animales. Les logiques d'éviction semblent alors comprises par certaines catégories sociales comme une forme de prévention compatible avec les principes de la diététique dominante : l'ascétisme, d'une part, et la réduction de la consommation de protéines animales, d'autre part.

L'alimentation des mères durant le troisième trimestre de grossesse, comme expression de leur rapport à la diététique, entraîne lorsqu'elle est davantage conforme aux standards de la diététique dominante une diversification alimentaire plus conforme aux recommandations médicales dominantes s'agissant de l'introduction des matières grasses d'origine végétale et du moment d'initiation de la diversification alimentaire. Ce qui tend à montrer que l'association positive entre conformité de l'alimentation maternelle aux standards de la diététique dominante et respect des recommandations médicales en matière de diversification alimentaire est due à une transposition presque terme à terme de l'ascétisme et du souci de diminuer les apports de protéines animales, qui caractérisent la diététique dominante, à l'alimentation infantile. Il est notable que cette transposition n'est que très peu située socialement ; elle est légèrement moins significative pour les indépendants et les mères ayant un modèle de puériculture de type familiale, c'est-à-dire les familles davantage traditionalistes.

L'introduction des matières grasses d'origine animale dans l'alimentation des enfants avant 1 an est associée à une alimentation maternelle inclusive. Lorsque la mère a un niveau de diplôme inférieur ou égal à un Bac+2, quand elle a un modèle de puériculture de type pragmatique ou éclectique – c'est-à-dire qu'elle tend à recourir à son expérience personnelle pour régler ses pratiques de puériculture – et/ou quand le père n'est pas cadre, une alimentation maternelle durant le troisième trimestre de grossesse peu orientée vers les aliments industriels mais relativement inclusive est associée à une fréquence plus élevée d'introduction des matières grasses d'origine animale dans l'alimentation des enfants avant 1 an. Il alors semble qu'on puisse établir un lien entre pratiques culinaires des mères et introduction des matières grasses d'origine animale. En ce sens, et comme pour l'introduction des matières grasses d'origine végétale, c'est l'incorporation par les mères de gestes techniques – de manières de cuisiner – qui détermine en partie la diversification alimentaire des enfants.

L'introduction du sel (sous forme d'adjonctions) dans le régime de l'enfant avant 1 an s'explique, en partie, par un rapport au risque socialement situé. Alors que les parents issus des catégories les plus favorisées et les plus diplômées, à mesure qu'ils se montrent davantage sensibles aux recommandations nutritionnelles, évitent plus fréquemment d'introduire du sel dans l'alimentation des enfants, les parents issus des catégories moins favorisées, à mesure

que leur alimentation se rapproche des standards de la diététique dominante, semblent moins percevoir les risques en matière de santé que la consommation précoce de sel est susceptible d'engendrer. L'introduction du sucre dans l'alimentation des enfants avant 1 an est sans lien significatif avec le rapport des mères à la diététique. Il convient alors d'interroger un éventuel lien avec leurs préférences hédoniques.

8.3. Rapports maternels à la saveur sucrée et alimentation des enfants

La part des aliments sucrés (confiseries, pâtisseries, desserts sucrés, etc.) dans l'alimentation des mères semble constituer une consommation tout à fait distinctive, déterminante dans la définition de leur style alimentaire, c'est-à-dire de leurs préférences gustatives et habitudes de consommation durant le troisième trimestre de grossesse. La saveur sucrée se distingue des autres saveurs en ce que les nourrissons semblent l'apprécier de manière innée. Elle est également parfois utilisée en pédiatrie lors d'intervention bénignes afin d'apaiser les jeunes enfants (Nicklaus & Schwartz, 2010). Le rapport instrumental à la saveur sucrée apparaît dès lors particulièrement diffus (Maurice, 2015) et, d'une certaine manière, scientifiquement fondé. Les rapports concrets que les populations entretiennent aux aliments sucrés sont toutefois plus complexes. L'augmentation de la production sucrière, dès la fin du XVI^e siècle, l'apparition de la confiserie moderne et la place accrue du sucre dans l'alimentation depuis cette période ont contribué au développement de controverses concernant cet aliment (Mintz, 1985 ; Flandrin, 1988). Au XIX^e siècle, sous l'effet de progrès techniques importants et du développement de la chimie alimentaire apparaissent les premières recherches sur l'engraissement et l'obésité. Cette nouvelle science alimentaire trouve, dans un premier temps, au sucre un intérêt nutritionnel important (Csergo, 2008). La consommation du sucre de la part des ouvriers, ouvrières et employés est jugée insuffisante¹³ (Bruegel, 2001 ; Lhuissier, 2007). L'augmentation de la production de sucre qui accompagne l'industrialisation de l'alimentation entraîne le développement d'attitudes critiques concernant la consommation de sucre. Avec l'apparition, au XX^e siècle, d'une norme sociale de minceur (Vigarello, 2004), le surpoids et l'obésité deviennent davantage stigmatisants avant d'être constitués en enjeux de santé publique. La diététique se développe comme remède préventif ou curatif à ces « maladies de civilisation », le sucre devient alors emblématique de la modernité industrielle et de la suralimentation qui en est consubstantielle.

¹³ Notamment dans les enquêtes de Frédéric Le Play (Dauphin & Pézerat, 1975).

Comme évoqué précédemment, les expériences alimentaires construisent les propriétés sensorielles attribuées aux aliments et influencent ainsi les préférences hédoniques des individus. Les préférences alimentaires d'ordre hédonique tendent alors à être relativement stables comme l'illustrent les pratiques culinaires des migrants. Si les préférences alimentaires des mères sont individuellement stables, elles devraient exposer les enfants à des répertoires représentatifs de leur sélectivité alimentaire (Schaal et *al.*, 2008). Par ailleurs, en termes de transmission culturelle, les postures de retrait (les non-consommations) se transmettent plus fréquemment que les consommations (Octobre & Jauneau, 2008). On devrait alors observer une association négative mais significative entre l'introduction du sucre dans l'alimentation des enfants avant 1 an et un style alimentaire maternel orienté vers les saveurs plutôt salées.

8.3.1. Un effet faible et socialement différencié de la position des mères sur l'axe 2 de l'ACP

De même que pour la détermination du rapport des mères à la diététique, les coordonnées des mères sur l'axe 2 de l'ACP sont utilisées comme indicateur de leur rapport à la saveur sucrée et de sa place dans leur alimentation lors de leur troisième trimestre de grossesse. Les différentes positions des mères sur cet axe sont regroupées en quartiles, il en découle quatre niveaux de consommation d'aliments sucrés durant le troisième trimestre de grossesse (de très faible à très élevé). Les tableaux 8.3.1, 8.3.2 et 8.3.3 donnent les fréquences auxquelles les matières grasses (d'origine végétale et animale), le sucre ainsi que le sel (sous forme d'adjonctions) ont été introduits dans le régime alimentaire des enfants avant 1 an selon les caractéristiques sociales des parents et le rapport des mères à la saveur sucrée.

L'alimentation maternelle durant le troisième trimestre de grossesse – comme expression du rapport des mères aux saveurs sucrées – est significativement associée à l'introduction des matières grasses d'origine animale dans le régime de l'enfant pour les mères qui ont un niveau de diplôme supérieur à un bac+2 ($p \leq 0,005$), pour les mères qui ont un modèle de puériculture de type savant ($p \leq 0,01$) ou familial ($p \leq 0,05$) et lorsque le père est indépendant ou exerce une profession intermédiaire ($p \leq 0,02$). Bien que de manière peu significative, le rapport des mères aux saveurs sucrées est également associé à l'introduction des matières grasses d'origine végétale dans le régime alimentaire de l'enfant avant 1 an, pour les pères qui occupent une position de cadre ($p \leq 0,05$). L'introduction des matières grasses animales et,

dans une moindre mesure, végétales dans l'alimentation de l'enfant avant 1 an est plus fréquente quand l'alimentation maternelle durant le troisième trimestre de grossesse est peu orientée vers les saveurs sucrées mais relativement riche en œuf et en poisson.

L'alimentation maternelle durant le troisième trimestre de grossesse – comme expression du rapport des mères enquêtées aux saveurs sucrées – n'est associée à l'introduction du sucre (sous forme d'adjonctions) dans l'alimentation des enfants avant 1 an que pour les mères qui ont un niveau de diplôme inférieur ou égal à un bac+2 ($p \leq 0,05$). Le rapport des mères aux saveurs sucrées est également associé à l'introduction du sel dans l'alimentation de l'enfant avant 1 an pour les mères qui ont un niveau de diplôme inférieur ou égal à un bac+2 ($p \leq 0,01$), pour les mères développant un modèle de puériculture de type pragmatique ($p \leq 0,02$) ainsi que lorsque le père occupe une position d'ouvrier ou d'employé ($p \leq 0,02$). Les mères qui ont une alimentation très orientée vers les saveurs sucrées et sont plus éloignées de la culture savante – et tendent à développer un rapport pratique à la puériculture, fonction de l'expérience personnelle – ont plus fréquemment introduit du sucre sous forme d'adjonctions dans l'alimentation de l'enfant avant 1 an. Elles ont également plus fréquemment introduit du sel sous forme d'adjonctions dans le régime de leur enfant avant 1 an.

Tableau 8.3.1 Association entre alimentation maternelle durant le troisième trimestre de grossesse (axe sucre) et introduction des matières grasses, du sucre et du sel dans le régime des enfants selon le niveau de diplôme des mères

Diplôme de la mère	Alimentation de la mère (Sucrée)	Mg végétales à 1an	Mg animales à 1an	Pas de sucre à 1an	Pas de sel à 1an	Effectif
≤ Bac+2	++	34,23%	44,03%	69,46%	73,86%	704
	+	33,21%	48,43%	73,58%	77,86%	795
	-	31,64%	47,22%	75,90%	81,33%	809
	--	32,15%	47,68%	72,37%	78,12%	818
Test		ns	ns	0,05	0,01	
> Bac+2	++	47,56%	45,42%	75,05%	82,07%	513
	+	44,57%	42,88%	77,01%	83,07%	709
	-	51,14%	52,08%	76,78%	83,62%	745
	--	44,28%	43,13%	80,75%	84,95%	691
Test		0,05	0,005	0,1	ns	

Source : Elfe, 2011

Tableau 8.3.2 Association entre alimentation maternelle durant le troisième trimestre de grossesse (axe sucre) et introduction des matières grasses, du sucre et du sel dans le régime des enfants selon la catégorie socioprofessionnelle des pères

PCS du père	Alimentation de la mère (Sucrée)	Mg végétales à 1an	Mg animales à 1an	Pas de sucre à 1an	Pas de sel à 1an	Effectif
Ouvrier ou employé	++	34,12%	43,04%	70,58%	76,21%	639
	+	33,93%	46,40%	73,57%	77,48%	666
	-	34,07%	45,29%	77,15%	83,10%	722
	--	33,09%	45,57%	73,73%	78,66%	689
Test		ns	ns	0,1	0,02	
PI ou indépendant	++	44,37%	47,10%	72,35%	75,09%	293
	+	38,90%	46,13%	76,56%	79,55%	401
	-	42,64%	54,82%	75,63%	79,70%	394
	--	38,80%	44,57%	75,75%	82,22%	433
Test		ns	0,02	ns	ns	
Cadre	++	48,52%	44,26%	74,43%	81,64%	305
	+	45,03%	45,25%	76,16%	85,21%	453
	-	50,66%	50,88%	75,66%	83,77%	456
	--	43,10%	46,31%	80,79%	84,24%	406
Test		ns	ns	ns	ns	

Source : Elfe, 2011

Tableau 8.3.3 Association entre alimentation maternelle durant le troisième trimestre de grossesse (axe sucre) et introduction des matières grasses, du sucre et du sel dans le régime des enfants selon le modèle de puériculture des mères

Modèle de puériculture de la mère	Alimentation de la mère (Sucrée)	Mg végétales à 1an	Mg animales à 1an	Pas de sucre à 1an	Pas de sel à 1an	Effectif
Pragmatique	++	37,81%	43,70%	70,70%	75,12%	611
	+	34,27%	43,18%	74,39%	80,25%	785
	-	37,20%	47,16%	76,04%	81,72%	793
	--	36,47%	46,12%	76,32%	80,45%	798
Test		ns	ns	0,1	0,02	
Savant	++	40,91%	36,36%	84,55%	84,55%	110
	+	42,97%	53,13%	82,03%	86,72%	128
	-	48,89%	52,59%	78,52%	86,67%	135
	--	41,98%	38,17%	83,21%	84,73%	131
Test		ns	0,01	ns	ns	
Familial	++	36,11%	36,11%	72,22%	80,56%	108
	+	42,11%	40,35%	74,56%	82,46%	114
	-	46,77%	54,84%	73,39%	87,10%	124
	--	41,94%	44,35%	66,94%	80,65%	124
Test		ns	0,05	ns	ns	
Éclectique	++	44,01%	51,04%	69,79%	77,60%	384
	+	43,46%	49,58%	74,89%	78,27%	474
	-	43,78%	51,41%	77,11%	81,33%	498
	--	36,95%	46,68%	76,55%	82,30%	452
Test		0,1	ns	0,1	ns	

Source : Elfe, 2011

Une alimentation maternelle lors du troisième trimestre de grossesse orientée vers les saveurs sucrée n'est associée à une introduction plus fréquente du sucre que pour les mères ayant un niveau de diplôme inférieur ou égal à un bac+2 et, quoi que de manière très peu significative, pour les mères qui mobilisent leur expérience personnelle afin de régler leurs pratiques de puériculture. Une alimentation maternelle pendant le dernier trimestre de grossesse orientée vers les saveurs sucrées est associée à une introduction plus fréquente du sel dans l'alimentation des enfants avant 1 an sensiblement aux mêmes conditions. Il semble alors que cette association traduise davantage une relation entre, d'une part, le cumul de

l'éloignement aux standards de la diététique dominante et de la distance à la culture savante et, d'autre part, la non-conformité aux recommandations médicales en matière de diversification alimentaire. L'analyse de la relation entre préférences hédoniques des mères et alimentation des enfants doit alors tenir compte d'une variété plus importante d'aliment.

Pour les mères les plus diplômées et développant un modèle de puériculture de type savant, les mères les plus proches de la culture savante dominante ainsi que pour les mères ayant un modèle de puériculture de type familial et issues des catégories intermédiaires, les mères les plus traditionnalistes, le rapport aux aliments sucrés est associé à l'introduction des matières grasses animales (et bien moins végétales) dans le régime des enfants avant 1 an. Le rapport aux standards de la diététique dominante de ces mêmes catégories n'était pas significativement associé à l'introduction des matières grasses animales dans le régime des enfants. Cependant, une relativement faible consommation d'aliments sucrés peut également être liée à une plus grande conformité aux standards de la diététique dominante, il est alors possible que l'on saisisse un effet similaire à celui de l'alimentation maternelle durant la grossesse sous le rapport de la conformité aux standards de la diététique dominante.

8.4. Les répertoires alimentaires infantiles selon l'alimentation des mères

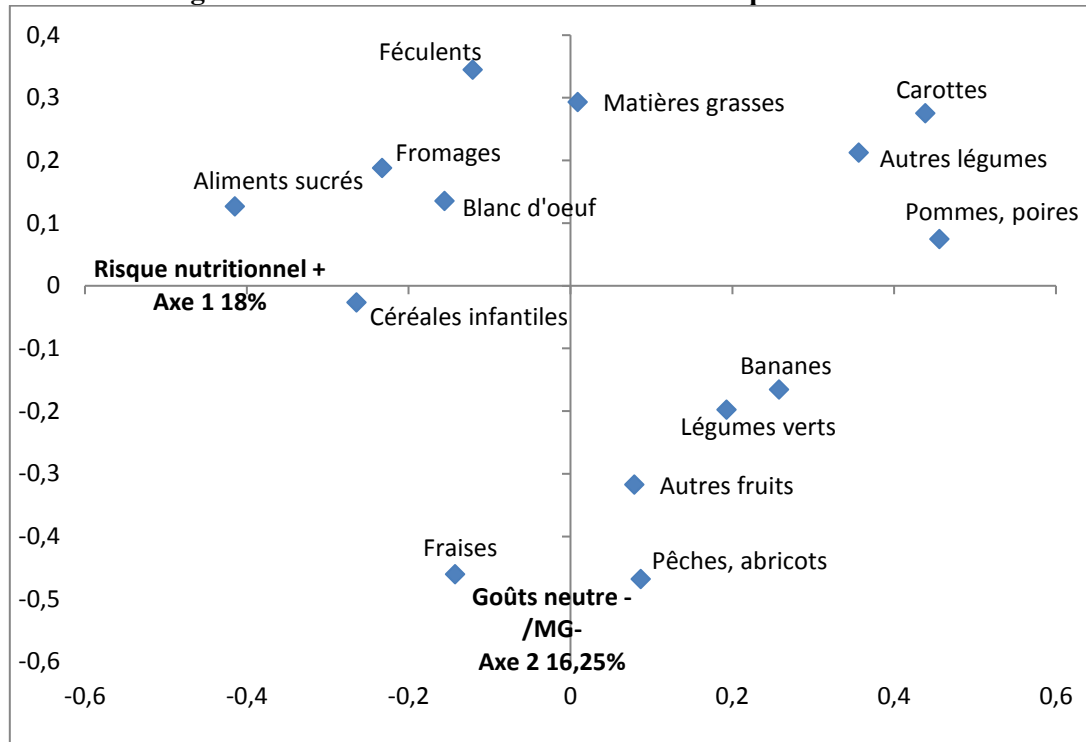
Afin de déterminer si les préférences hédoniques des mères ont un effet sur l'alimentation de l'enfant, on élargit l'analyse à une comparaison entre les styles alimentaires des mères durant le troisième trimestre de grossesse et les répertoires alimentaires des enfants avant 1 an. On cherche de nouveau s'il existe un lien entre préférences alimentaires maternelles et alimentation des enfants, notamment si les préférences alimentaires d'ordre hédonique des mères sont orientées vers les saveurs sucrées alors on s'attend à ce que les répertoires alimentaires des enfants au cours de leur première année soient aussi orientés vers les saveurs sucrées. On cherche également si cette liaison est située socialement.

8.4.1. Les répertoires alimentaires des enfants avant 1 an

Une seconde analyse en composante principale sur les scores de consommation alimentaire des enfants enquêtés lors de leur première année permet d'explicitier les dimensions structurantes des répertoires alimentaires avant 1 an (figure 8.4.1). Le premier axe (18% de la variance) oppose, d'un côté, les aliments sucrés (boissons sucrées, biscuits, desserts sucrés), les céréales infantiles (aussi appelées farines infantiles), le fromage, les blancs d'œufs et les fraises aux légumes, aux pommes, aux poires et bananes, d'un autre côté. Ainsi, la première dimension de l'alimentation est liée au risque diététique ; d'une part, les aliments que les recommandations médicales conseillent de limiter, d'introduire tardivement, voire d'exclure. D'autre part, les aliments dont la consommation dès le début de la diversification est encouragée par les recommandations médicales. Cet axe paraît opposer également les aliments industriels (aliments sucrés et céréales infantiles) aux aliments naturels (fruits et légumes). Il convient ne pas exagérer la signification de cette opposition car comme pour l'alimentation maternelle, les données ne renseignent pas la nature des aliments (frais, surgelés ou aliments en pot pour bébés). Le second axe du plan oppose les féculents, les matières grasses et les carottes aux pêches, aux abricots, aux fraises et aux fruits rouges. La deuxième dimension de cet espace est plus difficile à interpréter, elle semble opposer des aliments caloriques, réputés nourrissants et ayant un goût relativement neutre, réputés être généralement bien acceptés par les enfants, à des aliments dont le goût est plus prononcé et

dont la valeur énergétique est plus faible. La part des matières grasses dans l'alimentation des enfants avant 1 an structure également cet axe.

Figure 8.4.1 L'alimentation infantile lors de la première année



Source : Elfe, 2011

Comme attendu, les répertoires alimentaires des enfants avant 1 an sont significativement associés aux caractéristiques sociales des parents. Les enfants dont la mère a un niveau de diplôme inférieur ou égal à un Bac+2 ont un répertoire alimentaire davantage orienté vers les aliments superflus dans le cadre d'une diversification alimentaire conforme aux recommandations médicales (aliments sucrés, fromages, blanc d'œuf) ainsi que vers des aliments ayant une valeur énergétique relativement élevée (féculents, céréales infantiles). Ce rapport aux aliments réputés nourrissants (à valeur énergétique élevée) des mères les moins diplômées paraît très compatible avec les rapports aux corps que développent les représentants des catégories populaires (Saint Pol, 2006)¹⁴. À l'inverse, les enfants dont la mère présente ces caractéristiques sont sous-représentés parmi les enfants qui connaissent une diversification alimentaire riche en carottes, pommes, poires et autres légumes, c'est-à-dire

¹⁴ Il faut noter que dans notre échantillon, les petites filles n'ont pas reçu significativement plus régulièrement (ou moins régulièrement) de féculents lors de la première année que les petits garçons. Ceci indique qu'au cours de la prime enfance les définitions socialement différenciées des sexes, intériorisées par les parents, ne se concrétisent pas dans des idéaux de corpulence différents selon le sexe de l'enfant.

une alimentation infantile ascétique proche des recommandations dominantes et compatibles avec les définitions du corps idéal, svelte et tonique, des catégories supérieures (Saint Pol, 2010). Les enfants dont la mère a un niveau de diplôme supérieur à un Bac+2 et/ou développe un modèle de puériculture savant connaissent significativement plus fréquemment une diversification alimentaire conforme aux recommandations médicales dominantes (riche en carottes, pommes, poires et autres légumes et comportant des adjonctions de matières grasses). Les autres modèles de puériculture ne sont pas significativement associés aux styles de diversification alimentaire.

8.4.2. Styles alimentaires maternels et répertoires alimentaires des enfants

Afin de faciliter la mise en rapport de l'alimentation des mères durant le troisième trimestre de grossesse avec les répertoires alimentaires des enfants avant 1 an, on regroupe deux à deux les positions que les mères occupent sur les deux dimensions de l'espace des styles alimentaires durant le troisième trimestre de grossesse. Schématiquement, quatre styles alimentaires pendant le troisième trimestre de grossesse peuvent être distingués. L'alimentation des mères durant cette période peut être 1) conforme aux principes de la diététique dominante (ou plutôt conforme) et orientée vers les saveurs sucrées ou 2) conforme aux principes de la diététique dominante et orientée vers des saveurs plutôt salées ou 3) éloignée (ou plutôt éloignée) des principes de la diététique dominante et orientée vers les saveurs sucrées ou 4) éloignée (ou plutôt éloignée) des principes de la diététique dominante et orientée vers des saveurs plutôt salées. Ces styles alimentaires correspondent respectivement aux régions sud-ouest, nord-ouest, sud-est et nord-est du plan factoriel retranscrivant les dimensions de l'alimentation maternelle en fin de grossesse (figure 8.1.1).

De même, sur la base des coordonnées des individus dans l'analyse factorielle relative à l'alimentation des enfants, quatre types de répertoires alimentaires avant 1 an peuvent être identifiés. 1) une diversification alimentaire pauvre en aliments représentant un risque nutritionnel élevé, ou dont la consommation est superflue, et riche en aliments caloriques (nord-est) 2) une diversification pauvre en aliments représentant un certain risque nutritionnel et pauvre en aliments caloriques (sud-est), 3) une diversification riche en aliments qui représentent une forme de risque nutritionnel et pauvre en aliments caloriques (nord-est) et 4)

une diversification riche en aliments qui représentent une forme de risque nutritionnel et riche en aliments caloriques (nord-ouest).

Le tableau 8.4.1 donne la distribution des différents types de répertoire alimentaire avant 1 an selon les caractéristiques de l'alimentation maternelle durant le troisième trimestre de grossesse. Se dégage une première opposition assez nette, une alimentation maternelle durant le troisième trimestre de grossesse conforme aux standards de la diététique dominante et plutôt orientée vers les saveurs salées est associée positivement à un type de répertoire alimentaire avant 1 an conforme aux recommandations médicales. Dans le même temps une alimentation maternelle durant le troisième trimestre de grossesse peu conforme aux standards de la diététique dominante et plutôt orientée vers les saveurs sucrées est positivement associée à un type de répertoire alimentaire avant 1 an peu conforme aux recommandations médicales.

Tableau 8.4.1 Distribution des types de répertoire alimentaire avant 1 an selon les styles d'alimentation maternelle durant le troisième trimestre de grossesse

Alimentation de la mère		Alimentation de l'enfant : axe risque nutritionnel				Effectif
		Élevé		Faible		
Diététique	Sucrée	Alimentation de l'enfant : part des mg.				
		Faible	Élevée	Faible	Élevée	
Diététique +	Sucrée	19,65%	30,22%	27,42%	22,71%	1145
	Salée	18,08%	23,69%	26,20%	32,03%	1355
Diététique -	Sucrée	31,24%	21,98%	28,72%	18,05%	1069
	Salée	28,45%	25,62%	26,62%	19,30%	1202
Ensemble		24,02%	25,36%	27,16%	23,45%	4771
Test		0,001				

Source : Elfe, 2011.

De ces deux observations, il est déjà possible de déduire une continuité dans le rapport aux recommandations nutritionnelles entre alimentation maternelle et alimentation infantile. Bien que le contenu, et par extension les saveurs, des styles alimentaires maternels soient différents du contenu et des saveurs des répertoires alimentaires des enfants, les deux tendent à être associés. Il faut alors y voir l'effet d'une transmission verticale, au moins en partie, intentionnelle. On note par ailleurs une association positive entre une alimentation maternelle conforme aux standards de la diététique dominante mais orientée vers les saveurs plutôt sucrées avec un type de répertoire alimentaire avant 1 an riche en féculents, aliments sucrés et comportant des adjonctions de matières grasses mais pauvre en légumes et fruits. Ainsi, les

préférences hédoniques des mères, notamment pour les saveurs plutôt sucrées, sont également associées aux répertoires alimentaires des enfants. Il apparaît que les effets des préférences hédoniques des mères sur les répertoires alimentaires des enfants sont imputables au rapport que les mères entretiennent aux aliments sucrés et plus particulièrement aux aliments sucrés d'origine industrielle qui sont perçus par certaines catégories de la population comme les aliments les plus associés au plaisir et au « faire plaisir ».

8.4.3. Des associations entre styles alimentaires durant la grossesse et répertoires alimentaires avant 1 an peu situées socialement

Les tableaux 8.4.2 et 8.4.3 décrivent l'évolution de l'association entre style alimentaire maternel durant le troisième trimestre de grossesse et répertoires alimentaires des enfants avant 1 an selon les caractéristiques sociales des mères. Ces associations sont exprimées sous forme d'*odds ratio* qui mettent en rapport les fréquences observées dans la case considérée (au croisement de la catégorie sociale, du style alimentaire maternel et du style de repertoire avant 1an) avec la fréquence moyenne de ce style de repertoire sachant la catégorie sociale considérée. Un *odds ratio* significativement supérieur à 1 indique que la part des individus dans cette case est plus élevée qu'attendu dans le cas d'une distribution uniforme (il correspond à l'effectif observé exprimé en part de l'effectif de référence), à l'inverse un *odds ratio* inférieur à 1 indique une fréquence plus faible qu'attendue dans le cas d'une distribution uniforme.

Pour les mères qui ont un niveau de diplôme inférieur ou égal à un Bac+2, un style alimentaire en fin de grossesse conforme aux standards de la diététique dominante et orienté vers les saveurs plutôt sucrées (riche en fruits et en condiments) est positivement associé à une diversification alimentaire des enfants orientée vers des aliments réputés nourrissants (féculents, céréales infantiles) et comportant des adjonctions de matières grasses ainsi que des aliments réputés allergisants (blanc d'œuf, fraises). Une telle association, entre alimentation maternelle en fin de grossesse et repertoire alimentaire de l'enfant, se rencontre également lorsque la mère développe un modèle de puériculture familial ou éclectique.

Quelles que soient leurs caractéristiques sociales, les mères qui durant leur troisième trimestre de grossesse avaient une alimentation très peu conforme aux standards de la diététique dominante et orientée vers les saveurs sucrées (riche en aliments sucrés, réputés

gras et peu sophistiquée) ont plus fréquemment, que les autres mères, proposé à leur enfant une diversification alimentaire surtout riche en céréales infantiles et en fruits rouges.

Pour les mères ayant un niveau de diplôme inférieur ou égal à un Bac+2 et/ou développant un modèle de puériculture pragmatique, familial ou éclectique, un style alimentaire durant le troisième trimestre de grossesse très conforme aux standards de la diététique dominante (ascétique, relativement sophistiqué et orienté vers des saveurs plutôt salées) est positivement associé à une diversification alimentaire des enfants très proche des recommandations médicales dominantes (riche en carottes, pommes, poires et incluant des matières grasses). En outre, pour les mères qui ont un niveau de diplôme inférieur ou égal à un Bac+2 et/ou développant un modèle de puériculture de type pragmatique, ce style alimentaire durant le dernier trimestre de grossesse, très proche des standards de la diététique dominante, est négativement associé à une diversification alimentaire des enfants riche surtout en céréales infantiles et en aliments jugés superflus dans le cadre d'une diversification conforme aux recommandations médicales.

Tableau 8.4.2 Association entre styles alimentaires maternels lors du troisième trimestre de grossesse et répertoires alimentaires des enfants avant 1 an selon le niveau de diplôme des mères

Diplôme de la mère		Alimentation de l'enfant : axe risque nutritionnel				Effectif
Alimentation de la mère		Elevé		Faible		
Diététique	Sucrée	Alimentation de l'enfant : axe valeur énergétique				
		Faible	Elevé	Faible	Elevé	
≤ Bac+2						
Diététique +	Sucrée	26%	37%***	20%	17%	473
	Salée	21,5%**	27%	26%	25%***	573
Diététique -	Sucrée	35%*	22%	27%	15%	681
	Salée	33%	27%	26%	14%	737
		30%	28%	25%	18%	2464
> Bac+2						
Diététique +	Sucrée	15%	26%	25%	34%	654
	Salée	15%	21%	26%	37%	763
Diététique -	Sucrée	24%**	21%	32%	23%*	377
	Salée	21%	24%	28%	28%	454
		18%	23%	27%	32%	2248

Note : la significativité des écarts de fréquences correspond aux odds ratio calculés selon la méthode de Woolf (1955). Elle est exprimée ainsi : *=p≤0,05 ; **= p≤0,01 ; ***= p≤0,001,

Source : Elfe, 2011,

Lecture : 21,5% des enfants dont la mère à un diplôme inférieur à un bac+2 et une alimentation conforme à la diététique dominante et plutôt salée ont une diversification alimentaire pauvre en matières grasses ajoutées et riche en féculents, fromages et blanc d'œufs, donc plutôt peu conforme aux recommandations médicales.

Tableau 8.4.3 Association entre styles alimentaires maternels lors du troisième trimestre de grossesse et répertoires alimentaires des enfants avant 1 an selon le modèle de puériculture des mères

Modèle de puériculture		Alimentation de l'enfant : axe risque nutritionnel				Effectif
Alimentation de la mère		Elevé		Faible		
Diététique	Sucrée	Alimentation de l'enfant : axe valeur énergétique				
		Faible	Elevé	Faible	Elevé	
Pragmatique						
Diététique +	Sucrée	22%	29%	21%	28%	567
	Salée	18%**	25%	25%	32%***	684
Diététique -	Sucrée	31%**	24%	29%	17%**	538
	Salée	28%	28%	27%	17%**	623
		24%	26%	26%	24%	2412
Savant						
Diététique +	Sucrée	14%	26%	29%	31%	112
	Salée	17%	18%	31%	35%	124
Diététique -	Sucrée	34%**	14%	26%	26%	80
	Salée	20%	20%	32%	28%	98
		20%	20%	29%	30%	414
Familial						
Diététique +	Sucrée	16%	35%*	23%	25%	91
	Salée	18%	17%	24%	41%**	95
Diététique -	Sucrée	26%	21%	36%	16%	99
	Salée	32%	23%	23%	22%	111
		24%	24%	27%	26%	396
Eclectique						
Diététique +	Sucrée	19%	32%*	23%	26%	356
	Salée	19%	26%	27%	29%*	427
Diététique -	Sucrée	33%**	21%	28%	18%	336
	Salée	31%	24%	26%	19%	358
		25%	26%	26%	23%	1477

Note : la significativité des écarts de fréquences correspond aux odds ratio calculés selon la méthode de Woolf (1955). Elle est exprimée ainsi : *= $p \leq 0,05$; **= $p \leq 0,01$; ***= $p \leq 0,001$,
Source : Elfe, 2011.

L'hédonisme en matière d'alimentation paraît relativement attaché aux saveurs sucrées pour certaines catégories sociales, notamment les parents qui font le plus preuve de traditionalisme en matière de puériculture. Pour les mères qui ont un niveau de diplôme inférieur ou égal à un Bac+2, et dans une moindre mesure celles qui ont un modèle de puériculture de type familial ou éclectique, un style alimentaire plutôt conforme aux principes de la diététique dominante et orienté vers des saveurs plutôt sucrées – riche en fruits et en condiments mais également inclusif – est associé à un répertoire alimentaire avant 1 an riche en aliments sucrés, en féculents, en œuf et comportant des adjonctions de matières grasses. Pour ces mères, l'inclusivité de l'alimentation est associée à une forme d'hédonisme qui passe par une consommation relativement importante d'aliments sucrés.

Les styles alimentaires maternels durant le dernier trimestre de grossesse sont moins associés aux types de répertoires alimentaire avant 1 an pour les mères qui ont un niveau de diplôme supérieur à un bac+2 ainsi que pour les mères qui développent un modèle de puériculture de type savant ou de type familial. L'emprise de l'expérience alimentaire des mères sur les aliments qu'elles proposent à leur enfant tend à être plus faible pour les mères les plus familiarisées aux catégories de la culture savante, qui favorisent une certaine mise à distance de l'expérience particulière, ainsi que pour les primipares qui tendent à ne pas mobiliser leur propre expérience personnelle pour régler leurs pratiques de puériculture. À l'inverse les mères qui développent un modèle de type pragmatique, qui repose en grande partie sur l'expérience personnelle, proposent à leur enfant plus fréquemment des types de répertoire alimentaire associés à leur propre style alimentaire en fin de grossesse.

Cette mise à distance de l'expérience particulière, corrélative d'une plus grande intériorisation des catégories de la culture savante, se donne à voir de manière claire s'agissant de la transposition du rapport des mères à la diététique dominante aux répertoires alimentaires infantiles. Une alimentation durant le troisième trimestre de grossesse très conforme aux standards de la diététique dominante est significativement associée à un type de répertoire alimentaire avant 1 an proche des recommandations médicales en matière de diversification alimentaire sauf pour les mères qui ont un niveau de diplôme de niveau supérieur à un Bac+2 et les mères qui développent un modèle de puériculture de type savant. Ainsi, pour les mères les plus proches de la culture savante légitime la conformité aux recommandations médicales en matière de diversification alimentaire, indépendante de leurs habitudes et préférences alimentaires, est le produit de la socialisation scolaire.

L'association entre alimentation maternelle durant le troisième trimestre de grossesse et répertoires alimentaires des enfants avant 1 an la plus significative et la moins située socialement met en rapport des habitudes et préférences alimentaires maternelles à la fois peu conformes aux standards de la diététique dominante et orientées vers les saveurs sucrées avec des répertoires alimentaires avant 1 an riche en céréales infantiles et en fruits à goût fort (fraises, framboises, pêches, abricots), peu conformes aux recommandations médicales en matière de diversification alimentaire. C'est ainsi dans le manquement aux règles de la diététique que les expériences alimentaires particulières des mères sont le plus associées aux répertoires alimentaires des enfants. Il semble alors que ce sont les expériences alimentaires les plus relâchées, impliquant le moins de contrôle de son propre corps, qui constituent les expériences sensibles les moins mises à distance par les individus, et on peut le supposer les plus proprement hédoniques bien qu'elles soient dévalorisées socialement. En ce sens, les normes sociales, telles les recommandations nutritionnelles, ne favorisent pas la transmission des préférences alimentaires d'ordre hédonique. Elles tendent même à s'y opposer dans la mesure où l'ascétisme, caractéristique de la diététique dominante contemporaine, vise précisément le contrôle du corps, la maîtrise des expériences sensibles. Par ailleurs, l'hédonisme alimentaire paraît fortement associé – quoi que de manières socialement différenciée – aux aliments sucrés et/ou gras d'origine industrielle qui sont explicitement définis par les instances médicales comme non-conformes à une alimentation, adulte ou infantile, saine. Les messages du type « évite de manger trop gras, trop sucré » ou « au moins 5 fruits et légumes par jour », caractéristiques du plan national nutrition santé, tendent à définir une opposition, presque de nature, entre les préférences hédoniques de certaines catégories de la population et les standards de la « bonne » alimentation (Régnier, 2011). Se donne alors à voir une illustration du lien entre contexte de consommation et appréciation des aliments. Les incitations institutionnelles à manger davantage de légumes et de fruits ainsi qu'à limiter la consommation d'aliments gras et/ou sucrés en vue de préserver la santé constitueraient une forme d'instrumentalisation de ces consommations. Parmi les catégories sociales qui consomment habituellement peu de légumes et de fruits, ces incitations auraient pour effet d'associer les légumes et les fruits à des consommations déplaisantes, donc hors des préférences hédoniques.

Conclusion

L'alimentation des mères durant le troisième trimestre de leur grossesse est très associée à l'introduction des matières grasses, notamment d'origine végétale avant 1 an dans le régime des enfants, ainsi qu'au moment d'initiation de leur diversification alimentaire. Une forte intériorisation des principes de la diététique dominante, de la part des mères, favorise une plus grande conformité aux recommandations médicales en matière de diversification alimentaire. En ce sens, l'adéquation des habitudes et préférences alimentaires à des normes sociales, comme les recommandations nutritionnelles, favorise leur transmission. Cependant, l'introduction des matières grasses d'origine animale dans l'alimentation de l'enfant avant 1 an, bien qu'objet des mêmes recommandations médicales que l'introduction des matières grasses d'origine végétale, est associée à l'inclusivité du style alimentaire des mères durant leur troisième trimestre de grossesse davantage qu'à sa stricte conformité aux standards de la diététique dominante. Aussi, il est plausible que la facilitation de la transmission des habitudes et préférences alimentaires ne soit pas tant fonction de leur conformité aux recommandations nutritionnelles que de la perception de leur caractère distinctif. En ce sens, les recommandations nutritionnelles seraient d'autant plus suivies dans les catégories supérieures et moyennes-supérieures qu'elles redoubleraient une esthétique particulière.

La diététique dominante est caractérisée par un certain ascétisme, une relative sophistication et une préférence pour les aliments naturels ainsi que d'origine végétale. Si l'introduction de matières grasses d'origine végétale dans l'alimentation de l'enfant avant 1 an est conforme à l'ensemble de ces principes, comme l'est le recul de l'initiation de la diversification alimentaire au-delà de 4 mois, l'introduction de matières grasses d'origine animale dans l'alimentation de l'enfant déroge à la tendance à limiter les apports en protéines animales. L'association entre habitudes et préférences alimentaires des mères – comme expression de leur rapport à la diététique dominante – et introduction des matières grasses dans le régime des enfants avant 1 an est donc imputable aux pratiques culinaires des mères. La socialisation « clandestine », c'est-à-dire l'intériorisation de « schèmes de perception et d'appréciation [...] acquis dans la pratique quotidienne [et] mis en œuvre dans l'existence ordinaire » (Bourdieu & Delsaut, 1981) – les pratiques culinaires des parents – apparaît alors, dans le cas de l'introduction des matières grasses dans l'alimentation des enfants avant 1 an, davantage déterminante que les formes de socialisation méthodique qui recouvrent le rapport des mères aux recommandations nutritionnelles.

Cependant, l'absence d'association significative entre l'expérience alimentaire des mères et l'introduction du sucre ainsi que du sel dans le régime alimentaire des enfants avant 1 an tend à montrer que des apprentissages plus explicites, effectués dans le cadre scolaire par exemple ou au travers de la confrontation à différents supports de puériculture, sont déterminants s'agissant de certaines pratiques ou consommations. La pluralité – potentiellement la concurrence – des processus de socialisation engendre une forme de différenciation, d'additivité voire de substituabilité, des déterminants des pratiques culturelles (Lahire, 2004). Ainsi, des recommandations nutritionnelles différenciées selon l'âge. Pour la population adulte, la consommation d'aliments gras est à limiter tandis qu'elle est encouragée dans le cadre d'une diversification alimentaire conforme aux recommandations médicales, ce qui contribue à expliquer le déficit en lipides caractéristique de l'alimentation des nourrissons français, y compris et notamment dans les classes supérieures et éduquées. Les classes populaires tendent à être distantes des principes de la diététique dominante et des recommandations nutritionnelles, les classes moyennes et supérieures qui ont intériorisé les principes de la diététique dominante, indépendamment des supports de puériculture, associent les matières grasses au surpoids (notamment en raison des messages généraux du PNNS) et jugent leur introduction dans le régime des enfants avant 1 an superflue.

Conformément aux résultats des études précédentes sur l'association entre préférences alimentaires maternelles et alimentation des enfants, on observe un lien, entre expériences sensibles des mères et répertoires alimentaires des enfants, significatif mais modéré et, de plus, socialement situé. L'alimentation des mères et celle des enfants ne suivent pas les mêmes codes, ne se réfèrent pas aux mêmes standards, les cadres d'une alimentation adulte conforme aux recommandations nutritionnelles divergent des recommandations en matière de diversification alimentaire¹⁵. Dans ces conditions, il apparaît normal que la transmission des préférences des mères ne prenne pas la forme d'une simple transposition. Comme évoqué *supra*, ce qui est transmis c'est une position dans un espace culturel où peuvent entrer en résonance ou en concurrence différentes normes (esthétiques et savantes, par exemple). Cependant, les préférences hédoniques des mères ne sont pas sans effet sur la construction des répertoires alimentaires des enfants.

¹⁵ En outre, dans le cadre de l'enquête Elfe, les items proposés dans le questionnaire relatif à l'alimentation des mères sont différents de ceux proposés dans le questionnaire fréquentiel de suivi de la diversification alimentaire.

Tout d'abord, l'expérience sensible des mères – leurs habitudes et préférences alimentaires – est mise à distance sous certaines conditions. Les mères socialisées méthodiquement, d'une part, aux registres de perception et d'appréciation caractéristiques de la culture savante et d'une certaine manière à ses méthodes (Perrenoud, 2004), d'autre part, aux recommandations médicales en matière de diversification alimentaire tendent à mettre à distance leurs propres expériences alimentaires. C'est-à-dire que les mères qui ont un niveau de diplôme supérieur à un Bac+2 et/ou qui développent un modèle de puériculture de type savant et ont un investissement sélectif dans la recherche d'information en matière de puériculture ne projettent pas leurs préférences hédoniques sur les répertoires alimentaires de leur enfant.

En revanche, pour les mères qui ont un rapport plus pratique au travail de puériculture, qui mobilisent leur expérience personnelle afin de régler leurs pratiques de puériculture, de nourrir leur enfant, l'alimentation lors des trois derniers mois de grossesse est significativement associée aux répertoires alimentaires des enfants. Enfin, il apparaît que le rapport aux aliments sucrés constitue la dimension la plus proprement hédonique des préférences alimentaires des enquêtées et la plus susceptible d'être transmise aux enfants indépendamment des caractéristiques sociales des parents.

Conclusion de la partie III

Cette troisième partie tente d'apporter des éléments de réponse à la problématique de la construction de l'identité et de la culture des individus. Mettre ainsi l'accent sur des processus contribue à opérationnaliser ces concepts (Cuche, 1996). En ce qu'elles façonnent durablement les goûts et les corps, les habitudes alimentaires constituent une composante majeure de l'identité. L'étude des premiers répertoires alimentaires informe alors les conditions sociales de construction des identités corporelles et culturelles.

Les recherches relatives à la préparation de la naissance montrent que les primes socialisations sont d'emblée sexuées. Toutefois, qu'il s'agisse de la constitution de la garde-robe des petits enfants ou de l'aménagement de leur chambre, tous les parents ne marquent pas aussi nettement les différences entre filles et garçons. Les mères appartenant aux catégories supérieures résistent à certains stéréotypes. Elles restent cependant relativement soumises à la segmentation des marchés ainsi qu'aux définitions sociales du masculin et du féminin (Pélage *et al.*, 2016 ; Rollet *et al.*, 2016). Pour autant, la diversification alimentaire des enfants n'est que peu sexuée. En effet, seuls les parents appartenant aux catégories socioprofessionnelles intermédiaires (professions intermédiaires et indépendants) tendent à initier la diversification alimentaire des garçons plus tôt que celle des filles.

Cette sexuation de la diversification alimentaire est davantage sous-tendue par la perception d'une plus grande fragilité physiologique des petites filles que part des stratégies de façonnement des corps infantiles. La sexuation de la diversification alimentaire dans les catégories socioprofessionnelles intermédiaires croise donc des définitions sociales traditionnelles du masculin et du féminin avec des considérations de santé. La nature de ce lien entre forme de la diversification alimentaire et sexe de l'enfant peut s'expliquer par le fait que les corps des petits enfants sont, d'une certaine manière, asexués, au sens où ils ne sont pas sexualisés (Murcier, 2004). Cette absence de sexualisation des corps des petits enfants est corroborée, dans notre recherche, par le fait que les pères ne donnent pas plus fréquemment le bain aux garçons qu'aux filles et les mères ne donnent pas plus fréquemment le bain aux filles qu'aux garçons (chapitre 7). En effet, comme le montre Murcier (2003), la mise à distance, par les professionnels de la petite enfance mais l'on peut étendre cette attitude à tout individu effectuant un travail de puériculture, de leur propre « être sexué » concourt à « chosifier » les

corps infantiles qui ne sont alors que de stricts objets de soins. Des recherches montrent que certaines dimension du travail de puériculture nécessiteraient qu'adulte comme enfant soient indifférenciés sexuellement (Chaplain & Custos-Lucidi, 2000) mais l'étude des primes socialisations (notamment alimentaires) montre que cette indifférenciation prend la forme d'une absence de sexualisation plus que d'une négation des genres.

Si la diversification alimentaire des enfants n'est pas associée à un façonnement sexué des corps infantiles, elle est tout de même liée aux rapports des parents aux corps et à la corpulence. Bien que les données mobilisées dans cette recherche ne permettent pas d'étudier les effets du poids des enfants sur la forme de leur diversification alimentaire, le rapport des mères aux gras et au sucre apparaissent déterminants. Notamment, les styles alimentaires maternelles en fin de grossesse tout comme les premiers répertoires alimentaires des enfants sont fortement structurés par les consommations d'aliments réputés caloriques et de produits sucrés. Les mères appartenant aux catégories sociales les moins favorisées consomment elles-mêmes et proposent à leur enfant davantage d'aliments gras, sucrés et réputés caloriques que les mères plus diplômées et appartenant aux catégories sociales davantage favorisées.

Cette différenciation des styles alimentaires des mères et des premiers répertoires alimentaires des enfants s'explique en grande partie par le rapport incorporé des mères à la diététique dominante qui coïncide largement avec les principes savants de la nutrition. Ce rapport incorporé des mères à la diététique dominante, routinisé dans des habitudes et des préférences de consommation, constitue le principal déterminant de l'introduction des matières grasses végétales dans le régime alimentaire des enfants mais il n'a qu'un effet modéré sur l'introduction du sucre et du sel dans l'alimentation des enfants pendant la période de diversification alimentaire. Globalement, plus les mères ont des habitudes alimentaires en fin de grossesse conformes aux principes de la diététique dominante, plus leur enfant connaît une diversification conforme aux recommandations médicales. Il apparaît cependant que certaines recommandations médicales en matière de diversification alimentaire entrent en contradiction avec certains principes de la diététique dominante, ainsi de l'introduction des matières grasses d'origine animale dans l'alimentation des enfants avant 1 an. Aussi, les mères appartenant aux catégories sociales les plus favorisées tendent à se conformer à des principes esthétiques, de limitation de la consommation des matières grasses animales, concurrents des recommandations médicales en matière de diversification alimentaire. Ceci confirme que les cultures savantes sont d'autant plus facilement appropriées par les individus

qu'elles sont en correspondance, ou tout du moins compatibles, avec leurs préférences esthétiques.

Par ailleurs, les mères appartenant aux catégories sociales moins favorisées tendent à opposer des principes proprement hédoniques aux recommandations médicales en matière de diversification alimentaire (Régnier & Masullo, 2009). Se pose alors la question du plaisir alimentaire. Les mères, pour une part au moins, projettent les préférences gustatives de leurs enfants et le plaisir qui en découle. Cette définition des goûts plaisants est en partie fonction de la socialisation alimentaire des mères, de leur expérience sensible. Classiquement, les sciences sociales font des préférences esthétiques, dont les préférences gustatives, le produit de constructions essentiellement sociales ou culturelles. C'est notamment le cas des recherches de C. Lévi-Strauss (1964) ou J. Goody (1984). Les impératifs à la fois biologiques et sociaux de classement des éléments constitutifs de leur environnement matériel, tels l'identification des aliments comestibles et les enjeux de distinction, dotent les individus de principes de vision et de division dont la forme est fonction des conditions sociohistoriques de leur élaboration (Bourdieu, 1979a) ainsi que d'habitudes alimentaires structurées (Douglas, 1988 ; 1992). Bien que rarement mises en perspectives avec les résultats d'autres disciplines intéressées à la question de la construction des préférences sapides, ces théories apparaissent compatibles avec les recherches portant sur les processus physiologiques d'acquisition des préférences gustatives. Les préférences gustatives des mères ont cependant un effet socialement différencié sur l'alimentation des enfants. Mettre en correspondance les préférences alimentaires des mères avec l'alimentation des enfants durant la prime enfance permet d'explicitier les conditions sociales de mise à distance de l'expérience sensible ainsi que les définitions du plaisir alimentaire.

Le plaisir est parfois constitué, par les supports de santé et de puériculture, et perçu, par les individus, comme un « ennemi de la rationalité » (Coveney, 2000). En France, depuis les années 1990, l'antagonisme entre plaisir et santé est renforcé en raison de l'articulation, notamment par les instances sanitaires, de l'obésité à la « malbouffe » (Poulain, 2009). Comme évoqué au chapitre 8, le sucre et les produits sucrés cristallisent ces oppositions entre plaisir et santé, excès et modération, naturel et industriel. Dans notre échantillon, les mères peu diplômées qui ont, elles-mêmes, une consommation relativement élevée d'aliments sucrés en fin de grossesse – même lorsqu'elles se montrent conformes aux autres standards de la diététique dominante – tendent à proposer davantage d'aliments sucrés (autres que le sucre en

adjonctions) à leur enfant. Cette association entre préférences gustatives maternelles et répertoires alimentaires des enfants n'est pas significative pour les mères plus diplômées et appartenant aux catégories sociales davantage favorisées. Les mères peu ou pas diplômées mettent moins leur propre expérience sensible à distance que les mères ayant un niveau de diplôme plus élevé (supérieur à un bac+2). Si cette plus grande distanciation des mères plus diplômées peut s'expliquer par une plus grande proximité à la culture savante qui favorise l'objectivation méthodique de soi¹, elle est de manière complémentaire liée à des définitions socialement situées du plaisir.

L'hédonisme populaire se caractériserait par une plus grande difficulté à différer le plaisir dans le temps. Pour les représentants des catégories sociales les moins favorisées, le plaisir s'éprouverait essentiellement dans le présent (Hoggart, 1957 ; Dupuy, 2014). L'incertitude notamment économique qui pèse sur les catégories sociales les moins favorisées raccourcirait leur « horizon temporel » (Peretti-Watel, 2000). La valorisation hédoniste de l'enfance en milieu populaire » (Hoggart, 1957) renverrait alors à la nécessité de « saisir les bons moments » dès que possible (Thin, 1998). Symétriquement, dans les classes moyennes et supérieures, en raison d'un rapport particulier à la « prévoyance » (Peretti-Watel, 2005), le plaisir pourrait s'éprouver dans l'anticipation de rétributions futures. Aussi, pour les mères appartenant aux catégories davantage favorisées, l'enfance serait un moment d'acquisition de capitaux sociaux et corporels.

¹ Sur ce point, on pourra se reporter aux recherches sur la « métrique de soi » (Granjon et *al.*, 2012 ; Pharabod et *al.*, 2013) ainsi qu'à l'étude de la distanciation (Dubet & Martuccelli, 1996) également mobilisées dans la partie II de la thèse.

Conclusion générale

Les pratiques alimentaires sont à la fois le reflet et la cause de nombreuses inégalités sociales, notamment en termes d'apparence, de corpulence et de santé (Saint Pol, 2017). La stratification sociale de l'alimentation dans la prime enfance recoupe alors des questions de santé publique. Notamment, les pratiques des parents en matière d'alimentation infantile ont des effets sur le poids des enfants¹ (Faith et al., 2004a ; Faith et al., 2004b) ainsi que sur leurs futures habitudes alimentaires² (Birch & Fisher, 2000). En outre, s'intéresser aux conditions sociales de construction des premiers répertoires alimentaires permet d'explicitier les conditions sociales de diffusion des cultures savantes. Enfin, en raison de leur caractère composite (Qureshi & Rahman, 2017), situées entre les pratiques proprement culturelles, dont l'appréciation relève de préférences symboliques et sensibles, et les techniques du corps, médicalisées et rationalisées, que les individus peuvent appréhender selon une perspective instrumentale, les pratiques de puériculture constituent un objet intéressant pour l'étude des oppositions entre, d'une part, rationalisme et hédonisme, d'autre part, « goût de liberté » et « goût de nécessité ».

En réponse à la problématique initiale de cette recherche, cinq résultats nous paraissent devoir être soulignés. Premièrement, analyser les espaces de production des recommandations médicales en matière de puériculture comme un champ permet d'en expliciter la complexité, contre des analyses en termes de biopolitique qui tendraient à homogénéiser artificiellement les dispositifs d'encadrement du travail parental dont les recommandations médicales sont un élément central. Deuxièmement, les conditions de production des recommandations médicales en matière de puériculture déterminent les possibilités de leur diffusion et de leur appropriation par les parents. En effet, la forme de l'espace normatif auquel les parents sont exposés structure leurs pratiques de puériculture différemment selon leurs caractéristiques sociales. Troisièmement, la conformité de la diversification alimentaire des enfants est fonction des rapports des mères à la culture médicale et à ses représentants. Ces rapports sont le produit de la socialisation scolaire des mères et de leur investissement dans la recherche

¹ Il semble toutefois que le lien entre diversification alimentaire et obésité ultérieure soit plus difficile à montrer (Vidailhet, 2010 ; Tounian, 2010).

² La question de la persistance des préférences alimentaires acquises dans la prime enfance est toutefois débattue. Les préférences gustatives acquises précocement ne persisteraient pas au-delà de 5 ans (Mennella & Beauchamp, 2002 ; Liem & Mennella, 2002).

d'information en matière de puériculture. Quatrièmement, le désenchantement de la science, qu'évoque notamment U. Beck (1992a), nous paraît devoir être nuancé. D'une part, car la science est omniprésente dans les discours des parents relatifs à la puériculture. D'autre part, parce qu'il ne prend pas la même forme dans toutes les régions de l'espace social. Cinquièmement, le rapport à l'alimentation intériorisé par les mères est particulièrement explicatif de l'alimentation des enfants pendant la période de diversification alimentaire. Il n'est cependant explicatif que de certaines consommations, ce qui pose la question des effets sur la transmission culturelle des différentes formes de socialisation des parents.

Les conditions de production des recommandations médicales en matière de diversification alimentaire et leur effet sur l'espace normatif auquel sont confrontés les parents

Le concept de « dispositif » tel qu'employé dans les recherches relatives à la construction et au déploiement des politiques de santé publique (Berlivet, 2013) permet d'appréhender pertinemment l'ensemble des moyens, matériels et immatériels, d'encadrement des conduites de vie. Dans le cas de l'encadrement du travail parental de soins, l'assurance maladie, le réseau des médecins particuliers et hospitaliers dont les diplômes sont certifiés par l'Etat, les hôpitaux, les maternités, la Protection Maternelle et Infantile, les lieux d'accueil de la petite enfance ainsi que les campagnes d'éducation à la santé contribuent largement à normaliser le travail de puériculture des parents. Toutefois, ce concept de dispositif tend à masquer les conditions sociales de production des politiques de santé publique. Ainsi, une analyse qui n'élargirait pas le cadre théorique de la biopolitique, en ne se focalisant que sur les « technologies de gouvernement », risquerait de négliger les luttes qui structurent les espaces dans lesquels les éléments constitutifs des dispositifs d'encadrement des conduites de vie sont élaborés.

La théorie des champs sociaux peut compléter pertinemment une approche en termes de biopolitique. En effet, analyser un champ à la fois comme « champ de luttes » et « champ de forces » (Bourdieu, 1994) amène à tenir compte, d'une part, des luttes internes entre les agents qui composent le champ (institutions, groupes, individus) pour le monopole de la production des produits spécifiques du champ (dans le cas du sous-champ de la puériculture, l'autorité à définir la bonne manière d'élever un petit enfant) et, d'autre part, des forces

extérieures qui contraignent le champ telles la répartition des capitaux économique et culturel dans la population, la distribution de la santé dans la population, la structuration du champ scientifique ou du sous-champ académique.

Le sous-champ de la puériculture tel que nous l'avons esquissé apparaît très dépendant du champ médical et dans une moindre mesure du champ de l'éducation. Sa production est, en outre, contrainte par les pratiques effectives des parents en matière de puériculture (partie D). Les produits du sous-champ de la puériculture, telles les recommandations de puériculture, sont alors façonnés par les luttes intérieures à l'espace de la recherche en nutrition pédiatrique mais aussi par des forces extérieures. La décomposition du sous-champ de la puériculture en espaces d'intermédiation permet d'explicitier certains des effets de ces luttes et forces aux différents moments de la production et de la diffusion des recommandations en matière de diversification alimentaire. Ainsi, en raison des formes spécifiques de division du travail dans le sous-champ de la puériculture, les experts en nutrition pédiatrique (médecins et chercheurs) produisent des recommandations qui portent notamment l'empreinte des enjeux propres au secteur de l'Industrie alimentaire. Par ailleurs, au moment de leur médiatisation, les recommandations médicales en matière de diversification alimentaire sont réinscrites dans des discours normatifs qui se déploient différemment selon les supports et les caractéristiques de leurs auteurs.

Dans la partie I, nous montrons que l'espace de la recherche francophone en nutrition pédiatrique est structuré par des luttes pour le monopole de l'autorité scientifique soutenues par des oppositions disciplinaires et institutionnelles (chapitre 1). D'un côté, les pédiatres se partagent les sous-objets de recherche en nutrition pédiatrique selon le degré auxquels les résultats des recherches cliniques sont susceptibles d'une traduction en recommandations à destination du grand public. D'un autre côté, les pédiatres du Comité Nutrition de la Société française de pédiatrie, dominants dans le sous-champ, s'opposent à des allergologues concernant les mécanismes physiologiques qui justifieraient le moment d'initiation de la diversification alimentaire. Cette structuration de l'espace de la recherche en nutrition pédiatrique, en partie liée à une « disciplinarisation » de la science (Gingras, 1991), n'explique pas à elle-seule la forme et le contenu des recommandations médicales en matière de diversification alimentaire. En effet, les demandes institutionnelles de moyens de préservation de la santé des populations ainsi que les demandes de l'industrie alimentaire de

leviers commerciaux incitent les médecins et chercheurs à formuler des recommandations explicites en matière de diversification alimentaire, et donc à se positionner d'emblée en « experts » (Trépos, 2006) par opposition aux chercheurs exemptés des prises de position publiques.

L'industrie de l'alimentation infantile intervient à plusieurs niveaux dans la production et la diffusion des recommandations médicales en matière de diversification alimentaire (chapitres 1 et 2). Dans l'espace de la recherche en nutrition pédiatrique, comme dans d'autres espaces scientifiques (Daccache, 2011), l'industrie participe à la production scientifique notamment en suscitant des recherches. L'industrie alimentaire finance des études cliniques, produit des données, voire propose des sujets de recherche. Cette « interpellation » des chercheurs contribue à façonner les savoirs scientifiques et les recommandations qui en découlent, en orientant, dans une certaine mesure, la recherche. Aussi, les articles dont les auteurs déclarent un conflit d'intérêt tendent à insister sur la sévérité des règles de fabrication des aliments industriels pour bébés et ne remettent pas explicitement en cause leur adéquation au régime alimentaire des nourrissons. Les médecins et chercheurs les plus liés à l'industrie alimentaire sont également les plus dominants dans le sous-champ de la puériculture ainsi que ceux qui signent le plus de publications³. Par contraste, les publications scientifiques qui remettent explicitement en cause la qualité nutritionnelle des aliments industriels pour bébés sont le fait de chercheurs dominés dans l'espace de la recherche en nutrition pédiatrique (chapitre 1).

Le contenu des supports de médiatisation des savoirs scientifiques et techniques est fortement dépendant des sources auxquelles les journalistes se réfèrent (Champagne & Marchetti, 1994 ; Neveu 2009 ; Jensen 2010 ; Marchetti 2010 ; Weitkamp, 2014). Dans le cas de l'éducation à la santé, une part des supports qui médiatisent les savoirs médicaux et les recommandations médicales est produite directement ou indirectement par les médecins impliqués dans la production de ces savoirs et recommandations. Les supports de puériculture à destination des parents tendent alors à refléter l'espace de la recherche en nutrition pédiatrique. En effet, les recommandations en matière de diversification alimentaire

³ La déclaration de conflit d'intérêt est une pratique relativement récente dans les revues que nous analysons. Il semble, cependant, que les auteurs occupent d'abord une position plutôt dominante dans l'espace de la recherche en nutrition pédiatrique avant de déclarer des conflits d'intérêt.

formulées par les chercheurs dominants sont plus largement diffusées. Elles composent notamment les supports de puériculture les plus institutionnels, tel le guide nutrition du PNNS. Les recommandations formulées par des chercheurs plutôt dominés dans l'espace de la recherche en nutrition pédiatrique sont médiatisées grâce au concours de ces chercheurs sur des supports moins officiels (chapitre 2). Cependant, l'espace de la médiatisation des recommandations médicales est également un espace de luttes pour des profits commerciaux et symboliques. Les stratégies éditoriales conduisent alors les auteurs de certains supports de puériculture (les manuels de puériculture, notamment) à élaborer des justifications psychosociales aux recommandations médicales ou à prendre des positions marquées par rapport aux aliments industriels.

L'espace normatif auquel est confrontée la plupart des parents est composé de ces supports de puériculture qui leur sont spécifiquement adressés (chapitres 3 et 4). Comme pour la compréhension des résultats scientifiques et de leurs implications (Nelkin 1995), les profanes (ici les parents) ont d'abord, et le plus souvent uniquement, accès à ces supports. L'hétérogénéité de cet espace normatif n'est alors pas sans incidence sur les pratiques de puériculture des parents de jeunes enfants. En effet, certaines mères déclarent suivre les recommandations dominées, qu'elles perçoivent comme plus actualisées, plutôt que les recommandations dominantes. D'autres mères déclarent prendre de la distance par rapport aux recommandations médicales en raison de leurs fluctuations qui les rendent inapplicables et les délégitiment (chapitre 3). Ce qui appuie les recherches montrant que les incohérences et éventuelles contradictions entre les recommandations en santé limitent leur diffusion (Williams & Calman, 1996 ; Nestle, 2003). Ces attitudes, de mise à distance ou de rejet des recommandations médicales dominantes, peuvent être vues comme « éclairées », sur le modèle des rapports des parents à la vaccination. Elles se distinguent d'attitudes imputables à la méconnaissance des recommandations médicales qui serait liée à une grande distance sociale aux cultures savantes. Enfin, certaines mères évoquent la partialité des études cliniques dont découlent les recommandations médicales en matière de diversification. Ces études peuvent notamment être soupçonnées de ne présenter que des résultats préservant les intérêts des entreprises privées qui les financent (chapitre 3). La mise en rapport de l'investissement des mères dans la recherche d'information en matière de puériculture avec les consommations alimentaires des enfants lors de leur première année permet de confirmer l'effet de cet espace normatif sur les pratiques concrètes des parents (partie II).

Les conditions sociales de conformité aux recommandations médicales en matière de diversification alimentaire

Un nombre important d'études de sociologie de la santé et d'épidémiologie sociale constatent une relation forte entre les caractéristiques socioéconomiques des individus, leur niveau de revenu, leur niveau d'éducation, et les pratiques identifiées par les instances médicales comme liées à la santé (*e.g.* Abel, 1991 ; Cockerham et *al.*, 1997 ; Goldberg et *al.*, 2002 ; Blaxter, 2003 ; Cambois & Jusot, 2007 ; Kivits et *al.*, 2013). Si l'épidémiologie n'a avancé que peu d'explications au gradient social en matière d'état de santé (Krieger, 2011), les sciences sociales proposent une explication en termes de distance sociale à la culture médicale (Boltanski, 1971). S'agissant des soins aux petits enfants, la distance sociale entre parents et dépositaires des savoirs médicaux conditionne les possibilités d'appropriation, par les parents, des manières savantes de prodiguer des soins aux petits enfants (Serre, 1998 ; Camus & Oria, 2011). Le rapport aux intermédiaires apparaît alors déterminant.

Suivant les recherches qui font du capital culturel des individus le principal déterminant de leurs pratiques liées à la santé (Abel, 2007), nous adaptons les analyses développées par Bourdieu et Passeron pour expliquer la performance scolaire (Bourdieu & Passeron, 1970) à la problématique de la conformité des parents aux recommandations médicales en matière de diversification alimentaire (partie II). Nous montrons que le modèle de puériculture des mères, la forme de leur investissement dans la recherche d'information en matière de puériculture est fonction d'abord de leur expérience du maternage puis de leur niveau de diplôme (chapitre 4). Quatre modèles de puériculture qui recouvrent en partie les modèles proposés par S. Gojard (2010) dans *Le métier de mère* peuvent être identifiés. Les primipares peu diplômées tendent à développer un modèle que nous qualifions de pragmatique, fondé principalement sur leur expérience du maternage. Les primipares plus diplômées tendent à développer un modèle savant qui repose sur la mobilisation de supports de puériculture légitimes. Les multipares peu diplômées tendent à développer un modèle de puériculture de type familial, reposant sur la transmission interindividuelle des techniques de puériculture. Enfin, les multipares plus diplômées tendent à développer un modèle de puériculture éclectique, mobilisant une très grande variété de supports de puériculture indépendamment de leur légitimité.

Par suite, nous montrons que les modèles de puériculture des mères ont un effet conditionné à leurs diplômes sur la diversification alimentaire qu'elles proposent à leurs enfants (chapitre 5). Notamment, le modèle de puériculture de la mère est significativement associé à l'introduction des matières grasses, du sucre et du sel dans le régime des enfants pour les mères ayant un diplôme de l'enseignement professionnel et technique ainsi que pour les mères ayant un diplôme universitaire de premier ou deuxième cycle. Les mères diplômées de l'enseignement professionnel ou technique sont significativement plus conformes aux recommandations médicales lorsqu'elles ont un modèle de puériculture de type savant. Les mères ayant un diplôme de premier ou deuxième cycle universitaire sont significativement plus conformes aux recommandations médicales lorsqu'elles ont un modèle de puériculture de type éclectique. Les mères qui ont un diplôme de premier ou second cycle reconnaissent la légitimité des systèmes abstraits (telle la médecine), tandis que les mères diplômées de l'enseignement technique ou professionnel reconnaissent une plus grande légitimité aux représentants officiels de ces systèmes (les médecins et supports de puériculture officiels). Les mères peu ou pas diplômées ainsi que les mères très diplômées se montrent elles insensibles (au niveau agrégé) aux recommandations reçues dans le cadre de leur socialisation au maternage.

Le niveau et le type du diplôme indiquent un certain volume de capital culturel, une position dans la stratification sociale mais traduisent aussi en partie une trajectoire scolaire, une « expérience » de l'école (Dubet & Martuccelli, 1996). Ce parcours au sein de l'institution scolaire constitue un moment, plus ou moins long, de socialisation aux cultures savantes ainsi qu'aux représentants légitimes de ces cultures (les enseignants). A l'instar de P. Willis (1978 ; Willis et al., 2011), nous soutenons la thèse d'une continuité entre les rapports que les individus entretiennent à l'école et les rapports qu'ils entretiennent aux autres institutions. S'agissant des rapports que les parents entretiennent aux instances médicales, la prise en compte des modèles de puériculture (la forme de l'investissement dans la recherche d'information en matière de puériculture) permet de distinguer les rapports qu'entretiennent les mères à la médecine, comme système abstrait, des rapports qu'elles entretiennent aux intermédiaires de la culture médicale (professionnels de santé et supports de puériculture).

Sur le modèle de la distinction (Bourdieu, 1979a), nous distinguons quatre types d'attitude face à la culture médicale et à ses représentants. Premièrement, les mères les moins diplômées montrent un relatif « quant à soi » en matière de pratiques de puériculture. Elles sont peu conformes aux recommandations médicales en matière de diversification alimentaire et leur modèle de puériculture est sans effet sur leurs pratiques. Elles sont donc peu réceptives aux recommandations médicales. Deuxièmement, les mères diplômées de l'enseignement technique et professionnel se montrent significativement plus conformes aux recommandations médicales lorsqu'elles développent un modèle de puériculture de type savant. On peut en déduire qu'une part significative d'entre elles est réceptive aux recommandations médicales dominantes et entretient un rapport favorable aux intermédiaires les plus légitimes de la culture médicale. Troisièmement, les mères diplômées d'un premier ou second cycle universitaire ont des pratiques de puériculture (suivent un calendrier de diversification alimentaire) davantage conformes aux recommandations médicales lorsqu'elles ont un modèle de puériculture de type éclectique. Ces mères tendent à entretenir un rapport favorable à la culture médicale mais pas systématiquement à ces représentants les plus officiels. Enfin, les mères les plus diplômées de l'échantillon apparaissent comme les plus conformes aux recommandations médicales indépendamment de leur modèle de puériculture. Ce que l'on impute à un « sentiment de compétence » renforcé par une position favorisée dans la stratification socioprofessionnelle ainsi que par la consécration scolaire.

L'emprise des recommandations médicales

U. Beck (1992a) évoque une forme de désenchantement de la science. Les individus appliqueraient à la science elle-même le principe du « scepticisme scientifique ». D'une certaine manière, ce constat peut être mis en rapport avec ce que F. Dubet (2010) nomme la « crise du programme institutionnel de l'école ». En effet, dans les deux cas, les publics de la science et de l'école ne seraient plus aussi fréquemment que par le passé⁴ des « croyants ». Un constat de portée générale tel celui-ci devrait se décliner aux recommandations médicales sous la forme d'un affaiblissement de leurs effets sur les pratiques des individus. A la suite de certaines analyses relatives à la transmission culturelle (Octobre, 2009), nous essayons de

⁴ Une affirmation comme celle-ci qui sous-tend le raisonnement de F. Dubet (2010), paraît plus difficile à vérifier dans le cas du rapport à la science. Les tendances historiques paraissent plutôt devoir être à un renforcement de la légitimité de la science.

montrer, dans cette recherche, que cette crise de l'expertise scientifique (Joly, 1999 ; Granjou, 2003) et de l'institution scolaire (Dubet, 2002) est une crise des mécanismes de transmission et des intermédiaires plus qu'une crise de la science comme système abstrait.

L'analyse des discussions tenues sur le premier forum francophone en ligne dédié au maternage montre que cet espace de discussion et de mise en discussion des recommandations médicales est loin de constituer un « marché franc » culturel (chapitre 3). Une large part des participantes au forum déclarent se conformer aux recommandations dominantes en matière de diversification alimentaire. Certaines utilisatrices très actives sur le forum font même la promotion de ces recommandations, délégitimant les pratiques des mères qui ne s'y conforment pas. Il est notable que ces mères interrogent fréquemment la compétence des praticiens, qu'elles soupçonnent de ne pas actualiser leurs connaissances. D'autres utilisatrices se déclarent conformes aux recommandations dominées qu'elles perçoivent comme plus actualisées. Ce qui révèle une définition particulière de la recherche médicale comme phénomène continu d'amélioration des connaissances sur la physiologie humaine. Un troisième type d'utilisatrices que l'on rencontre sur le forum étudié, déclarent mettre à distance les recommandations médicales en raison de leurs fluctuations. Ainsi, les recommandations médicales en matière de diversification alimentaire structurent des espaces d'où les représentants légitimes de la culture savante sont pourtant absents.

Les données que nous mobilisons dans cette recherche ne permettent pas de déterminer l'effet propre de la réception de recommandations médicales en matière de diversification alimentaire sur les pratiques des parents (sur l'alimentation des enfants avant 1 an). D'une part, nous ignorons le contenu précis des recommandations que chaque parent a reçu. D'autre part, nous ne pouvons différencier les recommandations selon le degré auquel elles ont été sollicitées, ce qui pose un problème d'endogénéité. Cependant, en reconstruisant des modèles de puériculture, c'est-à-dire des formes spécifiques d'investissement dans la recherche d'information en matière de puériculture, nous analysons l'effet des modalités d'accès aux recommandations savantes sur les pratiques des parents (chapitres 5 et 6).

La quasi-totalité des parents de jeunes enfants se réfèrent au moins en partie aux professionnels de santé pour régler leurs pratiques de puériculture. Comme évoqué *supra*, près de 40% des mères développent un modèle de puériculture appuyé sur des supports

savants et quasiment toutes déclarent avoir reçu des conseils en matière de puériculture de la part de professionnels de santé⁵ (chapitre 4). Comme le fait de privilégier les recommandations médicales les plus récentes, un modèle de puériculture de type éclectique indique un fort investissement dans la recherche d'information en matière de puériculture et donc la reconnaissance de la légitimité de la science. Ces attitudes mettent alors davantage en question la légitimité des intermédiaires de la culture médicale que cette culture elle-même. Ce rapport à la culture médicale n'est pas sans effet concret.

En effet, le modèle de puériculture des mères est significativement associé à l'introduction (par ailleurs, très peu fréquente) de sucre ou de sel sous forme d'adjonctions dans le régime des enfants avant 1 an. Le modèle de puériculture des mères est également très associé à l'introduction des matières grasses d'origine végétale dans l'alimentation des enfants. De plus, les calendriers de diversification que suivent les parents sont majoritairement conformes aux recommandations médicales et très homogènes (chapitre 6). Il convient alors, comme le souligne S. Gojard (1999 ; 2000) d'écarter l'hypothèse d'une anomie généralisée en matière de diversification alimentaire. Par ailleurs, les études prospectives montrent que « le régime alimentaire des enfants français en bas âge semble satisfaisant pour une large proportion d'entre eux » (Fantino & Gourmet, 2008). Ce n'est donc pas l'emprise de la médecine sur les pratiques quotidiennes qui recule mais les rapports critiques aux intermédiaires de la culture médicale qui se développent, notamment dans les classes moyennes.

Les deux points précédents, relatifs aux conditions sociales de conformité aux recommandations médicales, conduisent à se demander si la prévention primaire ne contribue pas à accroître les inégalités sociales de santé ? Dans certains cas, la prévention primaire peut contribuer à accroître les inégalités sociales de santé (Peretti-Watel, 2013). En effet, la prévention peut accroître la différenciation sociale des conduites à risque, parce que son efficacité est elle-même socialement différenciée. Notamment, l'accès socialement différencié à certains supports de promotion de la santé pourrait être déterminant (Davis & Wolf, 2004). Dans le cas de la consommation de tabac, la prévention s'adresse à tous les individus de la

⁵ Les modalités de recrutement des enquêtés *Elfe* (recrutement en maternité) impliquent peut-être une légère surreprésentation des individus ayant reçu des conseils de la part des professionnels de santé. Cependant, on estime à seulement 1% la part des naissances hors maternité en 2016 (Bellamy, 2017) et, par ailleurs, 9 examens médicaux sont obligatoires avant 1 an. On peut alors conjecturer que les instances médicales captent la quasi-totalité des parents de jeunes enfants.

même manière, suivant les mêmes modes opératoires, sans tenir compte de leurs spécificités sociodémographiques. Il en résulte, que les individus appartenant aux catégories les moins favorisées ne parviennent pas à s'approprier ces recommandations.

Dans le cas des pratiques de puériculture, les mères les plus diplômées sont effectivement les plus conformes à la plupart des recommandations médicales en matière de diversification alimentaire (chapitre 5), notamment s'agissant des recommandations les plus diffuses valables pour l'ensemble de la population (nécessité de la consommation de matières grasses d'origine végétale et limitation de la consommation de sucre et de sel). Cette conformité aux recommandations médicales s'explique en partie par l'ancienneté et l'univocité de ces recommandations qui ont été intériorisées par les catégories les plus favorisées. Ce dont témoigne l'alimentation des mères les plus diplômées durant leur dernier trimestre de grossesse (chapitre 8). Cependant, la consultation de supports de puériculture (dont l'édition et la diffusion sont une modalité de la prévention) ne conditionne les pratiques que des mères ayant un niveau de diplôme compris entre BEP et un bac+2. En ce sens, la prévention ne bénéficie pas qu'aux individus les plus éduqués et paraît accroître davantage l'écart entre classe moyenne et classe populaire, qu'entre classe supérieure et classe populaire.

Les premiers répertoires alimentaires : entre hédonisme et diététique

L'une des conséquences de la médicalisation de l'alimentation est la redéfinition de la fonction du sens du goût (Dupuy, 2014). Des études identifient des discours savants qui renvoient la recherche du plaisir alimentaire à des « pulsions » incompatibles avec les sociétés d'abondance et l'industrialisation de l'alimentation. Notamment, l'offre de l'industrie alimentaire induirait une « banalisation de l'expérience et [un] désapprentissage de la subtilité des goûts » (Corbeau, 1996). La décomposition des espaces de production et de diffusion des recommandations en matière de puériculture permet de préciser les conditions de constitution de ce type de discours. En effet, la structuration des espaces de production et de diffusion des recommandations médicales en matière de diversification alimentaire tend à opposer d'une part, la nutrition à l'Industrie alimentaire et, d'autre part, la santé au plaisir alimentaire.

Dans l'espace de la recherche en nutrition pédiatrique, l'Industrialisation de l'alimentation est critiquée en raison de l'ajout, dans les aliments industriels pour bébés, de produits

alimentaires incompatibles avec une diversification alimentaire conforme aux recommandations médicales (chapitre 1). Plus largement, les préparations industrielles (pas uniquement dédiées aux petits enfants) sont accusées d'être trop riches en sucre. Or, dans l'espace de la recherche en nutrition pédiatrique, une part importante des recherches retient l'hypothèse d'une préférence innée pour le sucre. Ainsi, les produits alimentaires industriels riches en sucre modifieraient les conditions d'acquisition des préférences sapides, entraînant le risque d'une appétence renforcée pour les produits sucrés avec les conséquences sanitaires que ce type de préférences implique (caries dentaires, obésité ultérieure).

Par suite, dans l'espace de la médiatisation des recommandations en matière de diversification alimentaire, le goût des aliments et les préférences sapides des parents deviennent des catégories de perception qu'il convient de mettre à distance au risque qu'elles ne se substituent aux catégories de perception et d'appréciation savantes de la qualité du régime alimentaire des enfants. Il faut situer dans les définitions historiques du plaisir ce rapport aux préférences sapides. Le plaisir est historiquement associé à la déraison et le contrôle corporel progresse avec la civilisation des mœurs (Elias, 1973). L'hédonisme s'opposerait nécessairement à l'ascétisme. Dans les échanges en ligne, les mères qui mobilisent le registre du plaisir et des préférences sapides pour justifier leurs pratiques de diversification ont une attitude plus neutre que les autres vis-à-vis de l'industrie alimentaire (chapitre 3). Se pose alors la question de l'effet des préférences sapides des mères sur la diversification alimentaire des enfants.

Les sciences sociales peinent à problématiser la notion de plaisir, lui préférant celle d'hédonisme, on peut définir *a minima* le plaisir comme une sensation agréable qui trouve sa source dans les sens et le corps (Rey, 1992). L'analyse de l'effet des préférences sapides des mères sur la construction des premiers répertoires alimentaires des enfants permet d'interroger de manière détournée la notion de plaisir alimentaire, en interrogeant les conditions sociales de la propension à « faire plaisir » (Régnier & Masullo, 2009) en nourrissant. Les recherches qui s'intéressent aux conditions sociales de la transmission des habitudes alimentaires montrent que dans les catégories sociales supérieures l'alimentation obéit à un projet de socialisation précoce tandis que dans les catégories moins favorisées se pose la question de la transmission et de l'identité familiale (Mathiot, 2014). Cependant, l'absence relative de souci diététique des représentants des catégories sociales moins favorisées ne peut que difficilement

constituer un « goût de liberté » en raison de la contrainte économique (assortie d'une réduction de l'éventail des choix), du risque de manque et des rappels à l'ordre des professionnels de santé (Longchamp, 2014).

Essayant d'intégrer la dimension hédonique des consommations alimentaires, P. Longchamp (2014) identifie quatre rapports à l'alimentation socialement différenciés. Selon lui et sur le modèle de la distinction (Bourdieu, 1979a), dans les classes supérieures, les dispositions gustatives et esthétiques tendent à se confondre pour former une « diététique faite corps ». Dans les classes moyennes, les contradictions entre dispositions gustatives acquises au cours de la socialisation primaire et dispositions diététiques engendrent une « reconnaissance sans appétence ». Dans les classes populaires « insérées », les craintes des parents concernant l'alimentation des enfants prennent la forme de la peur de l'enfant « trop maigre », qui mange trop peu. Ces parents développent alors un rapport hédonique à l'alimentation fondé sur la satisfaction des préférences sapides. Enfin, dans les classes populaires démunies, la privation économique structure l'alimentation.

Nos résultats montrent, effectivement, que plus l'alimentation des mères est conforme aux standards de la diététique dominante, plus la diversification alimentaire des enfants est conforme aux recommandations médicales. Ce rapport à l'alimentation intériorisé par les mères et cristallisé dans des routines, des habitudes et des préférences est particulièrement structurant de l'alimentation des enfants (chapitre 8). Cependant, les hypothèses relatives à l'intériorisation par les catégories sociales intermédiaires d'une forme d'indignité culturelle de leurs pratiques alimentaires paraissent devoir être nuancées. En effet, les mères dont l'alimentation est peu conforme aux standards de la diététique dominante ne se montrent pas plus conformes aux recommandations médicales en matière de diversification alimentaire quel que soit leur niveau de diplôme ou leur position sociale. On observe, toutefois, qu'une alimentation maternelle peu conforme aux standards de la diététique dominante est plus fortement associée à une diversification alimentaire conforme aux recommandations médicales pour les mères davantage diplômées. Ce qui tend à indiquer que les mères plus diplômées intériorisent légèrement plus l'indignité culturelle de leurs pratiques alimentaires.

Limites et perspectives

Dans la perspective de poursuivre le travail, entrepris dans cette thèse, d'explicitation des déterminants de l'alimentation dans la prime enfance, trois limites de cette recherche peuvent être identifiées. Premièrement, l'analyse du travail d'intermédiation des représentants de la culture médicale, au centre du modèle défendu dans cette recherche, pourrait être complétée par une analyse prenant expressément pour objet les effets, sur le travail familial de soin, des rapports particuliers aux professionnels de santé et de la petite enfance exprimés par les parents. En outre, des éléments de la trajectoire des parents au sein de l'institution scolaire mis en rapport avec des éléments relatifs à leurs carrières professionnelles permettraient de renseigner les effets des différentes formes de « déclassement » sur le rapport aux instances médicales.

Deuxièmement, dans le prolongement de l'analyse des conditions matérielles du travail de puériculture sur l'alimentation des enfants, les effets des modes de garde des enfants lors de leur première année devraient être analysés. Notamment, pour conduire des analyses sur des consommations alimentaires davantage contextualisées. Troisièmement, de manière à dépasser une analyse en termes de conformité aux recommandations médicales, il faudrait pouvoir connaître le contenu des recommandations reçues par les parents.

Il existe une difficulté à délimiter précisément les contours du concept de capital culturel (Goldthorpe, 2007 ; Castet-Fontaine, 2011 ; Glevarec, 2013). En outre, les processus par lesquels le capital culturel s'acquiert ne sont pas toujours explicites (De Graaf et al., 2000 ; Sullivan, 2001). Dans ses limites, nos résultats invitent à différencier trois dimensions du capital culturel consubstantielles de leur processus d'acquisition et complémentaires des états du capital culturel définis par P. Bourdieu (1979b). Premièrement, le capital scolaire acquis à la fois par une socialisation méthodique au contact de représentants légitimes des cultures savantes et par une socialisation clandestine liée au temps passé au sein de l'institution scolaire (Bourdieu & Delsaut, 1981). Deuxièmement, un capital culturel *parascolaire*, très dépendant dans sa forme et ses possibilités d'acquisition du capital scolaire, acquis au contact de représentants légitimes des cultures savantes (telle la puériculture) hors du cadre de l'école. Troisièmement, le capital culturel intériorisé, dont les contenus sont variables, qui est fonction d'une socialisation clandestine à un ensemble de pratiques et de représentations, ainsi de la

socialisation alimentaire qui fonde les rapports à l'alimentation. Nos résultats invitent à interroger plus avant les effets de ces modes d'acquisition du capital culturel sur la transmission culturelle.

ANNEXES

1.4. Annexe du chapitre 1

1.4.1. Méthodologie : éléments de théorie des graphes mobilisés

Un graphe est un ensemble de points (appelés aussi sommets ou nœuds), dont certaines paires sont directement connectées par un lien (appelé également arête). L'ensemble des sommets est le plus souvent noté V , tandis que E désigne l'ensemble des arêtes. Un graphe est généralement défini par le couple $G = (V, E)$.

Une clique est un sous-graphe induit complet, c'est-à-dire un sous-ensemble des sommets tels que chacun est connecté à tous les autres. Le coefficient de *clustering* d'un graphe est une mesure du regroupement des nœuds dans un réseau. Plus précisément, ce coefficient mesure à quel point le voisinage d'un sommet est connecté.

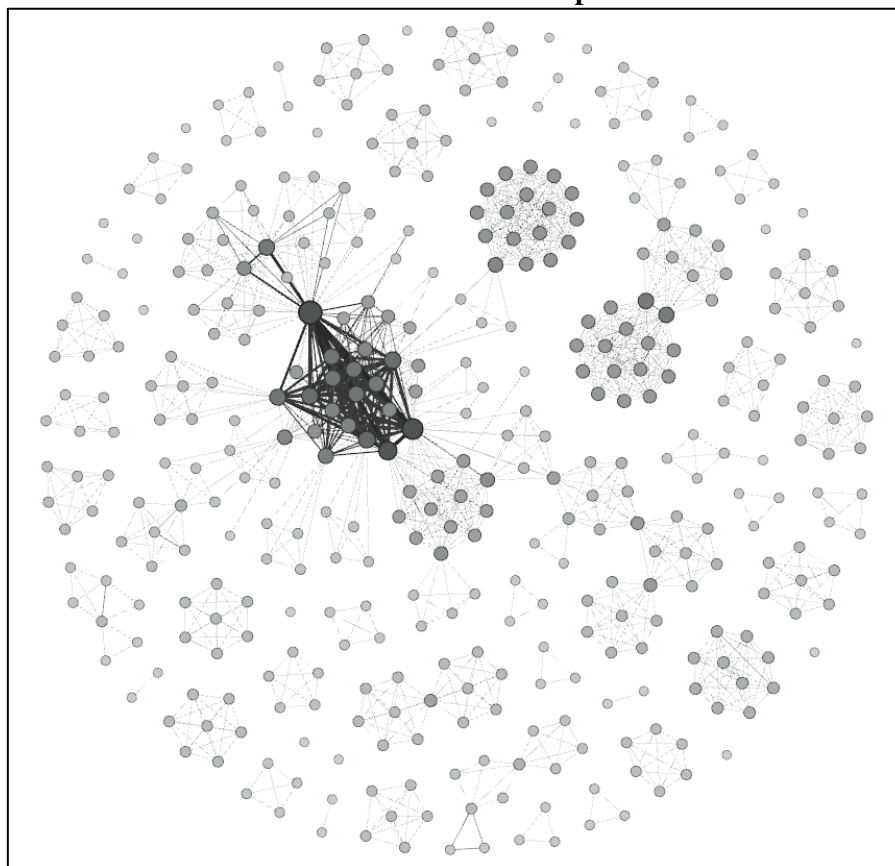
La distance $d_G(i,y)$ entre i et y est la longueur du plus court chemin entre ces sommets ; aussi appelée distance géodésique. Un chemin (ou chaîne, dans le cas d'un graphe non-orienté) est une suite finie d'arêtes consécutives. La longueur d'un chemin correspond à son nombre d'arêtes.

Dans le cas non-orienté, le degré $d(i)$ du sommet i est le nombre d'arêtes de i . L'indice de centralité de proximité d'un sommet i est l'inverse de la somme des plus courts chemins de i aux autres sommets du graphe. L'indice de centralité d'intermédiarité d'un sommet i est le nombre des plus courts chemins du graphe passant par i (Freeman, 1979). *Eigen vector centrality* correspond à une forme de centralité de second ordre d'un sommet (Bonacich, 2007). Elle augmente pour le sommet i quand la centralité de proximité du voisinage de i augmente.

Tableau 1.4.1 Liste des revues académiques du corpus

Revue	Nb d'articles
Archives de Pédiatrie	169
Journal de Pédiatrie et de Puériculture	105
Revue Française d'Allergologie et d'Immunologie	61
Cahiers de Nutrition et de Diététique	60
Revue Française d'Allergologie	37
Nutrition Clinique et Métabolisme	27
Comptes Rendus Palevol	15
Geobios	15
Biofutur	14
Actualités Pharmaceutiques	12
Annales de Dermatologie et de Vénérologie	12
Diabetes & Metabolism	11
La Revue de Médecine Interne	10
Natures Sciences Sociétés	9
Revue Francophone des Laboratoires	9
L'Anthropologie	8
Food Policy	8
Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologique	8
Médecine des Maladies Métaboliques	8

Figure 1.4.1 Les collaborations entre auteurs d'articles parus dans les Archives de Pédiatrie



Lecture : La taille et la couleur des nœuds sont fonction de leur degré, plus un nœud est volumineux et sombre, plus son degré est élevé. Le graphe a été spatialisé au moyen de l'algorithme Fruchterman – Reingold (1991) qui minimise l'énergie du système et offre une représentation graphique très lisible.

Champ : tout chercheur (n=396) ayant écrit au moins un article publié dans les *Archives de Pédiatrie* entre 1995 et 2011.

Figure 1.4.2

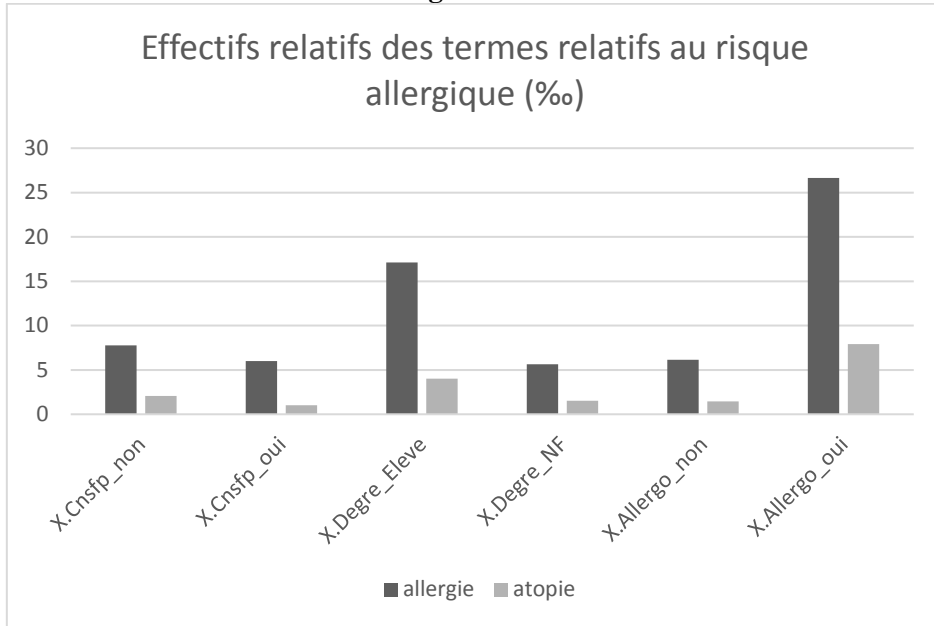


Figure 1.4.3

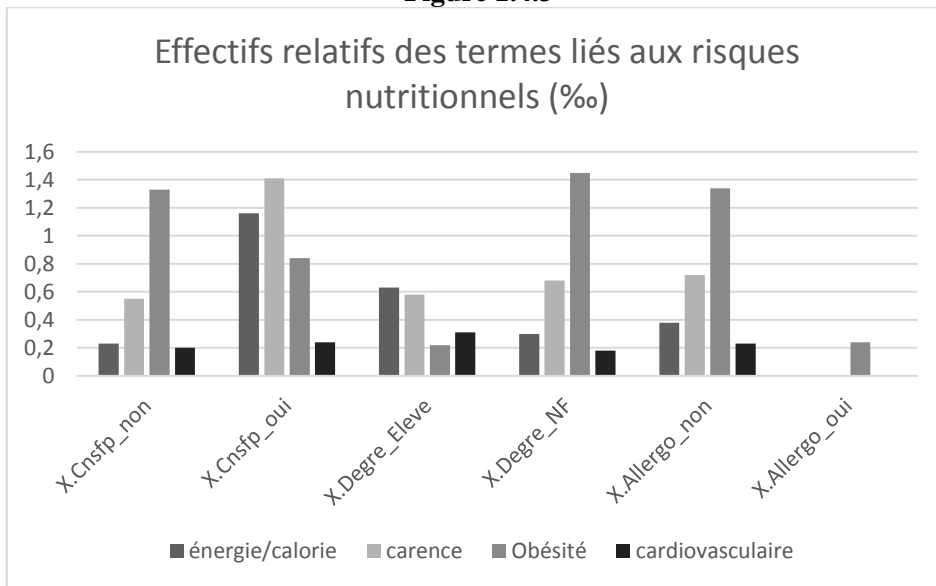


Figure 1.4.4

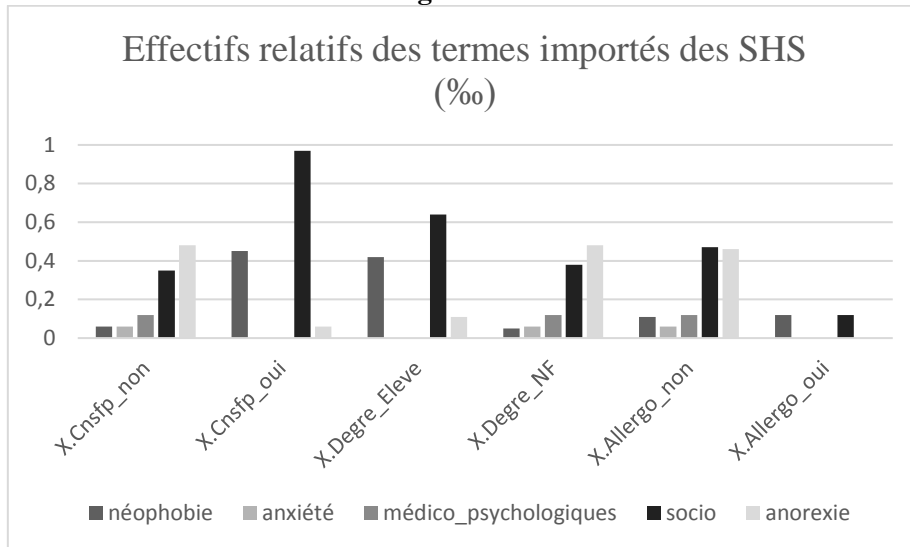


Figure 1.4.5

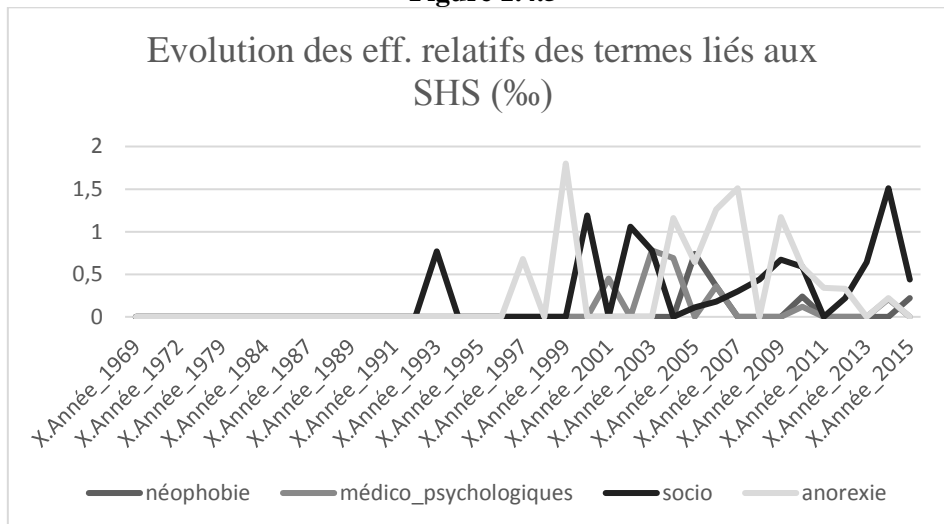


Figure 1.4.6

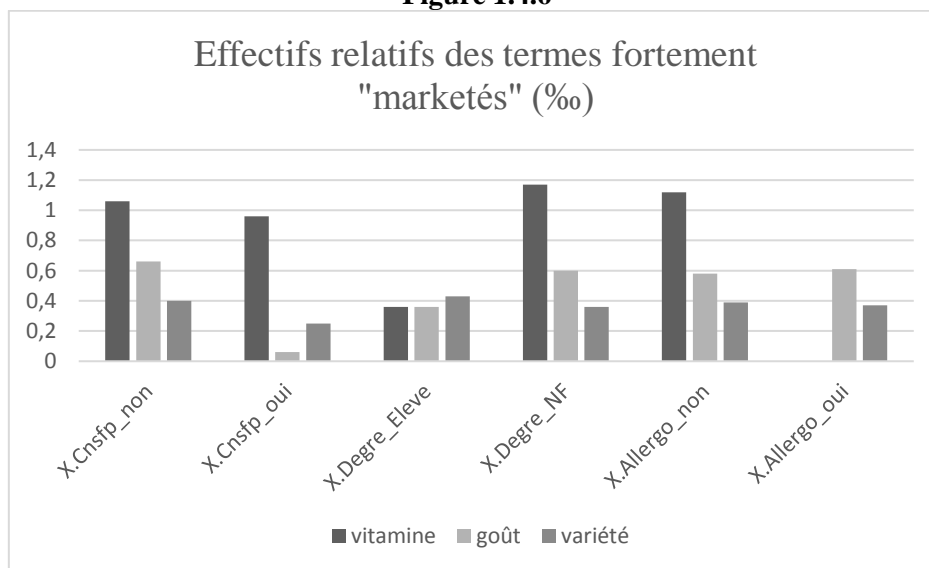


Figure 1.4.7

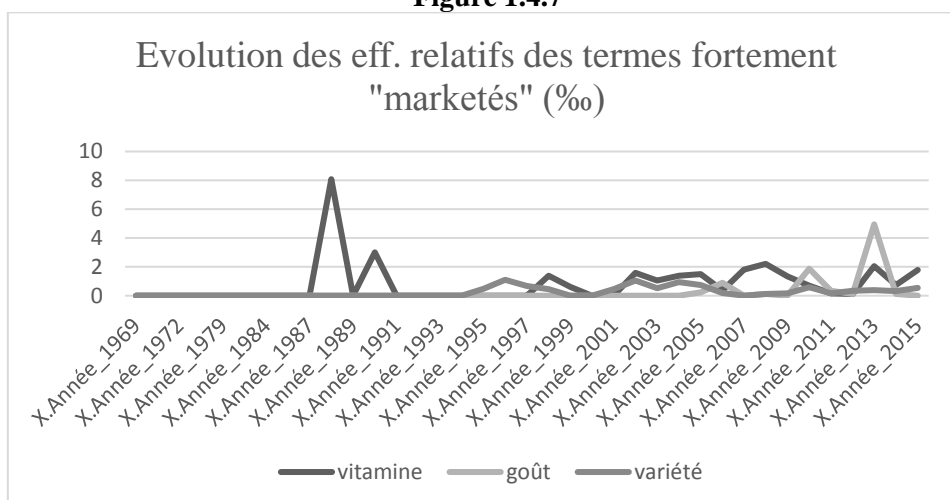


Tableau 1.4.2 Adhérents du SFAE

Adhérents du SFAE ¹	
Abott France	Milumel
Blédina	Nestlé France
Candia SA	Nutriben
Charles & Alice	Nutribio
Good Goût	Nutriset
Laboratoires Gilbert	Régilait
Lactalis Nutrition diététique	Sodilac
Lactalis Nutrition Santé	Vitagermine
Laiterie de Montaigu	Yabon SAS
Materna Opérations	Yooji

¹ <http://www.secteurfrancaisdesalimentsdelenfance.com/le-sfae/adherents/> (consulté le 21/02/2017).

4.5. Annexe du chapitre 4

4.5.1. Tableaux complémentaires du chapitre 4

4.5.1.1. Caractéristiques sociodémographiques des parents et suivi médical prévu

Tableau 4.5.1 Âge de la mère à la date de naissance de l'enfant ELFE (en années)

	Primipares	Multipares
Moyenne	28,8	32,2
Écart-type	4,8	4,7
Minimum	18,0	18,2
Quartile inférieur	25,5	29,1
Médiane	28,6	32,1
Quartile supérieur	31,7	35,4
Maximum	47,5	48,7
Effectif	8249	9813

Source : Elfe, 2011

Champ : ensemble des enquêtés ayant répondu aux questionnaires mobilisés (n=18062)

Tableau 4.5.2 Fréquence à laquelle les parents ont prévu le suivi médical de l'enfant avant sa naissance selon les caractéristiques sociodémographiques des parents

	Suivi médical de l'enfant prévu		
	Oui	Effectif	Test
PCS du père			
Ouvrier	78%	2834	0,001
Employé	76%	5778	
Indépendant	78%	1645	
Profession intermédiaire	74%	2138	
Cadre	73%	3553	
Diplôme de la mère			
Sans diplôme, CEP, BEPC	78%	1224	0,001
CAP, BEP, Bac professionnel	78%	4365	
Bac général	73%	969	
Bac+2	76%	3521	
> Bac+2	74%	5869	
Parité de la mère			
Primipare	62%	7294	0,001
Multipare	88%	8654	
Effectif		15948	

Source : Elfe, 2011

Champ : ensemble des enquêtés ayant répondu aux questionnaires mobilisés (n=15948)

4.5.1.2. Les plans de suivi médical contrariés

Tableau 4.5.3 Médecin initialement prévu lorsque l'enfant a vu un généraliste en 1^{ère} consultation selon les caractéristiques des parents

Médecin prévu pour le suivi de l'enfant		Pédiatre	Autre	Généraliste	Effectif
Médecin vu en première consultation		Généraliste	Généraliste	Généraliste	
Revenu fiscal médian par unité de consommation / ZE	13500-17844	11%	4%	43%	3887
	17845-19099	8%	5%	37%	3983
	19100-27500	7%	4%	25%	3624
PCS du père	Ouvrier	8%	7%	40%	2060
	Employé	9%	5%	37%	4172
	Indépendant	8%	5%	40%	1204
	Profession intermédiaire	9%	3%	33%	1541
	Cadre	8%	2%	27%	2518
Diplôme de la mère	Sans diplôme, CEP, BEPC	7%	10%	37%	842
	CAP, BEP, Bac professionnel	9%	6%	43%	3158
	Bac général	11%	5%	39%	666
	Bac+2	9%	3%	36%	2596
	> Bac+2	8%	3%	28%	4233
Parité de la mère	Primipare	10%	4%	34%	4299
	Multipare	8%	4%	36%	7196
Effectif		991	493	4045	11495

Source : Elfe, 2011

Tableau 4.5.4 Médecin initialement prévu lorsque l'enfant a vu un autre spécialiste en 1^{ère} consultation selon les caractéristiques des parents

Médecin prévu pour le suivi de l'enfant		Pédiatre	Autre	Généraliste	Effectif
Médecin vu en première consultation		Autre	Autre	Autre	
Revenu fiscal médian par unité de consommation / ZE	13500-17844	3%	3%	4%	3887
	17845-19099	4%	4%	4%	3983
	19100-27500	4%	6%	3%	3624
PCS du père	Ouvrier	4%	7%	5%	2060
	Employé	3%	5%	4%	4172
	Indépendant	4%	4%	3%	1204
	Profession intermédiaire	4%	3%	3%	1541
	Cadre	4%	3%	2%	2518
Diplôme de la mère	Sans diplôme, CEP, BEPC	6%	10%	5%	842
	CAP, BEP, Bac professionnel	3%	5%	5%	3158
	Bac général	3%	7%	3%	666
	Bac+2	4%	3%	3%	2596
	> Bac+2	4%	3%	3%	4233
Parité de la mère	Primipare	4%	3%	4%	4299
	Multipare	4%	5%	3%	7196
Effectif		436	500	401	11495

Source : Elfe, 2011

Tableau 4.5.5 Médecin initialement prévu lorsque l'enfant a vu un pédiatre en 1^{ère} consultation selon les caractéristiques des parents

Médecin prévu pour le suivi de l'enfant		Pédiatre	Autre	Généraliste	Effectif
Médecin vu en première consultation		Pédiatre	Pédiatre	Pédiatre	
Revenu fiscal médian par unité de consommation / ZE	13500-17844	26%	1%	6%	3887
	17845-19099	32%	1%	5%	3983
	19100-27500	43%	3%	5%	3624
PCS du père	Ouvrier	20%	2%	6%	2060
	Employé	30%	2%	5%	4172
	Indépendant	29%	1%	6%	1204
	Profession intermédiaire	38%	2%	5%	1541
	Cadre	48%	2%	4%	2518
Diplôme de la mère	Sans diplôme, CEP, BEPC	18%	2%	5%	842
	CAP, BEP, Bac professionnel	21%	2%	5%	3158
	Bac général	26%	2%	5%	666
	Bac+2	36%	2%	5%	2596
	> Bac+2	44%	2%	5%	4233
Parité de la mère	Primipare	32%	2%	7%	4299
	Multipare	34%	2%	4%	7196
Effectif		3821	215	593	11495

Source : Elfe, 2011

Tableau 4.5.6 Médecin initialement prévu lorsque l'enfant a vu un généraliste en 1^{ère} consultation selon le motif de la 1^{ère} consultation et la santé de l'enfant

Médecin prévu pour le suivi de l'enfant		Pédiatre	Autre	Généraliste	Effectif
Médecin vu en première consultation		Généraliste	Généraliste	Généraliste	
Motif de la première consultation :	début surveillance normale	62%	65%	82%	11537
	contrôle conseillé par maternité	27%	29%	32%	
	inquiétude de la mère	44%	48%	26%	
	problème de santé	27%	28%	15%	
Santé de l'enfant	En bonne santé	86%	85%	87%	10013
	Plutôt en bonne santé	13%	13%	12%	1403
	Plutôt en mauvaise santé	1%	1%	1%	82
	En mauvaise santé	1%	0%	0%	39
Effectif		995	493	4063	11537

Source : Elfe, 2011

Tableau 4.5.7 Médecin initialement prévu lorsque l'enfant a vu un autre spécialiste en 1^{ère} consultation selon le motif de la 1^{ère} consultation et la santé de l'enfant

Médecin prévu pour le suivi de l'enfant		Pédiatre	Autre	Généraliste	Effectif
Médecin vu en première consultation		Autre	Autre	Autre	
Motif de la première consultation :	début surveillance normale	84%	94%	87%	11537
	contrôle conseillé par maternité	52%	42%	52%	
	inquiétude de la mère	23%	14%	18%	
	problème de santé	10%	5%	9%	
Santé de l'enfant	En bonne santé	82%	87%	88%	10013
	Plutôt en bonne santé	16%	12%	10%	1403
	Plutôt en mauvaise santé	1%	1%	2%	82
	En mauvaise santé	1%	0%	0%	39
Effectif		439	502	402	11537

Source : Elfe, 2011

Tableau 4.5.8 Médecin initialement prévu lorsque l'enfant a vu un pédiatre en 1^{ère} consultation selon le motif de la 1^{ère} consultation et la santé de l'enfant

Médecin prévu pour le suivi de l'enfant		Pédiatre	Autre	Généraliste	Effectif
Médecin vu en première consultation		Pédiatre	Pédiatre	Pédiatre	
Motif de la première consultation :	début surveillance normale	90%	82%	85%	11537
	contrôle conseillé par maternité	40%	43%	45%	
	inquiétude de la mère	16%	28%	21%	
	problème de santé	10%	15%	11%	
Santé de l'enfant	En bonne santé	87%	82%	87%	10013
	Plutôt en bonne santé	12%	17%	12%	1403
	Plutôt en mauvaise santé	0%	.	0%	82
	En mauvaise santé	0%	0%	1%	39
Effectif		3835	214	594	11537

Source : Elfe, 2011

Tableau 4.5.9 Distribution sociale de la perception de la santé de l'enfant

	En bonne santé	Plutôt en bonne santé	Plutôt en mauvaise santé	En mauvaise santé	Effectif
PCS du père					
Ouvrier	87%	11%	1%	1%	2812
Employé	87%	12%	1%	0%	5743
Indépendant	87%	12%	1%	0%	1632
Profession intermédiaire	87%	12%	1%	0%	2159
Cadre	87%	12%	0%	0%	3605
Diplôme de la mère					
Sans diplôme, CEP, BEPC	88%	10%	1%	0%	1179
CAP, BEP, Bac professionnel	86%	13%	1%	0%	4321
Bac général	87%	12%	1%	0%	963
Bac+2	87%	12%	1%	0%	3545
> Bac+2	88%	11%	0%	0%	5943
Parité de la mère					
Primipare	89%	10%	0%	0%	7242
Multipare	85%	13%	1%	0%	8562

Source : Elfe, 2011

4.5.1.3. Distribution sociale des formes d'inquiétude (suite)

Tableau 4.5.10 Motifs d'inquiétude selon les caractéristiques des parents (ORL)

	Coliques	Rhume, rhinite, nez bouché	Problème respiratoire	Conjonctivite	Autre préoccupation	Effectif
PCS du père						
Ouvrier	36%	36%	16%	16%	16%	566
Employé	32%	32%	19%	16%	19%	1050
Indépendant	31%	31%	20%	14%	21%	251
Profession intermédiaire	32%	32%	16%	15%	20%	314
Cadre	31%	24%	14%	17%	18%	456
Test	ns	0,01	0,1	ns	ns	
Diplôme de la mère						
Sans diplôme, CEP, BEPC	38%	36%	18%	15%	18%	247
CAP, BEP, Bac professionnel	36%	35%	18%	14%	17%	837
Bac général	31%	27%	19%	16%	13%	145
Bac+2	32%	32%	18%	17%	19%	585
> Bac+2	29%	26%	16%	16%	21%	823
Test	0,02	0,05	ns	ns	0,1	
Parité de la mère						
Primipare	38%	22%	14%	15%	17%	1200
Multipare	28%	39%	20%	17%	19%	1437
Test	0,001	0,01	0,001	ns	ns	

Source : Elfe, 2011

Tableau 4.5.11 Motifs d'inquiétude selon les caractéristiques des parents (autres maladies)

	Muguet	Jaunisse	Fièvre	Malaise	Effectif
PCS du père					
Ouvrier	12%	4%	5%	1%	566
Employé	7%	6%	4%	2%	1050
Indépendant	6%	8%	4%	1%	251
Profession intermédiaire	6%	6%	4%	1%	314
Cadre	5%	7%	2%	1%	456
Test	0,001	ns	ns	ns	
Diplôme de la mère					
Sans diplôme, CEP, BEPC	13%	4%	6%	3%	247
CAP, BEP, Bac professionnel	10%	5%	4%	1%	837
Bac général	8%	6%	8%	1%	145
Bac+2	6%	5%	4%	2%	585
> Bac+2	5%	7%	4%	1%	823
Test	0,001	ns	ns	ns	
Parité de la mère					
Primipare	6%	6%	3%	1%	1200
Multipare	8%	5%	5%	2%	1437
Test	ns	ns	ns	ns	

Source : Elfe, 2011

4.5.1.4. Effets nets des caractéristiques socioéconomique des parents sur la forme du suivi médical de l'enfant

Tableau 4.5.12 Déterminants sociodémographiques de la forme du suivi médical des enfants (régression logistique)

	Un généraliste			
	Un autre spécialiste		Un pédiatre	
	Coefficient	Test	Coefficient	Test
Constante	-0.622 (0.128)		-0.505 (0.077)	
Revenu fiscal médian				
13500-17844	Réf.		Réf.	
17845-19099	0.352 (0.067)	<.0001	0.265 (0.045)	<.0001
19100-27500	0.818 (0.069)	<.0001	0.722 (0.047)	<.0001
Revenu du ménage	-0.000 (0.000)	<.0001	0.000 (0.000)	<.0001
PCS du père				
Ouvrier	-0.011 (0.099)	0.909	-0.436 (0.068)	<.0001
Employé	-0.311 (0.086)	0.0003	-0.250 (0.055)	<.0001
Indépendant	-0.494 (0.114)	<.0001	-0.359 (0.072)	<.0001
Profession intermédiaire	-0.269 (0.102)	0.008	-0.085 (0.064)	0.181
Cadre	Réf.		Réf.	
Diplôme de la mère				
≤ Bac+2	Réf.		Réf.	
> Bac+2	0.230 (0.065)	0.0004	0.411 (0.042)	<.0001
Parité de la mère				
Primipare	-0.103 (0.055)	0.059	0.113 (0.037)	0.002
Multipare	Réf.		Réf.	
Motif 1ère consultation				
Inquiétude de la mère	-0.826 (0.068)	<.0001	-0.713 (0.043)	<.0001
Autre(s)	Réf.		Réf.	
N	14865			
-2 Log L				
Constante seulement	29031.708			
Constante et variables indépendantes	27447.494			
ddl	22			
P	<.0001			

6.4. Annexe du chapitre 6

6.4.1. Tableaux complémentaires pour l'analyse des effets d'un risque allergique accru

Tableau 6.4.1 Distribution des modèles de puériculture des mères selon le risque allergique des enfants

Modèle de puériculture de la mère	Risque allergique	%	Effectif
Pragmatique	non	75,50%	2237
	oui	24,50%	726
Savant	non	70,21%	370
	oui	29,79%	157
Familial	non	73,47%	349
	oui	26,53%	126
Opportuniste	non	72,92%	1330
	oui	27,08%	494

Source : Elfe, 2011.

Tableau 6.4.2 Effets des caractéristiques sociales des parents et du risque allergique des enfants sur l'introduction des mg végétales dans l'alimentation des enfants (synthèse des modèles log-linéaires)

Modèle	Ddl	L2 (test)	Dissimilarity index	BIC
{PDMA, H}	47	213,8052 (0,0000)	7,94%	-193,3894
{PDMA, AH}	46	203,4450 (0,0000)	7,83%	-195,0859
{PDMA, PH}	45	146,9378 (0,0000)	6,04%	-242,9293
{PDMA, DH}	46	94,8564 (0,0000)	4,27%	-303,6745
{PDMA, MH}	44	191,4023 (0,0000)	7,74%	-189,8012
{PDMA, PH, DH}	44	73,3210 (0,0036)	4,07%	-307,8824
{PDMA, PH, MH}	42	123,4058 (0,0000)	5,81%	-240,4702
{PDMA, PH, AH}	44	137,8203 (0,0000)	5,85%	-243,3831
{PDMA, DH, MH}	43	75,6023 (0,0016)	4,14%	-296,9375
{PDMA, DH, AH}	45	86,5344 (0,0002)	4,23%	-303,3328
{PDMA, MH, AH}	43	182,0967 (0,0000)	7,54%	-190,4431
{PDMA, PH, DH, MH}	41	52,8079 (0,1023)	3,34%	-302,4044
{PDMA, PH, DH, AH}	43	65,3598 (0,0155)	3,95%	-307,18
{PDMA, PH, MH, AH}	41	115,2820 (0,0000)	5,64%	-239,9303
{PDMA, DH, MH, AH}	42	68,1103 (0,0066)	4,08%	-295,7657
{PDMA, PH, DH, MH, AH}	40	45,6738 (0,2481)	3,09%	-300,8748
{PDMA, PAH, DMH}	35	43,6577 (0,1496)	3,01%	-259,5723
{PDMA, DAH, PMH}	33	35,7295 (0,3414)	2,33%	-250,1731
{PDMA, PDH, MAH}	35	37,1453 (0,3704)	2,88%	-266,0848
{PDMAH}	.	.	.	.

Source : Elfe, 2011.

Tableau 6.4.3 Effets des caractéristiques sociales des parents et du risque allergique des enfants sur l'introduction des mg animales dans l'alimentation des enfants (synthèse des modèles log-linéaires)

Modèle	Ddl	L2 (test)	Dissimilarity index	BIC
{PDMA, B}	47	58,5129 (0,1210)	3,24%	-348,6817
{PDMA, PB}	45	57,1060 (0,1064)	3,20%	-332,7612
{PDMA, DB}	46	57,2774 (0,1231)	3,14%	-341,2535
{PDMA, MB}	44	46,7698 (0,3594)	2,48%	-334,4336
{PDMA, AB}	46	58,2856 (0,1057)	3,25%	-340,2453
{PDMA, PB, DB}	44	54,5108 (0,1331)	3,17%	-326,6926
{PDMA, PB, MB}	42	45,2469 (0,3380)	2,47%	-318,6291
{PDMA, PB, AB}	44	56,9068 (0,0917)	3,16%	-324,2966
{PDMA, DB, MB}	43	45,5264 (0,3673)	2,45%	-327,0133
{PDMA, DB, AB}	45	57,0129 (0,1080)	3,13%	-332,8542
{PDMA, MB, AB}	43	46,6090 (0,3263)	2,48%	-325,9307
{PDMA, PB, DB, MB}	41	42,5760 (0,4031)	2,29%	-312,6363
{PDMA, PB, DB, AB}	43	54,2728 (0,1163)	3,13%	-318,2669
{PDMA, DB, MB, AB}	42	45,3359 (0,3346)	2,46%	-318,5401
{PDMA, PB, MB, AB}	41	45,1106 (0,3041)	2,49%	-310,1017
{PDMA, PB, DB, MB, AB}	40	42,4094 (0,3675)	2,29%	-304,1392
{PDMA, PDB, MAB}	35	38,2202 (0,3253)	2,04%	-265,0099
{PDMA, PMB, DAB}	33	35,5543 (0,3489)	2,23%	-250,3482
{PDMA, PAB, DMB}	35	39,1023 (0,2907)	2,20%	-264,1277
{PDMAB}	.	.	.	.

Source : Elfe, 2011.

Tableau 6.4.4 Effets des caractéristiques sociales des parents et du risque allergique des enfants sur l'introduction du sucre dans l'alimentation des enfants (synthèse des modèles log-linéaires)

Modèle	Ddl	L2 (test)	Dissimilarity index	BIC
{PDMA, S}	47	63,9451 (0,0505)	3,36%	-343,2495
{PDMA, AS}	46	62,2667 (0,0551)	3,36%	-336,2642
{PDMA, PS}	45	60,0991 (0,0655)	2,94%	-329,7681
{PDMA, DS}	46	48,2089 (0,3836)	2,61%	-350,322
{PDMA, MS}	44	54,9693 (0,1242)	3,21%	-326,2342
{PDMA, PS, DS}	44	47,6614 (0,3261)	2,59%	-333,5421
{PDMA, PS, MS}	42	51,5310 (0,1488)	2,82%	-312,3451
{PDMA, PS, AS}	44	58,5502 (0,0699)	2,92%	-322,6532
{PDMA, DS, MS}	43	40,4268 (0,5835)	2,44%	-332,113
{PDMA, DS, AS}	45	46,8501 (0,3965)	2,54%	-343,0171
{PDMA, MS, AS}	43	53,4342 (0,1323)	3,24%	-319,1056
{PDMA, PS, DS, MS}	41	39,9304 (0,5181)	2,42%	-315,2819
{PDMA, PS, DS, AS}	43	46,3277 (0,3367)	2,51%	-326,2121
{PDMA, DS, MS, AS}	42	39,1682 (0,5960)	2,41%	-324,7078
{PDMA, PS, MS, AS}	41	50,1121 (0,1556)	2,81%	-305,1002
{PDMA, PS, DS, MS, AS}	40	38,6946 (0,5290)	2,40%	-307,854
{PDMA, PDS, MAS}	35	33,0586 (0,5621)	2,06%	-270,1714
{PDMA, PMS, DAS}	33	33,9378 (0,4222)	2,34%	-251,9648
{PDMA, PAS, DMS}	35	35,7664 (0,4323)	2,44%	-267,4637
{PDMAS}	.	.	.	.

Source : Elfe, 2011.

Tableau 6.4.5 Effets des caractéristiques sociales des parents et du risque allergique des enfants sur l'introduction du sucre dans l'alimentation des enfants (synthèse des modèles log-linéaires)

Modèle	Ddl	L2 (test)	Dissimilarity index	BIC
{PDMA, T}	47	95,1790 (0,0000)	3,81%	-312,0156
{PDMA, AT}	46	94,3626 (0,0000)	3,73%	-304,1683
{PDMA, PT}	45	81,5823 (0,0007)	3,03%	-308,2849
{PDMA, DT}	46	63,0070 (0,0485)	2,36%	-335,5239
{PDMA, MT}	44	80,4343 (0,0007)	3,64%	-300,7692
{PDMA, PT, DT}	44	59,3622 (0,0609)	2,41%	-321,8412
{PDMA, PT, MT}	42	67,2347 (0,0080)	2,88%	-296,6414
{PDMA, PT, AT}	44	80,9083 (0,0006)	2,97%	-300,2952
{PDMA, DT, MT}	43	50,6899 (0,1962)	2,22%	-321,8498
{PDMA, DT, AT}	45	62,4924 (0,0431)	2,37%	-327,3747
{PDMA, MT, AT}	43	79,8237 (0,0005)	3,58%	-292,7161
{PDMA, PT, DT, MT}	41	47,0005 (0,2402)	2,15%	-308,2118
{PDMA, PT, DT, AT}	43	58,8765 (0,0540)	2,37%	-313,6632
{PDMA, DT, MT, AT}	42	50,3101 (0,1776)	2,26%	-313,5659
{PDMA, PT, MT, AT}	41	66,7401 (0,0067)	2,86%	-288,4722
{PDMA, PT, DT, MT, AT}	40	46,6454 (0,2180)	2,16%	-299,9032
{PDMA, PDT, MAT}	35	43,5589 (0,1520)	2,10%	-259,6711
{PDMA, PMT, DAT}	33	40,6151 (0,1700)	2,01%	-245,2875
{PDMA, PAT, DMT}	35	40,3892 (0,2443)	1,86%	-262,8408
{PDMAT}	.	.	.	.

Source : Elfe, 2011.

Tableau 6.4.6 Association entre le risque allergique des enfants et l'initiation de la diversification à 4 mois selon le style de vie du ménage

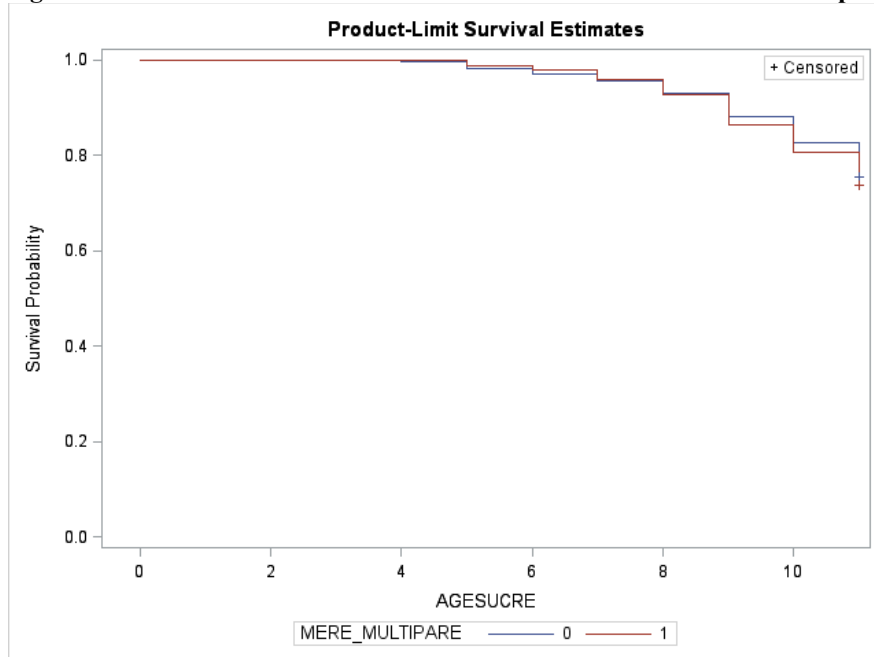
PCS du père	Risque allergique	Diversification dès 4 mois	Effectif	Test
Ouvrier ou Indépendant	non	56,20%	1509	ns
	oui	54,37%	412	
Employé ou Prof. Inter.	non	52,20%	3525	ns
	oui	49,50%	1212	
Cadre	non	41,88%	1910	0,05
	oui	37,55%	719	

Source : Elfe, 2011.

6.4.2. Graphiques complémentaires à l'analyse des effets de l'avancement en âge de l'enfant

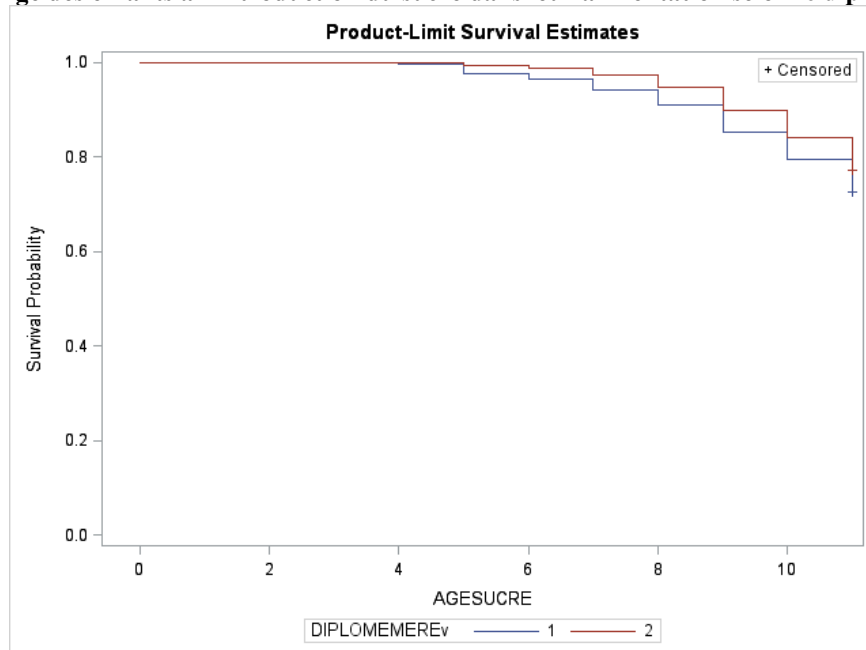
On présente ici les courbes de Kaplan-Meier qui permettent de se représenter la manière dont les caractéristiques des parents, de la mère en particulier, influencent l'ajustement de l'alimentation de l'enfant à son âge.

Figure 6.4.1 Age des enfants à l'introduction du sucre dans leur alimentation selon la parité des mères



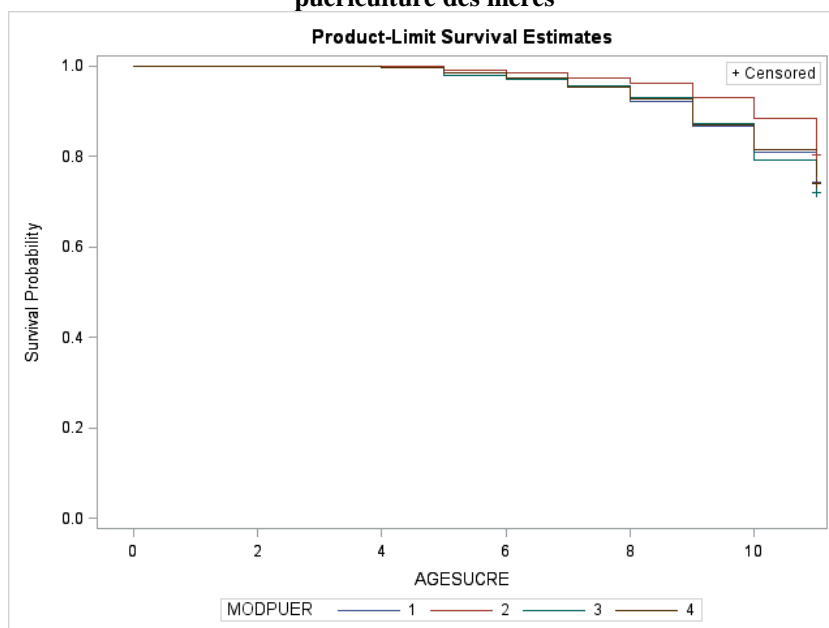
Source : Elfe, 2011.

Figure 6.4.2 Age des enfants à l'introduction du sucre dans leur alimentation selon le diplôme des mères



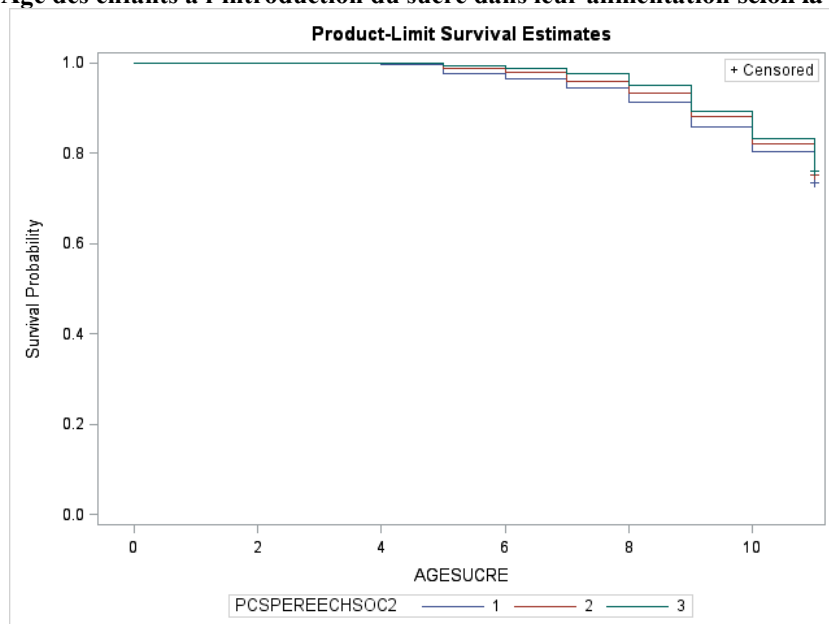
Source : Elfe, 2011.

Figure 6.4.3 Age des enfants à l'introduction du sucre dans leur alimentation selon le modèle de puériculture des mères



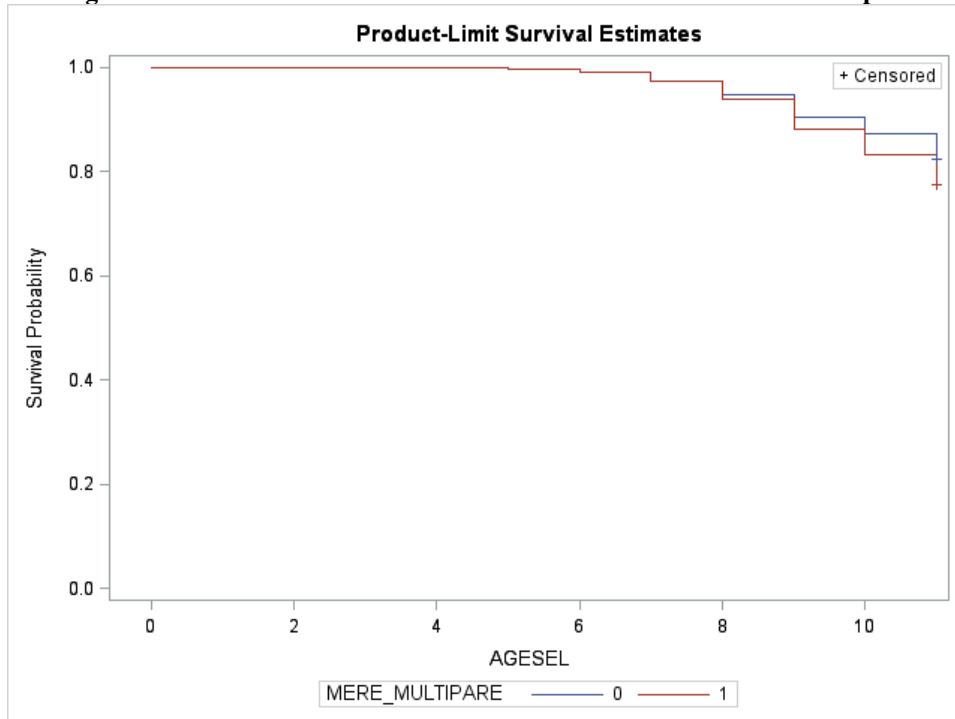
Source : Elfe, 2011.

Figure 6.4.4 Age des enfants à l'introduction du sucre dans leur alimentation selon la PCS des pères



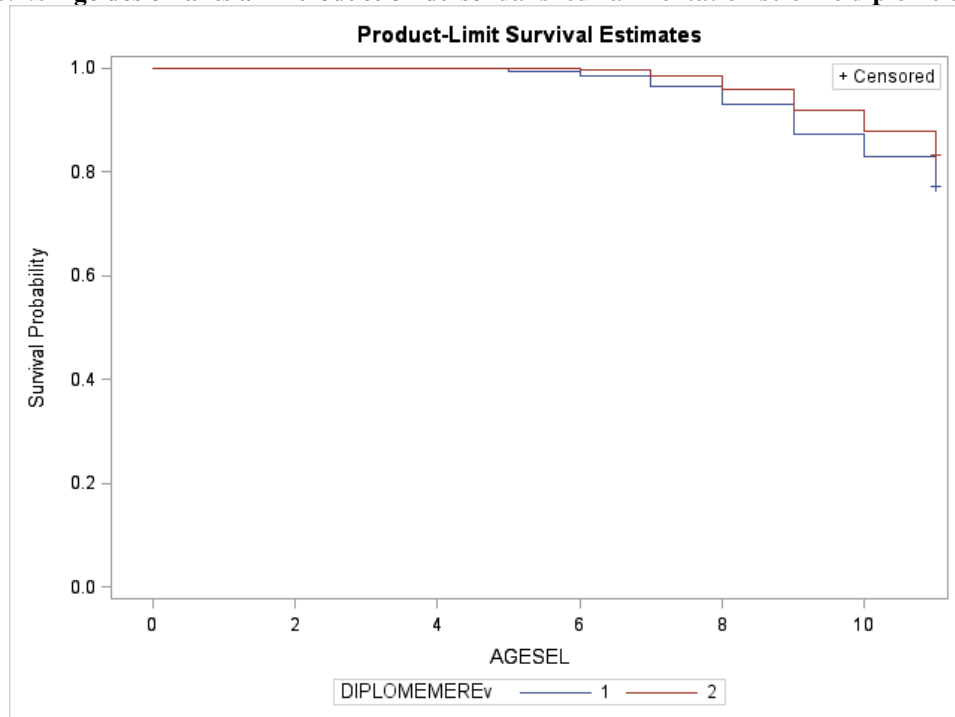
Source : Elfe, 2011.

Figure 6.4.5 Age des enfants à l'introduction du sel dans leur alimentation selon la parité des mères



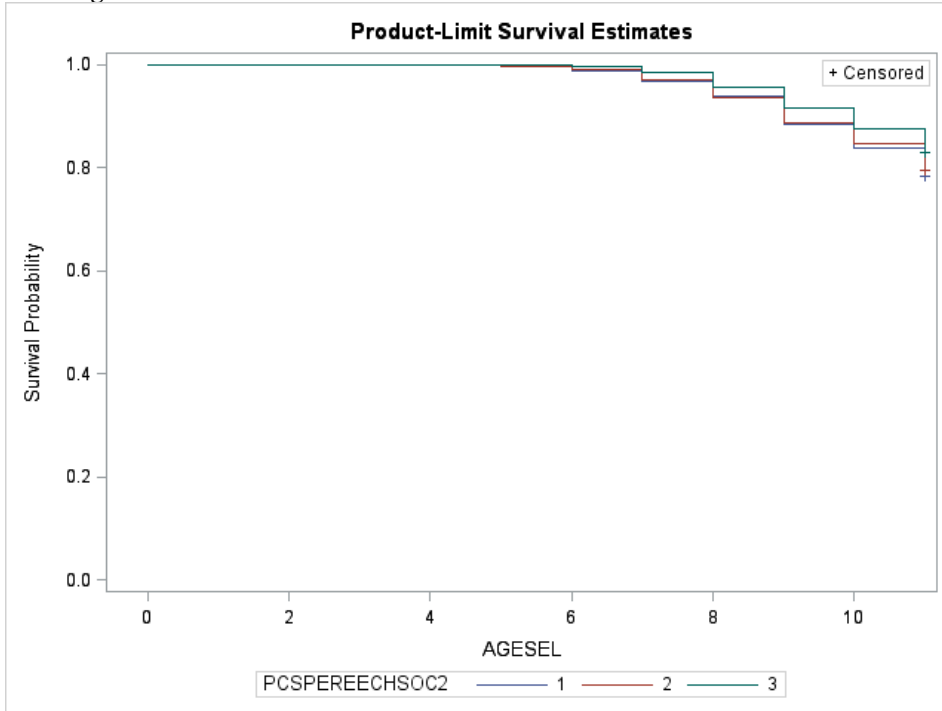
Source : Elfe, 2011.

Figure 6.4.6 Age des enfants à l'introduction du sel dans leur alimentation selon le diplôme des mères



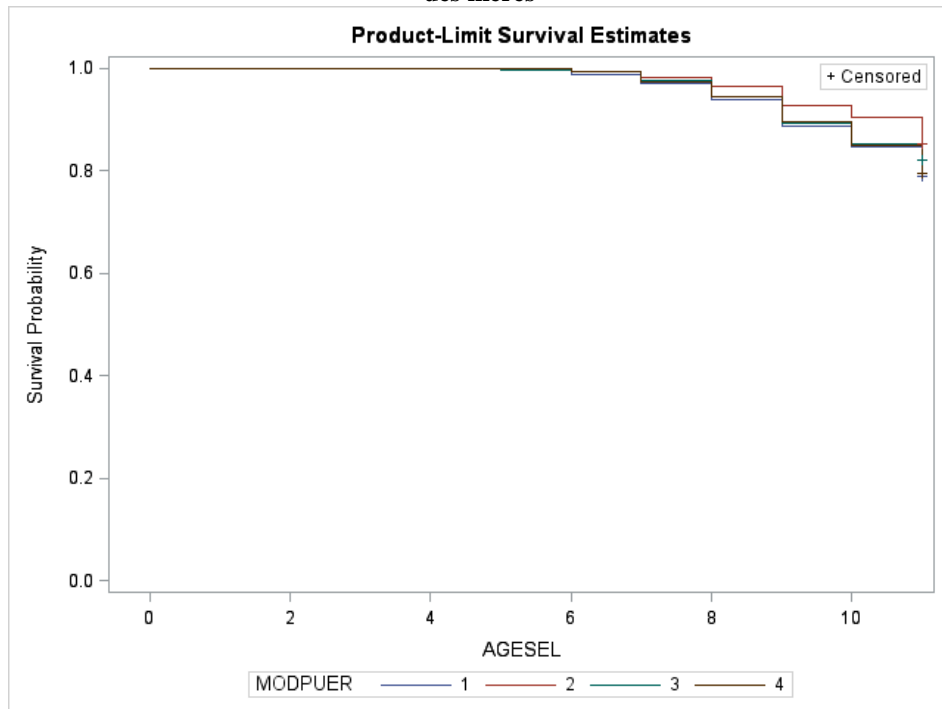
Source : Elfe, 2011.

Figure 6.4.7 Age des enfants à l'introduction du sel dans leur alimentation selon la PCS des pères



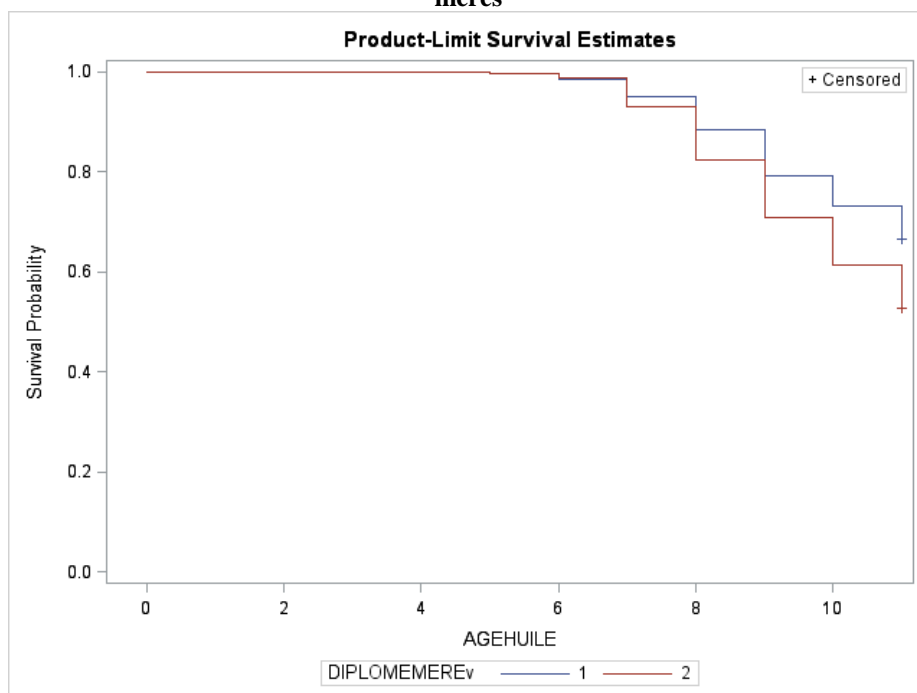
Source : Elfe, 2011.

Figure 6.4.8 Age des enfants à l'introduction du sel dans leur alimentation selon le modèle de puériculture des mères



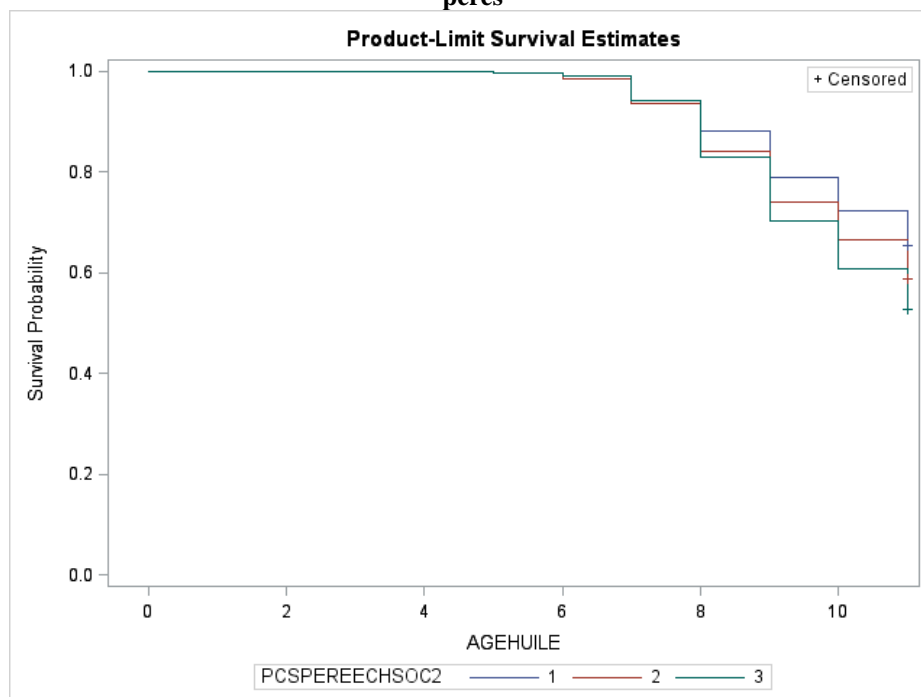
Source : Elfe, 2011.

Figure 6.4.9 Age des enfants à l'introduction des mg végétales dans leur alimentation selon le diplôme des mères



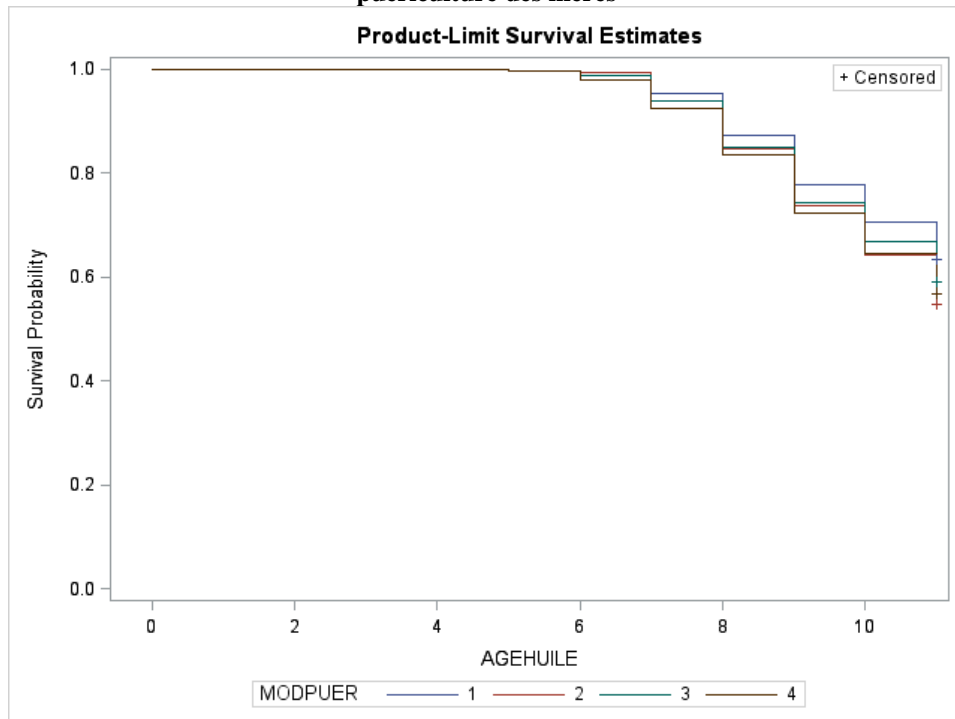
Source : Elfe, 2011.

Figure 6.4.10 Age des enfants à l'introduction des mg végétales dans leur alimentation selon la PCS des pères



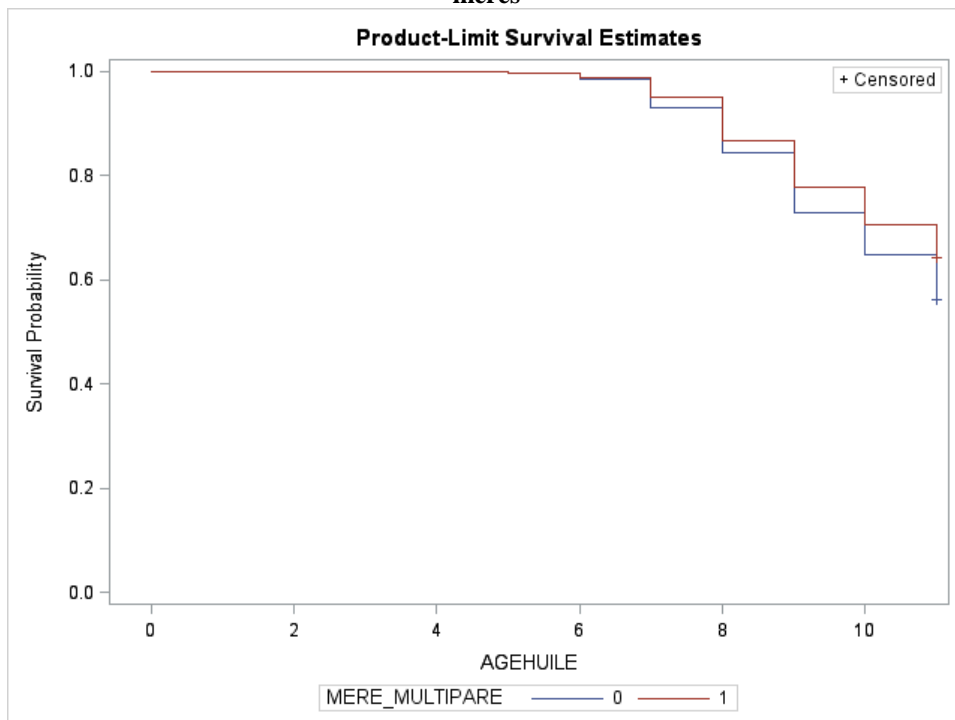
Source : Elfe, 2011.

Figure 6.4.11 Age des enfants à l'introduction des mg végétales dans leur alimentation selon le modèle de puériculture des mères



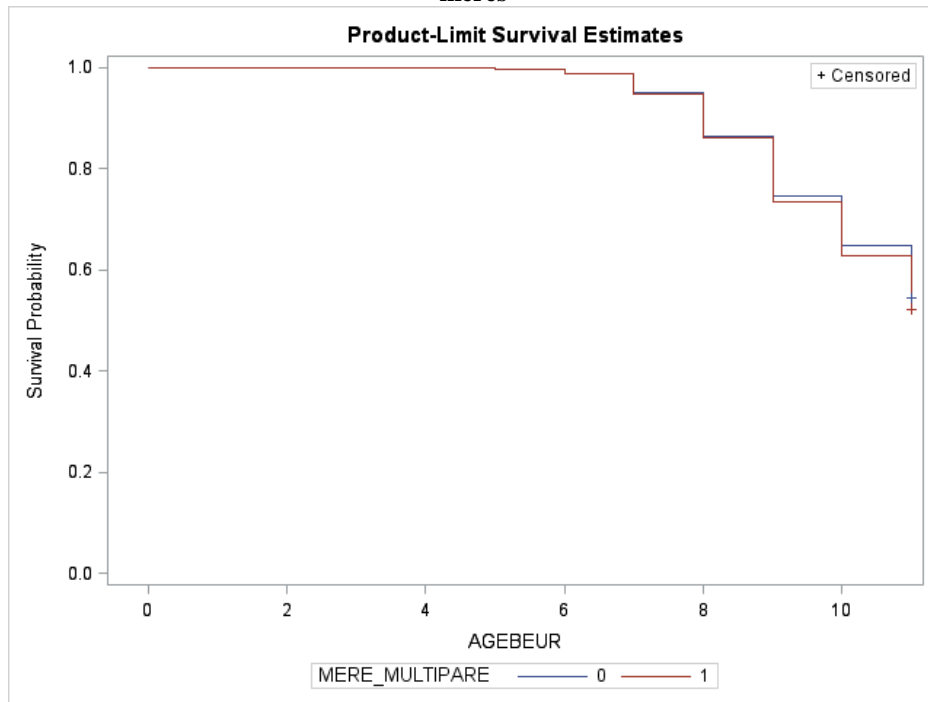
Source : Elfe, 2011.

Figure 6.4.12 Age des enfants à l'introduction des mg végétales dans leur alimentation selon la parité des mères



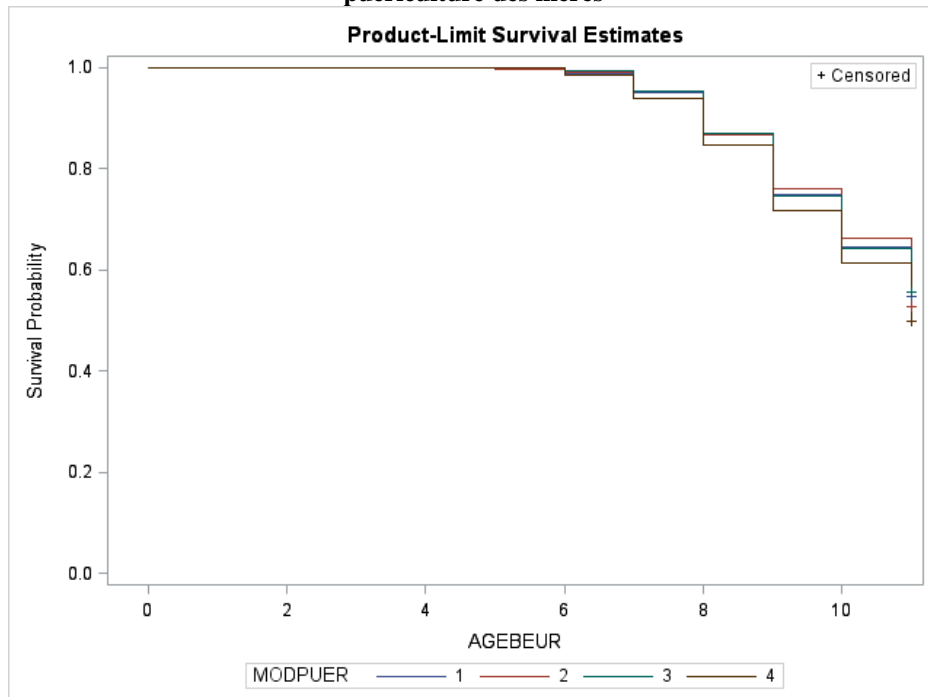
Source : Elfe, 2011.

Figure 6.4.13 Age des enfants à l'introduction des mg animales dans leur alimentation selon la parité des mères



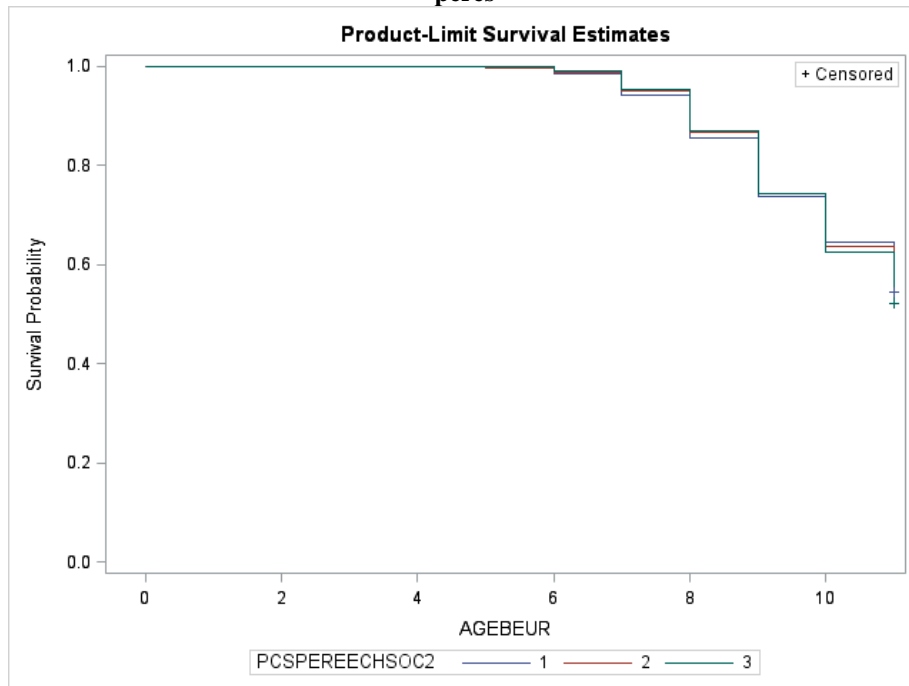
Source : Elfe, 2011.

Figure 6.4.14 Age des enfants à l'introduction des mg animales dans leur alimentation selon le modèle de puériculture des mères



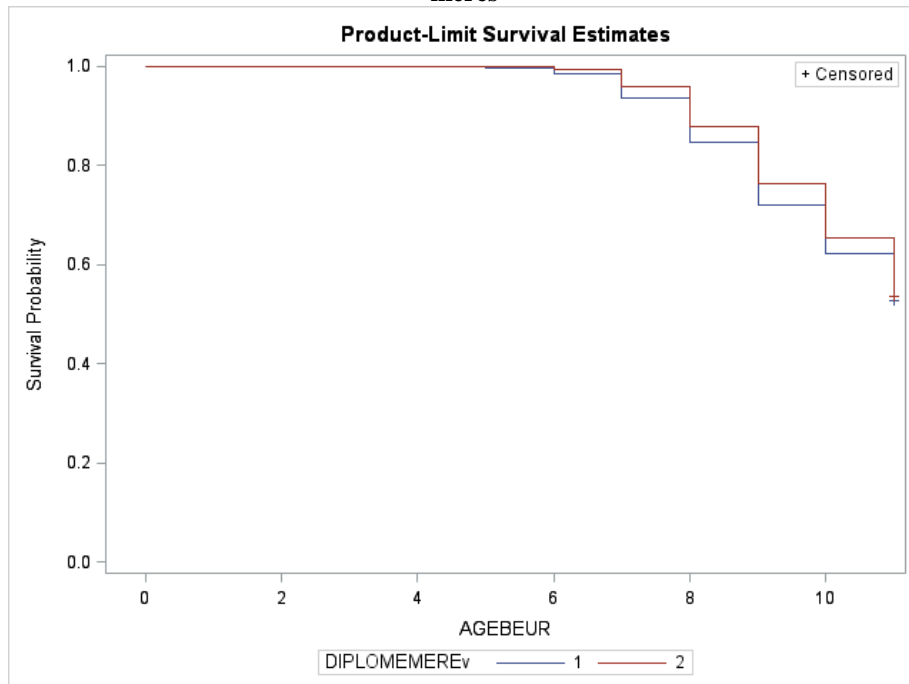
Source : Elfe, 2011.

Figure 6.4.15 Age des enfants à l'introduction des mg animales dans leur alimentation selon la PCS des pères



Source : Elfe, 2011.

Figure 6.4.16 Age des enfants à l'introduction des mg animales dans leur alimentation selon le diplôme des mères



Source : Elfe, 2011.

7.4. Annexe du chapitre 7

7.4.1. Tableaux complémentaires aux analyses des conditions sociales de sexualisation de la diversification alimentaire

Tableau 7.4.1 Effets des caractéristiques des parents et du sexe de l'enfant sur l'initiation de sa diversification (synthèse des modèles log-linéaires)

Modèle	Ddl	L2 (test)	Dissimilarity index	BIC
{PDMG, I}	47	309,3347 (0,0000)	9,06%	-102,6492
{PDMG, PI}	45	202,7525 (0,0000)	6,73%	-191,7002
{PDMG, DI}	46	124,7407 (0,0000)	5,40%	-278,4776
{PDMG, MI}	44	287,5112 (0,0000)	8,71%	-98,1759
{PDMG, GI}	46	292,2402 (0,0000)	9,08%	-110,9781
{PDMG, PI, DI}	44	90,6747 (0,0000)	4,43%	-295,0123
{PDMG, PI, MI}	42	184,7419 (0,0000)	6,54%	-183,414
{PDMG, PI, GI}	44	184,9073 (0,0000)	6,78%	-200,7798
{PDMG, DI, MI}	43	103,8679 (0,0000)	4,79%	-273,0535
{PDMG, DI, GI}	45	108,5081 (0,0000)	4,94%	-285,9445
{PDMG, MI, GI}	43	270,5695 (0,0000)	8,69%	-106,352
{PDMG, PI, DI, MI}	41	71,8057 (0,0021)	3,70%	-287,5845
{PDMG, PI, DI, GI}	43	73,9025 (0,0023)	3,71%	-303,019
{PDMG, PI, MI, GI}	41	167,0851 (0,0000)	6,61%	-192,3051
{PDMG, DI, MI, GI}	42	87,9166 (0,0000)	4,64%	-280,2392
{PDMG, PI, DI, MI, GI}	40	55,3112 (0,0543)	2,78%	-295,3133
{PDMG, PDI, MGI}	35	54,6246 (0,0184)	2,78%	-252,1719
{PDMG, PMI, DGI}	33	41,7923 (0,1402)	2,64%	-247,473
{PDMG, PGI, DMI}	35	43,7608 (0,1471)	2,44%	-263,0357
{PDMGI}	.	.	.	.

Source : Elfe, 2011.

Tableau 7.4.2 Effets des caractéristiques des parents et du sexe de l'enfant sur l'introduction des mg végétales (synthèse des modèles log-linéaires)

Modèle	Ddl	L2 (test)	Dissimilarity index	BIC
{PDMG, H}	47	223,8023 (0,0000)	7,94%	-188,1816
{PDMG, PH}	45	150,1884 (0,0000)	6,20%	-244,2642
{PDMG, DH}	46	97,5884 (0,0000)	4,41%	-305,6298
{PDMG, MH}	44	194,5048 (0,0000)	7,57%	-191,1823
{PDMG, GH}	46	222,1154 (0,0000)	7,92%	-181,1029
{PDMG, PH, DH}	44	73,7934 (0,0033)	4,00%	-311,8937
{PDMG, PH, MH}	42	119,8174 (0,0000)	5,77%	-248,3385
{PDMG, PH, GH}	44	148,5936 (0,0000)	6,05%	-237,0934
{PDMG, DH, MH}	43	72,4904 (0,0033)	4,01%	-304,431
{PDMG, DH, GH}	45	95,4889 (0,0000)	4,50%	-298,9638
{PDMG, MH, GH}	43	193,0402 (0,0000)	7,55%	-183,8812
{PDMG, PH, DH, MH}	41	47,2577 (0,2322)	2,93%	-312,1325
{PDMG, PH, DH, GH}	43	71,8125 (0,0038)	3,89%	-305,1089
{PDMG, PH, MH, GH}	41	118,4418 (0,0000)	5,66%	-240,9484
{PDMG, DH, MH, GH}	42	70,6219 (0,0037)	3,95%	-297,5339
{PDMG, PH, DH, MH, GH}	40	45,5118 (0,2534)	2,92%	-305,1128
{PDMG, PDH, MGH}	35	39,7640 (0,2662)	2,69%	-267,0326
{PDMG, PMH, DGH}	33	37,9988 (0,2521)	2,53%	-251,2665
{PDMG, PGH, DMH}	35	42,9806 (0,1665)	2,82%	-263,8159
{PDMGH}	.	.	.	.

Source : Elfe, 2011.

Tableau 7.4.3 Effets des caractéristiques des parents et du sexe de l'enfant sur l'introduction des mg animales (synthèse des modèles log-linéaires)

Modèle	Ddl	L2 (test)	Dissimilarity index	BIC
{PDMG, B}	47	52,4267 (0,2717)	3,51%	-359,5572
{PDMG, PB}	45	50,3641 (0,2696)	3,32%	-344,0886
{PDMG, DB}	46	51,7538 (0,2593)	3,54%	-351,4644
{PDMG, MB}	44	38,9776 (0,6863)	2,71%	-346,7094
{PDMG, GB}	46	51,5144 (0,2669)	3,43%	-351,7039
{PDMG, PB, DB}	44	48,6650 (0,2907)	3,31%	-337,0221
{PDMG, PB, MB}	42	36,8774 (0,6949)	2,57%	-331,2784
{PDMG, PB, GB}	44	49,4483 (0,2647)	3,28%	-336,2387
{PDMG, DB, MB}	43	38,1942 (0,6795)	2,78%	-338,7272
{PDMG, DB, GB}	45	50,8602 (0,2539)	3,47%	-343,5925
{PDMG, MB, GB}	43	38,0952 (0,6836)	2,60%	-338,8263
{PDMG, PB, DB, MB}	41	34,9553 (0,7353)	2,61%	-324,4349
{PDMG, PB, DB, GB}	43	47,7872 (0,2845)	3,22%	-329,1343
{PDMG, PB, MB, GB}	41	35,9924 (0,6924)	2,47%	-323,3978
{PDMG, DB, MB, GB}	42	37,3334 (0,6757)	2,61%	-330,8224
{PDMG, PB, DB, MB, GB}	40	34,1129 (0,7317)	2,47%	-316,5117
{PDMG, PDB, MGB}	35	28,6910 (0,7654)	2,09%	-278,1055
{PDMG, PMB, DGB}	33	27,7666 (0,7252)	2,37%	-261,4986
{PDMG, PGB, DMB}	35	33,3677 (0,5470)	2,50%	-273,4288
{PDMGB}	.	.	.	.

Source : Elfe, 2011.

**Tableau 7.4.4 Effets des caractéristiques des parents et du sexe de l'enfant sur l'introduction du sucre
(synthèse des modèles log-linéaires)**

Modèle	Ddl	L2 (test)	Dissimilarity index	BIC
{PDMG, S}	47	71,2691 (0,0127)	3,34%	-340,7148
{PDMG, PS}	45	66,2970 (0,0210)	3,36%	-328,1557
{PDMG, DS}	46	50,0488 (0,3158)	2,88%	-353,1695
{PDMG, MS}	44	58,6144 (0,0692)	3,11%	-327,0726
{PDMG, GS}	46	66,8362 (0,0240)	3,33%	-336,3821
{PDMG, PS, DS}	44	49,4413 (0,2649)	2,82%	-336,2457
{PDMG, PS, MS}	42	54,2456 (0,0975)	3,12%	-313,9102
{PDMG, PS, GS}	44	61,8245 (0,0392)	3,22%	-323,8625
{PDMG, DS, MS}	43	39,1228 (0,6401)	2,69%	-337,7987
{PDMG, DS, GS}	45	45,8323 (0,4375)	2,65%	-348,6204
{PDMG, MS, GS}	43	54,0213 (0,1209)	3,05%	-322,9001
{PDMG, PS, DS, MS}	41	38,5684 (0,5792)	2,63%	-320,8218
{PDMG, PS, DS, GS}	43	45,2235 (0,3793)	2,63%	-331,6979
{PDMG, PS, MS, GS}	41	49,6190 (0,1673)	2,95%	-309,7712
{PDMG, DS, MS, GS}	42	34,7780 (0,7777)	2,51%	-333,3778
{PDMG, PS, DS, MS, GS}	40	34,2249 (0,7271)	2,49%	-316,3997
{PDMG, PDS, MGS}	35	31,4517 (0,6402)	2,31%	-275,3448
{PDMG, PMS, DGS}	33	30,9928 (0,5674)	2,36%	-258,2724
{PDMG, PGS, DMS}	35	29,9902 (0,7086)	2,18%	-276,8063
{PDMGS}	.	.	.	.

Source : Elfe, 2011.

**Tableau 7.4.5 Effets des caractéristiques des parents et du sexe de l'enfant sur l'introduction du sucre
(synthèse des modèles log-linéaires)**

Modèle	Ddl	L2 (test)	Dissimilarity index	BIC
{PDMG, T}	47	91,9490 (0,0001)	3,59%	-320,0349
{PDMG, PT}	45	76,2124 (0,0025)	3,07%	-318,2403
{PDMG, DT}	46	57,9084 (0,1119)	2,89%	-345,3099
{PDMG, MT}	44	77,0324 (0,0015)	3,36%	-308,6546
{PDMG, GT}	46	91,9321 (0,0001)	3,58%	-311,2862
{PDMG, PT, DT}	44	53,7258 (0,1494)	2,59%	-331,9612
{PDMG, PT, MT}	42	61,8826 (0,0245)	2,82%	-306,2732
{PDMG, PT, GT}	44	76,2027 (0,0019)	3,07%	-309,4844
{PDMG, DT, MT}	43	45,4295 (0,3711)	2,65%	-331,492
{PDMG, DT, GT}	45	57,8680 (0,0944)	2,89%	-336,5846
{PDMG, MT, GT}	43	77,0295 (0,0011)	3,36%	-299,8919
{PDMG, PT, DT, MT}	41	41,2615 (0,4592)	2,36%	-318,1287
{PDMG, PT, DT, GT}	43	53,6962 (0,1271)	2,61%	-323,2253
{PDMG, PT, MT, GT}	41	61,8820 (0,0191)	2,82%	-297,5082
{PDMG, DT, MT, GT}	42	45,4111 (0,3318)	2,66%	-322,7447
{PDMG, PT, DT, MT, GT}	40	41,2502 (0,4158)	2,38%	-309,3744
{PDMG, PDT, MGT}	35	39,1743 (0,2879)	2,41%	-267,6222
{PDMG, PMT, DGT}	33	35,7082 (0,3423)	2,16%	-253,5571
{PDMG, PGT, DMT}	35	31,3258 (0,6462)	1,71%	-275,4707
{PDMGT}	.	.	.	.

Source : Elfe, 2011.

7.4.2. Tableaux complémentaires aux analyses de l'effet de la division du travail domestique

Tableau 7.4.6 Personne chargée du repas (comparaison des réponses des parents)

D'après la mère	Personne chargée du repas					
	D'après le père					
	Toujours vous	Le plus souvent vous	Vous et votre conjointe	Le plus souvent votre conjointe	Toujours votre conjointe	Quelqu'un d'autre
Toujours vous	0,50%	1,18%	12,86%	48,03%	37,25%	0,12%
Le plus souvent vous	0,38%	3,72%	35,10%	50,78%	9,84%	0,15%
Vous et votre conjoint	2,05%	19,58%	57,19%	18,76%	2,25%	0,12%
Le plus souvent votre conjoint	17,67%	52,70%	25,39%	3,47%	0,54%	0,15%
Tjs votre conjoint	49,29%	39,86%	8,25%	1,65%	0,71%	0,24%
Quelqu'un d'autre	1,67%	11,67%	28,33%	28,33%	10,00%	20,00%
Effectif	540	1712	4123	4240	1678	29

Source : Elfe, 2011.

Tableau 7.4.7 Personne chargée du bricolage (comparaison des réponses des parents)

D'après la mère	Personne chargée du bricolage					
	D'après le père					
	Toujours vous	Le plus souvent vous	Vous et votre conjointe	Le plus souvent votre conjointe	Toujours votre conjointe	Quelqu'un d'autre
Toujours vous	0,81%	1,15%	7,53%	12,18%	10,16%	3,53%
Le plus souvent vous	0,61%	2,11%	11,47%	30,13%	13,28%	5,04%
Vous et votre conjoint	5,86%	15,76%	35,23%	17,95%	11,72%	12,59%
Le plus souvent votre conjoint	26,01%	35,16%	23,29%	14,10%	20,31%	16,62%
Tjs votre conjoint	63,51%	38,71%	11,70%	16,67%	39,06%	15,37%
Quelqu'un d'autre	2,20%	5,24%	8,11%	6,41%	3,91%	35,77%
Effectif	6923	3743	863	156	128	397

Source : Elfe, 2011.

Tableau 7.4.8 Personne chargée de la vaisselle (comparaison des réponses des parents)

	Personne chargée de la vaisselle					
	D'après le père					
	Toujours vous	Le plus souvent vous	Vous et votre conjointe	Le plus souvent votre conjointe	Toujours votre conjointe	Quelqu'un d'autre
D'après la mère						
Toujours vous	3,59%	3,07%	9,43%	36,22%	65,99%	10,09%
Le plus souvent vous	5,92%	11,01%	25,00%	37,13%	22,22%	21,10%
Vous et votre conjoint	34,65%	51,28%	57,62%	24,26%	9,43%	33,94%
Le plus souvent votre conjoint	37,52%	27,54%	5,97%	0,96%	1,18%	4,59%
Tjs votre conjoint	17,95%	6,36%	1,00%	0,38%	0,17%	0,92%
Quelqu'un d'autre	0,18%	0,70%	0,94%	1,01%	1,01%	29,36%
Effectif	557	2153	6820	2082	594	109

Source : Elfe, 2011.

Tableau 7.4.9 Personne chargée des courses (comparaison des réponses des parents)

	Personne chargée des courses					
	D'après la mère					
	Toujours vous	Le plus souvent vous	Vous et votre conjoint	Le plus souvent votre conjoint	Toujours votre conjoint	Quelqu'un d'autre
D'après le père						
Toujours vous	2,70%	2,42%	9,66%	37,86%	66,15%	11,76%
Le plus souvent vous	2,57%	6,93%	20,01%	38,21%	22,86%	14,71%
Vous et votre conjointe	15,83%	35,72%	58,78%	21,20%	8,79%	38,24%
Le plus souvent votre conjointe	37,07%	40,09%	9,34%	1,89%	1,43%	11,76%
Tjs votre conjointe	41,57%	14,33%	1,71%	0,38%	0,44%	2,94%
Quelqu'un d'autre	0,26%	0,37%	0,36%	0,38%	0,11%	20,59%
Effectif	777	2150	5847	2599	910	34

Source : Elfe, 2011.

Tableau 7.4.10 Personne chargée du ménage (comparaison des réponses des parents)

D'après la mère	Personne chargée du ménage					
	D'après le père					
	Toujours vous	Le plus souvent vous	Vous et votre conjointe	Le plus souvent votre conjointe	Toujours votre conjointe	Quelqu'un d'autre
Toujours vous	4,65%	4,60%	15,26%	40,64%	67,37%	6,99%
Le plus souvent vous	2,33%	9,64%	27,49%	37,29%	21,39%	12,61%
Vous et votre conjoint	31,16%	49,46%	49,65%	17,79%	8,54%	8,61%
Le plus souvent votre conjoint	36,74%	28,16%	3,77%	0,50%	0,42%	0,87%
Tjs votre conjoint	24,65%	5,03%	0,40%	0,11%	0,00%	0,12%
Quelqu'un d'autre	0,47%	3,10%	3,40%	3,62%	2,20%	69,91%
Effectif	215	934	5563	3620	1183	801

Source : Elfe, 2011.

Tableau 7.4.11 Division du travail domestique selon le niveau de diplôme de la mère

Qui effectue les petites réparations ?	Qui prépare les repas ?	Diplôme de la mère		Ensemble	Test
		≤ Bac+2	> Bac+2		
La mère	La mère	3,41%	2,58%	3,09%	0,001
	Les 2 parents	1,09%	0,98%	1,05%	
	Le père	0,49%	0,66%	0,55%	
	Une autre personne	0,02%	0,00%	0,01%	
Les 2 parents	La mère	6,80%	6,93%	6,85%	
	Les 2 parents	2,84%	3,39%	3,05%	
	Le père	1,41%	1,76%	1,55%	
	Une autre personne	0,04%	0,00%	0,03%	
Le père	La mère	47,12%	43,89%	45,88%	
	Les 2 parents	22,13%	21,29%	21,81%	
	Le père	9,53%	12,58%	10,70%	
	Une autre personne	0,28%	0,25%	0,27%	
Une autre personne	La mère	2,88%	3,55%	3,13%	
	Les 2 parents	0,92%	1,32%	1,07%	
	Le père	0,69%	0,73%	0,70%	
	Une autre personne	0,33%	0,09%	0,24%	
Effectif		9000	5612	14612	

Champ : enquêtés ayant répondu aux questions relatives à la répartition des tâches domestiques (n=14612)

Source : Elfe, 2011.

Tableau 7.4.12 Division du travail domestique selon la PCS du père

Qui effectue les petites réparations ?	Qui prépare les repas ?	PCS du père			Ensemble	Test
		Ouvrier ou employé	Indépendant ou PI	Cadre		
La mère	La mère	3,07%	2,84%	3,42%	3,09%	0,001
	Les 2 parents	1,05%	1,23%	0,85%	1,05%	
	Le père	0,48%	0,47%	0,80%	0,55%	
	Une autre personne	0,00%	0,03%	0,03%	0,01%	
Les 2 parents	La mère	6,42%	7,11%	7,54%	6,85%	
	Les 2 parents	3,07%	2,81%	3,27%	3,05%	
	Le père	1,52%	1,59%	1,56%	1,55%	
	Une autre personne	0,04%	0,03%	0,00%	0,03%	
Le père	La mère	46,98%	44,76%	44,59%	45,88%	
	Les 2 parents	22,61%	22,07%	19,75%	21,81%	
	Le père	10,10%	10,93%	11,82%	10,70%	
	Une autre personne	0,28%	0,36%	0,15%	0,27%	
Une autre personne	La mère	2,56%	3,29%	4,27%	3,13%	
	Les 2 parents	0,90%	1,31%	1,21%	1,07%	
	Le père	0,63%	0,95%	0,62%	0,70%	
	Une autre personne	0,30%	0,22%	0,12%	0,24%	
Effectif		7631	3588	3393	14612	

Champ : enquêtés ayant répondu aux questions relatives à la répartition des tâches domestiques (n=14612)

Source : Elfe, 2011.

7.4.3. Tableaux complémentaires aux analyses de l'effet de la division du travail de puériculture

Tableau 7.4.13 Personne en charge du bain de l'enfant Elfe selon les caractéristiques des parents

	Qui lave l'enfant ?				Effectif
	Tjs ou le plus souvent la mère	La mère et le père	Tjs ou le plus souvent le père	Tjs ou le plus souvent quelqu'un d'autre	
PCS du père					
Ouvrier ou employé	68,58%	25,91%	5,36%	0,15%	7762
Indépendant ou PI	65,74%	26,67%	7,37%	0,22%	3652
Cadre	61,10%	29,22%	9,53%	0,14%	3494
Test	0,001				
PCS de la mère					
Ouvrière	76,25%	19,73%	3,68%	0,33%	897
Employée	68,85%	25,61%	5,36%	0,18%	7033
Indépendante	69,95%	24,59%	5,46%	0,00%	549
Profession intermédiaire	62,93%	29,21%	7,72%	0,14%	3639
Cadre	59,46%	29,75%	10,65%	0,14%	2790
Test	0,001				
Diplôme de la mère					
≤ Bac+2	70,33%	24,41%	5,06%	0,20%	9163
> Bac+2	59,44%	30,79%	9,64%	0,12%	5745
Test	0,001				
Modèle de puériculture de la mère					
Pragmatique	68,92%	25,20%	5,70%	0,18%	7824
Savant	51,48%	35,16%	13,00%	0,36%	1115
Familial	62,03%	30,53%	7,30%	0,14%	1438
Opportuniste	66,23%	26,55%	7,11%	0,11%	4531
Test	0,001				

Source : Elfe, 2011.

Tableau 7.4.14 Personne en charge du coucher de l'enfant Elfe selon les caractéristiques des parents

	Qui couche l'enfant ?				Effectif
	Tjs ou le plus souvent la mère	La mère et le père	Tjs ou le plus souvent le père	Tjs ou le plus souvent quelqu'un d'autre	
PCS du père					
Ouvrier ou employé	56,02%	40,41%	3,44%	0,12%	7762
Indépendant ou PI	54,65%	41,29%	4,03%	0,03%	3652
Cadre	52,35%	42,50%	5,01%	0,14%	3494
Test	0,001				
PCS de la mère					
Ouvrière	58,75%	37,24%	3,90%	0,11%	897
Employée	56,70%	39,64%	3,53%	0,11%	7033
Indépendante	53,19%	43,17%	3,64%	0,00%	549
Profession intermédiaire	52,84%	42,65%	4,42%	0,08%	3639
Cadre	51,72%	43,69%	4,48%	0,11%	2790
Test	0,001				
Diplôme de la mère					
≤ Bac+2	56,43%	39,90%	3,54%	0,12%	9163
> Bac+2	52,25%	43,06%	4,61%	0,07%	5745
Test	0,001				
Modèle de puériculture de la mère					
Pragmatique	56,57%	39,98%	3,34%	0,12%	7824
Savant	45,02%	47,62%	7,26%	0,09%	1115
Familial	49,58%	45,48%	4,80%	0,14%	1438
Opportuniste	55,88%	40,10%	3,93%	0,07%	4531
Test	0,001				

Source : Elfe, 2011.

Tableau 7.4.15 Personne en charge d’emmener l’enfant Elfe chez le médecin selon les caractéristiques des parents

	Qui emmène l'enfant chez le médecin ?				Effectif
	Tjs ou le plus souvent la mère	La mère et le père	Tjs ou le plus souvent le père	Tjs ou le plus souvent quelqu'un d'autre	
PCS du père					
Ouvrier ou employé	60,47%	38,64%	0,75%	0,01%	7762
Indépendant ou PI	62,32%	36,94%	0,60%	0,00%	3652
Cadre	69,58%	29,91%	0,29%	0,00%	3494
Test	0,001				
PCS de la mère					
Ouvrière	52,40%	45,93%	1,34%	0,00%	897
Employée	62,04%	37,14%	0,70%	0,00%	7033
Indépendante	64,85%	33,70%	1,09%	0,18%	549
Profession intermédiaire	63,75%	35,81%	0,38%	0,00%	3639
Cadre	67,81%	31,58%	0,32%	0,00%	2790
Test	0,001				
Diplôme de la mère					
≤ Bac+2	61,40%	37,68%	0,75%	0,01%	9163
> Bac+2	65,71%	33,77%	0,37%	0,00%	5745
Test	0,001				
Modèle de puériculture de la mère					
Pragmatique	65,78%	33,45%	0,61%	0,00%	7824
Savant	58,92%	40,45%	0,36%	0,00%	1115
Familial	55,49%	43,60%	0,63%	0,00%	1438
Opportuniste	61,77%	37,48%	0,64%	0,02%	4531
Test	0,001				

Source : Elfe, 2011.

Tableau 7.4.16 Division du travail de puériculture selon le sexe de l'enfant

Qui couche, lave et emmène chez le médecin l'enfant ?	Sexe de l'enfant		Effectif
	G	F	
La mère	51,04%	48,96%	3278
Les deux parents	52,05%	47,95%	1416
La mère (+) ou les deux parents (-)	50,59%	49,41%	2698
Les deux parents (+) ou la mère (-)	52,66%	47,34%	2066
Les deux parents ou le père	50,17%	49,83%	293
La mère (+) ou le père (-)	53,18%	46,82%	346
Le père (+) ou la mère (-)	46,27%	53,73%	67
Une autre personne	56,25%	43,75%	16
Ensemble	51,41%	48,59%	10180

Source : Elfe, 2011.

8.5. Annexe du chapitre 8

Tableau 8.5.1 Effets des caractéristiques des parents et de l'alimentation de la mère sur l'introduction de mg végétales dans le régime de l'enfant (synthèse des modèles log-linéaires)

Modèle	L2 (test)	Dissimilarity Index	DDL	BIC
{PDMA,H}	394,3252 (0,0000)	9,92%	71	-220,5528
{PDMA,PH}	325,4566 (0,0000)	8,81%	69	-272,1009
{PDMA,DH}	275,4516 (0,0000)	8,02%	70	-330,7662
{PDMA,MH}	372,1026 (0,0000)	9,68%	68	-216,7947
{PDMA,AH}	167,2831 (0,0000)	6,32%	69	-430,2744
{PDMA,PH,DH}	252,6816 (0,0000)	7,69%	68	-336,2157
{PDMA,PH,MH}	302,2918 (0,0000)	8,34%	66	-269,285
{PDMA,PH,AH}	140,8948 (0,0000)	5,45%	67	-439,3422
{PDMA,DH,MH}	256,4519 (0,0000)	7,74%	67	-323,7851
{PDMA,DH,AH}	106,3015 (0,0021)	4,55%	68	-482,5958
{PDMA,MH,AH}	147,6850 (0,0000)	6,05%	66	-423,8918
{PDMA,PH,DH,MH}	232,5728 (0,0000)	7,13%	65	-330,3438
{PDMA,PH,DH,AH}	97,8687 (0,0066)	4,29%	66	-473,7081
{PDMA,DH,MH,AH}	88,4700 (0,0281)	4,11%	65	-474,4465
{PDMA,PH,MH,AH}	120,4135 (0,0000)	5,02%	64	-433,8428
{PDMA,PH,DH,MH,AH}	79,3879 (0,0796)	3,67%	63	-466,2081
{PDMA,PDH,MAH}	68,8754 (0,0989)	3,39%	55	-407,4385
{PDMA,PMH,DAH}	69,1245 (0,0954)	3,36%	55	-407,1895
{PDMA,DMH,PAH}	75,4469 (0,0426)	3,46%	56	-409,5273
{PDMAH}	.	.	.	.

Source : Elfe, 2011.

Tableau 8.5.2 Effets des caractéristiques des parents et de l'alimentation de la mère sur l'introduction de mg animales dans le régime de l'enfant (synthèse des modèles log-linéaires)

Modèle	L2 (test)	Dissimilarity Index	DDL	BIC
{PDMA,B}	100,9368 (0,0113)	5,27%	71	-513,9413
{PDMA,PB}	98,0929 (0,0122)	5,00%	69	-499,4646
{PDMA,DB}	100,3631 (0,0101)	5,30%	70	-505,8547
{PDMA,MB}	90,2150 (0,0371)	4,67%	68	-498,6823
{PDMA,AB}	78,0242 (0,2138)	4,75%	69	-519,5333
{PDMA,PB,DB}	96,7856 (0,0125)	5,02%	68	-492,1117
{PDMA,PB,MB}	87,3564 (0,0404)	4,44%	66	-484,2203
{PDMA,PB,AB}	76,1490 (0,2078)	4,56%	67	-504,088
{PDMA,DB,MB}	89,6131 (0,0340)	4,65%	67	-490,6239
{PDMA,DB,AB}	74,4024 (0,2778)	4,56%	68	-514,4949
{PDMA,MB,AB}	68,2777 (0,3998)	4,28%	66	-503,2991
{PDMA,PB,DB,MB}	85,9623 (0,0420)	4,39%	65	-476,9542
{PDMA,PB,DB,AB}	72,3946 (0,2752)	4,39%	66	-499,1822
{PDMA,MB,DB,AB}	64,7088 (0,4869)	4,10%	65	-498,2077
{PDMA,PB,MB,AB}	66,4806 (0,3916)	4,18%	64	-487,7757
{PDMA,PB,DB,MB,AB}	62,6787 (0,4877)	4,00%	63	-482,9173
{PDMA,PDB,MAB}	54,7205 (0,4853)	3,62%	55	-421,5935
{PDMA,PMB,DAB}	52,9730 (0,5525)	3,65%	55	-423,341
{PDMA,PAB,DMB}	57,6808 (0,4129)	3,67%	56	-427,2935
{PDMAB}	.	.	.	.

Source : Elfe, 2011.

Tableau 8.5.3 Effets des caractéristiques des parents et de l'alimentation de la mère sur l'introduction du sucre dans le régime de l'enfant (synthèse des modèles log-linéaires)

Modèle	L2 (test)	Dissimilarity Index	DDL	BIC
{PDMA,S}	94,8334 (0,0310)	3,99%	71	-520,0446
{PDMA,PS}	90,1028 (0,0450)	3,72%	69	-507,4547
{PDMA,DS}	78,7426 (0,2218)	3,45%	70	-527,4752
{PDMA,MS}	77,9864 (0,1910)	3,66%	68	-510,9109
{PDMA,AS}	92,6514 (0,0303)	3,98%	69	-504,9061
{PDMA,PS,DS}	78,1766 (0,1870)	3,44%	68	-510,7207
{PDMA,PS,MS}	73,7606 (0,2394)	3,28%	66	-497,8161
{PDMA,PS,AS}	88,3414 (0,0415)	3,74%	67	-491,8956
{PDMA,DS,MS}	63,7841 (0,5888)	3,08%	67	-516,4529
{PDMA,DS,AS}	76,6179 (0,2217)	3,38%	68	-512,2794
{PDMA,MS,AS}	76,0225 (0,1870)	3,60%	66	-495,5543
{PDMA,PS,DS,MS}	63,2611 (0,5379)	3,05%	65	-499,6554
{PDMA,PS,DS,AS}	75,9907 (0,1877)	3,38%	66	-495,586
{PDMA,PS,MS,AS}	72,0489 (0,2290)	3,27%	64	-482,2074
{PDMA,DS,MS,AS}	61,6184 (0,5960)	3,02%	65	-501,2981
{PDMA,PS,DS,MS,AS}	61,0090 (0,5476)	2,99%	63	-484,587
{PDMA,PDS,MAS}	51,0010 (0,6281)	2,58%	55	-425,313
{PDMA,PMS,DAS}	59,4705 (0,3162)	2,91%	55	-416,8434
{PDMA,PAS,DMS}	50,6839 (0,6757)	2,84%	56	-434,2903
{PDMAS}	.	.	.	.

Source : Elfe, 2011.

Tableau 8.5.4 Effets des caractéristiques des parents et de l'alimentation de la mère sur l'introduction du sel dans le régime de l'enfant (synthèse des modèles log-linéaires)

Modèle	L2 (test)	Dissimilarity Index	DDL	BIC
{PDMA,T}	111,5021 (0,0015)	4,10%	71	-503,3759
{PDMA,PT}	94,2641 (0,0234)	3,42%	69	-503,2934
{PDMA,DT}	82,3073 (0,1491)	3,04%	70	-523,9105
{PDMA,MT}	98,8130 (0,0087)	3,81%	68	-490,0843
{PDMA,AT}	108,3390 (0,0018)	4,10%	69	-489,2185
{PDMA,PT,DT}	76,2810 (0,2297)	2,93%	68	-512,6163
{PDMA,PT,MT}	81,9707 (0,0887)	3,21%	66	-489,6061
{PDMA,PT,AT}	87,5383 (0,0469)	3,43%	67	-492,6987
{PDMA,DT,MT}	71,5418 (0,3296)	2,94%	67	-508,6952
{PDMA,DT,AT}	74,1815 (0,2838)	2,90%	68	-514,7158
{PDMA,MT,AT}	95,3413 (0,0105)	3,81%	66	-476,2354
{PDMA,PT,DT,MT}	65,4578 (0,4608)	2,85%	65	-497,4587
{PDMA,PT,DT,AT}	66,0081 (0,4766)	2,72%	66	-505,5687
{PDMA,DT,MT,AT}	63,3090 (0,5362)	2,69%	65	-499,6075
{PDMA,PT,MT,AT}	74,9008 (0,1656)	3,14%	64	-479,3555
{PDMA,PT,DT,MT,AT}	55,0400 (0,7522)	2,57%	63	-490,556
{PDMA,PDT,MAT}	47,6257 (0,7495)	2,41%	55	-428,6883
{PDMA,PMT,DAT}	44,5476 (0,8421)	2,02%	55	-431,7663
{PDMA, PAT, DMT}	44,3774 (0,8688)	2,17%	56	-440,5968
{PDMAT}	.	.	.	.

Source : Elfe, 2011.

Tableau 8.5.5 Significativité de l'association entre nombre d'aliments supprimés de son régime par la mère et introduction des matières grasses, du sucre, du sel dans le régime de l'enfant, selon la PCS du père

PCS du père	Aliments supprimés du régime de la mère	Mg végétales à 1an	Mg animales à 1an	Pas de sucre à 1an	Pas de sel à 1an	Effectif
Ouvrier ou employé	0	32,48%	43,16%	68,45%	75,87%	431
	1	30,85%	45,89%	72,71%	75,19%	645
	2	33,84%	46,09%	74,49%	78,79%	792
	3	36,92%	45,88%	75,03%	82,08%	837
	4	34,87%	41,03%	75,90%	77,95%	195
	5	36,84%	31,58%	73,68%	89,47%	19
Test		ns	ns	ns	0,02	
PI ou indépendant	0	39,71%	49,02%	74,02%	72,55%	204
	1	40,13%	50,00%	74,67%	83,55%	304
	2	38,35%	44,95%	78,76%	81,86%	485
	3	42,74%	48,67%	74,03%	77,71%	489
	4	44,35%	51,61%	72,58%	80,65%	124
	5	42,11%	36,84%	73,68%	94,74%	19
Test		ns	ns	ns	0,02	
Cadre	0	40,74%	46,30%	72,22%	82,10%	162
	1	41,91%	48,51%	73,27%	78,88%	303
	2	50,63%	48,33%	76,57%	80,33%	478
	3	49,51%	48,69%	77,61%	86,11%	612
	4	47,56%	42,68%	77,44%	86,59%	164
	5	30,00%	40,00%	95,00%	100,00%	20
Test		0,05	ns	ns	0,01	

Source : Elfe, 2011.

Tableau 8.5.6 Significativité de l'association entre nombre d'aliments supprimés de son régime par la mère et introduction des matières grasses, du sucre, du sel dans le régime de l'enfant, selon la PCS du père (style de vie)

PCS du père	Aliments supprimés du régime de la mère	Diversification dès 4 mois	Effectif	Test
Ouvrier ou employé	0	59,75%	733	ns
	1	58,97%	1053	
	2	54,70%	1320	
	3	55,56%	1339	
	4	57,94%	340	
	5	54,05%	37	
Ensemble		56,86%	4822	
Indépendant ou PI	0	50,14%	345	ns
	1	52,93%	529	
	2	46,11%	720	
	3	46,29%	741	
	4	52,97%	185	
	5	51,85%	27	
Ensemble		48,68%	2547	
Cadre	0	46,44%	239	0,05
	1	45,74%	481	
	2	40,44%	727	
	3	40,50%	916	
	4	36,26%	262	
	5	29,63%	27	
Ensemble		41,44%	2652	

Source : Elfe, 2011.

Tableau 8.5.7 Significativité de l'association entre nombre d'aliments supprimés de son régime par la mère et introduction des matières grasses, du sucre, du sel dans le régime de l'enfant, selon le diplôme de la mère

Diplôme de la mère	Aliments supprimés du régime de la mère	Diversification dès 4 mois	Effectif	Test
≤ Bac+2	0	61,12%	854	0,02
	1	60,13%	1274	
	2	54,65%	1504	
	3	57,14%	1449	
	4	58,93%	392	
	5	50,00%	48	
Ensemble		57,83%	5521	
> Bac+2	0	42,52%	421	ns
	1	43,83%	746	
	2	40,03%	1209	
	3	40,49%	1509	
	4	39,69%	388	
	5	40,48%	42	
Ensemble		41,07%	4315	

Source : Elfe, 2011.

Tableau 8.5.8 Significativité de l'association entre nombre d'aliments supprimés de son régime par la mère et introduction des matières grasses, du sucre, du sel dans le régime de l'enfant, selon le modèle de puériculture de la mère

Modèle de puériculture de la mère	Aliments supprimés du régime de la mère	Diversification dès 4 mois	Effectif	Test
Pragmatique	0	51,22%	695	0,01
	1	53,12%	1075	
	2	45,95%	1419	
	3	47,75%	1510	
	4	46,86%	382	
	5	47,22%	36	
Ensemble		48,78%	5117	
Savant	0	58,14%	86	ns
	1	47,10%	155	
	2	43,46%	214	
	3	46,43%	280	
	4	51,28%	78	
	5	35,29%	17	
Ensemble		47,23%	830	
Familial	0	63,56%	118	ns
	1	60,11%	178	
	2	52,65%	245	
	3	57,68%	241	
	4	58,06%	62	
	5	85,71%	7	
Ensemble		57,81%	851	
Éclectique	0	57,92%	366	0,005
	1	56,48%	602	
	2	51,28%	821	
	3	48,47%	918	
	4	50,20%	253	
	5	40,00%	30	
Ensemble		52,07%	2990	

Source : Elfe, 2011.

Bibliographie

- Abbott, A. (2001). *Time matters*. Chicago, University of Chicago Press.
- Abel, T. (1991). Measuring health lifestyles in a comparative analysis: theoretical issues and empirical findings. *Social science & medicine*, 32(8), 899-908.
- Abel, T. (2007). Cultural capital in health promotion. In *Health and modernity* (pp. 43-73). Springer, New York, NY.
- Ackerknecht, E. H., & Blateau, F. (1986). *La médecine hospitalière à Paris: 1794-1848*. Payot.
- Adam, B., Caygill, H., Beck, U., & van Loon, J. (2000). *The Risk Society and Beyond: Critical Issues for Social Theory*. London, Sage.
- Adams, J. (1995). *Risk* UCL Press.
- Adorno, T. W. (1950). *The authoritarian personality*. New York. Harper & Brothers.
- Agresti, A., Mehta, C. R., & Patel, N. R. (1990). Exact inference for contingency tables with ordered categories. *Journal of the American Statistical Association*, 85(410), 453-458.
- Aïach, P. (1987). *Les inégalités sociales de santé en France et en Grande-Bretagne : analyse et étude comparative*. Documentation française.
- Akerlof, G. A. (1970). The market for "lemons": Quality uncertainty and the market mechanism. *The quarterly journal of economics*, 488-500.
- Algava, E. (2002). Quel temps pour les activités parentales ?. *Études et résultats*, 62.
- Altin, S. V., Finke, I., Kautz-Freimuth, S., & Stock, S. (2014). The evolution of health literacy assessment tools: a systematic review. *BMC Public Health*, 14(1), 1207.
- Anders, G., & David, C. (2002). *L'obsolescence de l'homme : sur l'âme à l'époque de la deuxième révolution industrielle (1956)*. Éditions de l'Encyclopédie des Nuisances.
- Andersson, G., Hank, K., Rønsen, M., & Vikat, A. (2006). Gendering family composition: Sex preferences for children and childbearing behavior in the Nordic countries. *Demography*, 43(2), 255-267.
- Anxo, D., Flood, L., & Kocoglu, Y. (2002). Offre de travail et répartition des activités domestiques et parentales au sein du couple : une comparaison entre la France et la Suède. *Économie et statistique*, 352(1), 127-150.
- Appert, N. (1810). *L'art de conserver pendant plusieurs années toutes les substances animales et végétales*. chez Patris.
- Apple, R. D. (1980). "To Be Used Only Under the Direction of a Physician": Commercial Infant Feeding and Medical Practice, 1870-1940. *Bulletin of the History of Medicine*, 54(3), 402.
- Apple, R. D. (1986). "Advertised by our loving friends": The Infant Formula Industry and the Creation of New Pharmaceutical Markets, 1870-1910. *Journal of the history of medicine and allied sciences*, 41(1), 3-23.

- Arborio, A. M. (1996). *Savoir profane et expertise sociale. Les aides-soignantes dans l'institution hospitalière*. *Genèses*, 22(1), 87-106.
- Ariès P. (1960). *L'enfant et la vie familiale sous l'Ancien Régime*. Paris, Plon, 3.
- Avanza, M., & Laferté, G. (2005). Dépasser la «construction des identités»? Identification, image sociale, appartenance. *Genèses*, (4), 134-152.
- Aymard, M., Grignon, C., Sabban, F. (1993). *Le Temps de manger. Alimentation, emploi du temps et rythmes sociaux*, Paris, Maison des Sciences de l'Homme.
- Baerlocher, E. (2006). Barbie contre Action Man ! Le jouet comme objet de socialisation dans la transmission des rôles stéréotypiques de genre. A. Dafflon-Novelle, Filles, garçons : socialisation différenciée, 267-286.
- Baggioni, D. (1996). La notion d'insécurité linguistique chez Labov et la sociolinguistique co-variationniste et ses précurseurs littéraires. Bavoux, C.(éd.), *Français régionaux et insécurité linguistique*, Paris, L'Harmattan, 13-33.
- Balandier, G. (2001). *Le grand système*. Paris, Fayard.
- Ballion, R. (1980). L'enseignement privé, une « école sur mesure »?. *Revue française de sociologie*, 203-231.
- Ballion, R. (1982). Les consommateurs d'école. *Esprit* (1940-), (71/72 (11/12), 92-99.
- Ballion, R. (1991). *La bonne école*. Paris, Hatier.
- Banti, T., Carsin, A., Chabrol, B., & Fabre, A. (2016). Diversification alimentaire : l'information disponible sur Internet est-elle en accord avec les recommandations des sociétés savantes?. *Archives de Pédiatrie*, 23(7), 706-713.
- Barrère-Maurisson, M. A. (2002). Temps de travail, temps parental. *Ruptures, Segmentations et Mutations du Marché du Travail*, 17, 157.
- Barrère-Maurisson, M. A. (2003). *Travail, famille : le nouveau contrat*. Paris, France : Gallimard.
- Barrère-Maurisson, M. A., Marchand, O., & Rivier, S. (2000). Temps professionnel, temps parental– La charge parentale : un travail à mi-temps. *Premières synthèses*, (20.1).
- Barroux, G. (2008). *Philosophie, maladie et médecine au XVIIIe siècle (Vol. 121)*. Honoré Champion.
- Barry, L. (2008). *La parenté*. Paris, France : Gallimard.
- Basdevant, A., Le Barzic, M., & Guy-Grand, B. (1990). *Comportement alimentaire : du normal au pathologique*. PIL.
- Bataille-Benguigui, M. C., & Cousin, F. (Eds.). (1996). *Cuisines, reflets des sociétés*. Companyédition Sépia/Musée de l'Homme.
- Batifoulier, P. (2012). Le marché de la santé et la reconstruction de l'interaction patient-médecin. *Revue française de socio-économie*, (2), 155-174.
- Batifoulier, P., Domin, J. P., & Gadreau, M. (2008). Mutation du patient et construction d'un marché de la santé. L'expérience française. *Revue française de socio-économie*, (1), 27-46.

- Battagliola, F. (1985). Familles et devenir des filles. Valabregue, C.(éd.) Fille ou garçon, éducation sans préjugés, Magnard.
- Baudelot, C., & Establet, R. (1994). Maurice Halbwachs : consommation et société (Vol. 51). Presses universitaires de France.
- Bauer, D. (2007). Entre maison, enfant (s) et travail : les diverses formes d'arrangement dans les couples. *Études et résultats*, 570.
- Beaudouin, V., & Velkovska, J. (1999). Constitution d'un espace de communication sur Internet (forums, pages personnelles, courrier électronique...). *Réseaux*, 17(97), 121-177.
- Beaulieu, A. (2005). Michel Foucault et le contrôle social. Presses Université Laval.
- Becchi, E., & Julia, D. (1998). Histoire de l'enfance en Occident (Vol. 1). Seuil.
- Beck, U. (1986). La société du risque, sur la voie d'une autre modernité, (traduction française en 2001). Paris, Aubier.
- Beck, U. (1992a). Risk society: towards a new modernity. London: Sage Publications.
- Beck, U. (1992b). From industrial society to the risk society: questions of survival, social structure and ecological enlightenment. *Theory, culture & society*, 9(1), 97-123.
- Becker, G. S. (1964). Human Capital: A theoretical and empirical analysis, with special reference to education. National Bureau of Economic Research.
- Becker, H. S. (1985). Outsiders : études de sociologie de la déviance. Éditions Métailié.
- Befort, C., Kaur, H., Nollen, N., Sullivan, D. K., Nazir, N., Choi, W. S., ... & Ahluwalia, J. S. (2006). Fruit, vegetable, and fat intake among non-Hispanic black and non-Hispanic white adolescents: associations with home availability and food consumption settings. *Journal of the American Dietetic Association*, 106(3), 367-373.
- Bellamy, V. (2017). Les 784 000 naissances de 2016 ont eu lieu dans 2 800 communes. INSEE Focus n°92.
- Bellisle, F. (2005). Faim et satiété, contrôle de la prise alimentaire. *EMC-Endocrinologie*, 2(4), 179-197.
- Bellisle, F., Dalix, A. M., Airinei, G., Hercberg, S., & Péneau, S. (2009). Influence of dietary restraint and environmental factors on meal size in normal-weight women. A laboratory study. *Appetite*, 53(3), 309-313.
- Belotti, E. G. (1974). Du côté des petites filles. Edition des femmes.
- Belton-Chevallier, L. (2015). Prendre en compte l'immobilité dans les imaginaires de la mobilité. Illustration à partir de femmes modestes périurbaines. *SociologieS*.
- Bennett, T., Savage, M., Silva, E. B., Warde, A., Gayo-Cal, M., & Wright, D. (2009). Culture, class, distinction. Routledge.
- Bentley, A. (2001). Inventing baby food: Gerber and the discourse of infancy in the United States. In *Food nations: Selling taste in consumer societies*. Routledge.

- Bentley, A. (2014). *Inventing Baby Food: Taste, Health, and the Industrialization of the American Diet* (Vol. 51). Univ of California Press.
- Bercé, Y. M. (1984). *Le chaudron et la lancette : croyances populaires et médecine préventive:(1798-1830)*. Presses de la Renaissance.
- Bergonnier-Dupuy, G. (1999). *Pratiques éducatives parentales auprès de jeunes enfants. Filles et garçons jusqu'à l'adolescence. Socialisations différentielles*. Paris, L'Harmattan.
- Berkman, N. D., Sheridan, S. L., Donahue, K. E., Halpern, D. J., & Crotty, K. (2011). Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. *Annals of internal medicine*, 155(2), 97-107.
- Berlivet L., 2008, « De « l'enquête médico-sociale » à la « recherche statistique ». Reconfiguration de la recherche médicale et transformation des pratiques statistiques à l'INH/Inserm ».
- Berlivet, L. (1997). Naissance d'une politique symbolique : "l'institutionnalisation des grandes campagnes d'éducation pour la santé". *Quaderni*, 33(1), 99-117.
- Berlivet, L. (2004). Une biopolitique de l'éducation pour la santé: La fabrique des campagnes de prévention. *Cas de figure*, 37-75.
- Berlivet, L. (2011). *Médicalisation*. *Genèses*, (1), 2-6.
- Bernstein, B. (1975). *Langage et classes sociales : codes sociolinguistiques et contrôle social*. Trad., présentation, bibliographie et index de J.-C. Chamboredon. Éditions de minuit.
- Bernstein, P. L., (1996). *Against the gods: The remarkable story of risk* (pp. 1269-1275). New York: Wiley.
- Bertaux-Wiame, I. (2003). *Parcours professionnel et mobilité géographique. Une analyse des inégalités homme/femme dans le secteur bancaire*. 9es journées de sociologie du travail, Paris, 27 et 28 novembre.
- Bertrand, J., & Mennesson, C. (2014). Des garçons qui n'entrent pas dans le jeu de la compétition sportive : les conditions familiales d'une atypie de genre. *Recherches familiales*, (1), 85-95.
- Bessière, C., & Gollac, S. (2007). Le silence des pratiques. La question des rapports de genre dans les familles d'«indépendants». *Sociétés & représentations*, (2), 43-58.
- Bessin, M. (2009). Focus-La division sexuée du travail social. *Informations sociales*, (2), 70-73.
- Bevilacqua, S. (2015). L'impensé du genre dans la patrimonialisation du régime méditerranéen. *Journal des anthropologues*, (1), 51-71.
- Bidart, C. (2005). Les temps de la vie et les cheminements vers l'âge adulte. *Lien social et Politiques*, (54), 51-63.
- Biraben, J. N. (1973). Le médecin et l'enfant au XVIIIe siècle. Aperçu sur la pédiatrie au XVIIIe siècle. In *Annales de démographie historique* (Vol. 1973, No. 1, pp. 215-223).
- Birch L.L., Fisher J.O., Davison K.K. (2003). Learning to overeat: maternal use of restrictive feeding practices promotes girls' eating in the absence of hunger. *American Journal of Clinical Nutrition* 78(2): 215-220.
- Birch, L. L. (1999). Development of food preferences. *Annual review of nutrition*, 19(1), 41-62.

- Birch, L. L., & Deysher, M. (1986). Calorie compensation and sensory specific satiety: Evidence for self-regulation of food intake by young children. *Appetite*, 7(4), 323-331.
- Birch, L. L., & Fisher, J. O. (2000). Mothers' child-feeding practices influence daughters' eating and weight. *The American journal of clinical nutrition*, 71(5), 1054-1061.
- Birch, L. L., & Marlin, D. W. (1982). I don't like it; I never tried it: effects of exposure on two-year-old children's food preferences. *Appetite*, 3(4), 353-360.
- Birch, L. L., Birch, D., Marlin, D. W., & Kramer, L. (1982). Effects of instrumental consumption on children's food preference. *Appetite*, 3(2), 125-134.
- Birch, L. L., McPhee, L., Shoba, B. C., Pirok, E., & Steinberg, L. (1987). What kind of exposure reduces children's food neophobia?: Looking vs. tasting. *Appetite*, 9(3), 171-178.
- Birch, L. L., Zimmerman, S. I., & Hind, H. (1981). The influence of social-affective context on the formation of children's food preferences. *Journal of Nutrition Education*, 13(1), S115-S118.
- Bizouarn, P. (2008). Le médecin, le malade et la confiance. *Éthique & santé*, 5(3), 165-172.
- Blackless, M., Charuvastra, A., Derryck, A., Fausto-Sterling, A., Lauzanne, K., & Lee, E. (2000). How sexually dimorphic are we? Review and synthesis. *American Journal of Human Biology*, 12(2), 151-166.
- Blanchemanche, S., Marette, S., Roosen, J., & Verger, P. (2010). 'Do not eat fish more than twice a week'. Rational choice regulation and risk communication: Uncertainty transfer from risk assessment to public. *Health, Risk & Society*, 12(3), 271-292.
- Blanchette, L. P. (2006). Michel Foucault : Genèse du biopouvoir et dispositifs de sécurité. *Lex Electronica*, vol. 11 n°2.
- Blaxter, M. (2003). *Health and lifestyles*. Routledge.
- Blaylock, J., Smallwood, D., Kassel, K., Variyam, J., & Aldrich, L. (1999). Economics, food choices, and nutrition. *Food Policy*, 24(2), 269-286.
- Blondel V. D., Guillaume, J.-L., Lambiotte, R., et Lefebvre, E. (2008), "Fast unfolding of communities in large networks, *Journal of Statistical Mechanics: Theory and Experiment*, (10), P10008.
- Blöss, T., & Odena, S. (2005). Idéologies et pratiques sexuées des rôles parentaux [Quand les institutions de garde des jeunes enfants en confortent le partage inégal]. *Recherches et prévisions*, 80(1), 77-91.
- Boltanski L. & Maldidier P. (1970), « Carrière scientifique, morale scientifique et vulgarisation », *Social Science Information*, 9(3), 99-118.
- Boltanski, L. & Chiapello, E. (1999). *Le nouvel esprit du capitalisme*. Paris, Gallimard.
- Boltanski, L. (1968). *La découverte de la maladie : la diffusion du savoir médical*. Centre de sociologie européenne.
- Boltanski, L. (1969). *Prime éducation et morale de classe*. Mouton.
- Boltanski, L. (1971). Les usages sociaux du corps. In *Annales. Histoire, Sciences Sociales* (Vol. 26, No. 1, pp. 205-233). EHESS.

- Boltanski, L. (1982). *Les cadres: la formation d'un groupe social* (p. 53). Paris: Editions de minuit.
- Bonacich P. (2007), "Some unique properties of eigenvector centrality", *Social Networks*, 29(4), 555-564.
- Bonnafous-Boucher, M. (2001). *Un libéralisme sans liberté : pour une introduction du terme de "libéralisme" dans la pensée de Michel Foucault*. Éditions L'Harmattan.
- Borah-Giddens, J., & Falciiglia, G. A. (1993). A meta-analysis of the relationship in food preferences between parents and children. *Journal of Nutrition Education*, 25(3), 102-107.
- Borillo, A. (2001). Quelques adjectifs de référence temporelle du français. *Cahiers de grammaire*, 26, 37-53.
- Bosse-Platière, S., Dethier, A., Fleury, C., & Loutre-Du Pasquier, N. (1999). *Accueillir le jeune enfant : quelle professionnalisation ?*. Erès.
- Bossy, T., & Briatte, F. (2011). Les formes contemporaines de la biopolitique. *Revue internationale de politique comparée*, 18(4), 7-12.
- Bouffartigue, P. (2005). La division sexuée du travail professionnel et domestique : quelques remarques pour une perspective temporelle. *Lien social et Politiques*, (54), 13-23.
- Bouffartigue, P., & Bouteiller, J. (2003). À propos des normes du temps de travail. *Revue de l'IRES* n, 42, 2.
- Bouffartigue, P., & Bouteiller, J. (2004). *Le temps du travail dans le temps de l'emploi : biographies professionnelles et bibliographies familiales d'infirmières de plus de 40 ans*.
- Boulet R. & Jouve B. (2006), « Partitionnement d'un réseau de sociabilité à fort coefficient de clustering », arXiv preprint physics, 0610199.
- Bouly de Lesdain, S. (2002). *Alimentation et migration, une définition spatiale*. L'Harmattan. Paris.
- Bourdelaïs, P. (2003). *Les Épidémies terrassées. Une histoire de pays riches*. Paris, Éditions de La Martinière.
- Bourdieu P. (1975), « La spécificité du champ scientifique et les conditions sociales du progrès de la raison », *Sociologie et sociétés*, 7(1), 91-118.
- Bourdieu P. (1976), « Le champ scientifique », *Actes de la recherche en sciences sociales*, Vol. 2, n°2-3, juin, La production de l'idéologie dominante, pp. 88-104.
- Bourdieu P. (1991), "The peculiar history of scientific reason", *Sociological forum*, 6, 1, pp. 3-26.
- Bourdieu, J., Piet, L., & Stanziani, A. (2004). Crise sanitaire et stabilisation du marché de la viande en France, XVIIIe-XXe siècles. *Revue d'histoire moderne et contemporaine*, (3), 121-156.
- Bourdieu, P. (1971). Genèse et structure du champ religieux. *Revue française de sociologie*, 295-334.
- Bourdieu, P. (1971a). Le marché des biens symboliques. *L'Année sociologique* (1940/1948-), 22, 49-126.
- Bourdieu, P. (1971b). Une interprétation de la théorie de la religion selon Max Weber. *European Journal of Sociology*, 12(01), 3-21.
- Bourdieu, P. (1972). *Esquisse d'une théorie de la pratique* (pp. 157-243). Librairie Droz.

- Bourdieu, P. (1976). Le champ scientifique. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 2(2), 88-104.
- Bourdieu, P. (1977). Remarques provisoires sur la perception sociale du corps. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 14(1), 51-54.
- Bourdieu, P. (1979a). *La distinction, critique sociale du jugement*, éditions de Minuit. Paris, 672p.
- Bourdieu, P. (1979b). Les trois états du capital culturel. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 30(1), 3-6.
- Bourdieu, P. (1980). Le sens pratique (p. 91). Éditions de minuit.
- Bourdieu, P. (1981). La représentation politique [Éléments pour une théorie du champ politique]. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 36(1), 3-24.
- Bourdieu, P. (1982). Ce que parler veut dire : l'économie des échanges linguistiques. Fayard.
- Bourdieu, P. (1984). *Distinction: A Social Critique of the Judgment of Taste*. London: Routledge.
- Bourdieu, P. (1989). *La noblesse d'État : Grands corps et grandes écoles*. Paris : Éditions de Minuit.
- Bourdieu, P. (1990). La domination masculine. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 84(1), 2-31.
- Bourdieu, P. (1990). *The Logic of Practice*. Cambridge: Polity.
- Bourdieu, P. (1992). Les règles de l'art. Genèse et structure du champ littéraire. Le Seuil.
- Bourdieu, P. (1993). Esprits d'État [Genèse et structure du champ bureaucratique]. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 96(1), 49-62.
- Bourdieu, P. (1994). *Raisons pratiques. Sur la théorie de l'action*. Le Seuil.
- Bourdieu, P. (1997). L'être social, le temps et l'existence. *Méditations pascaliennes*, 247-288.
- Bourdieu, P. (1999). Une révolution conservatrice dans l'édition. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 126(1), 3-28.
- Bourdieu, P. (2000). *Les structures sociales de l'économie* (Paris : Seuil). Links.
- Bourdieu, P., & Boltanski, L. (1978). Changes in social structure and changes in the demand for education. *Contemporary Europe: Social Structures and Cultural Patterns*. London: Routledge and Kegan Paul, 197-227.
- Bourdieu, P., & Delsaut, Y. (1981). Pour une sociologie de la perception. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 40(1), 3-9.
- Bourdieu, P., & Passeron, J. C. (1964). *Les héritiers : les étudiants et la culture*. Paris, Éditions de Minuit.
- Bourdieu, P., & Passeron, J. C. (1970). *La Reproduction : Éléments pour une théorie du système d'enseignement*, Éditions de Minuit.
- Bourdieu, P., & Passeron, J. C. (1990). *Reproduction in education, society and culture* (Vol. 4). Sage.
- Bourdieu, P., & Wacquant, L. (1992). *Réponses*. Paris: Seuil, 4.

- Bourdieu, P., Bouhedja, S., Christin, R., & Givry, C. (1990). Un placement de père de famille [La maison individuelle : spécificité du produit et logique du champ de production]. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 81(1), 6-33.
- Boutelle K.N., Birkeland R.W., Hannan P.J., Story M., Neumark-Sztainer D. (2007). Associations between maternal concern for healthful eating and maternal eating behaviors, home food availability, and adolescent eating behaviors. *Journal of Nutrition Education and Behavior* 39(5): 248-256.
- Bouve, C. (2007). La berceuse, le philanthrope et l'inspectrice. Écrire l'histoire des crèches collectives. N. Coulon, G. Cresson (sous la direction de), *La petite enfance, entre familles et crèche, entre sexe et genre*, Paris, L'Harmattan.
- Boyer, D. (1999). Normes et politique familiale : la question du libre choix du mode de garde. *Recherches et prévisions*, 57(1), 75-84.
- Boyer, D., & Nicolas, M. (2009). 15. La conciliation dans les entreprises : une mise en œuvre sexuée ?. In *Entre famille et travail* (pp. 345-360). La Découverte.
- Bozon, M. (2009). 1. Comment le travail empiète et la famille déborde : différences sociales dans l'arrangement des sexes. In *Entre famille et travail* (pp. 29-54). La Découverte.
- Bozzini, L., & Tessier, R. (1985). Support social et santé. In Dufresne, J., Dumont, F., & Martin, Y. (sous la direction de). *Traité d'anthropologie médicale : l'institution de la santé et de la maladie* (Vol. 1). Presses de L'Université Du Québec.
- Brachet, S., Brugeilles, C., Paillet, A., Pélage, A., Rollet, C., & Samuel, O. (2014). 5-Le genre en gestation. Préparatifs de la naissance d'un bébé fille ou d'un bébé garçon. In *Des femmes et des hommes singuliers* (pp. 137-162). Armand Colin.
- Bragard, I., Coucke, P., Pétré, B., Etienne, A. M., & Guillaume, M. (2017). La « Health Literacy », un moyen pour réduire les inégalités sociales de santé. *Revue Médicale de Liège*, 72(1).
- Brançon, D., & Viel, C. (1999). Le sucre de betterave et l'essor de son industrie : Des premiers travaux jusqu'à la fin de la guerre de 1914-1918. *Revue d'histoire de la pharmacie*, 87(322), 235-246.
- Bretegnier, A. (1999). Sécurité et insécurité linguistique. Approches sociolinguistique et pragmatique d'une situation de contacts de langues : la Réunion (Doctoral dissertation, Université de la Réunion).
- Brockmann, H. (2001). Girls preferred? Changing patterns of sex preferences in the two German states. *European sociological review*, 17(2), 189-202.
- Brondel, L., Romer, M., Van Wymelbeke, V., Pineau, N., Jiang, T., Hanus, C., & Rigaud, D. (2009). Variety enhances food intake in humans: role of sensory-specific satiety. *Physiology & Behavior*, 97(1), 44-51.
- Brougère, G. (2003). *Jouets et compagnie*. Paris, Stock.
- Brousse, C. (1999). *La répartition du travail domestique entre conjoints : permanences et évolution de 1986 à 1999*. France, portrait social, Paris, INSEE.
- Brousse, C. (2000). La répartition du travail domestique entre hommes et femmes. Michel Bozon et Thérèse Locoh (Éds), *Rapports de genre et questions de population, I. Genre et population*, (84), 89-106.

- Brousse, C. (2015). Travail professionnel, tâches domestiques, temps « libre » : quelques déterminants sociaux de la vie quotidienne. *Économie et statistique*, 478(1), 119-154.
- Brown, P. (1992). Popular epidemiology and toxic waste contamination: lay and professional ways of knowing. *Journal of health and social behavior*, 267-281.
- Brown, P., Zavestoski, S., McCormick, S., Mayer, B., Morello-Frosch, R., & Gasior Altman, R. (2004). Embodied health movements: new approaches to social movements in health. *Sociology of health & illness*, 26(1), 50-80.
- Brubaker, R. (2001). Au-delà de l'«identité». *Actes de la recherche en sciences sociales*, (4), 66-85.
- Bruegel, M. (2001). A Bourgeois Good? Sugar, Norms of Consumption and the Labouring Classes in Nineteenth-Century France. *Food, Drink and Identity*.
- Bruegel, M. (2009). Profusion et pénurie : les hommes face à leurs besoins alimentaires. Presses Universitaires de Rennes.
- Bruegel, M., & Stanziani, A. (2004). Pour une histoire de la « sécurité alimentaire ». *Revue d'histoire moderne et contemporaine*, (3), 7-16.
- Brugailles, C., & Sebillé, P. (2009). La participation des pères aux soins et à l'éducation des enfants [L'influence des rapports sociaux de sexe entre les parents et entre les générations]. *Politiques sociales et familiales*, 95(1), 19-32.
- Brugailles, C., & Sebillé, P. (2011). Partage des activités parentales : les inégalités perdurent. *Politiques sociales et familiales*, 103(1), 17-32.
- Brugailles, C., & Sebillé, P. (2013). Le partage des tâches parentales : les pères, acteurs secondaires. *Informations sociales*, (2), 24-30.
- Brugailles, C., Cresson, G., & Cromer, S. (2005). Rapports sociaux de sexe et petite enfance. Rapport effectué pour la cnaf et le prs Santé des jeunes, Lille, université de Lille 1.
- Brugailles, C., Cromer, I., & Cromer, S. (2002). Les représentations du masculin et du féminin dans les albums illustrés. *Population*, 57(2), 261-292.
- Bryson, B. (1997). What about the univores? Musical dislikes and group-based identity construction among Americans with low levels of education. *Poetics*, 25(2-3), 141-156.
- Bullough, V. L. (1981). "Notes and Comments": Bottle Feeding: An Amplification. *Bulletin of the History of Medicine*, 55(2), 257.
- Burrows, R., Nettleton, S., & Bunton, R. (1995). Sociology and health promotion: Health, risk and consumption under late modernism. *The sociology of health promotion*, 1-12.
- Burt R. S. (1993), "The social structure of competition", *Explorations in economic sociology*, 65, 103.
- Burton-Jeangros, C. (2006). Transformations des compétences familiales dans la prise en charge de la santé : entre dépendance et autonomie des mères face aux experts. *Recherches familiales*, (1), 16-25.
- Burton-Jeangros, C., Golay, M., & Sudre, P. (2005). Adhésion et résistance aux vaccinations infantiles: une étude auprès de mères suisses. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 53(4), 341-350.

- Caillavet, F., Lecogne, C., & Nichèle, V. (2009). La consommation alimentaire : des inégalités persistantes mais qui se réduisent. *Cinquante ans de consommation en France*, 49-62.
- Caille, J. P. (1993). Formes d'implication parentale et difficulté scolaire au collège. *Education et formation*, 36, 35-45.
- Calvo, E. (1997). Toujours africains et déjà français : la socialisation des migrants vue à travers leur alimentation : La France et les migrants africains. *Politique africaine*, 67, 48-55.
- Cambois, E., & Jusot, F. (2007). Ampleur, tendance et causes des inégalités sociales de santé et de mortalité en Europe: une revue des études comparatives. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 2(3).
- Campfield, L. A., & Smith, F. J. (2003). Blood glucose dynamics and control of meal initiation: a pattern detection and recognition theory. *Physiological Reviews*, 83(1), 25-58.
- Camus, J., & Oria, N. (2011). Apprendre à être parent à la maternité : transmission et concurrence des savoirs. *Revue française de pédagogie*, (3), 73-82.
- Camus, J., Geay, B., & Oria, N. (2010). Apprendre à être parent : ajustement et concurrence des savoirs dans l'accompagnement de la maternité. *Actes du congrès de l'Actualité de la recherche en éducation et en formation (AREF)*, Université de Genève.
- Capaldi, E. D., & Privitera, G. J. (2008). Decreasing dislike for sour and bitter in children and adults. *Appetite*, 50(1), 139-145.
- Carlson, K. A., & Gould, B. W. (1994). The role of health knowledge in determining dietary fat intake. *Review of Agricultural Economics*, 16(3), 373-386.
- Castel, P. (2005). Le médecin, son patient et ses pairs. *Revue française de sociologie*, 46(3), 443-467.
- Castel, P. (2006). Les recommandations de bonnes pratiques comme objet heuristique pour la sociologie de la médecine. *Sciences sociales et santé*, 24(2), 105-112.
- Castel, P., & Dalgalarondo, S. (2005). Les dimensions politiques de la rationalisation des pratiques médicales. *Sciences sociales et santé*, 23(4), 4-39.
- Castel, P., & Merle, I. (2002). Quand les normes de pratiques deviennent une ressource pour les médecins. *Sociologie du travail*, 44(3), 337-355.
- Castel, R. (1981). *La gestion des risques : de l'anti-psychiatrie à l'après-psychanalyse*, Paris : Éditions de Minuit.
- Castelain-Meunier, C. (2002). *La place des hommes et les métamorphoses de la famille*. Presses universitaires de France.
- Castets-Fontaine, B. (2011). Le cercle vertueux de la réussite scolaire. Le cas des élèves de Grandes Écoles issus de "milieux populaires", Bruxelles: InterCommunications et EME.
- Cecil, J. E., Palmer, C. N., Wrieden, W., Murrie, I., Bolton-Smith, C., Watt, P., ... & Hetherington, M. M. (2005). Energy intakes of children after preloads: adjustment, not compensation. *The American journal of clinical nutrition*, 82(2), 302-308.

- Chamboredon, J. C. (1985). Adolescence et post-adolescence : la "juvénisation". Remarques sur les transformations récentes des limites et de la définition de la jeunesse. Dans Alléon A. M. et coll. (dir.), *Adolescence terminée ; adolescence interminable*. Paris ; PUF, p. 13-28.
- Chamboredon, J. C. (1991). Classes scolaires, classes d'âge, classes sociales. Les fonctions de scansion temporelle du système de formation. *Enquête*. Archives de la revue *Enquête*, (6).
- Chamboredon, J. C., & Fabiani, J. L. (1977). Les albums pour enfants [le champ de l'édition et les définitions sociales de l'enfance—2]. *Actes de la recherche en sciences sociales*, (14), 55-74.
- Chamboredon, J. C., & Prévot, J. (1973). Le "métier d'enfant" : Définition sociale de la prime enfance et fonctions différentielles de l'école maternelle. *Revue française de sociologie*, 295-335.
- Champagne, P. (1995). La double dépendance. Quelques remarques sur les rapports entre les champs politique, économique et journalistique. *Hermès* (Paris. 1988), 1995, N° 17-18, fascicule thématique "Communication et politique".
- Champagne, P., & Marchetti, D. (1994). L'information médicale sous contrainte. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 101(1), 40-62.
- Chapelot D., Louis-Sylvestre. (2008). The role of orosensory factors in eating behaviour as observed in humans. *Appetite and food intake. Behavioral and physiological considerations*. Ed RBS Harris and RD Mattes --(--): 133-161.
- Chaplain, D. L., & Custos-Lucidi, M. F. (2001). Les métiers de la petite enfance : des professions en quête d'identité. *Syros*.
- Chari, R., Warsh, J., Ketterer, T., Hossain, J., & Sharif, I. (2014). Association between health literacy and child and adolescent obesity. *Patient education and counselling*, 94(1), 61-66.
- Charle, C. (1987). Le pantouflage en France (vers 1880-vers 1980). *Annales*, 1115-1137.
- Chateauraynaud, F., & Torny, D. (1999). Les sombres précurseurs : une sociologie pragmatique de l'alerte et du risque.
- Chauvel, L. (1999). Du pain et des vacances : la consommation des catégories socioprofessionnelles s'homogénéise-t-elle (encore) ?. *Revue française de sociologie*, 79-96.
- Chenu, A., & Herpin, N. (2002). Une pause dans la marche vers la civilisation des loisirs ?. *Économie et statistique*, 352, 15-37.
- Cherlin, A. (1978). Remarriage as an incomplete institution. *American journal of Sociology*, 84(3), 634-650.
- Chetley, A. (1979). The baby killer scandal. *War on Want*.
- Chiva, M. (1979). Comment la personne se construit en mangeant. *Communications*, 31(1), 107-118.
- Chiva, M. (1996). Le mangeur et le mangé : la subtile complexité d'une relation fondamentale. Giachetti I., *Identités des mangeurs, images des aliments*, Polytechnica, Paris, 11-30.
- Clarke, J. (2005). L'organisation ménagère comme pédagogie. *Travail, genre et sociétés*, (1), 139-157.
- Clarke, P., O'malley, P. M., Johnston, L. D., & Schulenberg, J. E. (2008). Social disparities in BMI trajectories across adulthood by gender, race/ethnicity and lifetime socio-economic position: 1986–2004. *International Journal of Epidemiology*, 38(2), 499-509.

- Cochoy, F. (2002). Une sociologie du packaging ou l'âne de Buridan face au marché : Les emballages et le choix du consommateur. Presses universitaires de France.
- Cockerham, W. C., Rütten, A., & Abel, T. (1997). Conceptualizing contemporary health lifestyles. *The Sociological Quarterly*, 38(2), 321-342.
- Cohen, D. (2005). La population contre le peuple. L'agonistique masquée des cours de Foucault au Collège de France, 1977-1979. *Labyrinthe*, (22), 67-76.
- Coleman J.-S. (1988), "Social capital in the creation of human capital", *American journal of sociology*, 94, Supplement, pp. S95-S120.
- Collière, M. F. (1982). *Promouvoir la vie*. Paris, Inter Éditions.
- Combessie, J-C. (1969), « Éducation et valeurs de classe dans la sociologie américaine », *Revue Française de Sociologie*, X, 12-36.
- Comte, A. (1852). *Cour de philosophie positive* (Vol. 1). Borrani et Droz.
- Conrad, P. (1992). Medicalization and social control. *Annual review of Sociology*, 18(1), 209-232.
- Conseil national de l'ordre des médecins, « L'atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1er janvier 2007 ».
- Conseil national de l'ordre des médecins, « L'atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1er janvier 2014 ».
- Convert, B., & Demailly, L. (2003). Les interactions dans Internet. Mailing listes et forums dans le domaine de la santé et de la santé mentale. *Communication. Information médias théories pratiques*, 22(2), 63-98.
- Corbeau, J. P. (1996). De la présentation dramatisée des aliments à la représentation de leurs consommateurs. I. Giachetti, *Identités des mangeurs, images des aliments*, Polytechnica, Paris, CNERNA-CNRS, 174-198.
- Coulangeon, P. (2003a). Le rôle de l'école dans la démocratisation de l'accès aux arts. *Revue de l'OFCE*, (3), 155-169.
- Coulangeon, P. (2003b). La stratification sociale des goûts musicaux. *Revue française de sociologie*, 44(1), 3-33.
- Coulangeon, P. (2004). Classes sociales, pratiques culturelles et styles de vie : le modèle de la distinction est-il (vraiment) obsolète ?. *Sociologie et sociétés*, 36(1), 59-85.
- Coulangeon, P. (2010). Les métamorphoses de la légitimité. *Actes de la recherche en sciences sociales*, (1), 88-105.
- Coulangeon, P., & Duval, J. (2013). Trente ans après *La Distinction*, de Pierre Bourdieu (p. 272). Éditions La Découverte.
- Coulangeon, P., Menger, P. M., & Roharik, I. (2002). Les loisirs des actifs : un reflet de la stratification sociale. *Économie et statistique*, 352(1), 39-55.
- Coulon, N., & Cresson, G. (2007). La parentalité et ses genres. *Les sciences humaines et la place du père auprès du jeune enfant*. N. Coulon & G. Cresson (sous la direction de), *La petite enfance. Entre familles et crèches, entre sexe et genre*, 167-224.

- Couppié, T., & Epiphane, D. (2004). Des bancs de l'école aux postes de travail : chronique d'une ségrégation annoncée. *Céreq*.
- Couppié, T., & Epiphane, D. (2006). La ségrégation des hommes et des femmes dans les métiers : entre héritage scolaire et construction sur le marché du travail. *Formation emploi. Revue française de sciences sociales*, (93), 11-27.
- Court, M. (2010). *Corps de fille, corps de garçon*, Paris, La Dispute.
- Coveney, J. (2000). *Food, morals and meaning: The pleasure and anxiety of eating*. Routledge.
- Crawford, R. (1977). You are dangerous to your health: the ideology and politics of victim blaming. *International journal of health services*, 7(4), 663-680.
- Crawford, R. (1980). Healthism and the medicalization of everyday life. *International journal of health services*, 10(3), 365-388.
- Cresson, G. (1998). Formations et compétences dans les métiers de contact direct avec les petits enfants : quelques enjeux, conflits et paradoxes. *Lien social et Politiques*, (40), 25-37.
- Cresson, G. (2001). Les soins profanes et la division du travail entre hommes et femmes. *Femmes et hommes dans le champ de la santé*, ENSP, 303-328.
- Cresson, G. (2004). De l'idéal égalitaire aux pratiques inégalitaires, quelles « réorganisations » ?. Knibiehler, Y. y G. Neyrand (comps.). *Maternité et parentalité*. ENSP, Rennes.
- Cresson, G. (2006). La production familiale de soins et de santé. La prise en compte tardive et inachevée d'une participation essentielle. *Recherches familiales*, (1), 6-15.
- Cresson, G. (2010). Indicible mais omniprésent : le genre dans les lieux d'accueil de la petite enfance. *Cahiers du genre*, (2), 15-33.
- Cresson, G. (2011). Le care : soin à autrui et objet de controverses. *Travail, genre et sociétés*, (2), 195-198.
- Cresson, G., & Gadrey, N. (2004). Entre famille et métier : le travail du care. *Nouvelles questions féministes*, 23(3), 26-41.
- Cristofari, M. (1996). Travail des femmes et métiers de la petite enfance. *Cahiers du GEDISST*, (15).
- Cromer, S. (2008). Les suppléments Parents des magazines jeunesse : un outil de « domestication » des mères ?. *Recherches et prévisions*, 93(1), 29-40.
- Csergo, J. (1988). *Liberté, égalité, propreté : la morale de l'hygiène au XIXe siècle*. Albin Michel.
- Csergo, J. (2008). Le sucre : de l'idéalisation à l'ostracisme. *Cahiers de Nutrition et de Diététique*, 43, 2S56-2S62.
- Cuche, D. (1996). *La notion de culture dans les sciences sociales*. Paris, La Découverte.
- Daccache, M. (2011). La rationalisation économique du rapport à la biodiversité: éléments d'ethnographie. *Quaderni. Communication, technologies, pouvoir*, (76), 53-65.
- Dafflon-Nouvelle, A. éd. (2006), *Filles-garçons, socialisation différenciée*. Presses universitaires de Genève.
- Darmon, M. (2003). *Devenir anorexique*, Paris, La Découverte.

- Darmon, M. (2006). *La socialisation: Domaines et approches*. Armand Colin.
- Daune-Richard, A. M. & Devreux, A. M. (1990). *Catégorisation sociale et rapport social : réflexions à partir de l'exemple des rapports sociaux de sexe*. *Les rapports sociaux et leurs enjeux*, 1986-1988.
- Dauphin, C., & Pézerat, P. (1975). *Les consommations populaires dans la seconde moitié du XIXe siècle à travers les monographies de l'École de Le Play*. In *Annales. Histoire, Sciences Sociales* (Vol. 30, No. 2/3, pp. 537-552). EHESS.
- Davie, E., & Mazuy, M. (2010). *Fécondité et niveau d'études des femmes en France à partir des enquêtes annuelles de recensement*. *Population*, 65(3), 475-511.
- Davis, H. (1991). *Counselling and communication in health care*. John Wiley & Sons.
- Davis, T. C., & Wolf, M. S. (2004). *Health literacy: implications for family medicine*. *FAMILY MEDICINE-KANSAS CITY-*, 36(8), 595-598.
- De Castro, J. M. (1990). *Social facilitation of duration and size but not rate of the spontaneous meal intake of humans*. *Physiology & Behavior*, 47(6), 1129-1135.
- De Castro, J. M. (1994). *Family and friends produce greater social facilitation of food intake than other companions*. *Physiology & behavior*, 56(3), 445-455.
- De Castro, J. M., Bellisle, F., Feunekes, G. I., Dalix, A. M., & De Graaf, C. (1997). *Culture and meal patterns: A comparison of the food intake of free-living American, Dutch, and French students*. *Nutrition Research*, 17(5), 807-829.
- De Certeau, M. (1980). *L'invention du quotidien*. Folio essais (éd. 1990).
- De Graaf, N. D., De Graaf, P. M., & Kraaykamp, G. (2000). *Parental cultural capital and educational attainment in the Netherlands: A refinement of the cultural capital perspective*. *Sociology of education*, 92-111.
- Dean, M. (1991). *The constitution of poverty: Toward a theory of liberal governance*.
- Deaux, K. (1985). *Sex and gender*. *Annual review of psychology*, 36(1), 49-81.
- Déchaux, J. H. (2007). *Sociologie de la famille*. La Découverte.
- Déchaux, J. H. (2009). *Travail parental et parenté : parlons-nous de la même chose ?*. *Informations sociales*, (4), 14-20.
- Degenne A. & Forsé M. (1994), *Les réseaux sociaux*. Armand Colin.
- Degenne A. (2004), « *Les réseaux sociaux* », *Mathématiques et sciences humaines*, 168, NS, pp. 5-9.
- Degenne, A., Lebeaux, M. O., & Marry, C. (2002). *Les usages du temps : cumuls d'activités et rythmes de vie*. *Économie et statistique*, 352(1), 81-99.
- Delaisi de Parseval G. & Lallemant S. (1980), *L'art d'accommoder les bébés. Cent ans de recettes françaises de puériculture*, Paris, Le Seuil.
- Delalandre, M. (2014). *Le forum internet comme lieu de mise à l'épreuve des connaissances scientifiques par les sportifs*. *Revue d'anthropologie des connaissances*, 8(1), 123-142.
- Delaporte, F. (1990). *Le Savoir de la maladie. Essai sur le choléra de 1832 à Paris*. PUF.

- Delay, C. (2013). L'impératif scolaire du partenariat et son appropriation partielle au sein des familles populaires: un exemple genevois. *Education et sociétés*, (2), 139-153.
- Deleuze, G. (1989). *Qu'est-ce qu'un dispositif ?* Seuil Paris.
- Delforge, S. (2007). Le genre de la fonction parentale. Une analyse de la presse des professionnel (le)s de l'enfance. N. Coulon & G. Cresson, *La petite enfance. Entre familles et crèches, entre sexe et genre*. Paris : L'Harmattan, 109-128.
- Delphy, C. (1998). L'ennemi principal. *Économie politique du patriarcat*, 31-55. Paris, Syllepse.
- Delphy, C. (2001). *L'Ennemi principal 2 : penser le genre*. Paris : Syllepse, coll. Nouvelles questions féministes.
- Delphy, C. (2002). « Penser le genre ». In M.-C. Hurtig, M. Kail & H. Rouch, *Sexe et genre. De la hiérarchie entre les sexes*. Paris : CNRS, p. 89-101.
- Delumeau, J. (1978). *La peur en Occident*. Paris : Fayard, 1, 978.
- Delumeau, J. (1989). *Rassurer et protéger : le sentiment de sécurité dans l'Occident d'autrefois (Vol. 2)*. Paris : Fayard.
- Demeulemeester, R. (2013). En France, l'éducation pour la santé marque le pas. Cause ou conséquence d'un sous-investissement politique ?. *Santé publique*, 2(HS2), 93-99
- Demoli, Y. (2014). Les femmes prennent le volant. *Travail, genre et sociétés*, (2), 119-140.
- Depecker, T. (2010). Les cultures somatiques : usages du corps et diététique. *Revue d'études en agriculture et environnement*, 2, 153-84.
- Desrosières, A. (2013). *Pour une sociologie historique de la quantification: l'argument statistique I*. Presses des Mines via OpenEdition.
- Détrez, C. (2005). Il était une fois le corps... la construction biologique du corps dans les encyclopédies pour enfants. *Sociétés contemporaines*, (59-60), 161-177.
- DeVault, M. (1991). *Feeding the family: The social construction of caring as gendered work*. Chicago : University of Chicago Press.
- Devetter, F. X. (2006). La disponibilité temporelle au travail des femmes : une disponibilité sans contrepartie?. *Temporalités. Revue de sciences sociales et humaines*, (4).
- Devreux, A. M., & Frinking, G. (2001). *Les pratiques des hommes dans le travail domestique. Une comparaison franco-néerlandaise, Rapport pour la Dares, CSU-Iresco*.
- DeWalt, D. A., & Hink, A. (2009). Health literacy and child health outcomes: a systematic review of the literature. *Pediatrics*, 124(Supplement 3), S265-S274.
- Di Maggio, P. (1982). Cultural entrepreneurship in nineteenth-century Boston: The creation of an organizational base for high culture in America. *Media, Culture & Society*, 4(1), 33-50.
- Di Maggio, P. (1987). Classification in art. *American sociological review*, 440-455.
- Di Maggio, P. J., & Powell, W. W. (Eds.). (1991). *The new institutionalism in organizational analysis (Vol. 17)*. Chicago, IL: University of Chicago Press.

- Di Maggio, P., & Mohr, J. (1985). Cultural capital, educational attainment, and marital selection. *American journal of sociology*, 90(6), 1231-1261.
- Di Maggio, P., & Useem, M. (1978). Social class and arts consumption. *Theory and Society*, 5(2), 141-161.
- Diasio, N., Hubert, A., & Pardo, V. (2009). *Alimentations adolescentes en France*. Paris, France : Ocha.
- Dodier, N. (2003). Les premières années de l'épidémie de sida et la conversion politique du mouvement homosexuel. *Homosexualités au temps du sida. Tensions sociales et identitaires*, Paris: ANRS, 1-18.
- Donnat, O. (1994). *Les Français face à la culture. De l'exclusion à l'éclectisme*. Éditions la Découverte, Paris.
- Donnat, O. (1999). *La démocratisation à l'heure des bilans: le cas de la France*. G. Bellavance, *Démocratisation de la culture ou démocratie culturelle. Deux logiques d'action publique*, Montréal, Éditions de l'IQRC.
- Donnat, O. (2004). Transmettre une passion culturelle. *Développement culturel*, 143.
- Donzelot, J. (1977). *La police des familles*. Paris, Éditions de Minuit.
- Donzelot, J. (1984). *L'invention du social. Le seuil*. Paris.
- Douglas, M. (1988). Complexité culturelle: cuisine et société. *Sociétés*, (19), 6-10.
- Douglas, M. (1992). *De la souillure, études sur la notion de pollution et de tabou*. Paris, La Découverte.
- Douglas, M., & Wildavsky, A. (1983). *Risk and culture: An essay on the selection of technological and environmental dangers*. Univ of California Press.
- Draelants, H. (2016). Formes et évolutions de la transmission culturelle. Le «modèle des héritiers» à l'épreuve des données PISA 2009. *Revue française de pédagogie. Recherches en éducation*, (194), 5-28.
- Draelants, H., & Ballatore, M. (2014). Capital culturel et reproduction scolaire. Un bilan critique. *Revue française de pédagogie*, (1), 115-142.
- Dragone, D. (2009). A rational eating model of binges, diets and obesity. *Journal of health economics*, 28(4), 799-804.
- Drichoutis, A. C., Lazaridis, P., & Nayga, R. M. (2005). Nutrition knowledge and consumer use of nutritional food labels. *European Review of Agricultural Economics*, 32(1), 93-118.
- Drichoutis, A. C., Lazaridis, P., Nayga, R. M., Kapsokefalou, M., & Chrysochoidis, G. (2008). A theoretical and empirical investigation of nutritional label use. *The European Journal of Health Economics*, 9(3), 293-304.
- Dubar, C. (2000). *La socialisation, construction des identités sociales et culturelles*. Paris, Armand Colin.
- Dubet, F. (1994). *Sociologie de l'expérience*. Paris, Le Seuil.

- Dubet, F. (2002). *Le déclin de l'institution*. Paris, Le seuil.
- Dubet, F. (2010). Déclin de l'institution et/ou néolibéralisme?. *Éducation et sociétés*, (1), 17-34.
- Dubet, F., & Martuccelli, D. (1996). *À l'école. Sociologie de l'expérience scolaire*. Le Seuil.
- Dubuisson-Quellier, S. (2006). De la routine à la délibération. *Réseaux*, (1), 253-284.
- Duby, C., & Robin, S. (2006). *Analyse en composantes principales*. Institut National Agronomique, Paris-Grignon, 80.
- Dumontier, F., Guillemot, D., & Méda, D. (2002). L'évolution des temps sociaux au travers des enquêtes. *Économie et statistique*, 352(1), 3-13.
- Dumontier, F., Singly, F. de, & Thélot, C. (1990). La lecture moins attractive qu'il y a vingt ans. *Économie et statistique*, 233(1), 63-80.
- Dupray, A., & Moullet, S. (2005). Les salaires des hommes et des femmes. Des progressions particulièrement inégales en début de vie active. *Céreq Bref*, (219).
- Dupuy P., (1992). La transformation des produits agricoles. In *Académie d'Agriculture de France, Deux siècles de progrès pour l'agriculture et l'alimentation 1789-1989*. Lavoisier. Techniques et documentation. Paris.
- Dupuy, A. (2014). Thématization du plaisir alimentaire et visées utilitaristes. *Sociologie et sociétés*, 46(2), 253-275.
- Dupuy, A., & Poulain, J. P. (2008). Le plaisir dans la socialisation alimentaire. *Enfance*, 60(3), 261-270.
- Durkheim, E. (1893). *De la division du travail social : étude sur l'organisation des sociétés supérieures*. F. Alcan.
- Durkheim, E. (1922). *Sociologie de l'éducation*. Paris, Puf.
- Durkheim, E. (1968 [1912]), *Les formes élémentaires de la vie religieuse*, Paris, Presses Universitaires de France.
- Durkheim, E. (1999 [1922]). *Éducation et sociologie*. Paris, PUF.
- Durkheim, E. (2017 [1894]). *Les règles de la méthode sociologique*. Flammarion.
- Duru-Bellat, M. (2006). *L'inflation scolaire : les désillusions de la méritocratie*. Paris : Éditions du Seuil.
- Duru-Bellat, M., & Jarousse, J. P. (1996). Le masculin et le féminin dans les modèles éducatifs des parents. *Économie et statistique*, 293(1), 77-93.
- Duru-Bellat, M., & Kieffer, A. (1999). Évaluer la démocratisation de l'enseignement: la situation française à l'épreuve des comparaisons internationales. *Revue française de pédagogie*, 49-61.
- Duval, J. (2000). Concessions et conversions à l'économie. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 131(1), 56-75.
- Duval, J. (2002). Une réforme symbolique de la Sécurité sociale [Les médias et. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 143(1), 53-67.

- Duval, J. (2004). Critique de la raison journalistique. Les transformations de la presse économique en France, Paris, Le Seuil.
- Duval, J. (2006). L'art du réalisme. Actes de la recherche en sciences sociales, (1), 96-115.
- Duval, J. (2011). L'offre et les goûts cinématographiques en France. Sociologie, 2(1), 1-18.
- Duval, J. (2013). L'analyse des correspondances et la construction des champs. Actes de la recherche en sciences sociales, (5), 110-123.
- Eden, S., Bear, C., & Walker, G. (2008). The sceptical consumer? Exploring views about food assurance. Food Policy, 33, 624–630.
- Ehrenreich, B., & English, D. (1982). Des experts et des femmes. Editions du Remue-ménage.
- Eldridge, J., Kitlinger, J., Philo, G., Reilly, J., Macintyre, S., & Miller, D. (1998). The reemergence of BSE: the impact on public beliefs and behaviour. Risk and Human Behaviour Newsletter, 3, 6–10.
- Elias, N. (1969). La société de cour. Paris, Flammarion.
- Elias, N. (1973). La civilisation des mœurs. Paris, Calmann-Lévy.
- Erickson, B. H. (1996). Culture, class, and connections. American journal of Sociology, 102(1), 217-251.
- Escalon, H., Bossard, C., Beck, F., & Bachelot-Narquin, R. P. (2009). Baromètre nutrition santé.
- Escalon, H., Bossard, C., Beck, F., & Bachelot-Narquin, R. P. (2009). Baromètre nutrition santé. Edition 2009. INPES.
- Ewald, F. (1986). Histoire de l'état providence. Grasset Paris.
- Ewald, F., Gollier, C., & Sadeleer, N. (2008). Le principe de précaution. Paris : Presses Universitaires de France.
- Fainzang, S. (2006). La relation médecins-malades : information et mensonge. Paris, Presses Universitaires de France, 2006, 159 pages. Face à face. Regards sur la santé, (9).
- Faith, M. S., Berkowitz, R. I., Stallings, V. A., Kerns, J., Storey, M., & Stunkard, A. J. (2004). Parental feeding attitudes and styles and child body mass index: prospective analysis of a gene-environment interaction. Pediatrics, 114(4), e429-e436.
- Faith, M. S., Scanlon, K. S., Birch, L. L., Francis, L. A., & Sherry, B. (2004). Parent-child feeding strategies and their relationships to child eating and weight status. Obesity, 12(11), 1711-1722.
- Falconnet, G., & Lefaucheur, N. (1975). La fabrication des mâles (Vol. 26). Seuil.
- Fantino, M., & Gourmet, E. (2008). Apports nutritionnels en France en 2005 chez les enfants non allaités âgés de moins de 36 mois. Archives de pédiatrie, 15(4), 446-455.
- Farkas, G. (1976). Education, wage rates, and the division of labor between husband and wife. Journal of Marriage and the Family, 473-483.
- Fassin, D. (2005). Biopouvoir ou biolégitimité : splendeurs et misères de la santé publique. Penser avec Michel Foucault : théories critiques et pratiques politiques. Paris : Karthala.

- Fassin, D. (2006). La biopolitique n'est pas une politique de la vie. *Sociologie et sociétés*, 38(2), 35-48.
- Faure, O. (1984). La médecine gratuite au XIXe siècle : de la charité à l'assistance. *Histoire, économie et société*, 593-608.
- Faure, O., & Hildreth, M. L. (1997). Histoire sociale de la médecine (XVIIIe-XXe siècles). *Bulletin of the History of Medicine*, 71(1), 156-157.
- Fausto-Sterling, A. (1993). The five sexes. *The sciences*, 33(2), 20-24.
- Fausto-Sterling, A. (2000). The five sexes, revisited. *The sciences*, 40(4), 18-23.
- Fausto-Sterling, A. (2012). Corps en tous genres : la dualité des sexes à l'épreuve de la science. *La Découverte*.
- Fauvet, L. (2012). Les médecins au 1er janvier 2012. Études et résultats. Paris : DREES.
- Favrot-Laurens, G. (1995). Soins familiaux ou soins professionnels ? La construction des catégories dans la prise en charge des personnes âgées dépendantes. J.-C. Kaufmann (sous la direction de), *Faire ou faire-faire*. Rennes, PUR.
- Fay-Salloy, F. (1980). Les nourrices à Paris au XIXe siècle (Vol. 37). Paris : Payot.
- Featherstone, M. (1995). *Undoing culture: Globalization, postmodernism and identity* (Vol. 39). Sage.
- Febvre, L. (1956). Pour l'histoire d'un sentiment : le besoin de sécurité. In *Annales. Histoire, Sciences Sociales* (Vol. 11, No. 2, pp. 244-247). EHESS.
- Fermanian, J. D. (1999). Le temps de travail des cadres. *Insee Première*, 671.
- Fermanian, J. D., & Lagarde, S. (1999). Les horaires de travail dans le couple. *Economie et statistique*, 321(1), 89-110.
- Ferrand, M. (2001). Chapitre 9. Du droit des pères aux pouvoirs des mères. In *Masculin-Féminin questions pour les sciences de l'homme* (Vol. 2, pp. 187-209). Presses Universitaires de France.
- Ferrand, M. (2004). *Masculin-féminin*. Editions La découverte, Paris.
- Ferrand, M., Imbert, F., & Marry, C. (1996). Femmes et sciences une équation improbable ? L'exemple des normaliennes scientifiques et des polytechniciennes. *Formation Emploi*, 55(1), 3-18.
- Ferrand, M., Imbert, F., & Marry, C. (1999). L'excellence scolaire, une affaire de famille : le cas des normaliennes et normaliens scientifiques. Éditions L'Harmattan.
- Ferrière, M. *Histoire des peurs alimentaires du Moyen-Âge à nos jours*. Paris : Seuil, 2003. the text.
- Fildes, V. (1986). *Breasts, bottles and babies-a history of infant feeding*. Edinburgh University Press.
- Finlayson, G., King, N., & Blundell, J. E. (2007). Liking vs. wanting food: importance for human appetite control and weight regulation. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 31(7), 987-1002.
- Finn, J., Dulberg, L., & Reis, J. (1979). Sex differences in educational attainment: A cross-national perspective. *Harvard Educational Review*, 49(4), 477-503.

- Fischer, A. (2014). Deux méthodes d'apprentissage non supervisé : synthèse sur la méthode des centres mobiles et présentation des courbes principales. *Journal de la Société Française de Statistique*, 155(2), 2-35.
- Fischler, C. (1990). *L'omnivore. Le goût, la cuisine et le corps*. Paris: Odile Jacob.
- Fischler, C. (1994). *Manger magique : aliments sorciers, croyances comestibles*. Ed. Autrement.
- Fisher, J. O. (2007). Effects of age on children's intake of large and self-selected food portions. *Obesity*, 15(2), 403-412.
- Fisher, J. O., & Birch, L. L. (1999). Restricting access to foods and children's eating. *Appetite*, 32(3), 405-419.
- Fisher, J. O., Rolls, B. J., & Birch, L. L. (2003). Children's bite size and intake of an entree are greater with large portions than with age-appropriate or self-selected portions. *The American journal of clinical nutrition*, 77(5), 1164-1170.
- Flandrin, J. L. (1988). Le sucré dans les livres de cuisine français, du XIVE au XVIIIe siècle. *Journal d'agriculture traditionnelle et de botanique appliquée*, 35(1), 215-232.
- Flandrin, J. L. (1993). Le goût a son histoire. *Le mangeur. Menus, maux et mots*. Autrement, Coll. Mutations/Mangeurs, (138).
- Fontanini, C. (2001). Élèves ingénieurs : aspirations et projets de vie. *Carrefours de l'éducation*, (1), 52-65.
- Fontanini, C. (2009). Les représentations des métiers par les élèves de cycle 3 : permanences et perspectives d'évolution. *Recherches & éducations*, (2), 163-177.
- Fontanini, C. (2011). Qu'est-ce qui fait courir les filles vers la classe préparatoire scientifique Biologie, Chimie, Physique et Sciences de la Terre (BCPST) ? (Vol. 8, No. 15). Université de Provence-Département des Sciences de l'éducation.
- Fontanini, C., Costes, J., & Houadec, V. (2008). Filles et garçons dans l'enseignement supérieur : permanences et/ou changements. *Éducation et formations*, 77, 63-72.
- Forquin, J. C. (1971). Bourdieu (Pierre), Passeron (Jean-Claude). La reproduction. *Éléments pour une théorie du système d'enseignement*. *Revue française de pédagogie*, 15(1), 39-44.
- Forsé, M. (1981). La sociabilité. *Economie et statistique*, 132(1), 39-48.
- Forsé, M. (1991). Les réseaux de sociabilité : un état des lieux, *L'Année sociologique (1940/1948-), Troisième série*, Vol. 41, pp. 247-264.
- Forsé, M. (1993). La fréquence des relations de sociabilité : typologie et évolution. *L'Année sociologique (1940/1948-)*, 189-212.
- Forth, C. E. (2012). Melting moments: The greasy sources of modern perceptions of fat. *Cultural History*, 1(1), 83-107.
- Foucault, M. (1963). *Naissance de la clinique une archéologie du regard médical*, Puf.
- Foucault, M. (1976). *Histoire de la sexualité. I La volonté de savoir* Gallimard.

- Foucault, M. (1984). Deux essais sur le sujet et le pouvoir. In : Dreyfus, H., Rabinow, P. Michel Foucault : un parcours philosophique, 297-321.
- Foucault, M. (1994). Dits et écrits, tome II. Paris, Gallimard, 783-813.
- Foucault, M. (1994). La naissance de la médecine sociale. Dits et écrits, 3, 207-228.
- Foucault, M. (1997). Il faut défendre la société, Cours au Collège de France 1976, Paris : Gallimard/Seuil, coll. Hautes Études.
- Foucault, M. (2004). Sécurité, territoire, population : cours au Collège de France, 1977-1978. Gallimard.
- Fougeyrollas-Schwebel, D., Riot-Sarcey, M. & Zaidman, C. (2003). Le Genre comme catégorie d'analyse. Sociologie, histoire, littérature. Paris : L'Harmattan.
- Fourcade, B., & Ourtau, M. (1999). Le BEP : un diplôme, deux finalités?. Formation emploi, 66(1), 39-55.
- Fox, M. K., Devaney, B., Reidy, K., Razafindrakoto, C., & Ziegler, P. (2006). Relationship between portion size and energy intake among infants and toddlers: evidence of self-regulation. Journal of the American Dietetic Association, 106(1), 77-83.
- Francard, M., Lambert, J., & Masuy, F. (1993). L'insécurité linguistique en Communauté française de Belgique. Service de la langue française, Direction générale de la culture et de la communication.
- Freeman L. C. (1979), "Centrality in social networks conceptual clarification", Social networks, 1(3), 215-239.
- Freidson, E. (2001). Professionalism, the third logic: On the practice of knowledge. University of Chicago press.
- Friedman, C. K., Leaper, C., & Bigler, R. S. (2007). Do Mothers' Gender-Related Attitudes or Comments Predict Young Children's Gender Beliefs?. Parenting: Science and Practice, 7(4), 357-366.
- Frohlich, X. (2010). Imaginer des consommateurs, constituer les sujets: l'étiquetage nutritionnel aux états-Unis, 1945-1995. Sciences de la société, (80), 11-27.
- Fruchterman T. & Reingold E. (1991), "Graph drawing by force-directed placement", Softw. {Pract. Exp., 21(11):1129{1164.
- Fulcher, M., & Coyle, E. F. (2011). Breadwinner and caregiver: A cross-sectional analysis of children's and emerging adults' visions of their future family roles. British Journal of Developmental Psychology, 29(2), 330-346.
- Galland, O. (1995). Une entrée de plus en plus tardive dans la vie adulte. Economie et statistique, 283(1), 33-52.
- Galland, O. (1996). L'entrée dans la vie adulte en France. Bilan et perspectives sociologiques. Sociologie et sociétés, 28(1), 37-46.
- Galloway, A. T., Fiorito, L. M., Francis, L. A., & Birch, L. L. (2006). 'Finish your soup': counterproductive effects of pressuring children to eat on intake and affect. Appetite, 46(3), 318-323.
- Gans, H. (1974). Popular culture and high culture: An analysis and evaluation of taste. Basic books.

- Gans, H. J. (1985). American popular culture and high culture in a changing class structure. *Prospects*, 10, 17-37.
- Garcia, S. (2011). *Mères sous influence. De la cause des femmes à la cause des enfants*. La Découverte.
- Garcia, S. (2011). *Mères sous influence: de la cause des femmes à la cause des enfants*. La Découverte.
- Garcia, S. (2014). S'affirmer comme un professionnel compétent ?. *Sociétés contemporaines*, (3), 55-80.
- Garcia-Parpet, M. F. (2008). La construction sociale d'un marché parfait. *Idées économiques et sociales*, (1), 59-72.
- Gardey D. & Löwy I. (2000). *L'invention du naturel. Les sciences et la fabrication du féminin et du masculin*. Paris : Éditions des Sciences de l'Homme.
- Garner, H., Méda, D., & Senik, C. (2004). La place du travail dans l'identité des personnes en emploi. *Premières synthèses, Dares* (01.1).
- Garner, H., Méda, D., & Senik, C. (2005). Conciliation entre vie professionnelle et vie familiale, les leçons des enquêtes auprès des ménages. *Travail et emploi*, 102, 57-67.
- Gauthier, M. (2000). L'âge des jeunes: «un fait social instable». *Lien social et Politiques*, (43), 23-32.
- Gélis, J. (1984). *L'Arbre et le fruit : la naissance dans l'Occident moderne:(XVIe-XIXe siècle)*. Fayard.
- Gélis, J. (1988). *La sage-femme ou le médecin : une nouvelle conception de la vie*. Fayard.
- Génin, G. (1942). L'industrie laitière à l'étranger. *Le Lait*, 22(219-220), 327-334.
- Gentile, D. A. (1993). Just what are sex and gender, anyway? A call for a new terminological standard. *Psychological Science*, 4(2), 120-122.
- Gérôme, N. (1984). Les formules du bonheur : " Parents" 1969-1976, L'information des familles par la grande presse. *Le mouvement social*, 89-115.
- Gerrity, M. S., Earp, J. A. , DeVellis, R. F., & Light, D. W. (1992). Uncertainty and professional work: perceptions of physicians in clinical practice. *American Journal of Sociology*, 97(4), 1022-1051.
- Gershuny, J. (2000). *Changing times: Work and leisure in postindustrial society*. Oxford University Press.
- Gershuny, J. (2003). *Changing times: Work and leisure in postindustrial society*. Oxford University Press.
- Gershuny, J. (2003). *L'économie politique du temps*. Futuribles-Paris, 67-77.
- Giddens A. (1994), *Les conséquences de la modernité*, Éditions l'Harmattan.
- Giddens, A. (1990). *The Consequences of Modernity* (Cambridge. Polity, 53(83), 245-260.
- Giddens, A. (1991). *Modernity and self-identity: Self and society in the late modern age*. Stanford university press.
- Giddens, A. (1994). *Les conséquences de la modernité*. Paris, L'Harmattan, 29-37.

- Gilbert, C. (2003). Risques collectifs et situations de crise. Apports de la recherche en sciences humaines et sociales (pp. 340-p). L'Harmattan.
- Gillioz, L. (1984). La prévention comme normalisation culturelle. *Revue suisse de sociologie*, pp. 37-77.
- Gingras Y. (2002), « Les formes spécifiques de l'internationalité du champ scientifique », Actes de la recherche en Sciences Sociales, numéro 141-142, pp. 31-45.
- Gingras, Y. (1991). L'institutionnalisation de la recherche en milieu universitaire et ses effets. *Sociologie et sociétés*, 23(1), 41-54.
- Giret, J. F., Nauze-Fichet, E., & Tomasini, M. (2006). Le déclassement des jeunes sur le marché du travail. *Données sociales*, 307-314.
- Glaude, M., & De Singly, F. (1986). L'organisation domestique : pouvoir et négociation. *Économie et statistique*, 187(1), 3-30.
- Glevarec, H. (2013). La culture à l'ère de la diversité: Essai critique, trente ans après La Distinction. Editions de l'Aube.
- Glevarec, H., & Pinet, M. (2009). La « tablature » des goûts musicaux : un modèle de structuration des préférences et des jugements. *Revue française de sociologie*, 50(3), 599-640.
- Gojard, S. (1998). L'allaitement : une pratique socialement différenciée. *Recherches et prévisions*, 53(1), 23-34.
- Gojard, S. (1999). Les parents de nourrissons face aux prescriptions diététiques et nutritionnelles. *Recherches et Prévisions*, 57(1), 59-73.
- Gojard, S. (2000). L'alimentation dans la prime enfance : Diffusion et réception des normes de puériculture. *Revue française de sociologie*, 475-512.
- Gojard, S. (2010). Le métier de mère. *La Dispute*.
- Gojard, S. (2012). L'alimentation dans la petite enfance, un révélateur de modèles de l'enfance dans la France contemporaine, in Bonnet, D., Rollet, C., Suremain, C.-É. de (eds), *Modèles d'enfances : successions, transformations, croisements*, Paris, Éditions des archives contemporaines, pp. 127-140.
- Goldberg, M., Melchior, M., Leclerc, A., & Lert, F. (2002). Les déterminants sociaux de la santé : apports récents de l'épidémiologie sociale et des sciences sociales de la santé. *Sciences sociales et santé*, 20(4), 75-128.
- Goldthorpe, J. H. (2007). " Cultural Capital": Some Critical Observations. *Sociologica*, 1(2), 0-0.
- Gollac, S. (2003). « Maisonnée et cause commune : une prise en charge familiale », in F. Weber, S. Gojard et A. Gramain (dir.), *Charges de famille, dépendance et parenté dans la France contemporaine*, Paris, La Découverte, pp. 274-311.
- Gomez, P. (2008). La nutrition dans les stratégies d'innovation alimentaire : de la protection du risque de santé publique à la construction de l'avantage concurrentiel. *Décisions Marketing*, 71-83.
- Goody, J. (1984). *Cuisines, cuisine et classes*. Centre Georges Pompidou.
- Gould, B. W., & Lin, H. C. (1994). Nutrition information and household dietary fat intake. *Journal of Agricultural and Resource Economics*, 349-365.

- Gouldner, A. W. (1979). *The future of intellectuals and the rise of the new class: A frame of reference, theses, conjectures, arguments, and an historical perspective on the role of intellectuals and intelligentsia in the international class contest of the modern era.* Macmillan.
- Gouyon, M., & Guérin, S. (2006). L'implication des parents dans la scolarité des filles et des garçons : des intentions à la pratique. *Économie et statistique*, 398(1), 59-84.
- Graham, H. (1984). *Women and health.* Brighton: Harvester.
- Granjon, F., Nikolski, V., & Pharabod, A. S. (2012). Métriques de soi et self-tracking: une nouvelle culture de soi à l'ère du numérique et de la modernité réflexive?. *Recherches en communication*, 36(36), 13-26.
- Granjou, C. (2003). L'expertise scientifique à destination politique. *Cahiers internationaux de sociologie*, (1), 175-183.
- Greer, F. R., & Apple, R. D. (1991). Physicians, formula companies, and advertising: a historical perspective. *American Journal of Diseases of Children*, 145(3), 282-286.
- Greiner, T. (1975). *The promotion of bottle feeding by multinational corporations: how advertising and the health professions have contributed.* Cornell University.
- Grenat, P. & Marquier, R. (2009). *La formation aux professions sociales en 2006. Drees séries statistiques, document*, (136).
- Grignon, C. & Grignon, C. (1980) Styles d'alimentation et goûts populaires, *Revue française de sociologie* 21(4), 531–569.
- Grignon, C. & Grignon, C. (1981) Alimentation et stratification sociale, *Cahiers de nutrition et de diététique* 16(4), 207–217.
- Grignon, C. (1986). Alimentation et régions. *Cahiers de nutrition et de diététique*, 21(5), 381-389.
- Grignon, C. (1988). Les enquêtes sur la consommation et la sociologie des goûts. *Revue économique*, 15-32.
- Grignon, C., & Grignon, C. (1999). Long-term trends in food consumption: A French portrait. *Food and Foodways*, 8(3), 151-174.
- Grignon, C., & Passeron, J. C. (1989). *Le savant et le populaire : misérabilisme et populisme en sociologie et en littérature.* Gallimard : Le Seuil.
- Gronau, R., & Hamermesh, D. S. (2001). The demand for variety: A household production perspective (No. w8509). National bureau of economic research.
- Grossman, M. (2000). The human capital model. *Handbook of health economics*, 1, 347-408.
- Guigue, M., & Tillard, B. (2010). Parents et professionnels du travail éducatif: une relation en tension. *La revue internationale de l'éducation familiale*, (1), 57-80.
- Guilbert, P. D., Perrin-Escaló, H. D., & Lamoureux, P. P. (2002). *Baromètre nutrition santé. Edition 2002.* INPES.
- Guillaumin, C. (1992). Le corps construit. Sexe, race et pratique du pouvoir. *L'idée de Nature*, 117-142.

- Guionnet, C., & Neveu, E. (2009). *Féminins/masculins : sociologie du genre*. Armand Colin.
- Habron, G., Barbier, M., & Kinnunen, R. (2008). Local understanding of fish consumption advisory risks in Michigan's Upper Peninsula: The role of structure, culture, and agency. *Rural sociology*, 73(2), 275-299.
- Hagan, L. K., & Kuebli, J. (2007). Mothers' and fathers' socialization of preschoolers' physical risk taking. *Journal of applied developmental psychology*, 28(1), 2-14.
- Halbwachs M. (1913). *La classe ouvrière et les niveaux de vie. Recherches sur la hiérarchie des besoins dans les sociétés industrielles contemporaines*, Alcan, Paris.
- Hall, J. R. (1992). The Capital (s) of Cultures: A Nonholistic Approach to Status Situations, Class, Gender, and Ethnicity. *Cultivating differences: Symbolic boundaries and the making of inequality*, 257.
- Halle, D. (1992). The Audience for Abstract Art: Class, Culture, and Power. *Cultivating differences: Symbolic boundaries and the making of inequality*, 131.
- Halpern, S. A. (1988). *American pediatrics: The social dynamics of professionalism, 1880-1980*. Univ of California Press.
- Halpern, S. A. (1992). Dynamics of professional control: Internal coalitions and crossprofessional boundaries. *American journal of sociology*, 97(4), 994-1021.
- Hamelin-Brabant, L. (2006), « L'enfance comme champ d'intervention médicale » dans Sirota, R. (dir.), *Éléments pour une sociologie de l'enfance*, Rennes, Presses Universitaires de Rennes, p.73-81.
- Handler, R. (1985). On dialogue and destructive analysis: Problems in narrating nationalism and ethnicity. *Journal of Anthropological Research*, 41(2), 171-182.
- Hank, K. (2007). Parental gender preferences and reproductive behaviour: A review of the recent literature. *Journal of Biosocial Science*, 39(5), 759-767.
- Hardey, M. (1999). Doctor in the house: the Internet as a source of lay health knowledge and the challenge to expertise. *Sociology of Health & Illness*, 21(6), 820-835.
- Haroche, C. (2008). Des manières de regarder dans les sociétés démocratiques contemporaines. *Sociologie d'aujourd'hui*, 165-188.
- Hassoun, J. P. (1996). Pratiques alimentaires des Hmong du Laos en France: «Manger moderne» dans une structure ancienne. *Ethnologie française*, 151-167.
- Haun, J. N., Valerio, M. A., McCormack, L. A., Sørensen, K., & Paasche-Orlow, M. K. (2014). Health literacy measurement: an inventory and descriptive summary of 51 instruments. *Journal of health communication*, 19(sup2), 302-333.
- Havermans, R. C., & Jansen, A. (2007). Increasing children's liking of vegetables through flavour-flavour learning. *Appetite*, 48(2), 259-262.
- Hecht, J. (1980). L'évaluation de la mortalité aux jeunes âges dans la littérature économique et démographique de l'ancien régime. *La mortalité des enfants dans le monde et dans l'histoire*, Ordina Éditions, Liège, 29-84.
- Heer, J. (1966). *World events 1866-1966: the first hundred years of Nestlé*. Imprimeries Réunies.

- Heimer, C. A. (1988). Social structure, psychology, and the estimation of risk. *Annual Review of Sociology*, 14(1), 491-517.
- Heinich, N. (1998). *L'art contemporain exposé aux rejets : études de cas*. J. Chambon.
- Hendrick, H. (2003). *Child Welfare: England 1872-1989*. Routledge.
- Hendy, H. M., Williams, K. E., Camise, T. S., Eckman, N., & Hedemann, A. (2009). The Parent Mealtime Action Scale (PMAS). Development and association with children's diet and weight. *Appetite*, 52(2), 328-339.
- Hennion, A. (2007). Those things that hold us together: Taste and sociology. *Cultural sociology*, 1(1), 97-114.
- Héran, F. (1989). *Mixité et homolalie : le rapport entre les sexes dans la vie quotidienne des français. Les ménages : mélanges en honneur de J. Desabie*, Données Sociales, Paris, INSEE.
- Hercberg, S., & Tallec, A. (2000). Pour une politique nutritionnelle de santé publique en France. La documentation française.
- Herman, C. P., Koenig-Nobert, S., Peterson, J. B., & Polivy, J. (2005). Matching effects on eating: Do individual differences make a difference?. *Appetite*, 45(2), 108-109.
- Herman, C. P., Roth, D. A., & Polivy, J. (2003). Effects of the presence of others on food intake: a normative interpretation. *Psychological bulletin*, 129(6), 873.
- Herpin, N. (1984). Alimentation et régionalisme. *Données sociales INSEE*, 340-1.
- Herring, S. (1999). Interactional coherence in CMC. *Journal of Computer-Mediated Communication*, 4(4), 0-0.
- Herzlich, C. (1973). Types de clientèle et fonctionnement de l'institution hospitalière. *Revue française de sociologie*, 41-59.
- Hetherington, M. M., Anderson, A. S., Norton, G. N., & Newson, L. (2006). Situational effects on meal intake: A comparison of eating alone and eating with others. *Physiology & behavior*, 88(4), 498-505.
- Hoegg, J., & Alba, J. W. (2006). Taste perception: more than meets the tongue. *Journal of Consumer Research*, 33(4), 490-498.
- Hoggart, R. (1957). *La culture du pauvre*. Paris : Minuit.
- Hoggart, R. (1970). *La culture du pauvre : étude sur le style de vie des classes populaires en Angleterre*. Trad de Françoise et Jean-Claude Garcias et de Jean-Claude Passeron. Présentation de Jean-Claude Passeron. Editions de Minuit.
- Howes, D., & Marcoux, J. S. (2006). Introduction à la culture sensible. *Anthropologie et Sociétés*, 30(3), 7-17.
- Hughner, R. S., McDonagh, P., Prothero, A., Shultz, C. J., & Stanton, J. (2007). Who are organic food consumers? A compilation and review of why people purchase organic food. *Journal of consumer behaviour*, 6(2-3), 94-110.
- Hunt, S., & Frewer, L. J. (1999). Public trust in sources of information about radiation risks in the UK. *Journal of Risk research*, 2(2), 167-180.

Hurtig, M. C., Kail, M., & Rouch, H. (2002). *Sexe et genre. De la hiérarchie entre les sexes*. Paris : CNRS.

Illich, I. (1975). *Némésis médicale*, Paris. Le Seuil, 143-144.

Inagami, S., Cohen, D. A., Brown, A. F., & Asch, S. M. (2009). Body mass index, neighborhood fast food and restaurant concentration, and car ownership. *Journal of Urban Health*, 86(5), 683-695.

Inglehart, R. (1990). *Culture shift in advanced industrial society*. Princeton University Press.

Jackson, J. (1989). Is there a way to talk about making culture without making enemies?. *Dialectical Anthropology*, 14(2), 127-143.

Jacobi, A. (1951). The history of pediatrics and its relation to other sciences and arts. *Archives of pediatrics*, 68(3), 134-150.

Jacobi, D. (1984). Du discours scientifique, de sa reformulation et de quelques usages sociaux de la science. *Langue française*, (64), 38-52.

Jami, I. (2003). *Sexe et genre : les débats des féministes dans les pays anglo-saxons (1970-1990)*. *Cahiers du genre*, 34, 127-147.

Jamous, H. (1967). *La réforme des études médicales et des structures hospitalières*. Paris : CNRS, Centre d'Études Sociologiques.

Jarlégan, A. (1999). *La fabrication des différences : sexe et mathématiques à l'école élémentaire* (Doctoral dissertation, Dijon).

Jasper, J. M. (1987). *L'énergie nucléaire et les attitudes face au risque : l'approche culturelle. La société vulnérable*, Paris : Presse de L'École Normale Supérieure, 195-217.

Jaspers, K., & Hersch, J. (1958). *La bombe atomique et l'avenir de l'homme* (Vol. 15). Plon.

Jaunait, A. (2003). Comment peut-on être paternaliste? Confiance et consentement dans la relation médecin-patient. *Raisons politiques*, (3), 59-79.

Jeanpierre, L. (2005). Par-delà la biopolitique. *Critique*, (5), 352-368.

Jeanpierre, L., & Roueff, O. (2014). *La culture et ses intermédiaires : Dans les arts, le numérique et les industries créatives*. *Archives contemporaines*.

Jensen, E. (2010). Between credulity and scepticism: envisaging the fourth estate in 21st-century science journalism. *Media, Culture & Society*, 32(4), 615-630.

Johnson, S. L., & Taylor-Holloway, L. A. (2006). Non-Hispanic white and Hispanic elementary school children's self-regulation of energy intake. *The American journal of clinical nutrition*, 83(6), 1276-1282.

Joly, P. B. (1999). Besoin d'expertise et quête d'une légitimité nouvelle : quelles procédures pour réguler l'expertise scientifique?. *Revue française des affaires sociales*, 53, 45-52.

Jonas Irène (2006). « L'antiféminisme des nouveaux 'traités de savoir vivre à l'usage des femmes' ». *Nouvelles questions féministes*, vol. 25, n° 2.

Jonas, H. (1990). *Le principe responsabilité : une éthique pour la civilisation technologique*, Paris, éditions du Cerf, traduction française Greisch J., réédition.

- Joseph, I., Fritsch, P., & Battegay, A. (1977). *Disciplines à domicile : l'édification de la famille* (No. 28). Fontenay-sous-Bois : Recherches.
- Jourdain-Menninger, D., Roussille, B., Vienne, P., & Lannelongue, C. (2006). *Étude sur la protection maternelle et infantile en France. Rapport de synthèse*. Igas.
- Juan, S. (2015). *Le concept de routine dans la socio-anthropologie de la vie quotidienne. Espace populations sociétés*. (2015/1-2).
- Jurdant, B. (1969). *Vulgarisation scientifique et idéologie. Communications*, 14(1), 150-161.
- Kan, K., & Yen, S. T. (2003). *A Sample Selection Model with Endogenous Health Knowledge: Egg Consumption. Health, Nutrition and Food Demand*, 58.
- Kaplan, D. L., & Graff, K. M. (2008). *Marketing breastfeeding - reversing corporate influence on infant feeding practices. Journal of Urban Health*, 85(4), 486-504.
- Karpik, L. (2007). *L'économie des singularités*. Paris, Gallimard, 130.
- Karsenty, L. (2011). *Confiance interpersonnelle et communications de travail. Le travail humain*, 74(2), 131-155.
- Katz, E., & Lazarsfeld, P. F. (1955). *Personal Influence. The part played by people in the flow of mass communications*. Transaction Publishers.
- Kauffman, J. C. (1992). *La trame conjugale. Analyse du couple par son linge*. Paris. Nathan.
- Kerbrat-Orecchioni, C. (1990). *1994. Les interactions verbales*, 3.
- Kergoat, D. (2009). *Dynamique et consubstantialité des rapports sociaux. Sexe, race, classe. Pour une épistémologie de la domination*, 111-125.
- Kersuzan, C., Gojard, S., Tichit, C., Thierry, X., Wagner, S., Nicklaus, S. & De Lauzon-Guillain, B. (2014). *Prévalence de l'allaitement à la maternité selon les caractéristiques des parents et les conditions de l'accouchement. Résultats de l'Enquête Elfe maternité, France métropolitaine, 2011. Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, (27), 440-449.
- Kickbusch, I., Pelikan, J. M., Apfel, F., & Tsouros, A. D. (2013). *Health literacy: The solid Facts (WHO Regional Office for Europe)*. Europe: World Health Organisation.
- Kim, S. Y., Nayga, R. M., & Capps, O. (2001). *Health knowledge and consumer use of nutritional labels: the issue revisited. Agricultural and Resource Economics Review*, 30(1), 10-19.
- Kivits, J., Erpelding, M. L., & Guillemin, F. (2013). *Social determinants of health-related quality of life. Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 61, S189-S194.
- Kjærnes, U., Harvey, M., & Warde, A. (2007). *Trust in food: A comparative and institutional analysis*. Springer.
- Klein, A. (2010). *Quel sujet pour l'éducation en santé?. Les apports de Michel Foucault pour les interventions éducatives en santé publique. Recherches & éducations*, (3), 47-75.
- Klein, A. (2011). *De l'éducation du corps à l'éducation au corps: genèse et critique de l'éducation en santé. Carrefours de l'éducation*, (2), 31-47.

- Kleinberg J. M. (1999), "Authoritative sources in a hyperlinked environment", *Journal of the ACM*, 46(5), 604-632.
- Knight, F. (1964). *Risk, Uncertainty and Profit*. New York, Kelley.
- Kottek, S. (1997). Quelques remarques sur les prémices de la pédiatrie au XVIII^e siècle. *Histoire des sciences médicales*, 31(3-4), 359-367.
- Krieger, N. (2011). *Epidemiology and the people's health: theory and context*. Oxford University Press.
- Krishna, A., & Elder, R. (2010). The gist of gustation. *Sensory marketing: Research on the sensuality of products*, 281-297.
- Kröller, K., & Warschburger, P. (2008). Associations between maternal feeding style and food intake of children with a higher risk for overweight. *Appetite*, 51(1), 166-172.
- Labov, W. (1976). *Sociolinguistique*. Paris, Minuit.
- Labov, W. (1978). *Le parler ordinaire : la langue dans les ghettos noirs des Etats-Unis (titre original: Language in the inner city: Studies in the Black English Vernacular, 1966)*, trad. A. Kihm, Paris: Les Éd. de Minuit.
- Lacaze, G. (2015). Le maigre féminin et le gras viril chez les Mongols. *Journal des anthropologues*, (1), 173-191.
- Lahire, B. (1992). L'inégalité devant la culture écrite scolaire : le cas de l' « expression écrite » à l'école primaire. *Sociétés contemporaines*, 11(1), 167-187.
- Lahire, B. (1995). *Tableaux de familles. Heurs et malheurs scolaires en milieux populaires*. Le Seuil.
- Lahire, B. (1998). *L'homme pluriel. Les ressorts de l'action*, Paris, Nathan, 25.
- Lahire, B. (2000). Culture écrite et inégalités scolaires. *Sociologie de l'échec scolaire à l'école primaire* (p. 310). Presses universitaires de Lyon.
- Lahire, B. (2004). *La culture des individus : dissonances culturelles et distinction de soi. La découverte*.
- Lahire, B. (2009). Entre sociologie de la consommation culturelle et sociologie de la réception culturelle. *Idées économiques et sociales*, (1), 6-11.
- Lahlou, S. (1998). *Penser-manger*. Paris, France : Les Presses Universitaires de France.
- Lakdawalla, D., Philipson, T., & Bhattacharya, J. (2005). Welfare-enhancing technological change and the growth of obesity. *The American Economic Review*, 95(2), 253-257.
- Lalande, F., & Roussille, B. (2003). *Les essais cliniques chez l'enfant en France*. Paris : Inspection Générale des Affaires Sociales, Octobre.
- Lamine, C. (2006). La « résistance » de l'huile rouge. Transformation des modèles alimentaires au Cameroun. *Journal des anthropologues. Association française des anthropologues*, (106-107), 225-243.
- Lamont, M. (1992). *Money, morals, and manners: The culture of the French and the American upper-middle class*. University of Chicago Press.

- Lange, C., Martin, C., Chabanet, C., Combris, P., & Issanchou, S. (2002). Impact of the information provided to consumers on their willingness to pay for Champagne: comparison with hedonic scores. *Food Quality and Preference*, 13(7), 597-608.
- Lareau, A. (2002). Invisible inequality: Social class and childrearing in black families and white families. *American sociological review*, 747-776.
- Lareau, A. (2003). *Unequal childhoods: Class, race, and family life*. Univ of California Press.
- Laurendeau, F. (1985). Types de sociétés et de prises en charge: la professionnalisation de l'élevage des enfants. *Traité d'anthropologie médicale*, Montréal, PUQ/IQRC/PUL.
- Laurieux, B., & Bruegel, M. (2002). *Histoire et identités alimentaires en Europe*. Hachette Littérature.
- Lawless, J. F. (2011). *Statistical models and methods for lifetime data* (Vol. 362). John Wiley & Sons.
- Lazzarato, M. (2000). Du biopouvoir à la biopolitique. *Multitudes*, (1), 45-57.
- Le Breton, D. (2006). *La saveur du monde. Une anthropologie des sens*. Paris, Éditions Métailié.
- Le Breton, D. (2007). Pour une anthropologie des sens. *VST-Vie sociale et traitements*, (4), 45-53.
- Le Breton, D. (2012). *Sociologie du risque : « Que sais-je ? » n° 3016*. Presses universitaires de France.
- Le Feuvre, N. (2003). « Le genre comme outil d'analyse sociologique ». In D. Fougeyrollas-Schwebel, C. Planté, M. Riot-Sarcey & C. Zaidman, *Le genre comme catégorie d'analyse*. Sociologie, histoire, littérature. Paris : L'Harmattan, p. 39-52.
- Le Heuzey, M. F. (2002). L'alimentation au cœur de la relation mère-enfant. *Journal de Pédiatrie et de Puériculture*, 15(6), 349-350.
- Le Magnen J. (1992). *Neurobiology of feeding and nutrition*, Academic Press, San Diego.
- Le Minez, S., & Roux, S. (2001). Les écarts de revenu salarial entre hommes et femmes en début de carrière. *Insee Première*, 801.
- Le Pape, M. C. (2006). Les ambivalences d'une double appartenance: hommes et femmes en milieu populaires. *Sociétés contemporaines*, (2), 5-26.
- Le Pape, M. C. (2009). Être parent dans les milieux populaires: entre valeurs familiales traditionnelles et nouvelles normes éducatives. *Informations sociales*, (4), 88-95.
- Le Pape, M. C., & Plessz, M. (2017). C'est l'heure du petit-déjeuner ? Rythme des repas, incorporation et classe sociale. *L'Année sociologique*, 67(1), 73-106.
- Leclerc, A., Fassin, D., Granjean, H., Kaminski, M., & Thierry, L. A. N. G. (Eds.). (2010). *Les inégalités sociales de santé*. La Découverte.
- Legrain, L. (2009). L'art de se faire surprendre. *Techniques & culture*, (2), 258-281.
- Léonard, J. (1978). *La France médicale au XIXe siècle*. Gallimard/Julliard.
- Lepiller, O. (2012). *Critiques de l'alimentation industrielle et valorisations du naturel : sociologie historique d'une "digestion" difficile (1968-2010)* (Doctoral dissertation, Toulouse 2).

- Lesnard, L. (2008). Off-scheduling within dual-earner couples: An unequal and negative externality for family time. *American Journal of Sociology*, 114(2), 447-490.
- Lesnard, L., & Saint Pol, T. de (2008). Organisation du travail dans la semaine des individus et des couples actifs : le poids des déterminants économiques et sociaux. *Économie et statistique*, 414(1), 53-74.
- Lesnard, L., & Saint Pol, T. de (2009). Patterns of workweek schedules in France. *Social indicators research*, 93(1), 171-176.
- L'Estoile, B. de (2001). Le goût du passé. Erudition locale et appropriation du territoire. *Terrain. Anthropologie & sciences humaines*, (37), 123-138.
- Letrait, M. (2002). L'utilisation par les chômeurs du temps libéré par l'absence d'emploi. *Économie et statistique*, 352(1), 101-125.
- Leturcq, M., & Wierink, M. (2009). 4. Temps de travail et bien-être des mères de famille nombreuse. In *Entre famille et travail* (pp. 99-120). La Découverte.
- Levasseur, G., & Schweyer, F. X. (2003). La recherche en médecine générale, à travers les thèses de médecine. *Santé publique*, 15(2), 203-212.
- Levine, L. W. (1988). *Highbrow/lowbrow: The emergence of cultural hierarchy in America*. Harvard University Press.
- Lévi-Strauss, C. (1964). *Mythologiques*, 4 vols. Paris: Plon, 1971.
- Levy, A. (2002). Rational eating: can it lead to overweightness or underweightness?. *Journal of health economics*, 21(5), 887-899.
- Lewin, K. (1943). Forces behind food habits and methods of change. *Bulletin of the national Research Council*, 108(1043), 35-65.
- Lewin, K. (1952). Group decision and social change in GE Swanson, TM Newcomb, & EL Hartley (eds.) *Readings in social psychology*. New York: Holt.
- Lhuissier, A. (2007). *Alimentation populaire et réforme sociale : les consommations ouvrières dans le second XIXe siècle*. Quae éditions.
- Lhuissier, A., & Régnier, F. (2005). Obésité et alimentation dans les catégories populaires: une approche du corps féminin. *Inra sciences sociales*.
- Liem, D. G., & Mennella, J. A. (2002). Sweet and sour preferences during childhood: role of early experiences. *Developmental psychobiology*, 41(4), 388-395.
- Light Jr, D. (1979). Uncertainty and control in professional training. *Journal of Health and Social Behavior*, 310-322.
- Lignier, W. (2015). L'identification des enfants. Un modèle utile pour l'analyse des primes socialisations. *Sociologie*, 6(2), 177-194.
- Lignier, W., & Pagis, J. (2014). Inimitiés enfantines. *Genèses*, (3), 35-61.
- Lin, N., & Dumin, M. (1986). Access to occupations through social ties. *Social networks*, 8(4), 365-385.

- Linder, S. B. (1982). *La ressource la plus rare*. Bonnel.
- Liu, Y. H., & Stein, M. T. (2005). Comportement alimentaire des nourrissons et des jeunes enfants et impact sur le développement psychosocial et affectif. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants*, 7.
- Lizé, W., & Roueff, O. (2010). La fabrique des goûts. *Actes de la recherche en sciences sociales*, (1), 4-11.
- Longchamp, P. (2014). Goûts de liberté, goûts de nécessité: Quand la diététique s' en mêle. *Sociologie et sociétés*, 46(2), 59-82.
- Loux, F. (1978). *Le jeune enfant et son corps dans la médecine traditionnelle* (Vol. 276). Paris : Flammarion.
- Lupton, D., & Chapman, S. (1995). 'A healthy lifestyle might be the death of you': discourses on diet, cholesterol and heart disease in the press and among the lay public. *Sociology of Health and Illness*, 17, 477-494.
- Lytton, M. (2013). Health literacy: an opinionated perspective. *American journal of preventive medicine*, 45(6), e35-e40.
- Maddock, S., Leek, S., & Foxall, G. (1999). Healthy eating or chips with everything? *Nutrition & Food Science*, 99, 270-277.
- Maillard, F. (1994). CAP-BEP, association ou concurrence ?. Le cas des formations de la vente. *Formation emploi*, 47(1), 59-72.
- Maingueneau, D. (1991). *L'analyse du discours : introduction aux lectures de l'archive*. Hachette supérieur.
- Marcellesi, J. B. & Gardin, B. (1974). *Introduction à la sociolinguistique*. La linguistique sociale.
- Marchetti, D. (1997). Contribution à une sociologie des transformations du champ journalistique dans les années 80 et 90. A propos d'" événements sida" et du" scandale du sang contaminé" (Doctoral dissertation, Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales (EHESS)).
- Marchetti, D. (2002). Sociologie de la production de l'information. Retour sur quelques expériences de recherche. *Cahiers de la recherche sur l'éducation et les savoirs*, (1), 17-32.
- Marchetti, D. (2010). *Quand la santé devient médiatique. Les logiques de production de l'information dans la presse*. Grenoble, Presses Universitaires de Grenoble.
- Marchetti, D., & Champagne, P. (1994). L'information médicale sous contrainte [A propos du" scandale du sang contaminé"]. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 101(1).
- Marcoccia, M. (2001). L'animation d'un espace numérique de discussion : l'exemple des forums usenet. *Document numérique*, 5(3), 11-26.
- Marcoccia, M. (2003). Parler politique dans un forum de discussion. *Langage et société*, (2), 9-55.
- Marcoccia, M. (2004). L'analyse conversationnelle des forums de discussion : questionnements méthodologiques. *Les Carnets du Cediscor*. Publication du Centre de recherches sur la didacticité des discours ordinaires, (8), 23-37.

- Mardon, A. (2006). La socialisation corporelle des préadolescentes (Thèse de doctorat soutenue à l'université Paris-Nanterre, sous la direction de Martine Ségalen).
- Marenco, C. (1992). Manières de table, modèles de mœurs : XVIIe-XXe siècle. Cachan, Éditions de l'École Normale Supérieure de Cachan.
- Maret, E., & Finlay, B. (1984). The distribution of household labor among women in dual-earner families. *Journal of Marriage and the Family*, 357-364.
- Margat, A., De Andrade, V., & Gagnayre, R. (2014). «Health Literacy» et éducation thérapeutique du patient: Quels rapports conceptuel et méthodologique?. *Education Thérapeutique du Patient-Therapeutic Patient Education*, 6(1), 10105.
- Marsden, P. V. (1987). Core discussion networks of Americans. *American sociological review*, 122-131.
- Marshall, J. L., Godfrey, M., & Renfrew, M. J. (2007). Being a 'good mother': managing breastfeeding and merging identities. *Social Science and Medicine*, 65, 2147–2159.
- Massé, R., & Saint-Arnaud, J. (2003). Éthique et santé publique: enjeux, valeurs et normativité. Presses Université Laval.
- Mathiot, L. (2014). L'alimentation des enfants du point de vue de leurs parents: Des représentations du risque différenciées selon l'appartenance sociale des familles. *Sociologie et sociétés*, 46(2), 133-154.
- Matillon, Y. (2000). Recommandations et références professionnelles. Paris, ANAES.
- Mattei, J. F., Étienne, J. C., & Chabot, J. M. (1997). De la médecine à la santé: pour une réforme des études médicales et la création d'universités de santé. Flammarion.
- Mattes, R. D. (2005). Fat taste and lipid metabolism in humans. *Physiology & behavior*, 86(5), 691-697.
- Mattes, R. D. (2006). Orosensory considerations. *Obesity*, 14(S7).
- Mattes, R. D. (2009). Is there a fatty acid taste?. *Annual review of nutrition*, 29, 305-327.
- Maublanc, S. (2009). 5. Horaires de travail et investissement des pères. In *Entre famille et travail* (pp. 121-140). La Découverte.
- Maudet, G. (2002). La «démocratie sanitaire»: penser et construire l'utilisateur. *Lien social et Politiques*, (48), 95-102.
- Mauger, G. (1995). Jeunesse: l'âge des classements [Essai de définition sociologique d'un âge de la vie]. *Recherches et prévisions*, 40(1), 19-36.
- Maurice, A. (2015). L'ambivalence du bonbon dans les interactions entre préadolescents au collège (France). *Anthropology of food*, (9).
- Mauss, M. (1936). « Les techniques du corps » : 365-386. M. Mauss, *Sociologie et anthropologie*. Paris, Presses universitaires de France.
- Mayall, B. (1996). *Children, health and the social order*. Open University Press.
- McKeown, T. (1976). *The Modern Rise of Population*. Edward Arnold.
- Méda, D. (2001). *Le temps des femmes, pour un nouveau partage des rôles*. Paris, Flammarion.

- Méda, D., Cette, G., & Dromel, N. (2004). Les pères, entre travail et familles [Les enseignements de quelques enquêtes]. *Recherches et prévisions*, 76(1), 7-21.
- Meiselman, H. L., King, S. C., & Weber, A. J. (2003). Relationship of acceptability to consumption in a meal-testing environment, and the use of intake to predict product acceptability in a meal. *Appetite*, 41(2), 203-204.
- Mennella, J. A., & Beauchamp, G. K. (2002). Flavor experiences during formula feeding are related to preferences during childhood. *Early human development*, 68(2), 71-82.
- Mennesson, C. (2011). Socialisation familiale et investissement des filles et des garçons dans les pratiques culturelles et sportives associatives. *Réseaux*, (4), 87-110.
- Mercier, R. (1961). *L'enfant dans la société du XVIIIe siècle : avant Émile* (Vol. 6). Université de Dakar.
- Merleau-Ponty, M. (1945). *Phénoménologie de la perception*. Paris, Gallimard.
- Meron, M., & Widmer, I. (2002). Les femmes au chômage retardent l'arrivée du premier enfant. *Population*, 57(2), 327-357.
- Meyer, P. (1977). *L'enfant et la raison d'État*. Paris, Seuil.
- Michaudon, H. (2001). La lecture, une affaire de famille, enquête permanente sur « Les conditions de vie des ménages ». *Insee Première*, 777.
- Mintz, S. W. (1986). *Sweetness and Power: The Place of Sugar in Modern History*. (Elisabeth Sifton.) New York: Viking. 1985. Pp. XXX, 274.
- Monceau, G. (2009). L'usage du concept de résistance pour analyser la coopération des parents d'élèves avec les enseignants dans l'institution scolaire. *Nouvelle revue de psychosociologie*, (1), 151-165.
- Morel, M. F. (1976). Théories et pratiques de l'allaitement en France au XVIIIe siècle. In *Annales de démographie historique* (Vol. 1976, No. 1, pp. 393-427). Persée-Portail des revues scientifiques en SHS.
- Morel, M. F. (1989). Les soins prodigués aux enfants : influence des innovations médicales et des institutions médicalisées (1750-1914). *Médecine et déclin de la mortalité infantile*. In *Annales de démographie historique* (Vol. 1989, No. 1, pp. 157-181). Persée-Portail des revues scientifiques en SHS.
- Mormiche, P. (1995). L'accès aux soins : évolution des inégalités entre 1980 et 1991. *Économie et statistique*, 282(1), 3-19.
- Morrongiello, B. A., & Dawber, T. (2000). Mothers' responses to sons and daughters engaging in injury-risk behaviors on a playground: Implications for sex differences in injury rates. *Journal of experimental child psychology*, 76(2), 89-103.
- Morrongiello, B. A., & Hogg, K. (2004). Mothers' reactions to children misbehaving in ways that can lead to injury: Implications for gender differences in children's risk taking and injuries. *Sex Roles*, 50(1), 103-118.

- Moumjid, N., Ferdjaoui, N., & Carrère, M. O. (2000). La relation médecin-patient, l'information et la participation des patients à la décision médicale: les enseignements de la littérature internationale. *Revue française des affaires sociales*, 2, 73-88
- Muehlenhard, C. L., & Peterson, Z. D. (2011). Distinguishing between sex and gender: History, current conceptualizations, and implications. *Sex Roles*, 64(11-12), 791-803.
- Muller, M. (1975). The baby killer; a War on Want investigation into the promotion and sale of powdered baby milks in the third world-2.
- Murcier, N. (2003). Étude des résistances à la présence masculine dans les institutions de la petite enfance. DEA en sciences de l'éducation sous la direction de Laurence Gavarini, Saint-Denis, Université Paris-8.
- Murcier, N. (2004). De la difficulté à se représenter l'enfant sexué. *La lettre de l'enfance et de l'adolescence*, (4), 89-95.
- Murcier, N. (2005). Le loup dans la bergerie [Prime éducation et rapports sociaux de sexe]. *Recherches et prévisions*, 80(1), 67-75.
- Murcier, N. (2006). Les savoirs dans le champ de l'accueil des enfants. *Informations sociales*, (5), 30-37.
- Murcier, N. (2007). La réalité de l'égalité entre les sexes à l'épreuve de la garde des jeunes enfants. *Mouvements*, (1), 53-62.
- Murcier, N. (2008). Petite enfance et rapports sociaux de sexe : la formation des professionnel (le)s de la petite enfance, idéologies et représentations sociales. Y. Guichard-Claudic, D. Kergoat & A. Vilbrod, *L'inversion du genre. Quand les métiers masculins se conjuguent au féminin... et réciproquement*. Rennes : Presses universitaires de Rennes, 215-230.
- Murphy, E. (1999). 'Breast is best': infant feeding decisions and maternal deviance. *Sociology of Health and Illness*, 21, 187-208.
- Murphy, E. (2003). Expertise and forms of knowledge in the government of families. *Sociological Review*, 51, 433-462.
- Murphy, E. (2003). Expertise and forms of knowledge in the government of families. *Sociological Review*, 51, 433-462.
- Musselin, C., & Paradeise, C. (2002). Le concept de qualité : où en sommes-nous ? : La qualité. *Sociologie du travail*, 44(2), 256-260.
- Muxel, A. (1984). Mémoire familiale et projet de socialisation de l'enfant : des obstinations durables. *Dialogue*, 84, 46-56.
- Nacu, A. (2011). À quoi sert le culturalisme ? Pratiques médicales et catégorisations des femmes «migrantes» dans trois maternités franciliennes. *Sociologie du travail*, 53(1), 109-130.
- Narcy, M., Lanfranchi, J., & Meurs, D. (2009). 16. Les femmes ont-elles de bonnes raisons d'aller dans le public et l'associatif ? In *Entre famille et travail* (pp. 363-382). La Découverte.
- Nayga, R. M. (1996). Determinants of consumers' use of nutritional information on food packages. *Journal of Agricultural and Applied Economics*, 28(2), 303-312.

- Nelkin, D. (1995). *Selling science: How the press covers science and technology*. Rev. ed. New York: Freeman.
- Nestle, M. (2001). Food company sponsorship of nutrition research and professional activities: a conflict of interest?. *Public Health Nutrition*, 4(5), 1015-1022.
- Nestle, M. (2013). *Food politics: How the food industry influences nutrition and health* (Vol. 3). Univ of California Press.
- Neveu, E. (2009). *Sociologie du journalisme*. La Découverte.
- Newman M. E. (2004), "Coauthorship networks and patterns of scientific collaboration", *Proceedings of the national academy of sciences*, 101(suppl 1), 5200-5205.
- Newman, J., & Taylor, A. (1992). Effect of a means-end contingency on young children's food preferences. *Journal of experimental child psychology*, 53(2), 200-216.
- Neyrand, G. (1999). Savoirs et normes sociales en matière de petite enfance. *Recherches et prévisions*, 57(1), 3-15.
- Neyrand, G. (2000). *L'enfant, la mère et la question du père : un bilan critique de l'évolution des savoirs sur la petite enfance*. Paris, PUF.
- Neyrand, G. (2002). De l'incapacité présumée du père à s'occuper du bébé. *Dialogue*, (2), 111-117.
- Neyrand, G. (2014). Corps sexué et identité, un espace de confrontations normatives. *Recherches familiales*, (1), 97-110.
- Neyrand, G., & Mekboul, S. (2014). Corps sexué de l'enfant et normes sociales. *La normativité corporelle en société néolibérale*. Erès.
- Nicklaus, S. & Schwartz, C. (2010). L'acquisition des préférences alimentaires : le cas du goût sucré. In *Le goût du sucre* (pp. 106-115). Autrement.
- Nicklaus, S. (2004). *Étude longitudinale des préférences et de la variété alimentaires de la petite enfance jusqu'à l'âge adulte : choix des enfants de 2 à 3 ans et lien avec leur comportement de 4 à 22 ans* (Doctoral dissertation, Dijon).
- Nicklaus, S., Boggio, V., & Issanchou, S. (2005b). Les perceptions gustatives chez l'enfant. *Archives de pédiatrie*, 12(5), 579-584.
- Nicklaus, S., Boggio, V., Chabanet, C., & Issanchou, S. (2005a). A prospective study of food variety seeking in childhood, adolescence and early adult life. *Appetite*, 44(3), 289-297.
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health promotion international*, 15(3), 259-267.
- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social science & medicine*, 67(12), 2072-2078.
- O'Key, V., & Hugh-Jones, S. (2010). I don't need anybody to tell me what I should be doing'. A discursive analysis of maternal accounts of (mis)trust of healthy eating information. *Appetite*, 54(3), 524-532.

- O'Malley, P. (1996). Risk and responsibility. Foucault and political reason: Liberalism, neo-liberalism and rationalities of government, 189-207.
- Oakes, M. E., & Slotterback, C. S. (2005). Too good to be true: dose insensitivity and stereotypical thinking of foods' capacity to promote weight gain. *Food Quality and Preference*, 16(8), 675-681.
- Oakley, A. (1989). Smoking in pregnancy: smokescreen or risk factor? Towards a materialist analysis. *Sociology of health & illness*, 11(4), 311-334.
- Octobre, S. (2004). Les loisirs culturels des 6-14 ans. *La documentation française*.
- Octobre, S. (2006). Les loisirs culturels des 6-14 ans. Contribution à une sociologie de l'enfance et de la prime adolescence. *Enfances, familles, générations*, (4), 1-28.
- Octobre, S. (2008). Les horizons culturels des jeunes. *Revue française de pédagogie. Recherches en éducation*, (163), 27-38.
- Octobre, S. (2009). Pratiques culturelles chez les jeunes et institutions de transmission: un choc de cultures?. *Culture prospective*, (1), 1-8.
- Octobre, S. (2010). La socialisation culturelle sexuée des enfants au sein de la famille. *Cahiers du genre*, (2), 55-76.
- Octobre, S. (2017). L'enfant et les techno-cultures: mutations culturelles et transformations sociales. *Pratiques. Linguistique, littérature, didactique*, (175-176).
- Octobre, S., & Jauneau, Y. (2008). Tels parents, tels enfants ?. *Revue française de sociologie*, 49(4), 695-722.
- Oqali (2014) Etude du secteur des aliments infantiles de diversification – Données 2012. Consultable en ligne : <https://www.oqali.fr/Publications-Oqali/Etudes-sectorielles>
- Or, Z., Jusot, F., & Yilmaz, E. (2009). Inégalités de recours aux soins en Europe. *Revue économique*, 60(2), 521-543.
- Organisation mondiale de la Santé, (1981). Code international de commercialisation des substituts du lait maternel. Repéré à www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/9241541601/fr.
- Oria, N., & Camus, J. (2012). Avoir un premier enfant : un rite d'institution. *Recherches familiales*, (1), 49-59.
- Osborne, R. H., Batterham, R. W., Elsworth, G. R., Hawkins, M., & Buchbinder, R. (2013). The grounded psychometric development and initial validation of the Health Literacy Questionnaire (HLQ). *BMC public health*, 13(1), 658.
- Ouédraogo, A. P. (1996). Esquisse d'une histoire sociale du végétarisme. *INRA Sciences Sociales* 3, Non paginé/2.
- Ouédraogo, A. P. (1998). Assainir la société. Les enjeux du végétarisme (No. 31, pp. 59-76). Ministère de la culture/Maison des sciences de l'homme.
- Paasche-Orlow, M. K., Parker, R. M., Gazmararian, J. A., Nielsen-Bohlman, L. T., & Rudd, R. R. (2005). The prevalence of limited health literacy. *Journal of general internal medicine*, 20(2), 175-184.
- Paicheler, G. (1995). Présentation. Les professions de soins : territoires et empiètements. *Sciences sociales et santé*, 13(3), 5-10.

- Pailhé, A., & Solaz, A. (2006). Vie professionnelle et naissance : la charge de la conciliation repose essentiellement sur les femmes. *Population et sociétés*, (426), 1-4.
- Pailhé, A., & Solaz, A. (2009a). 7. Les ajustements professionnels des couples autour des naissances : une affaire de femmes ? In *Entre famille et travail* (pp. 167-186). La Découverte.
- Pailhé, A., & Solaz, A. (2009b). 17. Pourquoi les salariés sont-ils si satisfaits de la conciliation famille-travail ? L'effet des politiques des entreprises. In *Entre famille et travail* (pp. 383-407). La Découverte.
- Pailhé, A., & Solaz, A. (2010a). Concilier, organiser, renoncer : quel genre d'arrangements ? *Travail, genre et sociétés*, (2), 29-46.
- Pailhé, A., & Solaz, A. (2010b). L'implication des entreprises dans l'aide à la parentalité en France: Une initiative bienvenue mais source d'inégalités entre salariés. *Revue Interventions économiques. Papers in Political Economy*, (41).
- Palheta, U. (2011). Enseignement professionnel et classes populaires : comment s'orientent les élèves «orientés». *Revue française de pédagogie*, (2), 59-72.
- Parayre, S. (2009). L'hygiène à l'école aux XVIIe et XIXe siècles. *Recherches & éducations*, (1), 177-193.
- Pascal, J., Abbey-Huguenin, H., & Lombrail, P. (2006). Inégalités sociales de santé : quels impacts sur l'accès aux soins de prévention ? *Lien social et Politiques*, (55), 115-124.
- Pasquier, D. (2009). Publics et hiérarchies culturelles. *Idées économiques et sociales*, (1), 32-38.
- Passeron, J. C. (1991). L'usage faible des images - Enquêtes sur la réception de la peinture. *Le raisonnement sociologique. L'espace non poppérien du raisonnement naturel*, Paris, Ed. Nathan.
- Passeron, J. C., & Bourdieu, P. (1966). *Les héritiers : les étudiants et la culture*. Éditions de Minuit.
- Passeron, J. C., & De Singly, F. (1984). Différences dans la différence : socialisation de classe et socialisation sexuelle. *Revue française de science politique*, 48-78.
- Patureau, F. (1991). *Le Palais Garnier dans la société parisienne, 1875-1914*. Éditions Mardaga.
- Pearson, D., Henryks, J., & Jones, H. (2011). Organic food: What we know (and do not know) about consumers. *Renewable Agriculture and Food Systems*, 26(2), 171-177.
- Pélage, A., Brachet, S., Brugeilles, C., Paillet, A., Rollet, C., & Samuel, O. (2016). Alors c'est quoi, une fille ou un garçon?. *Actes de la recherche en sciences sociales*, (4), 30-45.
- Pelikan, J. M., Röthlin, F., & Ganahl, K. (2012). Comparative report on health literacy in eight EU member states. *The European Health Literacy Survey HLS-EU*.
- Percheron, A. (1985). Le Domestique et le Politique : Types de familles, modèles d'éducation et transmission des systèmes de normes et d'attitudes entre parents et enfants. *Revue française de science politique*, 840-891.
- Percheron, A. (1991). Représentations de la loi et de la justice chez les Français de 16 à 21 ans. *Droit et société*, 19(1), 377-388.
- Peretti-Watel, P. (2000). *Sociologie du risque*. Paris, Armand Colin.

- Peretti-Watel, P. (2001). *La société du risque. La découverte.*
- Peretti-Watel, P. (2004). Du recours au paradigme épidémiologique pour l'étude des conduites à risque. *Revue française de sociologie*, 45(1), 103-132.
- Peretti-Watel, P. (2005). La culture du risque, ses marqueurs sociaux et ses paradoxes. *Revue économique*, 56(2), 371-392.
- Peretti-Watel, P. (2013). La prévention primaire contribue-t-elle à accroître les inégalités sociales de santé?. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 61, S158-S162.
- Peretti-Watel, P. (2017). L'homo medicus, cible fictive de la prévention des conduites à risque. In *Se doper pour travailler* (pp. 47-58). ERES.
- Peretti-Watel, P., & Moatti, J. P. (2009). *Le principe de prévention: le culte de la santé et ses dérives.* Paris: Seuil.
- Peretti-Watel, P., & Verger, P. (2015). L'hésitation vaccinale : une revue critique. *Journal des Anti-infectieux*, 17(3), 120-124.
- Peretti-Watel, P., Raude, J., Sagaon-Teyssier, L., Constant, A., Verger, P., & Beck, F. (2014). Attitudes toward vaccination and the H1N1 vaccine: poor people's unfounded fears or legitimate concerns of the elite?. *Social Science & Medicine*, 109, 10-18.
- Périer, P. (2005). *École et familles populaires: sociologie d'un différend.* PU Rennes.
- Périver, H. (2004). Emploi des mères et garde des jeunes enfants en Europe. *Revue de l'OFCE*, (3), 225-258.
- Perrenoud, P. (2004). Adosser la pratique réflexive aux sciences sociales, condition de la professionnalisation. *Éducation permanente*, 160(3), 35-60.
- Petersen, A., & Lupton, D. (1996). *The new public health: Health and self in the age of risk.* Sage Publications, Inc.
- Peterson, R. A. (1992). Understanding audience segmentation: From elite and mass to omnivore and univore. *Poetics*, 21(4), 243-258.
- Peterson, R. A. (1997). The rise and fall of highbrow snobbery as a status marker. *Poetics*, 25(2-3), 75-92.
- Peterson, R. A., & Kern, R. M. (1996). Changing highbrow taste: From snob to omnivore. *American sociological review*, 900-907.
- Peterson, R. A., & Simkus, A. (1992). How Musical Tastes Mark Occupational Status Groups. S. 152–186 in: Michele Lamont and Marcel Fournier (Ed.): *Cultivating Differences. Symbolic Boundaries and the Making of Inequality.*
- Peugny, C. (2009). *Le déclassement.* Paris, Grasset.
- Pharabod, A. S., Nikolski, V., & Granjon, F. (2013). La mise en chiffres de soi. *Réseaux*, (1), 97-129.
- Pichevin, M. F., & Hurtig, M. C. (2007). III. On the Necessity of Distinguishing Between Sex and Gender. *Feminism & Psychology*, 17(4), 447-452.

- Pierron, J. P. (2007). Une nouvelle figure du patient ? Les transformations contemporaines de la relation de soins. *Sciences sociales et santé*, 25(2), 43-66.
- Pinell P. (2005), « Champ médical et processus de spécialisation » (Vol. 156, No. 1, pp. 4-36), *Le Seuil*.
- Pinell, P. (1992). Naissance d'un fléau. Histoire de la lutte contre le cancer en France (1890-1940), Paris, Métailié, 1981-1996.
- Pinell, P. (1996). Modern medicine and the civilising process. *Sociology of Health & Illness*, 18(1), 1-16.
- Pinell, P. (1998). Médicalisation et procès de civilisation. Aïach P. et Delanoë D. (Sous la direction de), *L'ère de la médicalisation. Ecce homo sanitas*, Paris, Anthropos, 35-51.
- Pinell, P. (2009). La genèse du champ médical : le cas de la France (1795-1870). *Revue française de sociologie*, 50(2), 315-349.
- Pirus, C., Bois, C., Dufourg, M. N., Lanoë, J. L., Vandentorren, S., & Leridon, H. (2010). La construction d'une cohorte : l'expérience du projet français Elfe. *Population*, 65(4), 637-670.
- Plessz, M. (2013). Les légumes transformés : diversité des produits, diversité des usages sociaux. *Revue d'Études en Agriculture et Environnement*, 2013(01), 13-37.
- Plessz, M., & Gojard, S. (2012). Do processed vegetables reduce the socio-economic differences in vegetable purchases? A study in France. *The European Journal of Public Health*, cks166.
- Plessz, M., & Gojard, S. (2015). Fresh is best? Social position, cooking, and vegetable consumption in France. *Sociology*, 49(1), 172-190.
- Plessz, M., Dubuisson-Quellier, S., Gojard, S., & Barrey, S. (2014). How consumption prescriptions affect food practices: Assessing the roles of household resources and life-course events. *Journal of Consumer Culture*, 1469540514521077.
- Plessz, M., Dubuisson-Quellier, S., Gojard, S., & Barrey, S. (2014). How consumption prescriptions affect food practices: Assessing the roles of household resources and life-course events. *Journal of Consumer Culture*, 1469540514521077.
- Poltorak, M., Leach, M., Fairhead, J., & Cassell, J. (2005). 'MMR talk' and vaccination choices: An ethnographic study in Brighton. *Social science & medicine*, 61(3), 709-719.
- Pommier J. & Ferron C. (2013), « La promotion de la santé, enfin ? L'évolution du champ de l'éducation pour la santé au cours des dix dernières années », *Santé Publique*, HS2 S2, p. 111-118.
- Pommier, J., & Ferron, C. (2013). La promotion de la santé, enfin ? L'évolution du champ de l'éducation pour la santé au cours des dix dernières années. *Santé publique*, 2(HS2), 111-118.
- Ponthieux, S., & Schreiber, A. (2006). Dans les couples de salariés, la répartition du travail domestique reste inégale. *Données sociales, La société française*, 43-51.
- Popkin, B. M., Duffey, K., & Gordon-Larsen, P. (2005). Environmental influences on food choice, physical activity and energy balance. *Physiology & behavior*, 86(5), 603-613.
- Poulain, J. P. (2009). *Sociologie de l'obésité*, Paris, PUF.

- Poulain, M., & Tabutin, D. (1979). Mortalité aux jeunes âges en Europe et en Amérique du Nord du XIXe à nos jours. Université Catholique de Louvain, Département de Démographie.
- Pourtois, J. P. & Université de l'État (Mons). Centre de recherche et d'innovation en sociopédagogie familiale et scolaire. (1984). Éduquer les parents ou comment stimuler la compétence en éducation. Ed. Labor ; Ed. LEP Loisirs et pédagogie.
- Priour, A., Rosenlund, L., & Skjott-Larsen, J. (2008). Cultural capital today: A case study from Denmark. *Poetics*, 36(1), 45-71.
- Puech, I. (2005). 21. Le non-partage du travail domestique. In *Femmes, genre et sociétés* (pp. 176-183). La Découverte.
- Pulgarón, E. R., Sanders, L. M., Patiño-Fernandez, A. M., Wile, D., Sanchez, J., Rothman, R. L., & Delamater, A. M. (2014). Glycemic control in young children with diabetes: the role of parental health literacy. *Patient education and counseling*, 94(1), 67-70.
- Quinche, F. (2008). Sites internet santé: vecteurs de normes santé ou lieux de contestation?. *Philosophia Scientiæ*, 12(2).
- Qureshi, K., & Rahman, E. (2017). Infant feeding: Medicalization, the state and techniques of the body. In *Women's Studies International Forum* (Vol. 60, pp. 81-88). Pergamon.
- Rastoin, J. L. (2000). Une brève histoire de l'industrie alimentaire. *Économie rurale*, 255(1), 61-71.
- Raynaud, D. (2003). *Sociologie des controverses scientifiques*. PUF.
- Régnier, F. (2004). *L'exotisme culinaire : essai sur les saveurs de l'Autre*. Presses universitaires de France.
- Regnier, F. (2011). La perception des messages de santé par les populations défavorisées. *Cahiers de Nutrition et de Diététique*, 46(4), 206-212.
- Régnier, F., & Masullo, A. (2009). Obésité, goûts et consommation. *Revue française de sociologie*, 50(4), 747-773.
- Régnier, F., Lhuissier, A., & Gojard, S. (2006). *Sociologie de l'alimentation*. La Découverte.
- Reinaerts, E., de Nooijer, J., Candel, M., & de Vries, N. (2007). Explaining school children's fruit and vegetable consumption: the contributions of availability, accessibility, exposure, parental consumption and habit in addition to psychosocial factors. *Appetite*, 48(2), 248-258.
- Reinert, M. (1993). Les «mondes lexicaux» et leur «logique» à travers l'analyse statistique d'un corpus de récits de cauchemars. *Langage et société*, 66, 5-39.
- Reinert, M. (2007). Postures énonciatives et mondes lexicaux stabilisés en analyse statistique de discours. *Langage et société*, (3), 189-202.
- Relish, M. (1997). It's not all education: Network measures as sources of cultural competency. *Poetics*, 25(2-3), 121-139.
- Renard, F. (2013). « Reproduction des habitudes » et déclinaisons de l'héritage. Les loisirs culturels d'élèves de troisième. *Sociologie*, 4(4), 413-430.

- Reynolds, K. D., Hinton, A. W., Shewchuk, R. M., & Hickey, C. A. (1999). Social cognitive model of fruit and vegetable consumption in elementary school children. *Journal of Nutrition Education*, 31(1), 23-30.
- Rigal, N. (2005). La consommation répétée permet-elle de dépasser la néophobie alimentaire ? Application chez des enfants français soumis à des produits salés. *Revue Européenne de Psychologie Appliquée/European Review of Applied Psychology*, 55(1), 43-50.
- Robert-Bobée, I., Rendall, M., Couet, C., Lappegard, T., Ronsen, M., & Smallwood, S. (2006). Âge au premier enfant et niveau d'études: une analyse comparée entre la France, la Grande-Bretagne et la Norvège. *Donnée sociales-La société française*, 69-76.
- Robette, N. (2010). The diversity of pathways to adulthood in France: Evidence from a holistic approach. *Advances in Life Course Research*, 15(2), 89-96.
- Robinson, J. P. (1993). Arts Participation in America: 1982-1992. Research Division Report# 27.
- Rollet, C. (1984). L'allaitement artificiel des nourrissons avant Pasteur. In *Annales de démographie historique* (Vol. 1983, No. 1, pp. 81-92). Persée-Portail des revues scientifiques en SHS.
- Rollet, C. (1990). La politique à l'égard de la petite enfance sous la IIIe République (Vol. 1). Ined.
- Rollet, C., Pélage, A., Paillet, A., Brugeilles, C., Brachet, S., & Samuel, O. (2014). Préparer la naissance : une affaire de genre. *Politiques sociales et familiales*, 116(1), 5-14.
- Rolls B.J., Engell D., Birch L.L. (2000). Serving portion size influences 5-year-old but not 3-year-old children's food intakes. *Journal of the American Dietetic Association* 100(2): 232-234.
- Rolls, B. J., Rowe, E. A., & Rolls, E. T. (1982). How flavour and appearance affect human feeding. *Proceedings of the Nutrition Society*, 41(2), 109-117.
- Romer, M., Lehrner, J., Van Wymelbeke, V., Jiang, T., Deecke, L., & Brondel, L. (2006). Does modification of olfacto-gustatory stimulation diminish sensory-specific satiety in humans?. *Physiology & behavior*, 87(3), 469-477.
- Romeyer, H. (2012). La santé en ligne. Des enjeux au-delà de l'information. *Communication. Information médias théories pratiques*, 30(1).
- Romon, M. (2010). La régulation homéostatique de la prise alimentaire : Il suffit d'écouter ses sensations de faim et de satiété !. *Diabète & obésité*, 5(42), 288-291.
- Roosen, J., Marette, S., Blanchemanche, S., & Verger, P. (2009). Does health information matter for modifying consumption? A field experiment measuring the impact of risk information on fish consumption. *Review of Agricultural Economics*, 31(1), 2-20.
- Rose, N. (2001). The politics of life itself. *Theory, culture & society*, 18(6), 1-30.
- Rosen, G. (1959). History of public health. *Science*, 129(3343), 236-236.
- Rosenthal, B. S., Jacobson, M. F., & Bohm, M. (1976). Feeding at the company trough. *FAO*.
- Rosenwald, F. (2006). Filles et garçons dans le système éducatif depuis vingt ans. *Données sociales*.
- Rosnay (de), J., & Revelli, C. (2006). La révolte du pronétariat. Saint-Amand-Montrond, Fayard, 250, 17.

- Rossiter, M. W. (1976). The Emergence of Agricultural Science: Justus Liebig and the Americans. *Soil Science*, 121(5), 322.
- Roter, D. L., Hall, J. A., & Katz, N. R. (1988). Patient-physician communication: a descriptive summary of the literature. *Patient Education and Counseling*, 12(2), 99-119.
- Roth, C. (2008), « Coévolution des auteurs et des concepts dans les réseaux épistémiques : le cas de la communauté « zebrafish », *Revue française de sociologie*, Vol. 49, p. 523-558.
- Rouault, D. (2001). Les revenus des indépendants et dirigeants : la valorisation du bagage personnel. *Economie et statistique*, 348(1), 35-59.
- Roueff, O. (2010a). L'improvisation comme forme d'expérience. Généalogie d'une catégorie d'appréciation du jazz. *Tracés. Revue de Sciences humaines*, (18), 121-137.
- Roueff, O. (2010b). La montée des intermédiaires. *Actes de la recherche en sciences sociales*, (1), 34-59.
- Roueff, O. (2013). « Les homologues structurales : une magie sociale sans magiciens ? La place des intermédiaires dans la fabrique des valeurs », in Coulangeon P., Duval J. (eds), *Trente ans après La Distinction*, Paris, La Découverte, p. 153-164.
- Roueff, O. (2014). « Les mécanismes de valorisation à l'épreuve des systèmes d'intermédiation. », in Lizé W., Naudier D., Sofio S. (eds), *Les Stratèges de la notoriété. Intermédiaires et consécration dans les univers artistiques*, Paris, Éditions des Archives Contemporaines, p. 185-202.
- Rouy, C. (1971, January). La découverte de la maladie. In *Annales. Histoire, Sciences Sociales* (Vol. 26, No. 1, pp. 247-249). EHESS.
- Rouyer, V. (2011). Bébé au masculin, bébé au féminin ? De la distinction de sexe à l'identité sexuée. In *Féminin, masculin, bébé* (pp. 93-104). ERES.
- Rouyer, V., & Zaouche-Gaudron, C. (2006). La socialisation des filles et des garçons au sein de la famille : enjeux pour le développement. *Filles-garçons. Socialisation différenciée*, 27-54.
- Rouyer, V., Mieyaa, Y., & Le Blanc, A. (2014). Socialisation de genre et construction des identités sexuées. *Revue française de pédagogie*, (2), 97-137.
- Rozin, P., & Hormes, J. M. (2009). Psychology and sensory marketing, with a focus on food. *Sensory Marketing: Research on the Sensuality of Products*. New York, NY: Routledge, 303-322.
- Rozin, P., Ashmore, M., & Markwith, M. (1996). Lay American conceptions of nutrition: dose insensitivity, categorical thinking, contagion, and the monotonic mind. *Health Psychology*, 15(6), 438.
- Ruby, M. B. (2012). Vegetarianism. A blossoming field of study. *Appetite*, 58(1), 141-150.
- Ruelle, C. (2005). Population, milieu et normes. *Labyrinthe*, (3).
- Saada, E. (1993). Les territoires de l'identité. Être juif à Arbreville. *Genèses*, 11(1), 111-136.
- Saillant, F. (1992). La part des femmes dans les soins de santé. *International Review of Community Development/Revue internationale d'action communautaire*, (28), 95-106.
- Saint Pol, T. de (2006). Corps et appartenance sociale: la corpulence en Europe. *Données sociales 2006-La société française*, 649-656.

- Saint Pol, T. de (2008). La consommation alimentaire des hommes et des femmes vivant seuls. *Insee première*, (1194), 4.
- Saint Pol, T. de (2009). Surpoids, normes et jugements en matière de poids: comparaisons européennes. *Population et sociétés*, 2009, 455.
- Saint Pol, T. de (2010a). Le corps désirable. Hommes et femmes face à leurs poids. ed Puf.
- Saint Pol, T. de (2010b). Poids et régimes alimentaires en Europe. *Revue d'Etudes en Agriculture et Environnement-Review of agricultural and environmental studies*, 91, 129-152.
- Saint Pol, T. de (2011). Les inégalités géographiques de santé chez les enfants de grande section de maternelle, France, 2005-2006. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, 31, 333-8.
- Saint Pol, T. de (2017). Les évolutions de l'alimentation et de sa sociologie au regard des inégalités sociales. *L'Année sociologique*, 67(1), 11-22.
- Saint Pol, T. de, Chardon, O., & Guignon, N. (2015). La santé des élèves de grande section de maternelle en 2013: des inégalités sociales dès le plus jeune âge. *Études et Résultats*, (920).
- Saint Pol, T., & Ricroch, L. (2012). Le temps de l'alimentation en France. *Insee première*, (1417).
- Saint-Pol, T. de (2014). Obésité, alimentation et image du corps. *Médecine des maladies Métaboliques*, 8(3), 271-274.
- Salvy, S. J., Jarrin, D., Paluch, R., Irfan, N., & Pliner, P. (2007). Effects of social influence on eating in couples, friends and strangers. *Appetite*, 49(1), 92-99.
- Samuel, O., & Vilter, S. (2007). La naissance d'un enfant : jalon biographique et perception de l'événement. *Population*, 62(3), 587-603.
- Sassatelli, R., & Scott, A. (2001). Novel food, new markets and trust regimes: responses to the erosion of consumers' confidence in Austria, Italy and the UK. *European Societies*, 3, 213-244.
- Savage, J. S., Fisher, J. O., & Birch, L. L. (2007). Parental influence on eating behavior: conception to adolescence. *The Journal of Law, Medicine & Ethics*, 35(1), 22-34.
- Schaal, B., Delaunay-El Allam, M., & Soussignan, R. (2008). Emprises maternelles sur les goûts et les dégoûts de l'enfant : mécanismes et paradoxes. *Enfance*, 60(3), 219-230.
- Schaal, B., Soussignan, R., Coureaud, G., & Mellier, D. (2006). Perinatal perceptual development: some principles derived from psychobiological research. *Research on Early Developmental Care for Preterm Neonates*, 13.
- Schelling, T. C., Rivière, A., & Wolfelsperger, A. (1980). *La tyrannie des petites décisions*. Presses universitaires de France.
- Schillinger, D., Grumbach, K., Piette, J., Wang, F., Osmond, D., Daher, C. & Bindman, A. B. (2002). Association of health literacy with diabetes outcomes. *Jama*, 288(4), 475-482.
- Schlesinger, P., Zeitlin, E., & Rizzi, S. (1992). Repenser la sociologie du journalisme. Les stratégies de la source d'information et les limites du média-centrisme. *Réseaux*, 10(51), 75-98.
- Schultheis, F., & Lüscher, K. (1987). Familles et savoirs. *L'Année sociologique (1940/1948-)*, 37, 239-263.

- Schwartz, M. W., Woods, S. C., Porte, D., Seeley, R. J., & Baskin, D. G. (2000). Central nervous system control of food intake. *Nature*, 404(6778), 661-671.
- Schwartz, N. E., & Borra, S. T. (1997). What do consumers really think about dietary fat? *Journal of the American Dietetic Association*, 97, S73-S75.
- Segalen, M. (1980). *Mari et femme dans la société paysanne*. Paris, Flammarion.
- Segalen, M. (2002). *Familles : de quoi héritons-nous ?*. Sciences Humaines. Hors-Série, 36.
- Séguy, L. (2010). La genèse de l'étiquetage nutritionnel dans le droit européen. *Sciences de la société*, (80), 28-43.
- Senn A. (2006). La politique de santé de l'Union Européenne. *Questions d'Europe*, n°25, 1-10.
- Serre D., (1998). « Le bébé "superbe". La construction de la déviance corporelle par les professionnel(le)s de la petite enfance », *Sociétés contemporaines*, 31(1), 107-127.
- Simmel, G. [1900](1987). *Philosophie de l'argent*. Paris, puf, 252.
- Singly, F. (1995). Elias et le romantisme éducatif sur les tensions dans l'éducation contemporaine. *Cahiers internationaux de sociologie*, 279-291.
- Singly, F. de (2004). *Fortune et infortune de la femme mariée*. Presses universitaires de France.
- Singly, F. de (2007). *Sociologie de la famille contemporaine*. Armand Colin.
- Sinno, S. M., & Killen, M. (2011). Social reasoning about 'second-shift' parenting. *British Journal of Developmental Psychology*, 29(2), 313-329.
- Sirota, R. (2005). *Éléments pour une sociologie de l'enfance*. PU Rennes.
- Skeggs, B., & Devreux, A. M. (2015). *Des femmes respectables: classe et genre en milieu populaire*. Agone.
- Skomska-Godefroy, J. (1996). La résistance contemporaine à la vaccination: le cas français. *L'aventure de la vaccination*, 423-437.
- Sørensen, K., Pelikan, J. M., Röthlin, F., Ganahl, K., Slonska, Z., Doyle, G. & Falcon, M. (2015). Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *European Journal of Public Health*, 25(6), 1053-1058.
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., & Brand, H. (2012). Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC public health*, 12(1), 80.
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Pelikan, J. M., Fullam, J., Doyle, G., Slonska, Z., ... & Brand, H. (2013). Measuring health literacy in populations: illuminating the design and development process of the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q). *BMC public health*, 13(1), 948.
- Sørensen, L. B., Møller, P., Flint, A., Martens, M., & Raben, A. (2003). Effect of sensory perception of foods on appetite and food intake: a review of studies on humans. *International journal of obesity*, 27(10), 1152-1166.
- Sporton, R. K., & Francis, S. A. (2001). Choosing not to immunize: are parents making informed decisions ?. *Family Practice*, 18(2), 181-188.

- Stanziani, A. (2005). *Histoire de la qualité alimentaire : XIXe-XXe siècle*. Paris, Seuil, 88.
- Stanziani, A. (Ed.). (2003). *La qualité des produits en France : XVIIIe-XXe siècles*. Belin Editions.
- Steinberg, S. (2001). L'inégalité entre les sexes et l'égalité entre les hommes : Le tournant des Lumières. *Esprit* (1940-), 23-39.
- Steiner, P. (2005). Le marché selon la sociologie économique. *Revue européenne des sciences sociales. European Journal of Social Sciences*, (XLIII-132), 31-64.
- Stewart, M., Brown, J. B., Weston, W. W., McWhinney, I. R., McWilliam, C. L., & Freeman, T. R. (1995). Patient-doctor relationships over time. *Patient-Centered Medicine: Transforming the Clinical Method.*, 216-228.
- Stigler, G. J., & Becker, G. S. (1977). De gustibus non est disputandum. *The American Economic Review*, 67(2), 76-90.
- Stromquist, N. P. (1989). Determinants of educational participation and achievement of women in the third world: A review of the evidence and a theoretical critique. *Review of Educational Research*, 59(2), 143-183.
- Suaud, C. (1970). Légitimation et diffusion de la puériculture dans une société hiérarchisée. *Revue française de sociologie*, 91-93.
- Suleiman, E. N. (1979). *Les élites en France. Grands corps et grandes écoles*, Paris, Le Seuil.
- Sullivan, A. (2001). Cultural capital and educational attainment. *Sociology*, 35(4), 893-912.
- Sullivan, O., & Katz-Gerro, T. (2006). The omnivore thesis revisited: Voracious cultural consumers. *European Sociological Review*, 23(2), 123-137.
- Sullivan, S. A., & Birch, L. L. (1990). Pass the sugar, pass the salt: Experience dictates preference. *Developmental Psychology*, 26(4), 546.
- Sussman, G. D. (1982). *Selling mothers milk: the wet-nursing business in France 1715-1914*.
- Szalai, A. (1972). The use of time: Daily activities of urban and suburban populations in twelve countries.
- Tarkiainen, A., & Sundqvist, S. (2005). Subjective norms, attitudes and intentions of Finnish consumers in buying organic food. *British Food Journal*, 107(11), 808-822.
- Tates, K., & Meeuwesen, L. (2001). Doctor–parent–child communication. A (re)view of the literature. *Social Science & Medicine*, 52(6), 839-851.
- Tavan, C. (2003). *Les pratiques culturelles : le rôle des habitudes prises dans l'enfance*. Insee Première, 833.
- Teil, G. (1998). Devenir expert aromaticien : Y a-t-il une place pour le goût dans les goûts alimentaires ?. *Sociologie du travail*, 503-522.
- Tessier, S., Andreys, J. B., & Ribeiro, M. A. (1996). *Santé publique et santé communautaire*. Maloine.
- Teyssie, D. (1982). *Pédiatrie des lumières : maladies et soins des enfants dans l'Encyclopédie et le Dictionnaire de Trévoux*. Vrin.
- Thévenot, L. (1994). Le régime de familiarité. *Des choses en personne. Genèses*, 17(1), 72-101.

- Thiaudière, C. (2005). La protection maternelle et infantile : politique de santé publique et spécialisation médicale. *Regards sociologiques*, (29), 23-34.
- Thiesse, A. M. (1997). Ils apprenaient la France: l'exaltation des régions dans le discours patriotique (Vol. 17). Les Editions de la MSH.
- Thiesse, A. M. (1999). La création des identités nationales. Europe, XVIIIe-XXe siècle. Le Seuil.
- Thin, D. (1998). Quartiers populaires. L'école et les familles (p. 290). Presses universitaires de Lyon.
- Thompson, G. D. (1998). Consumer demand for organic foods: what we know and what we need to know. *American Journal of Agricultural Economics*, 80(5), 1113-1118.
- Tiffon, V. (2007). L'image sonore contemporaine : entre misère symbolique et imaginaire sonore. The contemporary sound image: between symbolical misery and sound imagination. *Apparence (s)*, (1).
- Tillard, B. (2002). Des familles face à la naissance. L'Harmattan, Paris; Budapest; Torino.
- Timperio, A., Ball, K., Roberts, R., Campbell, K., Andrianopoulos, N., & Crawford, D. (2008). Children's fruit and vegetable intake: associations with the neighbourhood food environment. *Preventive medicine*, 46(4), 331-335.
- Torny, D. (2005). Le risque alimentaire face au consommateur. INRA Sciences sociales.
- Tounian, P. (2010). Diversification alimentaire: idées reçues et preuves scientifiques. *Archives de pédiatrie*, 17, S225-S228.
- Touraille, P. (2008). Hommes grands, femmes petites : une évolution coûteuse : Les régimes de genre comme force sélective de l'adaptation biologique. Les Éditions de la MSH.
- Touraille, P. (2011). L'indistinction sexe et genre, ou l'erreur constructiviste. *Critique*, (1), 87-99.
- Trancart, D., Georges, N., & Méda, D. (2009). 2. Horaires de travail des couples, satisfaction et conciliation entre vie professionnelle et vie familiale. In *Entre famille et travail* (pp. 55-78). La Découverte.
- Traynard, P. Y., & Gagnayre, R. (2013). Education thérapeutique du patient en ville et sur le territoire. Maloine.
- Trépos, J. Y. (2006). Savoirs professionnels et situations d'expertise. *Knowledge, Work, Society/Savoir, Travail, Société*, 4(2).
- Trépos, J. Y., & Laure, P. (2010). Les recommandations médicales en médecine générale : le travail de réception des normes professionnelles. In *Singuliers généralistes* (pp. 271-282). Presses de l'EHESP.
- Trudelle, D., & Montambault, E. (1994). Le sentiment de compétence parentale chez des parents d'enfants d'âge préscolaire. *Service social*, 43(2), 47-62.
- Tuomainen, H. M. (2009). Ethnic identity, (post) colonialism and foodways: Ghanaians in London. *Food, Culture & Society*, 12(4), 525-554.
- Turmel, A. (2006), « De la fatalité à penser la maturation en termes de développement : Quelques réflexions » dans Sirota, R. (dir.), *Éléments pour une sociologie de l'enfance*, Rennes, Presses Universitaires de Rennes, p.63-72.

- Turmel, A. (2008). *A historical sociology of childhood. Developmental thinking, categorisation and graphic visualization*. Cambridge University Press.
- Ulrich, V. (2009). 9. Logiques d'emplois à temps partiel et trajectoires professionnelles des femmes. In *Entre famille et travail* (pp. 209-232). La Découverte.
- Vallet, L. A. (2004). Modélisation log-linéaire et log-multiplicative des tableaux de contingence-Éléments de Cours. *Revue française de sociologie*, 36(1), 81-121.
- Vallet, L. A. (2007). Sur l'origine, les bonnes raisons de l'usage, et la fécondité de l'odds ratio. *Courrier des statistiques*, (121-122), 59-65.
- Van de Velde, C. (2008). *Devenir adulte : sociologie comparée de la jeunesse en Europe*. Presses universitaires de France.
- Van den Borne, H. W. (1998). The patient from receiver of information to informed decision-maker. *Patient Education and Counseling*, 34(2), 89-102.
- Van Doorslaer, E., & Masseria, C. (2004). Income-related inequality in the use of medical care in 21 OECD countries (pp. 8-12). Paris: OECD.
- Van Doorslaer, E., Koolman, X., & Jones, A. M. (2004). Explaining income-related inequalities in doctor utilisation in Europe. *Health economics*, 13(7), 629-647.
- Van Doorslaer, E., Masseria, C., Koolman, X., & OECD Health Equity Research Group. (2006). Inequalities in access to medical care by income in developed countries. *Canadian medical association journal*, 174(2), 177-183.
- Van Doorslaer, E., Wagstaff, A., Van der Burg, H., Christiansen, T., De Graeve, D., Duchesne, I., ... & Häkkinen, U. (2000). Equity in the delivery of health care in Europe and the US. *Journal of health economics*, 19(5), 553-583.
- Van Eijck, K. (2001). Social differentiation in musical taste patterns. *Social forces*, 79(3), 1163-1185.
- Van Eijck, K., & Knulst, W. (2005). No more need for snobbism: Highbrow cultural participation in a taste democracy. *European sociological review*, 21(5), 513-528.
- Van Rees, K., & Van Eijck, K. (2005). De l'homologie à l'hétérogénéité : pratiques actuelles des médias aux Pays-Bas. *Quaderni*, 58(1), 47-75.
- Van Rees, K., Vermunt, J., & Verboord, M. (1999). Cultural classifications under discussion latent class analysis of highbrow and lowbrow reading. *poetics*, 26(5-6), 349-365.
- Van Zanten, A. (2009a). Le travail éducatif parental dans les classes moyennes et supérieures : deux modes contrastés d'encadrement des pratiques et des choix des enfants. *Informations sociales*, (4), 80-87.
- Van Zanten, A. (2009b). *Choisir son école. Stratégies familiales et médiations locales*. Paris, PUF.
- Variyam, J. N., Blaylock, J., & Smallwood, D. (1996). A probit latent variable model of nutrition information and dietary fiber intake. *American Journal of Agricultural Economics*, 78(3), 628-639.
- Variyam, J. N., Blaylock, J., Lin, B. H., Ralston, K., & Smallwood, D. (1999). Mother's nutrition knowledge and children's dietary intakes. *American Journal of Agricultural Economics*, 81(2), 373-384.

- Veblen, T. (1899). *The theory of the leisure class: An economic study in the evolution of institutions*. Macmillan.
- Verbeke, W., Vanhonacker, F., Frewer, L. J., Sioen, I., De Henauw, S., & Van Camp, J. (2008). Communicating risks and benefits from fish consumption: Impact on Belgian consumers' perception and intention to eat fish. *Risk Analysis*, 28(4), 951-967.
- Vercher, E., & Touboul, A. (2008). Diffusion de l'information et médiation dans le domaine de la santé: nouvelles pratiques, nouvelles règles. Congrès de la SFSIC, Compiègne, 11-13 juin.
- Vereecken, C. A., Keukelier, E., & Maes, L. (2004). Influence of mother's educational level on food parenting practices and food habits of young children. *Appetite*, 43(1), 93-103.
- Verjus, A., & Vogel, M. (2009). Le travail parental : un travail comme un autre ?. *Informations sociales*, (4), 4-6.
- Vidailhet, M. (2010). Diversification alimentaire et obésité: une période à risque. *Archives de pédiatrie*, 17, S204-S207.
- Vidal, C. (2011). Le cerveau a-t-il un sexe ?. In *Féminin, masculin, bébé* (pp. 55-66). ERES.
- Vidal, C. (2017). *Cerveau, sexe et pouvoir*. Belin.
- Vigarello, G. (1993). *Histoire des pratiques de santé : le sain et le malsain depuis le Moyen Âge*. Éditions du Seuil.
- Vigarello, G. (2004). *Histoire de la beauté. Le corps et l'art d'embellir de la Renaissance à nos jours*. Paris, Le Seuil.
- Vigarello, G. (2010). *Les Métamorphoses du gras. Histoire de l'obésité*, Paris, Le Seuil.
- Vinokur, A. (1996). *Protection sociale fiscalisée et accumulation : la loi des pauvres en Angleterre aux XVIIIe et XIXe siècles*. Paris-X, CNRS.
- Vouillot, F. (2007). L'orientation aux prises avec le genre. *Travail, genre et sociétés*, (2), 87-108.
- Vouillot, F. (2010). L'orientation, le butoir de la mixité. *Revue française de pédagogie*, (2), 59-67.
- Wadbled, M. (2001). La transmission culturelle active dans les familles vietnamiennes en France. *Hommes et Migrations*, 1234(1), 95-102.
- Wagner, S., Kersuzan, C., Gojard, S., Tichit, C., Nicklaus, S., Geay, B., & De Lauzon-Guillain, B. (2014). P231: Déterminants socioculturels de l'initiation et de la durée d'allaitement en France: premiers résultats de l'étude nationale ELFE. *Nutrition Clinique et Métabolisme*, 28, S189-S190.
- Wagner, S., Kersuzan, C., Gojard, S., Tichit, C., Nicklaus, S., Geay, B., ... & De Lauzon-Guillain, B. (2015). Durée de l'allaitement en France selon les caractéristiques des parents et de la naissance. Résultats de l'étude longitudinale française Elfe, 2011. *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire-BEH*, (27), 522-532.
- Ward, P., & Coates, A. (2006). 'We shed tears, but there is no one there to wipe them up for us': narratives of (mis) trust in a materially deprived community. *Health: An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine*, 10, 283-301.
- Warde, A. (2015). On the sociology of eating. *Revue d'Études en Agriculture et Environnement*, 96, pp 7-15.

- Warde, A., Cheng, S. L., Olsen, W., & Southerton, D. (2007). Changes in the practice of eating: a comparative analysis of time-use. *Acta sociologica*, 50(4), 363-385.
- Warde, A., Martens, L., & Olsen, W. (1999). Consumption and the problem of variety: cultural omnivorousness, social distinction and dining out. *Sociology*, 33(1), 105-127.
- Wardle J., Guthrie C.A., Sanderson S., Rapoport L. (2001). Development of the children's eating behaviour questionnaire. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines* 42(7): 963-970.
- Wardle, J., Herrera, M. L., Cooke, L., & Gibson, E. L. (2003). Modifying children's food preferences: the effects of exposure and reward on acceptance of an unfamiliar vegetable. *European journal of clinical nutrition*, 57(2), 341-348.
- Wardle, J., Parmenter, K., & Waller, J. (2000). Nutrition knowledge and food intake. *Appetite*, 34, 269-275.
- Watier, P. (2008). *Eloge de la confiance*, éditions Belin, coll. Nouveaux mondes, Paris.
- Watts, D. J. (1999), "Networks, dynamics, and the small-world phenomenon", *American Journal of Sociology*, 105(2), 493-527.
- Weber, F. (2002). *Pour penser la parenté contemporaine. Les solidarités familiales en questions. Entraide et transmission*, Paris, Maison des Sciences de l'Homme, 73-106.
- Weber, M. (1919). *Le savant et le politique*, préface de R. Aron, traduction de J. Freund : Flon.
- Weingarten, S. (1997). Practice guidelines and prediction rules should be subject to careful clinical testing. *Jama*, 277(24), 1977-1978.
- Wickes, I. G. (1953a). A History of Infant Feeding Part II. Seventeenth and Eighteenth Centuries. *Archives of disease in childhood*, 28(139), 232-240.
- Weitkamp, E. (2014). On the roles of scientists, press officers and journalists. *Journal of Science Communication*, 13(03).
- Wertenbroch K. (1998). Consumption Self Control by Rationing Purchase Quantities of Virtue and Vice. *Marketing Science* 17(4): 317-337.
- White, R. O., Thompson, J. R., Rothman, R. L., Scott, A. M. M., Heerman, W. J., Sommer, E. C., & Barkin, S. L. (2013). A health literate approach to the prevention of childhood overweight and obesity. *Patient education and counseling*, 93(3), 612-618.
- White, S., & Dillow, S. (2005). Key Concepts and Features of the 2003 National Assessment of Adult Literacy. NCEES 2006-471. National Center for Education Statistics.
- Wickes, I. G. (1953a). A History of Infant Feeding: Part IV: Nineteenth Century Continued. *Archives of disease in childhood*, 28(141), 416.
- Wickes, I. G. (1953b). A History of Infant Feeding: Part III: Eighteenth and Nineteenth Century. *Archives of disease in childhood*, 28(140), 332.
- Wickes, I. G. (1953c). A History of Infant Feeding: Part IV—Nineteenth Century Continued. *Archives of disease in childhood*, 28(141), 416.
- Wickes, I. G. (1953d). A History of Infant Feeding: Part V: Nineteenth Century Concluded and Twentieth Century. *Archives of disease in childhood*, 28(142), 495.

- Wilensky, H. L. (1964). Mass society and mass culture: interdependence or independence ?. *American sociological review*, 173-197.
- Willems, S., De Maesschalck, S., Deveugele, M., Derese, A., & De Maeseneer, J. (2005). Socio-economic status of the patient and doctor–patient communication: does it make a difference ?. *Patient education and counseling*, 56(2), 139-146.
- Willis, P. (1978). L'école des ouvriers. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 24(1), 50-61.
- Willis, P. E., Mischi, J., Laurens, S., & Hoepffner, B. (2011). L'école des ouvriers : comment les enfants d'ouvriers obtiennent des boulots d'ouvriers. *Agone*.
- Wood, A. L. (1955). The history of artificial feeding of infants. *Journal of the American Dietetic Association*, 31(5), 474-482.
- Woods, S. C., & D'Alessio, D. A. (2008). Central control of body weight and appetite. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 93(11_supplement_1), s37-s50.
- Woolf, B. (1955). On estimating the relation between blood group and disease. *Ann Hum Genet*, 19(4), 251-253.
- Wynne, B. (1992). Misunderstood misunderstanding: social identities and public uptake of science. *Public Understanding of Science*, 1, 281–304.
- Yen, S. T., Lin, B. H., & Davis, C. G. (2008). Consumer knowledge and meat consumption at home and away from home. *Food Policy*, 33(6), 631-639.
- Yeomans, M. R., Weinberg, L., & James, S. (2005). Effects of palatability and learned satiety on energy density influences on breakfast intake in humans. *Physiology & Behavior*, 86(4), 487-499.
- Zarca, B. (1990). La division du travail domestique : poids du passé et tensions au sein du couple. *Économie et statistique*, 228(1), 29-40.
- Zarka, Y. C. (2000). Foucault et le concept non juridique du pouvoir. *Cités*, (2), 41-52.
- Zegaï, M. (2010). La mise en scène de la différence des sexes dans les jouets et leurs espaces de commercialisation. *Cahiers du genre*, (2), 35-54.
- Zhou S. & Mondragón R. J. (2004), "The rich-club phenomenon in the internet topology", *IEEE Communications Letters*, 8(3), 180 - 182.
- Zonabend, F. (2007). Adopter des sœurs. *L'homme*, (3), 9-28.

Liste des tableaux

Tableau 1.1.1 Caractéristiques structurelles des auteurs selon l'appartenance au CNSFP	72
Tableau 1.1.2 Synthèse de l'évolution des recommandations concernant l'initiation de la diversification et l'introduction du gluten dans le régime de l'enfant selon l'année, la revue et le type d'auteur(s)	83
Tableau 1.2.1 Rapports aux aliments industriels selon le type d'auteurs et la déclaration d'au moins un conflit d'intérêts	93
Tableau 1.2.2 Rapports aux aliments industriels selon le type d'auteurs et la déclaration d'au moins un conflit d'intérêts (période précédente).....	94
Tableau 1.2.3 Conseils de consommation et allégations nutritionnelles sur les petits pots pour bébés entre 1980 et 2012	99
Tableau 1.2.4 Conseils de consommation et allégations nutritionnelles sur les petits pots pour bébés entre 1959 - 1979.....	100
Tableau 1.3.1 Résultats principaux des publications selon l'enquête mobilisée (années 2010)	105
Tableau 1.3.2 Résultats principaux des publications selon l'enquête mobilisée (2005-2009).....	106
Tableau 1.3.3 Résultats principaux des publications selon l'enquête mobilisée (1999-2005).....	108
Tableau 1.3.4 Résultats principaux des publications selon l'enquête mobilisée (1984-1997).....	109
Tableau 2.1 Liste des supports de puériculture étudiés et désignation du locuteur.....	121
Tableau 3.1 Caractéristiques des discussions du thème « alimentation de 0 à 3 ans »	159
Tableau 3.1.1 Distribution des recommandations nutritionnelles contradictoires dans le corpus des publications savantes à destination des parents.....	162
Tableau 3.2.1 Distribution du nombre de messages postés par les utilisatrices du forum selon leur rapport aux recommandations médicales en matière de diversification alimentaire	189
Tableau 3.2.2 Degré et centralité d'intermédiarité moyens [minimaux et maximaux] des utilisatrices selon leur rapport aux recommandations médicales.....	193
Tableau 3.3.1 Probabilité d'avoir initié une discussion selon le profil de l'utilisatrice	195
Tableau 3.3.2 Probabilité d'être la première répondante selon le rapport aux recommandations médicales en matière de diversification alimentaire.....	198
Tableau 3.3.3 Association locuteur-répondant selon leur profil respectif (pourcentage en ligne).....	202
Tableau 4.1 Description de l'échantillon à 2 mois	223
Tableau 4.1.1 Distribution du type de suivi médical prévu, en maternité, pour l'enfant <i>Elfe</i>	228
Tableau 4.1.2 Distribution du type de médecin vu en première consultation	231
Tableau 4.1.3 La distribution des motifs de la première consultation médicale de l'enfant <i>Elfe</i>	234
Tableau 4.1.4 La distribution des inquiétudes parentales liées à l'alimentation, au poids ou au système digestif de l'enfant <i>Elfe</i> (les colonnes sont indépendantes)	237
Tableau 4.2.1 Synthèse des modèles log-linéaires d'estimation de la distribution du type de médecin ayant effectué la première consultation (Q) selon les caractéristiques socioéconomiques des parents (P, D, R)	241
Tableau 4.2.2 Type de médecin vu en 1ère consultation selon les caractéristiques socioéconomiques des parents (pourcentages en ligne).....	242

Tableau 4.2.3 Type de médecin vu en 1ère consultation selon les caractéristiques socioéconomiques des parents et l'inquiétude de la mère (pourcentages en ligne).....	244
Tableau 4.3.1 Distribution du recours par la mère aux différentes sources de conseils en puériculture selon les caractéristiques sociodémographiques des parents (pourcentages en colonne, colonnes et lignes indépendantes).....	247
Tableau 4.3.2 Distribution du recours par le père aux différentes sources de conseils en puériculture selon sa CSP (pourcentages en colonne, colonnes et lignes indépendantes).....	248
Tableau 4.3.3 Score moyen des sources de conseils en puériculture par cluster.....	250
Tableau 4.3.4 Distribution de chacune des sources de conseil mobilisée par la mère selon son modèle de puériculture (colonnes indépendantes).....	253
Tableau 4.3.5 Distribution des modèles de puériculture des mères selon les caractéristiques du ménage (pourcentages en ligne).....	255
Tableau 4.3.6 Distribution des sources de conseils recueillis par le père de l'enfant selon le modèle de puériculture de la mère (lignes et colonnes indépendantes).....	256
Tableau 4.4.1 Distribution des modèles de puériculture des mères selon les caractéristiques sociodémographiques du ménage (synthèse des modèles log-linéaires).....	258
Tableau 4.4.2 Association du niveau de diplôme de la mère et de son modèle de puériculture selon la CSP du père (pourcentages en ligne).....	259
Tableau 4.4.3 Association du niveau de diplôme de la mère et de son modèle de puériculture selon sa parité (pourcentages en ligne).....	260
Tableau 5.1 Description et comparaison des échantillons à 2 mois et 11 mois.....	271
Tableau 5.1.1 Introduction des matières grasses, du sucre et du sel dans le régime alimentaire de l'enfant selon les caractéristiques sociales des parents (pourcentages en colonne).....	275
Tableau 5.1.2 Effets des caractéristiques sociales des parents sur la probabilité d'avoir introduit dans le régime de l'enfant des matières grasses, du sucre et du sel (synthèse des modèles log-linéaires).....	282
Tableau 5.1.3 Synthèse des modèles log-linéaires les plus explicatifs (en italique gras) de l'introduction des matières, grasses végétales et animales, du sucre et du sel.....	283
Tableau 5.1.4 Association du modèle de puériculture et de l'alimentation de l'enfant selon le style de vie du ménage (pourcentages en colonne).....	285
Tableau 5.1.5 Association du modèle de puériculture et de l'alimentation de l'enfant selon la position du ménage dans la stratification sociale (pourcentages en colonne).....	286
Tableau 5.1.6 Association du modèle de puériculture et de l'alimentation de l'enfant selon le niveau de diplôme de la mère (pourcentages en colonne).....	290
Tableau 5.2.1 Les formes de diversification alimentaire.....	292
Tableau 5.2.2 Distribution sociale des formes de diversification alimentaire.....	294
Tableau 5.2.3 Forme de diversification alimentaire selon les caractéristiques sociales des parents (synthèse des modèles log-linéaires).....	296
Tableau 5.3.1 Distribution de l'initiation dès 4 mois de la diversification alimentaire selon les caractéristiques sociodémographiques des parents.....	298
Tableau 5.3.2 Variation de l'association entre modèle de puériculture de la mère et initiation de la diversification alimentaire dès 4 mois selon le style de vie de la famille.....	300
Tableau 5.3.3 Variation de l'association entre modèle de puériculture de la mère et initiation de la diversification alimentaire dès 4 mois selon la position du père dans la stratification socioprofessionnelle.....	301

Tableau 5.3.4 Variation de l'association entre modèle de puériculture de la mère et initiation de la diversification alimentaire dès 4 mois selon le niveau de diplôme de la mère.....	302
Tableau 6.1 Description des échantillons du chapitre	315
Tableau 6.1.1 Association des consommations alimentaires de l'enfant avec son risque allergique (test d'association : Khi-2) (colonnes indépendantes)	317
Tableau 6.1.2 Les relations entre caractéristiques sociales des parents, risque allergique de l'enfant et initiation de la diversification alimentaire (synthèses des modèles log-linéaires).....	320
Tableau 6.1.3 Association entre le risque allergique de l'enfant et l'initiation de sa diversification selon la CSP du père.....	322
Tableau 6.1.4 Association entre le risque allergique de l'enfant et l'initiation de sa diversification selon le niveau de diplôme de la mère.....	323
Tableau 6.1.5 Association entre le risque allergique de l'enfant et l'initiation de sa diversification selon le modèle de puériculture de la mère	324
Tableau 6.1.6 Distribution de l'introduction du poisson dans l'alimentation de l'enfant selon les caractéristiques sociales des parents (taux en colonne).....	326
Tableau 6.1.7 Association entre le risque allergique de l'enfant et l'introduction du poisson dans son alimentation selon la CSP de son père	327
Tableau 6.1.8 Association entre le risque allergique de l'enfant et l'introduction du poisson dans son alimentation selon le niveau de diplôme de la mère.....	328
Tableau 6.1.9 Association entre le risque allergique de l'enfant et l'introduction du poisson dans son alimentation selon le niveau de diplôme de la mère.....	329
Tableau 6.1.10 Association entre le risque allergique de l'enfant et l'introduction des mg, du sucre et du sel dans son alimentation selon la CSP de son père	334
Tableau 6.1.11 Association entre le risque allergique de l'enfant et l'introduction des mg, du sucre et du sel dans son alimentation selon le niveau de diplôme de sa mère	335
Tableau 6.1.12 Association entre le risque allergique de l'enfant et l'introduction des mg, du sucre et du sel dans son alimentation selon le niveau de diplôme de sa mère	336
Tableau 6.2.1 Tests de l'homogénéité des courbes de survie pour AGE*SUCRE et AGE*SEL sur les niveaux de discrétisation	344
Tableau 6.2.2 Tests de l'homogénéité des courbes de survie pour AGE*MGVEGETALES et AGE*MGANIMALES sur les niveaux de discrétisation.....	345
Tableau 6.2.3 Probabilité d'introduction et de précocité de l'introduction du sucre avant 1 an selon les caractéristiques des parents	347
Tableau 6.2.4 Probabilité d'introduction et de précocité de l'introduction du sel avant 1 an selon les caractéristiques des parents (modèle de COX).....	348
Tableau 6.2.5 Probabilité d'introduction et de précocité de l'introduction des mg végétales avant 1 an selon les caractéristiques des parents	349
Tableau 6.2.6 Probabilité de précocité de l'introduction des mg animales avant 1 an selon les caractéristiques des parents	350
Tableau 7.1.1 Diversification alimentaire de l'enfant selon son sexe	377
Tableau 7.1.2 Distribution de la diversification alimentaire à 4 mois selon le sexe de l'enfant et les caractéristiques sociodémographiques des parents.....	378
Tableau 7.1.3 Distribution de la diversification alimentaire à 4 mois selon le sexe de l'enfant et le modèle de puériculture de la mère.....	379

Tableau 7.1.4 Introduction du poisson avant 7 mois dans le régime de l'enfant selon son sexe et son risque allergique	381
Tableau 7.1.5 Introduction de la viande avant 7 mois dans le régime de l'enfant selon son sexe et la PCS du père	383
Tableau 7.1.6 Introduction de la viande avant 7 mois dans le régime de l'enfant selon son sexe et le niveau de diplôme de la mère	383
Tableau 7.1.7 Introduction de la viande avant 7 mois dans le régime de l'enfant selon son sexe et le modèle de puériculture de la mère	383
Tableau 7.2.1 Division du travail domestique selon la CSP du père et la CSP de la mère	393
Tableau 7.2.2 Association entre le sexe de l'enfant et l'initiation de la diversification alimentaire à 4 mois selon la division du travail domestique entre les parents	395
Tableau 7.2.3 Diversification alimentaire de l'enfant selon son sexe et la division du travail de puériculture pratiquée par les parents	402
Tableau 7.3.1 Attentes de la mère concernant le sexe de son enfant à naître (saisies rétrospectivement) selon le sexe effectif de l'enfant et les caractéristiques sociodémographiques des parents	405
Tableau 7.3.2 Attentes du père concernant le sexe de son enfant à naître (saisies rétrospectivement) selon le sexe effectif de l'enfant et les caractéristiques sociodémographiques des parents	407
Tableau 7.3.3 Association entre la diversification alimentaire de l'enfant et son sexe selon les attentes des deux parents concernant le sexe de l'enfant à naître (saisies rétrospectivement)	408
Tableau 7.3.4 Association entre la diversification alimentaire de l'enfant et son sexe selon l'attente ou non d'un sexe particulier pour l'enfant à naître (saisie rétrospectivement)	409
Tableau 7.3.5 Diversification alimentaire de l'enfant selon le sexe espéré par la mère et par le père avant la naissance (saisi rétrospectivement)	409
Tableau 8.1.1 Nombre d'aliments abandonnés par la mère lors de sa grossesse	428
Tableau 8.2.1 Rapport à la diététique des mères et introduction des matières grasses, du sucre et du sel dans le régime alimentaire de l'enfant avant 1 an	434
Tableau 8.2.2 Association entre alimentation maternelle durant le troisième trimestre de grossesse (axe diététique) et introduction des matières grasses, du sucre et du sel dans le régime des enfants selon la catégorie socioprofessionnelle des pères	437
Tableau 8.2.3 Association entre alimentation maternelle durant le troisième trimestre de grossesse (axe diététique) et introduction des matières grasses, du sucre et du sel dans le régime des enfants selon le niveau de diplôme des mères	437
Tableau 8.2.4 Association entre alimentation maternelle durant le troisième trimestre de grossesse (axe diététique) et introduction des matières grasses, du sucre et du sel dans le régime des enfants selon le modèle de puériculture des mères	438
Tableau 8.3.1 Association entre alimentation maternelle durant le troisième trimestre de grossesse (axe sucre) et introduction des matières grasses, du sucre et du sel dans le régime des enfants selon le niveau de diplôme des mères	446
Tableau 8.3.2 Association entre alimentation maternelle durant le troisième trimestre de grossesse (axe sucre) et introduction des matières grasses, du sucre et du sel dans le régime des enfants selon la catégorie socioprofessionnelle des pères	446
Tableau 8.3.3 Association entre alimentation maternelle durant le troisième trimestre de grossesse (axe sucre) et introduction des matières grasses, du sucre et du sel dans le régime des enfants selon le modèle de puériculture des mères	447

Tableau 8.4.1 Distribution des types de répertoire alimentaire avant 1 an selon les styles d'alimentation maternelle durant le troisième trimestre de grossesse	452
Tableau 8.4.2 Association entre styles alimentaires maternels lors du troisième trimestre de grossesse et répertoires alimentaires des enfants avant 1 an selon le niveau de diplôme des mères.....	454
Tableau 8.4.3 Association entre styles alimentaires maternels lors du troisième trimestre de grossesse et répertoires alimentaires des enfants avant 1 an selon le modèle de puériculture des mères	455
Tableaux en annexes	
Tableau 1.4.1 Liste des revues académiques du corpus	486
Tableau 1.4.2 Adhérents du SFAE.....	489
Tableau 4.5.1 Âge de la mère à la date de naissance de l'enfant ELFE (en années)	490
Tableau 4.5.2 Fréquence à laquelle les parents ont prévu le suivi médical de l'enfant avant sa naissance selon les caractéristiques sociodémographiques des parents	490
Tableau 4.5.3 Médecin initialement prévu lorsque l'enfant a vu un généraliste en 1 ^{ère} consultation selon les caractéristiques des parents	491
Tableau 4.5.4 Médecin initialement prévu lorsque l'enfant a vu un autre spécialiste en 1 ^{ère} consultation selon les caractéristiques des parents	491
Tableau 4.5.5 Médecin initialement prévu lorsque l'enfant a vu un pédiatre en 1 ^{ère} consultation selon les caractéristiques des parents.....	492
Tableau 4.5.6 Médecin initialement prévu lorsque l'enfant a vu un généraliste en 1 ^{ère} consultation selon le motif de la 1 ^{ère} consultation et la santé de l'enfant.....	492
Tableau 4.5.7 Médecin initialement prévu lorsque l'enfant a vu un autre spécialiste en 1 ^{ère} consultation selon le motif de la 1 ^{ère} consultation et la santé de l'enfant.....	493
Tableau 4.5.8 Médecin initialement prévu lorsque l'enfant a vu un pédiatre en 1 ^{ère} consultation selon le motif de la 1 ^{ère} consultation et la santé de l'enfant	493
Tableau 4.5.9 Distribution sociale de la perception de la santé de l'enfant	494
Tableau 4.5.10 Motifs d'inquiétude selon les caractéristiques des parents (ORL)	495
Tableau 4.5.11 Motifs d'inquiétude selon les caractéristiques des parents (autres maladies).....	495
Tableau 4.5.12 Déterminants sociodémographiques de la forme du suivi médical des enfants (régression logistique)	496
Tableau 6.4.1 Distribution des modèles de puériculture des mères selon le risque allergique des enfants	497
Tableau 6.4.2 Effets des caractéristiques sociales des parents et du risque allergique des enfants sur l'introduction des mg végétales dans l'alimentation des enfants (synthèse des modèles log-linéaires)	497
Tableau 6.4.3 Effets des caractéristiques sociales des parents et du risque allergique des enfants sur l'introduction des mg animales dans l'alimentation des enfants (synthèse des modèles log-linéaires)	498
Tableau 6.4.4 Effets des caractéristiques sociales des parents et du risque allergique des enfants sur l'introduction du sucre dans l'alimentation des enfants (synthèse des modèles log-linéaires)	498
Tableau 6.4.5 Effets des caractéristiques sociales des parents et du risque allergique des enfants sur l'introduction du sucre dans l'alimentation des enfants (synthèse des modèles log-linéaires)	499
Tableau 6.4.6 Association entre le risque allergique des enfants et l'initiation de la diversification à 4 mois selon le style de vie du ménage	499

Tableau 7.4.1 Effets des caractéristiques des parents et du sexe de l'enfant sur l'initiation de sa diversification (synthèse des modèles log-linéaires).....	508
Tableau 7.4.2 Effets des caractéristiques des parents et du sexe de l'enfant sur l'introduction des mg végétales (synthèse des modèles log-linéaires)	509
Tableau 7.4.3 Effets des caractéristiques des parents et du sexe de l'enfant sur l'introduction des mg animales (synthèse des modèles log-linéaires).....	509
Tableau 7.4.4 Effets des caractéristiques des parents et du sexe de l'enfant sur l'introduction du sucre (synthèse des modèles log-linéaires).....	510
Tableau 7.4.5 Effets des caractéristiques des parents et du sexe de l'enfant sur l'introduction du sucre (synthèse des modèles log-linéaires).....	511
Tableau 7.4.6 Personne chargée du repas (comparaison des réponses des parents).....	512
Tableau 7.4.7 Personne chargée du bricolage (comparaison des réponses des parents)	512
Tableau 7.4.8 Personne chargée de la vaisselle (comparaison des réponses des parents).....	513
Tableau 7.4.9 Personne chargée des courses (comparaison des réponses des parents).....	513
Tableau 7.4.10 Personne chargée du ménage (comparaison des réponses des parents).....	514
Tableau 7.4.11 Division du travail domestique selon le niveau de diplôme de la mère	514
Tableau 7.4.12 Division du travail domestique selon la PCS du père.....	515
Tableau 7.4.13 Personne en charge du bain de l'enfant Elfe selon les caractéristiques des parents ...	516
Tableau 7.4.14 Personne en charge du coucher de l'enfant Elfe selon les caractéristiques des parents	517
Tableau 7.4.15 Personne en charge d'emmener l'enfant Elfe chez le médecin selon les caractéristiques des parents	518
Tableau 7.4.16 Division du travail de puériculture selon le sexe de l'enfant.....	519
Tableau 8.5.1 Effets des caractéristiques des parents et de l'alimentation de la mère sur l'introduction de mg végétales dans le régime de l'enfant (synthèse des modèles log-linéaires)	519
Tableau 8.5.2 Effets des caractéristiques des parents et de l'alimentation de la mère sur l'introduction de mg animales dans le régime de l'enfant (synthèse des modèles log-linéaires).....	521
Tableau 8.5.3 Effets des caractéristiques des parents et de l'alimentation de la mère sur l'introduction du sucre dans le régime de l'enfant (synthèse des modèles log-linéaires)	522
Tableau 8.5.4 Effets des caractéristiques des parents et de l'alimentation de la mère sur l'introduction du sel dans le régime de l'enfant (synthèse des modèles log-linéaires)	523
Tableau 8.5.5 Significativité de l'association entre nombre d'aliments supprimés de son régime par la mère et introduction des matières grasses, du sucre, du sel dans le régime de l'enfant, selon la PCS du père	524
Tableau 8.5.6 Significativité de l'association entre nombre d'aliments supprimés de son régime par la mère et introduction des matières grasses, du sucre, du sel dans le régime de l'enfant, selon la PCS du père (style de vie)	525
Tableau 8.5.7 Significativité de l'association entre nombre d'aliments supprimés de son régime par la mère et introduction des matières grasses, du sucre, du sel dans le régime de l'enfant, selon le diplôme de la mère	526
Tableau 8.5.8 Significativité de l'association entre nombre d'aliments supprimés de son régime par la mère et introduction des matières grasses, du sucre, du sel dans le régime de l'enfant, selon le modèle de puériculture de la mère	527

Liste des figures

Figure 1.1.1 La division du travail de recherche en nutrition infantile dans les Archives de Pédiatrie	76
Figure 2.1.1 Statut de l'auteur et référence(s)	127
Figure 3.2.1 La structure des interactions entre les utilisatrices du forum	191
Figure 6.2.1 Exemple d'échéancier de diversification alimentaire proposé aux parents	339
Figure 6.2.2 Part des enfants Elfe ayant déjà consommé des légumes, des fruits, de la viande pour chaque âge (en %)	341
Figure 8.1.1 Principales dimensions de l'alimentation maternelle lors de la grossesse	426
Figure 8.1.2 Style alimentaire moyen des enquêtées selon leur niveau de diplôme	427
Figure 8.4.1 L'alimentation infantile lors de la première année	450
Figures en annexes	
Figure 1.4.1 Les collaborations entre auteurs d'articles parus dans les Archives de Pédiatrie	486
Figure 1.4.2	487
Figure 1.4.3	487
Figure 1.4.4	488
Figure 1.4.5	488
Figure 1.4.6	489
Figure 1.4.7	489
Figure 6.4.1 Age des enfants à l'introduction du sucre dans leur alimentation selon la parité des mères	500
Figure 6.4.2 Age des enfants à l'introduction du sucre dans leur alimentation selon le diplôme des mères	500
Figure 6.4.3 Age des enfants à l'introduction du sucre dans leur alimentation selon le modèle de puériculture des mères	501
Figure 6.4.4 Age des enfants à l'introduction du sucre dans leur alimentation selon la PCS des pères	501
Figure 6.4.5 Age des enfants à l'introduction du sel dans leur alimentation selon la parité des mères	502
Figure 6.4.6 Age des enfants à l'introduction du sel dans leur alimentation selon le diplôme des mères	502
Figure 6.4.7 Age des enfants à l'introduction du sel dans leur alimentation selon la PCS des pères	503
Figure 6.4.8 Age des enfants à l'introduction du sel dans leur alimentation selon le modèle de puériculture des mères	503
Figure 6.4.9 Age des enfants à l'introduction des mg végétales dans leur alimentation selon le diplôme des mères	504
Figure 6.4.10 Age des enfants à l'introduction des mg végétales dans leur alimentation selon la PCS des pères	504
Figure 6.4.11 Age des enfants à l'introduction des mg végétales dans leur alimentation selon le modèle de puériculture des mères	505
	588

Figure 6.4.12 Age des enfants à l'introduction des mg végétales dans leur alimentation selon la parité des mères	505
Figure 6.4.13 Age des enfants à l'introduction des mg animales dans leur alimentation selon la parité des mères	506
Figure 6.4.14 Age des enfants à l'introduction des mg animales dans leur alimentation selon le modèle de puériculture des mères	506
Figure 6.4.15 Age des enfants à l'introduction des mg animales dans leur alimentation selon la PCS des pères	507
Figure 6.4.16 Age des enfants à l'introduction des mg animales dans leur alimentation selon le diplôme des mères	507

Table des matières

Sommaire	9
Introduction générale.....	13
Nourrir son enfant : une dimension du travail parental	15
Question de recherche	16
Biopouvoir et biopolitique.....	17
Les prémices de la médicalisation de la société	21
L'émergence de la notion de risque.....	23
Le développement de la médicalisation de l'enfance	27
Formes contemporaines de la médicalisation et principe de prévention	30
Le travail familial de santé	32
Un cadre conceptuel pour analyser le travail parental de soin : le modèle de la <i>reproduction</i>	35
La distinction, le modèle des homologues structurales	38
Portée et limites du modèle de la distinction.....	40
L'hypothèse de l'éclectisme culturel des catégories supérieures	42
Massification scolaire et transformation des publics.....	46
Production et intermédiation culturelle	49
Plan de la thèse	52
Partie I Le sous-champ de la puériculture : production et circulation des recommandations en matière de diversification alimentaire	59
Introduction	59
Chapitre 1 La constitution des recommandations médicales en matière de diversification alimentaire	63
Introduction	63
Données	66
1.1. La distribution de l'autorité scientifique	70
1.1.1. La structure relationnelle de la recherche en nutrition pédiatrique en 2012 : un « club huppé »	70
1.1.2. La division du travail de recherche en nutrition pédiatrique	74
1.1.3. Des recommandations controversées : la prévention primaire de l'allergie, l'initiation de la diversification alimentaire et l'introduction du gluten.....	77
1.2. La main visible de l'industrie alimentaire	84
1.2.1. Recommandations médicales et conflits d'intérêt	86
1.2.2. L'étiquetage nutritionnel et les emballages : une opportunité de prescriptions	96
1.3. Formuler des recommandations : définir le régime alimentaire adéquat.....	102
1.3.1. Appréhender le travail de puériculture des parents pour l'orienter : les enquêtes prospectives socio-médicales et d'épidémiologie	102
1.3.2. Minimiser des incertitudes et anticiper la réception.....	110
Conclusion.....	112
Chapitre 2 La médiatisation des recommandations en matière de diversification alimentaire	116
Introduction	116
Les données : un corpus de documents de puériculture à destination des parents	119
Méthodologie de l'analyse textuelle.....	121
2.1. La diffusion des recommandations de nutrition infantile : l'inscription médiatique de l'autorité scientifique	123
2.1.1. Les recommandations en matière de diversification alimentaire	123
2.1.2. Les opérateurs de la médiatisation des recommandations en matière de diversification alimentaire	125
2.1.3. L'emprise de la Société Française de Pédiatrie	127
2.1.4. La distribution de l'expertise.....	128
2.1.5. Les recommandations de puériculture diffuses	130

2.1.6.	Les recommandations de puériculture discordantes : traduction de la distance au champ scientifique	131
2.1.7.	Un exemple de controverse : l'introduction du gluten	133
2.2.	Le contenu des supports de puériculture	135
2.2.1.	Les quatre mondes lexicaux de l'alimentation infantile	135
2.2.2.	Hétérogénéité et homogénéité du corpus.....	139
2.2.3.	Les registres de justification.....	145
Conclusion.....		149
Appendice du chapitre 2 : Documents de puériculture à destination des parents consultés pour l'étude.....		151
Chapitre 3	Influence maternelle. Diffusion et contestation profane des recommandations en matière de diversification alimentaire sur un forum en ligne	153
Introduction		153
Consommation et réception culturelle.....		153
L'information santé en ligne		154
Données du chapitre et méthode.....		157
Caractéristiques générales du forum		158
Caractériser socialement les utilisatrices.....		159
3.1.	Les discours des utilisatrices	161
3.1.1.	Les attitudes par rapport aux recommandations médicales en matière de diversification alimentaire	161
3.1.2.	Le rapport aux professionnels de santé.....	180
3.2.	La distribution de la parole.....	187
3.2.1.	L'activité des utilisatrices.....	187
3.2.2.	Les positions des utilisatrices dans la structure des échanges	190
3.3.	La dynamique des discussions.....	194
3.3.1.	La demande d'information en matière de diversification alimentaire.....	194
3.3.2.	La distribution des interlocutrices	201
Conclusion.....		204
Conclusion de la Partie I		209
Partie II	Les conditions sociales de la réception des recommandations médicales en matière de diversification alimentaire	213
Introduction		213
Chapitre 4	Expérience maternelle et expertise médicale : le rapport des parents aux professionnels de santé et supports de puériculture.....	218
Introduction		218
Données du chapitre		221
4.1.	La morphologie sociale du suivi médical de l'enfant.....	224
4.1.1.	L'anticipation du suivi médical de l'enfant : offre de soins et sentiment de l'enfance.....	226
4.1.2.	L'initiation effective du suivi médical de l'enfant : la première consultation.....	229
4.1.3.	La distribution sociale des « inquiétudes » parentales	232
4.2.	Les déterminants de la forme du suivi médical de l'enfant	238
4.3.	L'encadrement de la puériculture domestique.....	244
4.3.1.	La distribution du recours aux différents supports de puériculture	245
4.3.2.	L'articulation des différents supports de puériculture : les modèles de puériculture ..	249
4.4.	Les déterminants sociaux des modèles de puériculture	257
Conclusion.....		261
Chapitre 5	Les déterminants sociaux de la conformité aux recommandations médicales en matière de diversification alimentaire	264
Introduction		264
Un espace des recommandations médicales en matière de diversification alimentaire		266
Données du chapitre		268
5.1.	Les conditions sociales de la conformité aux recommandations médicales en matière de diversification alimentaire. Une perspective comparatiste.....	272

5.1.1.	Les conditions sociales de conformité aux recommandations médicales concordantes. L'introduction des matières grasses, du sel et du sucre.....	272
5.1.2.	Les déterminants sociaux de la conformité aux recommandations nutritionnelles	276
5.1.3.	Effets de position et effets de dispositions	284
5.1.4.	Sur-sélection ou rapport particulier aux dépositaires des savoirs légitimes	287
5.2.	Les conditions sociales de la conformité aux recommandations médicales en matière de diversification alimentaire : une perspective en termes de formes de diversification alimentaire	291
5.2.1.	Distribution sociale des formes de diversification alimentaire.....	291
5.3.	Les conditions sociales de la conformité aux recommandations nutritionnelles dans le cas de recommandations discordantes.....	297
5.3.1.	La distribution sociale d'une diversification alimentaire précoce.....	297
5.3.2.	Les déterminants sociaux d'une initiation précoce de la diversification alimentaire ..	299
	Conclusion.....	304
Chapitre 6 Risque allergique et développement physiologique de l'enfant. Une réappropriation incertaine des catégories de la puériculture savante.....		
	Introduction	308
	Données du chapitre	313
6.1.	Le risque allergique	316
6.1.1.	L'enfant à risque : un effet nuancé sur la conformité aux recommandations nutritionnelles spécifiques	318
6.1.2.	L'enfant à risque : un effet faible sur la conformité aux recommandations nutritionnelles générales	331
6.2.	L'effet différencié de l'avancement en âge de l'enfant	338
6.2.1.	Supports de puériculture et scansion temporelle des âges de l'enfance	339
6.2.2.	Une estimation non-paramétrique (KM) des effets des caractéristiques socioéconomiques du ménage sur l'association entre avancement en âge de l'enfant et évolution de son alimentation.....	342
6.2.3.	Une estimation semi-paramétrique (Cox) des effets des caractéristiques socioéconomiques du ménage sur l'association entre avancement en âge de l'enfant et évolution de son alimentation.....	346
	Conclusion.....	351
	Conclusion de la partie II	358
Partie III Goûts, corps et identité. L'esthétique de la diversification alimentaire.....		
	Introduction	363
Chapitre 7 Fort comme papa. Conditions sociales de la sexuation de la diversification alimentaire..		
	.....	367
	Introduction	367
	Données du chapitre	376
7.1.	Les conditions sociales d'une diversification alimentaire sexuée	377
7.1.1.	Un effet de la position du ménage dans la stratification sociale.....	378
7.1.2.	La sexuation de la diversification alimentaire : esthétique ou fonctionnement des corps infantiles	380
7.2.	La division sexuée du travail	384
7.2.1.	La division du travail domestique : une forme cristallisée des définitions des rôles sociaux de sexe	388
7.2.2.	Un effet de l'interchangeabilité des rôles parentaux	396
7.3.	Les attentes concernant le sexe de l'enfant avant la naissance : un indice d'une socialisation précoce sexuellement différenciée	404
	Conclusion.....	410
Chapitre 8 Projection des habitudes et des préférences alimentaires maternelles sur les répertoires alimentaires des enfants.....		
	Introduction	412
	L'acquisition des préférences alimentaires.....	413
	La formation des habitudes alimentaires	416
	Incorporation, distanciation, transmission.....	418

Données du chapitre	420
8.1. Les habitudes et préférences alimentaires des mères durant le troisième trimestre de grossesse.	423
8.1.1. Les styles alimentaires maternels. Rapports à la diététique et aux saveurs sucrées	424
8.1.2. Le marquage social de l'alimentation maternelle durant le troisième trimestre de grossesse	426
8.2. Rapports maternels à la diététique et alimentation des enfants	429
8.2.1. Des effets contrastés du rapport maternel à la diététique sur la diversification alimentaire des enfants selon les aliments introduits.....	431
8.2.2. Un effet socialement différencié de la position des mères sur l'axe 1 de l'ACP	435
8.2.3. Principe de prévention, ascétisme et logiques d'éviction.....	440
8.3. Rapports maternels à la saveur sucrée et alimentation des enfants	443
8.3.1. Un effet faible et socialement différencié de la position des mères sur l'axe 2 de l'ACP.	444
8.4. Les répertoires alimentaires infantiles selon l'alimentation des mères	449
8.4.1. Les répertoires alimentaires des enfants avant 1 an.....	449
8.4.2. Styles alimentaires maternels et répertoires alimentaires des enfants	451
8.4.3. Des associations entre styles alimentaires durant la grossesse et répertoires alimentaires avant 1 an peu situées socialement.....	453
Conclusion.....	458
Conclusion de la partie III.....	462
Conclusion générale	467
Les conditions de production des recommandations médicales en matière de diversification alimentaire et leur effet sur l'espace normatif auquel sont confrontés les parents.....	468
Les conditions sociales de conformité aux recommandations médicales en matière de diversification alimentaire	472
L'emprise des recommandations médicales.....	474
Les premiers répertoires alimentaires : entre hédonisme et diététique.....	477
Limites et perspectives	480
ANNEXES	483
1.4. Annexe du chapitre 1.....	485
4.5. Annexe du chapitre 4.....	490
4.5.1. Tableaux complémentaires du chapitre 4	490
6.4. Annexe du chapitre 6.....	497
6.4.1. Tableaux complémentaires pour l'analyse des effets d'un risque allergique accru	497
6.4.2. Graphiques complémentaires à l'analyse des effets de l'avancement en âge de l'enfant	500
7.4. Annexe du chapitre 7.....	508
7.4.1. Tableaux complémentaires aux analyses des conditions sociales de sexuation de la diversification alimentaire.....	508
7.4.2. Tableaux complémentaires aux analyses de l'effet de la division du travail domestique	512
7.4.3. Tableaux complémentaires aux analyses de l'effet de la division du travail de puériculture.....	516
8.5. Annexe du chapitre 8.....	520
Bibliographie	529
Liste des tableaux	581
Liste des figures.....	588
Table des matières	591

Titre : La genèse précoce des différences sociales dans les habitudes alimentaires

Mots clés : Alimentation, Puériculture, Inégalités sociales, Enfance, Santé

Résumé : L'alimentation infantile est très encadrée par les instances médicales. Elle constitue donc un point d'observation privilégié de la médicalisation du quotidien et des conditions de diffusion des cultures savantes. Afin d'explicitier les déterminants sociaux de l'alimentation infantile, deux ensembles de données sont mobilisés : d'une part, un corpus documentaire, composé d'articles scientifiques, de publications à destination des parents et des échanges tenus sur un forum en ligne consacré à la puériculture, d'autre part, les données de l'Étude longitudinale française depuis l'enfance. Cette enquête aborde les thématiques du développement, de la santé et de l'alimentation d'un échantillon d'environ 18300 nourrissons, elle renseigne également le détail des caractéristiques sociodémographiques des parents. La première partie de la thèse est consacrée aux conditions de production et de diffusion des recommandations médicales en matière d'alimentation infantile. Nous montrons que, d'une part, les luttes pour le monopole de l'autorité scientifique à l'intérieur de l'espace de la recherche en nutrition pédiatrique, d'autre part, les demandes particulières des pouvoirs publics et des industriels adressées aux experts de l'alimentation infantile, révèlent l'incertitude et la variabilité des recommandations médicales en matière d'alimentation

infantile. La réception par les parents de ces recommandations peut alors prendre la forme d'une appropriation des recommandations dominantes, d'une appropriation des recommandations dominées considérées comme mieux actualisées ou d'une mise à distance, parfois très critique, des recommandations médicales voire de la résistance au principe même d'une puériculture médicalisée. La deuxième partie montre que la conformité aux recommandations médicales de l'alimentation des nourrissons est fonction de l'interaction entre le niveau de diplôme des mères et les conditions de leur socialisation au maternage (notamment, leurs pratiques de recherche d'information en matière de diversification alimentaire). Ainsi, la réception de la puériculture médicalisée apparaît dépendante autant du rapport entretenu, par les parents, à la médecine comme système abstrait que du rapport qu'ils entretiennent aux représentants de ce système. Ces rapports étant fonction de l'expérience scolaire des parents. Dans une troisième partie, nous montrons que les répertoires alimentaires maternels ont un effet propre ainsi qu'un effet conditionné aux caractéristiques sociales des mères sur l'alimentation des enfants durant leur première année.

Title: Early genesis of social differences in eating habits

Keywords: Food, Parental feeding practices, Social disparities, Infants, Health

Abstract: Medical instances strongly control infant feeding. Then parental feeding practices are a means of observing medicalization of everyday life and diffusion of science-based practices. In order to explain the social determinants of parental feeding practices, two sets of data are used: a corpus of documents composed of scientific articles, publications aimed at parents and conversations held on an online forum that concerns childcare and, on the other hand, the French longitudinal study from childhood. This study gathers information on 18300 infants. The study broaches questions of infant development, health and feeding. It also gives details on parents' socio-demographic characteristics. The first part of this thesis is confined to conditions of production and diffusion of medical recommendations concerning infant feeding. We demonstrate that, firstly the struggle for the monopoly on scientific authority within the field of research in pediatric nutrition and secondly the specific demands of public authorities and industries transferred to experts of infant nutrition, reveals the uncertainty and the variations of the medical recommendations concerning infant nutrition. Parents receptiveness of

those medical recommendations can take the form of an appropriation of the mainstream recommendations, an assimilation of minor recommendations considered as the most up to date, or a distancing, sometimes very critical, of the medical recommendations, or even more the resistance to the very idea of medicalised parental practices. The second part shows that the conformity to medical recommendations of infant feeding is a product of the interaction between mothers' education levels and the conditions of their socialisation to maternity (in particular their methods of researching information on complementary feeding). Therefore, the receptiveness of medicalised childcare appears to be dependent as on the relationship between the parents and medicine, as an abstract system, as on the relationship between parents and representatives of that system. These relationships are a product of the educational experience of the parents. In the third part, we demonstrate that the mother's feeding repertoires have a proper effect, and an effect conditioned by parents' social characteristics, on infant feeding during their first year.