

ANNEXES

ANNEXE 1 : DESCRIPTION ET CHOIX DES COMMUNES

	taux études sup %	taux minimexés %	taux noyaux monoparentaux	Indice de richesse 100=Belgique	taux chômage %	population
Données	2001	2002	2005	2005	2007	2006
ARR ATH						
ATH	23,3	0,85	0,297	119,32	14,80	26799
BELOEIL	19,7	0,75	0,284	106,85	17,50	13347
BERNISSART	16,9	0,90	0,303	100,96	21,60	11458
BRUGELETTE	20,4	0,30	0,298	114,82	13,90	3284
CHIEVRES	20,8	0,63	0,270	115,83	13,80	6198
ELLEZELLES	23,7	0,40	0,240	114,74	11,70	5676
FLOBECQ	22,8	0,30	0,235	118,80	12,30	3278
FRASNES-LEZ-ANVAIN	23,5	0,19	0,231	113,40	11,50	10967
ARR CHARLEROI						
CHAPELLE-LEZ-HERLAIN	15,6	0,60	0,296	100,11	22,40	14022
CHARLEROI	15,9	1,64	0,337	95,24	28,40	201300
CHATELET	13,9	0,90	0,309	95,23	27,10	35621
COURCELLES	16,0	0,83	0,296	100,17	21,60	29626
FARCIENNES	10,1	1,06	0,282	84,44	30,70	11099
FLEURUS	16,8	0,73	0,275	104,47	20,50	22221
FONTAINE-L'ÉVÊQUE	17,1	0,90	0,294	101,01	23,10	16687
GERPINNES	31,8	0,47	0,232	137,41	12,70	12030
MANAGE	15,6	0,13	0,288	100,00	22,70	22341
MONTIGNY-LE-TILLEU	32,5	0,48	0,234	137,49	12,00	10205
PONT-A-CELLES	23,6	0,37	0,247	121,16	13,30	16292
SENEFFE	25,7	0,98	0,278	120,51	14,40	10743
AISEAU-PRESLES	17,9	0,89	0,259	103,81	21,90	10754
LES BONS VILLERS	27,1	0,67	0,246	126,50	12,50	8860
ARR MONS						
BOUSSU	15,1	1,04	0,339	95,60	27,60	20058
DOUR	18,1	0,93	0,302	98,82	25,50	16810
FRAMERIES	17,4	0,97	0,329	103,90	23,10	20646
HENSIES	17,2	0,56	0,278	99,34	24,30	6698
JURBISE	30,8	0,18	0,271	123,64	9,70	9571
LENS	25,8		0,284	113,25	10,40	3974
MONS	26,1	1,79	0,359	107,50	24,50	91221
QUAREGNON	15,3	1,07	0,319	92,67	27,40	18744
QUIÉVRAIN	18,1	0,73	0,300	100,32	25,40	6559
SAINT-GHISLAIN	22,6	1,39	0,301	111,63	19,20	22466
COLFONTAINE	14,5	0,84	0,347	90,36	30,20	20021
HONNELLES	26,4	0,92	0,283	113,58	14,00	4998
QUEVY	24,3	0,29	0,245	119,48	11,20	7734
ARR MOUSCRON						
MOUSCRON	17,4	0,89	0,241	103,72	17,90	52825
COMINES-WARNETON	15,2	0,79	0,213	97,18	16,80	17562
ARR SOIGNIES						
BRAINE-LE-COMTE	26,8	0,76	0,270	120,03	14,60	20305
ENGHIEN	24,6	0,78	0,266	134,71	11,10	11980
LA LOUVIERE	16,4	1,42	0,281	98,97	24,10	77210
LESSINES	17,6	0,51	0,295	110,16	15,60	17848
LE ROEULX	26,4	0,05	0,255	120,69	14,20	7977
SILLY	29,2	0,19	0,227	130,62	8,50	7995
SOIGNIES	26,0	0,85	0,270	113,67	14,10	25420
ECAUSSINNES	21,1	0,73	0,287	114,92	15,90	9924
ARR THUIN						
ANDERLUES	15,3	0,97	0,274	97,28	22,40	11578
BEAUMONT	21,8	0,87	0,251	102,65	17,00	6698
BINCHE	17,3	0,78	0,272	103,49	21,40	32409
CHIMAY	21,1	1,01	0,268	93,76	17,60	9774
ERQUELINNES	16,7	0,94	0,288	97,51	20,80	9549
FROIDCHAPELLE	17,7	0,85	0,271	94,72	19,80	3626
LOBBES	24,4	0,45	0,255	118,07	11,20	5499
MARBES-LE-CHATEAU	18,3	0,72	0,276	100,83	17,90	4093
MOMIGNIES	15,5	0,64	0,306	98,21	19,20	5125
THUIN	26,9	0,84	0,211	119,02	14,40	14625
ESTINNES	22,2	0,99	0,269	108,25	17,00	7413
HAM-SUR-HEURE-NAL	33,3	0,53	0,241	138,25	11,50	13396
MORLANWELZ	17,4	1,07	0,280	101,38	22,10	18595
SIVRY-RANCE	19,2	0,81	0,273	99,76	18,40	4597
ARR TOURNAI						
ANTOING	16,3	0,76	0,300	104,39	16,60	7549
CELLES	23,5	0,44	0,213	106,41	14,80	5440
ESTAIMPUIS	18,1	0,29	0,225	105,36	13,40	9643
PECOQ	22,4	0,34	0,215	108,22	11,30	5272
PERUWELZ	19,6	1,25	0,291	97,08	21,00	16843
RUMES	17,4	0,19	0,213	107,93	12,80	5112
TOURNAI	26,0	1,09	0,293	114,87	17,40	67534
BRUNHAUT	20,8	0,46	0,235	103,24	12,30	7711
LEUZE-EN-HAINAUT	21,2	0,97	0,263	109,32	14,90	13223
MONT-DE-L'ENCLUS	21,5	0,09	0,168	114,88	8,70	3421

Tableau 1 Indicateurs des communes

source : INS		
taux études supérieur		
pourcentage de personnes diplômées de l'enseignement supérieur (non universitaires de type court et de type long, universitaires)	code couleur	rang de la commune dans le Hainaut (69 communes) par ordre croissant ou décroissant en fonction du lien avec le statut socio-économique
taux minimexés		
le revenu minimum accordé aux personnes qui ne peuvent pas disposer de ressources suffisantes, ni ne peuvent y prétendre, ni ne sont en mesure de se les procurer, soit par leurs efforts personnels, soit par d'autres moyens.		
		1 à 5
		6 à 10
		11 à 15
		16 à 20
		21 à 25
taux noyaux monoparentaux		
Un noyau familial monoparental est formé par un père ou une mère avec un ou plusieurs enfants non mariés.		
		26 à 30
		31 à 69
Indice de richesse		
L'indice de richesse est une comparaison du revenu moyen par habitant de l'entité administrative avec le revenu moyen national par habitant. L'indice de richesse de la Belgique est de 100.		
taux de chômage		
Le taux de chômage correspond au rapport entre le nombre de chômeurs demandeurs d'emploi indemnisés et la population active.		

ANNEXE 2 : GRILLE D'ANALYSE TRANSVERSALE

Parentalité et alimentation : Liste des codes v.2

Construction des CODES

Pour cette recherche, nous avons opté pour un codage des sources par « nœud explicatifs ». C'est-à-dire que les « nœuds » qui déconstruisent les sources sont choisis en relation avec les questions de recherche et qu'ils mettent, avant l'analyse, plusieurs éléments de discours en rapport.

La liste des codes est la résultante d'un travail de groupe entre tous les chercheurs impliqués dans cette recherche

Ce choix de « nœuds explicatifs » est justifié par :

1. garder une liste de codes facilement maîtrisable par les encodeurs
2. répondre dans les délais aux questions annoncées dans le cahier des charges
3. exploiter le « capital » de connaissance accumulée sur la problématique du lien entre l'alimentation et la parentalité suite à l'analyse de littérature et à nos réflexions au cours de la récolte des données.

Les codes ont été construits pour laisser une place à l'enfant en tant qu'acteur des interactions et pas uniquement comme objet de négociation.

Les codes ont été choisis parce qu'il représente un point de rencontre entre les parents et les professionnels.

Les codes sont transversaux pour l'ensemble des bases de données de cette recherche.

Explications du tableau des codes

N°	Numéro d'encodage
Nickname	Abréviation pour l'encodage
Nom	Le nom du code tel qu'il apparaît dans les entretiens
Description	Le contenu du code, les critères d'inclusion des verbatims
OI	Observation Informelle
OF	Observation Formelle
Q	Questionnaire

Les ■ indiqués dans quelle base de données peuvent être puisées les informations qui documentent le code.

Les lignes en grisé foncé représente les codes pour lesquels plusieurs bases de données peuvent être croisées.

Liste des Codes

1. Passage à la diversification et l'intégration aux repas familiaux

N°	Nickname	Nom	Description	OI	OF	Q
1.1	DIV-PRE	En premier je donne	Les aliments et les stratégies utilisées lors des premières introductions de la diversification		■	
1.2	DIV-ENS	Puis j'essaie	Les aliments et les stratégies utilisés pour continuer la diversification			
1.3	DIV-KI	Qui commence	Les personnes qui initient la diversification		■	
1.4	DIV-AVIS	De l'avis de	De qui suit-on ou pourrait-on suivre l'avis		■	
1.5	DIV-ENF	Ce que l'enfant aime, comment l'enfant réagit	Comment la construction du goût, de préférences et les allergies de l'enfant influence la diversification			
1.6	DIV-KAN	Quand débute la diversification	A quel age, quel moment la diversification a-t-elle commencé			■
1.7	DIV-BIB	Quand arrête t-on le biberon	Quelle est la place du biberon pendant la diversification			
1.8	DIV-MOR	En morceaux	La texture des aliments, le mode de préparation			

2. Sources des pratiques des parents et des professionnels

N°	Nickname	Nom	Description	OI	OF	Q
2.1	SOU-MOI	Ma théorie	Comment les personnes composent leur propre théorie			
2.2	SOU-FAM	Dans ma famille	Les héritages et les conseils familiaux			
2.3	SOU-LI	Ce que je lis	Ce que les personnes apprennent dans les livres et les référentiels			
2.4	SOU-APP	Ce que j'ai appris	Ce que les personnes ont appris durant leur formation, études			
2.5	SOU-ECH	Je dis aux parents...le médecin me dit	Informations et « éducation » des parents	■		
2.60	SOU-DENF	Diététique de l'enfant	Pourquoi on nourrit l'enfant : pour qu'il soit grand, pour qu'il ne nous ressemble pas, pas qu'il passe le temps			
2.7	SOU-BON	Un bon mangeur	Comment je vois le comportement de l'enfant	■		
2.8	SOU-POI	Poids de l'enfant	Le poids de l'enfant comme moyens d'évaluer l'alimentation			■

3. Règles dans le milieu d'accueil et dans la famille

N°	Nickname	Nom	Description	OI	OF	Q
3.1	REG-MOD	Modes d'alimentation	Comment les modes d'alimentations (cultures, maladies) redéfinissent-elles les règles et les relations			
3.2	REG-REF	Les référentiels	Ce qui relève des textes officiels			
3.3	REG-DOM	L'organisation domestique	Ce qui relève de la famille : quand on mange	■		
3.4	REG-ROI	Le ROI de la crèche	Quels sont les règles propres et formalisées de la crèche	■		
3.5	REG-COM	Communication sur les règles	Ce que les professionnels et les parents échangent sur les règles			

4. Représentation des offres alimentaires et l'environnement de repas en famille et en milieux d'accueil

N°	Nickname	Nom	Description	OI	OF	Q
4.1	OFF-VAMS	A la maison	Valeur symbolique de ce l'on mange à la maison			
4.2	OFF-VAC	A la crèche	Valeur symbolique de ce l'on mange à la crèche			
4.3	OFF-VAMM	Chez Mamy	Valeur symbolique de ce l'on mange dans la famille			
4.4	OFF-SMS	Le sain et le malsain	La bonne et la mauvaise alimentation			■
4.6	OFF-OU	Où on mange	Contexte relationnel où l'on mange	■		
4.7	OFF-CMMT	Comment on mange	Quelles sont les règles de commensalité			■
4.8	OFF-DEM	A la demande	Qui dit qui à faim			
4.9	OFF-BRU	Dans le bruit	Ambiance du repas	■	■	
4.10	OFF-CMNC	Qu'est-ce que l'on en dit	Communication sur l'alimentation : contenu littéral et ordre (par exemple pour rassurer)	■		
4.11	OFF-FR	Comme son frère	Comment gérer l'alimentation en présence du frère, d'autres enfants plus grands			
4.12	OFF-SOM	Dormir ou manger	Comment l'on associe, régule les cycles de sommeil et de l'alimentation			

5. Facteurs locaux influençant les représentations et les pratiques

N°	Nickname	Nom	Description	OI	OF	Q
5.1	FAL-CUI	Qui cuisine	Qui prépare le repas, qui fournit les matières premières		■	
5.2	FAL-PP	Profil des parents, des professionnels	Que disent les professionnels à propos des parents et vice-versa			■
5.3	FAL-RH	Management, Ressources humaines	Stabilité de l'équipe		■	
5.4	FAL-GEO	Facteurs géographiques	Frontière française, institution particulière près de la crèche (hôpital)			

ANNEXE 3 : LISTE DES OUTILS DE COLLECTE DE DONNEES

- Grille d'observation formelle (41p.)
- Grille d'observation informelle
- Questionnaire pour les parents
- Guide d'entretiens avec les professionnels
- Guide d'entretiens avec les parents

ANNEXE 4 : TABLEAUX COMPARATIFS DES RECOMMANDATIONS DE DIVERSES INSTANCES

RECOMMANDATIONS

	PNNS-Belgique 0-3 ans (2007)	ONE- parents Brochures (2006)	ONE- 10 points Scientifiques (1998)	ONE -10 points recommand Aux professionnels (1998)	PNNS France (2006)
GROSSESSE	<p>Acide folique</p> <ul style="list-style-type: none"> - dans légumes verts à prendre en supplément <p>vit D : en supplément</p> <p>FER , iode, Ca, ds l'alimentation</p> <p>Pas de régime particulier, pas manger +, mais fuir alcool & tabac, ne pas abuser du café & thé et Attention aux aliments crus toxoplasmose</p>		<p>Ces recommandations ont été transmises par la diététicienne de l'ONE siège, et servent de base pour les formations des professionnels de crèches. C'est un document produit en 1998 par l'ULB, UCL, et ULG +ONE pour donner un discours cohérent. Il sert encore aujourd'hui</p>		
ALLAITEMENT	<p>Bon pour bébé & pour la maman</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aucun régime sauf l'alcool - Mère : Boire eau, manger fruits et légumes 	<p>Idem (ce qui est mis en plus dans cette colonne sont les éléments qui ne figurent pas dans le PNNS Belge)</p>	<p>Allaiter, c'est offrir la meilleure alimentation à son bébé L'allaitement maternel, donné exclusivement, répond à tous les besoins du bébé jusqu'à l'âge de 6 mois. L'ensemble des avantages du lait maternel est unique et est bien démontré sur le plan scientifique dans la prévention des infections, de l'allergie, de l'obésité et du diabète. La prolongation de l'allaitement maternel exclusif autant que la mère le souhaite, est un objectif de santé publique.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Soutenir la mère dans son choix et lui donner confiance en elle et en son enfant. ◆ L'aider à utiliser les possibilités de maintenir un allaitement exclusif. ◆ Informar la mère allaitante des effets négatifs d'un recours trop rapide à des compléments de lait adapté. ◆ Aménager un «coin allaitement» à la consultation ou dans le milieu d'accueil 	<p>..... « L'allaitement favorise la réduction du volume de l'utérus à la suite de l'accouchement. Il aurait un effet protecteur contre certains cancers, comme celui du sein ».</p> <p><input type="checkbox"/> Soin quotidien : inutile de laver vos seins avant et après la tétée. Votre toilette quotidienne habituelle est suffisante.</p> <p>Évitez de donner en complément des biberons de « lait » infantile. Ils diminueraient votre production de lait, stimulée par la tétée. C'est seulement lorsque l'allaitement sera bien installé (au-delà de 4 à 6 semaines) que vous pourrez éventuellement en proposer, si vous ne pouvez pas allaiter de façon exclusive.</p>

<ul style="list-style-type: none"> - Allaitement « A la carte » - Pas de risque de trop nourrir bébé - Sevrage en douceur : supprimer une tétée à la fois 	<ul style="list-style-type: none"> - Allaitement à la demande - Si on lui donne de l'eau, à la tasse c'est mieux qu'au biberon 	<p>2 Nourrir le bébé à la demande pendant les premiers mois L'allaitement maternel ou l'alimentation au biberon «à la demande» respecte les besoins réels du nourrisson dont les comportements innés, s'il est à terme et en bonne santé, permettent une prise alimentaire en quantité et en fréquence adaptée à ses besoins.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Faire confiance au bébé avant tout. ◆ Inciter les parents à répondre aux signes discrets de la faim. ◆ Eviter les conseils quant à la durée ou la fréquence des tétées. ◆ Présenter les quantités de lait à préparer dans les biberons comme moyennes et indicatives. ◆ Expliquer aux parents comment répondre spontanément à l'évolution de l'appétit de l'enfant. ◆ Etre attentif aux bébés de petit poids de naissance, aux bébés vulnérables ou «gros dormeurs» afin de maintenir un nombre suffisant de tétées ou biberons. 	<p>☐ Allaitez-le à la demande, sans limiter le nombre de tétées ni leur durée. C'est la meilleure façon de satisfaire les besoins de votre bébé et d'avoir suffisamment de lait les premiers jours.</p> <p>☐ Si vous devez vous absenter, vous pouvez utiliser un tire-lait mécanique ou électrique (loué en pharmacie, remboursé par la Sécurité sociale) pour préparer des biberons. Il est également possible de recueillir son lait par un massage spécifique des seins : le massage aréolaire. Votre production de lait restera constante. Le lait maternel se conserve au réfrigérateur le moins longtemps possible (maximum 24h) dans la partie la plus froide, entre 0 et 2 °C et plusieurs semaines au congélateur. Pour réchauffer un lait congelé, passez-le sous l'eau chaude mais évitez le four à micro-ondes, qui détruit les éléments anti-infectieux du lait maternel. En cas de surplus, pensez à donner votre lait à un lactarium.</p>
<p>Entre 1 et 3 ans, lait de croissance et vit D en supplém</p>		<p>3 Donner un complément quotidien de vitamine D La prescription d'un supplément quotidien de vitamine D est nécessaire pendant les deux premières années de vie et en hiver jusqu'à 6 ans. C'est une «habitude» à prendre même si les laits pour nourrissons contiennent des vitamines et sels minéraux en suffisance. Les complexes vitaminiques ne sont pas nécessaires. La vitamine K est recommandée pour tous les bébés allaités. Elle est impérativement prescrite si le bébé présente de la diarrhée ou reçoit des antibiotiques ou s'il a reçu à la naissance de la vitamine K per os.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Rappeler régulièrement (chaque trimestre) la prise des vitamines. ◆ Conseiller la poursuite d'un lait adapté (enrichi en vitamines). ◆ Etre attentif aux enfants de milieux socio-économiques défavorisés. 	<p>C'est la régularité et la fréquence avec laquelle les seins sont stimulés qui maintiennent la production de lait.</p> <p>☐ Le sevrage doit être progressif pour éviter que vos seins ne s'engorgent de lait. Supprimez les tétées une par une, en commençant par les moins abondantes, celles du milieu de la journée. Supprimez ensuite celle du soir, et enfin celle du matin. L'idéal serait de pouvoir laisser une semaine entre chaque suppression de tétée. Si vous ne pouvez pas, gardez au moins un espace de deux ou trois jours.</p>

SEVRAGE

<ul style="list-style-type: none"> - Utiliser un lait adapté aux bébés jusque 6 mois au moins - Impératif de stériliser le biberon - Pour le biberon Utiliser eau en bouteille qui « convient pour nourrisson » - Au début minimum 6 biberons par 24h, vers un an, 3 biberons <p>Entre 1 et 3 ans, lait de croissance et vit D en supplém</p>	<p>Allaitement maternel exclusif jusqu'à 6 mois c'est l'idéal</p> <p>Il existe des brochures ONE qui explique comment tirer le lait, préparer les biberons)</p> <p>Toute bouteille d'eau ouverte doit être conservée au frigo et consommée dans les 24 heures (l'eau du robinet peut être utilisée à partir de 3 mois sauf si l'adoucisseur est branché sur l'eau froide) 6 biberons minimum par 24 h pendant les 3 premiers mois de la vie</p>	<p>7. Poursuivre le lait "de suite" (ou lait "de croissance") jusque 18 mois</p> <p>En l'absence de lait maternel, le lait « adapté » apporte une meilleure garantie d'équilibre alimentaire que n'apporte pas le lait de vache, notamment quant aux quantités de protéines, de lipides, d'acide linoléique, de vitamines et minéraux.</p> <p>C'est le moyen le plus efficace de prévenir l'anémie par carence en fer.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Recommander l'utilisation d'un lait de suite (ou d'un lait de croissance) au moins jusqu'à l'âge de 18 mois. ◆ Être attentif aux enfants de milieux défavorisés tout en adaptant les objectifs 	<p>Tous ne voulez pas (ou ne pouvez pas) allaiter votre bébé au sein, ou vous souhaitez cesser de l'allaiter plus tôt que ce qui est recommandé. Il faut alors lui donner un substitut du lait maternel, et non du lait de vache. Les substituts du lait maternel, ou « laits » infantiles, sont étudiés pour permettre à votre enfant d'avoir une croissance harmonieuse Avant 1 an, il vaut mieux ne pas donner du lait de vache à un bébé. Il n'est pas adapté à ses besoins nutritionnels et risquerait de lui donner des troubles digestifs Entre 1 an et 3 ans, si vous ne voulez pas donner du « lait de croissance » ou du « lait de suite » à votre bébé, mieux vaut lui donner du lait entier Toujours au moins 500ml de « lait » 2e âge, par jour jusqu'à 1 an (voire au-delà). Après 1 an, ne dépassez pas 800 ml de lait (et autres produits laitiers) :</p>
---	---	--	---	---

<ul style="list-style-type: none"> - pas trop vite ! allaitement jusque 6 mois car avant risque d'allergie alimentaire - à 6 mois : fruits et légumes d'abord, puis viande. - de 6 à 8 mois : A tâtons jusqu'à lui donner une panade de légumes (avec ou sans viande, poisson, œufs) et une panade de fruits + entre 500 et 750 ml de lait maternel ou adapté + 3 cuillères à café d'huile ou beurre (varier huiles : colza, soja, noix, tournesol, mais) 	<p>Les légumes : enlever les feuilles extérieures trop riches en nitrates, ne pas laisser tremper dans l'eau pour ne pas perdre les vitamines et sels minéraux . Si légumes surgelés, plonger directement dans l'eau bouillante sans décongeler Pas besoin de sel ni de sucre, mais on peut utiliser des herbes aromatiques et on y met 2 à 3 cuillères d'huile ou du beurre ou de la margarine On peut conserver les portions cuites au congélateurs après les avoir refroidies au frigo. Quand on les a décongelées, les manger immédiatement : plus de conservat° au frigo possible</p>	<p style="text-align: center;">4 <i>Introduire d'autres aliments que le lait vers 5-6 mois et en douceur</i></p> <p>Une diversification progressive et individualisée de l'alimentation après l'âge de 4 mois et idéalement vers 5 à 6 mois permet de respecter le rythme et le développement de chaque enfant ainsi que les diversités socioculturelles des parents. Le lait reste l'aliment essentiel de la première année de vie. Le plaisir partagé des premiers repas la cuiller est un élément important dans le développement affectif de l'enfant.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Ne pas diminuer le lait au début de la diversification. ◆ Suggérer de présenter les premiers fruits ou légumes en petite quantité lorsque l'enfant n'a pas trop faim. ◆ Laisser des choix aux parents et éviter les interdits. ◆ Retarder la diversification jusqu'à l'âge de 6 mois pour les enfants à risque allergique 	<p>Choisissez des légumes bien tolérés par l'estomac de votre bébé : les haricots verts, les épinards, les courgettes sans pépins et sans peau, des blancs de poireaux, les carottes. Donnez-les soit au biberon (soupe), soit à la petite cuillère. À éviter à cet âge Les légumes riches en fibres, comme la partie verte des poireaux, les salsifis... plus difficiles à digérer. Les Légumes mes secs : pas avant 15-18 mois. Les fruits vous pouvez préparer une compote maison en utilisant des fruits bien mûrs, crus ou cuits, et mixés, sans ajouter de sucre. (poire, fraise, pêche, banane, etc.) L'eau est la seule boisson nécessaire quand votre enfant a soif. Utilisez la même eau que pour préparer son biberon. Autrefois, on donnait du jus de fruits très tôt aux bébés nourris au biberon car les « laits » pour nourrissons n'étaient pas enrichis en vitamines et minéraux comme aujourd'hui. Aujourd'hui, c'est inutile avant 6 mois (et tout à fait déconseillé avant 4 mois), et même après 6 mois, ils ne sont pas indispensables.</p>
--	--	---	--	---

<ul style="list-style-type: none"> - avant 6 mois farines sans gluten ! - à partir de 6 mois farines infantiles ou pommes de terre - de 8 à 12 mois : pain, biscuits peu sucrés, petites pâtes, semoule matières grasses , <p>- cuire à la vapeur ou à l'eau</p>	<p>- cuire à la vapeur, à l'eau <i>ou au micro ondes</i></p>	<p>5. Eviter le gluten avant 6 mois Le gluten est une protéine contenue dans les céréales à laquelle certains enfants sont intolérants, surtout dans les premiers mois de vie.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Proposer les premiers repas de fruits sans farine ni biscuit. ◆ Utiliser les farines de riz, maïs et tapioca avant l'âge de 6-8 mois 	<p>Il n'est plus recommandé aujourd'hui de donner des farines infantiles à un bébé avant 6 mois, comme cela pouvait se faire notamment dans le biberon du soir pour qu'il dorme. plus longtemps. Ajoutées en trop grande quantité dans le biberon, elles peuvent en effet déséquilibrer les apports nutritifs.</p> <p>Mais si votre enfant est un « petit mangeur»*, en petites quantités, à partir de 6 mois (et jamais avant 4 mois), lorsqu'il accepte un repas diversifié. Elles fournissent en effet de l'énergie sous peu de volume. Si vous souhaitez en donner entre 4 et 6 mois, utilisez des farines 1er âge sans gluten.</p> <p>Dès 6 mois, les pommes de terre cuites à la vapeur peuvent être moulinées et mélangées à 1 soupe de légumes. Les pâtes, le pain, la semoule de blé et les biscuits en quantité modérée, ne seront pas proposés avant 7 mois révolus.</p> <p>Quelle préparation? La cuisson se fait à l'eau ou à la vapeur, sans ajout de sel. Les légumes doivent être mixés.</p>
<ul style="list-style-type: none"> - pas de produits laitiers autres que le lait adapté avant un an - viande 10 à 15g entre 6 et 8mois - viande : 20 à30g entre 8 et 12 mois 		<p>Eviter l'excès d'aliments riches en protéines L'excès de protéines n'est pas rare chez le nourrisson comme chez le jeune enfant. Il est lié à un apport de viande trop important, une introduction précoce de produits laitiers ou à l'utilisation d'un lait non adapté. Un lien entre cet apport protéique excessif et l'obésité de l'enfant est avancé dans certaines études. L'apport de produits laitiers est souvent réalisé au détriment des fruits, des céréales ou du lait de suite.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Recommander 10 à 20 g de viande de 6 à 12 mois, 30g de viande à partir d'un an ◆ Eviter les petits pots de fromage blanc quotidiens en dessous de 12 mois 	<p>Toutes les viandes, dont le jambon cuit sans couenne, en limitant les abats et la charcuterie.</p> <p>☐ Tous les poissons: gras, maigres, frais ou surgelés, mais pas les poissons panés. Pensez à les varier. Quelle préparation?</p> <p>Les oeufs doivent être consommés durs. Au début, mixez ou écrasez très finement tous ces aliments. Vous pouvez aussi alterner avec des petits pots La quantité sera augmentée progressivement au fur et à mesure que votre enfant grandit. Un élément du groupe viande/poisson/oeuf par jour suffit. Quantité de 6 à 8 mois : 10g par jour, soit l'équivalent de 2 cuillères à café de viande ou de poisson ou 1/4 d'oeuf dur.</p>

<p>- entre 500 et 750 ml de lait maternel ou adapté</p> <ul style="list-style-type: none"> - vers un an, 3 biberons <p>3 cuillères à café d'huile ou beurre (varier huiles : colza, soja, noix, tournesol, maïs) dans les panades de légumes</p> <p>Pas de calendrier mais suivre le rythme de l'enfant</p> <ul style="list-style-type: none"> - ne pas le forcer - respecter ses goûts - essayer différentes textures - augmenter peu à peu les quantités 		<p>6 Après la diversification, maintenir 5 repas par jour au moins Le volume de l'estomac du nourrisson ne permet normalement pas des prises alimentaires de plus de 200 ml. Il est donc préférable de fractionner les repas. Une prise alimentaire régulière pendant les moments d'activité contribue aussi au bien être de l'enfant. Le maintien des 5 repas permet également de conserver un apport de lait régulier chez le nourrisson et de promouvoir de bonnes habitudes pour les années à venir.</p> <p>9 Donner une alimentation suffisamment riche en lipides Il n'est pas justifié de limiter l'apport en lipides dans l'alimentation du nourrisson dont les besoins en ce nutriment sont importants. (50% du BET)</p> <p>Faire du repas un moment important de la relation affective Le repas est un moment où le bébé fait aussi le plein de sourires, de paroles, de caresses, de sécurité, de bien-être ... à condition d'être dans les bras d'une maman qui lui fait confiance, ni trop stressée, ni trop anxieuse, ... à condition d'être dans les bras d'une puéricultrice attentive et chaleureuse, qu'il connaît, qui le connaît et qui le respecte dans son individualité.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Conseiller 3 tétées par jour au minimum ou 3 biberons de lait adapté de 200 ml ◆ Individualiser les horaires des repas solides dans les milieux d'accueil ◆ Déconseiller totalement l'utilisation du lait demi-écrémé ou des produits allégés. ◆ Introduire un supplément de matière grasse crue dans les repas de légumes (2 à 3 cuillerées d'huile ◆ Expliquer l'importance d'une relation chaleureuse pour le développement du nourrisson. ◆ Individualiser la relation dans les milieux d'accueil (puéricultrice de référence). 	<p>Votre enfant, petit à petit ou du jour au lendemain, refusera un de ses biberons ou une tétée. Il passe assez tôt, spontanément, de 6 à 5 « prises alimentaires » par jour, puis, pendant cette première période de diversification, de 5 à 4 « prises alimentaires » quotidiennes. Selon l'appétit de votre enfant, il faut donc maintenir des apports alimentaires suffisants, en augmentant les quantités. Vous arriverez ainsi, vers 8 mois, à donner à votre bébé quatre repas par jour, dont deux repas diversifiés (et pas plus) et deux tétées ou deux biberons de lait. Lorsque votre bébé a un repas diversifié complet, vous pouvez passer à un « lait » 2e âge (ou continuer à l'allaiter).</p> <p>COMMENT INTRODUIRE LES MATIÈRES GRASSES AJOUTÉES ?</p> <p>Quand? Jamais avant 6 mois.</p> <p>Que choisir? ☐ Plutôt des matières grasses végétales : huile de colza, d'olive, de tournesol... ☐ Une cuillère à café d'huile ou une noisette de beurre à chaque repas. ☐ Éviter les fritures.</p>
--	--	--	--	---

<p>Mange presque comme les grands, mais besoins spécifiques en fer, ca, vit D (supplém), iode, et acides gras essentiels - à limiter : fritures, sodas, sirop, excès sucreries, snacks salés, aliments riches en graisses, cacahouètes, excès de sel - progressivement pour la viande on passe de 30g à 1 an à 50g à 3 ans</p>	<p>Il existe une brochure ONE : « <i>des petits plats dans les grands</i> » <i>L'alimentation dès 18 mois</i> . Elle reprend ce qu'il y a ici à côté et cela ressemble assez à ce que l'on dit pour les adultes</p>	<p>1 Offrir chaque jour 4 repas Le petit déjeuner et le goûter sont souvent négligés chez les enfants de moins de 6 ans.</p> <p>Tous deux sont des repas complets qui doivent apporter suffisamment d'énergie.</p> <p>Présenter des féculents à chaque repas Le pain, les pommes de terre, les pâtes ou le riz, les aliments à base de céréales, aliments énergétiques par excellence, sont à la base de la pyramide alimentaire.</p> <p>Donner des fruits et/ou des légumes au moins 3 fois par jour Bien que considérés par les parents et les professionnels comme des aliments importants pour la santé, ils sont consommés trop peu souvent par les enfants comme par les adultes. Nous pouvons mettre en premier plan ce groupe alimentaire dans nos conseils en expliquant le rôle de protection qu'il joue au niveau de l'organisme.</p> <p>Donner du lait adapté à l'âge ou un produit laitier 2 à 3 fois par jour L'apport de lait reste essentiel. Le lait maternel et le lait de croissance permettent de réduire l'apport en protéines, d'équilibrer l'apport en lipides et poursuivre l'apport d'un supplément de fer et vitamines. 500 ml de lait de croissance couvrent plus de 50% des besoins quotidiens de l'enfant de 1 à 3 ans en protéines, lipides, fer et vitamines.</p> <p>A partir de 3 à 4 ans, l'utilisation d'un lait demi écrémé est nécessaire car les réductions en graisses saturées recommandées à l'ensemble de la population (lipides = 30% du BET) sont valables pour l'enfant dès cet âge. Contrairement au nourrisson, le jeune enfant peut remplacer la consommation de lait par un produit laitier.</p> <p>Préparer du poisson 2 fois par semaine La viande est consommée trop souvent et il est nécessaire de remettre ce type d'aliments à sa juste place dans la hiérarchie des groupes alimentaires. Les enfants consomment trop peu de poisson, aliment riche en graisses poly-insaturées et moins riche en graisses saturées</p> <p>Varier les matières grasses Les recommandations de réduction des graisses saturées pour la prévention des maladies cardio-vasculaires mais aussi de certaines formes d'obésité, sont valables chez l'enfant dès l'âge de 3 à 4 ans.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Organiser un complément du déjeuner à l'arrivée matinale dans les milieux d'accueil ◆ Organiser un goûter pour tous les enfants dans les accueils extrascolaires <p>Rappeler aux familles l'importance du goûter</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Proposer la tartine comme base du goûter et du déjeuner. ◆ Vérifier la présence de féculents dans chacun des repas proposés dans les milieux d'accueil ◆ Prévoir un fruit ou un légume à chaque repas pris dans les milieux d'accueil. ◆ Offrir du potage ou un fruit à chaque enfant dans les écoles <ul style="list-style-type: none"> ◆ Conseiller le lait de croissance jusque 3 ans. ◆ Utiliser du lait de croissance dans les milieux d'accueil. ◆ Conseiller le lait demi-écrémé au-delà de 3, 4 ans <ul style="list-style-type: none"> ◆ Conseiller une alternance régulière entre les aliments du groupe des viandes afin de faire apprécier aux enfants tout autant le poisson, la volaille, la viande et l'œuf. ◆ Limiter la quantité de viande (50 g) présentée à l'enfant. ◆ Conseiller l'utilisation régulière d'huiles riches en graisses poly -et mono insaturées (colza, soja, olive, tournesol). ◆ Préférer les huiles non chauffées 	<p>Le PNNS français à partir de 8-12 mois à 3 ans, donne aussi des éléments semblables à ce qu'il y a ici à gauche</p>
--	---	--	---	--

La margarine ordinaire contient en général trop d'acides gras « trans » ou de la lignée oméga 6.

La plupart des huiles se dénaturent à de hautes températures et ne peuvent être chauffées. L'huile d'olive et l'huile d'arachide peuvent être utilisées pour la cuisson.

Donner le goût de l'eau

Dès le plus jeune âge, l'enfant acquiert très facilement le goût des boissons sucrées, d'abord jus de fruits et thés pour bébés suivis des limonades, sirops divers et coca. Des retards de croissance ont été décrits chez de jeunes enfants grands consommateurs de jus de fruits et présentant une anorexie par rapport à toute alimentation solide.

La consommation excessive des boissons sucrées est en relation avec l'obésité de l'enfant et de l'adolescent.

Faire du repas un moment de plaisir et de détente Une ambiance agréable au moment du repas est essentielle pour le développement affectif et social du jeune enfant, mais également pour l'apprentissage de comportements alimentaires sains et liés aux besoins ainsi que pour le développement du goût. L'aversion pour un ou plusieurs aliments peut faire l'objet d'un conditionnement si l'ingestion de l'aliment est liée à des réactions digestives désagréables de type "nausées".

Les renforcements négatifs (punitions, menaces...) vont également créer une aversion de plus en plus grande des aliments qui provoquent le conflit. Rien ne prouve non plus que les renforcements positifs (promesses, récompenses...) entraînent une amélioration quelconque dans l'appréciation d'un aliment. On sait que c'est surtout l'élément choisi comme récompense qui se verra de plus en plus apprécié.

Respecter l'autonomie et l'appétit de l'enfant L'appétit, tout comme les besoins physiologiques, est éminemment variable d'un enfant à l'autre et d'un moment à l'autre. L'équilibre alimentaire s'obtient d'ailleurs sur plusieurs jours, voire sur plusieurs semaines.

Il est spontanément acquis par l'enfant en bas âge après quelques jours de présentation d'un «buffet libre». L'appétit est favorablement influencé par la présence de convives, par la présentation d'un choix d'aliments et par le caractère sensoriel agréable des aliments.

L'obligation de "finir tout", que 25% des parents estiment plus important que l'ambiance du repas, apprend à l'enfant à ne pas respecter ses signaux physiologiques de satiété qui commandent l'arrêt de la prise alimentaire. Cet apprentissage peut être estimé dangereux lorsqu'on sait que le comportement de "finir tout" est un des comportements retrouvés de façon quasi systématique chez les personnes obèses.

Eduquer le goût et faire apprécier une

- ◆ Déconseiller les jus de fruits et thés comme boissons entre les repas.

- ◆ Installer un système de distribution d'eau accessible aux enfants dans les milieux d'accueil et les écoles

- ◆ Ne pas accorder d'importance à la quantité mangée par l'enfant au moment du repas.

- ◆ Parler de choses agréables pour l'enfant

- ◆ Présenter des aliments agréables à voir et à sentir.

- ◆ Présenter un choix d'aliments différents (buffet libre-service dans les milieux d'accueil).

- ◆ Faire participer l'enfant à la préparation du repas.

- ◆ Le laisser se servir lui-même.

- ◆ Partager le repas de l'enfant

- ◆ Représenter les aliments les moins appréciés aussi

alimentation variée Un aliment s'apprécie rarement tout de suite, de nombreux essais sont parfois nécessaires. L'aliment "habituel" est de plus en plus apprécié et l'aliment "exceptionnel" de moins en moins apprécié par l'enfant.

Le jeune âge est un moment essentiel pour donner aux enfants le goût d'une alimentation la plus variée possible. La variété est la meilleure garantie de l'équilibre alimentaire

souvent que les autres.
◆ Changer de «menu» chaque jour et à chaque repas

REPÈRES D'INTRODUCTION DES ALIMENTS CHEZ L'ENFANT DE 0 A 3 ANS

Indication de l'âge : le « 5^e mois », par exemple, débute à la fin du 4^e mois, soit 4 mois révolus. La fin du

(hors pathologie particulière)

5^e mois correspond à 5 mois révolus.

Pas de consommation

Début de consommation possible

Début de consommation recommandée

	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					Tous : très mûrs, ou		cuits, mixés ; texture homogène, lisse, crus, écrasés*						en morceaux, à croquer*		
Légumes					Tous : 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*							
Viandes, poissons					Tous **: mixés		10 g/j (2cc)		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 noisette 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										

* À adapter en fonction de la capacité de mastication et de déglutition et de la tolérance digestive de l'enfant

** Limiter les charcuteries, sauf le jambon blanc

*** Biscuits, bonbons, crèmes dessert, desserts lactés, chocolats, boissons sucrées, confiture, miel...

(PNNS France)

ANNEXE 5 : REVUE DE LITTÉRATURE

1. Aide alimentaire et insertion. Alimentation et Précarité. 2000 ; 10:2-4.
2. Alderman H. Improving nutrition through community growth promotion: Longitudinal study of the nutrition and early child development program in Uganda. *World Development*. 2007; 35(8):1376–1389.
3. Alimentation des enfants défavorisés et attitudes éducatives parentales. *Alimentation, Société & Précarité*. 2007 ; 36:3-7.
4. Alphonse M, Hankard R. Évaluation de l'état nutritionnel et des besoins de l'enfant et de l'adolescent. *Nutrition clinique et métabolisme*. 2005; 19(4):214–218 /Numéro hors série *Archives de pédiatrie*, 12(4).
5. Assathiany R, Kemeny J, Sznajder M, Hummel M, Van Egroo LD, Chevallier B. La salle d'attente du pédiatre : lieu d'éducation pour la santé ? *Archives de pédiatrie*. 2005 ; 12(1):10–15.
6. Babington LM. Comparing child-feeding practices of Dominican mothers. *Journal of Pediatric Nursing*. 2007; 22(5):388-96.
7. Bannon K, Schwartz MB. Impact of nutrition messages on children's food choice: Pilot study. *Appetite*. 2006; 46:124–129.
8. Barclay A, Weaver L. Feeding the normal infant, child and adolescent. *Medicine*. 2006; 34(12):551-556.
9. Beech BM, Kumanyika SK, Baranowski T, Davis M, Robinson TN, Sherwood NE, Taylor WC, Relyea G, Zhou A, Pratt C, Owens A, Thompson NS. Parental cultural perspectives in relation to weight-related behaviors and concerns of African-American girls. *Obesity Research*. 2004; 12:7S-19S.
10. Bentley M, Gavin L, Black MM, Teti L. Infant feeding practices of low-income, African-American, adolescent mothers: an ecological, multigenerational perspective. *Social Science & Medicine*. 1999; 49(8):1085-1100.
11. Bessis S. Mille et une bouches. *Cuisines et identités culturelles*. (Mutations/Mangeurs, N°154), Paris : Autrement, 1995, 182 p.
12. Bhattacharya J, Currie J, Haider S. Poverty, food insecurity, and nutritional outcomes in children and adults. *Journal of Health Economics*. 2004; 23(4):839–862.
13. Bieulac-Scott M. L'attachement des Français aux repas en famille, un atout minceur et santé à préserver. [mise en ligne 4 juin 2007] [<http://www.lemangeur-ocha.com>] (consulté le 11/03/2009)
14. Bieulac-Scott M. Peut-on s'assurer contre la pensée magique ? De l'homme, du lait ou de la mouche, qui est la victime : interrogations à propos de la publicité d'une compagnie d'assurance. 2003. [en ligne] [<http://www.lemangeur-ocha.com>] (consulté le 11/03/2009)
13. Birch LL, Fisher JO, Davison KK. Learning to overeat: maternal use of restrictive feeding practices promotes girls' eating in the absence of hunger. *American Journal of Clinical Nutrition*. 2003; 78(2):215–220.
14. Black MM, Siegel EH, Abel Y, Bentley ME. Home and videotape intervention delays early complementary feeding among adolescent mothers. *Pediatrics*. 2001; 107:e67.
15. Blom-Hoffman J, Kelleher C, Power TJ, Leff SS. Promoting healthy food consumption among young children: Evaluation of a multi-component nutrition education program. *Journal of School Psychology*. 2004; 42:45– 60.
16. Blumberg S. Infant feeding: Can we spice it up a bit? *Journal of the American Dietetic Association*. 2006; 106(4):504-5.
17. Bocquet A, Bresson JL, Briend A, Chouraqui JP, Darmaun D, Dupont C, Frelut ML, Ghisolfi J, Goulet O, Putet G, Rieu D, Turck D (coordonnateur), Vidailhet M, Merlin JP, Rives JJ. Alimentation du nourrisson et de l'enfant en bas âge. *Réalisation pratique*. *Archives de pédiatrie*. 2003; 10:76–81.
18. Bronte-Tinkew J, DeJong G. Children's nutrition in Jamaica: do household structure and household economic resources matter? *Social Science & Medicine*. 2004; 58:499–514.
19. Bryce J, El Arifeen S, Bhutta ZA, Black RE, Claeson M, Gillespie D, Gwatkin DR, Habicht JP, Jones G, Lanata CF, Morris SS, Mshinda H, Pariyo G, Perkin G,

- Schellenberg JA, Steketee RW, Troedsson H, Victora CG. Getting it right for children: a review of UNICEF joint health and nutrition strategy for 2006–15. *The Lancet*. 2006; 368(9538):817-9.
20. Buttriss J. Food promotion to children: the facts. *Nutrition Bulletin*. 2004; 29(1): 3–5.
 21. Chiva M. Emotions et pratiques alimentaires. *Les émotions*. 2003. [en ligne] [<http://lemangeur-ocha.com>] (consulté le 11/03/2009)
 22. Colloque « À croire et à manger. Religions et alimentation ». AFSR – 6 et 7 février 2006 [en ligne] [<http://www.lemangeur-ocha.com>] (consulté le 5/03/2009)
 23. Crawford PB, Gosliner W, Anderson C, Strode P, Becerra-Jones Y, Samuels S, Carroll AM, Ritchie LD. Counseling Latina Mothers of preschool children about weight issues: Suggestions for a new framework. *Journal of the American Dietetic Association*. 2004; 104(3):387-394.
 24. Crouch P, O'Dea JA and Battisti R. Child feeding practices and perceptions of childhood overweight and childhood obesity risk among mothers of preschool children. *Nutrition & Dietetics*. 2007; 64:151–158.
 25. Crowley AA. Child Care Health Consultation: An Ecological Model. *Journal of the Society of Pediatric Nurses*. 2001; 6(4):170-81.
 26. Defrance A. To eat or not to eat. 25 ans de discours alimentaires dans la presse. *Les cahiers de l'Ocha n°4*, Paris, 1994, 130 p.
 27. De Silva MJ, Harpham T. Maternal social capital and child nutritional status in four developing countries. *Health & Place*. 2007; 13:341–355.
 28. Dowling DA. Lessons from the past: A brief history of the influence of social, economic, and scientific factors on infant feeding. *Newborn and Infant Nursing Reviews*. 2005; 5(1):2-9.
 29. Dubuisson C, La Vieille S, Martin A. Allergies alimentaires : Etat des lieux et propositions d'orientations. *Maisons Alfort : AFSSA*, janvier 2002, 104 p.
 30. Etelson D, Brand DA, Patrick PA, Shirali A. Childhood obesity: Do parents recognize this health risk? *Obesity Research*. 2003; 11(11):1362-8.
 31. Feuillet-Dassonval C, Agne PSA, Rancé F, Bidat E. Le régime d'éviction chez les allergiques à l'arachide. *Archives de pédiatrie*. 2006 ; 13(9):1245–1251.
 32. Fischler C. Le repas familial vu par les 10-11 ans. *Les cahiers de l'OCHA n°6*, Paris, 1996,64 p.
 33. Fischler C (sous la dir. De). *Manger magique. Aliments sorciers, croyances comestibles*. (Mutations/Mangeurs, N°149). Paris : Autrement, 1994, 201 p.
 34. Fitzpatrick E, Edmunds LS, Dennison BA. Positive effects of family dinner are undone by television viewing. *Journal of American Dietetic Association*. 2007; 107(4):666-71.
 35. Flandrin JL. Alimentation et christianisme. Pourquoi s'abstenir de viande ? [en ligne] [<http://www.lemangeur-ocha.com>] (consulté le 10/03/2009)
 36. Flandrin JL. Alimentation et médecine. Histoire de l'alimentation occidentale : Diététique ancienne, cuisine & formation du goût. Concepts de base. 2002. [en ligne] [<http://www.lemangeur-ocha.com>] (consulté le 11/03/2009)
 37. Goodman JH. Becoming an involved father of an infant. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*. 2005; 34(2):190-200.
 38. Gray VB, Byrd SH, Cossman JS, Chromiak J, Cheek WK, Jackson GB. Family characteristics have limited ability to predict weight status of young children. *Journal of the American Dietetic Association*. 2007; 107:1204-1209.
 39. Grummer-Strawn LM, Kalasopatan S, Sungkur J, Friedman J. Infant feeding patterns on Mauritius island. *Social Science and Medicine*. 1996; 43(12):1697-1702.
 40. Harvey-Berino J, Rourke J. Obesity prevention in preschool native-american children: A pilot study using home visiting. *Obesity Research*. 2003; 11(5):606-11.
 41. He M, Ma J, Chen Q, Mei J, Dai J, Luo Y, Jiang Z, Lui SSH, He Z, Yeung DL, Anderson GH. Growth and feeding practices of 4 and 8 months infants in Southern China. *Nutrition Research*. 2001; 21:103–120.
 42. Hendy HM, Williams KE, Camise TS, Alderman S, Ivy J, Reed J. Overweight and average-weight children equally responsive to “Kids Choice Program” to increase fruit and vegetable consumption. *Appetite*. 2007; 49(3):683–686.

43. Herman DR, Harrison GG, Jenks E. Choices Made by Low-Income Women Provided with an Economic Supplement for Fresh Fruit and Vegetable Purchase. *Journal of the American Dietetic Association*. 2006; 106(5):740-744.
44. Hesketh K, Waters E, Green J, Salmon L, Williams J. Healthy eating, activity and obesity prevention: a qualitative study of parent and child perceptions in Australia. *Health Promotion International*. 2005; 20(1):19-26.
45. Ho I. Chinese women's perceptions of the effectiveness of antenatal education in the preparation for motherhood. *Journal of Advanced Nursing*. 2002; 38(1), 74–85.
46. Hodges EA, Hughes SO, Hopkinson J, Fisher JO. Maternal decisions about the initiation and termination of infant feeding. *Appetite*. 2008; 50(2-3):333-339.
47. Jain A, Sherman SN, Chamberlind LA, Whitaker RC. Mothers misunderstand questions on a feeding questionnaire. *Appetite*. 2004; 42(3):249–254.
48. Jingxiong J, Rosenqvist U, Huishan W, Greiner T, Guangli L, Sarkadi A. Influence of grandparents on eating behaviors of young children in Chinese three-generation families. *Appetite*. 2007; 48:377–383.
49. Johannsen DL, Johannsen NM, Specker BL. Influence of parents' eating behaviors and child feeding practices on children's weight status. *Obesity Research*. 2006; 14(3):431-439.
50. Kaufman L, Karpati A. Understanding the sociocultural roots of childhood obesity: Food practices among Latino families of Bushwick, Brooklyn. *Social Science & Medicine*. 2007; 64:2177–2188.
51. Kaur H, Li C, Nazir N, Choi WS, Resnicow K, Birch LL, Jasjit S, Ahluwalia JS. Confirmatory factor analysis of the child-feeding questionnaire among parents of adolescents. *Appetite*. 2006; 47:36–45.
52. Knol LL, Haughton B, Fitzhugh EC. Food insufficiency is not related to the overall variety of foods consumed by young children in low-income families. *Journal of the American Dietetic Association*. 2004; 104:640-644.
53. Kranz S, Lin PJ, Wagstaff DA. Children's dairy intake in the United States: Too little, too fat? *The Journal of Pediatrics*. 2007; 151:642-6.
54. L'assiette et les modes. Etude réalisée par la Cofremca. Les cahiers de l'Ocha n°2, Paris, 1993, 64 p. [en ligne] [<http://www.lemangeur-ocha.com>] (consulté le 6/03/2009)
55. Le Heuzey MF, Turberg-Romain C, Lelièvre B. Comportement alimentaire des nourrissons et jeunes enfants de 0 à 36 mois : comparaison des habitudes des mères. *Archives de pédiatrie*. 2007; 14:1379–1388.
56. Les interdits alimentaires Quelles conséquences sur l'évolution des produits alimentaires (filières végétales et filières animales) et sur la consommation ? Comment l'industrie agro-alimentaire intègre-t-elle ces interdits ? Les Cahiers de l'OCHA N°7, Paris, 1996, 132 p.
57. Li L, Zhang M, Scott JA and Binns CW. Infant feeding practices in home countries and Australia: Perth Chinese mothers survey. *Nutrition & Dietetics*. 2005; 62(2-3):82–88.
58. Losch M, Dungy CI, Russell D, Dusdieker LB. Impact of attitudes on maternal decisions regarding infant feeding. *The Journal of Pediatrics*. 1995; 126(4):507-514.
59. May AL, Donohue M, Scanlon KS, Sherry B, Dalenius K, Faulkner P, Birch LL. Child-feeding strategies are associated with maternal concern about children becoming overweight, but not children's weight status. *Journal of the American Dietetic Association*. 2007; 107:1167-1174.
60. Mazur RE, Marquis GS, Jensen HH. Diet and food insufficiency among Hispanic youths: acculturation and socioeconomic factors in the third National Health and Nutrition Examination Survey. *American Journal of Clinical Nutrition*. 2003; 78(6):1120 – 7.
61. McIntyre L., Glanville NT, Raine KD, Dayle JB, Anderson B, Battaglia N. Do low-income lone mothers compromise their nutrition to feed their children? *Canadian Medical Association Journal*. 2003; 168(6):686-91.
62. Melgar-Quinonez HR, Kaiser LL. Relationship of Child-Feeding Practices to Overweight in Low-Income Mexican-American Preschool-Aged Children. *Journal of the American Dietetic Association*. 2004; 104(7):1110-1119.
63. Miles A. Incorporate parents' perceptions into child nutrition assessment and interventions. *Journal of the American Dietetic Association*. 2007; 107(7):1174-1175.

64. Mobley CE, Evashevski J. Evaluating health and safety knowledge of preschoolers: Assessing their early start to being health smart. *Journal of Pediatric Health Care*. 14(4):160-165.
65. Montagne K. « Adaptation de l'épouse cuisinière aux goûts alimentaires de son mangeur de mari : étude anthropologique du quotidien ». XVIIème congrès de l'AISLF. Tours juillet 2004. CR 17 « Sociologie et anthropologie de l'alimentation ». [Mise en ligne juin 2005] [<http://www.lemangeur-ocha.com>] (consulté le 5/03/2009)
66. Moore SN, Tapper K, Murphy S. Feeding strategies used by mothers of 3–5-year-old children. *Appetite*. 2007; 49:704–707.
67. Nayga RM. Impact of sociodemographic factors on perceived importance of nutrition in food shopping. *The Journal of Consumer Affairs*. 1997; 31(1):1-9.
68. Nguyen SP. An apple a day keeps the doctor away: Children's evaluative categories of food. *Appetite*. 2007; 48:114–118.
69. Nourritures d'enfance. Souvenirs aigres-doux. Coll. Mutations/Mangeurs N°129, Paris : Autrement, 1992, 206 p.
70. O'Dea JA. Improving adolescent eating habits and prevention of child obesity: Are we neglecting the crucial role of parents? *Nutrition & Dietetics*. 2005, 62(2-3):66-68.
71. Oldewage-Theron WH, Dicks EG, Napier CE. Poverty, household food insecurity and nutrition: Coping strategies in an informal settlement in the Vaal Triangle, South Africa. *Public Health*. 2006; 120(9):795–804.
72. Pagnini DL, Wilkenfeld RL, King LA, Booth ML and Booth SL. Mothers of pre-school children talk about childhood overweight and obesity: The Weight of Opinion study. *Journal of Paediatrics and Child Health*. 2007; 43(12):806-810.
73. Patton SR, Dolan LM, Mitchell MJ, Byars KC, Standiford D, Powers SW. Mealtime interactions in families of pre-schoolers with type 1 diabetes. *Pediatric Diabetes*. 2004; 5(4):190-198.
74. Pensée magique et alimentation aujourd'hui. Les Cahiers de l'OCHA N°5, Paris : Cidil, 1996, 132 p.
75. Petersen MC, Kedia S, Davis P, Newman L, Temple C. Eating and feeding are not the same: caregivers' perceptions of gastrostomy feeding for children with cerebral palsy. *Developmental Medicine & Child Neurology*. 2006; 48: 713–717.
76. Poulain JP. Les mutations des pratiques alimentaires. Le décalage entre normes et pratiques. [en ligne] [<http://www.lemangeur-ocha.com>] (consulté le 6/03/2009)
77. Poulain JP. Manger aujourd'hui. Attitudes, normes et pratiques. Paris : Editions Privat, 2002, 235 p.
78. Poulain JP. Méthodologie d'étude des pratiques alimentaires. [en ligne] [<http://www.lemangeur-ocha.com>] (consulté le 5/03/2009)
79. Pridham KF, Schroeder M, Brown R, Clark R. The relationship of a mother's working model of feeding to her feeding behaviour. *Journal of Advanced Nursing*. 2001; 35(5):741-750.
80. Riopel O. « Comment mange-t-on au Québec ? Une étude de cas sur l'alimentation québécoise dans le contexte des mutations alimentaires modernes. » XVIIème congrès de l'AISLF. Tours juillet 2004. CR 17 « Sociologie et anthropologie de l'alimentation ». [Mise en ligne juin 2005] [<http://www.Lemangeur-ocha.com>] (consulté le 6/03/2009)
81. Roberts BP, Blinkhorn AS, Duxbury JT. The power of children over adults when obtaining sweet snacks. *International Journal of Paediatric Dentistry*. 2003; 13(2):76–84.
82. Robila M, Krishnakumar A. The Role of Children in Eastern European Families. *Children & Society*. 2004; 18(1):30–41.
83. Rovillé-Sausse FN. Westernization of the nutritional pattern of Chinese children living in France. *Public Health*. 2005; 119(8), 726–733.
84. Sacco LM, Bentley ME, Carby-Shields K, Borja JB, Goldman BD. Assessment of infant feeding styles among low-income African-American mothers: Comparing reported and observed behaviors. *Appetite*. 2007; 49:131–140.
85. Sepp H, Abrahamsson L, Fjellström C. Pre-school staffs' attitudes toward foods in relation to the pedagogic meal. *International Journal of Consumer Studies*. 2006; 30(2):224–232.

86. Sherry B, McDivitt J, Birch LL, Cook FH, Sanders S, Prish JL, Francis LA, Scanlon KS. Attitudes, practices, and concerns about child feeding and child weight status among socioeconomically diverse white, Hispanic, and African-American mothers. *Journal of the American Dietetic Association*. 2004; 104(2):215-221.
87. Sidebotham P, Heron J. Child maltreatment in the “children of the nineties:” the role of the child. *Child Abuse & Neglect*. 2003; 27(3):337–352.
88. Sudershan RV, SubbaRao GM, Rao P, VardhanaRao MV, Polasa K. Food safety related perceptions and practices of mothers – A case study in Hyderabad, India. *Food Control*. 2008; 19:506–513.
89. Surkan PJ, Ryan LM, Carvalho Vieira LM, Berkman LF, Peterson KE. Maternal social and psychological conditions and physical growth in low-income children in Piauí, Northeast Brazil. *Social Science & Medicine*. 2007; 64:375–388.
90. Taylor LJ, Gallagher M., McCullough FSW. The role of parental influence and additional factors in the determination of food choices for pre-school children. *International Journal of Consumer Studies*. 2004; 28(4):337–346.
91. Turberg-Romain C, Lelièvre B, Le Heuzey MF. Conduite alimentaire des nourrissons et jeunes enfants âgés de 1 à 36 mois en France : évolution des habitudes des mères. *Archives de pédiatrie*. 2007; 14 :1250–1258.
92. Tyebjee TT. Affirmative Disclosure of Nutrition Information and Consumers’ Food Preferences: A Review. *The Journal of consumer affairs*. 1979; 13(2):206-223.
93. Wald ER, Ewing LJ, Cluss P, Goldstrohm S, Cipriani L, Colborn DK, Weissfeld L. Parental perception of children’s weight in a paediatric primary care setting. *Child : Care, Health and Development*. 2007; 33(6):738-743.
94. Wardle J, Sanderson S., Guthrie CA, Rapoport L, Plomin R. Parental feeding style and the intergenerational transmission of obesity risk. *Obesity Research*. 2002; 10(6):453-462.
95. Weaver LT. The emergence of our modern understanding of infant nutrition and feeding 1750–1900. *Current Paediatrics*. 2006 ; 16:342–347.
96. Whitaker RC. Predicting preschooler obesity at birth: The role of maternal obesity in early pregnancy. *Pediatrics*. 2004; 114(1):e29-36.
97. Ummarino M, Albano F, De Marco G, Mangani S, Aceto B, Ummarino D, Correra A, Giannetti E, De Vizia B, Guarino A. Short duration of breastfeeding and early introduction of cow’s milk as a result of mothers’ low level of education. *Acta Paediatrica*. 2003; 92(s441):12-17.
98. Yee CF and Chin R. Parental perception and attitudes on infant feeding practices and baby milk formula in East Malaysia. *International Journal of Consumer Studies*. 2007; 31(4):363–370.