



DU DISCOURS NUTRITIONNEL AUX REPRÉSENTATIONS DE L'ALIMENTATION

Thierry MATHÉ
Thomas PILORIN
Pascale HÉBEL

Avec la collaboration
de Mirrdyn DENIZEAU

CAHIER DE RECHERCHE N° 252

DÉCEMBRE 2008

Département « Consommation »

dirigé par Pascale HÉBEL.

Cette recherche a bénéficié d'un financement au titre de la subvention recherche attribuée au CRÉDOC.

Sommaire

SYNTHÈSE.....	5
INTRODUCTION.....	7
1. DISCOURS ALIMENTAIRE SELON LES ÉPOQUES ET LES CULTURES	10
1.1 L'Antiquité	11
1.2 Le haut Moyen Age	12
1.3 Du bas Moyen-Âge au XVII ^{ème} siècle	14
1.4 XVII ^{ème} et XVIII ^{ème} siècles	16
1.5 Le XIX ^{ème} siècle	17
2. ÉVOLUTIONS DES RELATIONS ENTRE L'ALIMENTATION ET LA SANTÉ AU XX ^{ÈME} ET XXI ^{ÈME} SIÈCLE.....	19
2.1 Grandes orientations au niveau international	20
2.2 Au niveau communautaire.....	21
2.3 Evolutions au niveau national	23
2.3.1 <i>Les bases de la nutrition et de la diététique moderne</i>	<i>23</i>
2.3.2 <i>Divulgateion des travaux et des premiers messages de prévention.....</i>	<i>23</i>
2.3.3 <i>Crises sanitaires et entrée du discours de santé publique</i>	<i>25</i>
3. ÉVOLUTIONS DU DISCOURS NUTRITIONNEL DES ANNÉES 1970 A NOS JOURS	31
3.1 Le discours alimentaire en France à la fin du XX ^{ème} siècle.....	32
3.1.1 <i>La diététique des prescripteurs des années 1970</i>	<i>34</i>
3.1.2 <i>La diététique thérapeutique des années 1980.....</i>	<i>34</i>
3.1.3 <i>Le discours « cacophonique » des années 1990</i>	<i>35</i>
3.2 La poursuite de la cacophonie au début du XXI ^{ème} siècle.....	36
4. LES ÉVOLUTIONS DES REPRÉSENTATIONS.....	41
4.1 Des représentations sociales qui déterminent la culture alimentaire	41
4.1.1 <i>Méthodologie pour l'analyse des représentations de l'alimentation à travers la question ouverte « Pour vous vous, qu'est-ce que bien manger ? »</i>	<i>42</i>
4.1.2 <i>Evolution globale du vocabulaire entre 1988 et 2007.....</i>	<i>46</i>
4.2 Évolutions des différentes représentations de l'alimentation entre 1988 et 2007.....	48
5. CONSÉQUENCES SUR LA CONSOMMATION ET LA PERCEPTION DES ALIMENTS SANTÉ	54
5.1.1 <i>Perception de l'alimentation santé par les médecins</i>	<i>54</i>
5.1.2 <i>Perception de l'alimentation santé par les consommateurs</i>	<i>58</i>

5.1.3	<i>La montée de la consommation des aliments santé</i>	62
CONCLUSION	65
ANNEXES	66
6.	BIBLIOGRAPHIE	66
7.	LISTE DES GRAPHIQUES	73
8.	LISTE DES TABLEAUX	74

« *Que ton aliment soit ta première médecine* » (Hippocrate, 460-356 avant J.-C.).

SYNTHÈSE

Plusieurs grandes périodes ont marqué l'histoire de l'alimentation de l'Homme (Popkins, 2002). Après l'âge de la collecte d'aliments puis l'âge des famines, la révolution industrielle entraîne le déclin des famines, marquant ainsi le début de la transition nutritionnelle. Le développement économique (productivité agricole et industrie agroalimentaire) et l'urbanisation entraînent une diversification des aliments consommés et une modification des comportements alimentaires. Cette période de transition se caractérise par une évolution de la structure nutritionnelle de la ration alimentaire (augmentation de la consommation de lipides, glucides simples et protéines animales) qui s'est opérée pendant la majeure partie du XX^{ème} siècle dans les pays développés et qui marque aujourd'hui les pays en développement. Même si elle a entraîné la disparition des grandes maladies de carences et l'augmentation de l'espérance de vie, elle s'est accompagnée d'une augmentation de l'obésité et des maladies dégénératives (cancers, maladies cardio-vasculaires, etc.) qualifiées de maladies de civilisation ou « Western diseases ».

La relation à l'alimentation dans toute société est avant tout culturelle. La trace est perceptible depuis l'Antiquité. On peut ainsi observer des constantes socio-historiques à travers le clivage entre un tempérament « germanique », celui des Celtes et des Germains, qui se prolonge dans un monde à dominante religieuse protestante et correspondant à la sphère culturelle anglo-saxonne, et un tempérament méditerranéen, celui des Grecs et des Romains, devenant un monde à dominante catholique, toujours lié à l'ère de civilisation méditerranéenne. Le modèle culturel catholique apparaît autant comme un modèle lié à la civilisation méditerranéenne que comme un modèle religieux. La commensalité¹ s'y exprime comme un plaisir partagé qui engendre un certain équilibre alimentaire, c'est-à-dire une discipline collective du « manger ensemble ». À l'inverse, dans le modèle culturel protestant, le plaisir dans l'alimentation est subordonné à la santé.

Depuis l'affaire du sang contaminé et les crises sanitaires, les inquiétudes vis-à-vis de l'alimentation se sont largement diffusées. L'alimentation est devenue un véritable sujet de société. Cette montée de la médiatisation sur la thématique de la nutrition observée depuis 2006, s'est traduite par une montée des préoccupations santé et de la culpabilité vis-à-vis de sa propre alimentation. Les consommateurs français restent cependant moins attentifs à leur santé que leurs voisins européens.

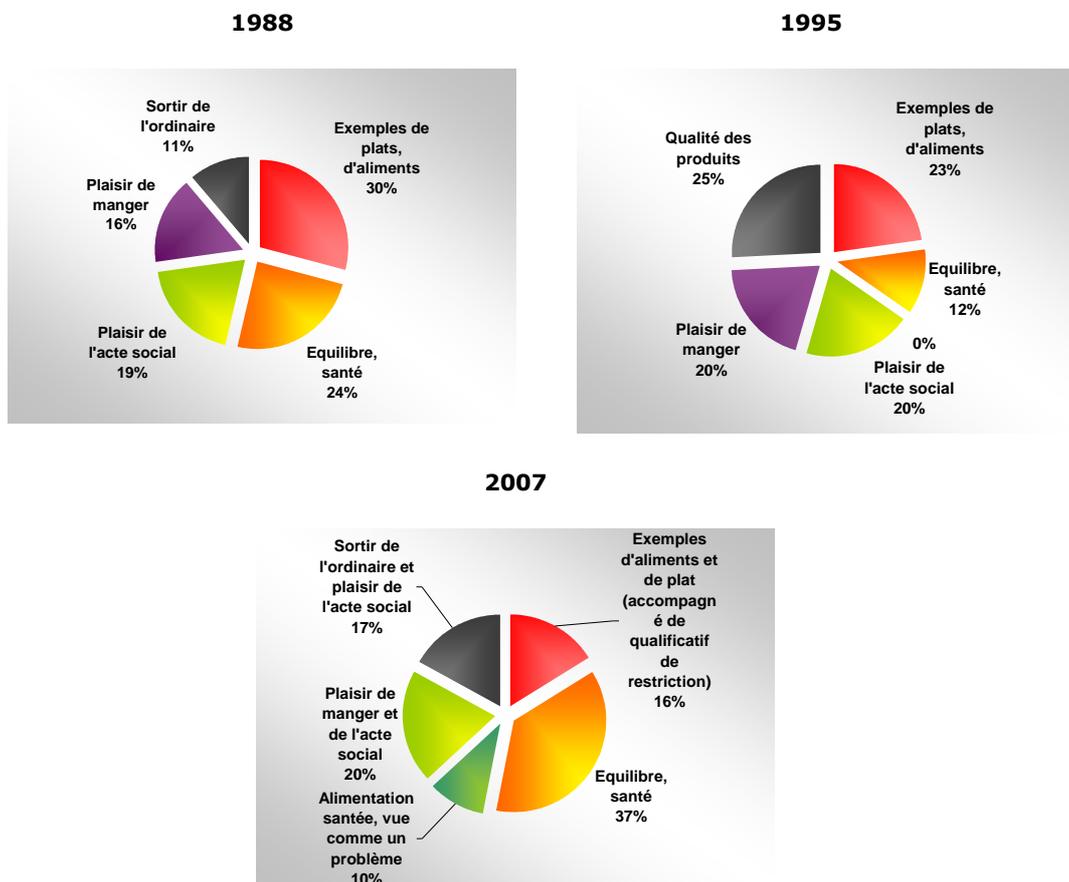
L'impact de la diffusion massive des messages sanitaires émanant des pouvoirs publics mais aussi des industriels qui ont communiqué sur la santé est perceptible dans l'analyse lexicale de la question ouverte « *Si je vous dis bien manger, à quoi pensez-vous ?* » posée depuis 1998 dans le système d'enquêtes « Comportements Alimentaires en France » (CAF) du CRÉDOC. Dans les représentations du bien manger observées dans ces enquêtes, la dimension du plaisir partagé est prédominante en France jusqu'en 2003. En 2007, nous révélons un changement de tendance : le mot le plus cité à la question « *si je vous bien manger, à quoi pensez-vous ?* »,

¹ C'est-à-dire le fait de manger à plusieurs

est le mot « équilibre ». La dimension Santé est nettement plus présente qu'en 1995 et 2000, notamment chez les plus jeunes, ce qui pourrait traduire un renversement générationnel dans les représentations mentales. Les prescriptions diététiques, à destination du grand public, se sont développées depuis les crises sanitaires de la fin des années 90 et la création du Programme National Nutrition Santé (PNNS) en 2001. Elles apparaissent comme palliatif soulageant le manque d'efficacité de la régulation qu'assurait auparavant la religion qui aujourd'hui a moins d'emprise sur la société française.

Entre 1988 et 1995, les représentations qui s'orientaient sur la santé perdaient de l'ampleur, celles-ci prennent de nouveau une place très importante en 2007. 10% des réponses cette année là concernent une alimentation santé et 37% des réponses se classent dans la catégorie équilibre. En 1995, seulement 12% des réponses se situent dans la dimension équilibre.

Graphique 1 : Évolution des différentes représentations du « Bien manger » au cours des vingt dernière années



Source : Enquêtes CAF 1988, 1995 et 2007

Les marchés de l'Alimentation Santé progressent plus vite que l'ensemble de l'alimentation entre 2006 et 2007 où l'offre d'aliments santé se développe dans des secteurs de plus en plus nombreux.

INTRODUCTION

La France, tiraillée entre sa tradition culinaire et l'augmentation des pathologies du comportement alimentaire, se voit contrainte depuis le premier Programme National Nutrition Santé (2001) d'intensifier la diffusion de messages nutritionnels jusqu'alors réservés à des pays d'origine protestante ayant une culture alimentaire très différente de la nôtre. Selon les derniers travaux de Fischler et Masson (2008), les pays anglo-saxons ont un rapport à l'alimentation privée où chacun a la liberté de juger ce qui est bon pour soi alors que le modèle alimentaire français accorde, quant à lui, beaucoup d'importance à la tradition et au plaisir du partage.

Le discours alimentaire se compose à la fois de prescriptions religieuses, qui se réfèrent d'abord à la tradition (passé), de prescriptions sociales qui se réfèrent davantage au plaisir (présent) et de prescriptions médicales qui se réfèrent à la santé (futur). Depuis l'affaire du sang contaminé et les crises sanitaires du début des années 90, de plus en plus d'organismes et d'acteurs prennent la parole sur le domaine des prescriptions médicales. Les résultats de la recherche en nutrition passent de plus en plus rapidement dans le domaine public, en raison d'une plus forte médiatisation de ces découvertes. La nutrition, que l'on réservait au début des années 90 aux magazines santé et féminin, est passée dans la presse grand public. Les prescriptions diététiques contemporaines sont peut-être un moyen de pallier la « *crise d'efficacité de la régulation* » auparavant assurée par le « *péché de gourmandise* » (Ascher, 2005). Les prescriptions et interdits actuels ne sont pas toujours perçus comme tels dès lors qu'on leur attribue un caractère de rationalité et de responsabilité conforme à l'objectif déclaré prioritaire de la bonne santé physique (Ascher, 2005). Leur non-respect tend à être vécu comme une transgression culpabilisante. C'est ce que révèle la dernière enquête du CRÉDOC sur les comportements et consommations alimentaires (CCAF 2007). Une proportion de plus en plus importante de consommateurs déclare penser avoir une mauvaise alimentation. L'accentuation constante des réglementations diététiques s'est paradoxalement faite en même temps que la disparition progressive des prescriptions religieuses alimentaires (jeûne, carême, etc.) en Europe. Elle apparaît comme une « *auto-répression de remplacement* » adaptée à la société de consommation (Baudrillard, 1970). Les prescriptions religieuses n'étaient sans doute pas des prescriptions médicales déguisées : il n'y a aucune raison valable qui puisse justifier un tel procédé, la médecine a toujours pu conseiller ouvertement des régimes, des précautions, etc. Le but des prescriptions religieuses semble plus certainement d'instaurer des rythmes dans le sacré au quotidien, des gestes à accomplir pour se rappeler les temps importants de la vie religieuse. Elle crée une communauté en se distinguant, en ne se mélangeant pas avec les non-croyants. La nourriture est donc le support, le véhicule d'autre chose (Soler *in*. Flandrin, 1996 ; Ascher, 2005). Cependant, l'Église catholique par exemple ne s'interdisait pas de prodiguer quelques conseils diététiques sous couvert de raisons religieuses, comme celui de manger du poisson le vendredi afin de varier une alimentation trop carnée ou de jeûner en guise de diète salubre sur le plan physique.

La nature et les modes de diffusion des prescriptions ont changé. Dans les sociétés occidentales contemporaines, les prescriptions peuvent être explicites ou implicites, publiques ou privées.

- Les prescriptions dans le cadre familial sont privées et le plus souvent implicites (non formulées mais résultant de l'imprégnation de l'enfant observant les parents, les grands-parents ou les aînés, en matière d'hygiène et d'alimentation notamment).
- La prescription médicale héritée d'Hippocrate est à la fois explicite (formulée) et privée (relation entre un médecin et son patient). Dans la pensée grecque ou latine, il faut manger « selon la qualité de la personne », c'est-à-dire selon ses caractéristiques physiologiques et ses habitudes de vie.
- Les prescriptions religieuses sont explicites et publiques (circonscrites aux règles monastiques dans certains cas et destinées à tous les fidèles dans d'autres cas).
- Les prescriptions d'organismes comme l'AFSSA ou le ministère de la santé sont elles aussi explicites et publiques. Avec d'autres organismes, comme les associations de consommateurs, elles trouvent leur légitimité dans leur indépendance vis-à-vis du secteur industriel. Ce dernier utilise aussi de manière explicite et publique des prescriptions susceptibles de servir ses intérêts, principalement à travers la publicité et les étiquettes de produits commercialisés.
- D'autres types de prescriptions sont implicites et publiques, comme celles concernant la mode et la distinction sociale. Ce sont la position sociale de l'individu et sa richesse qui lui confèrent sa « qualité » et l'alimentation qui lui correspond. Bourdieu (1979) montre que la position occupée au sein de la société influence la nature des produits consommés mais aussi les manières de consommer et les représentations du corps. À revenu égal, les industriels et les commerçants consomment beaucoup plus de nourritures « riches » (vins, gibier, etc.) que les professions libérales. Et l'écart est encore plus important vis-à-vis des professeurs, qui, à l'opposé, sont portés vers les « consommations ascétiques ». Ces distinctions sociales se sont nettement atténuées depuis le début des années 1990 (Recours et Hébel, 2006) et sont remplacées par des distinctions générationnelles.

Dans les tous premiers travaux du CRÉDOC sur l'alimentation, Bayol (1989) écrivait : « *la diététique est l'objet de beaucoup d'attention* ». Dès 1994, Fischler, signalait que « *les mangeurs avaient l'impression de vivre dans une cacophonie diététique* ». Poulain, en 2002, attirait l'attention sur le fait qu'une médicalisation de l'alimentation quotidienne exacerbait la dimension santé au détriment des autres dimensions (plaisir, culture, identité) et pourrait mettre à mal le modèle traditionnel français. En 2007, l'IEMAS organisait un colloque sur la cacophonie nutritionnelle. La complexité de la biologie rend les prescriptions médicales contradictoires. Les dissonances entre les différents messages scientifiques en matière de médecine ont toujours existé, mais autrefois elles étaient élitaires, réservées au monde de la médecine, aujourd'hui la cacophonie est entrée dans l'espace du collectif.

Ainsi, depuis 20 ans, la multiplication des messages de type préventif, en faveur de la santé et reposant sur une approche nutritionnelle de la nourriture semble-t-elle menacer des représentations alimentaires tournées jusqu'alors vers une conception plus festive de l'alimentation. Il est certain que l'apposition de messages sanitaires à toutes les publicités sur l'alimentation depuis le mois de février 2007 a modifié considérablement les représentations des consommateurs. Quels impacts ont ces messages sur les représentations et les comportements alimentaires ?

L'objectif de ce Cahier de Recherche est de répondre à la question : Y'a-t-il une pression médiatique plus importante à contenu nutritionnel et cela a-t-il un effet sur les représentations de l'alimentation et la consommation d'aliments santé ? .

Selon Fischler (2002), le mangeur « *arrive déjà programmé, avec des croyances, des savoirs, un arrière-plan religieux, social* ». Dans un premier temps, afin de mieux comprendre ces croyances et savoirs, nous rappelons la spécificité des représentations françaises de l'alimentation et les étapes de la culture alimentaire nationale au cours du temps.

Dans une deuxième partie, nous présenterons les transformations des différentes institutions et pouvoirs publics à la base d'un discours préventif orienté vers une protection de la santé.

Enfin dans une troisième partie, nous décrypterons l'évolution du discours alimentaire populaire depuis la fin du XX^{ème} siècle.

La quatrième partie, répondra à la question de l'existence ou non d'une relation entre le discours nutritionnel et les perceptions de l'alimentation de ces 20 dernières années à partir de l'analyse lexicale, en évolution, de la question : « Si je vous dis bien manger ».

Enfin, la dernière partie analysera l'évolution des représentations de l'alimentation santé et ses conséquences sur la consommation d'aliments santé.

1. DISCOURS ALIMENTAIRE SELON LES ÉPOQUES ET LES CULTURES

Toute culture est multiple, fruit de diverses provenances et ouverte à toutes les évolutions. Cependant, leur combinaison est unique et repose sur certains caractères dominants. Une culture religieuse dominante n'a pu le devenir qu'en adoptant les valeurs dominantes dans la société où elle s'est implantée (acculturation). Par ailleurs, toute société étant issue d'une culture religieuse spécifique, les individus partagent sensiblement les mêmes représentations, c'est-à-dire qu'ils se trouvent au moins dans un même bassin de représentations.

Ce que nous voulons montrer en parcourant les cultures et les époques, en Occident, c'est que l'on retrouve aujourd'hui des représentations en matière alimentaire dont la trace est perceptible jusque dans l'Antiquité et ce, à peu près dans les mêmes régions géographiques qu'alors. Les « styles » religieux qui se sont développés ont eux-mêmes respecté cette disposition initiale.

On peut ainsi observer des constantes socio-historiques à travers le clivage entre un tempérament « germanique », celui des Celtes et des Germains, qui se prolonge dans un monde à dominante religieuse protestante et correspondant à la sphère culturelle anglo-saxonne, et un tempérament méditerranéen, celui des Grecs et des Romains, devenant un monde à dominante catholique, toujours lié à l'ère de civilisation méditerranéenne. Le modèle culturel catholique, par exemple, apparaît donc autant comme un modèle lié à la civilisation méditerranéenne que comme un modèle religieux. La commensalité s'y exprime comme un plaisir partagé qui engendre un certain équilibre alimentaire, c'est-à-dire une discipline collective du « manger ensemble ». À l'inverse, dans le modèle culturel protestant, le plaisir est subordonné à la santé.

L'analyse du rapport à l'alimentation dans la période contemporaine, en France et aux États-Unis notamment, fait apparaître un clivage entre deux approches antagonistes qui recourent des imaginaires religieux spécifiques : l'alimentation comme outil (santé, futur) ou comme substance (convivialité, présent) (Fischler, 2008).

Le temps consacré à l'alimentation est ainsi une limite au temps consacré aux autres activités dans les pays latins tandis qu'il peut devenir un temps à utiliser dans un pays comme les États-Unis (Fischler, 2008). Se nourrir apparaît alors pour une majorité des personnes comme un acte technique, reposant sur une conception fonctionnelle de l'alimentation. L'acte alimentaire n'est donc pas valorisé en tant que tel.

Il n'y a évidemment pas un seul type de prescriptions par époque et/ou par région. Chacune d'entre elles est traversée par plusieurs agents prescripteurs (par exemple à l'église et dans sa famille) et plusieurs messages (par exemple religieux et médical) tantôt complémentaires, tantôt contradictoires. Mais chacune d'entre elles est aussi marquée par des tendances dominantes, à la fois héritées de leur fond culturel propre et définissant une trajectoire culturelle en cours.

1.1 L'Antiquité

La prescription culturelle dominante dit que l'être civilisé doit observer tel régime (et donc que ce régime distingue le « civilisé » du « barbare »).

Les techniques de séchage, de fumage et de salage, de même que la fabrication du pain, du fromage et des boissons fermentées remontent au Néolithique. Le premier livre de cuisine serait d'origine mésopotamienne et daterait du XVIII^{ème} siècle avant J.-C. (Feillet, 2007). Dès l'Antiquité, la vulgate alimentaire a été diffusée par le biais de supports variés, parmi lesquels ouvrages scientifiques ou de vulgarisation, traités médicaux ou culinaires, culture orale et proverbes.

La cuisine antique apparaît « *en symbiose étroite avec la pensée médicale et avec la réflexion diététique* » (Flandrin, 1996). Le modèle hippocratien repose sur la connaissance de soi et de ce qui est bon pour soi. Les prescriptions sont de deux ordres : celles qui sont liées à un contexte (milieu, climat, saisons, etc.) ; celles qui sont liées à la personne et à ses dispositions personnelles (âge, sexe, métier, état de santé, goûts, etc.). Par rapport à ses contraintes propres et aux contraintes extérieures, il s'agit de déterminer ses « humeurs » (le chaud, le froid, le sec, l'humide et leur combinaison) et le régime alimentaire qui favorise ou rétablit leur équilibre.

Les diètes et les exercices physiques sont déjà recommandés par les médecins de l'Antiquité. Suivre une règle (« diète », norme quotidienne) est aussi la marque du « civilisé ». Le Grec Hippocrate et le Romain Galien rédigent des ouvrages de diététique. Ceux-ci conseillent la modération dans son alimentation, afin de préserver l'équilibre des humeurs du corps. À Rome, parallèlement à des banquets somptueux, la frugalité et la mesure sont valorisées (Mazzini, in Flandrin, 1996). Plus tard, la culture catholique condamnera de la même façon les excès comme les privations excessives de nourriture.

Les techniques de cuisson, les assaisonnements, l'art de combiner les aliments, l'ordre de succession des plats constituent des moyens de « correction » de la nature. Plus précisément, la cuisine antique (grecque, romaine) se caractérise par certains types de produits alimentaires et certaines manières de les préparer et de les consommer qui appartiennent au bassin de civilisation méditerranéen, et qui servent à définir qui est « civilisé » et qui ne l'est pas. Le modèle culinaire civilisé (grec/romain) se différencie du non civilisé par au moins trois caractères (Flandrin, 1996) : la convivialité ; la nature des produits consommés (domestication imaginaire) ; la préparation diététique (adapter les produits aux besoins nutritionnels des individus/santé). Variété, préparation et cuisson des aliments définissent donc un modèle alimentaire jugé bon pour la santé.

Ainsi, les peuples du Nord sont jugés par rapport à la qualité de la nourriture consommée : Celtes, Germains et autres « Barbares », amateurs de viande crue, sont perçus par les méditerranéens comme mangeant « de la même manière que les animaux », à l'inverse du « raffinement » d'une intervention active dans la fabrication de la nourriture.

La viande, pour le « civilisé », est d'abord un objet de sacrifice, un moyen d'offrande aux dieux (Grecs), et elle est liée aux repas de fêtes (Romains). Elle ne constitue pas un aliment de base du quotidien. De même, le cru appartient au régime de la sauvagerie (viande, lait) tandis que le cuit est un signe de civilisation (pain).

Cependant, ce qui différencie surtout le « civilisé » du « barbare » n'est pas la consommation de viande, car on en trouve dans les banquets romains, mais le fait que l'alimentation soit variée alors que la viande est l'aliment principal du « barbare » (consommée seule, elle est signe de barbarie - avec le lait, qui est l'aliment principal de l'enfant — donc de l'être encore non civilisé). Ce qui différencie le « civilisé » du « barbare » est aussi que les aliments sont transformés (donc domestiqués, « civilisés » par lui) ou « inventés » par l'Homme (le pain, le vin, l'agriculture) ; et pour certains consommés rituellement lors de cérémonies (convivium et symposium en Grèce). Les viandes, comme le lait, sont des aliments sauvages, car non transformés.

L'ingestion de nourriture n'est pas un geste anodin, fonctionnel, accompli individuellement. En Grèce, il est admis que les hommes, exclus du festin permanent des dieux, maintiennent le lien avec eux lors des banquets auxquels ils les convient et les célèbrent. Aussi, être exclu de la table des convives équivaut à l'exclusion de la cité — et à l'excommunication, on est alors exclu de la table de la communion (Flandrin, 1996). Plus tard, on retrouve dans l'Église catholique le statut « d'excommunié », qui signifie précisément que l'on n'est plus admis à la communion. La consommation de l'hostie est une incorporation du divin (transsubstantiation) en même temps que le partage d'une même substance (communauté incorporée).

1.2 Le haut Moyen-Âge

Celui qui veut être fort et vigoureux doit observer tel régime.

On retrouve au Moyen-Âge certaines caractéristiques de la médecine antique, comme celle de l'équilibre des humeurs (le chaud, le froid, l'humide, le sec). Vigarello (1994) souligne qu'il s'agissait de « *maintenir un équilibre, une répartition équitable entre les humeurs* ». Cependant, le Moyen-âge européen est une époque où, dans un premier temps, la culture d'inspiration germanique s'affirme : la viande devient l'aliment du guerrier, ce qui n'était pas le cas à Rome, avec la figure du soldat-paysan qui retourne à son champ après la bataille. Les Celtes et les Germains valorisent la force, la puissance, le fait de manger beaucoup. Cette tradition culturelle valorise le « grand mangeur » comme un « *personnage positif [exprimant] une supériorité purement animale sur ses semblables* » (Montanari, 1995). La valorisation de la viande consécutive à l'arrivée des Barbares dans les territoires de l'Empire romain, se renverse avec la christianisation de l'Europe, par l'adoption d'un « *credo religieux où le pain, avec le vin et l'huile, [joue] un rôle symbolique absolument central* » (Montanari, 1995) et où le végétarisme est valorisé comme un instrument de purification intérieure dans certaines règles monastiques. Ce qui ne manque pas de créer un conflit avec les classes nobles, amateurs de chasse et de gibier.

Cela peut expliquer qu'à la différence des règles monastiques plus « mesurées » de l'aire méditerranéenne - notamment bénédictines, les règles monastiques du Nord de l'Europe, c'est-à-dire des régions qui adopteront plus tard la Réforme, sont « *les plus dures et les plus rigoureuses dans la fixation des jeûnes, des pénitences et des privations alimentaires : on y voit clairement la réaction polémique et la référence 'négative' au même modèle de comportement alimentaire. Ce que l'on répudie, c'est une société qui assigne à la nourriture la première place parmi les valeurs mondaines : ainsi, à la première place parmi les valeurs spirituelles, figurera le refus de la nourriture* » (Montanari, 1995).

Les règles monastiques (jeûnes, interdits, mesure) circonscrivent la prise de nourriture en des lieux et temps bien délimités. Elles illustrent la « *réprobation dont l'esprit monastique frappe la nourriture, symbole le moins avouable des appétits et des plaisirs du corps* » (Grignon, 1993). En même temps, l'alimentation est utilisée pour « *faire intérioriser, au sens physique du terme, la règle extérieure et abstraite en la transformant en pratique régulière* ». Elle est un moyen de régulation du rythme quotidien, et le moyen de montrer que « *la règle triomphe même sur le terrain le plus exposé à la tentation et au désordre* ». Grignon souligne que « *la modélisation anthropologique du repas s'appuie sur [cette] construction théorique antérieure* » destinée aux couvents, qui a été introduite et s'est peu à peu imposée dans la culture profane à partir des couches sociales supérieures par le biais des internats des collèges religieux.

L'Église imposait 150 à 160 jours par an où l'on devait s'abstenir de consommer de la viande, nourriture du païen, du guerrier, liée à la sexualité, à l'inverse de celle du Chrétien (mais d'abord rattachée à la définition de l'idéal monastique), chaste, pacifiste, et végétarien. Cette imposition souligne l'importance de la viande dans le système alimentaire du Moyen-Age.

Le poisson, comme substitut de la viande, à partir du XII^{ème} siècle, est de fait « mal coté » car il « ne remplit pas », il rappelle le carême. Montanari (1995) souligne l'incidence du calendrier liturgique sur les usages alimentaires, stimulant la variété des produits consommés (poisson, fromage, légumes secs, huile végétale) en même temps que l'homogénéisation des habitudes alimentaires des différentes régions européennes.

Les légumes, auparavant négligés car produits de la terre et des racines, sont plutôt consommés par les paysans, de même que la viande « à 4 pattes ». En raison de leur origine terrienne, ils sont jugés médicalement indigestes, en même temps qu'indignes de l'élite qui leur préfère des aliments plus aériens, plus légers, comme les volailles et les fruits. C'est là un indice de l'incorporation des valeurs attachées à la nourriture.

Cette époque est toutefois caractérisée, pour une majorité de la population, par des périodes de disette ou de famine, qui placent au second plan les préoccupations diététiques, même si jusqu'au XIII^{ème} siècle, le régime alimentaire des paysans n'est pas privé de produits carnés. Le pain reste leur aliment de base (Montanari, 1995).

1.3 Du bas Moyen-Âge au XVII^{ème} siècle

C'est une période de retrait des famines qui autorise l'apparition de préoccupations diététiques dans les classes nobles. Le XIII^{ème} siècle offre les premiers exemples de livres de cuisine en Europe depuis la fin de l'époque romaine (Apicius) (Montanari, 1995). En 1256, Maître Aldebrandin de Sienna rédige « Le régime du corps », premier ouvrage de diététique en langue française (Feillet, 2007).

Au XV^{ème} siècle, on trouve de nombreux livres de recettes et de prescriptions de bonne digestion, comme par exemple l'assaisonnement pour acclimater la viande à son estomac, manifestation d'un intérêt renouvelé pour le plaisir de la nourriture.

Un certain nombre de produits à usage d'origine médicale deviennent peu à peu des denrées prisées pour leurs saveurs : les épices, à usage d'abord médicinal, notamment pour la digestion ; le sucre, alors vendu en pharmacie ; ou le vin vanté, en plus de son caractère festif, pour ses vertus tonifiantes et curatives. Le vin et l'alcool sont d'ailleurs partout consommés car « pour des raisons hygiéniques, l'eau, porteuse de germes et de maladies, n'inspire guère confiance ». De même, servir des fruits juteux en entrée provient de prescriptions des médecins (XIV^{ème} - XVI^{ème} siècles).

Ces « inventions gastronomiques », nées de la pratique pharmaceutique, montrent que les préoccupations liées à la santé ont toujours tenu une place importante dans l'orientation des choix alimentaires des Hommes (Montanari, 1995).

À la différenciation culturelle du régime alimentaire entre nord celto-germain (origine animale : gibier, viandes) et sud gréco-romain et tradition monastique (origine végétale : céréales, légumes) se superpose peu à peu, à partir du XI^{ème} siècle, une différenciation sociale entre couches nobiliaires et couches humbles, puis entre villes et campagnes. La culture alimentaire des « barbares », nobles et bourgeois des villes se distingue de celle des latins paysans et moines.

L'économie rurale tombe peu à peu sous la tutelle des villes, notamment en Italie et en Flandres à partir des XI^{ème} - XII^{ème} siècles. Les ressources sont « valorisées en fonction du marché et des consommations urbaines » (Montanari, 1995). Il s'agit d'assurer l'approvisionnement des villes en agissant pour la productivité des terres, en contrôlant le travail paysan, par des taxes plus ou moins élevées. À la société de subsistance reposant sur les trois états (« défendre, prier, nourrir ») tend à se substituer entre le XIII^{ème} et le XV^{ème} siècle l'ancêtre de ce que sera une société de marché, avec un quatrième état, celui des bourgeois des villes, consommateurs imposant leur diététique de classe aux producteurs.

Parallèlement, une distanciation va peu à peu apparaître entre les substances incorporées à la messe et les aliments profanes. Le vin rouge est remplacé par du vin blanc, le pain par de l'hostie (qui fond dans la bouche au lieu d'être croquée comme un vulgaire morceau de pain). C'est en quelque sorte un processus de démagification, effet de la Réforme Protestante, qui va paradoxalement permettre à l'alimentation quotidienne de s'émanciper du sacré : « la rupture entre incorporation sacrée et incorporation profane installe l'alimentation quotidienne dans un espace qui échappe à la tutelle du sacré, un espace de faible contrôle » (Poulain, 1987).

L'Église distingue le gourmand gouverné par les sens et le gourmet instruit des choses du plaisir et apte à célébrer le monde présent. Il faut bien souligner que cette approche a été celle choisie par l'Église catholique, en échange de quoi les fidèles étaient invités à consacrer un certain nombre de jours à Dieu, notamment à travers la privation de certains aliments. Ces jours de jeûnes ont contribué aussi à renforcer le caractère collectif du rapport à l'alimentation. À l'inverse, le rejet par Luther des normes diététiques de l'Église catholique pour « *nier toute légitimité aux dispositions ecclésiastiques en matière alimentaire, et les transférer dans leur totalité au choix et à la conscience de l'individu* » (Montanari, 1995), a favorisé une approche moins festive et plus solitaire de l'acte alimentaire. En même temps, l'éthique puritaine réclame la virtuosité spirituelle de tous et dans tous les actes de la vie quotidienne (Weber, 1960).

C'est aussi l'idée du collectif et des valeurs transindividuelles, qui fonde la différence entre les cultures catholique et protestante, qui va s'affirmer à partir du XVII^{ème} siècle. On doit souligner que le modèle de sainteté dans le catholicisme est un modèle collectif : des vies exemplaires pour certains, et à admirer - pour s'en inspirer - pour le plus grand nombre, dans un monde enchanté (rituels, miracles), incarné par les saints intercesseurs. Avec le protestantisme, il n'y a plus de saints parce qu'il n'y a plus de modèles : chacun doit individuellement viser la perfection, avec tous les risques de « dissonance cognitive » que cela comporte. Dans un monde démagifié, désenchanté (sans intercesseurs), le libre-arbitre prime sur la communauté.

L'approche anglo-saxonne ne trouve pas dans la nourriture un moyen de jouir d'un monde présent qu'elle n'aime pas, et où c'est à chaque individu de déterminer son rapport à la nourriture.

L'amour du monde, voilà ce qui, peut-être, caractérise le tempérament catholique. Il y a une « *esthétisation de la présence au monde et aux autres* », clairement exprimée dans la dimension collective du repas qui célèbre l'identité commune et nourrit l'échange social. Ainsi peut être envisagée la gastronomie comme « *figure de l'homme présent au monde* » (Durand, 1969).

Du XIV^{ème} au XVI^{ème} siècle, on distinguait les saveurs selon leur degré de chaleur : trois saveurs « chaudes » (l'âcre, l'amer, le salé), trois saveurs « tempérées » (le gras, le doux, l'insipide) et trois saveurs froides (l'aigre, l'austère et l'acide). Selon Flandrin (1996), « *le corset des prescriptions diététiques se serait relâché au XVII^{ème} siècle avec le développement de la chimie. Les chimistes substituèrent l'image d'une dissolution des aliments par les acides à celle de la cuisson dans l'estomac. La première conséquence fut l'inversion radicale des prescriptions médicales, les épices auxquelles on prêtait la vertu d'aider à 'cuire' les aliments dans l'estomac furent soudain suspectées d'irriter cet organe* ».

1.4 XVII^{ème} et XVIII^{ème} siècles

Celui qui veut être distingué doit observer tel régime.

Au Moyen-Âge et jusqu'au début du XVII^{ème} siècle, « *l'alimentation des élites suivait d'assez près les prescriptions des médecins* » en matière de diététique : dans le choix des aliments, dans les manières de les cuire, dans l'assaisonnement, et dans l'ordre des plats. À partir de là, le souci du goût prime sur celui de la diététique, jugée dépassée. La gastronomie, science du bien manger, prend la place de l'ancienne diététique dans la capacité d'influence des pratiques alimentaires (Flandrin, Montanari, 1996).

Au « manger beaucoup » (recherche de force, d'opulence) succède le « bien manger » (recherche d'élégance, de distinction), « *ritualité conviviale fondée sur l'élégance* » (Montanari, 1995). La viande, par exemple, n'est plus découpée sur la table mais dans les cuisines (Elias, 1975). Si « *la qualité, c'est le pouvoir* », il s'agit de manifester son statut social. On voit ici affirmée une correspondance entre la qualité de la nourriture et la qualité de la personne (être alimenté selon sa naissance). Les banquets se caractérisent par « *la beauté de la table, des nappes et de la vaisselle ; la bonne compagnie et les conversations plaisantes ; la musique, les spectacles et le raffinement des manières* » (Montanari, 1995).

Le « bien manger » se confond plus souvent aussi avec la modération. Au fur et à mesure que la viande devient accessible au grand nombre, de même que les épices, les classes « distinguées » les délaissent pour le « manger peu », les végétaux, le primat du goût. La différenciation sociale qui reposait d'abord sur une différence de quantité évolue vers une différence concernant les produits eux-mêmes.

On observe donc que les prescriptions de l'ancienne diététique sont de moins en moins respectées. Les prescriptions des médecins et diététiciens cherchent parfois même à légitimer des pratiques déjà observées et qui n'ont rien de scientifiquement fondées.

Les régimes tiennent davantage compte du plaisir, de la gourmandise, de la variété, mais aussi de l'aspect esthétique (élégance, raffinement, vaisselle, plats, se distinguer de ses « semblables » à l'aube de la fin des privilèges).

Avec la Révolution de 1789, le repas, symbole de « *l'idéal aristocratique du loisir* », devient signe de l'excellence bourgeoise et accessible à tous (Grignon, 1993). On assiste à une « cannibalisation » métaphorique de la noblesse par les bourgeois (Poulain, 2002). La sociabilité nobiliaire, loin d'être rejetée, est adoptée par la bourgeoisie et, en se démocratisant, se fait plus voyante. Là où l'on recevait au « château », on fréquente les auberges devenues « restaurants » en montant en gamme.

Ce qu'il faut souligner, c'est l'impératif de la distinction sociale à l'heure de l'abolition des privilèges et de l'égalité en droits des citoyens. Plus qu'auparavant, la personne doit affirmer sa qualité par son mode d'alimentation, par l'importance qu'elle lui accorde, par le temps qu'elle lui consacre.

C'est aussi l'émergence d'une conscience gastronomique propre à alimenter le mythe national (Ory, 1992). La rencontre de la culture catholique (commensalité), de l'État centralisé dès l'Ancien Régime (qui favorise l'émergence de la société de cour et le raffinement gastronomique) et des effets de la Révolution de 1789 (démocratisation du goût et distinction sociale de la bourgeoisie ; Bourdieu, 1979), va transformer l'acte alimentaire en tradition culinaire partagée par le plus grand nombre. Ainsi, « *traversant la société dans un mouvement descendant, le modèle gastronomique participe, au-delà des jeux de différenciation sociale, à la construction de l'identité française* » (Poulain, 2002). Cette démocratisation du goût réaffirme le repas quotidien comme une fête sur le mode mineur, moment improductif qui participe au renouvellement de la société (Maffesoli, 1985 ; Caillois, 1950). Elle renforce aussi la notion de plaisir de la table au quotidien, chez les gens « ordinaires » (Certeau et Giard, 1994).

1.5 Le XIX^{ème} siècle

La double révolution, agricole et industrielle, qui s'est produite en Angleterre au XVIII^{ème} siècle a jeté les bases de l'agro-industrie, et modifié radicalement les conditions de l'agriculture et de l'alimentation. Les industries alimentaires vont d'abord se substituer à l'agriculture dans la transformation des produits agricoles (par exemple : substitution du beurre industriel au beurre fermier) puis remplacer le travail domestique alimentaire. Le progrès technique et le développement des industries alimentaires vont accompagner la décroissance du personnel de maison en même temps que la moindre fréquence de la confection domestique. Parallèlement, alors que se développent les établissements de restauration fréquentés par les bourgeois, encouragés par l'ouvrage de Brillat - Savarin : « *Physiologie du goût* », publié en 1825, l'écart se poursuit entre diététique et gastronomie.

Les préoccupations hygiénistes puis nutritionnistes se développent. En effet, la diététique s'oriente vers les préoccupations hygiénistes et la médecine et la science commencent à produire des connaissances puis des prescriptions de santé par une bonne hygiène et une saine alimentation. Elles mettent en évidence les intoxications dues aux microbes véhiculés par les nourritures malsaines. En découvrant, par observation, la notion de contamination, le Docteur Semmelweiss inaugure la santé publique. Par la suite, c'est sous l'impulsion de Louis Pasteur et de l'ensemble de ses découvertes, dont l'objectivation microbienne, que l'on voit apparaître la notion de santé publique au sens du dépistage, de la vaccination et de l'organisation sanitaire des eaux usées dans les grandes villes (Feillet, 2007). La connaissance de la qualité sanitaire de l'alimentation est marquée à cette époque par une série de découvertes. Celle des vitamines : d'abord la vitamine C par le scorbut (maladie des marins), celle des enzymes en 1833 (Payen) et des protéines en 1835 (Mulder). Vers 1850 les chimistes savent qu'il existe trois grandes familles de nutriments dans les aliments : protéines, glucides, lipides. En 1856, Bernard publie son « *Introduction à la médecine expérimentale* ». Ses travaux sur la digestion et, notamment, les fonctions du foie vont contribuer au développement de la médecine nutritionnelle.

C'est à cette époque que se mettent en place des politiques de prévention et l'organisation moderne des systèmes de soins (l'Assistance Publique est créée en 1850). En France, l'idéal républicain, inspiré par les philanthropes et les Saints-Simoniens, se manifeste à partir des

années 1880 dans la transmission des règles d'hygiène et de régularité des repas, à travers l'Instruction Publique, les écoles, les hôpitaux, les casernes, les prisons.

Cependant, la France sera nettement moins concernée par « l'obsession sanitaire » apparue aux États-Unis, en Grande-Bretagne et dans les pays scandinaves, et par l'imbrication de la diététique et du religieux plus familière dans les sociétés protestantes (Flandrin et Montanari, 1996). Ceci peut expliquer le succès relatif des théories eugénistes dans ces pays à partir de la fin du XIX^{ème} siècle. La prévention des maladies (tuberculose, syphilis) et la lutte contre l'alcoolisme sur lesquelles reposait l'hygiénisme, se sont transformées en contrôle social avec l'idéologie eugéniste (stérilisation des populations déviantes - criminels, alcooliques) qui repose sur le déterminisme absolu de l'hérédité et la valeur suprême de la science. Il s'agit alors, en voulant contrôler l'avenir, de mettre les individus sous surveillance afin d'anticiper un risque potentiel. Le contrôle social entend rendre la délinquance (y compris sanitaire ou alimentaire) impossible quand la discipline entend la dépasser dans la concorde sociale, par la capacité du corps social à évacuer les humeurs mauvaises. Aux États-Unis, dans les années 1830 - 1840, le prédicateur Graham prêche la « réforme alimentaire » : interdiction de l'alcool, de la viande, des épices responsables, selon lui, de stimuler l'organisme et de provoquer des troubles divers, notamment une activité sexuelle débridée. Issues de la religion, les théories nutritionnistes se développent en intégrant les découvertes scientifiques au fur et à mesure de leur apparition. À la fin du XIX^{ème} siècle apparaît la « New Nutrition » fondée sur l'influence des calories et de la composition des aliments. Ce mouvement diététique exerça aux États-Unis une influence réelle sur les classes moyennes sous l'effet du prosélytisme du Docteur KELLOG, inventeur des corn flakes. Ce curieux mélange de santé et de moralité resurgit régulièrement : pendant la guerre du Vietnam, les industries agro-alimentaires, associées au complexe militaro-industriel jugé responsable de tous les maux, furent la cible des mouvements contestataires qui lancèrent en réaction la vague des aliments biologiques et naturels. La diététique, la religion, les découvertes scientifiques sont liées de manière inextricable en dehors de toute rationalité.

En Europe, les discours restent positifs, axés sur le plaisir. Chaque mode de vie a ses risques, rappelle M. Douglas (2002). Partager certaines peurs, certains risques, c'est aussi partager certaines valeurs que ce soit dans le domaine médical ou dans le domaine alimentaire. Ce partage de valeurs a pu s'exprimer notamment dans les banquets républicains de la III^{ème} République, qui participent à la construction d'une mémoire nationale passant par la valorisation du patrimoine culinaire des régions. Même si, déjà, la référence à la cuisine régionale est le plus souvent la reconstruction d'un passé mythifié et la défense d'une identité qui est déjà une réinterprétation à partir des données du présent vécu. Elle apparaît de plus en plus aujourd'hui comme un recours face à une uniformisation et une globalisation des produits, des goûts et des manières de manger (Warnier, 1994).

Au XIX^{ème} siècle s'affirme l'idée que la cuisine est l'une des manières d'incarner l'identité de la France comme combinaison d'influences diverses, notamment par l'assimilation universaliste de produits étrangers en même temps que par la « nationalisation » des cuisines régionales (Hache-Bissette et Saillard, 2007).

2. ÉVOLUTIONS DES RELATIONS ENTRE L'ALIMENTATION ET LA SANTÉ AU XX^{ÈME} ET XXI^{ÈME} SIÈCLE

Au sortir de la première guerre mondiale, les maladies infectieuses et l'alcoolisme provoquent beaucoup d'absentéisme au travail et représentent, pour un pays en plein essor industriel, un problème économique majeur. C'est donc pour « *assurer les conditions de travail optimales en termes de rendement que l'on s'est intéressé à la santé des classes laborieuses* » (Sandrin-Berthon, 1998). C'est à cette période que les sciences de l'alimentation et de la nutrition sont apparues et avec elles, l'évolution de la pensée quant au rôle de l'état dans ce domaine. En effet, en 1937, le Comité International de Nutrition de la Ligue des Nations exprime clairement la nécessité de concevoir des politiques alimentaires nationales et internationales : « *N'est-il pas du domaine des autorités publiques d'assumer la responsabilité inhérente à une politique alimentaire et nutritionnelle ?* » (Padilla, 1997). Cette idée clairvoyante n'a cependant été mise en application que bien plus tard. La profession de diététicien, déjà développée au Canada depuis le début du XX^{ème} siècle, et depuis les années 1920 aux États-Unis est apparue plus tôt dans les pays anglo-saxons que dans les pays latins. En France, c'est Lucie Randoïn, chercheur biologiste, surnommée la « muse des vitamines » dans les milieux intéressés, pour avoir joué un rôle considérable dans leur découverte et leur étude, qui élabore les premières lois de la diététique en 1935 et qui, dix ans plus tard, crée des « spécialistes en alimentation rationnelle ».

Avec l'arrivée de la 2^{nde} guerre mondiale, des problèmes d'alimentation et de ravitaillement se posent. Une section du C.N.R.S. (Centre National de la Recherche Scientifique créé en 1939 à Marseille), dont l'équipe « Nutrition » est dirigée par André Mayer (avec André Chevallier), s'y intéresse et accueille en 1940, l'équipe d'experts en nutrition de la fondation américaine Rockefeller jusque là installée à Paris. C'est ainsi que se crée en zone libre un nouvel institut : l'Institut de recherches d'hygiène, qui lancera notamment les premières enquêtes de nutrition et santé publique à Marseille, en milieu rural, urbain, en hôpitaux psychiatriques et dans les prisons. Pendant la guerre, des avis d'experts en nutrition comme André Chevallier sont sollicités et, en particulier, sur les besoins nutritionnels des jeunes, des femmes enceintes, pour la distribution alimentaire. Ses études sur les vitamines et, notamment, sur la vitamine A (rétinol et carotènes) le poussent à négocier la récupération des foies de poissons en France et, plus généralement, à s'intéresser à la question de l'organisation industrielle pour la production de vitamines. En matière de production pharmaceutique, il instaure une collaboration avec les industriels de l'époque (Byla, Nestlé, Spécia/Rhone Poulenc, Glaxo, les brasseries de la Meuse, etc.). Des biscuits vitaminés chocolatés et des rations alimentaires adaptés aux nourrissons et jeunes sont mis au point et distribués dans toute la France. Ce sont les premiers produits « diététiques ». Après-guerre, André Chevallier est sollicité pour des expertises sur l'état nutritionnel des prisonniers, il représente la France à la Commission de nutrition de Berlin chargée d'inspecter l'état nutritionnel des zones occupées.

2.1 Grandes orientations au niveau international

La FAO est la première institution spécialisée de l'ONU qui fut créée, le 16 octobre 1945, soit cinq jours avant l'entrée en vigueur de l'ONU afin de réorganiser de toute urgence une production alimentaire suffisante pour répondre aux besoins de la population mondiale affamée par les années de guerre et d'occupation armée. La Constitution de l'OMS fut adoptée en juillet 1946, par 61 États (la quasi totalité des États existant alors dans le monde) à l'issue de la Conférence internationale sur la santé tenue à New York où se trouve le siège de l'ONU.

Le Préambule de la Constitution de l'OMS contient la première définition universelle de la santé : « *La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas en une absence de maladie ou d'infirmité* ». Cette définition, bien que jugée trop utopique, a l'immense avantage de situer la santé dans un processus dynamique. Pour la communauté internationale, et en particulier pour la culture occidentale, cette nouvelle approche de la santé a marqué l'abandon de l'idée d'un « homme-machine » dont la médecine académique, depuis la Renaissance, ne reconnaissait que les symptômes, les souffrances et la mort pour l'adoption du concept de l'Homme Total, multidimensionnel, dont la santé dépend de variables qualitatives, sociales et donc culturelles (Brelet, 2005).

En 1951, un comité d'expert de la FAO et de l'OMS fait part des premières révélations de la communauté scientifique internationale quant au lien entre surconsommation alimentaire et malnutrition : « *il y a des raisons de supposer que la consommation excessive de sucres et de matières grasses, en dehors des calories, pouvaient conduire à des formes de malnutrition* ». En 1962, la communauté internationale rappelle que « *les maladies par carences sont les préoccupations majeures* » et elle reste principalement focalisée sur cette forme de malnutrition jusqu'à la fin du XX^{ème} siècle.

La première conférence internationale sur la nutrition (CIN) est organisée par la FAO et l'OMS en 1992. Dans la déclaration mondiale de la CIN, neuf stratégies orientées vers l'action sont définies dont la « promotion de régimes alimentaires et de mode de vie sain ».

Ce n'est qu'en 2003 que la FAO et l'OMS publient un rapport d'experts : « Régimes alimentaires, nutrition et prévention des maladies chroniques ». Les organismes internationaux font face aux pressions très fortes des industriels. Les États-Unis menacent l'OMS de réduire les subventions si la stratégie concernant la réduction de la consommation de sucre de 10% initialement prévue restait dans le texte.

Aujourd'hui, il est admis qu'une multitude de facteurs contribuent à une meilleure santé. Les organisations internationales recommandent d'adopter une politique nutritionnelle intégrée, globale et non plus sectorielle. Au niveau mondial, les efforts s'orientent encore essentiellement vers la lutte contre la sous-nutrition mais la stratégie tend à s'adapter à l'apparition, dans les pays en développement, même à faibles revenus, d'un double fardeau nutritionnel, c'est-à-dire la persistance des malnutritions par carence combinée à l'émergence des maladies chroniques liées à la nutrition (obésité, diabète de type 2, etc.).

2.2 Au niveau communautaire

La Norvège a été l'un des premiers pays à mettre en place une politique nutritionnelle en 1970 pour tenter d'enrayer l'augmentation des maladies cardio-vasculaires. En favorisant une production animale moins grasse, en diversifiant la production de légumes et en modifiant l'offre alimentaire (suppression des produits laitiers entiers), de bons résultats ont été obtenus.

Lancée le 15 mars 2005, la plateforme européenne d'action pour la nutrition, l'activité physique et la santé rassemble des acteurs importants — industriels, ONG, associations de médecins et groupes de défense des consommateurs — amenés à contracter des engagements contraignants mais volontaires qui participent d'un effort visant à enrayer et à inverser les tendances observées en matière d'obésité. Depuis son lancement, la plateforme dénombre un total de 146 engagements à de nouvelles actions de lutte contre l'obésité, qui vont de la promotion de styles de vie sains à la diffusion plus large d'informations nutritionnelles, en passant par la limitation de la publicité aux jeunes enfants. Suite à ces recommandations, onze grandes entreprises de l'alimentaire (nommées sur le site <http://eu-pledge.eu>), qui représentent deux tiers des publicités diffusées dans l'Union Européenne, se sont engagées d'ici décembre 2008 à ne plus diffuser de publicité sur leurs produits auprès des moins de 12 ans (télévision, papier, Internet) et à ne plus faire de communication commerciale dans les écoles, à l'exception de produits diététiquement corrects ou de demandes spéciales de l'administration scolaire dans un but pédagogique.

Plusieurs textes encadrent l'étiquetage nutritionnel. La directive 90/496/CEE du 24 septembre 1990 relative à l'étiquetage nutritionnel des denrées alimentaires définit cet étiquetage comme « *toute information apparaissant sur l'étiquette relative à la valeur énergétique et aux nutriments suivants : protéines, glucides, lipides, fibres alimentaires, sodium, vitamines et sels minéraux* ». Il est facultatif, mais devient obligatoire lorsqu'une allégation nutritionnelle figure sur l'étiquetage ou dans une publicité. Selon le type d'allégation, l'étiquetage est plus ou moins détaillé (au minimum : énergie, lipides, glucides et protéines).

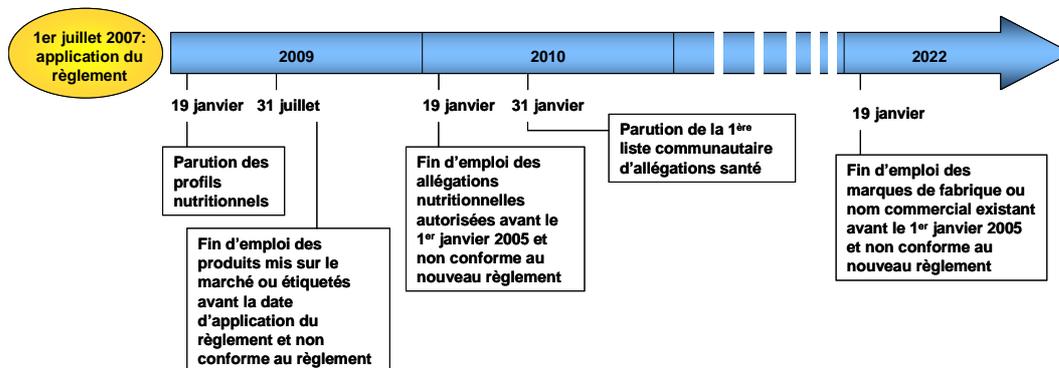
La Directive 2000/13/CE du Parlement Européen et du Conseil du 20 mars 2000 relative au rapprochement des législations des États membres concernant l'étiquetage et la présentation des denrées alimentaires ainsi que la publicité faite à leur égard [voir actes modificatifs] harmonise les réglementations entre pays de l'Union Européenne et liste notamment les mentions obligatoires de l'étiquetage (dénomination de vente, liste des ingrédients, quantité, etc.). Elle interdit l'étiquetage, la présentation et la publicité pouvant induire l'acheteur en erreur sur les caractéristiques ou les effets de l'aliment (publicité comparative) ou attribuer à une denrée alimentaire des propriétés de prévention, de traitement et de guérison d'une maladie humaine.

Une nouvelle réglementation communautaire relative à l'enrichissement des denrées alimentaires et aux allégations nutritionnelles (auparavant encadrés réglementairement par le droit français), le Règlement (CE) n°1924/2006 du Parlement Européen et du Conseil du 20 décembre 2006 concernant les allégations nutritionnelles et de santé portant sur les denrées alimentaires propose une harmonisation européenne des allégations nutritionnelles et de santé. L'objectif étant de protéger la santé et les droits des consommateurs en évitant les informations

fausses, trompeuses ou non avérées scientifiquement. Il définit une allégation nutritionnelle comme « *tout message ou toute représentation, non obligatoire en vertu de la législation communautaire ou nationale, qui affirme, suggère ou implique qu'une denrée alimentaire possède des propriétés nutritionnelles bénéfiques particulières de par l'énergie (valeur calorique) qu'elle fournit, fournit à un degré moindre ou plus élevé, ou ne fournit pas, et/ou de par les nutriments ou autres substances qu'elle contient, contient en proportion moindre ou plus élevée, ou ne contient pas* ». Une allégation de santé « *affirme, suggère ou implique que la consommation réduit sensiblement un facteur de risque de développement d'une maladie humaine* ».

L'innovation majeure de ce texte concerne la mise en place de profils nutritionnels spécifiques. Ils seront définis par l'Union Européenne au plus tard le 19 janvier 2009 et seront fondés sur des connaissances scientifiques concernant le régime alimentaire, l'alimentation et leur lien avec la santé (notamment présence de sel, sucres et matières grasses, etc.) et seront établis sous consultation de l'EFSA (Autorité européenne de sécurité des aliments). Seules les denrées alimentaires respectant les « bons profils » pourront donner lieu à des allégations nutritionnelles ou de santé.

Graphique 2 : Chronologie des étapes suivant l'application du règlement n°1924/2006 concernant les allégations nutritionnelles et de santé portant des denrées alimentaires



Source : Commission européenne

Selon l'avis n°63 du CNA, « *le concept de profil nutritionnel, c'est-à-dire l'idée qu'il est possible de juger de la capacité d'un aliment à favoriser ou non l'équilibre alimentaire global à partir des caractéristiques propres de cet aliment s'oppose au principe selon lequel l'équilibre alimentaire global s'obtient par des comportements alimentaires associant des aliments de toutes catégories et de toute composition nutritionnelle* ». Plusieurs divergences apparaissent quant au choix du système de profilage qui se fonde sur deux raisons principales : la prise en compte de la spécificité de certaines filières (le cas des aliments peu transformés ou vendus à l'état brut) et l'appréciation des avantages et des inconvénients liés au choix du système de profilage. La limitation des aliments ayant la possibilité de porter une allégation devrait limiter le nombre de produits avec allégations.

2.3 Évolutions au niveau national

2.3.1 Les bases de la nutrition et de la diététique moderne

Au sortir de la seconde guerre mondiale, face aux problèmes de santé publique que pose le retour à une alimentation normale des prisonniers d'origines culturelles très différentes et de certaines populations européennes touchées par l'effondrement de la production agricole, une série d'études de grande envergure sur l'alimentation est menée dans toute l'Europe sous l'autorité de l'aide américaine afin de tenter de comprendre, entre autres, les déterminants culturels des pratiques alimentaires. En France, à cette époque, l'Institut National d'Hygiène (INH), l'Institut Pasteur et le C.N.R.S. sont les principaux organismes de recherche en alimentation et nutrition. Le CNERNA (Centre national de coordination des études et recherches sur la nutrition et l'alimentation) est un laboratoire créé en 1946 au sein du C.N.R.S. Jean Trémolières, alors jeune médecin biologiste, participe à des études dans plusieurs pays d'Europe et en France, c'est lui qui jette les bases de la nutrition et de la diététique moderne et qui deviendra un véritable pionnier de ces disciplines. En 1948, il fonde à l'hôpital Bichat (Paris), dans le cadre de l'INH une cuisine diététique expérimentale. Sous son influence, la diététique s'implante peu à peu dans les structures hospitalières. En 1952, le premier service de diététique se crée à l'Hôtel Dieu (Marseille) et, parallèlement, alors qu'il est directeur de la section nutrition de l'INH, Jean Trémolière crée la première structure de recherche pluridisciplinaire en nutrition à l'Hôpital Bichat dont l'équipe deviendra très vite l'équipe de référence.

2.3.2 Divulgateion des travaux et des premiers messages de prévention

À partir de la seconde guerre mondiale, les progrès sont très importants dans le domaine de la prévention, du diagnostic et du traitement des maladies. Les chercheurs en nutrition s'intéressent à la physiologie et à la physiopathologie, qui ouvrent la voie de la diététique thérapeutique. À chaque pathologie son régime : les insuffisances cardiaques ou rénales sont traitées par des régimes désodés, l'excès d'acide urique par des régimes pauvres en purines, etc.

Le Centre National d'Éducation Sanitaire, Démographique et Sociale, créé en 1945 se charge des premières campagnes de prévention. Les premières campagnes sont consacrées à l'alcool. Puis viennent des campagnes d'information pour vanter les mérites du lait dans l'alimentation des enfants (il en sera distribué dans les écoles en raison de la Politique Agricole Commune).

À partir de la fin des années 1970, de nouvelles priorités se dessinent pour les chercheurs qui accordent une place plus importante aux effets de différents modes d'alimentation sur la santé. Le message est venu des États-Unis et, notamment, de la médiatisation internationale du rapport du sénateur McGovern publié en 1977, « Dietary Goals for the United States » qui alerte avec son constat préliminaire : « *Notre alimentation [celle des Américains] a radicalement changé en une cinquantaine d'années, avec des conséquences importantes et souvent très*

graves sur la santé [...] Trop de matières grasses, trop de sucres et de sel ont un lien direct avec les maladies du cœur, le cancer, l'obésité et les attaques entre autres mortelles. En tout, six des dix causes majeures de décès aux États-Unis sont liées à notre alimentation ».

Rapidement, de nombreuses études et travaux scientifiques menés à la fin du XX^{ème} siècle permettront de mettre en évidence, avec des degrés de certitudes différents, le rôle des facteurs nutritionnels dans le déterminisme de ces maladies liées à l'alimentation.

En 1981, le CNERNA (Centre national de coordination des études et recherches sur la nutrition et l'alimentation créé en 1946) regroupe, au sein d'une cinquantaine de commissions spécialisées, des experts qui étudient des thèmes précis dans les différents domaines de la nutrition et de l'alimentation : nutrition fondamentale, nutrition humaine, toxicologie alimentaire, qualité et hygiène des produits, microbiologie alimentaire, etc. Sous l'influence du Professeur Jean Trémolières et de la Fondation française pour la nutrition, le professeur Henri Dupin publie au sein du CNERNA l'ouvrage : « *Les apports nutritionnels conseillés* ».

L'une des études la plus médiatisée sur le lien entre l'alimentation et la santé est l'enquête SU.VI.MAX (SUPplémentation en VITamines et Minéraux Anti-oXYdants), menée sur 13 017 adultes sur 8 années (1994 - 2002) et dirigée par le Professeur Serge Heberg. Elle a permis de valider un certain nombre d'hypothèses de relations entre le niveau d'apports en vitamines et oligo-éléments anti-oxydants et le risque ou la protection dans les pathologies cancéreuses et cardiovasculaires. Elle aura un impact non négligeable dans l'évolution du discours alimentaire.

À la suite du message américain de 1970, de nombreux organismes d'information et de mise en relation des différents acteurs du domaine se mettent en place en France :

- En 1972, le Centre National d'Éducation Sanitaire, Démographique et Sociale, qui avait lancé les premières campagnes d'éducation sur la santé après guerre, devient le CFES ou Comité Français d'Éducation pour la Santé (et deviendra, en 2002, l'INPES). Cette association française est mandatée par le ministère de la Santé pour concevoir et mettre en œuvre les grandes actions de promotion de la santé.
- En 1974, les professeurs Bours et Trémolières fondent l'Institut Français pour la Nutrition (IFN, association loi 1901) dont l'objectif est de « *favoriser la concertation entre les milieux scientifiques et les professionnels de la chaîne agro-alimentaire à l'occasion des questions intéressant la Nutrition et l'Alimentation dans leurs différentes dimensions, et leur promotion...* ».
- L'UFNA (Union Française pour la Nutrition et l'Alimentation) est une Fédération, créée le 26 février 1986 et régie par la loi 1901 dont les membres sont des associations et/ou des organismes français s'intéressant à la Nutrition. Elle a pour objet « *d'assurer la circulation des informations entre ses membres et d'accroître leurs échanges* ». En outre, elle a pour mission de faciliter les relations de ses membres avec les pouvoirs publics et les organismes étrangers ou internationaux.
- En 1992, le Centre National de Coordination des Études et Recherches sur la Nutrition et l'Alimentation (CNERNA), laboratoire du C.N.R.S., devient un Groupement Scientifique réunissant la DGCCRF (ministère de l'économie et des finances), la DGAL (ministère de

l'agriculture), la DGS (ministère de la santé), le C.N.R.S., l'INRA, l'INSERM, le CNEVA et l'Actia. Il contribuera à la réflexion sur les problèmes d'intérêt collectif liés à l'alimentation, en fournissant des repères utiles à l'élaboration de toute politique alimentaire. Il créera l'Observatoire de la Consommation Alimentaire animé par le CRÉDOC jusqu'en 2000 avant d'être transféré à l'AFSSA.

- En 1993, la Direction générale de la santé crée la BDSP, réseau français de coopération pour la mise en ligne de sources d'information en santé publique. Une très large palette d'information destinée aux professionnels des secteurs sanitaires et sociaux est ainsi fournie en ligne.

2.3.3 Crises sanitaires et entrée du discours de santé publique

Au vu de l'ampleur prise par l'affaire du sang contaminé en 1991 puis celle de la crise de la vache folle entre 1996 et 2000, il est apparu nécessaire de séparer l'évaluation scientifique des prises de décisions politiques. Ces dernières sont parfois délicates à appréhender, notamment lorsqu'elles impliquent des pays tiers, par exemple quand la France interdit l'importation de viande bovine en provenance des États-Unis, ou de Grande Bretagne pour cause d'ESB. La loi du 1^{er} juillet 1998 relative au renforcement de la veille sanitaire et au contrôle de la sécurité sanitaire des produits destinés à l'Homme entraîne la création des trois établissements publics de l'État (AFSSA, AFSSAPS et InVs), qui joueront un rôle majeur en termes de santé publique et, notamment, dans le discours alimentaire et nutritionnel.

En juin 2000, pour répondre à la demande du secrétariat d'État à la santé, un groupe de travail réuni par le Haut Comité de Santé Publique publie un rapport qui dresse un état des lieux de la situation nutritionnelle en France en 2000. Des recommandations pour la mise en place d'une politique nutritionnelle de santé publique en France sont proposées. Ce rapport marque un tournant majeur de l'orientation de la politique de santé publique en France en reconnaissant pour la première fois la nutrition comme priorité de santé publique (thème prioritaire de santé publique choisi en 2000 par la présidence française de l'U.E.). En effet, il met en évidence l'ampleur des enjeux humains, sociaux et économiques des nombreuses maladies dans lesquelles des facteurs nutritionnels sont impliqués : les maladies cardio-vasculaires (MCV), qui sont la première cause de mortalité en France, les tumeurs malignes, l'obésité, l'ostéoporose, le diabète et la cholestérolémie trop élevée, et justifie la mise en place d'une politique nutritionnelle de santé publique en France. Il est estimé que ces pathologies coûtent 5 milliards d'euros par an et la part attribuée à la mauvaise alimentation atteindrait 800 millions d'euros.

Lancement et objectifs du PNNS

En se basant sur les conclusions de ce rapport, en janvier 2001, le secrétaire d'État à la santé et le directeur général de la santé ont lancé un vaste programme de santé publique, le Programme National Nutrition-Santé (PNNS) 2001 - 2005 dont l'objectif général est d'améliorer l'état de santé de l'ensemble de la population en agissant sur l'un de ses déterminants majeurs : la

nutrition. Bien que la France ne soit pas la plus avancée en termes de politiques nutritionnelles en Europe (la Norvège et la Finlande sont pionnières), elle devient le 1^{er} pays européen à disposer d'une telle stratégie d'ensemble. Ces nouvelles politiques issues des pays nord américains sont nouvelles pour nos sociétés parce qu'elles médicalisent l'alimentation, en déconstruisant l'aliment en le décomposant en nutriments.

Neuf objectifs nutritionnels, prioritaires en termes de Santé Publique, chiffrés portent sur la modification de la consommation alimentaire (l'augmentation de la consommation de fruits et de légumes, l'augmentation de la consommation de calcium, la diminution de la moyenne des apports lipidiques totaux, l'augmentation de la consommation de glucides [baisse de la consommation de sucres simples et augmentation de l'amidon], la diminution de la consommation d'alcool), la modification des marqueurs de l'état nutritionnels (réduire la cholestérolémie moyenne et la pression artérielle systolique des adultes, réduire la prévalence de surpoids et d'obésité), et la modification de l'hygiène de vie en lien avec l'alimentation (augmenter l'activité physique journalière).

Neufs objectifs spécifiques ont également été définis sur des publics prioritaires : les femmes enceintes, les enfants et les adolescents, les personnes âgées, les personnes en situation de précarité, les personnes présentant des troubles du comportement alimentaire et les personnes souffrant d'allergies alimentaires.

Actions du PNNS

Pour atteindre ses objectifs, le PNNS 2001-2005 a développé un ensemble d'actions, de mesures, voire de réglementations complémentaires autour d'axes stratégiques, tels que la communication, l'information, l'éducation, la sensibilisation, l'environnement nutritionnel et l'offre alimentaire, et associait également la formation, la recherche la surveillance et l'évaluation multisectorielle. Il a agit sur l'ensemble des secteurs concernés et est orienté sur différentes cibles : population générale (consommateurs, usagers, citoyens), professionnels relais (santé, éducation, travailleurs sociaux, collectivités locales et territoriales, monde associatif), et opérateurs économiques (production, transformation, distribution, restauration collective, etc.). Un comité de pilotage, présidé par le Professeur Serge Hercberg, réunit tous les mois des experts de santé publique, les administrations et les professionnels concernés (agroalimentaires, société civile) et constitue un petit parlement de la nutrition au sein duquel sont discutées toutes les initiatives.

Le PNNS 2001 - 2005 a permis une véritable prise de conscience de l'importance de la nutrition en développant un cadre référentiel et en créant une dynamique qui a touché l'ensemble des acteurs concernés par le champ de la nutrition. Conforme à la culture alimentaire française, il tente d'associer à l'objectif de santé publique des notions de goût, plaisir et convivialité, sans jamais tomber dans le domaine de l'interdit.

Il a établi un « socle de repères nutritionnels » qui constitue désormais la référence française officielle. Validés scientifiquement et aujourd'hui largement reconnus pour leur pertinence, ces repères ont été promus grâce à un effort massif de communication. Six guides ont été publiés : « La santé vient en mangeant » (septembre 2002 : 4,5 millions d'exemplaires) et « La santé vient en bougeant » (septembre 2004 : 700 000 exemplaires) destinés à toute la population,

ainsi qu'un guide destiné aux parents et enfants jusqu'à 18 ans (septembre 2004 : 1,2 millions d'exemplaires), un guide destiné aux adolescents (septembre 2005 : 900 000 exemplaires). Deux guides destinés aux professionnels de santé ont également été publiés : un document d'accompagnement du guide alimentaire pour tous « la santé vient en mangeant » et un guide destiné spécifiquement aux structures d'aides alimentaires.

La loi de santé publique d'août 2004

Sous l'influence du PNNS, la nutrition élargit encore sa place en santé publique en tenant une part non négligeable dans la loi de santé publique d'août 2004. Cette loi marque un véritable tournant puisque la France ne s'était dotée jusqu'à présent que d'une seule loi de santé publique : la loi sur l'hygiène publique promulguée le 15 février 1902, soit il y a plus d'un siècle. Neufs objectifs touchant les carences et les excès courants de l'alimentation (sur 100 objectifs de santé publique) et 3 mesures concernent la nutrition.

La première mesure (article 29) a permis l'introduction des messages sanitaires dans les publicités alimentaires dès le 1^{er} février 2007. Les messages sont présents à la télévision, la radio, dans la presse, sur les affiches publicitaires et dans les brochures de distribution, et reprennent les messages du PNNS (« *Pour votre santé, mangez au moins 5 fruits et légumes par jour* », etc.). À défaut de l'apposition de ce message sanitaire, l'annonceur ou le promoteur doit s'acquitter d'une contribution financière reversée à l'Institut national pour la prévention et l'éducation pour la santé (INPES) pour conduire des actions d'éducation nutritionnelle.

La seconde mesure (article 30) a entraîné la suppression des distributeurs automatiques dans les établissements scolaires depuis le 1^{er} septembre 2005 et, enfin, la troisième mesure concerne la mise en place de campagnes de prévention sur les effets de l'alcool. Dans ce cadre, la loi du 11 février 2005 rend obligatoire, sur les conditionnements d'alcool, un message sanitaire à l'attention des femmes enceintes et le ministère de la santé et l'INPES ont lancé une grande campagne contre les effets de la consommation excessive d'alcool avec, notamment, un message destiné aux femmes enceintes « *zéro alcool pendant la grossesse* » dès le mois de décembre 2004.

Le Bulletin Officiel du ministère de l'Éducation Nationale et du ministère de la Recherche du 28 juin 2001 (circulaire MEN n°2001-118 du 25/06/2001) fournit des recommandations relatives à la composition et la sécurité des repas servis en restauration scolaire. Suite à un avis de l'AFSSA sur la collation matinale en milieu scolaire, le Ministre de l'Éducation Nationale envoie une lettre aux recteurs, inspecteurs, directeurs d'école en mars 2004 contenant des recommandations.

Le PNNS a également mis en place des systèmes de surveillance alimentaire et nutritionnelle de la population, gérés par l'Unité de surveillance et d'épidémiologie nutritionnelle (USEN, unité mixte InVS - Paris 13 — CNAM), en collaboration avec l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des aliments (AFSSA) et l'Institut National de Prévention et d'Éducation en Santé (INPES).

Le PNNS 2006 – 2010 et les mesures à venir

Les résultats du 1^{er} volet du PNNS justifient pleinement la mise en place du 2^{ème} volet qui poursuivra les objectifs et actions déjà mises en œuvre. Il est basé sur les recommandations du rapport que le Professeur Serge Hercberg a remis au ministère de la santé et des solidarités le 4 avril 2006. Les objectifs, actions, et financements sont adaptables en fonction d'éléments nouveaux.

Le PNNS 2 comporte 4 principaux plans qui s'inscrivent dans le cadre d'une grande mobilisation nationale pour la promotion de la nutrition :

- le premier plan d'actions vise à améliorer la prévention nutritionnelle globale en continuant la promotion des 9 repères de consommation par des campagnes de promotion accessibles à tous, cohérentes et en agissant sur l'offre alimentaire ;
- le deuxième plan d'actions vise à améliorer le dépistage et la prise en charge des troubles nutritionnels (obésité et dénutrition) ;
- le troisième plan d'actions concerne les populations spécifiques (aux différents âges de la vie, les populations défavorisées et les populations en situation de précarité) ;
- Enfin, le quatrième plan d'actions vise des mesures particulières (promotion des actions locales, renforcement de la recherche, lutte contre les phénomènes de stigmatisation, réflexion sur l'image du corps, etc.).

La ministre de la santé, de la jeunesse et des sports, annonçait lors de la conférence du 4 février 2008 quatre mesures à mettre en œuvre en matière de nutrition.

- Tout d'abord, les annonceurs s'engagent à supprimer la publicité de certains aliments pendant les programmes télévisés pour enfants. Les enseignes de distributions sont incitées au retrait des confiseries et sucreries aux abords des caisses, dans un premier temps de manière volontaire. Des recommandations concernant l'amélioration de la qualité nutritionnelle des repas des cantines scolaires et universitaires sans en augmenter le coût doivent être publiées en automne 2008. Enfin, la mise en œuvre d'un observatoire de la qualité alimentaire (Oquali) en février 2008 par l'INRA et l'AFSSA, en partenariat avec les professionnels des secteurs alimentaires, permet désormais de suivre l'offre alimentaire d'un point de vue nutritionnel et économique et les engagements des différents acteurs économiques impliqués conformément à ce qui est prévu dans le PNNS 2.
- Le 6 mai 2008, Michel Barnier, ministre de l'agriculture, annonçait le lancement à la rentrée 2008 de l'opération « un fruit pour la récré », soit la distribution gratuite d'au moins un fruit par semaine, en plus des repas, aux enfants des écoles primaires ou fréquentant les centres aérés. Outre les bienfaits de la consommation régulière de fruits, l'objectif est aussi de donner aux plus jeunes le goût et l'appétit des fruits, en contribuant par là même à modifier durablement les habitudes alimentaires. Le ministre

s'engage à financer l'achat de fruits pour les 1 000 premières écoles situées en zone d'éducation prioritaire, et de contribuer, pendant la présidence française de l'Union Européenne, à faire avancer le projet de la Commission Européenne de mobiliser des fonds communautaires au profit de telles opérations. D'ores et déjà 90 millions d'euros par an sont attribués pour l'achat et la distribution de fruits et légumes frais dans les écoles, somme complétée par les États membres ayant choisi de participer au programme.

- Par ailleurs, de nouvelles mesures, conjointes aux PNNS 2 et au plan « Santé des jeunes » visent à lutter contre l'anorexie et l'usage problématique de l'alcool : une charte d'engagement volontaire sur l'image du corps et contre l'anorexie a été signée le 9 avril 2008 par les acteurs concernés (mode, médias). Elle prévoit de sensibiliser le public à l'acceptation de la diversité corporelle, de protéger les mannequins et l'apologie de l'extrême maigreur sera réprimée. Un texte de loi visant à lutter contre les incitations à la recherche de la maigreur extrême ou à l'anorexie a été adopté par l'Assemblée Nationale le 15 avril 2008 (sites pro-ana interdits). Concernant l'alcool, une campagne de sensibilisation a débuté cet été et la législation devrait être modifiée afin de limiter l'offre aux mineurs. Une communication est prévue en 2009 sur le thème : « De l'eau à volonté ». Elle valorisera la consommation d'eau comme boisson de chaque moment, pour le plaisir et le bien-être et invitera à limiter les boissons sucrées.
- En juillet 2008, l'Inspection générale des Finances et l'Inspection générale des Affaires sociales réalisaient un rapport sur la pertinence et la faisabilité d'une taxation nutritionnelle. Le rapport préconise une taxe sur les boissons sucrées et alcoolisées (taxer tous les aliments ne serait pas judicieux selon les rapporteurs), une augmentation de la T.V.A. à taux réduits (5,5%) sur certains aliments jugés trop gras ou sucrés (mayonnaise, chips, chocolat, etc.) et sur les aliments de fast-food et « snacking » (hamburger, sandwiches, produits de grignotages, etc.). Ainsi, les recettes procurées grâce à cette nouvelle taxation indirecte permettraient de financer le déficit de la Sécurité Sociale, de lutter contre l'obésité (« *faciliter l'accès à la consommation de fruits, légumes et poissons pour des catégories sociales qui se détournent de ces produits en raison de leur faible pouvoir d'achat* »). Cependant, le choix des aliments laissé aux ministres concernés selon leurs priorités économiques, sociales et sanitaires semble difficile mais a conduit également à un refus du ministre du budget pour lequel « *il est hors de question d'augmenter la TVA sur des produits alimentaires surtout dans un contexte de difficultés de pouvoir d'achat* ».

La charte d'engagement volontaire de progrès nutritionnels

Dans le cadre du PNNS 2, l'état propose aux entreprises agroalimentaires d'adhérer à une charte d'engagement volontaire de progrès nutritionnels. En février 2007, il publie un référentiel, à partir duquel les entreprises intéressées doivent rédiger leur charte.

Les entreprises doivent notamment s'engager sur les grands principes suivants :

- la conformité par rapport au PNNS 2 : augmentation de la consommation de fruits et de légumes, de glucides complexes et de fibres, ou en réduisant les apports en sucres simples ajoutés, les apports en lipides totaux et en sel ;
- l'intervention sur la composition nutritionnelle des produits, la création de produits de substitution d'aliments pour lesquels la modération de consommation est préconisée, ou sur la consommation (fréquence, quantité) des aliments ;
- l'intervention sur au moins deux tiers des volumes des ventes ou du chiffre d'affaires ;
- la vérification par tierce partie des engagements.

En cas d'avis positif, l'entreprise se voit attribuer le droit d'appliquer sur son produit le logo : « *Entreprise engagée dans une démarche nutritionnelle encouragée par l'État (PNNS)* ». Ce logo apparaît comme un atout indéniable en terme de communication marketing et valorisation du produit et montre tout l'intérêt des industries agroalimentaires à s'orienter vers des produits allant vers une meilleure santé.

En décembre 2008, 23 entreprises, dont 11 industries agro-alimentaires, 4 interprofessions, 4 distributeurs et 3 restaurateurs ont déposés un dossier. Parmi ces candidatures 9 ont obtenu un avis positif pour la charte d'engagement, il s'agit de St Hubert en janvier 2008, Marie en juillet 2008, Taillefine, Orangina Schweppes, Unilever, la Fédération des Fabricants de compotes, confitures et fruits au sirop, l'association Bleu-blanc-cœur, Casino et les boulangeries Paul.

La place nouvelle de la nutrition dans la politique de santé publique a été consacrée dans les textes comme dans les actes avec, en 2007, un budget de 47 M€ (hors dépenses d'aides alimentaires) alloué par l'État et l'Assurance Maladie, dont 10M€ de communication et d'éducation. L'effort public de recherche en nutrition a triplé en 2004 - 2005 pour atteindre 9M€ (distribués par l'Agence Nationale de la Recherche) et fait de la France l'un des pôles mondiaux majeur de la recherche en nutrition.

Le discours alimentaire s'est beaucoup intensifié depuis le début des années 1990 lors de la dernière crise sanitaire en raison de l'augmentation de l'obésité et des pathologies d'origine alimentaire. L'alimentation est devenue un véritable sujet de société et un nouveau sujet d'anxiété. C'est bien à partir des crises sanitaires que les politiques de santé publique issues des pays de culture protestante (Amérique du Nord) ont commencé à pénétrer les sociétés à dominante catholique comme la nôtre. Comme cela a été analysé dans la première partie, la morale protestante est beaucoup moins portée vers le type de sociabilité qui est au cœur de la culture alimentaire des autres pays (Boudan, 2004), à cause de l'importance qu'elle accorde à l'idée de responsabilité et, plus largement, au souci de la maîtrise de ses émotions et de ses appétits. Les discours de santé publique largement diffusés par l'INPES sont responsabilisant, construits sur des certitudes médicalisant notre alimentation (Corbeau, 2008). Le PNNS renforce le contrôle et conseille une alimentation réflexive plutôt qu'intuitive, et induit sa « diététisation » dans le mauvais sens du terme. Quelles sont les conséquences pour le consommateur ? C'est ce que nous analysons dans la partie suivante.

3. ÉVOLUTIONS DU DISCOURS NUTRITIONNEL DES ANNÉES 1970 À NOS JOURS

Plusieurs grandes périodes ont marqué l'histoire de l'alimentation de l'Homme (Popkins, 2002). Après l'âge de la collecte d'aliments puis l'âge des famines, la révolution industrielle entraîne le déclin des famines, marquant ainsi le début de la transition nutritionnelle. Le développement économique (productivité agricole et industrie agroalimentaire) et l'urbanisation entraînent une diversification des aliments consommés et une modification des comportements alimentaires. Cette période de transition se caractérise par une évolution de la structure nutritionnelle de la ration alimentaire (augmentation de la consommation de lipides, glucides simples et protéines animales), qui s'est opérée pendant la majeure partie du XX^{ème} siècle dans les pays développés et qui marque aujourd'hui les pays en développement. Même si elle a entraîné la disparition des grandes maladies de carences et l'augmentation de l'espérance de vie, elle s'est accompagnée d'une augmentation spectaculaire de l'obésité et des maladies dégénératives (cancers, maladies cardio-vasculaires, etc.) qualifiées de maladies de civilisation ou « Western diseases ».

La prise de conscience de cette évolution récente de notre alimentation et de ses conséquences sur la santé marque le début de l'âge du changement de comportement du citoyen - consommateur qui ne s'est amorcé qu'avec les politiques nutritionnelles très volontaristes initiées récemment.

Selon Fischler (1994), un « brouhaha » diététique s'est installé de manière permanente dans les pays économiquement développés. En effet, l'État, le mouvement consumériste, les médecins, les industriels, la publicité, les médias y contribuent constamment, de manière plus ou moins confuse et contradictoire pour le public.

Plusieurs organismes ont analysé les évolutions du discours alimentaire, diététique et nutritionnel :

- L'OCHA (anciennement observatoire du CIDIL, maison du Lait) a réalisé une analyse du discours présent dans la presse généraliste grand public entre 1970 et 1994. Les revues analysées sont : Elle, Le nouvel Observateur, Le Monde, auxquels ont été ajoutés quelques numéros des revues consuméristes, gastronomiques, quotidiens et presse santé (Defrance, 1994) ;
- Le CRÉDOC a réalisé pour Agnès Mignonac Conseil, une analyse de l'ensemble des documents à destination des prescripteurs (Racaud et Hébel, 1994), à partir d'un corpus exhaustif de 451 documents de communication nutritionnelle réunis par AMC entre 1975 et 1992 ;
- L'agence Entropy (dirigée par Serge MICHELS), a réalisé une analyse exhaustive du discours de 1998 à 2000 dans 30 magazines (News, féminins et santé).

3.1 Le discours alimentaire en France à la fin du XX^{ème} siècle

Selon Defrance (1994), les tendances de consommation et les discours qui les accompagnent ont évolué selon 4 grandes tendances : celle du « manger moins » dans les années 70, du « manger vite » dans les années 80, du « manger sans » à la fin des années 80 et du « manger juste » dans les années 90. Cette évolution du discours s'est accompagnée d'un développement des magazines traitant de la forme, de la santé et de la nutrition (cf. Tableau 1). Les premiers magazines sont tout d'abord orientés santé et minceur avant de s'axer successivement vers le goût (recettes traditionnelles) dans la fin des années 1980 et, notamment, vers la nouvelle cuisine au début des années 1990. Dans les années 2000, se développe une cuisine simple avec le succès des recettes originales et accessibles (Cyril Lignac (émission sur M6), Sophie Dudemaine (« les cakes de Sophie »), etc.). Internet a permis ces dernières années une facilité d'accès à l'information avec la création de nombreux sites d'informations et de blog : LaNutrition.fr, passeportsante.net, la cuisine-collective.fr, marmiton.org, cuisineaz.com, doctissimo.fr, etc.

L'étude du CRÉDOC, « Analyse des outils de communication nutritionnelle » réalisée en 1992 à la demande d'Agnès Mignonac Conseil (AMC) (Hébel et Rcaud, 1992), a permis, à partir d'un corpus exhaustif de 451 documents de communication nutritionnelle réunis par AMC entre 1975 et 1992, de différencier et de caractériser les différents types de discours. Ainsi, les méthodes à base d'analyse lexicale utilisées par le CRÉDOC mettent en évidence deux pôles de communication et quatre classes de discours :

Le premier pôle, communication "médicale", est proche de la définition "officielle" de la diététique ("La science ayant pour objet, l'étude de la valeur alimentaire des denrées et celle des maladies entraînées par la mauvaise nutrition, ainsi que la détermination des rations alimentaires convenant aux diverses catégories de consommateurs") (Petit Larousse). Qu'ils soient adressés aux consommateurs ou aux prescripteurs, les documents ont un contenu didactique, fortement marqué par la présence d'un vocabulaire "technique". On y trouve quatre classes de discours :

- Scientifique/vulgarisation : la diététique à la portée de tous ;
- Régime/minceur : la diététique comme moyen de perdre du poids ;
- Diététique du sportif : l'alimentation au service des performances ;
- Danger lipides : protéger sa santé contre la menace des corps gras.

Le second pôle, communication publicitaire, met en avant les produits eux-mêmes, plus que leurs composants, ou leurs effets sur la santé. Caractéristique du courant de la forme qui a traversé les années 80, ce pôle regroupe les stratégies discursives à tonalité nettement publicitaire :

- Ludique : le versant hédoniste de la diététique ;
- Tradition /historique : les produits industriels replacés dans l'histoire ;
- Alimentation infantile : la diététique du nourrisson.

Tableau 1 : Evolution du discours et de son contexte social

	1970	1980	1987	1990	2000	
	La pénurie	L'abondance	Nouvelle donne	Pygmalion	Harmonie	Equilibre
	Discours épique	Discours « restrictif »	Discours « dynamique »	Discours « light »	Discours cacophonique	Discours santé plaisir
	La quantité en plus Produits de base: pain, viande, féculents, tout est permis	La quantité en moins Réduction des produits maudits: chasse aux calories (sucres, graisses); des interdits stricts	Minimalisme généralisé, distanciation vis à vis de l'alimentation Nouveaux produits et nouvelles pratiques (surgelés, 4ème gamme), déstructuration des repas, nouvelle cuisine ; l'attrait de la nouveauté	Reconstitution, les substitués Produits simili (sans ou plus...), retour aux plats traditionnels; des interdits contournés	Choix parmi les alliance, la qualité et le goût Des produits variés à découvrir et redécouvrir, richesse alimentaire, exploration et réhabilitation; levée des interdits	Ultra communication, le prix Aliments santé: produits allégés/ enrichis, retour aux produits simples, de tradition et de plaisir; cacophonie nutritionnelle
	Manger plus	Manger moins	Manger vite	Manger sans	Manger juste	Manger avec
Recherche de:	Satiété	Minceur	Forme	Equilibre	Rythme biologique et individuel	Santé plaisir
		"Santé magazine" (1976)	"Vital" (1980), "Médecine douce" (1981)	"Thuriès gastronomie" (1988), "Saveurs" et "Toute la cuisine" (1989)	"Top Santé" (1990), Réponse à tout Santé", "Viva", "Cuisine Actuelle", "Cuisine du bout du Monde", "Guide Cuisine" (1991), "Cuisiner", "Cuisine de la France gourmande" (1994), "Elle à table" (1999), "Cuisine gourmande" (1994), "Cuisine et vins de France" (1993), "La santé après 50 ans"	"Cuisine by Cyril Lignac" (2007), "Prima Cuisine gourmande" (2006)
	1er ouvrage de nutrition reconnu dans le milieu scientifique: "Manuel élémentaire d'alimentation humaine" du Pr. J. Trémolières (1968)	"La dame aux calories" (roman), (1972); "Des Hommes et des Plantes" de M. Messegue (1970); "La Grande cuisine-minceur" de M. Guérard (1976), "La Mal Bouffe" de Stella et Joël de Rosnay (1979); "Le Zen Macrobiotique" de Georges Oshawa (1972), "Permis de maigrir" de Lemaire (1970)	"Ma méthode" de Jane Fonda (1982) " Nutrition, alimentation et sport ", de Craplet (1985), "Alimentation dynamique" de Schmidt et Claretie (1981)	" Prévenir le cancer par l'alimentation" de Michio Kushi (1988), " Tous en forme –Beauté alimentation santé " (1988),	"Au secours le goût " de J.P. Coffe 1992, "La Gourmandise ou les délices d'un péché ", éditions Autrement (1993), "Les Bonnes Graisses" de J. M. Bourre (1992)	"Nutrition, principes et conseils ", L. Chevalliers (2003), "Les cakes de Sophie ", Sophie Dudemaine, (2005); "Savoir manger, le guide des aliments" de Cohen et Serog (2004, nouvelle édition 2006-2007 puis 2008-2009), "Lait, mensonges et propagandes" de Thierry Souccar (2007, 2008)
	" La cuisine au beurre " de Gilles Grangier (1963)	"La Grande Bouffe" de Marco Ferreri (1973), "L'aile ou la cuisse" de Claude Zidi (1976)	" Véronique et Davina", émission proposant une leçon d'aérobic (1982)	" Le festin de Babette " de Gabriel Axel (1987)	" Delicatessen " de Jeunet et Caro (1991), " Cuisine américaine " (1998), "Le Ptit chef", dessin animé de Daisuke Terasawa (1987 au Japon, 1991 en France sur TF1)	"Fast-food Nation " d'Eric Schlosser (2001), "Super size me ", de Morgan Spurlock (2004), "Ratatouille " de Pixar (2007); "La cuisine " (2009)
	Crises alimentaires		Appel au boycott lancé contre les "viandes aux hormones" par l'UFC	400 millions d'oeufs et 4 millions de poules détruites car contaminés par salmonella enteritidis (26 décès, 2 millions de cas en GB) (1988)	44 produits amaigrissants retirés du marché français (1993), Crise de la vache folle (1996 et 2000); Crise du poulet à la dioxine (1999)	"Oui chef!" Documentaire télévisé de Cyril Lignac (2005), "Diner parfait", émission de télé-réalité M6 (2008), Coté labo- coté cuisine avec Hervé This sur France 5 Grippe aviaire (2006), Crise alimentaire mondiale (2007-2008)

Source : D'après DEFRANCE (1994)

3.1.1 La diététique des prescripteurs des années 1970

Dans les documents destinés aux prescripteurs (Hébel et Racaud, 1994), les documents de communication nutritionnelle de cette période se rapportent essentiellement aux produits de base (pain, farine, huile, riz, ...). Les différents aliments sont présentés de façon simple sans connotations techniques dans le discours. On parle d'un produit en général sans y associer de marque. La diététique reste destinée aux prescripteurs et n'est pas diffusée auprès du grand public.

Les années 70 sont marquées par un idéal corporel qui se transforme. Les formes rondes et généreuses font place au profil androgyne. Le discours présent dans la presse grand public est principalement axé sur la minceur et la perte de poids (Defrance, 1994). Le discours utilise un ton restrictif avec un champ lexical du régime hypocalorique (« lutter », « combattre », etc.). Ce discours induit une mécompréhension du problème du surpoids (Fischler et al., 2008).

Certains aliments (ceux contenant par exemple des colorants ou des nitrates), apparaissent suspects et sont rejetés. Le naturel s'oppose alors à l'artificiel, au moment où naissent les premiers mouvements écologiques. Quelques événements sanitaires surgissent : l'affaire du talc Morhange en 1972, la contamination de Seveso par la dioxine en 1976. La bataille des associations de consommateurs, concernent l'hygiène et l'étiquetage (à l'époque, les surgelés, en plein essor, n'avaient pas de date limite de consommation, les conserves n'étaient pas datées, les compositions des huiles ou l'eau rajoutée dans les produits n'étaient pas indiquées).

3.1.2 La diététique thérapeutique des années 1980

Alors que précédemment le discours était très simple et utilisait très peu de termes techniques, ici on voit apparaître des termes diététiques et scientifiques (sodium, liposolubles, corps gras,...). La société devient « lipophobe » (Fischler, 1993) dans son désir de mincir. Ce versant "négatif" du discours nutritionnel représente 9% des documents destinés aux prescripteurs (Hébel et Racaud, 1994). Les modes d'énonciation se situent essentiellement dans le registre de la menace ("*les dangers d'une mauvaise alimentation*"). Les maladies (maladies cardiovasculaires, cancer, diabète, ...) sont nommément citées, même si c'est parfois dans un contexte positif ("*le rôle des corps gras polyinsaturés dans la prévention des maladies cardiovasculaires*").

Selon Defrance (1994), les années 80 reflètent une société de cadres actifs. Le corps ne doit plus être uniquement mince mais également musclé et énergique. Le discours évolue vers la forme et le culte de la forme physique. C'est à cette époque que se développent les clubs de remise en forme. La terminologie qui domine est celle de l'énergie « *La forme, c'est l'énergie. Gavez-vous de vitamines, cherchez les aliments coup de fouet* ». On ne cherche plus une alimentation copieuse et élaborée mais plutôt une alimentation simple et saine. La cuisine japonaise et la cuisine nouvelle, pour qui composition visuelle du plat importe autant que le goût lui-même, sont en plein essor.

C'est en 1988 que les édulcorants de synthèse sont autorisés à la vente dans les grandes surfaces. C'est l'envolée du marché des allégés avec, notamment, le lancement d'Orangina Light

et Coca-Cola Light en 1988. Ce n'est qu'au début des années 1980 que le light sera véritablement lancé avec le développement de la gamme légère Findus, la confiture confipote et la pâte à tartiner à 41% appelée beurre allégé par le grand public. En 1990, 5 000 produits allégés sont référencés et on estime à 8% la part détenue par les produits lights dans le total alimentaire : charcuteries allégées, chocolat allégé, mayonnaise avec « *2 fois moins de cholestérol* », plats cuisinés allégés (on verra même des choucroutes et des couscous allégés).

La frontière entre le corps et l'esprit est de moins en moins nette, le but est de se sentir bien, dans sa tête et dans son corps : « *Mens sana in corpore sano* ».

3.1.3 Le discours « cacophonique » des années 1990

C'est à partir du début des années 90, que les marques vont accroître leur présence dans la communication nutritionnelle.

Après le succès fulgurant du light, une certaine nostalgie des aliments traditionnels apparaît. La campagne de publicité Vivagel : « *Le goût du temps où l'on avait le temps* » ou celle de Mamie Nova, « *Mamie Nova console moi* », marque le début de cette tendance nostalgique. La vogue des produits déclarés comme « *naturels, frais, fermiers* » qui permettent aux industriels de conserver leurs parts de marché, repose aussi sur la croyance que le « *naturel* » est sain et bon. C'est le déclin des produits allégés qui sont brutalement perçus comme sans goût. Ils ont perdu leur « *identité naturelle* ». Un discours « *ludique* », qui consiste à associer hédonisme et préoccupation de santé dans un contexte de communication divertissant (bandes dessinées, recettes de cuisine, etc.), apparaît en même temps qu'un discours « *tradition - historique* », qui replace les produits industriels (conserves, surgelés, etc.) dans leur contexte historique afin de lever la méfiance des consommateurs vis-à-vis des procédés industriels (Hébel et Racaud, 1992). La dimension symbolique des produits prime ; on devient attentif aux goûts, aux saveurs, aux odeurs pour mieux jouer au jeu de la mémoire. « *La gourmandise est une fête du palais qui réjouit les cœurs et réchauffe les esprits* », selon la définition du chef cuisinier G. Blanc (Le Parisien 26 novembre 1993).

C'est dans les années 1990 que naît le concept du « *French paradox* » lorsque les données épidémiologiques révèlent que les Français, avec une ration alimentaire tout aussi lipidique et riche que les américains et les européens du Nord, ont un taux de cholestérol comparable aux leurs mais une mortalité coronarienne presque trois fois moindre (la plus faible des pays développés à l'exception du Japon). En 2000, les épidémiologistes français considèrent qu'il n'y a pas de paradoxe français mais un gradient nord - sud en Europe, les Français relevant du Sud et donc probablement du régime méditerranéen. Une étude semble prouver, en 1994, que le régime méditerranéen réduit le risque d'accidents cardio-vasculaires. L'huile d'olive et le vin auraient des effets bénéfiques. Les discours contradictoires apparaissent. L'huile d'olive autrefois rejetée pour sa forte teneur en lipides protégerait contre l'athérosclérose. Le pain ne fait plus grossir et doit faire partie d'un régime équilibré, le vin aurait des effets protecteurs et antioxydants. Les discours techniques jusqu'alors réservés aux prescripteurs gagnent la presse

grand public. C'est à ce moment là que la cacophonie nutritionnelle² se développe. Ce phénomène de cacophonie (de même que les divergences entre experts) a toujours existé mais elle fait désormais partie de notre quotidien à travers la très grande médiatisation du discours nutritionnel.

3.2 La poursuite de la cacophonie au début du XXI^{ème} siècle

Les discours sur l'alimentaire marquent de plus en plus un clivage fondamental.

- D'une part, une vision fonctionnelle restreint l'alimentation au domaine de la santé. L'alimentation se médicalise et devient une affaire personnelle, probablement sous l'influence des pays anglo-saxons et du protestantisme, qui laisse à l'individu une certaine liberté face à ses choix. Les décisions alimentaires tendent à s'articuler non plus sur des raisons gastronomiques ou symboliques mais sur des raisons d'ordre médical. Un phénomène d'individualisation est à l'œuvre dans le domaine alimentaire. Chacun doit être libre et responsable de ses choix et actes alimentaires. L'Industrie Agro Alimentaire montre aux consommateurs qu'il a la possibilité de manger ce qu'il souhaite, quand il le souhaite. On cherche moins aujourd'hui à s'identifier à un modèle d'homme ou de femme. On admet la pluralité des modèles. Les messages nutritionnels se personnalisent et les personnes âgées et les adolescents notamment, jusqu'ici peu ciblés par le marketing alimentaire constituent une voie de communication privilégiée. Plus récemment, des messages orientés vers les femmes enceintes et la santé du fœtus se développent.
- D'autre part, une vision humaniste de l'alimentation refait surface, « *il ne suffit pas qu'un aliment soit bon à manger, encore faut-il qu'il soit bon à penser* », comme le rappelait Lévi-Strauss (1964). L'alimentation, à la maison comme à l'extérieur, représente alors une culture, une identité commune et réintroduit la dimension fondamentale et sociale de convivialité, de plaisir et de partage. Cette vision est plus caractéristique de la France, de l'Italie, et de la Suisse, qui semblent avoir un rapport avec l'alimentation plus détendu et plus paisible. Ces pays sont encore gouvernés, consciemment ou non, par les usages et un implicite culturel influencé par le catholicisme.

Les crises sanitaires de 1996 et 2000 ont entraîné une véritable prise de conscience collective de l'importance de l'alimentation sur la santé. La diffusion des messages du PNNS à partir de début 2007 sous chacune des publicités de l'industrie agro-alimentaire contribue à la très bonne mémorisation des messages. En juillet 2008, dans le baromètre de l'alimentation (Hébel, 2008), 41% des Français citent comme message qui les a le plus marqué en question ouverte « *Manger au moins 5 fruits et légumes par jour* ».

² La cacophonie nutritionnelle est définie comme un ensemble synchronique de discours nutritionnels qui provoquent une dissonance cognitive et s'intègre dans le phénomène plus global de cacophonie alimentaire (ensemble synchronique de discours alimentaires)

Au niveau de la presse, la cacophonie se retrouve le plus souvent inter-article, mais peut également se rencontrer intra-article. Les sources ne sont pas toujours citées et les modes de dégradation de l'information peuvent être l'omission, la simplification du discours ou enfin la généralisation de l'information (IREMAS, 2008). L'émetteur (journaliste), mais également le récepteur (lecteur) peuvent être tout deux acteurs de distorsion.

On retrouve donc un discours alimentaire ayant trois orientations principales : la santé (discours préventif, médical, individualisé, nutritionnel), le goût (le plaisir, la tradition, la culture) et enfin la commodité (praticité, gain de temps avec les produits « on the go », les formats pocket, les sachets fraîcheurs, les kits, etc.).

Ainsi, selon Fischler (2008), le discours médical incite chacun à « faire les bons choix » mais ne fait qu'accentuer, accélérer le « désenchantement » de l'alimentation. Face à ce discours qui incite à une maîtrise difficile, qui encourage une pratique personnelle de la diététique qui classe les aliments selon leurs propriétés nutritionnelles et leurs fonctions physiologiques et qui crée des adeptes de régimes, les sociologues de l'alimentation tiennent et recommandent un discours qui encourage la protection et la modernisation des caractéristiques positives des mœurs alimentaires dans leur dimension sociale et sociable, qui favorise une connaissance alimentaire positive et globale (non seulement nutritionnelle mais gustative, culinaire et conviviale), qui cultive les usages sociaux de la cuisine et du repas, et qui forme des consommateurs éclairés, attentifs aux qualités du produit et à une offre nouvelle où se conjugueraient environnement, santé et plaisir. Les sociologues, dont le discours est de plus en plus reconnu et diffusé encouragent donc un véritable « ré-enchantement de l'alimentation ». Une cuisine d'art ou de loisirs voit le jour avec le lancement des cours de cuisines en 1997 par le Cercle Culinaire de Rennes (appartenant à la maison du Lait). Et pratiquement au même moment, apparaît le Fooding (terme inventé en 1999 par le chroniqueur Alexandre Cammas), tiré de la contraction food (nourriture) et feeling (émotion) qui désigne une manière plus libre d'appréhender la cuisine et la façon de manger pour aller vers le ludique, la nouveauté. Ces mouvements se développent dans les milieux très urbains et aisés puis se démocratisent. L'ouvrage de cuisine « Les Cakes de Sophie » (Sophie Dudemaine, 2005), est vendu à plus d'un million d'exemplaires contribue à ce mouvement. Il a, de par son accessibilité, véritablement relancé la curiosité pour la cuisine et la gastronomie à une période où le consommateur ressent le besoin de retrouver des valeurs alimentaires traditionnelles de plaisir et de partage. De même, le succès du dessin animé des studios Pixar, *Ratatouille* (2007), évoquant les talents de cuisinier hors pairs d'un rat à Paris, illustre à la fois la renommée de la France en termes de cuisine et de gastronomie, l'importance de l'alimentation et du plaisir dans notre société à tous les âges de la vie, et enfin le besoin d'un retour à l'alimentation qui fait rêver. Depuis quelques mois, des ouvrages de cuisine simple apparaissent dans les rayons, de nouvelles émissions de cuisine remplacent celles de décoration à la télévision et les sites d'échanges de recettes fleurissent sur la toile. La cuisine est de plus en plus vécue comme une passion ou un loisir et moins comme une corvée. Internet est un lieu d'échanges infini, les bloggeurs ouvrent leur cuisine au monde entier en diffusant leurs réussites et en les exposant aux commentaires des internautes. Ce développement de la cuisine répond aux besoins de réalisation et de valorisation de soi qui

prédominant dans la hiérarchisation des besoins (Tavoularis et al, 2007). Dans une société de plus en plus individualiste, le besoin de valorisation de soi est de plus en plus présent notamment dans les catégories les plus aisées et chez les jeunes. Après la montée du bricolage et du jardinage au début des années 2000, la cuisine devient un loisir valorisé dans les classes les plus aisées. Le faire soi même s'est développé par exemple avec l'équipement en machines à faire le pain et aujourd'hui, la vente des yaourtières reprend. Ces engouements tiennent plus d'effets de mode que de modifications structurelles des comportements de consommation. Il y a fort à parier que ces nouveaux équipements gagneront les placards parce que le goût ne sera pas au rendez-vous et qu'avec le temps les contraintes prendront le dessus sur une satisfaction de soi qui s'étiolera.

Poulain (2002) dénonce le discours alimentaire individualiste : « *Dans le domaine de l'alimentation, s'appuyer sur une théorie individualiste est en contradiction totale avec la notion de modèle alimentaire et risque de conduire à la construction de messages totalement contre-productifs. La conception d'un mangeur libre de ses choix et seul devant ses aliments est totalement réductionniste [...] les risques de produire des messages à caractère moralisateur sous couvert de discours scientifiques sont considérables* ». Il prévient donc des dangers d'une médicalisation de l'alimentation, qui en exacerbant la dimension santé au détriment de l'aspect plaisir, social et culturel pourrait mettre à mal le modèle alimentaire français. En effet, le paradoxe américain, par lequel le taux d'obésité le plus important se rencontre dans la société où la vulgate de la culture nutritionnelle est aussi la plus diffusée, appuie totalement le discours des sociologues et montre bien que l'alimentation ne se réduit pas à la nutrition. Ainsi, comme le prévoyaient Clodian et Trémolières (1978) : « *L'homme de l'an 2000 se trouve dans une curieuse alternative. Il connaît de mieux en mieux les dangers des excès ou des carences relatives à son alimentation. La science n'est pas loin de pouvoir dire ce qu'il faut faire pour être en bonne santé et donc pour qu'il n'y ait plus qu'à se conformer à ses prescriptions. Mais derrière le manger, il y a ce que devient l'homme qui mange, qui lui importe encore plus* ».

Au début des années 2000, le mouvement des allégés s'amplifie, mais les promesses restent concentrées depuis dix ans dans l'univers des produits laitiers, des corps gras et des boissons non alcoolisées (en 2003, les versions allégées représentent plus de 19% du chiffre d'affaires des soft-drinks). L'année 2003 marque un nouveau virage dans les stratégies des marques qui sortent du positionnement minceur. Certaines d'entre elles, sous l'influence du PNNS et de la préoccupation santé grandissante, décident d'améliorer leurs recettes, en réduisant soit les quantités de matières grasses (produits de panification, biscuits sucrés, préparations pour gâteaux, etc.) soit celles de sucre et/ou de sel (sauces tomates, développement de références de jus de fruits sans sucre ajouté, etc.). En ultra-frais, c'est Danone qui donne le ton en allégeant Actimel et Danao en 2003 puis Crok Fruits avec « 10% de sucres en moins ». On retrouve un vocabulaire alliant toujours santé et plaisir comme pour les sauces allégées « crèmeuse et légère », « ligne et saveur ». Le sel semble être le prochain ingrédient dont les industriels vont devoir baisser la teneur dans leurs aliments. Seuls les charcutiers ont commencé à agir concrètement en lançant quelques références de jambon cuit à teneur réduite en sel. Entre 2006 et 2007, le nombre de produits réduits en sel lancé dans le monde a

augmenté de 69% (NutriMarketing, 2008). Désormais les allégés font partie du domaine commun (beurre, sucre, soda light, jambon, bonbons light, chewing-gums sans sucre, compote sans sucre, etc.).

Mais aujourd'hui, alors que 41% des Américains et 30% des Européens cherchent à perdre du poids (Nutrimarketing, 2007) la communication en alimentation santé au niveau mondial se recentre sur la minceur active : les produits brûle-graisses, capteurs de graisses et agissant sur la satiété, sont la tendance porteuse de 2008. Cependant, il semblerait que le modèle alimentaire français se refuse à cette médicalisation de l'alimentation. Elle est peut-être sur ce point une exception (Poulain, 2001). Les Français accordent par exemple moins d'importance que les autres pays aux caractéristiques nutritionnelles des aliments. Ils s'intéressent bien moins que l'Angleterre, l'Italie, l'Allemagne ou encore les Pays – Bas aux teneurs en cholestérol ou en matières grasses des aliments (Trust, 2003).

Aujourd'hui, on démarque deux grandes tendances dans la communication en alimentation santé. D'une part, la communication se fait sur le « looking good » avec un grand retour des produits allégés, l'arrivée des produits de minceur active et de la cosméto-food. D'autre part, les produits « feeling good » sont l'objet d'une communication portant sur l'énergie, la vitalité, la relaxation (lutte contre le stress et l'anxiété), le bien-être intérieur, la lutte contre les effets du vieillissement, le soin de chaque partie de son corps (articulation, santé des os pendant la croissance, mais aussi lors du vieillissement, le cœur, etc.).

La « cosméto-food » est la tendance phare de cette année avec des lancements de produits alimentaires communiquant sur leurs effets positifs sur la beauté, multipliés par 5 entre 2006 et 2007, au niveau mondial. Cette tendance, venue du Japon, arrive en Europe avec Essensis de Danone, et Nestlé et Coca-Cola qui devraient bientôt lancer Lumae, une boisson cosmétologique. Ces produits communiquent sur leur teneur en Aloe vera, collagène, coenzyme Q10, substances connues du grand public pour avoir été utilisées en marketing de la beauté. Les ingrédients traditionnellement utilisés en cosmétique se retrouvent dans les produits alimentaires (bonbons au collagène et L-Cystéine) et vice versa (soin pour la peau au chocolat), les barrières de l'alimentation et de la cosmétologie s'estompent.

Parallèlement, les années 2000 marquent également un développement important des produits « feeling good », appelés aliments santé de 2^{nde} génération, qui communiquent non plus sur le « sans » mais sur le « avec » (non plus allégés mais riches en nutriments positivement actifs). Après « Actimel » de Danone, la margarine « Pro-Activ » de Fruits d'Or (Unilever), avec ses phytostérols permettant de lutter contre le mauvais cholestérol, connaît un franc succès dès son lancement en 2000.

Les entreprises s'engouffrent alors sur ce marché prometteur avec des corps gras anti-cholestérol, des huiles, produits céréaliers ou ovo-produits enrichis en oméga 3, des yaourts et boissons lactées contenant des prébiotiques et probiotiques. La communication se fait également sur la teneur en fibres (« Activia »), en vitamine D, ou encore en calcium (« Calci+ »). Celui-ci est le nutriment le plus recherché par les consommateurs, 75 % des Européens sont favorables à un enrichissement (Nutrimarketing, 2008). Coca-Cola lance en 2008 deux nouveaux colas, l'un enrichi en vitamine C et l'autre en anti-oxydants. La réglementation concernant l'étiquetage et les allégations, toujours plus précise ne restreint pas

la communication. Cependant, les multiples discours trop complexes, confus et difficiles à comprendre pour les consommateurs tendent peut-être à décrédibiliser le discours et limitent l'essor des aliments santé.

Le discours sur la santé s'étend peu à peu au champ global du développement durable. Le Grenelle de l'environnement a été le catalyseur d'une attente ancrée dans les esprits depuis le début des années 1990. Derrière cette notion difficilement définissable par les consommateurs, se développent des discours et des actions de communication sur les produits produisant peu de dioxyde de carbone. La santé revêt alors une définition large de bien-être psychologique et social. Les années 2007 et 2008 voient apparaître des produits qui respectent la nature, qui sont « sans ajout de... », des produits qui participent à préserver la nature pour sauver les générations futures.

4. LES ÉVOLUTIONS DES REPRÉSENTATIONS

Nous proposons dans cette partie d'analyser l'impact de l'évolution des discours sur les représentations mentales du « bien manger ».

4.1 Des représentations sociales qui déterminent la culture alimentaire

Les besoins alimentaires constituent des « *contraintes de base auxquelles les cultures apportent des solutions diverses* » (Aymard, 1993), en fonction des représentations qui les fondent. Lahlou (1992) définit les représentations sociales comme des « représentations mentales largement distribuées sur une population ». Ce sont elles qui déterminent les cultures alimentaires propres à chaque société. Toute culture alimentaire est un ensemble de pratiques interprétant à sa manière un certain nombre de représentations alimentaires, et reposant sur des règles alimentaires, prescrivant ce qu'il faut manger, comment le manger et pour quelles raisons ; ou interdisant certains produits. Parce qu'elle occupe une « place vitale » dans l'existence des individus et des groupes, l'alimentation est profondément liée à la culture. Elle est le support de rites, de légendes, et elle sert aussi à communiquer avec les dieux. Les cultures alimentaires reposent donc sur certaines règles adoptées par chaque société pour répondre non seulement aux besoins biologiques de l'Homme, mais encore à ses besoins symboliques. Le « paradoxe de l'omnivore », c'est justement la capacité de l'homme à manger de tout et sa propension à se conformer à des règles sociales lui interdisant la consommation de certains aliments (Fischler, 1990). Les comportements alimentaires sont induits par la « valeur symbolique » attribuée aux aliments. En cela, le matériel et l'imaginaire se trouvent « combinés de façon inextricable » (Lahlou, 1992).

Le rapport à la nourriture peut être un rapport de confiance générant un sentiment de sécurité, ou un rapport de méfiance, source d'inquiétude. L'acte alimentaire n'est pas un acte anodin en ce qu'il peut en effet apporter du bien (« satisfaction hédonique ») comme du mal (le poison qui apporte la maladie et la mort) (Lahlou, 1992). Selon le « paradigme d'incorporation », elle est incorporation de vertus mais peut aussi incorporer du péché (Fischler, 1988).

L'acte alimentaire est aussi de nature à structurer en profondeur le temps social (Aymard, 1993). Il structure en même temps qu'il montre les valeurs sociales. Plusieurs facteurs permettent de comprendre les changements intervenus dans la place de l'alimentation au sein de la société et dans la manière de s'alimenter des individus. Deux des plus importants facteurs portent sur les contraintes liées au monde du travail et sur la crise du modèle familial traditionnel. Le moindre temps accordé aux tâches domestiques du fait du travail féminin a fragilisé le temps de préparation culinaire. Parallèlement, les repas de midi sont davantage pris à proximité du lieu de travail qu'à la maison. Au sein du domicile, on a observé une tendance à l'individualisation des modes de vie entre les différents membres de la famille et une

autonomisation des adolescents plus précoce qu'auparavant. Les rencontres quotidiennes se font moins fréquentes, au profit de relations autonomes, plus volontaires (Chauffaut, 2001).

Les cultures alimentaires sont généralement intériorisées par les individus. En ce sens, elles agissent comme des prescriptions implicites. Ces cultures se traduisent dans des modèles alimentaires qui sont les règles de socialisation alimentaire propres à chaque individu et à chaque société (Lambert, 1987).

Les prescriptions relatives à l'alimentation (quoi, quand, comment, où) doivent être mises en relation avec différents régimes alimentaires, différents systèmes culturels. Elles sont d'abord transmises dans l'environnement familial ou clanique. D'autres interventions s'ajoutent, émanant principalement du religieux et du curatif (guérisseur, médecin, etc.), sachant que l'un et l'autre se trouvent mêlés dans de nombreuses sociétés.

Les aliments sont des vecteurs de nutriments et d'énergie dotés d'un fort potentiel symbolique. On sait que le principe d'incorporation demeure en filigrane dans nos têtes de consommateurs et qu'inconsciemment, nous associons encore les qualités premières de l'aliment (par exemple l'énergie du bœuf vivant, la pureté et la naturalité du lait,...) à des promesses ou des menaces pour notre propre être.

L'analyse lexicale permet une analyse approfondie du discours spontané des enquêtés. Elle a pour caractéristiques de dépasser une simple analyse par comptage de fréquences en fournissant les grandes thématiques, les champs sémantiques et le vocabulaire structurant et qualifiant le discours des interviewés.

4.1.1 Méthodologie pour l'analyse des représentations de l'alimentation à travers la question ouverte « Pour vous, qu'est-ce que bien manger ? »

Utilisation de l'analyse lexicale pour étudier les représentations

Pour apprécier l'évolution des représentations de l'alimentation, nous utilisons une question ouverte qui a été posée lors des enquêtes CCAF en 1988, 1995 et 2007. Cette question était « Pour vous, qu'est-ce que 'bien manger' ? ».

L'utilisation de techniques d'analyse lexicale pour étudier les représentations sociales n'est pas nouvelle. « Elle découle de ce que, chez l'homme, le langage étant la forme sous laquelle principalement, se fait la communication, tout ce qui est social a forcément une face linguistique. Le langage est alors en particulier outil et trace des représentations sociales » (Lahlou, 1992).

La question « Pour vous, qu'est-ce que 'bien manger' ? » a été choisie par Saadi Lahlou au CRÉDOC en 1988. Celui-ci a longuement hésité à poser une autre question : « Si je vous dis 'manger', quels sont les mots qui vous viennent à l'esprit ? ». Cette dernière n'introduit pas *a priori* de notion de bien ou de mal sur l'alimentation contrairement à la question qui a été choisie. On peut se réjouir aujourd'hui, que la question choisie il y a près de 20 ans, pousse

l'interviewé à chercher les notions sur lesquelles reposent sa conception d'une « bonne » alimentation. Indépendamment de son comportement alimentaire effectif, il s'interrogera sur ce qu'il devrait en être, dans l'idéal. La question, en introduisant le mot « bien », oblige à définir les critères qui distinguent, parmi les comportements alimentaires, celui qui devrait être adopté. Si les messages nutritionnels ont un impact sur les représentations de l'alimentation, ils influenceront le choix de ses critères.

Le vocabulaire employé dans les réponses contient les concepts qui définissent la notion de « bien manger ». L'interviewé parlera-t-il de plaisir, de santé, de respect de l'environnement. L'analyse lexicale, par un simple comptage des formes lexicales ou des lemmes, ne peut avoir accès au sens des réponses formulées. Néanmoins, les mots indépendamment de leur contexte, nous informent sur les concepts utilisés. L'analyse lexicale permet de décrire les individus par les concepts qui leurs ont permis de répondre à la question et non par le sens de leurs réponses. Vouloir avoir accès au sens serait utopique. Dans le cas de la question « Pour vous, qu'est-ce que "bien manger" ? », on s'intéresse plus aux concepts utilisés pour y répondre qu'au sens donné à chacune des réponses. La question induit des réponses courtes comportant peu de raisonnement, l'essentiel de l'information se retrouve bien dans les seuls concepts, et donc dans le vocabulaire analysé.

La question ouverte a été posée en face à face à 1 599 individus en 1988, 1 602 en 1995, 1 203 en 2007, soit un total de 4 404 individus. Les individus sont les responsables des achats des foyers constituant un échantillon représentatif de la population française. La réponse orale est réécrite telle quelle par l'enquêteur.

Une double approche de l'évolution des représentations

Les objectifs de cette analyse lexicale sont d'abord de mettre à jour les variations entre le vocabulaire utilisé en 1988, en 1995 et en 2007. Pour cela, nous utilisons les méthodes d'analyse factorielle permettant de rendre compte des différences entre individus du point de vue de leur profil multidimensionnel. Dans notre cas, le profil multidimensionnel de chaque individu sera son profil lexical. Les résultats de cette analyse nous montrent les populations de chaque année comme des groupes homogènes.

Dans un deuxième temps, pour pouvoir apprécier la variabilité du discours au sein de chaque année, nous réalisons une analyse des corpus de chaque année par le logiciel Alceste (Analyse des Lexèmes Co-occurents dans un Ensemble de Segments de Texte) développé par Max Reinert. L'objectif de l'analyse est de fournir une description typologique du corpus à l'aide des liens entre les unités de contexte, impliqués par les co-occurrences entre les formes. Une classification descendante hiérarchique permet alors l'obtention de classe d'unité de contexte sur la base de la cooccurrence de leurs formes. Se dégagent ainsi des « mondes lexicaux » qui sont, en fait, les différentes formes de réponses à la question ouverte. La classification se réalisant sur les unités de contexte et non sur les individus, un même individu peut retrouver son discours dans différentes classes. Ce qui est cohérent avec une vision multi-facette de la question du « bien manger ».

Une mise en forme des données délicate et nécessaire

Toute analyse lexicale nécessite une première mise en forme du corpus, et cela pose un certain nombre de questions méthodologiques. Cette mise en forme consiste à transformer les données brutes (des phrases attribuées à des individus) en un tableau lexical plus facilement analysable (où chaque individu est décrit par un profil de fréquences sur des variables lexicales). Celle-ci revient dès lors à définir les variables lexicales. Les variables dont nous disposons naturellement sont les formes graphiques : chaîne de caractère délimitée par un caractère spécial, l'espace, et reconnue par l'ordinateur. Ces formes graphiques sont les noms, les pronoms, les articles, les verbes, etc... sous leurs formes déclinées. Plusieurs questions se posent alors. Doit-on effectuer des regroupements parmi ces formes pour gonfler leurs effectifs par nature très faibles ? Les articles et les mots-outils doivent-ils être supprimés de l'analyse car n'apportant pas d'information sur les concepts utilisés ? Les formes rares doivent-elles être supprimées ? Et si oui à partir de quelle fréquence une forme doit-elle être considérée comme rare ?

Les nombreux travaux du CRÉDOC sur le sujet initié en 1983 par Brian, Lebart et Bécue apportent un certain nombre de réponses à ces questions. On retiendra que les choix de regroupement ou suppression des formes lexicales doivent être pris au regard de l'information que l'on perd. Cette information peut, en effet, être considérée comme du « bruit » selon les objectifs de l'étude. Dans notre cas, nous avons choisi d'opérer un regroupement des formes lexicales sous un même lemme : c'est la lemmatisation du corpus. « Pour lemmatiser le vocabulaire d'un texte écrit en Français, on ramène en général :

- les formes verbales à l'infinitif ;
- les substantifs au singulier ;
- les adjectifs au masculin singulier ;
- les formes élidées à la forme sans élision » (Lebart, 1994).

Il s'agit ici de réduire la diversité du vocabulaire pour mieux mettre en évidence les proximités sémantiques. Nous estimons que, dans le cas de notre question ouverte, la différence entre l'emploi du nom ou de l'adjectif est négligeable au regard de la proximité de concepts sous-jacents. (Recours, 2007). En revanche, les choix de traitement des formes rares dépendent plutôt de la méthodologie statistique employée. Les hapax (formes citées une seule fois dans le corpus) ne peuvent faire l'objet de traitements statistiques et doivent être supprimés. On définit un seuil de coupure de la fréquence des autres formes rares à supprimer aux alentours de 15 en général. En pratique, les variations sur ce seuil de coupure ne modifient pas profondément les résultats.

Analyses factorielles et tableaux hypercreux

Cette mise en forme des données aboutie à la construction d'un tableau lexical croisant les individus et les lemmes retenus. La lemmatisation a permis de retenir 275 lemmes à partir des 3 412 formes graphiques différentes que contenait le corpus. Le premier objectif de l'analyse est d'étudier les variations dans le vocabulaire des individus suivant l'année d'étude. D'après Lebart

(1994), un regroupement des individus est souhaitable afin de bénéficier de profils lexicaux par groupes assez homogènes pour être comparable. Cela permet de compenser la structure hypercreuse du tableau (les réponses étant relativement courtes, les individus ont des valeurs nulles sur un grand nombre de lemmes, cela induit un tableau contenant de nombreux zéros). En effet, « *dans le cas des matrices hypercreuses typiques des fichiers de langue naturelle, les méthodes d'analyse factorielle fournissent des résultats très sensibles aux artéfacts de méthode* » (Beaudouin, 1993).

Nous avons fait le choix de regrouper les individus par classe d'âge (6 classes : 18 - 25 ans, 26 - 35 ans, 36 - 45 ans, 46 - 55 ans, 56 - 65 ans et plus de 65 ans) et par année d'étude (3 années : 1988, 1995, 2007). Dans un premier temps nous cherchons à connaître les lemmes qui ont une distribution différente suivant l'année d'étude. Nous introduisons ensuite la variable croisant l'âge et l'année d'étude pour établir une variabilité autour de l'année selon l'âge. L'analyse factorielle des correspondances (AFC, développée par Benzécri en 1975, à l'origine pour l'analyse lexicale) s'avère particulièrement efficace pour décrire un tableau de contingence tel que celui croisant une variable qualitative (année d'étude, classe d'âge, etc.) et les lemmes.

Le logiciel SPAD.T permet de réaliser une lemmatisation assistée (celle-ci est faite à la main, mais le logiciel propose des outils qui facilitent ce travail), suivie de la construction de tableaux lexicaux de contingence. Dans notre cas, nous réalisons l'AFC de la juxtaposition des tableaux de contingence croisant les lemmes avec les années d'étude et avec les classes d'âge par année. SPAD propose ensuite d'éditer les lemmes les plus caractéristiques de chaque année mais également les phrases caractéristiques des groupes.

À l'issue de cette analyse nous obtenons les lemmes dont la distribution est significativement liée à l'année d'étude, ainsi que des réponses typiques de chaque année. Enfin, le graphique de l'AFC représente de manière élégante les années, les classes d'âge par année et leur lien avec les lemmes.

Bien manger c'est donc avant tout manger tel aliment. C'est manger un repas « complet », qui contient une « entrée » et un « dessert ». La qualité se trouve en sortant de l'ordinaire, on retrouve les mots « restaurant, dimanche, sortir, ordinaire ». L'alimentation est moins une question de plaisir et de convivialité que dans les années qui suivent. Il existe bien sûr une relation entre « bien manger » et la santé, mais celle-ci se caractérise ici par l'utilisation des mots « calories » et « régime ».

Une réponse caractéristique de 1988 serait : « c'est manger une entrée ou deux, un plat de viande avec légumes, du fromage, de la salade, un dessert avec un petit coup de vin ».

L'année 1995

En 1995, on parle beaucoup plus du plaisir de manger, plaisir gustatif et plaisir de l'acte social. La culture alimentaire française a développé de façon très importante la dimension hédoniste, que ce soit par la convivialité, le partage ou le goût. On retrouve de nombreux mots associés à l'alimentation connotés positivement : « savourer, déguster, raffiné, goût », mais aussi « ensemble, préparation, retrouver ». La qualité de l'alimentation n'est plus dans le fait de manger un repas complet, de manger tel aliment, ou de manger différemment de l'ordinaire, mais bien dans le plaisir que l'on peut en retirer. En 1995, on parle plus de ce qui est autour de l'aliment pour définir une bonne alimentation. « La convivialité, cuisiner, préparation, présentation, compagnie ». Les discours alimentaires de l'époque font en effet ressortir la dimension plaisir du produit, le goût était même devenu une composante indispensable des régimes. L'aspect santé se retrouve dans les termes « besoins » et l'expression « de produits naturels ».

Une réponse typique de 1995 : « avoir un bon plat, bien savoureux, bien goûteux, avoir eu le plaisir à le faire et le plaisir à le manger, le plaisir de la table, le plaisir de se retrouver ensemble ». Comme on l'a vu dans la partie précédente, le discours de l'année 1995 était caractéristique d'un retour de balancier du mouvement du « tout light » vers le « le light n'a pas de goût ». La terminologie est caractéristique d'un modèle alimentaire convivial et hédoniste.

L'année 2007

L'année 2007 se caractérise par un vocabulaire orienté sur la santé. Le mot « équilibre » qui se situait en 18^{ème} et 19^{ème} position, en termes de fréquence de citation, en 1988 et 1995, arrive en 5^{ème} position en 2007. Associé aux mots « raisonnable » et « éviter », il montre d'une part que la population a développé une conscience nouvelle du rapport entre l'alimentation et la santé, et d'autre part, que cette relation est toute en nuance. En 1995, le naturel garantissait une « bonne alimentation » du point de vue de la santé, en 2007 c'est la raison, la mesure. On assiste bien à un désenchantement de l'alimentation, regrettable d'après les sociologues.

Le plaisir n'est pas oublié, c'est même un mot caractéristique de cette année. En 1995, bien manger se définissait par des mots en rapport avec le plaisir de l'alimentation. En 2007, bien manger se définit par des mots en rapport avec la raison, donc en rapport avec la conscience

d'un problème ; la notion de plaisir, elle, est réduite au seul mot « plaisir », et n'est plus sujette à dissertation.

Les produits cités en 2007 sont « *les fruits et légumes* », « *l'eau* », « *le sucre* » et « *les féculents* », on peut y voir la marque des messages nutritionnels très médiatisés. Les produits dont on parle sont bruts (eau, sucre) ou sont regroupés en classe (les féculents), à l'instar des discours nutritionnels. Au contraire, par rapport à 1988, certains produits semblent proscrits pour répondre à la question de bien manger : la viande, le fromage et le vin sont significativement moins présents en 2007.

4.2 Évolutions des différentes représentations de l'alimentation entre 1988 et 2007

Une seconde approche par les méthodes de classification

Jusqu'à présent, les résultats nous présentent les variations dans le vocabulaire employé chaque année. Une autre approche, basée sur une vision multi-facette du « bien manger », permet d'apprécier les ressemblances en même temps que les différences de vocabulaire à travers les trois années. Cette approche est possible grâce à la méthode Alceste, qui repose sur la classification des unités de contexte. La particularité de la méthodologie Alceste est l'utilisation de classifications descendantes hiérarchiques. Ce choix méthodologique permet d'évacuer les petits noyaux très typés (expressions syntagmatiques courantes) qui provoquent des instabilités dans la construction des classes. En effet, l'utilisation de l'analyse factorielle en analyse lexicale est critiquée par Beaudoin et Lahlou pour sa sensibilité aux artéfacts de méthode. « *Cela se comprend aisément si l'on sait que le nuage de points a en général la forme d'un hérisson, contenant peu de zones étendues de forte densité et de nombreux noyaux 'artéfactuels' provoqués par la répétition de phrases stéréotypées ou d'expression toutes faites. Du coup, l'analyse factorielle donne des résultats peu interprétables, car les premiers axes ne représentent qu'une faible part de la variance, ce qui fait perdre tout son intérêt à l'approche 'à la française'* » (Cahier de Recherche n°48 du CRÉDOC, 1993). Cette critique ne doit cependant pas interdire l'utilisation des méthodes factorielles pour l'analyse lexicale. L'analyse factorielle ne fait que hiérarchiser l'information en la représentant sur une suite d'axes, deux à deux orthogonaux, d'inertie décroissante. Si les individus se distinguent plus par leur façon de parler que par le sens de leur réponse, cette information apparaîtra sur les premiers axes. Une fois prise en compte, l'étude des axes suivants concernera la part de variance qui nous intéresse. En outre, l'analyse factorielle des correspondances étudiant le lien entre deux variables ventilant une population, les regroupements d'individus réalisés (dans notre cas, suivant l'année d'étude) évitent de former les axes à partir des réponses « creuses » des interviewés. Les problèmes inhérents à l'analyse factorielle des tableaux hypercreux sont, de ce fait, contournés.

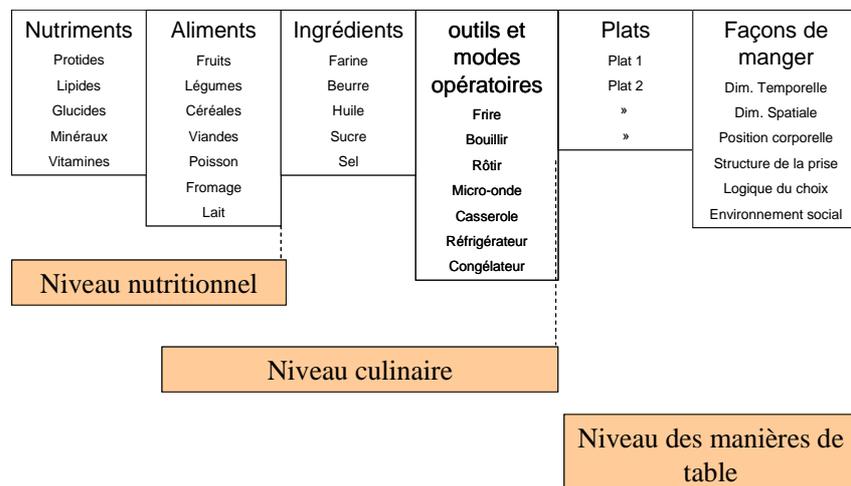
L'analyse factorielle précédente, nous a permis de voir, de manière globale, les mots dont la distribution dépendait de l'année d'étude. Cette information nous est très utile pour analyser l'évolution du vocabulaire, mais elle ne coïncide pas parfaitement avec la théorie que l'on s'est faite des représentations. Celle-ci est combinatoire, multimodale.

« Comprendre un mot..., ce n'est pas avoir dans l'esprit l'image des objets réels que représente ce mot..., mais bien sentir en soi un faible réveil des tendances de toute nature qu'éveillerait la perception des objets représentés par ce mot » (Paulhan, cité par Benzécri, 1981).

Il en découle que chaque individu interviewé est susceptible de répondre à la question par plusieurs objets en même temps. De cette constatation, on peut déduire qu'une analyse lexicale dont les individus statistiques sont des unités de contexte, plutôt que des interviewés ou des regroupements d'interviewés, collera mieux à notre propre représentation des représentations.

Les groupes d'unités de contexte, formés à l'issue des classifications, peuvent être interprétés comme les différentes facettes ou dimensions cognitives qui constituent les différentes représentations de ce qu'est « bien manger » pour la population. J.P. Poulain représentait ainsi les différentes dimensions cognitives de l'acte alimentaire en 2001 en cinq thématiques (cf. Graphique 4).

Graphique 4 : Dimensions sociocognitives de l'acte alimentaire

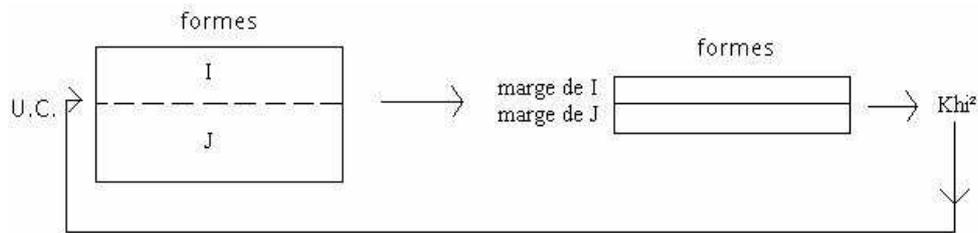


Source : Adaptation de Poulain, 2001

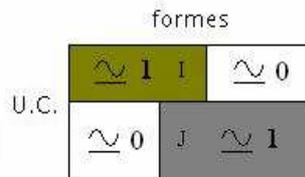
La méthodologie Alceste

Après une mise en forme des données (similaire à celle qui a été réalisée pour l'analyse factorielle, aux seules différences que la lemmatisation est réalisée par le logiciel à l'aide d'un dictionnaire et qu'aucun regroupement d'individus n'est nécessaire puisque la classification descendante est adaptée aux tableaux hypercreux), le logiciel découpe le corpus en unités de contexte (chaîne de formes lexicales délimitées par la ponctuation si elle est présente, mais dont la longueur est définie arbitrairement par le logiciel). Ces unités de contexte sont ensuite regroupées par classification descendante hiérarchique sur la base des co-occurrences de leurs formes. La classification descendante découpe de manière itérative le tableau logique croisant les unités de contexte avec les formes lexicales en maximisant un critère. Celui-ci est calculé, pour un découpage quelconque du tableau, comme le K_{hi}^2 du croisement des marges des deux sous tableaux engendrés.

Graphique 5 : Schéma de la classification descendante hiérarchique d'Alceste



Processus itératif, aboutissant à la formation de deux classes d'unités de contexte, les plus contrastées possible du point de vue de leur formes lexicales



Source : REINERT, 1990

Ce critère conduit à trouver la séparation du corpus qui produit les deux classes les plus contrastées du point de vue de leur vocabulaire. Cette opération est réalisée jusqu'à l'obtention de dix classes. La stabilité des classes est vérifiée en réalisant plusieurs découpages arbitraires d'unités de contexte. Seules les classes stables sont conservées. On remarque que « *la ressemblance entre les formes n'entre pas en compte dans la méthode, la seule chose qui compte c'est la rupture entre les classes, pas ce qu'il y a dans les classes* » (Gilles Bastin, 2002). On évite ainsi l'obtention de classes basées sur de petits noyaux « artéfactuels ». Il faut ajouter, enfin, que des algorithmes permettent de consolider ces classes et qu'Alceste crée par défaut une classe résiduelle contenant toutes les unités de contexte n'ayant pas leur place ailleurs. Cette méthodologie apparaît alors comme la plus adaptée pour trouver les différentes dimensions cognitives d'un objet, cependant une certaine opacité des traitements mis en jeu dans le logiciel contraste avec la simplicité et la pureté des méthodes factorielles.

Alceste aboutit à la formation de 5 classes dans chacun des trois corpus de chaque année. En découvrant les groupes formés, on se rend compte d'une évidente similarité entre les différentes années, on retrouve certaines classes quasiment à l'identique dans toutes les années, d'autres au contraire, semblent avoir évolué au cours du temps. On en déduira que certaines facettes des représentations du « bien manger » sont restées les mêmes entre 1988 et 2007, alors que d'autres ont pu évoluer, ou disparaître et être remplacées. Cette approche nous permet donc, en se basant sur une vision multi-facette, d'étudier dans le détail l'évolution du vocabulaire dans chacune de ces facettes.

Les classes stables entre 1988 et 2007

Commençons par décrire les classes qui se ressemblent dans les trois années. La première classe est globalement constituée du champ lexical des plats et des aliments. Ce thème qui était apparu comme typique de 1988 se retrouve en fait chaque année. Néanmoins, le pourcentage d'unité de contexte (U.C) appartenant à cette classe varie. En effet, elle contient 29% des U.C en 1988, 23% en 1995 et 16% en 2007. Dans les typologies de questions ouvertes, on retrouve toujours une classe d'individus qui répondent par des exemples. Il semble que l'on ait plus

répondu de cette manière en 1988 qu'en 2007, ceci pouvant s'expliquer par une amélioration globale du niveau d'éducation entre ces périodes permettant aux répondants de conceptualiser plus facilement et donc de moins répondre par des exemples. On peut émettre l'hypothèse qu'une augmentation de la diffusion des messages nutritionnels a permis de « donner des idées » pour répondre à cette question sans passer par l'exemple.

De manière générale, « *les légumes, la viande, les desserts, les entrées, les fromages, les fruits et les poissons* » sont des exemples communs aux trois années. Dans le détail, les aliments cités ne sont pas les mêmes chaque année, en 2007, « *le sucre, les féculents, l'eau, les laitages et le gras* » deviennent des mots typiques de la classe, ils sont aussi accompagnés des mots « *fixe, régulier, peu et trop* » qui connotent une restriction.

La deuxième classe clairement commune aux trois années est une facette du « bien manger » tournée vers la santé. Le pourcentage d'U.C. appartenant à cette classe passe de 24% en 1988, à 13% en 1995 et constitue 37% des U.C. en 2007. Ce qui confirme la vision donnée par l'analyse factorielle. En outre, les locutions, « *le sain, l'équilibre, le naturel et le frais* », restent des valeurs sûres entre 1988 et 2007. Mais en 1988 le champ lexical est davantage tourné vers les excès alimentaires (« *riche, lourd, calorie, excès* »), il apparaissait en effet que les discours nutritionnels se tournaient vers une alimentation moins copieuse. En 1995 apparaissent les mots « *vitamines, glucides, protéines, lipides et éléments* », directement issus des messages nutritionnels, qui marquent le début de la complexification et de la médicalisation des discours alimentaires. En 2007, une seconde classe faisant aussi référence à la santé apparaît et concerne une vision problématique de l'alimentation : « *Raisonné, équilibré, quantité, normal, suffisant, éviter, grossir, santé* ». Ainsi en 2007, l'aspect santé ne se contente pas de s'immiscer dans les autres facettes du bien manger, il se développe jusqu'à engendrer une nouvelle classe, plus encore en rapport avec la conscience d'un problème. Cette nouvelle classe totalise 10% des unités de contexte.

La part variable des représentations

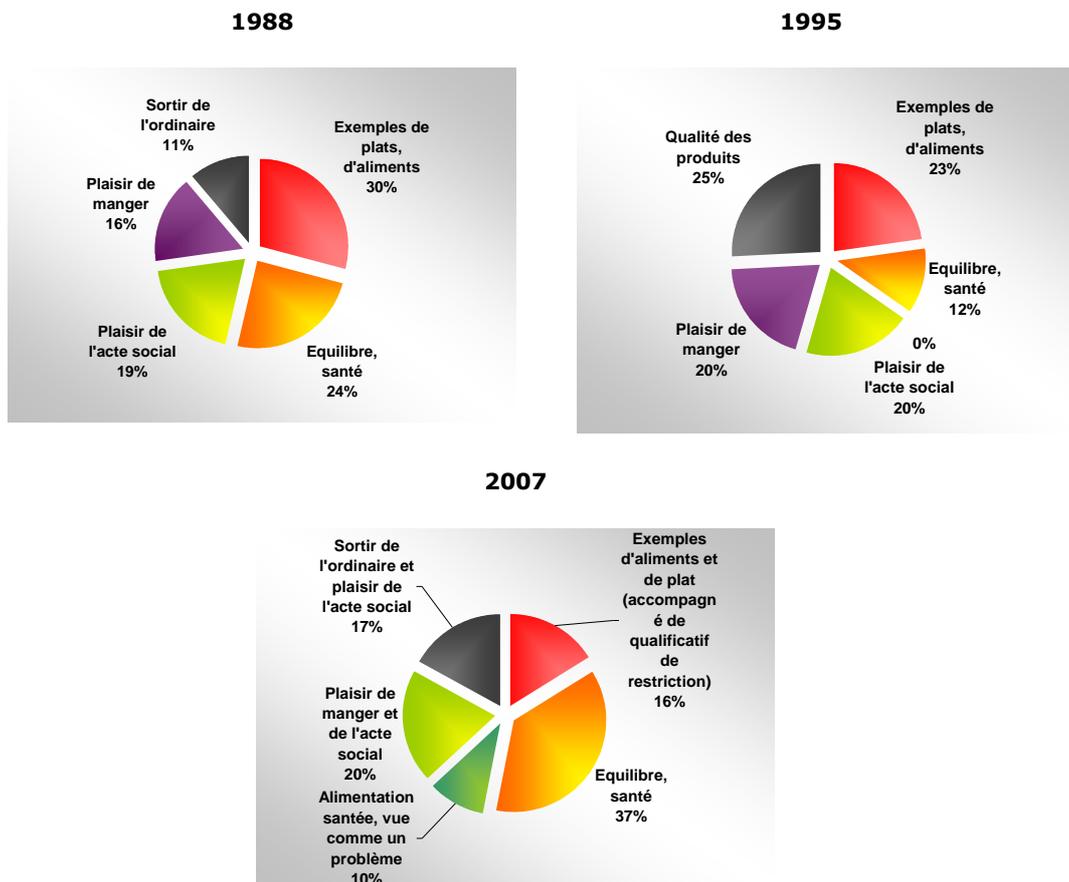
Ensuite on retrouve des classes qui semblent absentes de certaines années, la première est la classe relative à la qualité des aliments. Le vocabulaire allie la qualité des produits à la qualité de l'alimentation. Cette classe est typique de 1995 et ne se retrouve pas vraiment les autres années. Elle contient les mots « *produits, qualité, frais, naturel, sain, goût, bon, saveur* ». Cette classe contient 16% des U.C. du corpus de 1995. Ces mots se retrouvent aussi les autres années mais leurs cooccurrences ne sont pas assez nombreuses pour faire l'objet d'une classe à part entière par la méthode Alceste.

Une autre facette du « bien manger » est représentée par une classe formée par le champ lexical de la sortie. Elle est absente en 1995 mais constitue 11% des U.C. en 1988 et 17% en 2007. Il s'agit pour les deux années, des mots « *restaurants, aller, ordinaire, sortir, amis, inviter, extérieure* ». Enfin, les classes associées au plaisir de manger (« *faim, aimer, manger, agréable, content, bouffer* ») et au plaisir de l'acte social (« *temps, prendre, famille, ami, retrouver, ensemble* ») restent stables sur les années 1988 et 1995 (environ 20% d'U.C. pour chacune d'elle dans ces deux années), mais subissent une fusion en 2007. On retrouve les

aspects du plaisir de l'acte social et de l'acte de manger dans une même classe totalisant 20% des U.C.

On peut dès lors retenir trois thèmes qui sont restés communs aux trois années et que l'on peut résumer ainsi : le thème de l'alimentation santé (regroupant deux classes en 2007), le thème de l'alimentation plaisir (comprenant le plaisir de manger et le plaisir de l'acte social), le thème de l'alimentation par l'exemple. Le thème autour de la qualité des produits n'est présent qu'en 1995, et celui autour de la notion de sortir (du quotidien, de l'ordinaire) n'est présent qu'en 1988 et 2007. Les pourcentages d'U.C. appartenant à chacun de ces thèmes nous renseignent sur la dominance d'une facette des représentations de l'alimentation particulière de l'époque. On retrouve alors les résultats de l'analyse factorielle, avec une diminution des représentations par l'exemple (chronologiquement, 29%, 23%, 16%), une dominance de l'alimentation plaisir en 1995 (35%, 40% puis 20% en 2007), et une augmentation forte du thème de l'alimentation santé en 2007 (24%, 12% puis 47% en 2007).

Graphique 6 : Évolution des différentes représentations du « Bien manger » ces vingt dernières années



Source : Enquêtes CAF 1988, 1995 et 2007

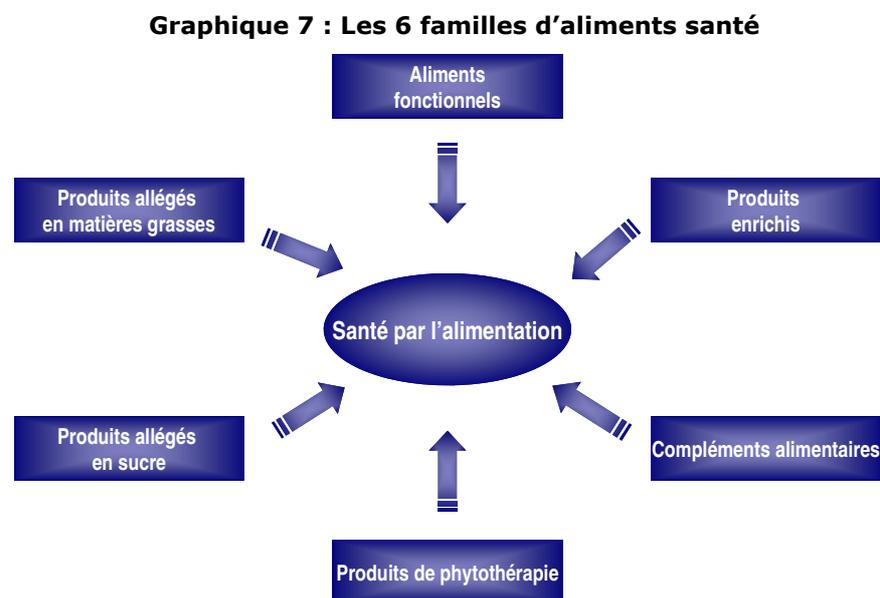
La double approche de cette étude permet de tirer des conclusions, d'une part sur l'évolution globale des représentations des populations et, d'autre part, sur l'évolution de chacune des représentations. Ainsi, chaque année se différencie des deux autres par une thématique nouvelle ou plus largement présente. On constate aussi que les différences entre classes d'âge

sont moins fortes que les différences entre années d'étude, ce qui valide d'une certaine manière l'hypothèse d'une influence générale sur l'ensemble de la population. Il est bien sûr difficile d'imputer cette influence à la diffusion de messages nutritionnels, néanmoins sans démontrer un effet de causalité, on peut observer une certaine harmonie entre les messages diffusés et le vocabulaire employé. Les variations (relatives) de vocabulaire autour de l'âge permettent de se rendre compte des sensibilités différentes des individus, les populations les plus jeunes de l'enquête 2007 semblent ainsi les plus enclines à adopter un discours orienté sur la santé.

Dans un deuxième temps, on peut apprécier une certaine continuité dans les représentations du « bien manger », certains aspects ou facettes restent identiques dans leur vocabulaire, mais c'est dans l'importance que les populations accordent aux représentations qu'elles évoluent. Enfin, la création de nouvelles facettes de l'alimentation apparaît comme un approfondissement plus ou moins temporaire d'un thème en particulier. L'alimentation santé est une facette d'une telle ampleur en 2007 qu'il est aisé d'y distinguer au moins deux courants, la recherche de l'équilibre et l'alimentation vue comme un problème. Cette dernière facette semble justement très bien refléter l'ambiance actuelle qui règne autour de l'alimentation. Les modifications des représentations vont-elles à moyen terme modifier durablement les comportements ? C'est ce que nous analysons dans la partie suivante.

5. CONSÉQUENCES SUR LA CONSOMMATION ET LA PERCEPTION DES ALIMENTS SANTÉ

Nathalie Arts-Chiss et al. (2003) définissent un périmètre restreint d'aliments santé contenant les compléments alimentaires, les produits de phytothérapie, les aliments diététiques et les aliments fonctionnels, et un périmètre élargi incluant le reste des aliments réputés ou se prétendant « santé » (fruits et légumes, produits allégés, produits biologiques, etc.). C'est ce champ qui a été étudié (Graphique 7).



Source : CRÉDOC, 2006

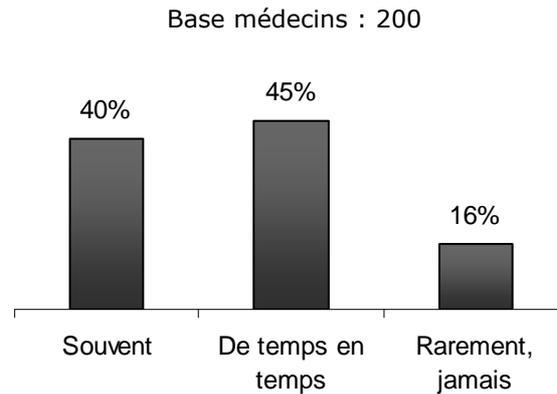
Nous verrons dans cette partie comment le secteur de l'alimentation santé est perçu par les consommateurs et les médecins et comment il s'est développé ces dernières années. L'étude « La santé par l'alimentation », réalisée par le CRÉDOC en 2006, permet de mesurer la perception des médecins généralistes et des consommateurs vis-à-vis des aliments santé. Cette enquête avait été menée par téléphone entre décembre 2005 et janvier 2006 auprès de 200 médecins généralistes d'une part, et de 1 704 individus représentatifs de la population française d'autre part, la représentativité nationale de l'échantillon étant assurée par la méthode des quotas.

5.1.1 Perception de l'alimentation santé par les médecins

Les médecins jouent un rôle non négligeable dans le domaine de l'alimentation santé puisqu'ils représentent un intermédiaire central entre les marques et les consommateurs sur les problématiques nutrition et santé au sens large. En 2006, plus d'un médecin sur trois (40%),

surtout des femmes et des moins de 45 ans, étaient souvent sollicités par leurs patients sur l'alimentation ou la nutrition (Berger et Recours, 2006³). Le sujet est de plus en plus courant puisqu'il est abordé en moyenne dans deux consultations sur 10 en 1997 (Collerie de Borély et Hébel, 1997⁴) et dans trois consultations sur dix en 2005 (Ifop, 2005).

Graphique 8 : « Docteurs, lors des consultations, vos patients vous sollicitent-ils sur des questions liées à l'alimentation ou à la nutrition ? »



Source : CRÉDOC, Enquête Alimentation Santé 2006

En 1997, les informations et conseils demandés portent principalement sur l'excès de poids et les régimes (80% des demandes), ce qui ne semble pas étonnant au regard de l'importance accordée à la diététique et à la forte pression médiatique du modèle d'esthétique corporelle. Cette même année, 73% des médecins prennent déjà l'initiative d'aborder le sujet de l'alimentation dans une option de prévention (Collerie de Borély et Hébel, 1997).

En 2006, les Français sont particulièrement attentifs à leur poids. Cette préoccupation s'est imposée comme leur principale attente par rapport à l'alimentation. C'est sans doute la raison pour laquelle les produits allégés sont en tête non seulement de la consommation des individus, mais aussi des conseils et prescriptions des médecins.

À partir des questions posées à tous les individus et tous les médecins pour chaque famille de produit (« En matière de santé, diriez-vous que les aliments santé vont trop loin sur les vertus thérapeutiques / ont des effets scientifiquement prouvés / permettent d'améliorer l'état de santé / contribuent à l'équilibre alimentaire »), le CRÉDOC a créé un indice d'opinion par type de produit, en donnant des notes à chaque réponse. Il en ressort que les médecins généralistes (qu'ils soient habitués ou non à conseiller des aliments santé) ont une opinion particulièrement négative en ce qui concerne les produits enrichis en vitamines ou en minéraux et un avis particulièrement positif en ce qui concerne les aliments allégés en matières grasses. On peut

³ D'après les résultats de l'enquête Alimentation Santé 2006.

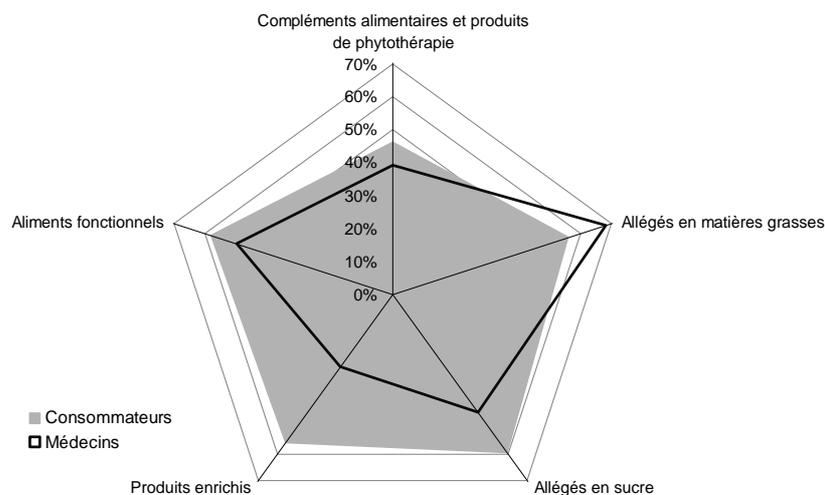
⁴ D'après l'étude « Les médecins et l'alimentation », 1997.

trouver deux éléments d'explication à cette perception positive des matières grasses. D'une part, diminuer les matières grasses, a un impact plus de deux fois important sur l'apport en énergie que la diminution de sucre (un gramme de lipide apporte 9 kcal alors qu'un gramme de glucides apporte 4 kcal). D'autre part, le secteur des matières grasses a développé très tôt des actions marketing auprès des prescripteurs ce qui n'a pas été le cas du secteur du sucre. Pour les allégés en gras, la majorité des médecins (57%) pense qu'il n'y a pas de risques pour la santé, même en cas de surconsommation. Les médecins femmes sont cependant moins confiantes (la majorité d'entre elles envisage des effets indésirables dus à la surconsommation). Pour les allégés en sucre, presque la moitié des médecins émet des réserves sur leur consommation : risques de surpoids, de déséquilibres alimentaires, de dépendance au sucre. C'est pour ce type de produits que les médecins sont les moins nombreux à craindre des effets indésirables en cas de surconsommation (36%, alors qu'ils étaient 72% pour les compléments alimentaires, 56% pour les produits de phytothérapie, 56% pour les produits enrichis, 48% pour les allégés en sucre et 43% pour les allégés en matières grasses).

Plus les médecins prescrivent des compléments alimentaires, plus ils les considèrent comme des médicaments : 59% des grands prescripteurs les considèrent comme des médicaments, contre 46% des moyens prescripteurs et 34% des petits prescripteurs. À l'inverse, plus les consommateurs en consomment, plus ils les considèrent comme des aliments : 50% des grands consommateurs les considèrent comme tels, 44% des moyens consommateurs et 41% des petits consommateurs.

En 2006, les médecins sont 41% à souvent prescrire des aliments allégés en graisses, 35% à souvent prescrire des aliments allégés en sucre et 19% à souvent prescrire des aliments fonctionnels (Berger et Recours, 2006).

Graphique 9 : Répartition des avis positifs chez les consommateurs et chez les médecins



Source : CRÉDOC, Enquête Alimentation Santé 2006.

Note de lecture : Les médecins sont 68% à avoir un avis positif sur les allégés en matières grasses, les consommateurs sont 47%.

En toute logique, il apparaît que la prescription (ou le conseil) dépend bien de l'opinion que se fait le médecin du produit : 65% des petits prescripteurs ont une mauvaise opinion des aliments santé, alors que 59% des grands prescripteurs en ont une bonne opinion. Du côté des individus, les plus jeunes ont l'opinion la plus favorable (30% des 18 - 25 ans, 28% des 26 - 35 ans, 27% des 36 - 45 ans, 25% des 46 - 55 ans, 24% des 56 - 65 ans et 18% des 66 ans et plus). Les plus grands foyers sont également les plus favorables aux aliments santé (de 22% chez les foyers de 1 individu à 31% chez les foyers de 5 personnes ou plus), tout comme les petits consommateurs de fruits et légumes (28% contre 23%), les personnes au régime (30% contre 19%), les plus préoccupés par leur beauté (35% contre 17% chez ceux qui s'y intéressent le moins), les plus préoccupés par leur santé (30% contre 17% chez ceux qui s'y intéressent le moins) et les plus grands consommateurs d'aliments santé (40% contre 12% des plus petits consommateurs).

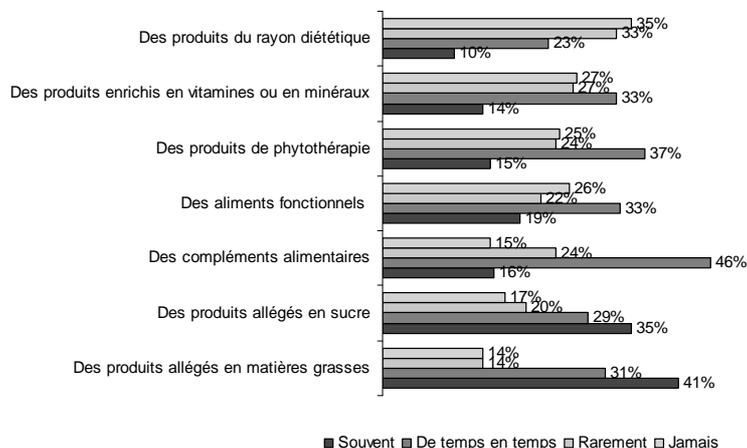
Graphique 10 : « Parmi les sujets suivants, quels sont ceux qui préoccupent vos patients et pour lesquels ils font un lien avec l'alimentation ou la nutrition? »

Base : 200 médecins



Source : CRÉDOC, Enquête Alimentation Santé 2006

Graphique 11 : « Vous arrive-t-il de conseiller ou de prescrire à vos patients de consommer... »



Source : CRÉDOC, Enquête Alimentation Santé 2006.

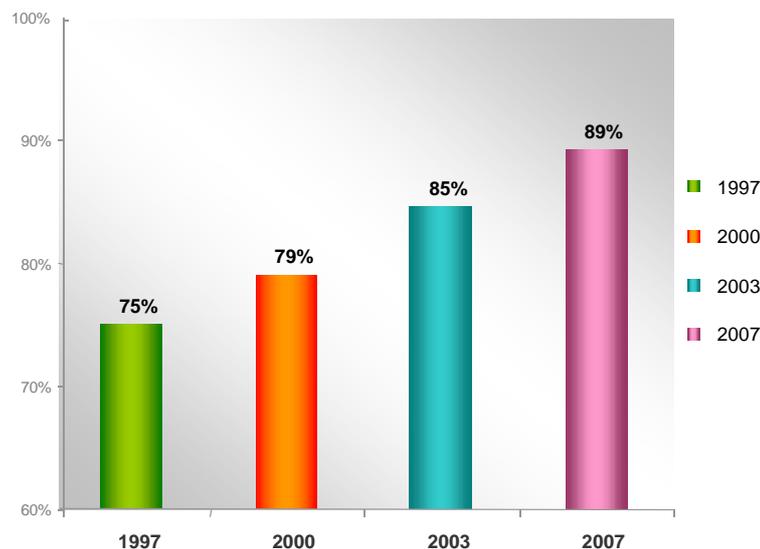
Les médecins généralistes de plus en plus exposés aux demandes de leurs patients sont conscients de leur manque de connaissances nutritionnelles. En 1997, près d'un médecin sur deux pensait ne pas être suffisamment informé sur l'alimentation et en 2005, ils sont une majorité à être demandeurs d'informations sur les questions alimentaires, de nutrition permettant de les aider dans l'exercice de la médecine (Ifop, 2005).

5.1.2 Perception de l'alimentation santé par les consommateurs

L'importance des liens alimentation - santé

Comme on l'a vu dans les deux parties précédentes, à la suite des discours sur la santé, le lien entre alimentation et santé s'affirme de plus en plus en France. En effet, en 2007, 89% des Français pensent que la manière de s'alimenter influe sur la santé alors qu'ils n'étaient que 75% en 1997.

Graphique 12 : « Pensez-vous que la manière dont les personnes de votre foyer (y compris vous-même) mangent a une influence sur leur état de santé ? »



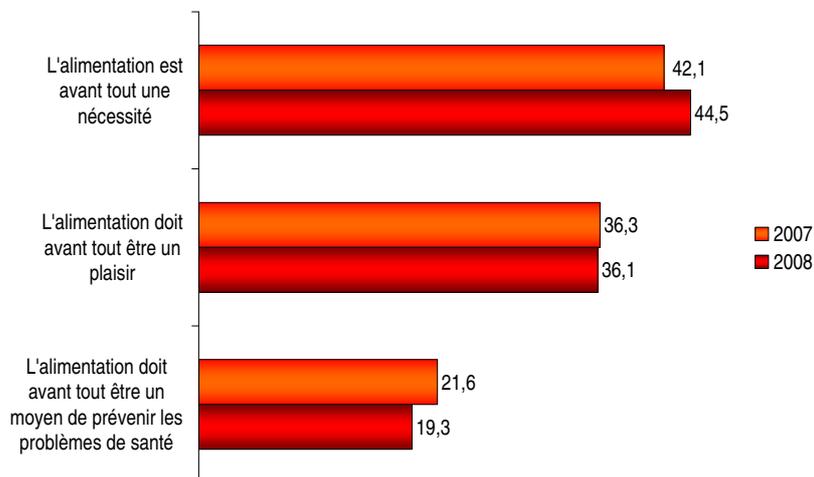
Source : CRÉDOC, Enquêtes CAF 1997 et 2000, CCAF 2004 et 2007.

L'alimentation : un mode de prévention

L'alimentation santé trouve essentiellement sa place dans la prévention puisque 67% des adultes estiment qu'en matière de santé, la prévention, c'est « avant tout faire attention à ce que l'on mange » et cela quel que soit le critère sociodémographique de la personne interrogée. Pour 45% des personnes interrogées, la prévention, c'est également « faire du sport » et, pour un tiers, c'est « se faire suivre par un médecin ». Il ne faut pas oublier qu'entre la santé et la beauté, se trouve aussi la forme : celle-ci passe par l'activité physique mais correspond aussi au fait d'être sain, d'être en bonne santé. C'est aussi à ce niveau qu'intervient l'alimentation-santé. La dimension santé (« L'alimentation doit avant tout être un moyen de prévenir les problèmes de santé ») est en légère diminution par rapport à 2007 (19,3% contre 21,6%) en citation de première intention. Après l'intensification d'un discours santé moralisateur qui avait inversé les représentations de l'alimentation en mettant au premier plan l'équilibre, le plaisir est de

nouveau au centre de la définition de l'alimentation. Par rapport au baromètre de l'alimentation de 2007, la dimension santé perd de son importance, dans les catégories les plus leaders d'opinion, professions libérales et cadres. L'item, « l'alimentation doit avant tout être un moyen de prévenir les problèmes de santé » baisse de 7 points dans les professions libérales et cadres.

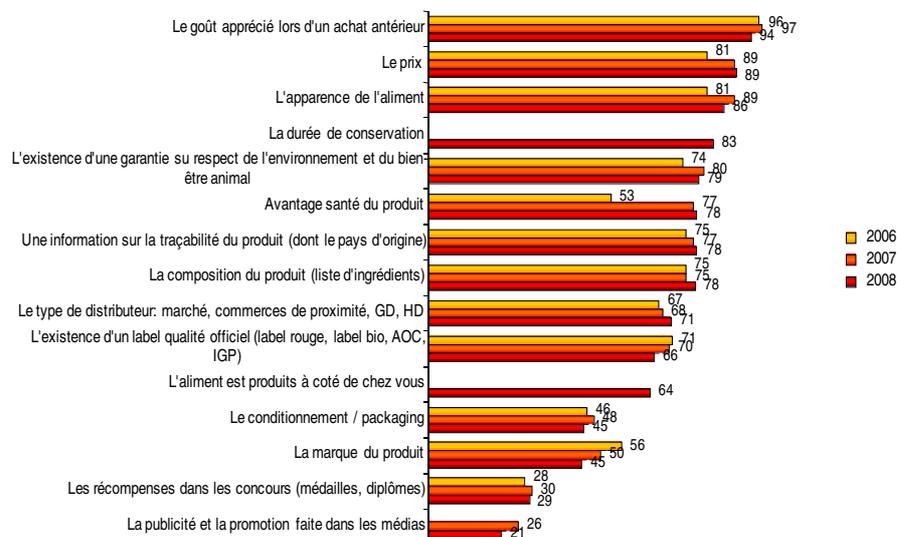
Graphique 13 : « De laquelle de ces trois affirmations vous sentez-vous le plus proche ? (en 1er) »



Source : Baromètres alimentation 2007 & 2008, Ministère de l'agriculture et de la pêche, CRÉDOC

Si la dimension santé est de plus en plus présente dans l'alimentation, il n'en demeure pas moins que les consommateurs sont très sensibles au goût des aliments qu'ils ingèrent. En effet, le goût, lors d'un achat antérieur est le critère qui compte le plus pour juger de la qualité d'un produit alimentaire, alors que l'avantage santé n'arrive qu'à la 5^{ème} place, après le prix, l'apparence de l'aliment et la garantie du respect de l'environnement et du bien-être animal (Hébel, 2008).

Graphique 14 : Pour vous personnellement, chacun des critères suivants compte-t-il beaucoup, plutôt, pas vraiment ou pas du tout pour vous faire une idée sur la qualité d'un produit alimentaire ? Somme des beaucoup et plutôt (%)



Source : Baromètre alimentation 2006, 2007 et 2008, Ministère de l'Agriculture et de la Pêche, CRÉDOC

Perception des différents types d'aliments santé

Peu d'individus (et encore moins chez les grands consommateurs d'aliments santé) considèrent que les produits allégés ne devraient être prescrits que par des médecins. Leur bon goût attire une majorité de consommateurs, bien que les allégés en sucre soient d'abord consommés « parce qu'ils sont bons pour la santé » et « pour éviter de prendre du poids ou en perdre » et les allégés en gras pour des raisons de contrôle de poids et de cholestérol. L'image des allégés en matière grasse et en sucre sont très proches.

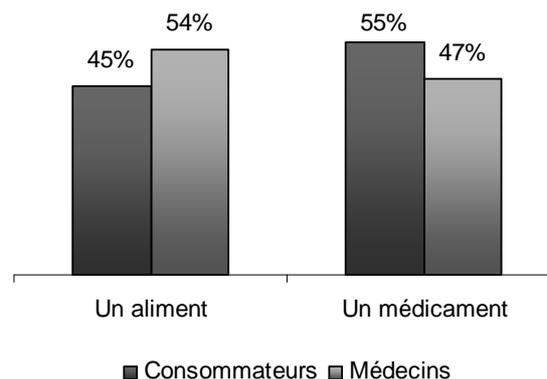
Les produits enrichis en vitamines ou en minéraux sont d'abord consommés parce qu'ils apportent de l'énergie, de la vitalité. Une grande majorité des consommateurs est satisfaite (79%), mais une majorité des médecins met en garde contre la surconsommation (risques d'hypervitaminose, de troubles digestifs, etc.).

21% des consommateurs d'aliments fonctionnels, contre 6% des médecins, désirent que ceux-ci soient remboursés. Encore une fois, le bon goût de ces aliments a un impact considérable sur les motivations d'achat (62%), notamment chez les plus jeunes. Les aliments fonctionnels sont ceux qui ont la meilleure image des aliments santé.

La perception des compléments alimentaires est aujourd'hui floue, à la fois pour les consommateurs et pour les médecins généralistes. Alors que pour une majorité d'individus (55%), les compléments alimentaires sont des médicaments, ceux-ci sont considérés comme des aliments par la majorité des médecins (54%).

Graphique 15 : « Percevez-vous les compléments alimentaires ou les produits de phytothérapie comme des aliments ou comme des médicaments? »

Base : 1 704 individus; Base : 200 médecins



Source : CRÉDOC, Enquête Alimentation Santé 2006.

Plus les individus consomment des compléments alimentaires, plus ils les considèrent comme des aliments. Les raisons de consommation sont d'abord des raisons de santé (prévention et forme) et les raisons de beauté concernent plus les produits de phytothérapie que les compléments alimentaires. 72% des médecins considèrent que la surconsommation de certains compléments alimentaires peut entraîner des effets indésirables en matière de santé (56% pour les produits de phytothérapie).

Ce sont les femmes (elles sont 59%), les moins de 25 ans (67%), les employés (58%), les ouvriers (59%) et les cadres (54%) qui perçoivent le plus ces produits comme des médicaments. Par contre, plus le diplôme et les revenus sont élevés, plus les compléments alimentaires sont considérés comme des aliments.

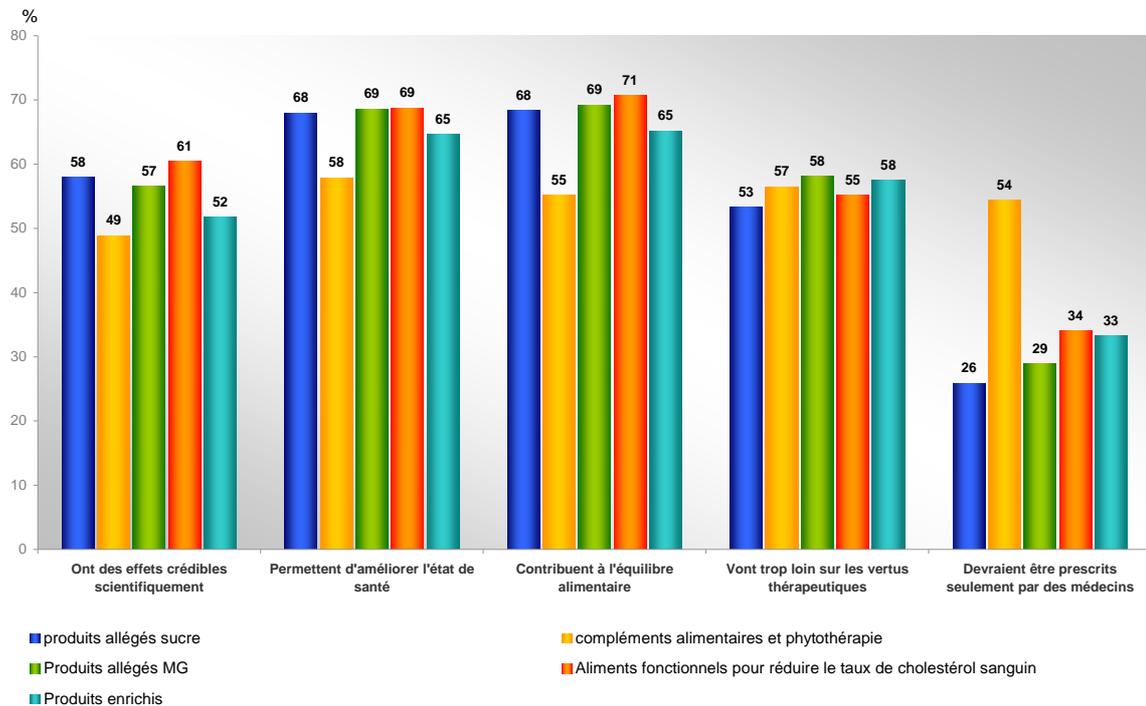
La frontière entre l'aliment et le médicament n'est donc pas bien tracée en ce qui concerne les compléments alimentaires. Pour preuve, la majorité des consommateurs comme des médecins considèrent qu'en matière de santé, les compléments alimentaires et produits de phytothérapie ne devraient être prescrits que par des médecins ou des pharmaciens.

Il y a une trentaine d'années, il était très facile de différencier un médicament (gélule ou comprimé acheté en pharmacie, comprenant une posologie et obtenu par prescription) et un aliment (denrée courante en vente libre). Aujourd'hui, ces deux marchés se rapprochent de plus en plus, à tel point qu'ils sont parfois difficiles à distinguer : des produits vendus en pharmacie ou en parapharmacie sans prescription médicale, des compléments alimentaires vendus en pharmacie ou en GMS, et des aliments fonctionnels ou aliments santé vendus en GMS. Il est difficile pour le consommateur de différencier une indication médicamenteuse (par exemple, des comprimés hypocholestérolémiants) d'une allégation santé (une margarine annonçant une diminution du taux de cholestérol de 10 à 15% en trois semaines), d'autant plus que, comme on l'a déjà évoqué, les industriels de l'agroalimentaire utilisent les codes de la pharmacie et de la cosmétique pour renforcer l'image santé de leurs produits. Cette difficulté s'est notamment traduite par l'apparition de néologismes comme « alicaments » (aliment - médicaments) ou « nutraceutiques » (nutritionnel - pharmaceutiques) n'ayant aucune définition réglementaire.

Alors que les avis sont globalement identiques pour les produits allégés, les aliments fonctionnels et les produits enrichis en vitamines ou en minéraux, les opinions sur les compléments alimentaires s'éloignent quelque peu de celles de ces produits. En effet, les individus ont des opinions plus mitigées quant à la crédibilité scientifique des compléments et produits de phytothérapie et sont plus sceptiques sur leur capacité à améliorer leur état de santé ou leur équilibre alimentaire. Par contre, et de façon paradoxale, ce sont ceux qu'ils considèrent le plus comme devant être prescrits par des médecins uniquement, comme s'ils leur donnaient la valeur d'un médicament, et donc une certaine crédibilité scientifique.

Graphique 16 : « En matière de santé, diriez-vous que les compléments alimentaires ou les produits de phytothérapie... »

Base : 1 704 individus



Source : CRÉDOC, Enquête Alimentation Santé 2006.

La plupart des aliments santé répondent largement aux attentes des consommateurs : 84% pour les aliments fonctionnels, 81% pour les aliments allégés en sucre, 80% pour les compléments alimentaires et produits de phytothérapie, 79% pour les aliments enrichis en vitamines ou en minéraux et 77% pour les aliments allégés en matières grasses.

Il est intéressant de noter qu'alors que les aliments allégés en matières grasses sont les plus consommés, ce sont ceux qui répondent le moins aux attentes des consommateurs.

5.1.3 La montée de la consommation des aliments santé

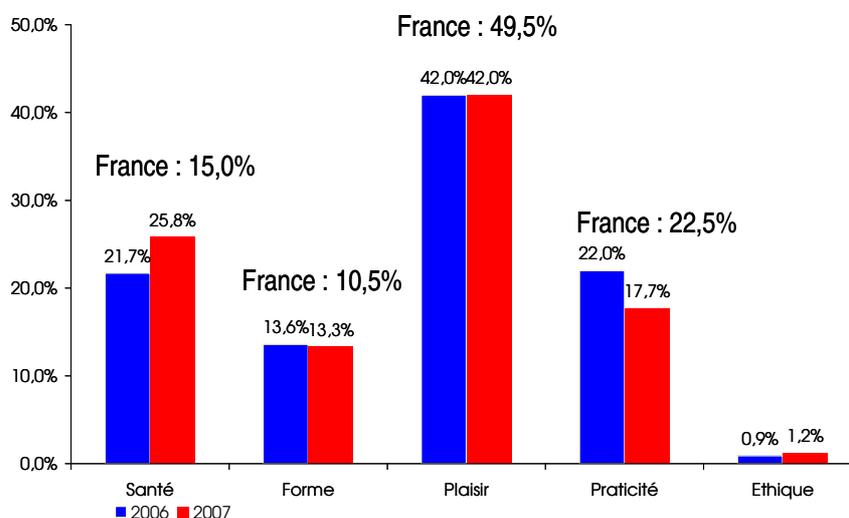
Selon Fischler (1990), l'être humain, de par sa qualité d'omnivore, se trouve dans une situation paradoxale en matière alimentaire. En effet, face à un nouvel aliment, il se trouve tiraillé entre deux attitudes : la néophilie, qui l'incite à diversifier son alimentation dans l'espoir d'y trouver un avantage (amélioration de ses performances physiques ou psychiques, protection contre les agressions extérieures, etc.) et la néophobie, qui l'incite à la prudence, voire même à la méfiance envers un produit pouvant avoir des conséquences néfastes. Les stratégies marketing des aliments santé visent à répondre à ce paradoxe en communiquant sur des produits permettant d'apporter un avantage santé en compensant les déséquilibres alimentaires, en contribuant à la beauté de chacun, en maintenant l'individu en forme tout en tentant de

rassurer sur la qualité du produit. Les denrées alimentaires à allégations nutritionnelles et de santé se sont rapidement et fortement développées depuis une dizaine d'années. Selon l'avis n°63 du CNA (2008), ce développement a entraîné des dérives : le prix de ces aliments est supérieur de 50% à 200% à celui des produits standards, seules 18% des 590 allégations évaluées par l'AFSSA, entre janvier 2000 et janvier 2008, ont été jugées justifiées, les compositions globales ne tiennent pas leurs promesses, et surtout, ces allégations modifient le rapport du mangeur avec son alimentation qui, en la réduisant à la seule fonction nutritionnelle, occultent les autres fonctions et déterminants alimentaires, en particulier sociaux, culturels, symboliques et hédoniques. La mise en place des profils, assez restrictifs pour limiter l'accès aux allégations, apparaît donc comme une solution pour réduire l'angoisse, la cacophonie nutritionnelle et les dérives qu'ils engendrent.

La médicalisation de l'alimentation n'est pas le fait des médecins et des scientifiques, elle est une véritable source d'intérêt et, de ce fait, le résultat d'interactions complexes entre les acteurs sociaux. L'industrie agroalimentaire, à travers une forte communication nutritionnelle pour lancer un produit ou soutenir l'image d'un produit existant, contribue fortement à la divulgation de ce discours médical. Suivant une tendance déjà à l'œuvre au Japon et dans les pays anglo-saxons, la prise de conscience et la communication autour des effets positifs de l'alimentation sur la santé ont favorisé le développement majeur des aliments santé dans les années 2000, puisqu'ils reflètent l'idée de « bonne forme », notion qui s'insère entre santé et beauté. Ils ne sont pas des médicaments mais ils correspondent à une idée de médecine plus douce, non plus curative mais préventive.

La santé est l'axe dynamique d'innovation alimentaire majeur dans le monde mais le plaisir reste cependant l'axe dominant (Graphique 17). La France suit cette dynamique. 68% des Français sont prêts à payer un produit plus cher pour un avantage santé en 2007 (Hébel, 2008), mais le modèle alimentaire à la française reste tout de même très hédonique et les industriels se voient souvent dans l'obligation de coupler dans leur stratégie de communication les arguments santé et les arguments plaisir.

Graphique 17 : La dynamique d'innovation dans le monde

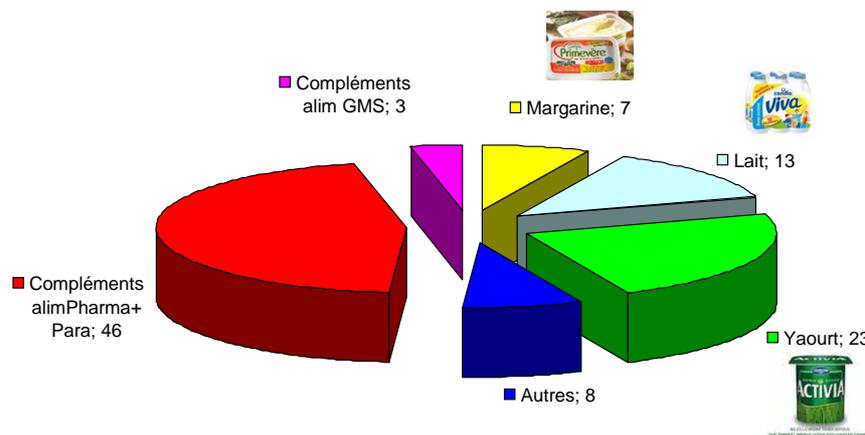


Source : XTC, 2008

En France, le marché des aliments santé (hors diététique) représente près de 3 milliards d'euros en 2007 (AC Nielsen, 2007), alors qu'il représentait deux milliards d'euros en 2006. La croissance en valeur est de 5%, cette progression est nettement supérieure à celle de l'alimentation à domicile qui a augmenté de 1,6% selon les données de l'INSEE. Les compléments alimentaires (GMS, pharmacie et parapharmacie) y sont majoritaires (49% en valeur), suivis des yaourts (23%), du lait (13%), des margarines - corps gras (7%). Les autres produits (8%) occupent une faible place mais sont en réel essor. En déclaratif, les allégés en matières grasses (qui ont une image très positive auprès des médecins) sont les plus consommés.

Les IAA s'investissent de plus en plus dans la recherche et la promotion d'une bonne alimentation. Ainsi l'ANIA soutient le PNNS, et crée, aux côtés de l'INRA et de l'IFN, la Fondation « Alimentation & Vitalité », pour promouvoir les bons comportements alimentaires ainsi que les modes de vie équilibrés et sains. Elle publie en 2006 un « Guide des bonnes pratiques de communication nutritionnelle » qui est un outil pratique de référence pour les entreprises.

Graphique 18 : Poids en valeurs (Millions d'euros) des aliments santé en 2007

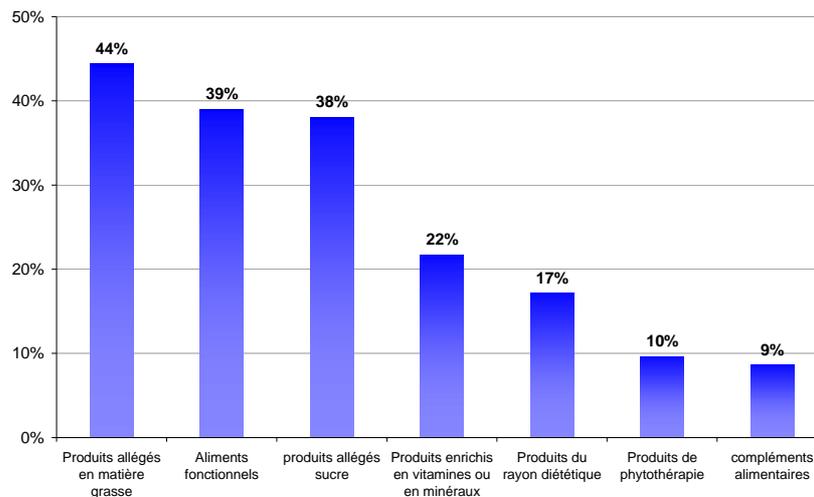


Source : AC NIELSEN, 2007

Les catégories sociales qui consomment le plus d'aliments santé sont avant tout des femmes, fortement diplômées, de catégories aisées, vivant en région parisienne. Ce descriptif caricatural a été obtenu en cumulant l'ensemble des aliments santé et en construisant des catégories de petits, moyens et grands consommateurs. Les profils spécifiques de chaque aliment santé sont variables selon le domaine de prescription. Ainsi, les aliments fonctionnels sont plus fortement consommés par les plus âgés pour les préconisations anticholestérol.

Certains segments des aliments santé s'essouffent, les fromages allégés sont en baisse depuis 3 à 4 ans, et la crise économique de 2008 aurait donné un coup d'arrêt à de nombreux autres aliments santé en raison de la cherté de ces produits.

Graphique 19 : Produits consommés plus d'une fois par semaine en moyenne



Source : CRÉDOC, enquête santé par l'alimentation

CONCLUSION

Que peut-on retenir de cette étude ? Le système d'enquêtes sur les comportements alimentaires du CRÉDOC, a mis en évidence une évolution des représentations sociales de l'alimentation. Le glissement sémantique d'une alimentation plaisir (en 1995) vers une alimentation fonctionnelle (en 2007) est nettement perceptible. Cette évolution est une conséquence du passage des récepteurs du discours nutritionnel des prescripteurs au grand public. La médicalisation du discours auprès du grand public s'est nettement accentuée au milieu des années 2000. Elle a créé une cacophonie nutritionnelle qui s'est accompagnée d'un certain trouble pour le consommateur. Sa confiance dans les acteurs gouvernementaux, industriels ou distribution diminue chaque année comme le révèle le dernier baromètre de l'alimentation (Hébel, 2008). Le consommateur doute de la qualité de son alimentation et est de moins en moins certain d'avoir une bonne alimentation. L'univers de l'alimentation devient de plus en plus complexe, alliant les dimensions rationnelles mais aussi symboliques rattachées aux croyances. L'évolution vers une représentation de l'alimentation plus fonctionnelle et plus restrictive est aussi plus forte pour les jeunes générations. Elle pose la question d'une évolution à moyen terme des comportements de consommation alimentaires.

Il faut bien distinguer les perceptions et les comportements. Il y a toujours un écart entre les représentations et les comportements (et entre le déclaratif et les actions réellement observées). Le passage des représentations aux comportements se trouve conditionné par une série de contraintes techniques. On appellera les « *contraintes techniques* » tout ce qui fait pression sur les actions des individus en dépit de leurs représentations, mais aussi de leurs désirs. Par exemple, même si l'usage du repas à table et à heures fixes continue à être respecté, y-compris chez les étudiants, il est fort possible que le modèle des repas français d'aujourd'hui ne résiste pas longtemps à une pression économique accrue, aux transformations

du marché de l'emploi et des conditions et des horaires de travail, notamment la réduction de l'heure de la pause déjeuner. Dans son étude sur les représentations sociales de l'alimentation, S. Lahlou (1992) observe par exemple que « les ménagères qui avaient peu de temps utilisaient des produits transformés (et en particulier surgelés) même si elles déclaraient en avoir une mauvaise opinion ». Or c'est justement cette culpabilisation, ou cette mauvaise opinion, qui est significative et qui est de nature à rendre improbable (ou moins probable) l'alignement sur une norme d'évolution « à l'américaine ».

ANNEXES

6. BIBLIOGRAPHIE

APFELBAUM M. (s.d.) (1998), *Risques et peurs alimentaires*, Odile Jacob, 1998.

ARTS-CHISS N., GUILLON F. (2003), *L'alimentation santé, un marché en voie de segmentation : une approche par les bénéfiques produits et les risques perçus*, Congrès sur les tendances du marketing, Venise, Italie, 28 - 29 novembre.

ASCHER F.(2005), *Le mangeur hypermoderne*, Odile Jacob.

AYMARD M., GRIGNON C., SABBAN F. (s d) (1993), *Le temps de manger : Alimentation, emploi du temps et rythmes sociaux*, éd. MSH.

BASTIN G. (2007), *Notes sur la méthode Alceste*, sur Internet <http://www.melissa.ens-cachan.fr>

BAUDRILLARD J. (1970), *La société de consommation*, Gallimard.

BAYOL M.-P. (1992), *Le boom des produits « techno-mutants » : Consommation et modes de vie* n°35. CRÉDOC.

BEAUDOUIN V. (1994), *Avancée en analyse lexicale : structure lexicale, registres et thèmes*, Cahier de Recherche n°61, CRÉDOC.

BEAUDOUIN V., LAHLOU S. (1993), *L'analyse lexicale : outil d'exploration des représentations*, Cahier de Recherche n°48, CRÉDOC.

BEAUDOUIN V., RIBIERE C., MIGNONAC A., HEBEL P. (1995), *Analyse des outils des messages nutritionnels à travers les documents diffusés par les industries agro-alimentaires ces quinze dernières années*, Lettre Scientifique de l'Institut Français pour la Nutrition, n°38, octobre.

BERGER R. et RECOURS F. (2006), *La santé par l'alimentation*, CRÉDOC, étude en souscription, juin 2006.

BORELLY DE BORELY A., HEBEL P. (1997), *Les médecins et l'alimentation : Enquête auprès des médecins français sur leur rôle en matière d'information nutritionnelle, évaluation de leur besoins en matière d'information sur l'alimentation*, CRÉDOC pour « Le Quotidien du médecin » - AMENUAL, janvier.

- BOUDAN, C. (2004), *Géopolitique du goût : La guerre culinaire*, PUF.
- BRELET C. (2005), *L'OMS, la dimension culturelle de la santé et les droits de l'homme*, Colloque international « Pratiques soignantes, éthique et société », UNESCO de Lyon, 11 avril.
- BROUSSEAU A-D. (1999), *Impact de la lemmatisation sur la robustesse des typologies lexicales : Rôle des seuils de sélection des mots analysés*, Cahier de Recherche n°131, CRÉDOC.
- BROUSSEAU A-D. (2004), *Les croyances nutritionnelles des Français*, rapport n°S1639, CRÉDOC, avril.
- BROUSSEAU A-D., GAGNIER C. (2002), *Les pratiques alimentaires des français : du discours à la réalité*, Cahier de Recherche n°196, CRÉDOC, novembre.
- CAILLOIS R. (1950), *L'homme et le sacré*, Gallimard.
- CARTER J.P., SENATE U.S. (1977), *Eating in America*, Dietary Goals for the United States, Report of the Select Committee on Nutrition and Human Needs, MIT Press, Cambridge, Massachusetts.
- CHAUFFAUT D. (2001), *L'évolution des relations entre générations dans un contexte de mutation du cycle de vie*, Cahier de Recherche n°163, CRÉDOC, novembre.
- CLAUDIAN J., TREMOLIERE J. (1978), *Psychologie de l'alimentation : L'univers de la psychologie*, Paris.
- CNA (2008), *Avis sur la mise en œuvre et conséquences d'un système de profils nutritionnels prévu par le règlement (CE) 1924/2006 concernant les allégations nutritionnelles et de santé portant sur les denrées alimentaires*.
- CNAM, UNIVERSITÉ PARIS 13, INVES (2007), *Étude nationale nutrition santé ENNS 2006 : Situation nutritionnelle en France en 2006 selon les indicateurs d'objectif et les repères du Programme national nutrition santé (PNNS), Premiers résultats*, Colloque du Programme national nutrition santé (PNNS), 12 décembre.
- CORBEAU J.P. (2008), *L'éducation alimentaire est une forme d'humanisme. Entretien avec JP Corbeau*. *Agrobiosciences.org*. .
- CORBEAU J.P. et al. (2007), *Impact des discours nutritionnels sur les comportements alimentaires : une approche socio-anthropologique qualitative auprès de groupes « ciblés »*, Summary in. « La cacophonie alimentaire : diagnostic et remèdes », CERIN Nutrinews. September 2007.
- CORBEAU J.P., POULAIN J.-P. (2002), *Penser l'alimentation : Entre imaginaire et rationalité*, Privat.
- COUVREUR A. (2001), *Les Français, l'alimentation et la santé*, synthèse de l'étude réalisée par le CRÉDOC pour le CFES et la CNAMTS, novembre.
- COUVREUR A., LOISEL J.P. (s.d.) (2004), *De la transmission à l'apprentissage des savoir-faire culinaires : regards croisés de filles et de mères*, Cahier de Recherche n°198, CRÉDOC, mars.
- DE REYNALD B (2008), *Panorama des nouvelles opportunités d'innovation sur le secteur de la Nutrition santé*, NutriMarketing pour Stratégies, juillet.

- DEFRANCE A. (1994), *To eat or not to eat. : 25 ans de discours alimentaire dans la presse*, Cahiers de l'OCHA n° 4.
- DESJEUX D., GARABUAU-MOUSSAOUI I., PALOMARES E. (s.d.) (2002), *Alimentations contemporaines*, L'Harmattan.
- DOUGLAS M., WILDAVSKY A. (1983), *Risque et culture*, Sociétés n°77, 2002/3.
- DURAND G. (1969), *Les structures anthropologiques de l'imaginaire*, Bordas.
- ELIAS N. (1975), *La dynamique de l'Occident*, Calmann-Lévy.
- ESCOFFIER B. et PAGES J.(1998), *Analyses factorielles simples et multiples*, Dunod.
- FAUCONNIER N., LOISEL J.P. (2000), *Les souhaits d'information nutritionnelle des consommateurs français*, rapport n°S1303, CRÉDOC, juin.
- FEILLET P. (2007), *La nourriture des Français : De la maîtrise du feu aux années 2030*, Quae.
- FISCHLER C. (1990), *L'omnivore*, Odile Jacob.
- FISCHLER C. (1993), *Le Bon et le Saint : Evolution de la sensibilité alimentaire des Français*, Cahiers de l'OCHA n°1.
- FISCHLER C. (2002), *Marketing, médias et messages nutritionnels : Le bon et le saint*. Cahier de l'OCHA n°1, Colloque IFN du 1^{er} octobre.
- FISCHLER C. (s.d.) (1994), *Manger magique : Aliments sorciers, croyances comestibles*, Autrement n°149.
- FISCHLER C., MASSON E. (s.d.) (2008), *Manger : Français, Européens et Américains face à l'alimentation*, Odile Jacob.
- FLANDRIN J.-L., MONTANARI M. (s.d.) (1996), *Histoire de l'alimentation*, Fayard.
- FLANDRIN, J.L. (1996), *La cuisine d'autrefois était déjà une diététique pratique in*. Enjeux, novembre.
- GIARD L. in. CERTEAU M. (de), GIARD L., MAYOL P. (1994), *L'invention du quotidien*, Tome II : Habiter, cuisiner, Gallimard, collection Folio essais.
- GRIGNON C. (1993), *La règle, la mode et le travail : la genèse sociale du modèle des repas français contemporain in*. Aymard Maurice, Grignon C., Sabban Françoise (s.d.), *Le temps de manger : Alimentation, emploi du temps et rythmes sociaux*, Maison des Sciences de l'Homme, pp. 275-323.
- HAUT COMITÉ DE LA SANTÉ PUBLIQUE (2000), *Pour une politique nutritionnelle de santé publique en France : Enjeux et propositions*, Editions ENSP, juin.
- HEBEL P. (2008), *Alimentation : se nourrir d'abord, se faire du bien ensuite*, Consommation et modes de vie n°209, CRÉDOC.
- HEBEL P. (2008), *Baromètre de l'alimentation pour le Ministère de l'Agriculture*, site www.agriculture.gouv.fr.

- HEBEL P. (2008), *Entre tension économiques et exigences du consommateur*. Etude pour la SEMMARIS. Site www.semmaris.fr, CRÉDOC.
- HEBEL P. (2008), *Le retour du plaisir de cuisiner*, Consommation et modes de vie n°218, CRÉDOC.
- HERCBERG S., INSERM/USEN/CRNH (2006), *Du PNNS 1 aux propositions du PNNS 2...*, Choléd-
Doc, CERIN, n°96, juillet - août.
- IFOP (2005), *Allégations santé : regard croisés médecins – consommateurs*.
- IREMAS (2007), *Third International Conference of the Institute for Research in Food and Health Marketing*, Paris, november 15 - 16th.
- IREMAS (2008), Livre blanc sur la cacophonie alimentaire (à paraître).
- LAHLOU S. (1992), *Si/alors : bien manger ? : Application d'une nouvelle méthode d'analyse des représentations sociales à un corpus constitué des associations libres de 2 000 individus*, Cahier de Recherche n°C34, CRÉDOC.
- LAHLOU S. (1998), *Penser manger*, PUF.
- LAMBERT J.L. (1987), *L'évolution des modèles de consommation alimentaire en France*, Lavoisier.
- LEBART L. (1994), *Statistiques textuelles*, éditions Dunod et sur Internet <http://ses.telecom-paristech.fr/lebart/>
- LECLERC A. (1975), *L'analyse des correspondances sur juxtaposition de tableau de contingence*, Revue de statistiques appliquées, Tome 23, n°3, pp. 5-16.
- LEVY-STRAUSS C. (1964). *Le Cru et le cuit*. Edition Plon
- MAFFESOLI M. (1985), *L'ombre de Dionysos*, Méridiens - Klincksieck.
- MERDJI M. (2008), *La perception des allégations nutritionnelles par les Français*, GT-CNA, OCHA, 2002, 13 mai.
- MERMET Gérard (1995), *Francoscopie*, Larousse.
- MINISTÈRE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITÉ (2001), *Programme National Nutrition Santé PNNS 2001 – 2005*, Ministère délégué à la santé.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS (2006), *Deuxième Programme National Nutrition Santé PNNS 2 2006 - 2010 : Actions et mesures*, septembre.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS (2008), *Nutrition et obésité : Nouvelles mesures pour 2008 et évaluation des messages accompagnant les publicités de l'industrie agro-alimentaire*, Dossier de presse, 4 février.
- MONTANARI M. (1995), *La faim et l'abondance : Histoire de l'alimentation en Europe*, Seuil.
- MUCCHIELLI L. (2002), *Criminologie, hygiénisme et eugénisme en France (1870 - 1914) : débats médicaux sur l'élimination des criminels réputés « incorrigibles »*, Revue d'histoire des sciences-humaines n°3, 2002/2.

- NEMEROFF C. (1994), *Tabous américains* in. Fishler C. (s.d.), *Manger magique*, Autrement n°149, novembre, pp. 38-50.
- NUTRITION INFOS (2008), *La revue des professionnels de la nutrition et de la diététique*, n°5, 3^{ème} trimestre.
- OMS (2003), *Régimes alimentaires, nutrition, et prévention des maladies chroniques*, Rapport d'une Consultation OMS/FAO d'experts, Série de Rapports techniques 916.
- OMS (2006), *Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé*, Documents fondamentaux, supplément à la quarante-cinquième édition, octobre.
- ORY P. (1992), *La gastronomie* in. NORA Pierre (s.d.), *Les lieux de mémoire*, Gallimard, collection « Quarto », pp. 3 743-3 769.
- OSSIPOW L. (1994), *Aliments morts, aliments vivants* in. Fishler C. (s.d.), *Manger magique*, Autrement n°149, novembre, pp. 127-135.
- PADILLA M. (1997), *La Sécurité Alimentaire des Villes Africaines: Le Rôle des SADA* », FAO, Programme Approvisionnement et distribution alimentaires des villes, collection *Aliments dans les villes*, avril.
- PEIGNEY S., PION G. (2007), *Le développement des gammes de produits allégés, ou enrichis en vitamines et minéraux : quels liens avec le comportement du consommateur et sa perception de l'alimentation ?*, AgroParisTech, février, étude commanditée par la Direction Générale de l'Alimentation.
- PERCIN L. (de) (2003), *L'alimentation des Européens*, Vecchi.
- POPKIN B.M. (2002), *The dynamics of the dietary transition in the developing world* in. *The nutrition transition : diet and disease in the developing world*, Caballero B., Popkin B.M. Editions, Academic Press, Amsterdam, 2002, pp.111-128.
- POULAIN J.P. (2002), *Manger aujourd'hui : Attitudes, normes et pratiques*, édition Privat
- POULAIN J.P. (2002), *Sociologies de l'alimentation*, PUF.
- RACAUD T. et HEBEL P. (1992), *Analyse des outils de communication nutritionnelle* in. *L'analyse lexicale : outil d'exploration des représentations*, Cahier de Recherche n°48Bis, CRÉDOC.
- RAUDE J. (2008), *Comprendre les crises alimentaires : Une analyse transdisciplinaire des comportements alimentaires face au risque*, IREMAS, 20 mai.
- RECOURS F., HEBEL P. (2006), *Les populations modestes ont-elles une alimentation déséquilibrée ?*, Cahier de Recherche n°C232, CRÉDOC, décembre.
- RECOURS F., HEBEL P., GAIGNIER C. (2005), *Exercice d'anticipation des comportements alimentaires des Français. Modèle Âge - Période - Cohorte*, Cahier de recherche n°C222, CRÉDOC, décembre.
- REINERT M. (1990) *Alceste : une méthodologie d'analyse des données textuelles et une application: Aurélia* de G. de Nerval, B.M.S. (26).

SANDRIN-BERTHON B. (1998), *Apprendre la santé à l'école*, Paris, ESF, pp 12-15, sur le site Internet du Codes Yvelines : http://www.cyes.info/themes/promotion_sante/sante_publique.php

SCALBERT A. (2003), *La transition nutritionnelle*, Unité des Maladies Métaboliques et Micronutriments, INRA, Université d'été de Nutrition 2003, Clermont-Ferrand, 17 - 19 septembre.

TAVOULARIS G., RECOURS F., HEBEL P. (2007), *Perception de la qualité et des signes officiels de qualité dans le secteur alimentaire*, Cahier de Recherche n°236, CRÉDOC.

THIS H. (2000), *Science et cuisine : avancées récentes en gastronomie moléculaire*, conférence à l'UTLS, mars.

TRUST, 2003, Programme Européen sur la confiance lors des crises sanitaires. Participation du CRÉDOC pour le volet Français.

VIGARELLO G. (1994), *Précieuses médecines in*. Fischler C.(s.d.), *Manger magique*, Autrement n°149 , novembre, pp.95-104.

VOLLE M. (1981), *Analyse des données*, édition Economica.

WARNIER J.-P. (s. d.) (1994), *Le paradoxe de la marchandise authentique*, L'Harmattan.

WHO (1998), *European food and nutrition policies in. Action*, edited by Nancy Milio and Elisabet Helsing, WHO Regional Publications, European Series n°73.

WHO (2004), *Global strategy on diet, physical activity and health*.

Textes réglementaires

Le Bulletin Officiel du ministère de l'Education Nationale et du ministère de la Recherche du 28 juin 2001 (circulaire MEN N°2001-118 du 25-6-2001).

Loi n°98-535 du 1^{er} juillet 1998 relative au renforcement de la veille sanitaire et du contrôle de la sécurité sanitaire des produits destinés à l'Homme, NOR : MESX9702267L.

Loi n°004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, NOR : SANX0300055L, Version consolidée au 11 août 2004.

Loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, NOR : SANX0300217L.

Directive 90/496/CEE (24 septembre 1990) relative à l'étiquetage nutritionnel des denrées alimentaires, JORF L276 du 6 octobre 1990.

Directive 2000/13/CE du Parlement européen et du Conseil du 20 mars 2000 relative au rapprochement des législations des États membres concernant l'étiquetage et la présentation des denrées alimentaires ainsi que la publicité faite à leur égard.

Règlement (CE) n°1924/2006 (rectificatif) (20 décembre 2006) concernant les allégations nutritionnelles et de santé portant sur les denrées alimentaires, Journal Officiel de l'Union Européenne L12/3 du 18 janvier 2007.

Sites Internet

Site Internet de l'ADLF : <http://www.adlf.org/>

Site de l'AFSSA: <http://www.afssa.fr/>

Site Internet du Codes Yvelines :

http://www.cyes.info/themes/promotion_sante/sante_publique.php

Site de la DG-SANCO : http://europa.eu.int/comm/dgs/health_consumer/index_fr.htm

WHO- Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'activité physique et la santé :

<http://www.who.int/dietphysicalactivity/en/>

Site de l'IFN : <http://www.ifn.asso.fr/>

Site de l'INSERM : <http://www.inserm.fr/fr/>

Site de l'INSERM, Livret d'accueil, 2008 :

www.rh.inserm.fr/INSERM/IntraRH/RHP/Livret_d_accueil.pdf

Site de l'InVs: <http://www.invs.sante.fr/>

Site du Parlement Européen (règlement 1924) :

<http://www.europarl.europa.eu/oeil/FindByProcnum.do?lang=1&procnum=COD/2003/0165>

Site Internet de pharmaceutique, Communiqué « La forte croissance des aliments fonctionnels fait de l'industrie agroalimentaire le nouveau compétiteur de l'industrie pharmaceutique », Août 2005 : http://www.pharmaceutiques.com/archive/une/art_795.html

Site de la plateforme européenne :

http://ec.europa.eu/food/food/labellingnutrition/index_fr.htm

Site du PNNS en France : <http://mangerbouger.fr/>

<http://www.sante.gouv.fr/html/pointsur/nutrition/>

Site de TNS Secodip, « Tendances produits alimentaire : la nutrition santé » :

http://www.mbk.secodip.com/quoideneuf/pdf/mbk2004/tendances_produits.pdf

7. LISTE DES GRAPHIQUES

Graphique 1 : Évolution des différentes représentations du « Bien manger » ces vingt dernières années	6
Graphique 2 : Chronologie des étapes suivant l'application du règlement n°1924/2006 concernant les allégations nutritionnelles et de santé portant des denrées alimentaires	22
Graphique 3 : Représentation graphique de l'AFC	46
Graphique 4 : Dimensions sociocognitives de l'acte alimentaire.....	49
Graphique 5 : Schéma de la classification descendante hiérarchique d'Alceste	50
Graphique 6 : Évolution des différentes représentations du « Bien manger » ces vingt dernières années	52
Graphique 7 : Les 6 familles d'aliments santé.....	54
Graphique 8 : « Docteurs, lors des consultations, vos patients vous sollicitent-ils sur des questions liées à l'alimentation ou à la nutrition ? »	55
Graphique 9 : Répartition des avis positifs chez les consommateurs et chez les médecins.....	56
Graphique 10 : « Parmi les sujets suivants, quels sont ceux qui préoccupent vos patients et pour lesquels ils font un lien avec l'alimentation ou la nutrition? »	57
Graphique 11 : « Vous arrive-t-il de conseiller ou de prescrire à vos patients de consommer... »	57
Graphique 12 : « Pensez-vous que la manière dont les personnes de votre foyer (y compris vous-même) mangent a une influence sur leur état de santé ? ».....	58
Graphique 13 : « De laquelle de ces trois affirmations vous sentez-vous le plus proche ? (en 1er) »	59
Graphique 14 : Pour vous personnellement, chacun des critères suivants compte-t-il beaucoup, plutôt, pas vraiment ou pas du tout pour vous faire une idée sur la qualité d'un produit alimentaire ? Somme des beaucoup et plutôt (%).....	59
Graphique 15 : « Percevez-vous les compléments alimentaires ou les produits de phytothérapie comme des aliments ou comme des médicaments? »	60
Graphique 16 : « En matière de santé, diriez-vous que les compléments alimentaires ou les produits de phytothérapie... »	62
Graphique 17 : La dynamique d'innovation dans le monde	63
Graphique 18 : Poids en valeurs (Millions d'euros) des aliments santé en 2007	64
Graphique 19 : Produits consommés au moins plus d'une fois par semaine en moyenne.....	65

8. LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Evolution du discours et de son contexte social 33