

Regards – Focus

La sociologie de l'alimentation comme piste pour lutter contre les maladies chroniques et les inégalités sociales de santé

Louis Lebretonchel^{1,*} , Frédérick Lemarchand² et Anthony Fardet³ 

¹ Sociologie et démographie, Université de Lorraine, École de santé publique, UR APEMAC, Vandœuvre-lès-Nancy, France

² Sociologie, Université de Caen-Normandie, UR CERREV, Caen, France

³ Nutrition humaine et alimentation préventive et holistique, INRAE, UNH, Clermont-Ferrand, France

Résumé – Face à la croissante prévalence des maladies chroniques (phénomène aussi appelé « transition épidémiologique »), notre santé est intrinsèquement liée à notre relation avec l'environnement. Elle ne dépend plus seulement de soins, mais aussi et surtout de sa prévention. L'alimentation est une interaction quotidienne avec l'environnement, elle peut soit contribuer à prévenir des maladies chroniques, soit les favoriser. Si s'alimenter représente un pouvoir d'agir au quotidien sur notre santé, ce pouvoir se retrouve contraint par des facteurs socioéconomiques, ainsi que largement influencé par des facteurs culturels. Les plus précaires sont les plus affectés par les maladies chroniques, tout en ayant une alimentation susceptible de contribuer à leur développement. La sociologie de l'alimentation peut aider à élaborer une prévention adaptée, *via* l'étude des représentations alimentaires de ces populations.

Mots-clés : sociologie de l'alimentation / santé environnementale / maladies chroniques / inégalités sociales de santé / transition épidémiologique

Abstract – **Sociology of food and nutrition, a path towards fighting chronic diseases and social inequalities in health.** Since the beginning of the 20th century, the prevalence of infectious diseases has gradually decreased, while that of chronic diseases is growing exponentially: this phenomenon is known as the epidemiological transition. In this context, health is no longer to be understood as merely the absence of disease, but as a complex whole, also described as 'environmental health'. Indeed our daily interactions with the environment in the long term are what will influence our health. Chronic diseases are difficult to cure: public health should no longer focus solely on care, but also and especially on prevention. Diet is particularly interesting in this context: it can be considered as a notable part of our interaction with the environment, on which each individual has the power to act, although under the constraint of economic factors and conditioned by culture. It can also be beneficial in preventing the development of chronic diseases, or harmful in promoting it. There are links between the growth of social inequalities in health and the prevalence of chronic diseases; the most socially disadvantaged populations are the most affected and are the greatest consumers of ultra-processed foods, which are identified as causing chronic diseases. Sociology can contribute to these issues by providing insight into the food and nutrition representations and behaviors of socially disadvantaged populations, ultimately to help develop appropriate prevention campaigns.

Keywords: sociology of food / environmental health / chronic diseases / social inequalities in health / epidemiologic transition

*Auteur correspondant : louis.lebretonchel@univ-lorraine.fr

Appréhender les maladies chroniques comme le résultat de notre interaction avec l'environnement, dans le contexte de la transition épidémiologique

Nous sommes dans une période appelée la « transition épidémiologique » (Omran, 1971) : depuis le début du XX^e siècle, la prévalence des maladies transmissibles a progressivement diminué, parallèlement à la croissance de celle des maladies chroniques. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) projette qu'en 2030, les maladies chroniques seront responsables de 88 % des décès prématurés, alors que 12 % seront dus aux maladies transmissibles (OMS, 2011). Le terme de « transition » est d'autant plus pertinent que les représentations de la santé dans nos sociétés restent encore très ancrées dans la crainte des maladies transmissibles, tendant à largement sous-estimer le danger des maladies chroniques. Selon André Cicoletta (2013, p.22), « nous restons marqués par la peur ancestrale des épidémies infectieuses meurtrières, du type peste ou choléra, et nous n'avons toujours pas pris conscience de l'ampleur de l'épidémie de maladies chroniques ».

Les maladies chroniques, dont les principales sont l'obésité, le diabète de type 2, les maladies cardiovasculaires, les cancers, les maladies respiratoires, les maladies neurologiques, les maladies auto-immunes, les troubles de la reproduction, ainsi que les problèmes articulaires, sont différentes des maladies transmissibles, du fait qu'elles ne sont pas guérissables en identifiant leur cause bactérienne ou virale pour en comprendre l'origine et les soigner ensuite par un traitement. Elles sont généralement attribuées à des origines différentes et variées¹ telles que le tabagisme, la qualité de l'alimentation, le manque d'activité physique et sportive, la qualité de l'air et de l'eau, l'augmentation des polluants comme les pesticides, ou, plus généralement, à l'augmentation des produits chimiques dans l'environnement, qui agissent en tant que perturbateurs endocriniens (Murray *et al.*, 2012 ; Farbos, 2018). Ces causes ne sont pas à isoler les unes des autres pour comprendre l'origine des maladies chroniques : il s'agit là d'interactions complexes qui provoquent une dégradation générale de la santé. L'alimentation peut par exemple être un vecteur d'exposition aux perturbateurs endocriniens, étant notamment « la principale source de contamination par les pesticides » (Cicoletta, 2013, p. 206-207).

¹ La croissance de la prévalence des maladies chroniques est également associée, au-delà des causes mentionnées, à une augmentation générale de l'espérance de vie ainsi qu'à un vieillissement de la population. Aussi, les maladies chroniques peuvent dépendre de facteurs génétiques, avec lesquels interagissent les causes évoquées.

La santé n'est ainsi plus à considérer seulement comme l'absence d'une maladie virale ou bactérienne qui pourrait être guérie par un traitement spécifique ou prévenue par une vaccination, mais en tant qu'équilibre complexe et multifactoriel : soit un ensemble dont la totalité n'équivaut pas à la somme des parties (selon une approche holistique et multidimensionnelle).

Les maladies chroniques sont également appelées des pathologies environnementales (Spiroux, 2007) : il est ainsi question d'envisager la santé de manière globale, soit la « santé environnementale », et celle-ci « renvoie aux interactions entre l'homme et l'environnement qu'elles soient positives (avantages) ou négatives (inconvenients) » (Dab, 2007, p. 3). De même que leurs causes sont multifactorielles, ces maladies ne sont pas à considérer comme indépendantes les unes des autres, mais susceptibles de s'influencer et de se provoquer mutuellement (Cicoletta, 2013 ; Fardet et Boirie, 2013).

L'alimentation en tant qu'interaction quotidienne avec notre environnement, favorisant ou prévenant le développement des maladies chroniques

L'alimentation représente une dimension majeure vis-à-vis des maladies chroniques : elle peut contribuer, soit à leur développement, soit, au contraire, à leur prévention. Le surpoids et l'obésité favorisent les maladies chroniques par un affaiblissement général de la santé (Fardet et Boirie, 2013). L'OMS désigne l'obésité comme responsable de 41 % des cancers ainsi que de 44 % des diabètes (OMS, 2011). Les maladies cardiovasculaires en sont aussi une conséquence possible, de même que les cancers, les maladies respiratoires, les maladies auto-immunes et les pathologies articulaires. Les produits chimiques présents dans les aliments, comme les pesticides et les additifs, agissent en tant que perturbateurs endocriniens, contribuant eux aussi au développement de maladies chroniques (Cicoletta, 2013). La consommation fréquente d'aliments ultra-transformés, aux matrices dégradées, artificialisées et pauvres en composés protecteurs, leur est également associée (Pagliari *et al.*, 2020).

Au contraire, l'alimentation peut contribuer à la prévention des maladies chroniques. Il est entre autres connu que les antioxydants, largement présents dans les fruits et légumes frais², aident à prévenir le

² Les antioxydants ingérés sous forme de compléments alimentaires, donc hors des matrices des aliments qui les contiennent naturellement, non seulement perdent de leur capacité à prévenir des maladies chroniques, mais peuvent même aller jusqu'à avoir l'effet inverse, en favorisant par exemple le développement de certains cancers (Bjelakovic *et al.*, 2008).

développement de cancers en luttant contre les radicaux libres et le stress oxydant, en préservant ainsi la santé des cellules et du corps dans son ensemble. Il semble également intéressant de constater que la dimension multifactorielle des causes du développement des maladies chroniques, ainsi que la relation entre environnement et santé, correspondent aussi aux capacités de l'alimentation pour leur prévention (Fardet et Rock, 2014). Nous savons par exemple qu'en adoptant, à l'échelle globale, une alimentation majoritairement végétale, vraie (c'est-à-dire une alimentation composée le moins possible d'aliments « ultra-transformés ») et variée (si possible bio, locale et de saison), il serait alors possible de protéger la santé humaine, aussi bien que celle de l'environnement, des animaux et de la biosphère (Fardet et Rock, 2020).

L'alimentation comme un pouvoir d'agir individuel sur notre santé et nos interactions avec l'environnement

L'alimentation, parmi les éléments qui définissent nos interactions avec l'environnement, semble être celui qu'on peut le mieux contrôler au quotidien. Bien qu'il existe plusieurs contraintes, qu'elles soient économiques, géographiques (déserts alimentaires), ou dues à une dépendance à une structure de restauration collective (scolaire ou professionnelle), les individus disposent d'un pouvoir d'agir important sur leur alimentation, ce qui n'est, en l'occurrence, pas le cas sur la qualité de l'air ou sur l'eau d'un territoire. En effet, pour tenter d'améliorer celles-ci, les seules possibilités d'agir sont le recours aux actions collectives et aux mouvements sociaux, ou encore à la politique, ce qui n'est réalisable que sur le long terme, en investissant une énergie et un temps conséquents, et uniquement en groupes constitués. En contrepartie, l'alimentation des individus, bien que largement contrainte par leurs ressources économiques, dépend également de leurs choix de consommation (les rendant quotidiennement libres, en principe, d'ingérer ce qu'ils souhaitent). Il ne s'agit pas ici de véhiculer l'idée selon laquelle les seuls individus seraient entièrement maîtres de leur consommation alimentaire et des différents maux que celle-ci entraînerait, en occultant les responsabilités institutionnelles et politiques vis-à-vis de ces enjeux³. Au contraire, il est question de souligner les perspectives et les possibilités de changements à la fois pour la santé de l'humain et celle de la planète, *via*

l'alimentation, en tant que pouvoir d'agir dépendant en partie de la liberté de choisir quotidiennement ce que l'on consomme. En outre, les évolutions politiques, « par le haut », sont souvent lentes et soumises à beaucoup de contraintes et d'enjeux financiers sur lesquels les citoyens n'ont pas de capacités d'action immédiates. Aussi, les changements « par le bas », *via* le consommateur et sa potentielle prise de conscience des effets de son alimentation sur sa santé et celle de l'environnement, apparaissent pertinents face à des actions politiques qui, pour l'instant, peinent à inverser la tendance dans la progression des maladies chroniques et des inégalités sociales de santé.

La dimension culturelle de l'alimentation et ses contraintes socioéconomiques

Il n'est cependant pas possible de réduire le fait de s'alimenter à un acte uniquement individuel et « rationnel⁴ » (Poulain, 2002, p. 16). En effet, les choix alimentaires des individus ne s'orientent pas uniquement vers ce qui est biologiquement comestible, mais aussi (et surtout ?) vers ce qui l'est culturellement (Fischler, 1990, p. 31). Les individus n'existent qu'en tant qu'appartenant à des groupes sociaux, avec des représentations, valeurs et cultures qui leur sont propres. Ainsi, leurs choix de consommation alimentaire au quotidien ne peuvent ni dépendre uniquement de leur individualité, ni se baser entièrement sur des allégations nutritionnelles et de santé (Poulain, 2002), mais s'inscrivent dans un ensemble de normes et de valeurs sur lesquelles reposent nos identités de groupes (de Saint Pol, 2017), grâce auxquelles les individus font société. En effet, selon Claude Fischler (1990, p. 32-33) : « Chaque culture possède une cuisine spécifique qui implique des classifications, des taxonomies particulières et un ensemble complexe de règles portant non seulement sur la préparation et la combinaison des aliments mais aussi sur leur collecte et leur consommation. [...] Dans toute culture, il existe des règles d'une grande complexité qui gouvernent la consommation des aliments et le comportement du mangeur en s'appuyant sur les classifications établies. Ces règles culinaires sont intériorisées par les individus de manière en grande partie inconsciente ». Autrement dit, les choix de consommation que font les individus en matière d'alimentation doivent être considérés relativement aux normes et aux valeurs de leur(s) groupe(s) d'appartenance.

L'alimentation des individus repose aussi sur un ensemble de contraintes économiques (Régnier *et al.*, 2006, p. 64), selon lesquelles plus les revenus sont modestes, plus il est difficile d'accéder à une

³ Nous pouvons notamment ici renvoyer à l'absence actuelle d'étiquetage ou même de taxation des aliments ultra-transformés, ainsi qu'à l'absence d'un programme national d'éducation à l'alimentation obligatoire dans le tronc commun, du primaire au secondaire.

⁴ Dans la mesure où, bien que l'alimentation puisse contribuer à favoriser ou prévenir le développement des maladies chroniques, l'acte de manger ne résulte pas d'un calcul rationnel qui ne prendrait en compte que les effets de l'alimentation sur la santé.

alimentation qui prévienne des maladies chroniques, alors qu'une alimentation qui favorise leur développement demeure davantage abordable. Les aliments ultra-transformés peuvent ainsi coûter jusqu'à plus de 50 % moins cher que les aliments bruts ou peu transformés (Gupta *et al.*, 2019 ; Vandevijvere *et al.*, 2020) et sont davantage consommés par les foyers défavorisés (Djupegot *et al.*, 2017 ; Batal *et al.*, 2018), tandis que les fruits et les légumes bruts sont plus coûteux et sont largement plus consommés par les foyers socialement aisés (Laisney, 2013). Ces contraintes économiques ne semblent toutefois pas à séparer de ou à opposer à la dimension culturelle de l'alimentation. En France, il a été observé que le niveau d'études des parents conditionne davantage la qualité de l'alimentation des foyers que leurs différences de revenu ou leur catégorie socioprofessionnelle, et qu'à revenus égaux, les foyers dont les parents ont un niveau d'études plus élevé ont une alimentation jugée plus saine (ANSES, 2012).

Ainsi, si l'alimentation représente en principe une capacité d'agir pour lutter contre les maladies chroniques, elle s'inscrit dans un ensemble de contraintes et de disparités économiques (de sorte que les plus précaires ont moins accès à une alimentation préventive et davantage à une alimentation néfaste pour la santé), mais dépend aussi et surtout de facteurs sociaux et culturels, dont l'éducation qui semble jouer un rôle important.

Le rôle de la sociologie pour la prévention des maladies chroniques

La prévalence des maladies chroniques croît proportionnellement aux inégalités sociales de santé (Rychen, 2017). Si ces maladies sont souvent expliquées comme liées à des inégalités d'accès aux soins (Lombrail et Pascal, 2005), nous pensons cependant que, dans le contexte de la transition épidémiologique, celles-ci sont à comprendre non pas seulement en termes de capacités à réagir face aux dangers (par exemple *via* l'accès aux soins), mais plutôt et principalement en termes d'accès aux connaissances, et ainsi de prévention.

Comme expliqué précédemment, les maladies chroniques diffèrent de la plupart des maladies transmissibles par leur grande complexité et la difficulté à les soigner. Dès lors, il s'agit de centrer les sciences de la santé non plus seulement sur la guérison des maladies, mais davantage sur leur prévention ainsi que leur maîtrise (ONU, 2011). Nous savons, d'une manière générale, quelles sont les causes et les origines de ces maladies, et comment les prévenir, c'est-à-dire par un rapport quotidien à notre environnement limitant les expositions aux produits chimiques pathogènes et aux perturbateurs endocriniens, mais aussi en favorisant les interactions

positives avec l'environnement, *via* des « produits⁵ » qui permettent de lutter contre leur développement.

Mettre l'accent sur la prévention plutôt que sur le traitement des maladies chroniques semble impliquer la nécessité d'un renouvellement des sciences de la santé, non plus uniquement centrées autour de la médecine. En effet, non seulement cette dernière a tendance à se focaliser sur le soin plutôt que sur la prévention, mais aussi, en tant que discipline académique, elle sous-estime souvent les problématiques « émergentes » de la santé environnementale, en restant focalisée sur son ancien paradigme (Spiroux, 2007).

Dans ce contexte, la sociologie et les autres sciences humaines et sociales, en tant que disciplines vouées à comprendre rationnellement les représentations et les pratiques des individus et des groupes sociaux, peuvent ainsi avoir un rôle à jouer au sein des sciences de la santé : notamment en ayant la capacité de développer des outils œuvrant pour la prévention des maladies chroniques. La prévention nécessite des connaissances ainsi que la capacité à comprendre rationnellement, *via* des outils et une méthodologie spécifique, les différentes populations et les différents groupes sociaux qu'elle vise, de même qu'un discours adapté aux représentations et aux cultures spécifiques de ces populations. Le discours médical et sanitaire, produisant souvent des injonctions de santé sans tenir compte des spécificités culturelles des populations auxquelles il s'adresse (Dozon et Fassin, 2001), peut, d'une part, devenir complètement inefficace, et, d'autre part, représenter une forme de violence symbolique. Le décalage entre le discours médical et la culture des populations ciblées a pour effet d'instaurer une « distance culturelle » : « La distance culturelle supposée ne tient cependant pas aux seules différences liées à l'origine géographique, elle s'opère aussi sur la base des inégalités sociales : ainsi, les milieux populaires ou pauvres sont-ils vus comme particulièrement rétifs au discours sanitaire » (Dozon et Fassin, 2001, p. 9-10). Nous pouvons ainsi supposer que plus la population visée par le discours médical est issue d'un milieu populaire, plus il est susceptible de s'installer une « distance culturelle » qui aura probablement pour conséquence une inefficacité du message, en raison de son manque d'adaptation aux codes culturels (jusqu'à entraîner parfois une forme de résistance, qui se traduira par un potentiel rejet des injonctions de santé). Dès lors, la sociologie nous semble être en mesure, en tant que

⁵ Ces « produits », qui favorisent une interaction saine avec l'environnement, relèvent la plupart du temps davantage de la nature que de la « production » (industrielle). L'appellation « produits » reste cependant de mesure dans le sens où, par exemple, des légumes frais ou un élevage bovin destiné à la consommation de sa viande représentent des « produits » qui ont été cultivés ou élevés.

science du social, de réduire la « distance culturelle » entre les discours de santé publique et les populations les plus défavorisées, en ayant la capacité d'adapter les premiers aux codes culturels des dernières.

Cette démarche n'a cependant pas pour finalité de mieux contraindre les populations les plus précaires à intérioriser des injonctions médicales, ce qui reviendrait à renforcer l'application d'un « biopouvoir » (Foucault, 1975), mais elle a plutôt pour but d'identifier et de développer des connaissances permettant de mieux comprendre comment aider ces populations à réduire leur exposition aux agents pathogènes, sans pour autant tenter de les soumettre à des éléments culturels qui leur sont étrangers. L'objectif étant de permettre un accès plus démocratique⁶ à une conscience des liens entre alimentation, santé et environnement, adaptée aux enjeux de la transition épidémiologique.

Conclusion : la sociologie de l'alimentation comme piste pour lutter contre les maladies chroniques et les inégalités sociales de santé qui leur sont associées

La sociologie de l'alimentation, en tant que discipline permettant la compréhension rationnelle des représentations et des comportements alimentaires, ainsi que des normes et des valeurs dont dépendent les choix de consommation, semble pouvoir contribuer à lutter contre les maladies chroniques et les inégalités sociales de santé, dans une perspective pluridisciplinaire et en s'inscrivant dans une démarche de santé publique.

L'alimentation représente une interaction quotidienne avec l'environnement, qui contribue largement à conditionner notre santé en prévenant le développement des maladies chroniques ou en le favorisant. Elle demeure un levier important pour lutter contre ces maladies, notamment du fait que se nourrir est un pouvoir d'agir quotidien dont disposent les individus, malgré d'importantes disparités économiques dans l'accès à une alimentation saine. Se nourrir dépend aussi et surtout de facteurs sociaux et culturels : on mange et consomme ce qui est conforme aux normes et aux valeurs correspondant à notre groupe d'appartenance et à notre culture.

⁶ Du fait que la prévention des maladies chroniques, particulièrement par l'alimentation, ne s'inscrit peu ou pas dans les formations citoyennes que sont les écoles élémentaires, le collège, le lycée, voire les facultés de médecine (Spiroux, 2007, p.201), l'acquisition de connaissances permettant cette prévention semble actuellement dépendre de démarches individuelles, qui nécessitent des ressources (temps, argent, énergie) socialement inégalement réparties.

Les populations les plus précaires sont les plus affectées par les maladies chroniques, et sont celles qui consomment le plus d'aliments ultra-transformés, qui favorisent leur développement, et le moins de fruits et légumes, qui contribuent à leur prévention. Dans ce contexte, la sociologie de l'alimentation semble représenter une piste intéressante pour la santé publique. Elle pourra en effet être en mesure de contribuer à la mise en œuvre d'une prévention plus efficace de la santé par l'alimentation, particulièrement auprès des populations les plus défavorisées, qui sont souvent les plus réticentes aux normes du « bien manger » diffusées dans les campagnes actuelles de promotion de la santé (Maurice, 2014). En effet, grâce à sa capacité à étudier et à comprendre les représentations, normes, valeurs et croyances alimentaires de ces populations, la sociologie de l'alimentation pourra, dans une perspective de collaboration interdisciplinaire avec les sciences de la santé, aider à adapter les messages à leur culture (et notamment aux représentations alimentaires). Cette proposition vise une amélioration et une démocratisation de l'accès à une conscience des liens entre l'alimentation, la santé et l'environnement (en évitant l'engendrement de rejets ou d'une « distance culturelle »), et non l'exercice de contraintes et d'un contrôle social sur les pratiques alimentaires, *via* des normes de santé.

Une application de ces réflexions se retrouve notamment dans notre thèse de doctorat (Lebretonchel, 2021), dans laquelle a été formulée l'idée « d'une éducation à l'alimentation holistique », qui s'adresse à tous les enfants et s'adapte à leurs représentations et codes culturels, dans le but de les amener à développer leur conscience des liens entre l'alimentation, la santé et l'environnement, et afin de contribuer à la prévention des maladies chroniques ainsi qu'à la lutte contre les inégalités sociales de santé qui leur sont associées.

Références

- Anses (Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail), 2012. *Disparités socio-économiques et apports alimentaires et nutritionnels des enfants et adolescents*. Rapport d'étude, Paris, Anses, <https://www.anses.fr/fr/system/files/NUT2012sa0085Ra.pdf>.
- Batal M., Johnson-Down L., Moubarac J.C., Ing A., Fediuk K., Sadik T., Chan H.M., Willows N., 2018. Sociodemographic associations of the dietary proportion of ultra-processed foods in First Nations peoples in the Canadian provinces of British Columbia, Manitoba, Alberta and Ontario, *International Journal of Food Sciences and Nutrition*, 69, 6, 753-761, <https://doi.org/10.1080/09637486.2017.1412405>.
- Bjelakovic G., Nikolova D., Simonetti R.G., Gluud C., 2008. Antioxidant supplements for preventing gastrointestinal cancers, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3, CD004183, <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004183.pub3>.

- Cicolella A., 2013. *Toxique planète. Le scandale invisible des maladies chroniques*, Paris, Le Seuil.
- Dab W., 2007. *Santé et environnement*, Paris, Presses universitaires de France.
- Djupegot I.L., Nenseth C.B., Bere E., Bjørnarå H., Helland S.H., Øverby N.C., Torstveit M.K., Stea T.H., 2017. The association between time scarcity, sociodemographic correlates and consumption of ultra-processed foods among parents in Norway: a cross-sectional study, *BMC Public Health*, 17, 1, 447, <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4408-3>.
- Dozon J.-P., Fassin D. (Eds), 2001. *Critique de la santé publique. Une approche anthropologique*, Paris, Balland.
- Farbos I., 2018. L'épigénétique et les environnements de notre quotidien. Comment préserver notre santé ?, in Bonnefoy M., Caucat B., Garrigues C., Suesser P. (Éds), *Santé et épanouissement de l'enfant : dans quel environnement ?*, Toulouse, Érès, 67-86, <https://doi.org/10.3917/eres.bonne.2018.01.0067>.
- Fardet A., Boirie Y., 2013. Associations between diet-related diseases and impaired physiological mechanisms: a holistic approach based on meta-analyses to identify targets for preventive nutrition, *Nutrition Review*, 71, 643-656, <https://doi.org/10.1111/nure.12052>.
- Fardet A., Rock E., 2014. Toward a new philosophy of preventive nutrition: from a reductionist to a holistic paradigm to improve nutritional recommendations, *Advances in Nutrition*, 5, 430-446, <https://doi.org/10.3945/an.114.006122>.
- Fardet A., Rock E., 2020. How to protect both health and food system sustainability? A holistic 'global health' based approach via the 3V rule proposal, *Public Health Nutrition*, 23, 3028-3044, <https://doi.org/10.1017/S136898002000227X>.
- Fischler C., 1990. *L'omnivore. Le goût, la cuisine et le corps*, Paris, Odile Jacob.
- Foucault M., 1975. *Surveiller et punir*, Paris, Gallimard.
- Gupta S., Hawk T., Aggarwal A., Drewnowski A., 2019. Characterizing ultra-processed foods by energy density, nutrient density, and cost, *Frontiers in Nutrition*, 6, 70, <https://doi.org/10.3389/fnut.2019.00070>.
- Laisney C., 2013. *Disparités sociales et alimentation*. Document de travail n°9, Paris, Centre d'études et de prospective, ministère de l'Agriculture, de l'Agroalimentaire et de la Forêt.
- Lebretonchel L., 2021. *Sociologie des représentations alimentaires et de l'éducation à l'alimentation, pour une alimentation durable dans le contexte de la transition épidémiologique. Une étude de cas au sein de quatre écoles élémentaires*. Thèse de doctorat en sociologie et démographie, Université de Caen-Normandie, <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-03450172/>.
- Lombrail P., Pascal J., 2005. Inégalités sociales de santé et accès aux soins, *Les Tribunes de la santé*, 8, 3, 31-39, <https://doi.org/10.3917/seve.008.39>.
- Maurice A., 2014. *Les préadolescents comme ressorts des actions de santé publique. Analyse d'un projet d'éducation alimentaire en collège*. Thèse de doctorat en sciences de l'éducation, Université Paris-Descartes, <https://www.the-ses.fr/2014PA05H008>.
- Murray C.J., Ezzati M., Flaxman A.D., Lim S., Lozano R., Michaud C., Naghavi M., Salomon J.A., Shibuya K., Vos T., Lopez A.D., 2012. Global Burden of Disease 2010: a multi-investigator collaboration for global comparative descriptive epidemiology, *The Lancet*, 380, 9859, 2055-2058, [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)62134-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)62134-5).
- Omran A., 1971. The epidemiological transition: a theory of the epidemiology of population change, *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, 49, 4, 509-538, <https://doi.org/10.2307/3349375>.
- OMS (Organisation mondiale de la santé), 2011. *Global status report on non-communicable diseases 2010*. Rapport, Genève, OMS, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44579>.
- ONU (Organisation des Nations unies), 2011. *Déclaration politique de la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles*, New York, ONU, <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/LTD/N11/497/78/PDF/N1149778.pdf?OpenElement>.
- Pagliai G., Dinu M., Madarena M.P., Bonaccio M., Iacoviello L., Sofi F., 2020. Consumption of ultra-processed foods and health status: a systematic review and meta-analysis, *British Journal of Nutrition*, 125, 308-318, <https://doi.org/10.1017/S0007114520002688>.
- Poulain J.-P., 2002. *Manger aujourd'hui. Attitudes, normes et pratiques*, Toulouse, Éditions Privat.
- Régner F., Lhuissier A., Gojard S., 2006. *Sociologie de l'alimentation*, Paris, La Découverte.
- Rychen C., 2017. *Les maladies chroniques et les inégalités sociales de santé en soins primaires : données de l'étude e-TAC*. Thèse de doctorat en médecine, Université de Bordeaux, <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01679112/document>.
- Saint Pol T. (de), 2017. Les évolutions de l'alimentation et de sa sociologie au regard des inégalités sociales, *L'Année sociologique*, 67, 1, 11-22, <https://doi.org/10.3917/anso.171.0011>.
- Spiroux J., 2007. *Pathologies environnementales*, Paris, Éditions Josette Lyon.
- Vandevijvere S., Pedroni C., De Ridder K., Castetbon K., 2020. The cost of diets according to their caloric share of ultraprocessed and minimally processed foods in Belgium, *Nutrients*, 12, 9, 2787, <https://doi.org/10.3390/nu12092787>.

Citation de l'article : Lebretonchel L., Lemarchand F., Fardet A. La sociologie de l'alimentation comme piste pour lutter contre les maladies chroniques et les inégalités sociales de santé. *Nat. Sci. Soc.*, 30, 2, 201-206.