

## RAPPORT HYPERTEXTE

# Les pathologies liées à l'alimentation



Rédacteur : Sébastien Destandau

Courriel : [sebastien.destandau@gmail.com](mailto:sebastien.destandau@gmail.com)

Tel : 07.81.97.86.67

Mandataire : Laboratoire Poche

90, cours de Boutanche

33000 Bordeaux Cedex2

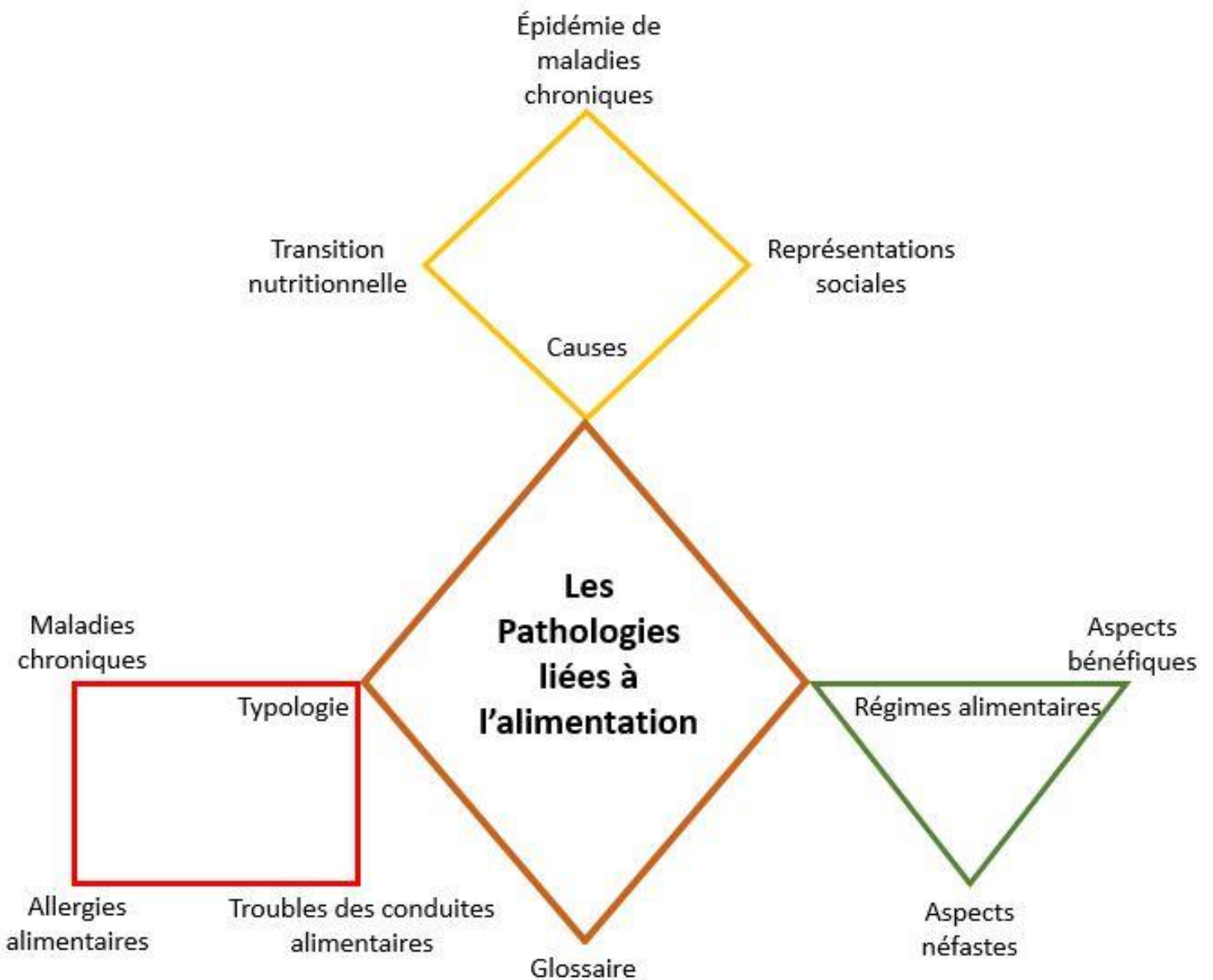
Rapport livré le 11 mai 2015

PARCOURS.....	5
Les causes des pathologies liées à l'alimentation .....	6
L'épidémie de maladies chroniques .....	6
La transition nutritionnelle .....	9
Les deux facettes de la transition nutritionnelle.....	9
La transition nutritionnelle : évolutions des régimes alimentaires .....	9
La transition nutritionnelle : évolutions de la consommation de graisses .....	10
La transition nutritionnelle : évolutions de la consommation de protéines....	11
La transition nutritionnelle : évolutions de la consommation de fruits et légumes.....	13
Représentations sociales et pathologies alimentaires .....	15
L'idéal de l'obésité en Afrique subsaharienne .....	15
L'idéal de la minceur dans les sociétés occidentales.....	16
Les pathologies liées à l'alimentation .....	18
Les maladies chroniques.....	19
Typologie des maladies chroniques.....	19
Les cancers .....	20
Le diabète .....	22
L'obésité.....	23
Les maladies cardio-vasculaires.....	25
Les allergies alimentaires.....	26
Les allergies alimentaires médicalement avérées et les allergies auto-diagnostiquées .....	27
L'interprétation socio-anthropologique des allergies alimentaires auto-diagnostiquées .....	28
Les troubles des conduites alimentaires.....	30
La boulimie.....	31
L'anorexie mentale.....	32
Les régimes alimentaires .....	33
La notion de régime alimentaire.....	33
Les régimes amaigrissants .....	34

Les régimes crétois et méditerranéens.....	34
Les régimes dissociés.....	35
Les régimes hyper-protéinés .....	36
Les régimes thérapeutiques .....	37
Les régimes végétariens et végétaliens .....	37
Glossaire.....	39
Aliments de base .....	39
Apports Journaliers Recommandés (AJR) .....	40
Apports Nutritionnels Conseillés (ANC) .....	40
Diététicien.....	41
Diététique .....	41
Indice de Masse Corporelle (IMC).....	42
Malnutrition .....	43
Nutrition.....	43
Nutritionniste .....	44
Obésité.....	44
Sous-nutrition.....	45
Surnutrition.....	46
Surpoids .....	47
BIBLIOGRAPHIE.....	49
COMPLÉMENTS BIBLIOGRAPHIQUES .....	50

# GÉOTEXTE

Le géotexte ci-dessous représente la topographie de ce rapport hypertexte. Il vous permettra de vous repérer au fil de vos déplacements via les liens hypertexte. Vous le retrouverez au début de chacune des grandes parties de ce rapport, avec l'icône suivante précisant votre localisation :



## PARCOURS

Deux parcours vous sont proposés ci-dessous. Vous trouverez en bas de page un lien vous permettant de revenir ici afin de suivre les différentes étapes de ces parcours.

### PARCOURS 1 :

#### Les maladies chroniques : le problème sanitaire et les statistiques

##### 1. LE PROBLÈME SANITAIRE

- [L'épidémie de maladies chroniques](#)
- [Typologie des maladies chroniques](#)

##### 2. LES CAUSES DU PROBLÈME SANITAIRE

- [Les deux facettes de la transition nutritionnelle](#)
- [La transition nutritionnelle : évolution des régimes alimentaires](#)

##### 3. LE PROBLÈME SANITAIRE EN CHIFFRES

- [Le cancer : statistiques](#)
- [Le diabète : statistiques](#)
- [L'obésité : statistiques](#)
- [Les maladies cardiovasculaires : statistiques](#)

### PARCOURS 2 :

#### Un regard socio-anthropologique sur les pathologies liées à l'alimentation

##### 1. ÉVOLUTIONS DES RÉGIMES ALIMENTAIRES ET DES MODES DE VIE

- [Les deux facettes de la transition nutritionnelle](#)
- [L'épidémie de maladies chroniques](#)

##### 2. OBÉSITÉ ET REPRÉSENTATIONS SOCIALES

- [L'obésité](#)
- [L'idéal de l'obésité en Afrique Subsaharienne](#)

##### 2. MAIGREUR ET REPRÉSENTATIONS SOCIALES

- [L'anorexie mentale](#)
- [L'idéal de la minceur dans les sociétés occidentales](#)

##### 3. ALLERGIES ALIMENTAIRES ET COMMENSALITÉ

- [Les allergies alimentaires médicalement avérées et les allergies auto-diagnostiquées](#)
- [L'interprétation socio-anthropologique](#)

## Les causes des pathologies liées à l'alimentation

Accédez directement aux rubriques de la section :  
Les causes des pathologies liées à l'alimentation

[L'épidémie de maladies chroniques](#)

[La transition nutritionnelle](#)

[Les deux facettes de la transition nutritionnelle](#)

[Évolutions des régimes alimentaires](#)

[Évolutions de la consommation de graisses](#)

[Évolutions de la consommation de protéines](#)

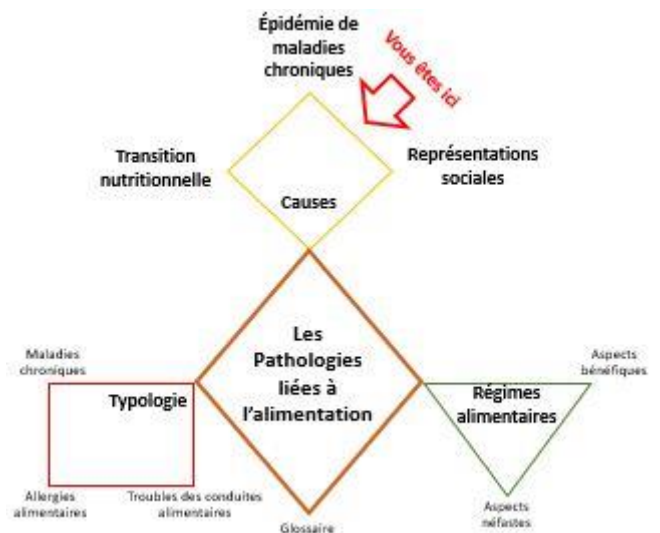
[Évolutions de la consommation de fruits et légumes](#)

[Représentations sociales et pathologies alimentaires](#)

[L'idéal de l'obésité en Afrique](#)

[L'idéal de la minceur dans les sociétés occidentales](#)

### Localisation géotexte



## L'épidémie de maladies chroniques

→ Source : OMS, 2003

Une consultation d'experts de l'Organisation Mondiale de la Santé et de la Food and Agriculture Organisation (FAO) sur le régime alimentaire, la nutrition et la prévention des maladies chroniques a eu lieu à Genève du 28 janvier au 1er février 2002. Lors de cette consultation, il a été établi que l'épidémie de maladies chroniques frappant les pays développés et les pays en développement est liée à des modifications du régime alimentaire et du mode de vie de leurs populations. Les maladies chroniques engendrées par

Vous souhaitez :

- [Retourner à la table des matières](#)
- [Retourner au géotexte](#)
- [Retourner à l'accueil des parcours](#)
- [Consulter la bibliographie](#)

l'alimentation sont les suivantes : l'obésité, le diabète sucré, les maladies cardio-vasculaires, l'hypertension, les accidents vasculaires cérébraux et certains types de cancers.

Les maladies chroniques sont parfois désignées sous le terme de « maladies non transmissibles ». L'expression « épidémie de maladies chroniques » peut alors apparaître comme un contresens. Toutefois, l'OMS évoque ce problème sanitaire mondial en ces termes parce que les facteurs de risque à l'origine des maladies chroniques leur donnent un caractère épidémique. En effet, les évolutions des régimes alimentaires et celles relatives au mode de vie se propagent d'un pays à l'autre à l'instar d'une épidémie.

Depuis les années 1990, les évolutions des régimes alimentaires et des modes de vie se sont accélérées. Ces évolutions, désignées sous l'appellation de « transition nutritionnelle », sont principalement induites par l'industrialisation, l'urbanisation et la mondialisation croissantes. Ces phénomènes ont des conséquences néfastes sur la santé et l'état nutritionnel des populations du monde entier. Les pays en développement et les pays à économie en transition sont particulièrement touchés. En effet, l'élévation des niveaux de vie et la diversification de l'offre des produits alimentaires modifient les régimes nutritionnels de leurs populations.

De façon générale, l'évolution des régimes alimentaires se caractérise par une consommation d'aliments à forte densité énergétique, à teneur élevée en graisses – en particulier saturées – et ne comportant guère de glucides non raffinés. Dans le même temps, le mode de vie urbain induit une baisse de la dépense d'énergie associée à la sédentarité. Les citadins utilisent les transports motorisés, ne se consacrent pas à des travaux manuels physiques et ont des loisirs qui n'entraînent que de faibles dépenses énergétiques. En raison de cette évolution concomitante des régimes alimentaires et du mode de vie, les maladies chroniques deviennent des causes de plus en plus importantes de décès, autant dans les pays en développement que dans les pays à économie en transition.

- [Consulter les évolutions de la densité énergétique des régimes alimentaires](#)
- [Retourner en haut de la section « les causes des pathologies liées à l'alimentation](#)

Vous souhaitez :

- [Retourner à la table des matières](#)
- [Retourner au géotexte](#)
- [Retourner à l'accueil des parcours](#)
- [Consulter la bibliographie](#)

## L'épidémie de maladies chroniques : quelques chiffres

→ Source : OMS, 2003

1992 : La conférence internationale sur la nutrition met en évidence la nécessité de lutter contre les problèmes croissants de santé publique posés par les maladies chroniques. La promotion de régimes alimentaires appropriés et de modes de vie sains sont évoqués lors de cette conférence comme moyens principaux d'action contre la propension des maladies chroniques.

1997 : L'obésité est définie par l'OMS comme maladie chronique et problème de santé publique. La première politique de prévention mondiale de la « pandémie d'obésité » est aussitôt mise en place.

1998 – 1999 : L'assemblée mondiale de la Santé souligne que la prévention des maladies chroniques doit être une œuvre collective.

2002 (mai) : L'assemblée mondiale de la Santé adopte une résolution par laquelle elle invite les États Membres à collaborer avec l'OMS pour mettre au point « *une stratégie mondiale sur l'alimentation, l'exercice physique et la santé en vue de combattre les maladies non transmissibles, en s'appuyant sur les données factuelles et les meilleures pratiques, et en mettant spécialement l'accent sur une approche intégrée ...* » (OMS, 2003).

2002 (février) : Une consultation d'experts provenant de l'Organisation Mondiale de la Santé et de la Food and Agriculture Organisation (FAO) sur le régime alimentaire, la nutrition et la prévention des maladies chroniques a lieu à Genève. Les participants ont constaté que l'épidémie de maladies chroniques dont souffrent les pays développés et les pays en développement est liée à des modifications du régime alimentaire et du mode de vie.

➤ [Retourner en haut de la section « les causes des pathologies liées à l'alimentation »](#)

Vous souhaitez :

- [Retourner à la table des matières](#)
- [Retourner au géotexte](#)
- [Retourner à l'accueil des parcours](#)
- [Consulter la bibliographie](#)



## La transition nutritionnelle

### Les deux facettes de la transition nutritionnelle

→ Source : OMS, 2003.

La transition nutritionnelle est un phénomène complexe qui s'est amorcé dans les années 1950 à l'échelle planétaire. Elle touche autant les pays développés que les pays en développement, mais s'accélère dans ces derniers.

EN BREF



- ⇒ D'une part, la transition nutritionnelle englobe les changements des modes de vie humains, caractérisés par une activité physique réduite, au travail et pendant les loisirs, induisant de faibles dépenses énergétiques.
- ⇒ D'autre part, la transition nutritionnelle implique le passage à une alimentation plus énergétique.

En effet, les régimes alimentaires traditionnels, fondés sur la consommation de végétaux (céréales, légumes, fruits), sont remplacés par des régimes riches en graisses, à forte densité énergétique et composés d'une quantité non négligeable d'aliments à base de viande.

- [Retourner en haut de la section « les causes des pathologies liées à l'alimentation »](#)

### La transition nutritionnelle : évolutions des régimes alimentaires

→ Source : OMS, 2003.

**Tableau 1 : Évolutions de la densité énergétique des régimes alimentaires (kcal par habitant et par jour).** → Source : OMS, 2003.

Région	1964-1966	1974-1976	1984-1986	1997-1999	2015	2030
Monde	2358	2435	2655	2803	2940	3050
Pays en développement	2054	2152	2450	2681	2850	2980
Proche-Orient et Afrique du Nord	2290	2591	2953	3006	3090	3170
Afrique subsaharienne <sup>1</sup>	2058	2079	2057	2195	2360	2540
Amérique latine et Caraïbes	2393	2546	2689	2824	2980	3140
Asie de l'Est	1967	2105	2259	2921	3060	3190
Asie du Sud	2017	1986	3205	2403	2700	2900
Pays industrialisés	2947	3065	3206	3380	3440	3500
Pays en transition	3222	3385	3379	2906	3060	3180

<sup>1</sup> À l'exclusion de l'Afrique du Sud.

Vous souhaitez :

- [Retourner à la table des matières](#)
- [Retourner au géotexte](#)
- [Retourner à l'accueil des parcours](#)
- [Consulter la bibliographie](#)

EN BREF



⇒ Analyse synthétique du tableau :

- Au niveau mondial, la densité énergétique des régimes alimentaires a nettement augmenté entre 1964 et 1999.
- Dans les pays industrialisés, l'augmentation de la densité énergétique des régimes alimentaires est constante.
- La densité énergétique des régimes alimentaires est fluctuante dans certaines régions du globe où sévissent des famines.

➤ [Retourner en haut de la section « les causes des pathologies liées à l'alimentation »](#)

### La transition nutritionnelle : évolutions de la consommation de graisses

→ Source : OMS, 2003.

L'augmentation de la quantité et de la qualité des graisses consommées est l'un des aspects majeurs de la transition nutritionnelle, puisque les graisses ont un impact très fort sur la densité énergétique des régimes alimentaires. Au niveau mondial, entre 1967 et 1999, l'apport moyen de graisses dans les régimes alimentaires a augmenté de 20 g par tête et par jour. De plus, en 1999, l'apport énergétique dû aux graisses dépasse 30 % dans les régions industrialisées.

Cependant, l'évolution de la consommation de graisses dans les régimes alimentaires est différente selon les zones géographiques. L'augmentation de la consommation de graisses a été plus prononcée sur le continent américain, en Asie de l'Est et dans la Communauté Européenne, que dans le reste du monde. En 1999, en Afrique subsaharienne et en Asie du Sud, la consommation de graisse se situe au-dessous du minimum recommandé (15 %). En revanche, à la même date, elle dépasse le maximum recommandé de 35 % en Amérique du Nord et en Europe de l'Ouest.

En outre, les graisses consommées ne sont pas les mêmes selon les aires géographiques. Les graisses consommées peuvent être d'origine animale ou végétale. Cette distinction de l'augmentation des graisses consommées selon leur type est fortement liée au revenu moyen par habitant. Dans les pays pauvres, il s'agit d'une augmentation de la consommation de graisses végétales, tandis que dans les pays riches, cette augmentation concerne les graisses animales.

Vous souhaitez :

- [Retourner à la table des matières](#)
- [Retourner au géotexte](#)
- [Retourner à l'accueil des parcours](#)
- [Consulter la bibliographie](#)

**Tableau 2 : Évolutions de l'apport en graisses dans les régimes alimentaires entre 1967 et 1999.**

→ Source : OMS, 2003.

Région	Apports en graisses (en grammes par tête et par jour)				
	1967-1969	1977-1979	1987-1989	1997-1999	Évolutions entre 1967-1969 et 1997-1999
Monde	53	57	67	73	20
Afrique du Nord	44	58	65	64	20
Afrique subsaharienne <sup>2</sup>	41	43	41	45	4
Amérique du Nord	117	125	138	143	26
Amérique latine et Caraïbes	54	65	73	79	25
Chine	24	27	48	79	55
Asie de l'Est et du Sud-Est	28	32	44	52	24
Asie du Sud	29	32	39	45	16
Communauté Européenne	117	128	143	148	31
Europe orientale	90	111	116	104	14
Proche-Orient	51	62	73	70	19
Océanie	102	102	113	113	11

<sup>2</sup> À l'exclusion de l'Afrique du Sud.

➤ [Retourner en haut de la section « les causes des pathologies liées à l'alimentation »](#)

### La transition nutritionnelle : évolutions de la consommation de protéines

→ Source : OMS, 2003.

La transition nutritionnelle est caractérisée par une augmentation de la consommation de protéines dans les régimes alimentaires au niveau mondial. Si les disponibilités en protéines ont augmenté aussi bien dans les pays en développement que dans les pays industrialisés, elles ont en revanche diminué dans les pays à économie en transition. Par ailleurs, les protéines consommées ne sont pas les mêmes selon les populations. En effet, dans les pays en développement, la disponibilité en protéines végétales augmente. Au contraire, dans les pays industrialisés, ce sont les ressources en protéines animales qui augmentent.

La principale cause de cette augmentation de la disponibilité des protéines animales dans les pays industrialisés a été le développement exponentiel du secteur de l'élevage. En effet, ce dernier a subi des pressions de plus en plus fortes pour répondre à la demande croissante de produits animaux à valeur protéique élevée. Cette demande est née de

Vous souhaitez :

- [Retourner à la table des matières](#)
- [Retourner au géotexte](#)
- [Retourner à l'accueil des parcours](#)
- [Consulter la bibliographie](#)

l'accroissement de la population, de l'élévation des revenus et de l'urbanisation. À mesure que le secteur de l'élevage s'est développé, les prix de la viande ont chutés, si bien que les pays en développement ont une consommation de viande accrue, alors que le niveau de leur produit intérieur brut est bien plus bas que n'était celui des pays industrialisés il y a quelques 20 à 30 ans. Selon les projections de l'OMS, la production mondiale annuelle de viande devrait passer de 218 millions de tonnes en 1997 à 376 millions de tonnes en 2030.

L'OMS observe une forte corrélation positive entre l'élévation du niveau de revenu d'un pays et sa consommation en viande. En outre, la consommation de viande, de lait et d'œufs augmente au détriment des aliments de base. Les régimes alimentaires des populations citadines sont caractérisés par une plus grande consommation de produits issus du secteur de l'élevage (viande, volaille, lait et autres produits laitiers) que les populations rurales.

Selon l'OMS, l'augmentation de la consommation de produits issus de l'élevage possède à la fois des aspects bénéfiques et des aspects néfastes sur la santé des populations. D'une part, le secteur de l'élevage améliore la nutrition de la grande majorité de la planète par sa forte valeur protéique. Les produits du bétail sont aussi d'importantes sources de micronutriments essentiels de toutes sortes, notamment de minéraux comme le fer et le zinc, et de vitamines. D'autre part, l'augmentation de la disponibilité de la viande et la baisse de son coût aboutit parfois à une consommation excessive de ces produits, dont les apports excessifs de graisses sont néfastes pour la santé.

### Tableau 3 : Consommation de viande dans le monde.

→ Source : OMS, 2003.

Région	Viande (Kg par année)		
	1964-1966	1997-1999	2030
Monde	24,2	36,4	45,3
Pays en développement	10,2	25,5	36,7
Proche-Orient et Afrique du Nord	11,9	21,2	35,0
Afrique subsaharienne <sup>3</sup>	9,9	9,4	13,4
Amérique latine et Caraïbes	31,7	53,8	76,6
Asie de l'Est	8,7	37,7	58,5
Asie du Sud	3,9	5,3	11,7
Pays industrialisés	61,5	88,2	100,1
Pays en transition	42,5	46,2	60,7

<sup>3</sup> À l'exclusion de l'Afrique du Sud.

Vous souhaitez :

- [Retourner à la table des matières](#)
- [Retourner au géotexte](#)
- [Retourner à l'accueil des parcours](#)
- [Consulter la bibliographie](#)

EN BREF



Analyse synthétique du tableau :

- Au niveau mondial, la consommation de viande a fortement augmenté entre les années 1964 et 1999.
- L'augmentation de la consommation de viande est toutefois relative aux catégories sociales. Les couches les plus aisées de la population ont accès aux aliments carnés, contrairement aux couches pauvres.

➤ [Retourner en haut de la section « les causes des pathologies liées à l'alimentation »](#)

### La transition nutritionnelle : évolutions de la consommation de fruits et légumes

→ Source : OMS, 2003.

La transition nutritionnelle est caractérisée par une baisse de la consommation de fruits et légumes dans les régimes alimentaires au niveau mondial. Actuellement, seule une minorité négligeable de la population mondiale consomme la quantité moyenne de fruits et légumes généralement recommandée (400 grammes par tête et par jour). La consommation de ces denrées joue un rôle capital dans une alimentation diversifiée et nutritive. Malgré leurs conséquences bénéfiques sur la santé, dans beaucoup de régions du monde en développement, on persiste à en consommer peu.

Les quantités de fruits et légumes consommés ont diminué entre 1990 et 1998 dans la plupart des régions du monde. Le pays le plus touché par cette carence alimentaire est l'Inde, où le niveau régulier de consommation de seulement 120 g à 140 g par tête et par jour. Cette consommation insuffisante concerne surtout les couches pauvres de la population indienne ; les milieux sociaux disposants de forts revenus ont plus facilement accès à une alimentation variée.

Les prévisions de l'OMS indiquent que la baisse de la consommation de fruits et légumes va s'accroître dans les prochaines décennies. En effet, l'urbanisation croissante à l'échelle mondiale éloignera des populations nombreuses de la production vivrière primaire. Les répercussions seront négatives sur les possibilités d'avoir accès aux fruits et légumes, notamment pour les couches citadines les plus pauvres. L'investissement dans l'horticulture périurbaine pourrait être, selon l'OMS, l'occasion d'augmenter les opportunités de s'alimenter de façon saine.

Vous souhaitez :

- [Retourner à la table des matières](#)
- [Retourner au géotexte](#)
- [Retourner à l'accueil des parcours](#)
- [Consulter la bibliographie](#)

**Tableau 5 : Quantités de légumes consommées par habitant et par région, en 1979 et 2000 (quantités exprimées en kg par habitant sur une année).**

Région	1979	2000
Monde	66,1	101,9
Pays développés	107,4	112,8
Pays en développement	51,1	98,8
Afrique	45,4	52,1
Amérique du Nord et Amérique centrale	88,7	98,3
Amérique du Sud	43,2	47,8
Asie	56,6	116,2
Europe	110,9	112,5
Océanie	71,8	98,7

EN BREF



⇒ Analyse synthétique du tableau :

- Au regard des évolutions démographiques de la population mondiale, l'augmentation de l'offre de fruits et légumes n'est pas suffisante pour couvrir les besoins.
- La moyenne la plus élevée de fruits et légumes disponibles pour la population est observée en Asie (116 kg par habitant).
- Les moyennes les plus basses de fruits et légumes disponibles pour la population sont observées en Amérique du Sud (48 kg par habitant) et en Afrique (52 kg par habitant).

➤ [Retourner en haut de la section « les causes des pathologies liées à l'alimentation »](#)

Vous souhaitez :

- [Retourner à la table des matières](#)
- [Retourner au géotexte](#)
- [Retourner à l'accueil des parcours](#)
- [Consulter la bibliographie](#)

## Représentations sociales et pathologies alimentaires

### L'idéal de l'obésité en Afrique subsaharienne

#### L'obésité en Afrique subsaharienne : un idéal social

→ Source : Sauvain-Dugerdil & al, 2012

L'obésité est une maladie chronique qui peut induire le développement d'autres pathologies telles que le diabète ou les maladies cardiovasculaires. En Afrique subsaharienne, l'obésité est un problème sanitaire d'envergure. Les populations concernées sont principalement les femmes habitant en milieu urbain. Dans 18 pays situés en Afrique subsaharienne, plus de 10 % des femmes adultes sont obèses. Le phénomène est plus marqué en Afrique de l'Ouest, où 60 % des femmes citadines sont obèses. Dans les pays sahéliens, 30 % de la population féminine des milieux urbains sont en surpoids ou obèses, contre 10 % en milieu rural.

L'obésité en Afrique subsaharienne est le produit d'un ancrage culturel complexe. En effet, selon une étude anthropologique menée par Sauvain-Dugerdil & al en 2012, l'obésité est un état physiologique valorisé par les normes individuelles et collectives. La pluralité de termes existants dans le langage pour décrire la corpulence atteste de l'importance que revêt ce concept dans les pays de l'Afrique subsaharienne. Les données de terrain recueillies par Sauvain-Dugerdil & al montrent que les femmes corpulentes sont admirées et respectées. Elles constituent une source de fierté pour leur mari et leur belle famille. En outre, l'obésité est perçue comme l'expression du bien-être et la preuve d'un mariage réussi. La corpulence est si recherchée que certaines femmes utilisent des médicaments pour prendre du poids.

#### Obésité, sida et normes collectives en Afrique du Sud

→ Source : IRIN, 2008

Selon une enquête démographique et sanitaire menée en 1998 par les Réseau Régionaux d'Informations Intégrés (IRIN), l'obésité touche 56 % de la population féminine des milieux urbains en Afrique du Sud. Selon Tandi Matoti-Myalo, chercheuse et diététicienne, les raisons de l'ampleur de tels pourcentages sont fortement liées aux représentations sociales de la maigreur, perçue comme caractéristique des personnes atteintes par le sida. En effet, lorsqu'on les interroge, les femmes de cette zone géographique disent chercher à prendre du poids pour se distinguer des victimes du sida. Dans une enquête conduite par Tandi Matoti-Myalo à Khayelitsha, une banlieue du Cap, les participants ont déclaré ne pas considérer leur

Vous souhaitez :

- [Retourner à la table des matières](#)
- [Retourner au géotexte](#)
- [Retourner à l'accueil des parcours](#)
- [Consulter la bibliographie](#)

obésité ou surpoids comme un problème de santé, mais comme un état physiologique satisfaisant. En outre, lorsque les participants ont eu à choisir parmi huit images de femmes, allant de la minceur à l'obésité, la plupart d'entre eux ont sélectionné celles qui étaient en surpoids ou obèses. Les participants ont justifié leur choix par le fait que les femmes minces sont très fortement associées au sida. Malgré les tentatives de Mme Matoti-Myalo pour relativiser le lien entre maigreur et VIH, la majorité des femmes de cette étude ont continué à penser « qu'on pouvait dire si quelqu'un avait le sida ou pas rien qu'en le regardant ».

➤ [Retourner en haut de la section « les causes des pathologies liées à l'alimentation »](#)

## L'idéal de la minceur dans les sociétés occidentales

### L'idéal de la minceur

→ Source : Lecerf, 2013

Selon l'étude INCA2, citée par J-M Lecerf, médecin nutritionniste, en France, 15 % des femmes minces suivent un régime amaigrissant. En outre, d'après les données fournies par l'étude Nutrinet, 58 % des femmes françaises ayant un IMC normal cherchent à perdre du poids. J-M Lecerf conclut que ces statistiques sont la traduction mathématique de l'idéal de minceur ancré dans les normes sociales françaises. L'absence de justification médicale dans la poursuite d'un régime amaigrissant est le signe que ce régime est fondé sur la recherche d'un corps idéal. La définition de cet idéal est réalisée par les médias, la mode et le mannequinat, ainsi que le cinéma. Dans le cadre du rapport réalisé par l'ANSES en 2011 « *Évaluation des risques liés aux pratiques alimentaires d'amaigrissement* », J-M Lecerf a évoqué les risques encourus par les sujets de poids normal lorsqu'ils manipulent leur alimentation. En effet, d'une part les déséquilibres métaboliques qui s'ensuivent peuvent conduire les sujets vers un état de surpoids. D'autre part, ils peuvent induire des troubles du comportement alimentaire tels que l'anorexie mentale.

### L'anorexie mentale : un fait social

→ Source : INSERM, 2008

→ Source : Muriel Darmon, 2003

Une étude épidémiologique menée en France en 2008 auprès d'une population d'une tranche d'âge située entre 12 et 17 ans indique que l'anorexie mentale a concerné 0,5 % des jeunes filles contre 0,03 % des garçons. Selon l'INSERM, des données étrangères vont dans le

Vous souhaitez :

- [Retourner à la table des matières](#)
- [Retourner au géotexte](#)
- [Retourner à l'accueil des parcours](#)
- [Consulter la bibliographie](#)



même sens, avec des chiffres équivalents. En effet, l'estimation de la prévalence du trouble au cours de la vie chez les plus de 18 ans oscille entre 0,9 % aux Etats-Unis et 2,2 % en Suède, chez les femmes.

Dans son ouvrage « *Devenir anorexique, une approche sociologique* », la sociologue Muriel Darmon décrit l'anorexie comme une « carrière ». Autrement dit comme un processus dans lequel s'engagent certaines personnes, et qui comporte quatre grandes phases. Les données de terrain recueillies par la sociologue indiquent qu'une carrière anorexique débute dans la plupart des cas par un régime. Ce régime revêt une dimension publique puisqu'il fait toujours intervenir un ou plusieurs acteurs extérieurs ayant des rôles sociaux spécifiques : les prescripteurs (médecin, nutritionniste, etc.), les incitateurs (famille, proches ou pairs) et les accompagnateurs (le plus souvent, des membres de la famille). Ainsi, le régime pratiqué devient une entreprise collective, qui légitime la démarche et renforce le contrôle sur celle-ci. Pour Muriel Darmon, tous ces acteurs sont à la fois des « passeurs de normes diététiques et corporelles et des contrôleurs de l'application de ces normes ».

Au cours de son étude, la sociologue s'est aperçue que les normes de ces régimes procèdent d'une volonté de se distinguer socialement. Les données épidémiologiques qu'elle a réunies montrent en effet que l'anorexie mentale touche de manière prédominante les jeunes femmes qui ont entre 15 et 24 ans, d'origine sociale moyenne ou supérieure. La réduction calorique de l'alimentation, notamment, correspond en fait à une transformation sociale du goût. Cette transformation élimine les aliments typiquement populaires (charcuterie, pain, aliments « gras » et « lourds ») et augmente la consommation de ceux correspondant aux goûts dominants (poissons, laitages, légumes frais, aliments « fins », « légers » et « sains »). Le clivage entre ces deux types d'aliments valorisés par des milieux sociaux différents a été mis en évidence par P. Bourdieu dans *La Distinction* (1979). Ainsi, les travaux de Muriel Darmon prouvent que l'ensemble des pratiques corporelles des anorexiques et des goûts acquis au cours de leur carrière tendent à être ceux des classes supérieures.

➤ [Retourner en haut de la section « les causes des pathologies liées à l'alimentation »](#)

Vous souhaitez :

- [Retourner à la table des matières](#)
- [Retourner au géotexte](#)
- [Retourner à l'accueil des parcours](#)
- [Consulter la bibliographie](#)

## Les pathologies liées à l'alimentation

Accédez directement aux rubriques de la section :

**Les pathologies liées à l'alimentation**

[Les maladies chroniques](#)

[Typologie des maladies chroniques](#)

[Les cancers](#)

[Le diabète](#)

[L'obésité](#)

[Les maladies cardiovasculaires](#)

[Les allergies alimentaires](#)

[Les allergies médicalement avérées et les allergies auto-diagnostiquées](#)

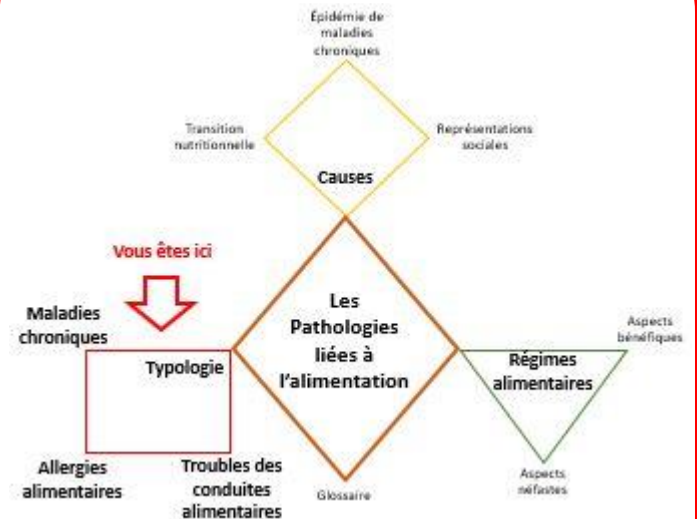
[L'interprétation socio-anthropologique des allergies auto-diagnostiquées](#)

[Les troubles des conduites alimentaires](#)

[La boulimie](#)

[L'anorexie mentale](#)

### Localisation géotexte



Vous souhaitez :

- [Retourner à la table des matières](#)
- [Retourner au géotexte](#)
- [Retourner à l'accueil des parcours](#)
- [Consulter la bibliographie](#)

## Les maladies chroniques

### Typologie des maladies chroniques

#### Définition

→ Source : OMS, 2003

→ Source : Patriarca 2013.

Selon un rapport de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 2003), les maladies chroniques engendrées par l'alimentation sont les suivantes : l'obésité, le diabète sucré, les maladies cardio-vasculaires, l'hypertension, les accidents vasculaires cérébraux et certains types de cancers.

D'un point de vue statistique, les pourcentages de maladies chroniques s'accroissent chaque année à l'échelle planétaire. En 2001, ces maladies ont été la cause de 46% des décès déclarés dans le monde.

Lors d'une interview pour le journal Libération, le toxicologue André Cicoella évoque la pandémie de maladies chroniques (Patriarca, 2013). Il définit ces dernières comme des maladies non infectieuses et non transmissibles. En outre, il établit une liste des maladies chroniques regroupant les maladies cardio-vasculaires, les cancers, les maladies respiratoires, l'obésité, le diabète, les maladies neurologiques et les troubles de la reproduction.

Il y a cinquante ans, la majorité des décès dans le monde était causée par des maladies infectieuses. Le toxicologue André Cicoella affirme qu'en 2013, deux décès sur trois dans le monde ont été causés par des maladies chroniques. Il cite ensuite des prévisions établies par l'OMS : le nombre de décès dus à ces maladies augmentera de 15% entre 2010 et 2020. En outre, la majeure partie de cette progression sera localisée en Afrique, en Asie du Sud-Est et au Moyen-Orient. André Cicoella précise que les maladies chroniques les plus meurtrières sont les maladies cardio-vasculaires, les cancers, les maladies respiratoires et le diabète.

#### Statistiques relatives aux maladies chroniques

→ Source : OMS, 2010 ; OMS, 2008 ; OMS, 2003

En 2001, les maladies chroniques ont été responsables d'environ 60 % des 56,5 millions de décès déclarés dans le monde. Près de la moitié de l'ensemble des décès dus à une maladie chronique est imputable aux maladies cardio-vasculaires. En outre, l'obésité et le diabète

Vous souhaitez :

- [Retourner à la table des matières](#)
- [Retourner au géotexte](#)
- [Retourner à l'accueil des parcours](#)
- [Consulter la bibliographie](#)

suivent aussi une courbe inquiétante. D'une part, ces deux maladies chroniques touchent déjà une forte proportion de la population. D'autre part, la survenue de ces maladies est plus précoce dans la vie des individus. → Source : OMS, 2003

L'épidémie de maladies chroniques progresse chaque année dans le monde entier. En 2008, les maladies chroniques sont responsables de 63% des décès, soit 3% de plus par rapport à 2001. Ainsi, elles sont la première cause de mortalité dans le monde. Sur les 36 millions de personnes décédées de maladies chroniques en 2008, 29% ont moins de 60 ans et 50% sont des femmes. → Source : OMS, 2008

Selon les projections de l'OMS, d'ici 2030, les maladies chroniques seront responsables de près des trois quarts de tous les décès dans le monde. Les pays en développement concentreront 60 % de la charge mondiale de la morbidité chronique. → Source : OMS, 2010

➤ [Retourner en haut de la section « les pathologies liées à l'alimentation »](#)

## Les cancers

### Définition

→ Source : Académie de médecine, 2015

Le cancer est une prolifération anarchique de certaines cellules à la suite d'un dérèglement des mécanismes de contrôle de leur croissance. Ce dérèglement entraîne leur multiplication et leur éventuelle migration, formant alors une ou des métastases, d'où la locution «tumeur maligne» souvent employée.

### Facteurs de risque

→ Source : OMS, 2003

→ Source : Pujol, 2010

Les facteurs oncogènes chez un sujet sont multiples et difficilement identifiables. Ils peuvent être génétiques ou environnementaux. Dans le cas où ils sont, les facteurs oncogènes environnementaux englobent les radiations, le stress et le déséquilibre alimentaire, le contact ou l'ingestion de produits chimiques. Selon l'OMS, environ 30% des décès par cancer sont dus aux cinq principaux facteurs de risque comportementaux et alimentaires : un indice élevé de masse corporelle, une faible consommation de fruits et légumes, le manque d'exercice physique, le tabagisme et la consommation d'alcool.

Vous souhaitez :

- [Retourner à la table des matières](#)
- [Retourner au géotexte](#)
- [Retourner à l'accueil des parcours](#)
- [Consulter la bibliographie](#)

→ L'excès d'apports nutritionnels ainsi qu'une alimentation impliquant une consommation excessive de produits trop gras ou trop salés induit surpoids et obésité. Or, ces derniers augmentent les risques de cancers. → Source : Pujol, 2010

→ Les carences en fibres et en vitamines anti-oxydantes (C et E), induites par une alimentation ne comprenant pas assez de fruits, de légumes et de céréales, sont considérées comme potentiellement cancérigènes. → Source : Pujol, 2010

### Statistiques relatives aux cancers

→ Source : OMS, 2012

→ Source : INSEE, 2008.

⇒ Au niveau mondial : en 2012, on compte approximativement 14 millions de nouveaux cas et 8,2 millions de décès liés aux cancers. Ces 8,2 millions de décès, se répartissent ainsi :

→ Cancer du poumon : 1,59 million de décès ;

→ Cancer du foie : 745 000 décès ;

→ Cancer de l'estomac : 723 000 décès ;

→ Cancer colorectal : 694 000 décès ;

→ Cancer du sein : 521 000 décès ;

→ Cancer de l'œsophage : 400 000 décès.

D'après les projections de l'OMS établies en 2012, le nombre de nouveaux cas devrait augmenter de 70% environ au cours des deux prochaines décennies. → Source : OMS, 2012

⇒ En France : en 2008, on estime à 332 700 le nombre de nouveaux cas de cancer (188 900 chez les hommes et 143 800 chez les femmes). Chez l'homme, les trois cancers les plus fréquents sont ceux de la prostate, du poumon et du colon-rectum. Chez la femme, il s'agit des cancers du sein, du colon-rectum et du poumon. → Source : INSEE, 2008.

➤ [Retourner en haut de la section « les pathologies liées à l'alimentation »](#)

Vous souhaitez :

- [Retourner à la table des matières](#)
- [Retourner au géotexte](#)
- [Retourner à l'accueil des parcours](#)
- [Consulter la bibliographie](#)

## Le diabète

### Définition

→ Source : Pujol, 2010.

Le diabète regroupe différentes pathologies qui ont le même symptôme : la polyurie. Celle-ci induit la déshydratation et la polydipsie (sensation de soif excessive). Quand les urines ne sont pas sucrées, on parle de diabète insipide. Lorsqu'elles sont sucrées, on parle de diabète sucré ou pancréatique. Il existe trois types de diabètes sucrés :

- Le diabète de type I, ou diabète insulino-dépendant est dû à une carence absolue en insuline. Le traitement consiste en des injections d'insuline associées à un régime alimentaire thérapeutique.
- Le diabète de type II, ou diabète non insulino-dépendant est souvent associé à un syndrome métabolique, un surpoids ou une obésité. Le traitement associe un régime alimentaire thérapeutique à une prise de médicaments glucophages ou hypoglycémisants. Ces derniers constituent des « clés de remplacement » et permettent ainsi l'entrée du glucose dans les cellules. Pour les cas sévères, un traitement à l'insuline est préconisé.

Le diabète gestationnel survient pendant la grossesse. Il disparaît après l'accouchement mais peut réapparaître lors de grossesses ultérieures et favoriser le développement d'un diabète de type II à long terme.

- Le diabète gestationnel survient pendant la grossesse. Dans un premier temps, la prise en charge est nutritionnelle. Si ces mesures ne sont pas suffisantes, un traitement insulino-dépendant est ensuite envisagé. Le diabète gestationnel disparaît suite à l'accouchement, cependant, il peut réapparaître lors des grossesses suivantes et favoriser, à terme, un diabète de type II.

→ Le diabète insipide a pour origine un défaut de régulation hormonale antidiurétique du système immunitaire. Il s'agit d'une maladie rare.

→ Le diabète sucré est largement plus répandu. Il est caractérisé par une hyperglycémie chronique résultant d'un désordre métabolique lié à la régulation de l'insuline, qui provoque une accumulation de glucose dans le sang.

Vous souhaitez :

- [Retourner à la table des matières](#)
- [Retourner au géotexte](#)
- [Retourner à l'accueil des parcours](#)
- [Consulter la bibliographie](#)

## Statistiques relatives au diabète

→ Sources : OMS, 2015 ; OMS, 2012

→ Sources : INVS, 2015 ; INVS, 2006

- ⇒ Au niveau mondial : en 2015, plus de 347 millions de personnes sont diabétiques. En 2012, l'OMS estime que le diabète a été la cause directe de 1,5 million de décès. D'après les études projectives réalisées par l'OMS, le nombre total de décès par diabète devrait augmenter de plus de 50% d'ici 2030. → Sources : OMS, 2015 ; OMS, 2012
- ⇒ En France : en 2015, plus de 3 millions de personnes sont diabétiques. En 2006, selon l'Institut de Veille Sanitaire (INVS), 8 % des décès sont dus au diabète, soit 43 654 décès. En outre, malgré la prévention, le nombre de personnes diabétiques est passé de 1,6 million en 2005 à 3 millions en 2015. À ces chiffres s'ajoutent les diabétiques qui s'ignorent, estimés par l'INVS au nombre de 600 000. → Sources : INVS, 2015 ; INVS, 2006

➤ [Retourner en haut de la section « les pathologies liées à l'alimentation »](#)

## L'obésité

### Définition

→ Source : Pujol, 2010

→ Source : OMS, 2014

L'obésité est une maladie chronique caractérisée par une hypertrophie de la masse adipeuse, associée ou non à une multiplication des adipocytes et à un Indice de Masse Corporelle (IMC) supérieur à 30. La masse adipeuse est constituée de cellules qui contiennent des triglycérides (TG). Le taux sanguin de TG augmente en fonction des apports alimentaires et fait gonfler l'adipocyte, qui se charge de lipides. Il s'agit de la première phase de l'obésité, appelée « hypertrophique ». Ensuite, au cours de la deuxième phase dite « hyperplasique », la cellule adipeuse atteint son volume critique et engendre une nouvelle cellule afin d'accroître la capacité de stockage. La troisième phase combine les phénomènes des deux précédentes.

Vous souhaitez :

- [Retourner à la table des matières](#)
- [Retourner au géotexte](#)
- [Retourner à l'accueil des parcours](#)
- [Consulter la bibliographie](#)

On distingue trois formes d'obésités :

- On parle d'obésité de type I (ou obésité modérée) si l'IMC est compris entre 30 et 34,5 kg/m<sup>2</sup> ;
- On parle d'obésité de type II (ou obésité sévère) si l'IMC est compris entre 35 et 39,5 kg/m<sup>2</sup> ;
- On parle d'obésité de type III (ou d'obésité massive) si l'IMC est supérieur à 40 kg/m<sup>2</sup>.

Les principales causes de l'obésité sont :

- La trop forte densité énergétique d'un régime alimentaire ;
- L'hyperphagie ;
- La sédentarité ;
- Les troubles endocriniens ;
- Les troubles du sommeil ;
- Les facteurs iatrogènes (contraception, neuroleptiques, antiépileptiques, etc.).

### **Facteurs de risque**

L'obésité est un facteur de risque de maladies chroniques telles que :

- Les maladies cardiovasculaires ;
- Le diabète ;
- Les troubles musculo-squelettiques, notamment l'arthrose ;
- Les cancers de l'endomètre, du sein ou du côlon.

### **Statistiques relatives à l'obésité**

→ Source : OMS, 2014

→ Source : INVS, 2015

- ⇒ Au niveau mondial : En 2014, plus de 1,9 milliard de personnes sont en surpoids. Sur ce total, plus de 600 millions étaient obèses. Selon les prévisions de l'OMS, d'ici 2030, le nombre de personnes en surpoids devrait atteindre 3,3 milliards. Le surpoids et l'obésité représentent le cinquième facteur de risque de décès au niveau mondial et font environ 2,8 millions de victimes chaque année. → Source : OMS, 2014

Vous souhaitez :

- [Retourner à la table des matières](#)
- [Retourner au géotexte](#)
- [Retourner à l'accueil des parcours](#)
- [Consulter la bibliographie](#)



- ⇒ En France : En 2015, 6,5 millions de personnes sont considérées comme obèses, soit 14,5% de la population adulte. La proportion des personnes obèses est passée de 8.5% en 1997 à 14,5% en 2015. → Source : INVS, 2015

- [Retourner en haut de la section « les pathologies liées à l'alimentation »](#)

## Les maladies cardio-vasculaires

### Définition

→ Source : Académie de médecine, 2010.

Les maladies cardio-vasculaires correspondent à un trouble de l'irrigation du cœur par les artères coronaires. Elles peuvent prendre différentes formes : angine de poitrine ou angor, insuffisance cardiaque, infarctus.

### Facteurs de risque

→ Source : OMS, 2003.

→ Les principaux facteurs de risque de développer une maladie cardio-vasculaire (MCV) ou un diabète sont les suivants : le tabac, l'obésité, l'inactivité physique, le cholestérol, la tension artérielle élevée et la consommation d'alcool.

→ D'autres facteurs de risque de développer une MCV sont reconnus : les taux élevés d'homocystéine, le faible taux de folate, et le rôle du fer.

### Populations concernées

→ Source : OMS, 2003.

→ Dans les pays développés, une situation socio-économique défavorable est associée à un risque plus élevé de maladie cardio-vasculaire et de diabète.

→ Au contraire, dans les pays en voie de développement, il semble que les maladies cardio-vasculaires touchent d'abord les couches socio-économiques les plus favorisées.

→ Concernant les pays en voie de développement, l'hypothèse d'une migration des maladies cardio-vasculaires vers des couches socio-économiques défavorisées paraît probable. En effet, des données prouvent que ce phénomène se produit déjà au Brésil, en Afrique du Sud, et dans des pays en transition économique, comme le Maroc.

Vous souhaitez :

- [Retourner à la table des matières](#)
- [Retourner au géotexte](#)
- [Retourner à l'accueil des parcours](#)
- [Consulter la bibliographie](#)

## Statistiques relatives aux maladies cardio-vasculaires

→ Sources : OMS, 2012 ; OMS, 2010

- ⇒ Au niveau mondial : Les maladies cardio-vasculaires sont la première cause de mortalité dans le monde. L'OMS estime à 17,5 millions le nombre de décès imputables aux maladies cardio-vasculaires, soit 31% de la mortalité mondiale totale. Parmi ces décès, on estime que 7,4 millions sont dus à une cardiopathie coronarienne et 6,7 millions à un accident vasculaire cérébral. → Source : OMS, 2012
  
- ⇒ En France : En 2010, les maladies cardio-vasculaires sont la première cause de mortalité. Selon les estimations de l'OMS, ces maladies sont à l'origine de 170 000 décès par an, soit 32 % du taux annuel de mortalité. Le nombre d'infarctus du myocarde est estimé, entre 110 000 et 120 000, par an. → Source : OMS, 2010

➤ [Retourner en haut de la section « les pathologies liées à l'alimentation »](#)

## Les allergies alimentaires

→ Source : Moneret-Vautrin, 2006

Les allergies alimentaires s'inscrivent dans un système complexe de pathologies : les réactions adverses alimentaires (RAA). Les réactions adverses alimentaires se divisent en deux grandes catégories : non-immunologiques et immunologiques. D'une part, les RAA non-immunologiques peuvent avoir des causes diverses telles que la toxicité d'un aliment, les intolérances enzymatiques, l'intolérance aux amines biogènes et les névroses alimentaires. D'autre part, les RAA immunologiques sont fondées sur une hypersensibilité alimentaire et peuvent prendre la forme de la maladie cœliaque ou de l'allergie alimentaire.

Vous souhaitez :

- [Retourner à la table des matières](#)
- [Retourner au géotexte](#)
- [Retourner à l'accueil des parcours](#)
- [Consulter la bibliographie](#)

## Les allergies alimentaires médicalement avérées et les allergies auto-diagnostiquées

→ Source : Merdji & Debucquet, 2013

→ Source : Boulanger, 2015

Si les allergies alimentaires sont des pathologies médicalement attestées, en revanche, un pourcentage considérable de personnes s'auto-diagnostique comme allergique à un ou plusieurs aliments. Ce phénomène est avéré par des études scientifiques réalisées dans les pays développés :

- ⇒ Aux Etats-Unis, la méta-analyse réalisée par Rona et al en 2007 a démontré qu'un décalage significatif existe entre les pourcentages de la population atteinte d'allergies alimentaires avérées et auto-diagnostiquées. De façon générale, plus de 30% de la population américaine s'auto-diagnostique comme allergique à un aliment spécifique. Le décalage avec le pourcentage d'allergies alimentaires avérées figure dans le tableau ci-dessous :

Type d'aliment	Type d'allergie (en pourcentage sur la population totale)	
	Médicalement attestées	Auto-diagnostiquées
lait	1,2 %	17%
œufs	0,2%	7%
Arachides et poissons	0,1%	2%
Coquillages	0,2%	10%

- ⇒ En France, une étude scientifique réalisée par Kanny et Moneret-Vautrin en 2001 avance des chiffres très similaires. En effet, 30% de la population française prétend être allergique à un aliment particulier alors que seulement 4% d'individus sont sujet à des allergies alimentaires avérées.
- ⇒ En ce qui concerne les allergies au gluten, ces données ont été confirmées par une nutritionniste (Boulanger, 2015). Beaucoup de patients s'auto-diagnostiquent comme sujets à la maladie cœliaque. La nutritionniste rappelle que, d'une part, cette maladie entraîne à long terme la mort par dénutrition et que d'autre part, un pourcentage infime de la population en est réellement atteint. Les personnes qui s'auto-diagnostiquent comme touchées par la maladie cœliaque ou simplement allergiques au gluten ont généralement développé une intolérance passagère. En effet, les

Vous souhaitez :

- [Retourner à la table des matières](#)
- [Retourner au géotexte](#)
- [Retourner à l'accueil des parcours](#)
- [Consulter la bibliographie](#)

régimes alimentaires actuels incluent une surconsommation de pain pouvant entraîner, comme tout excès alimentaire, une intolérance passagère à l'aliment surconsommé.

➤ [Retourner en haut de la section « les pathologies liées à l'alimentation »](#)

## L'interprétation socio-anthropologique des allergies alimentaires auto-diagnostiquées

### Les allergies auto-diagnostiquées

→ Source : Merdji & Debucquet, 2013

Les allergiques qui se sont auto-diagnostiqués comme tels ont, pour justifier leur « pathologie », recours à une profusion de schémas explicatifs qui se fondent sur des systèmes de croyances divers et variés. Deux chercheurs du Laboratoire d'Études et de recherche en Stratégies et Marchés des Produits Agro-alimentaires (LESMA), Mohamed Merdji et Gervaise Debucquet ont recueilli des données sur les allégations des « faux » allergiques. Si les raisons citées sont multiples, celles qui impliquent la pollution, l'industrie alimentaire et le mode de vie actuel sont les plus fréquentes. Ainsi, l'allergie non avérée médicalement serait majoritairement expliquée par les excès de la modernité et les altérations du rythme de vie naturel des humains.

Les « faux » allergiques n'ont, pour la plupart, jamais consulté de spécialiste. En revanche, beaucoup se sont tournés vers les médecines et thérapies alternatives telles que l'homéopathie, la naturopathie, la kinésiologie, le magnétisme, la méditation ou le yoga. Ces thérapies reposent toutes sur le principe de reconnecter les énergies du corps avec celles de la nature, mais se fondent aussi sur des pratiques alimentaires particulières : diètes, jeûnes, purges et régimes.

### La remise en cause de la commensalité

→ Source : Fischler, 2013

Les particularismes alimentaires ne sont pas un phénomène nouveau. Pour ne citer que cet espace-temps, dans la Grèce antique, il y avait une multiplicité de sectes (pythagoriciennes, orphique, dionysienne, etc.) qui pratiquaient des régimes alimentaires particuliers. Cependant, à l'heure actuelle, les particularismes alimentaires se différencient de

Vous souhaitez :

- [Retourner à la table des matières](#)
- [Retourner au géotexte](#)
- [Retourner à l'accueil des parcours](#)
- [Consulter la bibliographie](#)

leurs précédents historiques par leur diversité. En effet, certains ont des causes sanitaires ou médicales réelles, quand d'autres reposent sur des diagnostics non-avérés médicalement. En outre, une pléthore de particularismes alimentaires trouve ses fondements dans des régimes controversés basés eux-mêmes sur des théories non reconnues par la médecine officielle. On peut citer ici, par exemple, les régimes établis sur la théorie des groupes sanguins. D'autres encore sont justifiés par des préférences ou des aversions, par des spécificités sociales ou culturelles. De façon plus générale, les particularismes alimentaires peuvent aussi avoir des causes d'ordre éthique, politique ou religieux (les diverses formes de végétarisme). Quelles que soient leurs causes, ces alimentations particulières impliquent une remise en cause de la commensalité. Les individus qui les pratiquent, que ce soit par choix ou parce qu'ils y sont contraints pour des raisons médicales, doivent affronter une « exclusion » du repas convivial.

### **Isolement alimentaire et sociétés**

→ Source : Fischler, 2013

→ Source : Masson, 2013

Estelle Masson, psychosociologue, creuse le thème de la remise en cause de la commensalité par les particularismes alimentaires. En effet, revendiquer une alimentation différente de celle des autres inscrit cette problématique dans le champ des processus de distinction et d'affiliation. Le particularisme alimentaire empêche l'individu qui le pratique de participer au rituel du repas. Les réactions des hôtes et des convives sont variables selon le substrat social dans lequel les particularismes alimentaires sont revendiqués.

- ⇒ En France, le niveau de tolérance par rapport aux particularismes alimentaires est faible au regard de ceux que l'on observe dans d'autres pays occidentaux, notamment aux États-Unis (Fischler & Masson, 2008). En effet, plus de 90 % des américains jugent normal qu'un invité informe son hôte sur ses particularismes alimentaires, quels qu'ils soient, avant de venir manger chez lui.
- ⇒ En France, la tolérance d'un hôte vis-à-vis des spécificités du régime alimentaire varie fortement selon la cause qui est invoquée :
  - 28 % jugent anormal qu'un invité spécifie ses aversions alimentaires.
  - 22 % Jugent anormal qu'un invité les informe du fait qu'il soit végétarien.
  - 10 % jugent anormal qu'un invité les prévienne qu'il suive un régime sans sel.

Ainsi, en France, lorsqu'un invité revendique un régime alimentaire particulier, seule une justification médicale paraît légitime à un hôte pour accepter cette différence sans jugement. Selon Estelle Masson, le rapport communiel au repas serait encore très prégnant

Vous souhaitez :

- [Retourner à la table des matières](#)
- [Retourner au géotexte](#)
- [Retourner à l'accueil des parcours](#)
- [Consulter la bibliographie](#)

en France ; cette composante sociale rendrait moindre la tolérance vis-à-vis des particularismes alimentaires. Dans une étude réalisée en 2004, la psychosociologue a établi qu'une femme sur cinq déclare éviter les relations sociales et les dîners entre amis dès lors qu'elle pratique un régime amaigrissant. Par ailleurs, les femmes retiennent principalement cette raison pour justifier leurs difficultés à suivre un régime.

- [Retourner en haut de la section « les pathologies liées à l'alimentation »](#)

## Les troubles des conduites alimentaires

→ Source : Pujol, 2010

Les troubles des conduites alimentaires désignent les comportements alimentaires qui ne sont pas adaptés aux besoins physiologiques de l'individu, non plus qu'à son environnement de vie. Ces troubles entraînent d'une part des conséquences physiologiques : obésité, malnutrition ou dénutrition. Et, d'autre part, des conséquences psychologiques : mauvaise estime de soi, sentiment d'anormalité ou dépression. Ces deux types de conséquences peuvent se combiner entre elles et donner lieu à un terrain pathologique multiforme. Les troubles des conduites alimentaires relèvent de maladies mentales associées à des troubles physiologiques tels que l'obsession de la nourriture, les accès compulsifs boulimiques ou anorexiques, l'apathie, les troubles du sommeil, la chute de la libido, les fluctuations de l'humeur.

Les troubles des conduites alimentaires ne sont pas des maux spécifiques à notre époque. En effet, des écrits italiens du XIII<sup>e</sup> siècle décrivent des comportements anorexiques chez une population féminine. Mais aussi, des études relatives à des troubles boulimiques ont été réalisées au début du XX<sup>e</sup> siècle. Ou encore, des monographies descriptives de l'anorexie hystérique furent écrites à l'aube du XIX<sup>e</sup> siècle.

L'anorexie mentale et la boulimie sont les troubles des conduites alimentaires les plus connus. Toutefois, il en existe d'autres comme l'hyperphagie ou le *Night Eating Disorder* (crises de boulimies nocturnes). Leurs symptômes sont décrits dans le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM IV). Toutefois, chaque trouble des conduites alimentaires est considéré comme unique puisqu'il dépend de l'histoire et de la psyché du sujet.

- [Retourner en haut de la section « les pathologies liées à l'alimentation »](#)

Vous souhaitez :

- [Retourner à la table des matières](#)
- [Retourner au géotexte](#)
- [Retourner à l'accueil des parcours](#)
- [Consulter la bibliographie](#)

## La boulimie

### Définition

→ Source : Pujol, 2010

→ Académie de médecine, 2010

Selon le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM IV), la boulimie est une maladie mentale caractérisée par quatre symptômes principaux :

- ⇒ Des crises de boulimies, définies par deux critères :
  - L'absorption, en une période de temps limitée, d'une quantité de nourriture largement supérieure à ce que la plupart des gens absorberaient en une période de temps similaire et dans les mêmes circonstances.
  - Le sentiment d'une perte de contrôle sur le comportement alimentaire pendant la crise.
- ⇒ Des comportements compensatoires inappropriés et récurrents visant à prévenir la prise de poids, tels que : vomissements provoqués, emploi abusif de laxatifs ou de diurétiques, jeûne et exercice physique excessif.
- ⇒ La fréquence des crises de boulimie et des comportements compensatoires inappropriés. Ces deux symptômes doivent survenir, en moyenne, au moins 2 fois par semaine pendant 3 mois pour que l'individu soit diagnostiqué comme boulimique.
- ⇒ Une estime de soi influencée de manière excessive par le poids et la forme corporelle.

### Facteurs de risque

→ Académie de médecine, 2010

Les complications physiopathologiques de la boulimie sont variables selon les sujets. Cette maladie peut induire des troubles endocriniens, des troubles métaboliques caractérisés

Vous souhaitez :

- [Retourner à la table des matières](#)
- [Retourner au géotexte](#)
- [Retourner à l'accueil des parcours](#)
- [Consulter la bibliographie](#)

par des taux de potassium ou de sodium sanguins anormaux. Elle peut aussi causer des troubles gastro-intestinaux sévères comme la dilatation ou la rupture de l'estomac, l'hypertrophie parotidienne ou œsophagique.

➤ [Retourner en haut de la section « les pathologies liées à l'alimentation »](#)

## L'anorexie mentale

→ Source : Pujol, 2010

→ Académie de médecine, 2010

L'anorexie mentale est caractérisée par un refus de s'alimenter (hypophagie) justifié par une obsession de l'amaigrissement qui peut entraîner un risque vital. Les personnes atteintes de cette pathologie pratiquent un hyper-contrôle alimentaire et environnemental. L'anorexie (ou peur de perdre du poids) est un symptôme de l'anorexie mentale, et non un synonyme de cette dernière ou une autre pathologie à part entière.

On parle d'anorexie restrictive pure pour les sujets qui refusent toute prise alimentaire. Lorsque les patients sont sujets à des phases d'anorexie suivies de phases boulimiques, on parle d'anorexie-boulimie. Les symptômes principaux de l'anorexie mentale sont les suivants :

- L'amaigrissement : le sujet subit une perte de poids rapide et maintient son Indice de Masse Corporelle (IMC) au-dessous de 17,5 kg de poids/m<sup>2</sup> ;
- L'aménorrhée chez les femmes (absence de règles liée à un trouble endocrinien) ;
- L'anorexie : la peur de perdre du poids.

D'autres symptômes se combinent à ceux-ci. Ils diffèrent selon le sujet et le stade de la maladie. Parmi ces symptômes, on peut recenser :

- Le déni : non reconnaissance de l'état de maigreur et/ou du danger vital ;
- La dysmorphophobie : altération de l'image de son corps ;
- La dénutrition ;
- Les troubles endocriniens : ostéoporose et anomalie de la régulation thermique ;
- Les troubles métaboliques : hypercholestérolémie et troubles ioniques ;
- Les troubles cardio-vasculaires : brachycardie, hypotension et arythmie ;
- Les troubles gastro-intestinaux : constipation.

➤ [Retourner en haut de la section « les pathologies liées à l'alimentation »](#)

Vous souhaitez :

- [Retourner à la table des matières](#)
- [Retourner au géotexte](#)
- [Retourner à l'accueil des parcours](#)
- [Consulter la bibliographie](#)



## Les régimes alimentaires

Accédez directement aux rubriques de la section :

**Les régimes alimentaires**

[La notion de régime alimentaire](#)

[Les régimes amaigrissants](#)

[Les régimes crétois et méditerranéens](#)

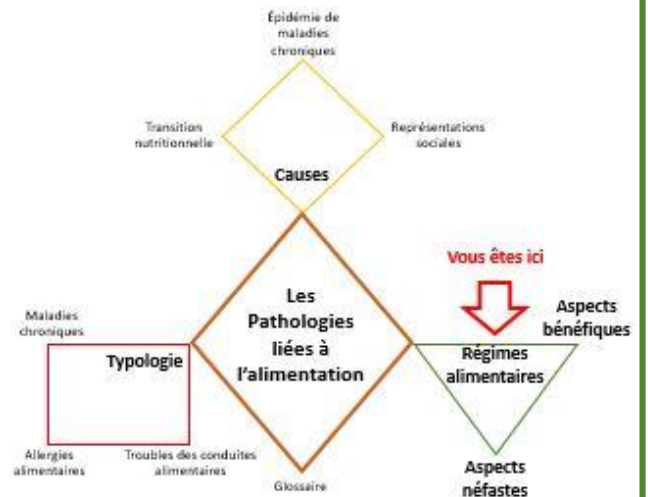
[Les régimes dissociés](#)

[Les régimes hyper-protéinés](#)

[Les régimes thérapeutiques](#)

[Les régimes végétariens et végétaliens](#)

### Localisation géotexte



## La notion de régime alimentaire

→ Source : Pujol, 2010

⇒ Au sens large, un régime alimentaire représente l'ensemble des habitudes alimentaires d'un être vivant. Il correspond aux besoins physiologiques d'un individu, mais il est aussi le produit d'un environnement, d'un mode de vie ou d'une culture.

⇒ En diététique, un régime représente un cadre alimentaire plus ou moins rigide, adapté aux besoins physiologiques d'un individu et à des objectifs nutritionnels tels que la perte de poids, la baisse de la cholestérolémie, ou le rééquilibrage d'un diabète.

Vous souhaitez :

- [Retourner à la table des matières](#)
- [Retourner au géotexte](#)
- [Retourner à l'accueil des parcours](#)
- [Consulter la bibliographie](#)

## Les régimes amaigrissants

→ Source : Pujol, 2010

Les régimes amaigrissants sont des méthodes de restriction alimentaires qui consistent à diminuer les apports énergétiques pour induire une perte pondérale en déclenchant une fonte de la masse corporelle adipeuse. Ces régimes sont préconisés en cas de surpoids ou d'obésité suite à un bilan alimentaire, afin d'adapter les besoins nutritionnels d'un individu à son mode de vie, à son état de santé et à ses préférences alimentaires.

Les principes nutritionnels impliqués dans la perte de poids sont à la base de différentes sortes de régimes amaigrissants :

- Les *régimes hypocaloriques* déterminent un apport énergétique inférieur aux besoins de l'individu. L'apport énergétique initial de l'individu peut être diminué de 30 % à 100 % dans le cas du régime « zéro calorie ».
- Les *régimes restrictifs* imposent la diminution ou la suppression d'une ou plusieurs des catégories alimentaires suivantes : produits céréaliers, produits sucrés, corps gras, fromages et fruits. Lorsque l'interdiction est totale, on parle de « régimes d'exclusion ». Une fois l'objectif pondéral atteint, les aliments proscrits peuvent être à nouveau autorisés ou non.

Bien qu'un régime amaigrissant puisse respecter l'équilibre alimentaire, il reste source de frustration et de culpabilité. Par ailleurs, de tels régimes n'impliquent pas une modification durable du comportement alimentaire et ne garantissent donc pas l'absence d'une reprise de poids suite à l'arrêt du régime.

➤ [Retourner en haut de la section « Les régimes alimentaires »](#)

## Les régimes crétois et méditerranéens

→ Source : Pujol, 2010

→ Source : OMS, 2012

Le régime crétois a traversé les siècles, de la période byzantine à notre époque. La Crète ayant été colonisée par les Arabes, les Turcs et les Vénitiens, ce régime s'est progressivement répandu dans l'ensemble du bassin méditerranéen.

Vous souhaitez :

- [Retourner à la table des matières](#)
- [Retourner au géotexte](#)
- [Retourner à l'accueil des parcours](#)
- [Consulter la bibliographie](#)

→ Le régime crétois est composé de légumes frais ou secs, de fruits, de pain, de poisson, de volailles, d'huile d'olive, de fromages, de produits sucrés, d'épices et d'aromates. Il est équilibré puisque toutes les catégories alimentaires y sont représentées.

→ Les régimes méditerranéens le complètent avec de la viande rouge (agneau, mouton et bœuf) et des matières grasses animales (beurre) dans les plats traditionnels ainsi que dans les pâtisseries. Cependant, ces régimes présentent un intérêt diététique moindre que le régime crétois traditionnel.

→ Le régime crétois est pauvre en acides gras saturés et riche en acide gras essentiels, en protéines, vitamines, fibres et minéraux. Il est équivalent au [régime thérapeutique hypocholestérolémiant](#), et protège l'organisme des maladies coronariennes. En effet, la Crète présente un nombre de décès liés aux troubles métaboliques, maladies cardio-vasculaires et cancers parmi les moins élevés au monde.

➤ [Retourner en haut de la section « Les régimes alimentaires »](#)

## Les régimes dissociés

→ Source : Pujol, 2010

Les régimes dissociés séparent les consommations des différentes catégories alimentaires en fonction des périodes de la journée (matin, midi et soir) ou des jours de la semaine. Par exemple produits céréaliers et produits carnés ne peuvent être consommés au cours d'un même repas.

→ Les régimes mono-diètes proposent la consommation d'une seule catégorie alimentaire par jour : viande le premier jour, légumes le deuxième, laitages le troisième, fruits le quatrième, etc. Certains régimes mono-diètes sont plus stricts et préconisent la consommation d'un seul aliment sur une période donnée. C'est le cas du régime raisins (le sujet ne mange que du raisin pendant plusieurs jours), du régime ananas ou de certains [régimes hyper-protéinés](#).

→ Le régime Shelton dissocie les aliments protidiés des aliments glucidiques. Leur consommation ne doit pas avoir lieu au cours des mêmes repas.

→ Le régime Montignac dissocie les apports en graisses et ceux en glucides au cours d'un même repas. Il favorise les repas constitués de corps gras, de légumes et de glucides. Il constitue une restriction quantitative relativement aux Apports Nutritionnels Conseillés.

Vous souhaitez :

- [Retourner à la table des matières](#)
- [Retourner au géotexte](#)
- [Retourner à l'accueil des parcours](#)
- [Consulter la bibliographie](#)

→ Il n'existe aucune étude scientifique qui a permis d'identifier les mécanismes des régimes dissociés.

→ La reprise de poids après l'arrêt d'un régime dissocié peut être aussi spectaculaire que la perte.

➤ [Retourner en haut de la section « Les régimes alimentaires »](#)

## Les régimes hyper-protéinés

→ Source : Pujol, 2010

Les régimes hyper-protéinés préconisent un apport en protéines supérieur aux Apports Nutritionnels Conseillés (ANC) de 30 à 60 %. Le principe de tels régimes est de diminuer le tissu adipeux en stimulant l'utilisation des graisses de réserve afin d'inhiber l'action de l'insuline et de provoquer un état de cétose, soit l'équivalent d'une phase de jeûne. L'apport de protéines permet de limiter la fonte musculaire. Lors de chaque repas, le sujet doit consommer des aliments riches en protéines, accompagnés de légumes et d'un corps gras, suivi d'un laitage en dessert.

→ Le régime se distingue en deux phases : la phase d'attaque et la phase de stabilisation.

→ Durant la phase d'attaque, les glucides, les fruits, les féculents, les produits sucrés et les boissons énergétiques (alcool, jus, sodas) sont proscrits.

→ Lors de la phase de stabilisation, les glucides sont réintroduits progressivement pendant une période pouvant aller de quelques semaines à plusieurs mois.

→ Les régimes hyper-protéinés induisent des carences en calcium, potassium, vitamine B, acides gras essentiels et vitamines liposolubles (A, D, E, K). Ils doivent être complétés par un apport artificiel de ces substances.

→ Les régimes hyper-protéinés sont déconseillés aux personnes ayant un poids normal, des troubles rénaux ou cardio-vasculaires. Dans tous les cas un suivi diététique et médical est recommandé.

➤ [Retourner en haut de la section « Les régimes alimentaires »](#)

Vous souhaitez :

- [Retourner à la table des matières](#)
- [Retourner au géotexte](#)
- [Retourner à l'accueil des parcours](#)
- [Consulter la bibliographie](#)

## Les régimes thérapeutiques

→ Source : Pujol, 2010

Les régimes thérapeutiques sont préconisés pour adapter les besoins nutritionnels d'un individu aux modifications de son équilibre nutritionnel induites par la pathologie dont il souffre. Ils sont prescrits à titre curatif ou en accompagnement d'un traitement de sorte à optimiser la guérison ou pour éviter qu'une maladie ne devienne chronique.

Parmi les régimes thérapeutiques, on trouve :

→ Le régime diabétique. Il est prescrit en cas de diabète de type II et vise à maintenir la glycémie à un niveau normal.

→ Les régimes hypocholestérolémiants ou hypotriglycéridémiants. Ils sont prescrits comme traitements diététiques en cas de dyslipidémie. Ils ont pour objet de diminuer les taux anormalement élevés de cholestérol ou de triglycérides dans le sang de façon à limiter les risques de troubles cardio-vasculaires. Ils ont pour objet de rééquilibrer les apports en lipides en augmentant les matières grasses végétales et les poissons gras, sources d'acide gras polyinsaturés.

→ Le régime sans sel. Il est conseillé en cas d'œdème (conséquence d'une insuffisance cardio-vasculaire), de troubles rénaux ou d'hypertension artérielle. Malgré son appellation, le régime sans sel prévoit l'ingestion d'une quantité minimum de sodium, déterminée par le médecin traitant.

➤ [Retourner en haut de la section « Les régimes alimentaires »](#)

## Les régimes végétariens et végétaliens

→ Source : Pujol, 2010

L'être humain est naturellement omnivore. Le régime à base de viandes rouges, volailles, poissons, œufs, produits laitiers, céréales, légumes, fruits, graines et corps gras permet un apport optimal en nutriments à l'organisme humain. Cependant, à l'échelle planétaire, plus d'un million de personnes pratique le végétarisme, régime alimentaire excluant la consommation de chair animale. Cette population rassemble des personnes dont les motivations peuvent être :

Vous souhaitez :

- [Retourner à la table des matières](#)
- [Retourner au géotexte](#)
- [Retourner à l'accueil des parcours](#)
- [Consulter la bibliographie](#)

- Religieuses (hindouisme, bouddhisme, taoïsme, christianisme, adventisme du 7<sup>e</sup> jour, islamisme, culte rastafarien) ;
- Culturelles ;
- Ethiques (contre le « meurtre » des animaux) ;
- Sanitaires (contrôle pondéral, prévention santé) ;
- Ecologiques (contre la surproduction de CO<sub>2</sub>).

→ A ce jour, aucune étude scientifique n'a pu prouver l'intérêt du végétarisme.

→ En revanche, des études scientifiques ont démontré que les régimes lactovégétariens, végétaliens et certains régimes macrobiotiques sont déséquilibrés. Leur pratique induit des carences en protéines (acides aminés essentiels), en lipides, en acides gras polyinsaturés, en vitamine B12, en minéraux et en calcium.

→ Seul un régime végétarien comportant un minimum d'apports de protéines animales (avec œufs et produits laitiers) et incluant la pratique d'une complémentarité alimentaire (produits céréaliers et légumes secs consommés au cours d'un même repas, au moins deux fois par jour) permet d'équilibrer les rapports nutritionnels d'un individu à ses besoins physiologiques.

➤ [Retourner en haut de la section « Les régimes alimentaires »](#)

Vous souhaitez :

- [Retourner à la table des matières](#)
- [Retourner au géotexte](#)
- [Retourner à l'accueil des parcours](#)
- [Consulter la bibliographie](#)

## Glossaire

Accès rapide aux entrées du glossaire :

- [Aliments de base](#)
- [Apports Journaliers Recommandés \(AJR\)](#)
- [Apports Nutritionnels Conseillés \(ANC\)](#)
- [Diététicien](#)
- [Diététique](#)
- [Indice de Masse Corporelle \(IMC\)](#)
- [Malnutrition](#)
- [Nutrition](#)
- [Nutritionniste](#)
- [Obésité](#)
- [Sous-nutrition](#)
- [Surnutrition](#)

## Aliments de base

→ Source : Encyclopaedia Universalis, 2001

Un aliment de base est une composante fondamentale d'un régime alimentaire traditionnel. Les régimes traditionnels variant selon l'aire géographique, les aliments de base peuvent donc être de différentes natures. Néanmoins, on retrouve la plupart du temps la constante des féculents : céréales (blé, maïs, riz, sorgho, millet, etc.), tubercules (pomme de terre, manioc, taro), légumineuses (arachide, haricot, fève, pois-chiches). Les aliments de base ont de fortes propriétés énergétiques. Cependant, ils ne fournissent pas tous les éléments nutritifs nécessaires à l'être humain pour rester en bonne santé. D'autres aliments, riches en protéines et vitamines, doivent notamment compléter les aliments de base dans un régime alimentaire équilibré.

Vous souhaitez :

- [Retourner à la table des matières](#)
- [Retourner au géotexte](#)
- [Retourner à l'accueil des parcours](#)
- [Consulter la bibliographie](#)

## Apports Journaliers Recommandés (AJR)

→ Source : AFSSA, 2005

Les apports journaliers recommandés (AJR) sont des repères qui précisent les quantités recommandées en vitamines et en minéraux pour répondre aux besoins d'un adulte-type moyen.

Les AJR sont inférieurs aux Apports Nutritionnels Conseillés (ANC) de 10 à 30 % en moyenne.

➤ [Retourner à l'accueil du glossaire](#)

## Apports Nutritionnels Conseillés (ANC)

→ Source : AFSSA, 2005

Les apports nutritionnels conseillés sont des valeurs qui définissent les besoins de populations ciblées en glucides, lipides, protéines, fibres et eau. Ces populations peuvent être : les enfants, les adolescents, les personnes âgées, les femmes, les hommes, les adultes, les sportifs, les femmes enceintes ou allaitantes.

→ Les ANC sont exprimés en pourcentages d'Apport Énergétique Total (AET). L'AET représente l'équivalent de la dépense énergétique journalière.

→ Les ANC sont calculés d'après les besoins physiologiques, les comportements alimentaires et le niveau de vie d'une population ciblée. Les ANC sont des repères destinés à limiter les facteurs alimentaires impliquant des risques de développement de pathologies liées à l'alimentation.

→ Les ANC sont les chiffres de référence en France, alors que les AJR constituent une référence internationale.

➤ [Retourner à l'accueil du glossaire](#)

Vous souhaitez :

- [Retourner à la table des matières](#)
- [Retourner au géotexte](#)
- [Retourner à l'accueil des parcours](#)
- [Consulter la bibliographie](#)



## Diététicien

- Source : Pujol, 2010
- Source : CNRTL, 2015

Le diététicien est un professionnel paramédical spécialiste de la diététique et de la nutrition. Son rôle est de conseiller et de rééduquer un individu ou une population d'individus dans le but de modifier leurs comportements et leurs régimes alimentaires. Le diététicien évalue les besoins nutritionnels, pose un diagnostic et donne des conseils visant à améliorer l'état physiologique de son patient. Sous le statut d'expert, de consultant, de rédacteur ou d'animateur, il peut exercer en cabinet libéral, dans la fonction publique (établissements hospitaliers, administratifs, scolaires, etc.) ou en entreprise (secteurs de l'agroalimentaire et de la communication).

- [Consulter la rubrique « Nutritionniste »](#)
- [Retourner à l'accueil du glossaire](#)

## Diététique

- Source : Pujol, 2010
- Source : Fischler, 2013

La diététique est la science des pratiques alimentaires équilibrées. Elle a pour objet, comme la nutrition, les besoins nutritionnels de l'organisme humain, mais aussi les besoins psychiques, émotionnels, culturels ou gustatifs d'un individu. En effet, la diététique vise à établir une harmonie nutritionnelle entre les nécessités chimiques et l'existence de l'être. Elle peut donc s'appuyer, selon les cultures, sur des critères différents. Hippocrate, médecin de l'antiquité grecque, élaborait les premiers régimes alimentaires en fonction de la digestion, des « humeurs » et de la température. Ainsi, la « diététique hippocratique » fut la première discipline scientifique à établir le lien qui existe entre santé et alimentation.

Tous les aliments sont diététiques dans la mesure où ils apportent tous des nutriments. L'utilisation du terme « diététique » au sens d'« amaigrissant », de « sain » ou de « sans graisse » relève donc d'un abus de langage.

- [Consulter la rubrique « nutrition »](#)
- [Retourner à l'accueil du glossaire](#)

Vous souhaitez :

- [Retourner à la table des matières](#)
- [Retourner au géotexte](#)
- [Retourner à l'accueil des parcours](#)
- [Consulter la bibliographie](#)

## Indice de Masse Corporelle (IMC)

→ Source : AFSSA, 2005

L'Indice de Masse Corporelle correspond au poids en kilogrammes divisé par la taille en mètres au carré d'un individu. Ainsi, pour un individu d'un poids de 52kg pour 1,60m de taille, l'IMC vaut  $52 / (1,60 \times 1,60) = 20,3$

→ Avec un IMC compris entre 18,5 et 25, le poids d'un individu est considéré comme normal.

→ Avec un IMC compris entre 25 et 30, l'individu est considéré comme en surpoids.

→ Avec un IMC dépassant 30, l'individu est défini comme obèse.

L'IMC représente un repère épidémiologique et statistique. Il ne s'agit pas d'un objectif souhaitable pour tous les individus en surpoids. Certains spécialistes de la nutrition, tels que J-M Lecerf, médecin chef du service de nutrition à l'Institut Pasteur de Lille, affirme que l'IMC n'est qu'un « *paramètre anthropométrique très imparfait ne résumant pas cette pathologie [l'obésité]* ». De plus, J-M Lecerf souligne « *qu'on ne soigne pas des chiffres, mais des personnes représentant autant de situations différentes selon leur âge, leur sexe, le degré de surpoids, les déterminants de la prise de poids* ».

- [Consulter la rubrique « surpoids »](#)
- [Consulter la rubrique « obésité »](#)
- [Retourner à l'accueil du glossaire](#)

Vous souhaitez :

- [Retourner à la table des matières](#)
- [Retourner au géotexte](#)
- [Retourner à l'accueil des parcours](#)
- [Consulter la bibliographie](#)

## Malnutrition

→ Source : Nonjon, 2012

On parle de malnutrition quand un individu pratique une alimentation monotone, irrégulière et déficitaire en protéines, vitamines, acides aminés et gras, oligoéléments. Lorsqu'un individu est soumis pendant une période prolongée à la malnutrition, les conséquences sur sa santé sont néfastes. En effet, la pratique d'une telle alimentation peut induire l'apparition de carences, le rachitisme, l'anémie, etc.

→ Source : CNRTL, 2015

« Malnutrition : Nutrition inadéquate résultant d'une sous-alimentation, d'une suralimentation, d'une alimentation mal équilibrée ou d'une assimilation incomplète ou imparfaite. »

- [Consulter la rubrique « sous-nutrition »](#)
- [Retourner à l'accueil du glossaire](#)

## Nutrition

→ Source : Pujol, 2010

La nutrition est la science de l'action de se nourrir. Elle analyse la transformation chimique des aliments, via le métabolisme, en vue de leur assimilation pour la croissance, l'entretien et le fonctionnement de l'organisme humain. Elle étudie le rapport entre alimentation et santé.

Au sens commun, la nutrition représente l'ensemble des apports alimentaires. Cette composition nutritionnelle est analysée en quantité de nutriments et définit la ration alimentaire. Une ration alimentaire est calculée à partir de l'addition des protéines, des lipides et des glucides, puis estimée en pourcentage d'apport énergétique total.

- [Consulter la rubrique « diététique »](#)
- [Retourner à l'accueil du glossaire](#)

Vous souhaitez :

- [Retourner à la table des matières](#)
- [Retourner au géotexte](#)
- [Retourner à l'accueil des parcours](#)
- [Consulter la bibliographie](#)

## Nutritionniste

→ Source : Pujol, 2010.

→ Source : CNRTL, 2015.

⇒ Selon la diététicienne Florence Pujol, l'emploi du terme « nutritionniste » pour qualifier la profession de diététicien nutritionniste un relève d'un abus de langage. En effet, cette appellation ne correspond à aucun diplôme et ne constitue donc aucunement un titre réel. La presse féminine a popularisé le terme de « nutritionniste » pour désigner les « médecins nutritionnistes » ou les « diététiciens nutritionnistes ».

≠

⇒ Le Centre National de ressources Textuelles et Lexicales (CNRTL), définit ainsi le terme de « nutritionniste » : « Médecin spécialiste de la nutrition. »

- [Consulter la rubrique « Diététicien »](#)
- [Retourner à l'accueil du glossaire](#)

## Obésité

→ Source : Pujol, 2010

L'obésité est une pathologie chronique caractérisée par une hypertrophie de la masse adipeuse, associée ou non à une multiplication des adipocytes et à un [Indice de Masse Corporelle](#) (IMC) supérieur à 30. La masse adipeuse est constituée de cellules qui contiennent des triglycérides (TG). Le taux sanguin de TG augmente en fonction des apports alimentaires et fait gonfler l'adipocyte, qui se charge de lipides. Il s'agit de la première phase de l'obésité, appelée « hypertrophique ». Ensuite, au cours de la deuxième phase dite « hyperplasique », la cellule adipeuse atteint son volume critique et engendre une nouvelle cellule afin d'accroître la capacité de stockage. La troisième phase combine les phénomènes des deux précédentes.

Vous souhaitez :

- [Retourner à la table des matières](#)
- [Retourner au géotexte](#)
- [Retourner à l'accueil des parcours](#)
- [Consulter la bibliographie](#)

On distingue trois formes d'obésités :

→ On parle d'obésité de type I (ou obésité modérée) si l'IMC est compris entre 30 et 34,5 kg/m<sup>2</sup> ;

→ On parle d'obésité de type II (ou obésité sévère) si l'IMC est compris entre 35 et 39,5 kg/m<sup>2</sup> ;

→ On parle d'obésité de type III (ou d'obésité massive) si l'IMC est supérieur à 40 kg/m<sup>2</sup>.

- [Consulter la rubrique « Apports Nutritionnels Conseillés »](#)
- [Consulter la rubrique « surpoids »](#)
- [Consulter la rubrique « surnutrition »](#)
- [Retourner à l'accueil du glossaire](#)

## Sous-nutrition

### Définition

→ Source : Pujol, 2010

La sous-nutrition est le fait de disposer de manière permanente d'une ration alimentaire insuffisante pour les besoins de son organisme.

### La sous-nutrition dans le monde

(→ Source : Nonjon, 2012.)

⇒ Entre 1960 et 2010, le nombre de personnes souffrant de sous-nutrition diminue de 960 millions à 925 millions. La traduction de ces chiffres en pourcentages marque un recul très net de la sous-nutrition entre ces dates, avec le passage de 32% de la population mondiale en 1960 à 14% de la population mondiale en 2010.

⇒ Cependant, le rythme de cette baisse s'est complètement ralenti depuis 1990. En effet, le nombre en valeur absolue d'individus frappés par la sous-nutrition est passé de 800 millions en 1990 à 925 millions en 2010. En 2009, le seuil inquiétant du milliard d'êtres-humains sous-alimentés a même été franchi. Ce chiffre est redescendu 925 millions en 2010. Selon la

Vous souhaitez :

- [Retourner à la table des matières](#)
- [Retourner au géotexte](#)
- [Retourner à l'accueil des parcours](#)
- [Consulter la bibliographie](#)

géographe Christine Glorieux, citée par Alain Nonjon, cette évolution statistique est due à une conjoncture agricole mondiale particulièrement favorable entre 2008 et 2010.

⇒ Les pays en voie de développement et les pays émergents concentrent sur leurs territoires 98% des êtres humains sous-alimentés.

## La mappemonde de la sous-nutrition

(→ Source : Nonjon, 2012.)

⇒ A l'échelle mondiale, les régions de l'Asie et du Pacifique regroupent chiffres les plus considérables de personnes sous-alimentées. En effet, ces aires géographiques regroupent 650 millions de la population mondiale affamée.

⇒ Si la Chine et l'Inde comptent respectivement 150 et 200 millions d'individus touchés par le fléau de la sous-nutrition, ce sont aussi des régions où la faim a beaucoup reculé au regard de leur passé. La révolution verte a été vectrice de ce recul de la sous-nutrition. Cependant, depuis quelques années, la révolution verte ne parvient plus à couvrir les besoins de populations en plein boom démographique.

⇒ En Afrique subsaharienne, ce sont 205 millions de personnes qui sont sous-alimentées, soit 30% de la population totale de cette zone géographique.

- [Consulter la rubrique « Apports Nutritionnels Conseillés »](#)
- [Consulter la rubrique « malnutrition »](#)
- [Retourner à l'accueil du glossaire](#)

## Surnutrition

### Définition

→ Source : OMS, 2003

Surnutrition : Ingestion quotidienne d'aliments dont la richesse en calories est supérieure à celle que nécessitent les dépenses organiques d'une personne. La surnutrition peut être la cause de surpoids ou d'obésité.

Vous souhaitez :

- [Retourner à la table des matières](#)
- [Retourner au géotexte](#)
- [Retourner à l'accueil des parcours](#)
- [Consulter la bibliographie](#)

## La surnutrition dans le monde

→ Source : Nonjon, 2012

Aux Etats-Unis, 30 % de la population souffre de surcharge pondérale. [L'Indice de Masse Corporelle](#) (IMC) moyen se situe à 28 et augmente d'une unité par décennie. Par ordre décroissant, viennent ensuite la Nouvelle-Zélande, l'Australie, le Canada et le Royaume-Uni. Seul le Japon, parmi les pays du Nord affiche l'IMC le plus bas du monde (24 pour les hommes et 22 pour les femmes). Mais si le fléau de la surnutrition frappait jusqu'alors de façon majoritaire les pays du nord, il s'abat désormais sur ceux du Sud. En effet, la question de la surnutrition devance celle de la sous-nutrition dans les aires géographiques suivantes : Afrique du Nord, Amérique du Sud, Moyen-Orient, Inde, Chine et Mexique. Le Mexique est le pays le plus touché au monde par les problèmes de la surnutrition, derrière les Etats-Unis : l'hypertension et le diabète y sont les premières causes de mortalité. Enfin, en Chine, on recense 90 millions d'obèses pour 200 millions d'habitants.

Les personnes touchées par le surpoids restent plus nombreuses dans les pays riches. Cependant, à l'intérieur de ce regroupement de pays, la distribution sociale des personnes en situation de surcharge pondérale est différente selon les pays :

→ Les pays du Nord ont une population suralimentée manifestement pauvre.

→ Dans les pays du Sud, ce sont les riches qui sont touchés par le surpoids

- ⇒ En 2001, le Worldwatch Institute remarque que le nombre de personnes en surpoids est l'exact équivalent de celui des individus touchés par la sous-nutrition.
- ⇒ Les pays du Sud risquent d'être les plus affectés par l'expansion de l'épidémie planétaire d'obésité. En effet, selon les prévisions de l'OMS la population mondiale en surcharge pondérale atteindra les 3,3 milliards en 2030. 80 % de cette population sera localisée dans les pays en voie de développement et dans les pays émergents.

- [Consulter la rubrique « Apports Nutritionnels Conseillés »](#)
- [Consulter la rubrique « obésité »](#)
- [Retourner à l'accueil du glossaire](#)

### Surpoids

→ Source : AFSSA, 2005

Le surpoids désigne une concentration trop élevée de masse grasseuse dans l'organisme par rapport à la norme de l'[Indice de Masse Corporelle](#), comprise entre 25 et 30.

Vous souhaitez :

- [Retourner à la table des matières](#)
- [Retourner au géotexte](#)
- [Retourner à l'accueil des parcours](#)
- [Consulter la bibliographie](#)

Les facteurs d'apparition d'un surpoids chez un individu sont liés à un comportement alimentaire non adapté à ses besoins nutritionnels.

Parmi les causes de surpoids, on peut noter :

- Des apports nutritionnels hyper-énergétiques ou hyper-lipidiques ;
- Un mode de vie sédentaire.

Le surpoids, comme l'obésité, peut induire diverses pathologies telles que :

- Les maladies cardio-vasculaires ;
- Les troubles métaboliques ;
- Les troubles articulaires.

- [Consulter la rubrique « obésité »](#)
- [Retourner à l'accueil du glossaire](#)

Vous souhaitez :

- [Retourner à la table des matières](#)
- [Retourner au géotexte](#)
- [Retourner à l'accueil des parcours](#)
- [Consulter la bibliographie](#)



## BIBLIOGRAPHIE

Académie de Médecine, 2010, *Dictionnaire de l'Académie de médecine*, <http://dictionnaire.academie-medicine.fr/>

AFSSA, 2005, *Nutrition et risques alimentaires*, Les cahiers de l'AFSSA, Les éditions textuels, Paris.

Boulangier, 2015, Entretien réalisé par Destandau S, (cf. compléments bibliographiques).

CNRTL, 2015, Site du CNRTL : <http://www.cnrtl.fr/>

Darmon M., 2003, *Devenir anorexique, une approche sociologique*, La Découverte, Paris.

Encyclopaedia Universalis, 2011, Tome 6, Paris.

Fischler C., 2013, *Les alimentations particulières*, Les alimentations particulières, mangerons nous ensemble demain ?, Odile Jacob, Paris.

INSEE, 2008, Site de l'INSEE : <http://www.insee.fr/fr/>

INSERM, 2008, Site de l'Inserm : <http://www.inserm.fr/>

INVS, 2006 & 2015, Site de l'INVS : <http://www.invs.sante.fr/>

IRIN, 2008, *Afrique du Sud : quand le VIH encourage l'obésité*, <http://www.irinnews.org/fr/report/78789/afrique-du-sud-quand-le-vih-encourage-l-ob%C3%A9sit%C3%A9>

Lecerf J-M., 2013, *Les dessous des régimes amaigrissants : raisons et déraison*, Les alimentations particulières, mangerons nous ensemble demain ?, p. 133-148, Odile Jacob, Paris.

Masson E., 2013, *Vers une alimentation sur mesure ? Régimes personnels et habitudes collectives.*, Les alimentations particulières, mangerons nous ensemble demain ?, Odile Jacob, Paris.

Merdji M., Debucquet G., 2013, *Intolérances et allergies alimentaires : un mal singulier*, Les alimentations particulières, mangerons nous ensemble demain ?, Odile Jacob, Paris.

Moneret-Vautrin D-A., 2013, *Allergies et intolérances : l'énigme scientifique, les dimensions du problème et les aspects sociaux-culturels*, Les alimentations particulières, mangerons nous ensemble demain ?, Odile Jacob, Paris.

Nonjon A., 2012, *Géopolitique de l'alimentation*, Ellipses, Paris.

OMS, 2003, *Régime alimentaire, nutrition et prévention des maladies chroniques : rapport d'une Consultation OMS/FAO d'experts*, Série de rapports techniques 916, Genève.

Vous souhaitez :

- [Retourner à la table des matières](#)
- [Retourner au géotexte](#)
- [Retourner à l'accueil des parcours](#)
- [Consulter la bibliographie](#)

OMS, 2008 ; OMS, 2010 ; OMS, 2012 ; OMS, 2014 ; site de l'OMS : <http://www.who.int/fr/>

Patriarca E., 2013, *Les maladies chroniques, la nouvelle crise écologique, Interview de Cicoella A.*, <http://www.liberation.fr/>

Pujol F., 2010, *Les 100 mots de la diététique et de la nutrition, Que sais-je ?*, PUF, Paris.

Sauvain-Dugerdil C., Diarra S., Douptcheva N., Diop S., 2012, *La montée de l'obésité en Afrique de l'Ouest : défis socioculturels pour les politiques de santé publique. Application de l'approche des capacités sur des données mixtes au Mali*, erudit.org.

## COMPLÉMENTS BIBLIOGRAPHIQUES

**Académie de Médecine, 2010, *Dictionnaire de l'Académie de médecine*, <http://dictionnaire.academie-medecine.fr/>**

- ⇒ Le dictionnaire de l'Académie Nationale de Médecine est une œuvre collective d'académiciens et de consultants. L'édition de 2010 est actuellement en ligne. Elle regroupe les définitions (près de 50 000) figurant dans les 15 volumes d'une édition papier publiée par les Editions de santé et par le Conseil international de la langue française (CILF).

**AFSSA 2005, *Nutrition et risques alimentaires, Les cahiers de l'AFSSA, Les éditions Textuels, Paris.***

- ⇒ L'AFSSA est un établissement public français, créé en 1999. Sa mission principale a été d'évaluer les risques sanitaires et nutritionnels présentés par tous les aliments, qu'ils soient destinés à l'homme ou à l'animal. Depuis juillet 2010, l'AFSSA a fusionné avec l'Agence Française de Sécurité Sanitaire de l'Environnement et du Travail pour former l'Agence nationale chargée de la Sécurité Sanitaire de l'Alimentation, de l'Environnement et du Travail (ANSES).

**Boulangier, 2015, Entretien réalisé par S. Destandau dans le cadre de ce rapport hypertexte.**

- ⇒ Date : Mardi 7 avril 2015  
Informatrice : Boulangier Carole, Diététicienne nutritionniste, lotissement des Lampis, 9 rue des genêts, 13510, Éguilles.

**CNRTL, 2015, Site du CNRTL : <http://www.cnrtl.fr/>**

- ⇒ Le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (CNRTL) a été créé en 2005 par le Centre National de Recherche Scientifique (CNRS). Le CNRTL rassemble, au sein

Vous souhaitez :

- [Retourner à la table des matières](#)
- [Retourner au géotexte](#)
- [Retourner à l'accueil des parcours](#)
- [Consulter la bibliographie](#)

d'un portail unique, un ensemble de ressources linguistiques informatisées et d'outils de traitement de la langue.

**Darmon M., 2003, *Devenir anorexique, une approche sociologique*, La Découverte, Paris.**

⇒ Muriel Darmon est sociologue et directrice de recherche au CNRS dans le Centre européen de sociologie et de science politique (CNRS-EHESS-Paris I).

**Fischler C., 2013, *Les alimentations particulières, Les alimentations particulières, mangerons nous ensemble demain ?*, Odile Jacob, Paris.**

⇒ Claude Fischler est directeur de recherche au CNRS et directeur de l'Institut Interdisciplinaire d'Anthropologie du Contemporain (IIAC). Ses travaux portent principalement sur la socio-anthropologie de l'alimentation.

**INSEE, 2008, Site de l'INSEE : <http://www.insee.fr/fr/>**

⇒ L'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) est chargé de la production, de l'analyse et de la publication des statistiques officielles en France.

**INSERM, 2008, Site de l'INSERM : <http://www.inserm.fr/>**

⇒ Créé en 1964, l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) est un établissement public français spécialisé dans la recherche médicale. L'Inserm est placé sous la double tutelle du Ministère de la recherche et du Ministère de la santé.

**INVS, 2006 & 2015, Site de l'INVS : <http://www.invs.sante.fr/>**

⇒ L'institut de veille sanitaire (INVS) est un établissement public français rattaché au ministère de la Santé. Sa mission générale est de surveiller l'état de santé de la population et son évolution.

**IRIN, 2008, *Afrique du Sud : quand le VIH encourage l'obésité*, <http://www.irinnews.org/fr/report/78789/afrique-du-sud-quand-le-vih-encourage-l-ob%C3%A9sit%C3%A9>**

⇒ L'Integrated Regional Information Networks (IRIN) – en français : le Réseau d'information régionales intégrées – est rattaché au Bureau de la coordination des affaires humanitaires (OCHA) de l'ONU. Créé en 1995, l'IRIN met des informations brutes et des analyses à la disposition des acteurs engagés dans l'action humanitaire.

**Lecerf J-M., 2013, *Les dessous des régimes amaigrissants : raisons et déraison*, Alimentations particulières, mangerons nous ensemble demain ?, p. 133-148, Odile Jacob, Paris.**

⇒ Jean-Michel Lecerf est médecin nutritionniste, spécialiste en endocrinologie et maladies métaboliques à l'institut Pasteur de Lille.

Vous souhaitez :

- [Retourner à la table des matières](#)
- [Retourner au géotexte](#)
- [Retourner à l'accueil des parcours](#)
- [Consulter la bibliographie](#)

**Masson E., 2013, *Vers une alimentation sur mesure ? Régimes personnels et habitudes collectives.*, Les alimentations particulières, mangerons nous ensemble demain ?, Odile Jacob, Paris.**

- ⇒ Estelle Masson est Maître de conférences en Psychologie sociale à l'Université de Bretagne Occidentale. Elle est membre du Centre de Recherches en Psychologie, Cognition et Communication de Brest. Ses activités de recherche se concentrent autour d'une approche psychosociale de l'alimentation, du corps et de la santé et s'inscrivent dans le cadre de la théorie des représentations sociales.

**Merdji M., Debucquet G., 2013, *Intolérances et allergies alimentaires : un mal singulier, Les alimentations particulières, mangerons nous ensemble demain ?, Odile Jacob, Paris.***

- ⇒ Mohamed Merdji est titulaire d'un doctorat en économie et d'un doctorat en gestion. Il est enseignant-chercheur à Audencia Nantes et directeur du LESMA (Laboratoire d'Etudes et de recherche en Stratégie et Marchés des Produits Agro-alimentaires). Ses travaux portent sur l'analyse des mécanismes de formation et d'évolution des préférences alimentaires et sur les politiques d'innovation dans les entreprises agro-alimentaires.
- ⇒ Gervaise Debucquet est ingénieur agronome (Paris-Grignon) et docteur en gestion. Elle est enseignant-chercheur à Audencia et membre du LESMA. Ses travaux portent sur l'analyse socio-économique du risque alimentaire et sur les politiques d'innovation dans les entreprises agro-alimentaires.

**Moneret-Vautrin D-A., 2013, *Allergies et intolérances : l'énigme scientifique, les dimensions du problème et les aspects sociaux-culturels, Alimentations particulières, mangerons nous ensemble demain ?, p. 34-42, Odile Jacob, Paris.***

- ⇒ Denise-Anne Moneret-Vautrin est professeure émérite à la Faculté de Médecine de l'Université Henri Poincaré de Nancy, interniste allergologue, membre de l'Académie nationale de Médecine et présidente du réseau allergovigilance.

**Nonjon A., 2012, *Géopolitique de l'alimentation, Ellipses, Paris.***

- ⇒ Alain Nonjon est agrégé d'histoire, professeur en classes préparatoires HEC au lycée Michelet (Vanves) et à Intégrale (Paris). Il est aussi directeur de collection chez Ellipses.

**OMS, 2003, *Régime alimentaire, nutrition et prévention des maladies chroniques : rapport d'une Consultation OMS/FAO d'experts, Série de rapports techniques 916, Genève.***

- ⇒ A propos de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) : créée en 1948, l'OMS est une institution spécialisée du système des Nations Unies qui agit en tant qu'autorité

Vous souhaitez :

- [Retourner à la table des matières](#)
- [Retourner au géotexte](#)
- [Retourner à l'accueil des parcours](#)
- [Consulter la bibliographie](#)

directrice et coordinatrice pour toutes les questions internationales de santé et de santé publique. Elle est tenue par sa Constitution de fournir des informations, ainsi que des avis objectifs et fiables dans le domaine de la santé humaine.

- ⇒ A propos de la Food and Agriculture Organisation (FAO) : La FAO est une institution spécialisée des Nations Unies, créée en 1945, pour l'alimentation, dans son sens le plus large. Ses préoccupations intègrent notamment l'agriculture, les forêts, les pêches et les industries se rattachant directement à l'alimentation. La FAO joue un rôle de chef de file dans les efforts internationaux de lutte contre la faim. La FAO, au service à la fois des pays développés et des pays en développement, est une tribune neutre au sein de laquelle tous les pays se réunissent sur un pied d'égalité pour négocier des accords et débattre de politiques.

**Patriarca E., 2013, *Les maladies chroniques, la nouvelle crise écologique, Interview de Cicolella A.*, [http://www.liberation.fr/terre/2013/12/12/les-maladies-chroniques-la-nouvelle-crise-ecologique\\_966083](http://www.liberation.fr/terre/2013/12/12/les-maladies-chroniques-la-nouvelle-crise-ecologique_966083)**

- ⇒ Eliane Patriarca est Journaliste à Libération depuis 1994. Elle couvre l'actualité environnementale depuis 2003 et collabore aux pages Société, Voyages et Sports (montagne) du quotidien.
- ⇒ André Cicolella est un Chimiste et toxicologue, cofondateur du Réseau environnement santé qui a permis l'interdiction, en France, du bisphénol A (BPA) dans les biberons.

**Pujol F., 2010, *Les 100 mots de la diététique et de la nutrition, Que sais-je ?, PUF, Paris.***

- ⇒ Florence Pujol est diététicienne nutritionniste, spécialiste du comportement alimentaire. Elle exerce en cabinet. Elle est rattachée à la clinique du Château de Garches.

**Sauvain-Dugerdil C., Diarra S., Douptcheva N., Diop S., 2012, *La montée de l'obésité en Afrique de l'Ouest : défis socioculturels pour les politiques de santé publique. Application de l'approche des capacités sur des données mixtes au Mali*, [erudit.org](http://erudit.org).**

- ⇒ Claudine Sauvain-Dugerdil est professeure d'anthropologie à l'Institut d'Etudes Démographiques et du Parcours de Vie, à l'Université de Genève.
- ⇒ Samba Diarra est Professeur de Sciences Sociales à l'Université de Bamako, au Mali.
- ⇒ Nediaalka Douptcheva est chercheuse à l'Institut de la médecine sociale et préventive à l'Université de Genève.
- ⇒ Samba Diop est Professeur de Sciences Sociales à l'Université de Bamako, au Mali.

Vous souhaitez :

- [Retourner à la table des matières](#)
- [Retourner au géotexte](#)
- [Retourner à l'accueil des parcours](#)
- [Consulter la bibliographie](#)