

# Lorsque la moralisation ne suffit plus : l'alimentation à l'heure de la lutte au surpoids et des aliments fonctionnels

Karine Vigneault  
*Université de Montréal*

*Abstract:* In the past few years, discourses of war on obesity and functional foods have come to occupy a prominent place amidst the current multiplicity of practices concerned with the “problem” of food and eating. I suggest that, interestingly, both offer a serious challenge to nutritional science’s moralizing approach to food in putting forth a rational rather than moral conception of the subject; a “truth” that, coupled with a relational notion of risk, tends to naturalize a relatively new strategy in the government of food practices: action on environments.

*Keywords:* Popular Culture; Risk; Foods; Subjectivity

*Résumé :* Les discours de lutte à l’obésité et d’aliments fonctionnels occupent depuis quelques années une place de choix dans l’impressionnante diversité de pratiques cherchant à poser le « problème » de l’alimentation. Or j’aimerais suggérer que ces discours proposent en fait une sortie des efforts de moralisation caractéristiques de la science nutritionnelle qui a prédominé tout au long du XX<sup>e</sup> siècle en ce qu’ils déploient un sujet non pas moral mais bien rationnel. Un sujet qui, dans sa rencontre avec une conception relationnelle du risque, naturalise une nouvelle stratégie de gouvernement : l’action sur les environnements.

*Mots clés :* Culture populaire; Risque; Alimentation; Subjectivité

Crise de la maladie de la vache folle, épidémie mondiale d’obésité, croissance de la part de marché des produits biologiques et équitables, découverte des bienfaits « santé » des Oméga-3 et autres probiotiques, publication du énième livre de recettes du grand chef de l’heure, débat sur l’étiquetage des organismes génétiquement modifiés ou encore sur le droit à la souveraineté alimentaire. [...] La diversité des enjeux à travers lesquels se pose depuis quelques années le « problème » de l’alimentation a de quoi impressionner. D’ailleurs, pas une semaine ne semble s’écouler sans que ne soit soulevée d’une façon ou d’une autre

---

**Karine Vigneault** est doctorante au programme conjoint en communication de l’Université de Montréal, 90 Vincent-d’Indy, Outremont (QC), H2V 2S9. Courriel : karine.vigneault.1@umontreal.ca.

**Canadian Journal of Communication, Vol 34 (2009) 381-396**

©2009 Canadian Journal of Communication Corporation

la question du comment et quoi manger à l'intérieur des médias populaires québécois, experts de tous horizons (gastronomique, nutritionnel, sanitaire, politique, économique, etc.) y allant chacun de leurs analyses et recommandations. Or devant ce que certains n'hésitent pas à qualifier de « fétichisme » contemporain de la nourriture (Probyn, 2000, p. 2), les *cultural studies* tant anglo-saxonnes que francophones se montrent étonnamment peu bavardes. Un silence relatif qui surprend d'autant que certaines des pratiques alimentaires observables dans la dernière décennie – la multiplication des émissions télévisées culinaires ou encore la légitimité accrue des livres de gastronomie dans le monde littéraire, par exemple – signalent clairement que l'alimentation n'est pas que « simple » facette du mode de vie de groupes donnés mais aussi lieu de production de sens faisant partie intégrante de la culture populaire. À ce titre, les pratiques alimentaires contribuent à la mise en place de relations de « savoir-pouvoir » (Foucault, 1971) que j'aimerais mettre en lumière par le biais d'une analyse de discours s'inspirant de l'archéologie généalogique foucauldienne. De fait, je me propose d'examiner certains discours tels qu'ils se déploient dans un champ de savoir particulier de façon à identifier les discontinuités qui y sont observables. Plus précisément, je me pencherai sur les discours sur l'alimentation déployés dans et par la santé publique québécoise afin de suggérer qu'une coupure s'y est récemment opérée. Je m'intéresserai ainsi aux deux configurations prises par ces discours alimentaires en santé publique depuis le tournant du XX<sup>e</sup> siècle : la première, prédominante jusqu'à la dernière décennie du siècle, mobilise le vocabulaire à la fois scientifique et moral de la science nutritionnelle alors que la seconde pose le « problème » alimentaire en termes de risques se situant dans la relation du sujet avec son environnement. Je montrerai finalement comment cette reconceptualisation de l'alimentaire – qui se déploie non seulement dans la lutte à l'obésité lancée il y a quelques années au Québec mais aussi dans la commercialisation croissante d'aliments dits fonctionnels, deux pratiques sur lesquelles je porterai mon regard – contribue à substituer au sujet « classique » de la science nutritionnelle un sujet rationnel opérant des choix sur la base de calculs coûts/bénéfices. Or l'effectivité de cette nouvelle problématisation est aussi à saisir dans le nouveau type d'opérations, contrastant avec les traditionnels efforts de moralisation, qu'elle rend possible : l'action sur l'environnement. En offrant ainsi une vision renouvelée du rôle de la santé publique, lutte à l'obésité et aliments fonctionnels remettent l'alimentation au goût du jour, celui de la « nouvelle santé publique » tendant à se mettre en place depuis près de deux décennies déjà (Petersen & Lupton, 1996).

### **Deux tendances bien actuelles : lutte à l'obésité et aliments fonctionnels**

Si l'obésité est officiellement considérée comme une maladie depuis maintenant plus d'un demi-siècle (IOTF, 2006), peu d'attention lui avait été jusqu'à tout récemment consacrée par les instances de santé publique nationales et internationales. Or, c'est la tendance inverse qui s'observe depuis un peu moins d'une décennie et une véritable « guerre globale » à l'excès de poids se met graduellement en place : en parallèle aux efforts de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), les autorités de plusieurs pays<sup>1</sup> ont produit un plan d'action contre l'excès de poids alors que certains acteurs locaux ou du secteur agroalimentaire

adoptent eux aussi des mesures concrètes pour participer à la lutte. Ainsi d'*Unilever*, par exemple, qui a décidé de « passer au peigne fin ses glaces Magnum, ses soupes et sauces Knorr, ses surgelés Inglo et Findus » (Ascher, 2005, p. 295) ou encore de Kraft, qui s'est doté d'un plan d'initiatives globales dans la lutte à l'obésité (Kraft Foods, 2006). Le même mouvement s'observe au Québec, où l'obésité est passée en quelques années à peine du statut de « maladie » relativement peu discutée en santé publique à celui de « crise de santé publique à laquelle il est urgent de répondre » (Rapport Perrault, 2005, p. 26). En fait, l'année 2005 semble être celle qui marque réellement la redéfinition du surpoids en termes de problème majeur de santé publique, entre autres par l'« onde de choc » (GTPPP, 2005, p. 6) créée par la publication de nouvelles statistiques alarmantes sur le poids des Canadiens et Canadiennes. Depuis, les publications du réseau de la santé publique abordant cette question se multiplient et la « crise » annoncée par l'OMS dès 1998 semble être de toutes les tribunes.

Parallèlement prenait forme une autre petite « révolution » dans le domaine alimentaire, nettement moins spectaculaire celle-là : la commercialisation croissante d'aliments fonctionnels produits par intervention technologique, les aliments fonctionnels extrinsèques (AFE). Apparus d'abord au Japon au milieu des années 1980 puis rapidement à l'échelle de la planète, les AFE représentent un marché auquel certains experts prédisent un avenir radieux, avançant même qu'il pourrait « devenir aussi important que celui des produits alimentaires et pharmaceutiques réunis, passant de 8 milliards de dollars américains à 500 milliards en 2010 (Pitts, 1994, p. 43) » (Dubois, 1996, p. 51). Il semble donc peu surprenant qu'on retrouve déjà des centaines d'AFE sur les tablettes des épiceries japonaises, européennes et nord-américaines et que plus de la moitié des entreprises du secteur alimentaire se disent intéressées à développer ce créneau de façon agressive (McGuire, 2002, p. 19).

Mais qu'entend-on exactement par « aliments fonctionnels extrinsèques »? Il s'agit essentiellement de produits auxquels ont été *ajoutés* certains composés actifs plutôt que soustraite une substance néfaste donnée (Dubois, 1996, p. 53). Ils se distinguent ainsi à la fois des produits diètes et des produits « sans » (matière grasse, sucre, etc.) caractéristiques des années 1980 et ce d'autant que, contrairement à ces produits, les AFE conservent le goût et l'apparence des aliments traditionnels. Ils se différencient en outre des tout premiers produits « santé », les aliments enrichis (de vitamine C, d'iode, etc.), en ce que l'ajout d'un composé ne vise pas la prévention d'une carence nutritionnelle mais bien l'apport d'un bienfait santé supplémentaire ou la prévention d'une maladie spécifique (Ruby, 2006). Ce caractère distinct des aliments fonctionnels (intrinsèques et extrinsèques) par rapport aux autres produits dits « santé » disponibles sur le marché ressort clairement de la définition opérationnelle qui en a été donnée en 1998 par la *Concerted Action on Functional Food Science in Europe* de la Commission Européenne<sup>2</sup> :

Un produit peut être regardé comme fonctionnel si une démonstration satisfaisante a été faite qu'il influence d'une manière bénéfique une ou plusieurs fonctions de l'organisme au-delà de ce qui peut être attendu des effets d'une alimentation adéquate et d'une manière telle qu'il améliore

l'état de bien-être et de santé ou réduit le risque d'une maladie. Cet aliment fonctionnel doit rester un aliment et la démonstration de son effet doit être faite pour des quantités qui peuvent être consommées dans l'alimentation habituelle. Ce n'est une pilule ni une gélule (Diplock *et al.*, 1999 cité dans Roberfroid, 2002, pp. 7-8).

Sept spécificités d'un aliment fonctionnel y sont en outre énumérées, la seule ne se voyant pas explicitement reflétée dans l'opérationnalisation européenne étant « d'être composé de constituants naturels, parfois en concentration inhabituelle ou ajouté dans des produits alimentaires qui n'en contiennent pas naturellement » (Roberfroid, 2002, p. 6).

Des aliments d'un genre nouveau, donc, dont la commercialisation grandissante apparaît *a priori* sans liens directs avec la guerre québécoise au surplus de poids. Or, ces deux pratiques viennent chacune à leur façon remettre en question la prépondérance du sujet « classique » de la science nutritionnelle dans notre conception de l'alimentation, particularité que j'entends mettre en évidence en examinant le discours de la santé publique sur la lutte à l'obésité avant de me tourner vers certains articles traitant des AFE mais, surtout, considérer le fait même de leur existence. Je m'intéresserai ainsi à des lieux d'énonciation spécifiques de discours qui circulent par ailleurs dans/par plusieurs autres lieux et pratiques. La lutte à l'obésité de même que la prévention de maladies par l'alimentation sont en effet tous deux l'objet d'un discours diffus et hétérogène qui dépasse largement – tout en les informant – les limites des documents examinés ici. Le « problème » de la lutte à l'obésité se déploie ainsi depuis plusieurs années déjà dans/par un ensemble de pratiques axées, notamment, sur l'analyse des coûts sociaux actuels mais surtout futurs de l'obésité de même que sur l'étude des complications médicales liées à cette condition. J'ai toutefois choisi de me concentrer sur le discours de la santé publique en raison de son importance grandissante en tant que lieu d'énonciation sur l'obésité et, plus largement, sur l'alimentation<sup>3</sup> – un déplacement dont je propose de prendre la mesure en dressant d'abord un bref portrait du « sujet moderne du choix alimentaire » (Coveney, 2000, p. x) auquel s'est adressée la science nutritionnelle tout au long du XX<sup>e</sup> siècle.

### **Entre discipline et plaisir : l'espace moral de l'alimentation**

C'est un espace avant tout moral qui s'ouvre avec l'apparition, au XIX<sup>e</sup> siècle, d'une science de la nutrition. En proposant aux individus certaines « vérités » du quand et quoi manger, celle-ci met effectivement de l'avant un idéal moral de négation des plaisirs au profit de la discipline alimentaire. Comme l'explique Coveney :

In the nineteenth century nutrition emerges as a science in which food was relieved of almost all its aesthetic, sensual pleasures. Nutrition calculated, rationalised and allocated food for the purpose of nourishing the body on the basis of scientific reason. But, through reasoned austerity, nutrition also nourished the soul. [...] Morality around food for the modern subject was less an acknowledgement of God's wish and more an autonomous, moral choice: the "right" and "proper" thing to do (2000, p. 175).

Vocabulaire à la fois scientifique et moral, donc, qui appelle l'individu à faire certains choix alimentaires puis à évaluer ceux-ci en fonction de leur adéquation (ou non) à l'idéal nutritionnel. Une problématisation qui s'est graduellement imposée comme « vérité » légitime de l'alimentation au fil du XX<sup>e</sup> siècle, alors même que le couple plaisir/discipline qu'elle déploie se voyait mobilisé en parallèle par d'autres discours et pratiques alimentaires (Fischler, 1990, p. 227). Le double impératif de la culture de consommation par exemple – dépenser/consommer/se faire plaisir, d'une part, produire/épargner/s'imposer une discipline personnelle, de l'autre – vient aussi cadrer l'alimentation sous une dialectique plaisir/discipline, mais cette fois sans privilégier nettement l'un des deux termes (Lupton, 1996, p. 151)<sup>4</sup>. Le « sujet moderne du choix alimentaire » se voit dès lors confronté à un double discours moral l'appelant à la fois à contrôler rationnellement son alimentation *et* à se permettre certains plaisirs alimentaires<sup>5</sup>, double discours qui informe les modalités du *rapport à soi* (Foucault, 1984) établi par ce sujet.

Sur la base de cette problématisation se sont au fil du siècle succédées différentes conceptions de la discipline et du plaisir alimentaires, la plus récente desquelles a pris forme dans les années 1970. Les arguments invoqués pour justifier l'impératif moral d'un contrôle rationnel de l'alimentation de même que les techniques prônées pour y arriver se transforment, d'abord : d'un objectif de gestion des populations par la réduction de la prévalence des déficiences nutritionnelles à l'échelle de la société, la discipline alimentaire se voit redéfinie comme mode de « gouvernement de soi » (Rose, 1996, p. 12) permettant à l'individu de s'accomplir personnellement et, tout particulièrement, de prévenir certaines maladies (chroniques) par le choix d'un style de vie approprié<sup>6</sup>. En parallèle prend graduellement forme une conception du plaisir alimentaire relevant moins d'une simple célébration de toute satisfaction sensorielle que d'une *stylisation* du rapport à l'alimentation axée sur l'authenticité (Probyn, 2000) ainsi que sur un « naturel » global et décontextualisé (Stacey, 2000). L'art de vivre que proposent les très populaires livres de recettes ou encore les émissions télévisées culinaires diffusées sur le *Food Network* (Ketchum, 2005), par exemple, consiste à (re)découvrir le goût unique d'aliments « naturels » d'ici et d'ailleurs de façon à en tirer un plaisir sensoriel mais raffiné. Semblent ainsi s'y combiner plaisirs charnel et discipliné, c'est-à-dire plaisir émergeant du corps physique ou sensuel *et* plaisir issu d'une rationalisation où la gratification immédiate est repoussée au profit de pratiques plus intellectuelles ou esthétiques (Conveney et Bunton, 2003, pp. 168-171).

Recherche d'une maximalisation préventive de la santé et appels à (re)découvrir le goût unique d'aliments « naturels » d'ici et d'ailleurs représentent donc la toute dernière des formes prises par le couple de la discipline et du plaisir alimentaires face auquel la science nutritionnelle, tout particulièrement, appelle le sujet à se positionner moralement. Mais si elle est encore aujourd'hui présente au cœur de nombre de pratiques – chroniques nutritionnelles proposées par les magazines populaires, etc. – cette problématisation n'en est pas moins remise en question par l'importance et la légitimité grandissantes de pratiques telles la lutte à l'obésité et la production

d'AFE. En proposant des solutions relativement similaires à deux « problèmes » pourtant bien différents, ces pratiques mettent effectivement de l'avant deux modes de sortie de la moralisation de l'alimentation au profit d'une approche centrée sur le libre jeu des intérêts personnels.

### **De la lutte aux environnements « obésogènes » [...]**

Si les médias et la population conçoivent l'obésité en termes avant tout individuels (GTPPP, 2005, p. 4), c'est dans un vocabulaire relevant du collectif que le « problème » se voit cadré par la santé publique québécoise afin de justifier sa déclaration de guerre au surplus de poids – un exercice d'ailleurs nécessaire afin que lui revienne légitimement la responsabilité d'intervenir dès lors que la santé publique est avant tout pratique experte qui « transforme la maladie en problèmes économiques et politiques dont la résolution passe par des mesures de contrôle et d'intervention collective » (Massé, 1999, p. 159). Les premiers paragraphes d'introduction au rapport de la Direction de la santé publique de Montérégie résument bien l'enchaînement d'arguments mis de l'avant à cette fin :

Ce premier rapport de la directrice de santé publique sur l'état de santé et de bien-être de la population de la Montérégie porte sur un problème qui prend des proportions inquiétantes tant au Québec et au Canada que dans de nombreux pays, à savoir l'obésité. [...] Il est important de limiter la progression de ce problème de santé dans nos communautés. Le surplus de poids, notion qui inclut tant l'embonpoint que l'obésité, a des liens avec l'apparition de plusieurs maladies chroniques évitables chez les adultes et chez les enfants, notamment les maladies cardiovasculaires, les accidents cérébrovasculaires, le diabète, certains types de cancer et les problèmes ostéoarticulaires. Il affecte aussi de façon significative la qualité et l'espérance de vie des personnes et génère des coûts importants sur le système de santé (2005, p. 6).

Si le surpoids doit être pris en charge à grande échelle, donc, c'est essentiellement parce qu'il est à la fois largement répandu et co-morbide avec plusieurs des maladies chroniques les plus répandues de notre époque, posant en ce sens une grave menace à la survie de notre système de santé. Dans ce cadre, une intervention qui s'inspirerait du discours « classique » du sujet moral devant se gouverner en termes de discipline et de plaisir alimentaires consisterait à tenter d'« éduquer » la population aux bonnes habitudes à prendre afin d'éviter le surplus de poids, plaçant ainsi chaque individu devant l'impératif moral d'adopter les habitudes de vie identifiées<sup>7</sup>. Or, la logique mais, surtout, les modes d'intervention proposés sont ici sensiblement différents.

C'est autour de la notion de risque – comprise comme façon parmi d'autres de rendre certaines « réalités » intelligibles, c'est-à-dire comme mode de représentation d'un ensemble de phénomènes naturalisant certaines vérités plutôt que d'autres – que s'organise effectivement le discours actuel de la lutte à l'obésité. Au niveau de la justification donnée à l'urgence d'agir, d'abord, où un réseau virtuellement infini de risques est mis de l'avant de façon à légitimer une action préventive à grande échelle. Non seulement est-il nécessaire, comme nous venons de le voir, de réduire le surpoids parce qu'il augmente les risques

d'apparition d'une variété de maladies chroniques elles-mêmes facteurs de risque d'autres maladies, de mortalité ou d'invalidité, mais l'intervention se doit d'être d'autant précoce qu'un surplus de poids durant l'enfance accroît les risques de surpoids à l'âge adulte. Sachant en outre que tout « surplus de poids, *même s'il est faible*, est associé au développement d'un grand nombre de maladies chroniques majeures » (Direction de la santé publique, 2005, p. 15, italiques ajoutés) et qu'il est très difficile de perdre les livres déjà gagnées (Direction de la santé publique, 2005, p. 30), la logique suggérée consiste en fait à favoriser les interventions limitant dès le plus jeune âge la prise de poids et ce, chez tout un chacun.<sup>8</sup> Malgré cela, ce n'est pas à la population en tant que masse indifférenciée – objet privilégié des premiers projets biopolitiques tels que décrits par Foucault (1997) – que s'adresse l'actuelle lutte à l'obésité mais bien à une « réalité » se trouvant au carrefour de la population et de l'individu, l'objectif étant d'agir sur la population de façon à atteindre chacun dans la singularité de ses choix comportementaux.

Car l'une des particularités de ce discours est de situer la source du « problème » du surpoids précisément *dans la relation* que les individus entretiennent avec leur environnement. De fait, si plusieurs facteurs de risque dans l'apparition du surpoids sont invoqués (prédispositions génétiques, surconsommation alimentaire, manque d'activité physique, allaitement maternel, bombardement publicitaire, etc.), l'accent est nettement mis sur l'importance du mode de vie en tant que relation entre l'individu et son environnement :

Si l'on cherche à comprendre pourquoi le poids a augmenté autant en si peu de temps, rien ne sert de chercher des explications dans les gènes. Ce qui a changé, et semble être en cause, c'est le mode de vie et les environnements social, culturel, économique, commercial et politique. Les gènes expliquent simplement que certaines personnes résistent mieux aux changements que d'autres, plus vulnérables (GTPPP, 2005, pp. 8-9).

Par ailleurs, bien que ces facteurs individuels aient un certain effet sur la prise de poids, ce sont nos habitudes alimentaires et nos pratiques d'activités physiques qui en seraient les principales responsables. [...] Cependant, ces deux comportements sont surtout influencés par des déterminants environnementaux et sociaux, notamment par un environnement qui incite une consommation excessive d'aliments et décourage la pratique d'activités physiques (Direction de la santé publique, 2005, p. 20).

Alors que le discours du libéralisme avancé privilégie depuis une vingtaine d'années un sujet actif, individualisé et entièrement responsable de son propre destin (Larner, 2000, p. 13), la lutte au surpoids réintroduit un certain déterminisme environnemental mais sans lui donner tout à fait préséance sur le libre arbitre des individus. Dans ce cadre, le mode d'action privilégié par la santé publique consiste à créer des environnements « facilitant les choix santé » à l'échelle de la population mais, simultanément, pour chaque individu pris dans sa singularité : « La mise en place de politiques publiques, visant à procurer aux

jeunes et à la population des environnements facilitant l'adoption de saines habitudes de vie et de choix sains, figure au premier plan des voies à envisager pour le gouvernement » (Rapport Perrault, 2005, p. 34); « Le GTPPP estime que les gains les plus importants viendront du changement des environnements et du mode de vie de la population » (GTPPP, 2005, p. 5). L'objectif est d'intervenir sur les conditions environnementales de façon à faciliter les « choix santé », c'est-à-dire de rendre ces choix plus attrayants que d'autres pour un individu considéré comme sujet foncièrement rationnel.

Se voit ainsi mis de l'avant un sujet opérant des choix rationnels sur la base de calculs coûts/bénéfices, calculs dont on cherche à orienter les résultats en modifiant certaines des conditions environnementales dont ils dépendent. Subventionner l'industrie afin de diminuer le prix des fruits et légumes dans les épiceries ou, à l'inverse, imposer une taxe spéciale sur la « malbouffe »; favoriser la disponibilité d'aliments sains plutôt que de machines distributrices de boissons gazeuses dans les écoles sont dès lors autant de moyens de faire pencher la balance du côté désiré de l'équation. Conçus comme consommateurs rationnels et guidés par leurs seuls intérêts personnels, les membres de la population ne pourront que percevoir les bénéfices supplémentaires associés aux « choix santé » et modifier leurs comportements en conséquence.

Quelle place ce discours réserve-t-il, cependant, au plaisir comme facteur entrant légitimement dans le calcul coûts/bénéfices auquel procède l'individu à chacun de ses choix alimentaires? Le couple discipline/plaisir semble en fait bien peu présent dans la problématisation de l'alimentation que nous offrent les professionnels de la santé publique, où on ne se réfère explicitement au plaisir qu'en tant qu'élément « irrationnel » :

Ainsi les décisions personnelles sont en général peu fondées sur une analyse strictement rationnelle des enjeux, et la santé est un élément parmi d'autres. En outre, plusieurs facteurs plus ou moins conscients, ou encore des dimensions comme le plaisir et la facilité, guident de nombreuses décisions, et les choix qui en découlent ne sont pas toujours les plus sains (GTPPP, 2005, p. 10).

À l'instar des programmes de réduction des méfaits mis en place dans les dernières décennies par les instances de santé publique un peu partout à travers le monde (O'Malley & Valverde, 2004), la lutte au surpoids fait silence presque total sur le plaisir comme motivation à l'action<sup>9</sup>. Une situation toute différente de celle qui prévaut dans le cas de la commercialisation d'aliments fonctionnels extrinsèques (AFE), une « action sur l'environnement » consistant précisément à modifier l'offre alimentaire pour permettre une adéquation maximale entre discipline et plaisir alimentaire.

### **[...] À l'offre de « malbouffe santé »**

Malgré qu'elle réponde à un « problème » distinct – « problème » se déployant en termes davantage individuels que collectifs et autour de préoccupations plus générales pour la santé – la mise en marché d'AFE présente plusieurs points de similarité avec la lutte au surpoids en tant qu'action sur l'environnement. En fait, ces produits alimentaires d'un nouveau genre semblent pouvoir être compris



comme un exemple même de « création d'environnements facilitants », exemple dont les particularités concrètes sont d'autant intéressantes à examiner qu'il s'organise pour sa part autour de certaines notions centrales au discours nutritionnel « classique » mais réarticulées de façon à permettre une sortie de l'espace moral qu'elles contribuaient à créer.

Si les AFE ne proposent ni complète réinvention, ni simple reproduction des figures de la discipline et du plaisir alimentaires les plus récentes – discipline à saveur de recherche de santé et plaisir d'une stylisation de la nature – ils y prennent effectivement appui pour offrir à *la fois* santé et plaisir. Le thème du « naturel » d'abord : dans la mesure où ils sont issus de manipulations technologiques, ces aliments peuvent sembler à première vue très éloignés d'un art de la table accordant une place déterminante à l'authenticité et au naturel des ingrédients choisis et des techniques employées. Or, paradoxalement, la notion de nature est aussi centrale aux AFE, qui en tirent une légitimité accrue<sup>10</sup>. C'est d'ailleurs une particularité qui ressort de leur définition même, l'une des caractéristiques de l'AFE étant précisément, comme nous l'avons déjà vu, « d'être composé de constituants naturels » (Roberfroid, 2002, p. 6) plutôt que synthétiques. Contrairement aux organismes génétiquement modifiés, les AFE ne jouent pas avec le « code » même de la nature pour le réinventer mais se « limitent » à créer de nouvelles combinaisons à partir de matériaux disponibles à l'état naturel. Il s'agit donc de (re)découvrir les propriétés bénéfiques d'aliments ayant existé de tous temps et, d'ailleurs, ayant déjà permis à d'autres époques et à d'autres cultures de prévenir la maladie : « La nature possédait la clé, Benecol<sup>lmd</sup> a ouvert la porte », nous dit l'une des grandes compagnies du domaine (Benecol<sup>lmd</sup>, sans date A). Invitation à reproduire le régime alimentaire de l'homme préhistorique – qui, lui, « ne souffrait pas de maladies dégénératives » (LaSalle, 2006) – ou à s'inspirer de traditions orientales reconnaissant depuis des siècles la valeur médicinale de certains aliments (thé vert, gingembre, ginseng, etc.) (Chu-Hang & Volding, 2000) mais par le biais d'une technologie occidentale moderne permettant d'en tirer certains composés très spécifiques pour les réintroduire dans une nouvelle gamme de produits. Les AFE se dotent ainsi d'une aura de « naturalité » en recourant à une nature domestiquée et réinventée (Östberg, 2003, p. 132), intégrée à des produits courants de façon à minimiser les « efforts » exigés de la part d'un consommateur invité à se laisser guider d'abord par le goût dans ses choix alimentaires (tablette de chocolat ou fruit, yogourt ou barre nutritive, etc.) – *sous condition* bien sûr que les produits sélectionnés soient des AFE.

Une minimisation des coûts associés aux choix « santé » qui fait d'autant pencher la balance que les AFE promettent un bénéfice « assuré » : la diminution des risques de maladies (chroniques). Prévention d'un ensemble de maladies se développant avec le temps (cancers, maladies cardiovasculaires, etc.) qui ouvre en fait la porte à une suspension du processus de vieillissement lui-même au profit de la jeunesse éternelle. Les AFE contribuent effectivement à un projet de « préservation » (Falk, 1996, p. 192) du corps où s'entremêlent protection et prévention à travers la consommation quotidienne de bière additionnée d'antioxydants ou encore de yogourt aux Omégas-3. La santé s'y voit ainsi redéfinie comme maximisation du bien-être passant par une lutte constante contre

le vieillissement. Elle se voit en outre « intégrée » aux aliments eux-mêmes plutôt que d'être cadrée en termes de relation sujet/objet s'établissant lors de la consommation d'AFE, ces derniers étant qualifiés de « santé » et donc présentés comme bons « en soi » (Östberg, 2003); la dernière tablette CocoaVia est supposée garante de la santé cardiaque en elle-même, quels que soient l'état de santé et les particularités de l'individu qui la consomme. Le risque, malgré tout, semble ici aussi se situer *dans la relation* que l'individu établit avec son environnement, c'est-à-dire dans des choix de consommation reposant à la fois sur des facteurs individuels (goûts personnels) et environnementaux (offre alimentaire).

En promettant à la fois satisfactions charnelles et maximalisation de la santé, les AFE proposent donc une adéquation maximale entre les concepts de plaisir et de discipline. De fait, lorsque déguster deux « *Smart Chews* » au caramel par jour permet au consommateur de réduire son cholestérol, le choix savoureux devient aussi choix santé; une promesse que résume d'ailleurs assez bien le slogan du fabricant de ces produits : « *Treat yourself and lower your cholesterol! Enjoy delicious Benecol® Smart Chews* » (Benecol<sup>md</sup>, sans date B). Le sujet des AFE se voit ainsi positionné comme consommateur toujours confronté à l'impératif de maximiser sa santé mais problématisant maintenant ses propres comportements alimentaires en fonction de choix (rationnels) des produits les plus adaptés à ses « besoins » parmi les options (toutes savoureuses) lui étant offertes. Un consommateur qui, à l'instar du sujet de la lutte au surpoids, base ses choix sur un calcul des coûts et bénéfices attendus de chaque option mais sans que ne soit passé sous silence, cette fois, le critère du plaisir sensuel que procurent les aliments. La commercialisation d'AFE se présente dès lors comme exercice de création d'environnements facilitant les choix « santé » en réduisant les efforts (de négation du plaisir sensuel et des préférences personnelles) exigés du consommateur tout en rendant plus spécifiques et « certains » les bénéfices attendus.

### **La « nouvelle santé publique » comme entreprise de réduction des méfaits?**

Lutte à l'obésité et mise en marché d'aliments fonctionnels extrinsèques représentent donc deux pratiques ayant récemment réussi à s'imposer en dépit (ou en raison) de leur remise en question de la problématisation nutritionnelle « classique » de l'alimentation. Deux pratiques de prime abord assez dissemblables – la première relevant d'une prise en charge collective à travers le savoir supposé bienveillant de la santé publique alors que la seconde s'adresse au consommateur individuel sous une logique avant tout commerciale – mais qui convergent autour d'une conception du sujet comme être rationnel dont il est possible de « gouverner à distance » (Miller & Rose, 1990, p. 9) le comportement par la création d'« environnements facilitants ». Or, si ces pratiques contribuent ainsi concrètement à la naturalisation de nouvelles « vérités » de l'alimentation, elles participent en fait d'une reproblématisation de la santé publique qui s'observe depuis longtemps déjà dans d'autres domaines.

La « nouvelle santé publique » qui tend à gagner en légitimité dans les sociétés occidentales industrialisées depuis les deux dernières décennies propose effectivement des modes d'intervention privilégiés et une conception du sujet

largement similaires à ceux déployés dans la lutte québécoise à l'obésité et la commercialisation d'AFE. Comme l'expliquent Petersen et al., c'est à partir de la « redécouverte », dans les années 1970, du style de vie comme facteur de risque dans le développement de certains problèmes de santé qu'est apparue la « nécessité » pour la nouvelle santé publique d'agir sur les environnements à la fois psychologiques, sociaux et physiques : « *The new public health has directed much attention to the "environmental" dimensions of health. A concern with "the environment" has become increasingly prominent over the past two decades in most countries* » (1996, p. 89). En déployant ainsi un vocabulaire du risque axé sur le concept de style de vie, ces discours se donnent comme objectif la prévention de risques se situant dans la relation à leur environnement établie par les membres des populations concernées; ce sont les choix opérés au quotidien par l'individu dans sa navigation à l'intérieur d'environnements donnés qui sont compris comme facteurs de risque (ou non) dans l'apparition de certains problèmes d'ordre mental ou physique. Dans ce cadre, les politiques publiques se doivent d'être « *both constraining and "enabling"* » :

*The idea of "mak[ing] healthful choices easy" (or "damaging choices difficult") is central in this theory, and constructs the individual subject and other entities as rational, autonomous actors whose behaviour can be guided or shaped through rational planning. [The] task of public policy has become one of "creating environments" so that "individuals would be better able to develop and pursue their personal views of 'health' (Petersen et al., 1996, p. 17).*

À l'instar de la guerre au surpoids et de la commercialisation d'AFE, donc, les pratiques s'inscrivant dans la nouvelle santé publique présupposent un sujet rationnel se gouvernant lui-même sur la base de calcul coûts/bénéfices dont il est possible d'influencer le résultat par le biais d'actions sur les environnements. Une problématisation qui s'observe même dans le gouvernement de conduites « à haut risque » telles que la consommation de drogues et d'alcool, où s'est imposée dans les dernières décennies une approche dite de « réduction des méfaits » axée sur le gouvernement « amoral » d'utilisateurs de drogues se présentant comme autant de « *consumer[s] in a world of consumerism, quite capable of making rational choices and of discerning between advantageous and disadvantageous commodities and behaviour* » (O'Malley et al., 2004, p. 36). Aux vocabulaires de dépendance et de compulsion se voit substituée l'image d'un consommateur plus ou moins à risque selon les choix qu'il opère dans sa rencontre avec divers environnements, le risque étant conçu « *not as inhering in the drug or the user, but in the situations in which they are brought together* » (O'Malley et al., 2004, p. 36).

On ne peut manquer, évidemment, de voir dans cette approche de réduction des méfaits une réplique presque parfaite de la problématisation sous-jacente aux discours de lutte à l'obésité et de commercialisation des AFE tels qu'ils se déploient depuis quelques années, toutes deux prônant des actions sur les environnements visant à produire de « bons » choix en influençant « positivement » le résultat du calcul coûts/bénéfices opéré par les consommateurs (O'Malley et al., 2004, p. 37). Doit-on y discerner le signe d'une entrée de l'alimentation au rang de pratique « à haut risque », à l'instar de la

consommation de drogues, d'alcool ou encore de tabac? Avec la montée en légitimité, depuis les années 1970, d'un idéal de la santé comme maximisation du bien-être et à mesure que se multiplient les études établissant certains liens directs entre pratiques alimentaires et prévention de la maladie, l'alimentation semble effectivement devenir un lieu privilégié dans le gouvernement de soi et des autres. Et comme nous venons de le voir, cet investissement de l'alimentation se traduit par l'apparition de pratiques venant remettre en question certaines des « vérités » qui s'y étaient avérées prééminentes tout au long du XX<sup>e</sup> siècle, mettant de l'avant une conception du sujet et du risque qui permet l'apparition de relations de pouvoir différentes de celles que tendait à naturaliser le discours nutritionnel « classique ». Ainsi, par exemple, de la redéfinition du choix alimentaire comme « problème » relevant *aussi* du collectif qu'opère l'actuelle lutte à l'obésité, redéfinition rendant possible un tout nouveau questionnement organisé autour de la notion de citoyenneté (alimentaire). Quelle(s) conception(s) du citoyen tend-t-on à naturaliser à travers ces nouvelles problématisations de l'alimentation? Comment le libre jeu des intérêts personnels et la notion de devoir civique s'y voient-ils articulés? Ces questions, et bien d'autres, nous laissent penser que c'est un menu de choix qui s'offre aujourd'hui aux *cultural studies* dans l'étude de l'alimentation en tant qu'ensemble hétérogène de discours et de pratiques.

## Notes

1. Notamment les États-Unis (U.S. Department of Health and Human Services, 2001), l'Australie (NHMRC, 1997) et la France (Secrétariat d'État à la santé et aux handicapés, 2000).
2. L'appellation et la définition précises à donner à cette nouvelle catégorie d'aliments a été et est toujours l'objet de débats, plusieurs termes ayant été proposés en parallèle à celui d'aliments fonctionnels afin de désigner les aliments procurant des bénéfices médicaux (« nutraceutiques », « designer food », « pharmafood », « vitafood », « techno-food », etc.). Et si le concept d'aliments fonctionnels semble en voie de s'imposer comme catégorie en soi, les définitions proposées se multiplient (Roberfroid, 2002, pp. 4-5).
3. Les discours de la santé publique sur l'obésité auraient pu être examinés à partir, par exemple, des sites d'associations telles la Coalition québécoise sur la problématique du poids ([www.cqpp.qc.ca](http://www.cqpp.qc.ca)) ou encore le Conseil québécois sur le poids et la santé ([www.cqps.qc.ca](http://www.cqps.qc.ca)). J'ai toutefois choisi de me concentrer sur quatre documents qui m'apparaissent d'une importance toute particulière de par leur envergure mais aussi la diversité des auteurs y ayant contribué. Les deux premiers documents font état des bilans et plans d'action dressés par différentes instances gouvernementales. Le *Rapport Perrault* (2005) est issu du processus de consultation de la population que le gouvernement du Québec a entrepris à l'automne 2004 (le *Forum des générations*) afin de déterminer les orientations à prendre face aux deux grands « défis » que constituent l'état des finances publiques et le déclin démographique. De ces consultations est née, en décembre 2004, l'*Équipe de travail pour mobiliser les efforts en prévention* qui, avec le *Rapport Perrault*, fait une synthèse de ses travaux sur la question des habitudes de vie et, plus particulièrement, des problèmes de poids chez les jeunes. J'ai aussi retenu le seul document produit sur le sujet par un réseau de santé publique régional plutôt que provincial : *Face à la progression de l'obésité en Montérégie... Ensemble pour faire contrepoids!* (2005), premier rapport de la directrice de la santé publique de Montérégie. Finalement, afin de faire contrepoids à ces discours strictement gouvernementaux, je me suis aussi intéressée aux deux documents produits par le Groupe de travail provincial sur la problématique du poids (GTPPP) depuis sa mise sur pied en 2000 par l'Association pour la santé publique du Québec – regroupement autonome, multidisciplinaire et sans but lucratif œuvrant depuis 1943 « à la promotion, à l'amélioration et au maintien de la santé et du bien-être de la population québécoise » (<http://www.aspq.org/decouvrez1.php>). Alors que *Les problèmes reliés au poids au Québec : un appel à la mobilisation*

(2003) avait essentiellement pour but d'exposer la vision du GTPPP quant à la problématique du poids aux décideurs et professionnels de la santé publique, *Les problèmes reliés au poids au Québec : un appel à l'action* (2005) présente un plan d'action détaillé et impliquant tous les secteurs de la société. Ces documents semblent d'autant plus significatifs que le GTPPP est le seul organisme québécois autonome regroupant une gamme de contributeurs de professions et d'affiliations institutionnelles à ce point diversifiées – diététistes-nutritionnistes, professeurs et chercheurs rattachés à des organismes tels : Kino-Québec; la Fondation des maladies du cœur; le département de kinésiologie de l'Université de Montréal; l'Institut national de santé publique du Québec; la Chaire de recherche Merck Frosst/IRSC sur l'obésité de l'Université Laval; EquiLibre, groupe d'action sur le poids.

4. Crawford propose une lecture très intéressante du rapport plaisir/discipline à l'intérieur de la culture capitaliste, suggérant que c'est à travers la notion de santé – une santé de plus en plus associée à l'alimentation, comme les pratiques étudiées ici le montrent – que les membres des classes moyennes tentent depuis les années 1990 de gérer les impératifs contradictoires de la culture de consommation : « *My argument is that health, metaphorically structured along parallel lines with the cultural contradictions of capitalism, is a practice through which people struggle over, try to make sense of and attempt to achieve a "balance" between opposing mandates [control and denial on one side, release and pleasure on the other]* » (2006, p. 413).
5. Des impératifs qui ne sont toutefois pas aussi contradictoires qu'il n'y paraît selon Lupton (1996, pp. 151-2), chacun ayant par exemple des dimensions temporelles et spatiales propres. Par ailleurs, ces injonctions semblent s'appeler mutuellement dans un processus de répression/production analogue à celui décrit par Foucault au sujet de la sexualité : « *So too, the increasing web of strategies around the prohibition of eating "bad" foods in consumer culture tends to have the effect of heightening and valorizing pleasures through incitement* » (Lupton, 1996, p. 152).
6. La santé occupe effectivement, depuis les années 1970, une place de plus en plus importante au sein des idéaux moraux guidant l'individu dans sa quête d'accomplissement personnel (Crawford, 2006). Signe de contrôle de soi, condition préalable à la « bonne vie », devoir moral de l'individu et du citoyen... La recherche de la santé devient un idéal privilégié et chacun est appelé à gérer son capital santé, c'est-à-dire son profil de risques personnel, de façon responsable en se transformant en partenaire actif dans le maintien d'une santé physique et mentale entendue comme bien-être maximal (Rose, 2001).
7. Notons que cette approche n'est pas totalement absente des rapports étudiés mais que son efficacité s'y voit sérieusement mise en doute : « Si l'on s'attend à ce que l'approche individuelle réduise de façon significative la fréquence de l'excès de poids et ses conséquences, les résultats des expériences en matière de modification de comportements individuels obligent toutefois à être réaliste. Les forces sociales sont tout simplement trop puissantes et nuisent considérablement aux efforts des individus » (GTPPP, 2005, p. 10).
8. Comme l'explique Ascher, cette approche introduit une conception médicale de l'alimentation à grande échelle : « La prévention, qui est le premier axe de la lutte contre l'obésité, a aussi pour effet d'installer le médical au cœur du quotidien. [La] médicalisation de l'alimentation introduit fortement la rationalité sanitaire dans la vie quotidienne, les aliments devenant de plus en plus des moyens de prévenir toutes sortes de troubles » (2005, p. 187).
9. Ce qui ne revient pas à dire qu'il n'y est pas implicitement pris en considération, l'une des caractéristiques de l'individu dans la culture de consommation contemporaine étant précisément de posséder un certain « droit au plaisir » entrant en tension avec un « devoir de gouverner le risque » (O'Malley et al., 2004, p. 39). On peut en fait penser que l'explication de ce silence est la même que dans le cas d'autres initiatives en santé publique, où « *both choice making and information provision are structured by relevant agencies in order to produce the "right" outcome through "free choice"* » (O'Malley et al., 2004, p. 38).
10. Des recherches démontrent en effet que « les consommateurs ne considèrent pas les aliments fonctionnels comme des produits de niche mais comme le fruit d'une évolution naturelle de produits traditionnels qu'ils ont toujours consommés. [L'enquête confirme aussi] l'intérêt porté par le consommateur à trouver un bénéfice pour sa santé au travers d'un aliment plutôt que d'un nutraceutique (pilule ou autre comprimé contenant la substance qui confère à l'aliment sa fonctionnalité) » (Guggenbühl, 2002, p. 461).

## Références

- Ascher, François. (2005). *Le mangeur hypermoderne*. Paris : Odile Jacob.
- Benecolmd. (sans date A). L'ingrédient. Benecolmd. URL : [http://www.benecol.be/F\\_0301\\_ingredient.htm](http://www.benecol.be/F_0301_ingredient.htm) [1er décembre 2006].
- Benecolmd. (sans date B). Home. Benecol®. URL : <http://www.benecol.com/home2.jhtml> [17 avril 2007].
- Chu-Hang, Chen & Devin C. Volding. (2000). Medicinal foods: Cross-cultural perspectives. In S. Walker, Carlos Poston II & C. Keith Haddock (dir. publ.), *Food as a drug* (pp. 49-64). New York: The Haworth Press.
- Coveney, John. (2000). *Food, morals and meaning. The pleasure and anxiety of eating*. London: Routledge.
- Coveney, John & Robin Bunton. (2003). In the pursuit of the study of pleasure: Implications for health research and practice. *Health: An interdisciplinary journal for the social study of health, illness and medicine*, 7(2), 161-179.
- Crawford, Robert. (2006). Health as a meaningful social practice. *Health: An interdisciplinary journal for the social study of health, illness and medicine*, 10(4), 401-420.
- Direction de la Santé Publique. (2005). *Face à la progression de l'obésité en Montérégie . . . Ensemble pour faire contrepoids!* Montérégie : Direction de santé publique.
- Dubois, Lise. (1996). L'aliment, un futur miracle de la biotechnologie? *Sociologie et sociétés*, XXVIII(2), 45-57.
- Falk, Pasi. (1996). Expelling future threats: Some observations on the magical world of vitamins. In S. Edgell, K. Hetherington & A. Warde (dir. publ.), *Consumption matters: The production and experience of consumption* (pp. 183-203). Oxford, England: Blackwell Publishers.
- Fischler, Claude. (1990). *L'omnivore*. Paris : Odile Jacob.
- Foucault, Michel. (1997). *Cours du 17 mars 1976. In Il faut défendre la société*. Cours au Collège de France, 1976 (pp. 213-235). Paris : Gallimard/Seuil.
- Foucault, Michel. (1984). Entretien avec Hubert L. Dreyfus et Paul Rabinow. In Hubert Dreyfus & Paul Rabinow (dir. publ.), Michel Foucault. *Un parcours philosophique* (pp. 322-346). Paris : Gallimard.
- Foucault, Michel. (1971). *L'ordre du discours*. Leçon inaugurale au Collège de France prononcée le 2 décembre 1970. Paris : Gallimard.
- Groupe de Travail Provincial sur la Problématique du Poids – GTPPp. (2005). *Les problèmes reliés au poids au Québec : Un appel à l'action*. Montréal : ASPQ Éditions.
- Groupe de Travail Provincial sur la Problématique du Poids – GTPPp. (2003). *Les problèmes reliés au poids au Québec : un appel à la mobilisation*. Montréal : ASPQ Éditions.
- Guggenbühl, Nicolas. (2002). Aliments fonctionnels et communication au consommateur : point de vue d'un nutritionniste et journaliste scientifique. In Marcel Roberfroid (dir. publ.), *Aliments fonctionnels* (pp. 455-467). Paris : Éditions Tec & Doc.
- International Association for the Study of Obesity – IOTF. (Sans date). URL : <http://www.iotf.org> [13 avril 2006].
- Ketchum, Cheri. (2005). *Lost in the public imagination: The dismissal of political consumerism in news and entertainment food media*. Ph.D. Thesis in communication. University of California: San Diego.

- Kraft Foods. (2006). Kraft's global initiatives to respond to obesity. URL: <http://www.kraft.com/obesity/responses.html> [2 avril 2006].
- Larner, Wendy. (2000). Neo-liberalism, policy, ideology, governmentality. *Studies in Political Economy*, 63, 5-25.
- Lasalle, Martin. (2006). Nutrition : le passé garant de l'avenir? Passeport santé. URL : <http://www.passeportsante.net/fr/Actualites/Nouvelles/Fiche.aspx?doc=2006030821> [30 novembre 2006].
- Lupton, Deborah. (1996). The asceticism/consumption dialectic. In *Food, the body and the self* (pp. 131-153). London; Thousand Oaks; New Delhi: Sage Publications.
- Masse, Raymond. (1999). La santé mentale comme nouvelle moralité. In p. Fortin (dir. publ.), *La réforme de la santé au Québec. Questions éthiques* (pp. 156-174). Saint-Laurent : Fides.
- McGuire, Bruce H. (2002). Chapter 1: Review of literature. In *Who are consumers of functional foods and dietary supplements? Results from a nationwide survey* (pp. 1-32). PhD thesis. Kansas State University: Manhattan.
- Miller, Peter & Nikolas Rose. (1990). Governing economic life. *Economy and society*, 19, 1-31.
- National Health and Medical Research Council – NHMRC. (1997). *Acting on Australia's weight: A strategic plan for the prevention of overweight and obesity*. Canberra : Australian Government Publishing Service.
- O'Malley, Pat & Mariana Valverde. (2004). Pleasure, freedom and drugs: The uses of "pleasure" in liberal governance of drug and alcohol consumption. *Sociology*, 38(1), 25-42.
- Östberg, Jacob. (2003). Functional foods: A health simulacrum. *Advances in consumer research*, 30, 129-134.
- Petersen, Alan & Deborah Lupton. (1996). *The new public health. Health and self in the age of risk*. London; Thousand Oaks; New Delhi: Sage Publications.
- Probyn, Elspeth. (2000). *Carnal appetites. Food, sex, identities*. London: Routledge.
- Rapport Perrault. (2005). L'amélioration des saines habitudes de vie chez les jeunes. URL : [http://www.briller.gouv.qc.ca/documentation/pdf/rapport\\_perrault.pdf](http://www.briller.gouv.qc.ca/documentation/pdf/rapport_perrault.pdf) [24 mars 2006].
- Roberfroid, Marcel B. (2002). Aliments fonctionnels : définitions, concepts et stratégies. In Marcel Roberfroid (dir. publ.), *Aliments fonctionnels* (pp. 1-17). Paris : Éditions Tec & Doc.
- Rose, Nikolas. (2001). The politics of life itself. *Theory, culture and society*, 18(6), 1-30.
- Rose, Nikolas. (1996). *Inventing our selves: Psychology, power, and personhood*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Ruby, Françoise. (2006). Qu'est-ce qu'un aliment fonctionnel? Passeport santé. URL : [http://www.passeportsante.net/fr/Actualites/Dossiers/ArticleComplementaire.aspx?doc=aliments\\_fonctionnes\\_definition\\_do](http://www.passeportsante.net/fr/Actualites/Dossiers/ArticleComplementaire.aspx?doc=aliments_fonctionnes_definition_do) [2 décembre 2006].
- Secrétariat d'État à la Santé et aux Handicapés. (2002). Pour une politique nutritionnelle de santé publique en France : enjeux et recommandations. URL : <http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/nutri2000/sommaire.htm> [27 mars 2006].
- Stacey, Jackie. (2000). The global within. Consuming nature, embodying health. In Sarah Franklin, Celia Lury & Jackie Stacey (dir. publ.), *Global nature, global culture* (pp. 97-145). London; Thousand Oaks; New Delhi: Sage Publications.

U.S. Department of Health and Human Services, Office of the Surgeon General. (2000). The Surgeon General's call to action to prevent and decrease overweight and obesity. URL: <http://www.surgeongeneral.gov/topics/obesity/calltoaction/CalltoAction.pdf> [27 mars 2006].