



---

# LE MODÈLE ALIMENTAIRE FRANÇAIS CONTRE UNE PANDÉMIE MONDIALE

---

Peut-on combattre le surpoids et l'obésité avec de la convivialité, du vin et une baguette ?



Jan Garritzen - 5695546

Sous la direction de Marie-Claire Foux

Université Utrecht

# Table des matières

<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>2</b>
<b>UN HISTORIQUE DE LA PROBLEMATIQUE ET LA PREVALENCE ACTUELLE DU SURPOIDS ET DE L'OBESITE .....</b>	<b>3</b>
L'HISTORIQUE .....	3
LA PRÉVALENCE ACTUELLE .....	4
LES CONSÉQUENCES DU SURPOIDS ET DE L'OBÉSITÉ .....	5
<b>LE MODELE ALIMENTAIRE FRANÇAIS ET LA PREVALENCE DU SURPOIDS ET DE L'OBESITE .....</b>	<b>7</b>
LA PREVALENCE DU SURPOIDS ET DE L'OBESITE EN FRANCE.....	9
<i>Les adultes</i> .....	9
<i>Les enfants</i> .....	10
<b>LES MODELES ALIMENTAIRES DES AUTRES PAYS OCCIDENTAUX ET LEUR PREVALENCE DU SURPOIDS ET DE</b>	
<b>L'OBESITE .....</b>	<b>11</b>
<i>Les États-Unis</i> .....	11
<i>La Pologne</i> .....	13
<i>L'Écosse et la Grèce</i> .....	14
LA PREVALENCE DU SURPOIDS ET DE L'OBESITE DANS LES AUTRES PAYS OCCIDENTAUX.....	16
<b>AUTRES ASPECTS QUI JOUENT UN ROLE DANS LE SURPOIDS ET L'OBESITE .....</b>	<b>18</b>
LA FRANCE.....	18
LES ÉTATS-UNIS.....	21
<b>CONCLUSION ET DISCUSSION .....</b>	<b>24</b>
SOURCES .....	26

## Introduction

« Les adolescents français sont de plus en plus nombreux à être en surpoids » titre Le Monde en août 2019 suite à une enquête récente (à l'époque) auprès d'élèves de classe de troisième. Il s'est avéré qu'entre 2001 et 2016, la part des élèves en surpoids est passée de 15,8% à 18,2%. C'est une augmentation de près de 20% en 15 ans. Cela correspond à l'image qui existe depuis un certain temps. En 2017, le titre effrayant suivant, avait attiré l'attention : « Hausse alarmante de l'obésité et du surpoids ». Puis : « Près d'un tiers de la population mondiale est en surpoids ou obèse ». Les États-Unis, en 2015, avaient le plus grand nombre d'adultes obèses. Comment gèrent-ils alors ce problème ? L'article de Reuters du 17 juin 2017 explique que la France a de meilleurs résultats en ce qui concerne les chiffres du surpoids et d'obésité. Pourquoi la France obtient-elle un meilleur score ? Telle est la question principale de cette recherche. Pour la recherche d'une réponse, nous donnerons un bref historique et un aperçu des conséquences du surpoids et de l'obésité, montrant qu'il s'agit bien d'un problème urgent. Nous nous concentrerons ensuite sur les caractéristiques des différents modèles alimentaires, ce pour quoi la France est connue. On s'attend à ce que la France obtienne de meilleurs résultats que les États-Unis concernant le surpoids, par exemple, en raison d'une approche différente de la nutrition. Bien entendu, la nutrition n'est pas la seule à jouer un rôle dans le surpoids et l'obésité. Des sujets tels que la politique de prévention et le sport sont également inclus dans la recherche.

# Un historique de la problématique et la prévalence actuelle du surpoids et de l'obésité

## L'HISTORIQUE

L'apparition du surpoids et de l'obésité remonte à longtemps : nos ancêtres vivaient d'une manière totalement différente de celle d'aujourd'hui : « For our prehistoric ancestors, the rules for survival were simple : eat whenever possible, and rest to conserve energy for times when it was needed to preserve life » (Haslam 24). Dès la préhistoire, manger était la façon de survivre. Il y a 5000 ans, suite à l'invention de l'agriculture, les animaux ont commencé à manger du grain, contenant de la graisse. De plus, après cette invention, les gens n'étaient plus obligés de chasser pour se nourrir. Cela a eu pour résultat que l'équilibre alimentaire des gens a changé ; la combustion des calories n'était plus si évidente, l'apport d'autant plus. Ce changement alimentaire a déteint sur la population européenne élitaire du Moyen Age et de la Renaissance qui voyait le surpoids comme une signification de prospérité, si on regarde les peintures de Rubens (Zachary 3172).



*Image 1: Rubens, Peter Paul. Bacchus. 1640. Musée de l'Ermitage, Saint-Pétersbourg*

Aussi dans la littérature française, la femme grosse est décrite comme une femme « gente et belle ». L'homme corpulent est un idéal aussi. Vigarello utilise la description des clercs du XIII<sup>e</sup> siècle : « Bien gros et gras étaient les clercs / Car ils mangeaient beaucoup sans doute / En la ville on les prisait fort » (Vigarello 20). Il faut ajouter, concernant cette époque, que l'embonpoint des hommes et des femmes signifie l'absence de maigreur plutôt que du surpoids. En ce temps-là, le reste de la population luttait contre la pauvreté et n'avait par conséquent pas beaucoup à manger. Cette pauvreté et cette malnutrition sont restées des problèmes jusqu'au début du 20<sup>ème</sup> siècle. Pendant les premières décennies de ce siècle, de nouvelles études ont montré que l'addition des sucres et des graisses dans les régimes des

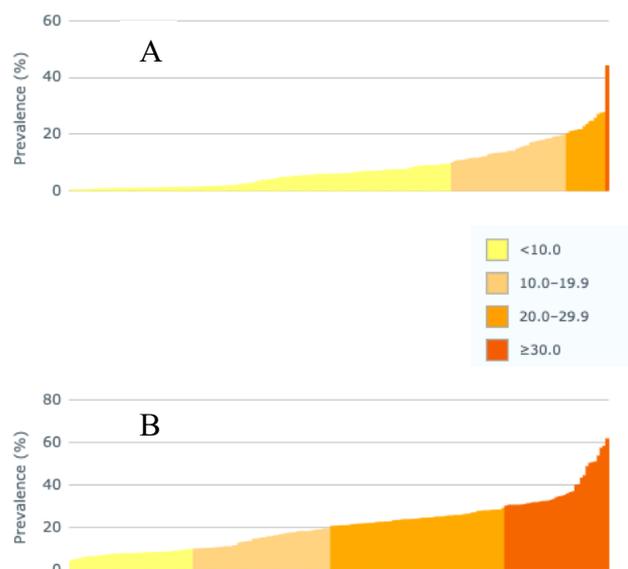
enfants était une manière efficace de réprimer la malnutrition. Un autre objectif de l'addition de sucres et de graisses était de renforcer la jeunesse afin de 'créer' une population active plus grande. Jusqu'aux années cinquante, rien n'était écrit par les médias de masse sur le surpoids et l'obésité (Caballero 1-2). À partir de ces années-là, l'attention des médias a causé que les services nationaux de la santé ont commencé à signaler le surpoids chez des enfants et des adultes et plus récemment ont commencé à proposer des mesures de prévention, comme les Programmes Nationaux Nutrition Santé en France.

## LA PRÉVALENCE ACTUELLE

La prévalence croissante du surpoids et de l'obésité a été décrite comme une pandémie mondiale qui touche tant les pays développés que les pays en développement (Roth et al. 90). L'OMS donne une définition de la prévalence du surpoids et de l'obésité : « Il y a surpoids quand l'IMC est égal ou supérieur à 25 et

il y a obésité quand l'IMC est égal ou supérieur à 30 ... L'indice de masse corporelle (IMC) est une mesure simple du poids par rapport à la taille couramment utilisée pour estimer le surpoids et l'obésité chez l'adulte ». L'analyse de Lim et al. a montré qu'en 2010, le surpoids et l'obésité ont causé 3,4 millions de morts. L'étude de Ng et al. a mesuré la prévalence mondiale, régionale et nationale des enfants et des adultes de 1980 à 2013 (767). Les chiffres de cette étude montrent que l'augmentation du nombre des personnes en surpoids et des personnes obèses est un grave problème qui demande qu'on agisse (Ng et al. 778). Mondialement, de 1980 à 2013, la prévalence du surpoids et de l'obésité a augmenté de 27,5

Figure 1: Prévalence du surpoids mondiale (obésité incluse) en 1980 (A) et en 2010 (B)



pour cent pour les adultes et de 47,1 pour les enfants (Ng et al. 770). Ces chiffres confirment que la problématique autour du surpoids et de l'obésité peut être décrite comme une pandémie, comme nous l'avons mentionné plus haut.

## LES CONSÉQUENCES DU SURPOIDS ET DE L'OBÉSITÉ

Quelles sont les conséquences de cette augmentation alarmante du surpoids et de l'obésité ? Sur le plan physique général, le surpoids et l'obésité causent du diabète, de l'arthrose, des cancers et des maladies vasculaires. Les conséquences psychiques à long terme restent à rechercher. Vu que cette recherche se concentre sur le surpoids et l'obésité pédiatriques, nous devons nous concentrer sur les risques et conséquences relatifs aux enfants. Ces conséquences sont décrites par Must et Strauss, et regroupées en trois catégories : les conséquences immédiates, les conséquences intermédiaires et les conséquences à long terme (2).

Les conséquences immédiates s'appliquent essentiellement aux enfants qui sont sévèrement obèses. Ils peuvent développer des calculs cystiques, de l'hépatite, de l'apnée du sommeil et une hypertension intracrânienne. Cette dernière est une source de maladie qui apparaît normalement chez les femmes de plus de 30 ans, mais le pourcentage de personnes ayant moins de 30 ans, connaît une grande majorité d'obèses. Les filles obèses jusqu'à 20 ans pourraient avoir des règles irrégulières, ce qui peut commencer avant le dixième anniversaire, mais peut aussi influencer la vie adulte (Must et Strauss 3).

À côté de ces aspects physiques, le surpoids et l'obésité pédiatriques connaissent des conséquences sociales et économiques. Différentes études dès les années soixante donnent les mêmes résultats : un enfant obèse est souvent vu comme « indolent, mensonger, trompeur, malpropre, sale, répugnant, bête et déplaisant ». Il est décrit par d'autres enfants comme

« l'ami le moins désiré » (Must et Straus 4). Ce sont des faits douloureux à une période de la vie qui est critique en ce qui concerne le développement de l'amour propre et de l'image que l'on a de son corps. Par conséquent, les femmes qui sont devenues obèses pendant leur enfance, pourraient connaître des perturbations persistantes concernant l'image de leur corps. En revanche, cela ne serait pas le cas pour les femmes qui sont devenues obèses à l'âge adulte (Stunkard 1445).

La discrimination des enfants obèses et la faible estime de soi pourraient avoir des conséquences néfastes sur les résultats scolaires des adolescents obèses. De plus, il est apparu que les adolescents obèses ont des taux d'acceptation dans les universités deux fois plus bas que les adolescents de poids normal ayant les mêmes résultats scolaires (Canning 1173).

Les conséquences intermédiaires concernent surtout les maladies cardiovasculaires. Ce sont des conséquences intermédiaires, parce que ce sont des conséquences qui reflètent une augmentation du risque de maladie cardiovasculaire. La cause de cette augmentation de risque vient d'une pression artérielle qui est plus élevée chez les adolescents obèses que chez les adolescents ayant un poids normal. Une seconde conséquence intermédiaire est la persistance : 25 à 50 pour cent des adolescents obèses le restent à l'âge adulte (Must et Strauss 6).

Les conséquences à long terme sont difficiles à prouver, car le coût de ces études en termes de temps et de personnel sont très élevés. Les conclusions sur les conséquences à long terme sont donc tirées des rares études qui ont été faites. Ces études suggèrent que le risque de morbidité est plus élevé en relation avec le surpoids pédiatrique (Must et Strauss 7).

## Le modèle alimentaire français et la prévalence du surpoids et de l'obésité en France

Cette recherche a pour but de savoir pourquoi les chiffres relatifs à la France sont inférieurs à ceux des États-Unis, par exemple. Pour cette raison, l'accent est désormais mis sur le modèle alimentaire français. Puis nous présenterons les chiffres français concernant le surpoids.

Avant d'étudier le modèle alimentaire français, il faut savoir ce que veut dire un tel modèle. En fait, « il s'agit de déterminer, pour une population donnée, ce que l'on mange, comment l'on mange et à quel moment » (Tavoularis 10). Quelles spécificités font alors qu'un modèle est appelé français ?

La France connaît des habitudes alimentaires qui sont décrites comme des habitudes 'typiquement' françaises. Ces habitudes ont des origines dans la culture latine et catholique, par contraste avec les modèles des sociétés de culture anglo-saxonne et protestante. Aussi le profil agricole français traditionnel a causé une diversité sur le menu français ; une mosaïque de diverses régions qui donnent toutes leurs propres spécialités et leurs propres goûts à la table.

L'article de Tavoularis et Mathé donne une analyse de ces habitudes alimentaires. En France, il existe quatre grandes prises alimentaires, à savoir ; le petit-déjeuner, le déjeuner, le goûter et le dîner. Les auteurs expliquent que « cette concentration des apports énergétiques lors des repas caractérise le modèle alimentaire français » (2). À côté de ces quatre apports énergétiques, les autres (la pause-café, les apéritifs) n'ont qu'une contribution faible. Les Français choisissent de prendre ces repas à des heures relativement fixes et communes à tous ; surtout le déjeuner est un repas qui se passe en même temps pour beaucoup de Français : 57%

des Français sont occupés à manger à 12h30 contre 38% des Belges, 20% des Allemands en 14% des Britanniques. De plus, les Français connaissent un temps de préparation et une durée des repas relativement plus élevés que dans d'autres pays européens ; un repas structuré par au moins 3 composantes prises dans l'ordre (entrée, plat principal, dessert) ; une grande importance accordée au goût des aliments et une intervention de savoir-faire transmis par l'expérience (Tavoularis 24-25).

Il apparaît que les Français trouvent que la prise alimentaire est plus qu'un acte nécessaire et fonctionnel. Tavoularis écrit : « On peut souligner le clivage entre une culture de la règle et de la discipline collective d'une part, correspondant davantage à la société française, et une culture de la liberté de l'individu d'autre part, propre à la culture américaine » (Tavoularis 12). Ici on voit une différence de perception de la civilisation : « Pour l'Américain, c'est la liberté de l'individu dans ses choix qui est la marque de 'la civilisation', tandis que l'adoption de règles valorisant la socialité signifie pour le Français un acte alimentaire 'civilisé' » (Tavoularis 12). Ce clivage que Tavoularis décrit, vient ainsi d'une histoire culturelle différente, comme décrit ci-dessus. La culture latine et catholique face à la culture anglo-saxonne et protestante.

Le fait que les Français prennent plus de temps pour la préparation des repas et plus de temps pour les repas eux-mêmes, vient du fait qu'ils pensent que l'acte alimentaire est ainsi plus qu'un acte qui est biologiquement nécessaire. Cet acte, pour les Français, est aussi nécessaire à la vie en société. Tavoularis et Mathé écrivent que « la convivialité est le principal sens que les Français donnent aux repas » (3). Ce jugement est valorisé par le fait que 80% des repas français sont pris en compagnie des autres. Le modèle alimentaire français qui est décrit ci-dessus facilite cette convivialité naturellement. Si la grande majorité d'un pays mange à

heures fixes, il est plus facile de manger ensemble. Tavoularis et Mathé : « La convivialité s'exprime au travers de repas longs et à plusieurs. Les repas de plus avec un ou plusieurs convives représentent 15 % des repas des Français et peuvent être considérés comme des repas festifs » (3). Un tel chiffre est difficile à comparer avec d'autres pays. Aux Pays-Bas, une recherche de *Voedingscentrum* (Centre de l'Alimentation) de 2019 a montré que le Néerlandais prend en moyenne 29 minutes pour le dîner, mais qu'un même pourcentage mange ensemble, 79% (28).

### LA PREVALENCE DU SURPOIDS ET DE L'OBESITE EN FRANCE

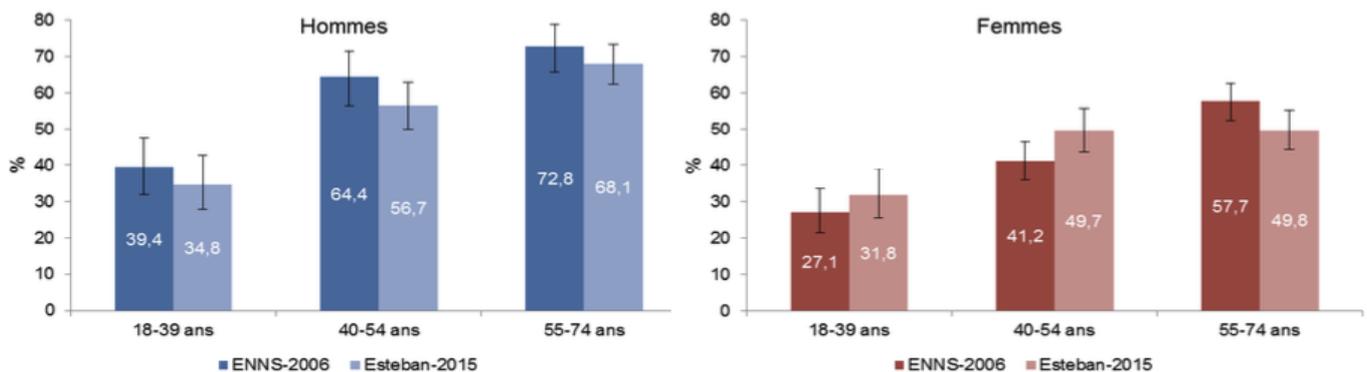
Afin de réduire la prévalence du surpoids et de l'obésité, le ministère de la Santé a lancé de multiples programmes nationaux nutrition santé (PNNS) en 2001. L'un des objectifs de ces programmes était d'analyser quelle était la part du surpoids et de l'obésité en France. L'étude ESTEBAN est une comparaison de la prévalence de 2006 avec celle de 2015. Cette comparaison indique une stabilisation.

#### Les adultes

Les données montrent qu'à côté de la stabilisation générale, il existe une différence par sexe.

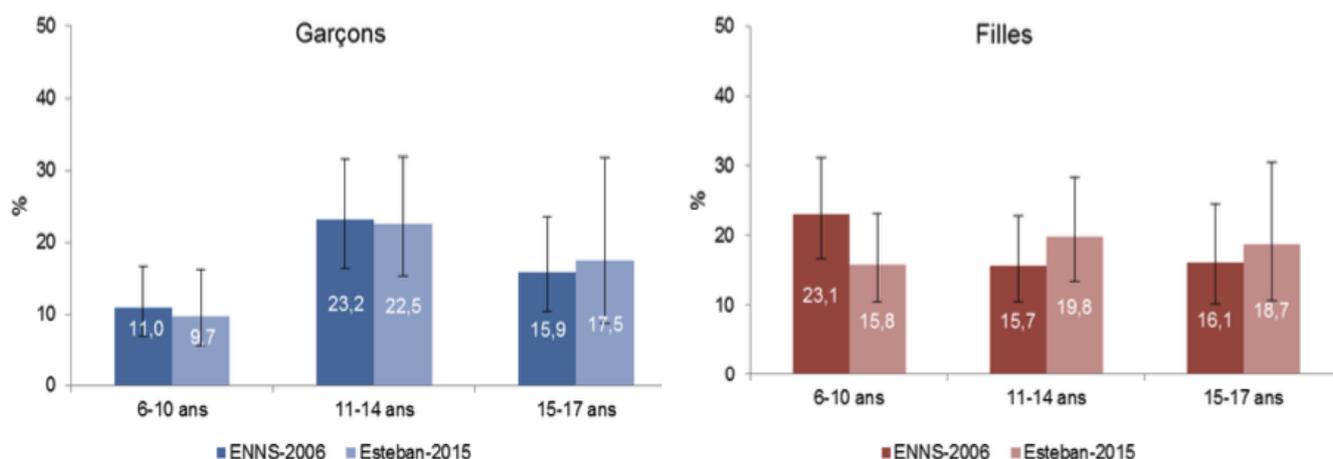
La prévalence du surpoids (obésité incluse) chez les hommes est restée stable : 57,2% en 2006 contre 53,9% en 2015, soit une diminution non significative dans toutes les classes d'âge. Il y

Figure 2: Prévalence du surpoids (obésité incluse) chez les adultes de 18-74 ans selon le sexe et l'âge, comparaison ENNS 2006 / Esteban 2015



Le surpoids est défini par un IMC  $\geq 25,0$  selon les références de l'OMS.

Figure 3: Prévalence du surpoids (obésité incluse) chez les enfants de 6-17 ans selon le sexe et l'âge, comparaison ENNS 2006 / Esteban 2015



Le surpoids, y compris l'obésité, est défini selon les références IOTF-2012 (courbe de centiles atteignant 25,0 à 18 ans).

a une différence par classes d'âge chez les femmes ; chez les femmes âgées de 40 à 54 ans, la prévalence est passée de 41,2% en 2006 à 49,7% en 2015, soit une augmentation de près de 21%. Par contre, chez les femmes plus âgées, de 55 à 78 ans, elle est passée de 57,7% en 2006 à 49,8% en 2015, soit une diminution de 14% (voir figure 2, ESEN 28).

#### Les enfants

Une stabilisation similaire peut être observée chez les enfants. Une légère diminution peut être observée chez les garçons de 6 à 14 ans, et une augmentation chez les garçons de 15 à 17 ans. La prévalence a diminué chez les filles de 6 à 10 ans, alors qu'elle a augmenté chez les filles de 11 à 17 ans. Les différences ne sont pas significatives dans les deux sexes (voir figure 3, ESEN 34).

## Les modèles alimentaires des autres pays occidentaux et leur prévalence du surpoids et de l'obésité

Les États-Unis sont un excellent pôle opposé du modèle alimentaire français. De nombreuses recherches ont été effectuées sur la prévalence du surpoids et de l'obésité aux États-Unis et, comme mentionné précédemment, le pays comptait le plus grand nombre d'adultes en surpoids au monde en 2015. Le pays est donc (entre autres) une bonne base de comparaison pour cette étude. Nous donnerons alors un aperçu du comportement alimentaire américain. Dans l'étude citée, de Tavoularis et Mathé, une comparaison a déjà été faite avec le comportement alimentaire des Français. Afin d'étayer la comparaison faite avec les États-Unis, nous présenterons le modèle alimentaire de certains autres pays européens.

### Les États-Unis

La recherche déjà évoquée, par Tavoularis et Mathé, compare le modèle français au modèle américain. Cette recherche montre que les Américains absorbent leur énergie beaucoup plus largement tout au long de la journée et mangent donc à des heures plus réparties que les moments « traditionnels français », le petit-déjeuner, le déjeuner, le goûter et le dîner. Selon les auteurs, ce système diffère tellement de celui des Français qu'ils parlent d'un « anti-modèle » au modèle français (Tavoularis et Mathé 2). Les chiffres montrent que l'apport énergétique lors du dîner ne diffère pas beaucoup, 35,7% en France et 36,1% aux États-Unis mais à d'autres moments, les différences sont beaucoup plus importantes. Au déjeuner, la part de l'apport énergétique est la suivante : 37,1% en France contre seulement 24,0% aux États-Unis. Par ailleurs, la différence d'apport énergétique aux « heures hors repas » est la plus importante : 9,8% en France contre 21,6% aux États-Unis.

Pourquoi est-ce le cas ? Une cause importante est à chercher dans l'histoire des deux cultures. La différence entre ces deux cultures a été décrite plus haut : aux États-Unis, l'alimentation est

davantage considérée comme une affaire individuelle et l'accent est moins mis sur l'aspect collectif de l'alimentation. Surtout en ce qui concerne le déjeuner, les Américains font plus souvent qu'en France autre chose pendant qu'ils mangent, comme par exemple travailler. Selon les auteurs, il s'agit d'une question plus pratique, le manger (Tavoularis et Mathé 3). Les auteurs s'attendent à ce que la sous-évaluation d'un repas de qualité sociale aux États-Unis contribue à la forte prévalence de l'obésité.

En plus du fait que les Américains prennent leur énergie d'une manière complètement différente, il y a aussi une différence dans la mesure dans laquelle les Américains organisent leur dîner, par rapport aux Français. Une étude de Kremer-Sadlik et al. a examiné 16 ménages dans les deux pays. Les recherches portent principalement sur la consommation de fruits et de légumes. Un ajout intéressant est le « paradoxe » français : les Français mangent généralement plus gras, à savoir plus de fromage, de beurre et de viande marinée. Pourtant, les Français sont en moyenne plus minces que les Américains. Il faut avoir une explication pour ce paradoxe. La recherche a montré que les Français mangent des fruits beaucoup plus diversifiés et plus souvent. Lors des dîners observés, 14 types de fruits étaient sur la table en France, contre 4 aux États-Unis. Les Français mangent ce fruit pendant ou à la fin d'un repas. Les enfants en mangent sans contrainte (Kremer-Sadlik et al. 85-86).

Lors de l'analyse de la consommation de légumes, qui était plus complexe que celle des fruits, un certain nombre de différences sont apparues. Les Français mangent généralement avec plus de plats. 1 ou 2 aux États-Unis contre 3 à 5 en France. De plus, les légumes sont présentés beaucoup plus centralement en France qu'aux États-Unis. Par exemple, en France un repas peut être composé seulement de légumes, ce qui en stimule la consommation. En France, les légumes sont également servis dans une portion relativement plus importante

qu'aux États-Unis, où plusieurs plats sont souvent servis simultanément (Kremer-Sadlik et al. 87-88).

De la recherche ont également émergé un certain nombre d'aspects sociaux qui ont un lien avec le point culturel qui avait déjà été mentionné. Les enfants français mangent généralement leurs légumes sans aucune difficulté ni protestation. Aucune alternative n'est proposée. Aux États-Unis, le choix appartient aux enfants de manger des légumes ou non. Surtout lorsque plusieurs plats sont servis en même temps, les enfants peuvent sauter les légumes. Dans une seule famille américaine, un « plat pour enfants » séparé était cuisiné, sans légumes. En France, les enfants mangent au moins une portion du plat cuisiné sans trop de problèmes. Cela rejoint la différence culturelle évoquée précédemment : la liberté individuelle est très centrale (même à un jeune âge) à la table américaine, tandis que l'aspect social et la collectivité joue un rôle majeur à la table française.

#### La Pologne

Dans l'article de Wadalowska, il semble que la Pologne devient plus saine à manger, mais pas encore assez saine. L'étude de Szponar montre que les Polonais font « l'erreur » de consommer principalement des aliments transformés. Cet aliment est généralement pauvre en vitamines, minéraux et fibres. De plus, trop peu de produits laitiers, de fruits et de fibres sont consommés. Il en résulte une forte prévalence des maladies liées à l'alimentation en Pologne, près de la moitié des décès en Pologne étant liés à des maladies cardio-vasculaires (Wadalowska 122). Comme mentionné précédemment, il s'agit d'une conséquence courante d'une mauvaise alimentation et de l'obésité. Les recherches de Wadalowska montrent, entre autres, que les Polonais fondent leurs choix principalement sur des raisons pratiques, plutôt que sur des raisons de prix et / ou de santé (Wadalowska 126). Cette manière de choisir se

démarque de la manière française de faire des choix alimentaires. Tavoularis et Mathé avaient déjà écrit qu'en France, la nourriture est plus qu'une nécessité purement pratique et biologique (3). En Pologne, cela semble avoir le dessus. La Pologne est un exemple de la manière dont les habitudes alimentaires affectent négativement un certain nombre de maladies. Des recherches plus poussées devraient révéler quels autres facteurs jouent un rôle dans la cause de ces maladies, mais l'alimentation semble certainement jouer son rôle.

#### L'Écosse et la Grèce

Une étude des habitudes alimentaires des étudiants grecs à Glasgow, en Écosse, conduit au même genre de comparaison que celle décrite précédemment entre les États-Unis et la France. Entre un pays du sud de l'Europe et un pays du nord de l'Europe, anglo-saxon. Comme mentionné, Papadaki et Scott ont mené une enquête auprès d'étudiants grecs qui sont allés étudier à Glasgow pendant un certain temps. La raison de la recherche est qu'il existe un grand contraste dans les habitudes alimentaires et diététiques entre les deux pays. Le régime méditerranéen est considéré comme très sain, caractérisé par le peu de maladies liées à l'alimentation par rapport aux autres pays européens. Le régime écossais est en contraste frappant, avec peu de fruits et légumes consommés, tandis qu'une grande partie de l'apport énergétique provient des graisses. L'Écosse obtient donc un score assez élevé avec la quantité de maladies sanguines et vasculaires et de cancers liés à l'alimentation (Papadaki et Scott 455-456).

En plus de fournir un aperçu des différentes coutumes en Grèce et en Écosse, des informations sont disponibles grâce à une enquête volontaire sur la façon dont les étudiants grecs ont vécu ce changement. La recherche montre qu'une fois à Glasgow, les étudiants grecs ont progressivement adopté des habitudes alimentaires écossaises. Ils ont commencé à manger

moins de fruits et légumes qu'avant, en Grèce. Une justification importante de ce changement, selon les étudiants, est l'offre de moins en moins importante de fruits et légumes frais. D'autres produits 'grecs' étaient également moins disponibles dans les magasins, comme le poisson et les produits laitiers. La restauration rapide était également plus souvent consommée, car elle était également plus disponible qu'en Grèce.

La comparaison entre la Grèce et l'Écosse d'un côté et entre la France et les États-Unis de l'autre semble bien soutenir le concept d'une tradition anglo-saxonne par opposition à une tradition latine en ce qui concerne les habitudes alimentaires. La comparaison entre le nord, anglo-saxon et le sud, latin ou méditerranéen, doit être explorée plus largement pour être universellement valable, mais ces deux exemples brossent un tableau assez fiable. On a déjà fait valoir que la façon dont les Français mangent est un moyen de réduire les risques de surpoids et d'obésité, mais on peut supposer avec prudence que ce que les Français mangent contribue certainement à limiter les risques.

## LA PREVALENCE DU SURPOIDS ET DE L'OBESITE DANS LES AUTRES PAYS OCCIDENTAUX

Le site web de l'OMS fournit les chiffres ci-dessous concernant la prévalence du surpoids et de l'obésité chez les adultes, une estimation approximative à des fins de comparaison (figure 4 et 5). Les valeurs ont été estimées d'une manière différente des valeurs mesurées via l'ENNS discuté précédemment, d'où la différence.

Ces chiffres montrent que dans tous les pays, tant pour les adultes que pour les jeunes, la prévalence a augmenté entre 2006 et 2015. Dans le sens général tel que présenté ici, ce qui est conforme à l'étude Esteban qui avait lieu en France.

Figure 4: Prévalence du surpoids chez les adultes, l'OMS

Indicator	Prevalence of overweight among adults, BMI & GreaterEqual; 25 (crude estimate) (%)					
Period	2015			2006		
Dim1	Both sexes	Male	Female	Both sexes	Male	Female
Location						
France	62.5 [58.2-66.6]	69.5 [63.4-75]	56.1 [49.7-62.1]	58 [54.8-61.2]	64.5 [59.9-68.9]	52.2 [47.5-56.6]
Greece	66.5 [62.1-70.7]	71.8 [65.7-77.2]	61.5 [55.1-67.7]	61.2 [57.8-64.3]	65.6 [60.8-70.1]	56.9 [52.2-61.8]
Netherlands	62.1 [58.3-65.7]	68.7 [63.2-73.7]	55.6 [50.3-60.9]	56.5 [53.9-59.1]	62.6 [58.7-66.4]	50.7 [47.1-54.4]
Poland	61.7 [58-65.5]	67.9 [62.7-72.9]	56.1 [50.8-61.5]	56 [53.4-58.7]	60.9 [57.1-64.4]	51.6 [47.9-55.4]
United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland	66.6 [63.9-69.2]	71.3 [67.4-74.8]	62.2 [58.3-66]	61.3 [59.5-63.1]	66 [63.5-68.5]	56.9 [54.3-59.4]
United States of America	69.6 [66.5-72.6]	74.3 [70.1-78.3]	65.2 [60.7-69.6]	64.4 [62.2-66.6]	69.3 [66.2-72.4]	59.8 [56.7-63]

Que peut-on noter des figures 4 et 5 ? Plus particulièrement, la prévalence chez les enfants et les adolescents aux États-Unis est considérablement plus élevée qu'en France à la fois en 2006 et en 2015. L'augmentation entre les deux années présentées est visible dans tous les pays des deux groupes d'âge. Des recherches statistiques complémentaires devraient montrer si des différences significatives peuvent être mesurées. Ce qui est également frappant, c'est la prévalence des deux groupes d'âge en Grèce. Cela n'est pas cohérent avec la comparaison

Figure 5: Prévalence du surpoids chez les enfants et les adolescents, l'OMS

Indicator	Prevalence of overweight among children and adolescents, BMI > +1 standard deviations above the median (crude estimate) (%)					
Period	2015			2006		
Dim1	Both sexes	Male	Female	Both sexes	Male	Female
Location	5-19 years	5-19 years	5-19 years	5-19 years	5-19 years	5-19 years
France	29.8 [23.3-36.5]	30.9 [21-40.8]	28.5 [20.5-37.1]	27.2 [22.5-31.7]	28.4 [21.6-35.4]	25.9 [19.9-31.7]
Greece	36.9 [30.8-43]	40.8 [31.7-50.2]	32.7 [24.9-40.5]	32.7 [28.4-37.1]	36.4 [29.9-42.9]	28.7 [23.2-34.4]
Netherlands	24.5 [18.6-30.8]	25.3 [16.5-35.2]	23.7 [16-32.1]	22.3 [18-26.8]	22.7 [16.4-29.6]	21.9 [16.2-27.9]
Poland	24.8 [19.5-30.4]	29.9 [21.5-38.9]	19.4 [13.2-26.3]	18.2 [15.1-21.4]	21.7 [17.1-26.9]	14.4 [10.6-18.6]
United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland	31 [28-34.2]	30.7 [26.4-35.2]	31.4 [27.2-35.6]	30.1 [28.3-32]	29.2 [26.7-32]	31 [28.4-33.6]
United States of America	41.5 [37.3-45.9]	43.8 [37.2-50.3]	39.2 [33.4-45]	38.7 [36-41.5]	40.2 [36.3-44.1]	37.2 [33.6-41]

précédente en tant que pays de l'Europe du Sud.

## Autres aspects qui jouent un rôle dans le surpoids et l'obésité

Il n'est pas vrai que le surpoids et l'obésité ne sont déterminés que par un modèle alimentaire, d'autres facteurs jouent également un rôle. Comme indiqué précédemment, dans de nombreux pays depuis le début du siècle, les médias ont attiré l'attention sur ce problème et les programmes de prévention ont été stimulés par le gouvernement ; dans ce qui suit, nous donnerons un aperçu des différentes mesures prises par la France et les États-Unis dans la prévention et le traitement du surpoids et de l'obésité.

### LA FRANCE

Par exemple, depuis 2001, la France a lancé divers programmes de prévention sous le nom de Programme National Nutrition Santé, qui est : « ... un plan de santé publique visant à améliorer l'état de santé de la population en agissant sur l'un de ses déterminants majeurs : la nutrition » (Manger Bouger). Comme le site web du PNNS l'écrit, le but principal du gouvernement est d'intervenir dans la nutrition des Français. Rigo a décrit les objectifs de façon plus détaillée. Ceux-ci consistent à : augmenter la consommation de fruits et légumes, augmenter la consommation de calcium, réduire la consommation d'alcool. Et plus spécifiquement pour les enfants et les adolescents : diminuer la prévalence de l'anémie ferriprive chez les femmes en âge de procréer, améliorer le statut en folates des femmes en âge de procréer, notamment en cas de désir de grossesse, promouvoir l'allaitement maternel, améliorer le statut en fer, calcium et vitamine D des enfants et adolescents et réduire la fréquence de l'anémie ferriprive et prendre en compte les problèmes d'allergies alimentaires (Rigo 3-4).

Afin d'atteindre l'objectif ci-dessus, le PNNS a mis au point plusieurs guides alimentaires pour la population générale et pour différents groupes d'âge, un pour les enfants, un pour les adolescents, un pour les adultes et un pour les personnes ayant plus de 60 ans. Le PNNS

stimule aussi la « consommation de fruits et légumes, la promotion de l'activité physique, la limitation de la consommation d'aliments gras et sucrés et de boissons sucrées » De plus : « ...des mesures visant à éduquer le jeune consommateur et à créer un environnement favorable à une alimentation bénéfique pour la santé (...), à l'intégration de la nutrition dans les programmes scolaires, l'installation de fontaines d'eau fraîche dans les établissements, l'interdiction des distributeurs de boissons ou de produits de grignotage dans les lycées et collèges » (Rigo 4).

Ce premier PNNS est en vigueur de 2001 à 2005. En 2004, « La loi relative à la politique de santé publique » a été promulguée qui doit affirmer le fait que l'État est responsable de l'amélioration de la santé de la population et de la définition des « orientations stratégiques dans des domaines jugés prioritaires ». Cette loi est « ... la reconnaissance du fait qu'en complément des approches médicales, la santé est un objet de politique publique » (PNNS 1 587).

Le deuxième PNNS qui a été publié en 2006, contient les mêmes objectifs que le premier programme, mais ceux-ci sont élargis. Dans la partie qui traite les différentes actions qui sont prises, le plan parle spécifiquement des enfants, contrairement au premier plan, qui ne connaît des distinctions entre les adultes et les enfants. Le deuxième le fait alors : « Soutenir les associations assurant la promotion d'activités physiques ou sportives, adaptées à chaque public (et notamment aux enfants présentant un surpoids) ». L'importance de l'éducation nutritionnelle est soulignée par un communiqué interministériel adressé aux directeurs d'école (PNNS 2 15-16).

En 2011, à côté du troisième PNNS, un 'Plan Obésité' a été publié. Ce plan comprend quatre axes : « 1) Améliorer l'offre de soins et promouvoir le dépistage chez l'enfant et l'adulte ; 2)

Mobiliser les partenaires de la prévention, agir sur l'environnement et promouvoir l'activité physique ; 3) Prendre en compte les situations de vulnérabilité et lutter contre la discrimination et 4) Investir dans la recherche » (PNNS 3 7). Notamment le deuxième axe touche l'obésité (et le surpoids aussi) infantile, car l'un des partenaires de la prévention est la restauration collective à l'école. Une action qui se trouve sous cet axe est : « Assurer l'accompagnement des enfants en établissement d'enseignement ». Cette action voulait essayer de protéger les enfants obèses à l'école contre la discrimination et la stigmatisation. Par l'insécurité corporelle et par l'inconvénient qui vient avec, nombre d'entre eux ne participent pas à l'activité physique et sportive. Selon le plan, il faut adapter le contenu des activités physiques et sportives afin d'intégrer les enfants obèses. Le personnel de l'Éducation nationale doit être informé et il faut développer des matériaux pour l'adaptation des activités physiques et sportives. Quatre axes du programme éducation santé sont aussi nommés : « 1) Préciser les modes et les rythmes des prises alimentaires à l'école primaire ; 2) Favoriser la consommation d'eau potable dans les écoles et les établissements publics locaux d'enseignement en facilitant l'accès aux points d'eau aux élèves ; 3) Faciliter la collecte du poids et de la taille des enfants de grande section de maternelle ; 4) Accompagner la mise en œuvre d'un programme d'éducation à la santé en primaire et au collège en matière de nutrition » (PNNS 3 27)

Dans l'introduction du PNNS de 2011 à 2015, il est expliqué que le système des différents programmes nationaux existe depuis 2001 et que « Plusieurs objectifs initialement fixés ont été partiellement ou totalement atteints, comme la réduction de la prévalence du surpoids et de l'obésité chez l'enfant... » (PNNS 4 5). Puis, le programme nomme quatre axes nouveaux, qui sont formulés plus clairement qu'auparavant indiquant qu'il faut « diminuer la prévalence de l'obésité et du surpoids chez les enfants et les adolescents » et qu'il faut « augmenter

l'activité physique et lutter contre la sédentarité chez les enfants et les adolescents » (PNNS 4 7). Ce plan a donc adopté l'avis de Duché qu'il est important de voir l'activité physique et la sédentarité comme des concepts différents (Duché 279).

## LES ÉTATS-UNIS

En 2005, Daniels et al. ont prescrit différents moyens de prévention et de traitement. Selon eux, la prévention vise à garantir que les enfants de poids moyen ne développent pas du surpoids. Il est essentiel d'acquérir une connaissance approfondie du groupe cible, au sens le plus large du terme. Un aspect important ici est que les auteurs déclarent qu'en plus d'une approche 'population-based' (ce qui veut dire une approche spécifiée aux groupes d'âge spécifiques, par exemple), il y a beaucoup à gagner de l'approche 'setting-based' : "a strength of setting-specific approaches is the ability to intervene in the setting itself—in other words, to consider the setting as an environment in which policies and practices can be changed to enable targeted behaviors and discourage competing behaviors" (Daniels et al. 2006).

De cette manière, la même personne, par exemple un élève, est influencé dans différents contextes sur ses activités physiques et son comportement alimentaire. En outre, les différents environnements doivent également être conçus de manière à favoriser un mode de vie saine.

Cette même approche devrait également être utilisée pour le traitement du surpoids et de l'obésité (Daniels et al. 2004-2009). La seule question est celle de savoir dans quelle mesure les États-Unis réussissent à mettre en pratique cette approche prescrite.

Chriqui a étudié la politique américaine de prévention du surpoids et de l'obésité. Les états prennent la responsabilité de la mise en œuvre de cette politique. La politique est également très différente au sein des états. En fin de compte, une grande partie de la politique aux États-Unis semble être déterminée au niveau du comté. L'avantage d'une telle approche est qu'un

contact étroit est possible entre les décideurs et les exécutants, les écoles. Une grande partie de la politique peut également être facilement adaptée aux besoins ou à la situation dans la région concernée (Chriqui 201).

Les données suggèrent que la prévalence de l'obésité est la plus élevée dans les régions où les réglementations sont les plus strictes. L'auteur en conclut que ces réglementations sont strictes, précisément pour lutter contre la forte prévalence. Un exemple courant dans l'article est les différentes législations qui existent pour augmenter le temps de classe consacré à l'activité physique, absolue ou relative. Une mesure absolue mentionnée est l'augmentation des heures d'exercice physique offertes à l'école. Des améliorations relatives ont été obtenues en tenant des soi-disant 'energizers' pendant les cours et en stimulant plus d'exercice pendant les pauses. Une autre réglementation stricte mentionnée est l'établissement de qualifications plus élevées pour les enseignants qui dispensent les cours d'exercice physique. En Californie, un état considéré comme un état progressiste en matière de réglementation, il semble qu'il y ait 29% d'étudiants en meilleure forme en plus dans les districts aux réglementations 'plus strictes' que dans les districts sans de telles mesures (Chriqui 204-205).

En plus de stimuler la prévention par l'exercice, la nutrition est également un élément important. La même étude a également examiné la politique concernant les collations et les boissons. Il a été décidé de rendre plus sain le remplissage des distributeurs automatiques dans les écoles. En Californie, l'apport calorique quotidien mesuré était de 158 calories de moins dans les écoles aux réglementations 'strictes' que dans les écoles aux réglementations moins strictes. Dans le Connecticut, une interdiction a été imposée sur la vente de boissons gazeuses dans les écoles et à proximité des écoles. Cela a conduit divers ménages ayant des enfants d'âge scolaire, à réduire leur consommation de boissons gazeuses en moyenne de 2,6

litres par semaine. La dernière ligne semble être celle qui fonctionne, au moins en partie. Une étude comparative de Powell et al. a trouvé une corrélation faible mais significative entre la charge sur les boissons sucrées et la prévalence de l'obésité chez les jeunes et les adultes (Chriqui 207-208).

Chriqui finit son article en concluant que des recherches supplémentaires sont nécessaires pour convaincre les décideurs politiques au niveau fédéral qu'une approche nationale est nécessaire : « Without data on the actual policy impacts, it will be difficult to convince policy makers in other jurisdictions (whether at the federal, state or local levels) to adopt such policies » (Chriqui 207). Il évoque également les campagnes qui ont été mises en place plus tôt dans une campagne à grande échelle pour limiter la consommation de tabac. Une telle stratégie à grande échelle basée sur la population devrait également être introduite contre le surpoids et l'obésité. Cette conclusion est également étayée par les prescriptions déjà faites par Daniels et al. Un détail selon Chriqui est que l'ordre des mesures doit être 'bottom-up' : « that is; policies were first enacted by local governments and eventually diffused to the state level » (Chriqui 201). L'évolution vers une législation au niveau des états est toujours sur la liste des choses à faire pour certains États, pour évoluer vers la législation fédérale.

## Conclusion et discussion

Les modèles alimentaires de plusieurs pays, notamment la France et les États-Unis, ont été examinés. Il est apparu clairement que les deux pays utilisent des modèles différents. Les données montrent que le modèle français est mieux adapté à une alimentation saine, notamment en milieu familial. La consommation de fruits et de légumes est devenue une habitude dont toute la famille, y compris les jeunes enfants, doit tenir compte. En plus de cela, c'est aussi une habitude qui se manifeste de manière très structurée. Cela contraste avec le modèle américain, où l'accent est moins mis sur les fruits et légumes et moins sur le repas pris avec d'autres (avec la famille, par exemple), il y a plus de liberté individuelle pour les enfants de choisir ce qu'ils veulent manger.

Pour l'instant, les données montrent que la prévention et le traitement par la politique américaine fonctionne à un niveau (trop) local. Cela rend le travail de précision possible, mais n'a pas la combativité nécessaire pour prendre de vraies mesures au niveau national. En France, en revanche, la démarche est organisée au niveau national et bénéficie d'un large soutien au sein du ministère national de la Santé, qui effectue lui-même de nombreuses recherches. Le contenu des mesures et de la politique est assez similaire dans les deux pays.

Ayant examiné les aspects nutritionnels et la politique de prévention dans les deux pays, on peut conclure que le modèle alimentaire français aide dans la lutte contre le surpoids et l'obésité, mais qu'il a aussi un avantage d'échelle dans la prévention et la recherche ; en France, la politique de prévention se fait déjà au niveau national, aux États-Unis encore au niveau des états.

Plus de clarté pourrait être apportée en menant des recherches supplémentaires sur les similitudes et les différences entre les cultures alimentaires de l'Europe du Nord et du Sud. Cela devrait également inclure une image plus précise de la manière dont les différents pays

ont organisé leurs programmes de prévention. Désormais, seuls les deux principaux pays de cette étude ont été considérés en matière de prévention.

Il reste beaucoup à faire pour réduire la prévalence du surpoids et de l'obésité et encore plus pour la ramener à zéro. En attendant, il semble qu'on devrait commencer à manger à la française.

## SOURCES

- Bloomgarden, Zachary T. « Prevention of Obesity and Diabetes. » *Diabetes Care*. Vol. 26, No. 11, 2003, pp. 3172–3178.
- Caballero, Benjamin, « The Global Epidemic of Obesity: An Overview ». *Epidemiologic Reviews*, Vol. 29, No. 1, 2007, pp. 1–5.
- Canning, Helen, et Jean Majer. « Obesity: its possible effect on college acceptance ». *N Engl J Med*. Ed. 275. 1966, pp. 1172 - 1174.
- Chriqui, Jamie F. « Obesity Prevention Policies in U.S. States and Localities: Lessons from the Field ». *Current Obesity Reports*, Vol. 2, No. 3, 2013, pp. 200–10.
- Daniels, Stephen R., et al. « Overweight in Children and Adolescents ». *Circulation*, Vol. 111, No. 15, 2005, pp. 1999–2012.
- Duché, Pascale. « Activité physique et obésité infantile : dépistage, prévention et prise en charge. » *Science & sports*. Vol. 23, No. 6, 2008, pp. 278-282.
- Équipe de surveillance et d'épidémiologie nutritionnelle (ESEN). « Étude de santé sur l'environnement, la biosurveillance, l'activité physique et la nutrition (Esteban), 2014-2016. » *Volet Nutrition. Chapitre Corpulence*, 2017.
- Haslam, David, et Gary Witterst. *Obesity*. Health Press, 2009.
- Kremer-Sadlik, Tamar et al. “Eating fruits and vegetables. An ethnographic study of American and French family dinners.” *Appetite*, Vol. 89, 2015, pp. 84-92.
- Le Monde.fr. “Les adolescents français sont de plus en plus nombreux à être en surpoids”. Le Monde.fr, 30 augustus 2019, [www.lemonde.fr/societe/article/2019/08/28/les-adolescents-francais-sont-de-plus-en-plus-nombreux-a-etre-en-surpoids\\_5503813\\_3224.html](http://www.lemonde.fr/societe/article/2019/08/28/les-adolescents-francais-sont-de-plus-en-plus-nombreux-a-etre-en-surpoids_5503813_3224.html).
- Lim, Stephan S., et al. « A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. » *The Lancet*, Vol. 380, No. 9859, 2012, pp. 2224–2260.
- Manger Bouger*. Site web du Programme National Nutrition Santé. <https://www.mangerbouger.fr/PNNS>. Accès le 13 juin 2020.
- Must, Aviva, et R. S. Strauss. « Risks and consequences of childhood and adolescent Obesity. » *International Journal of Obesity*. Vol. 23. No. 2, 1999, pp. 2-11.
- Ng, Marie, et al. « Global, Regional, and National Prevalence of Overweight and Obesity in Children and Adults during 1980-2013: A Systematic Analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. » *The Lancet*, Vol. 384, No. 9945, 2014, pp. 766–781.
- “Obésité et surpoids”. OMS, 1 avril 2020, [www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight](http://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight).

- Papadaki, Angeliki, et Jane A. Scott. "The impact on eating habits of temporary translocation from a Mediterranean to a Northern European environment." *European Journal of Clinical Nutrition*, Vol. 56, No. 5, 2002, pp. 455-461.
- “Prevalence of Overweight Among Children and Adolescents”. Organisation Mondiale de la Santé, [www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/prevalence-of-overweight-among-children-and-adolescents-bmi-1-standard-deviations-above-the-median-\(crude-estimate\)-\(-\)](http://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/prevalence-of-overweight-among-children-and-adolescents-bmi-1-standard-deviations-above-the-median-(crude-estimate)-(-)). Consulté le 8 février 2021.
- “Prevalence of Overweight Among Adults”. Organisation Mondiale de la Santé, [www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/prevalence-of-overweight-among-adults-bmi-greaterequal-25-\(crude-estimate\)-\(-\)](http://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/prevalence-of-overweight-among-adults-bmi-greaterequal-25-(crude-estimate)-(-)). Consulté le 8 février 2021.
- Programme National Nutrition Santé 1 (PNNS 1) 2001-2005*, [www.sfnm.org/images/stories/textes\\_reglementaires/PNNS.pdf](http://www.sfnm.org/images/stories/textes_reglementaires/PNNS.pdf). Accès le 16 juin 2020.
- Programme National Nutrition Santé 2 (PNNS 2) 2006-2010*, [www.irbms.com/download/documents/programme-national-nutrition-sante-pnns-2006-2010.pdf](http://www.irbms.com/download/documents/programme-national-nutrition-sante-pnns-2006-2010.pdf). Accès le 16 juin 2020.
- Programme National Nutrition Santé 3 (PNNS 3) 2011-2015*, [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/pnns\\_2011-2015-2.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/pnns_2011-2015-2.pdf). Accès le 16 juin 2020.
- Programme National Nutrition Santé 4 (PNNS 4) 2019-2023*, [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/pnns4\\_2019-2023.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/pnns4_2019-2023.pdf). Accès le 16 juin 2020.
- Reuters, Le Monde Avec Afp Et. “Hausse alarmante de l’obésité et du surpoids”. Le Monde.fr, 12 juni 2017, [www.lemonde.fr/sante/article/2017/06/12/hausse-alarmante-de-l-obesite-et-du-surpoids\\_5143302\\_1651302.html](http://www.lemonde.fr/sante/article/2017/06/12/hausse-alarmante-de-l-obesite-et-du-surpoids_5143302_1651302.html).
- Rigo, Jacques. « Le programme national nutrition santé (PNNS) : quels effets sur la santé des enfants ? » *Archives de pédiatrie*. Vol. 16, 2009, pp. 3-6.
- Roth, Jesse, et al. « The obesity pandemic: where have we been and where are we going? ». *Obesity research*. Vol. 12, No. 11, 2004, pp. 88-101.
- Stunkard, Albert, et Victor Burt. « Obesity and the body Image: II. Age at onset of disturbance in the body image. » *Am J Psychiat*. Ed. 123, 1967, pp. 1443 -1447.
- Tavoularis, Gabriel, et Thierry Mathé. « Le modèle alimentaire français contribue à limiter le risque d’obésité ». *Consommation et modes de vie*, No. 232, 2010, pp 1-4.
- Tavoularis, Gabriel, et al. « La gastronomie s’inscrit dans la continuité du modelé alimentaire français ». *Cahiers de recherche du Credoc*, No. 267, 2009.
- Vigarelo, Georges. *Les métamorphoses du gras : histoire de l’obésité*, 2010.
- Voedingscentrum, Hoe bewust eet Nederland ? Eten met aandacht voor de maaltijd. 2019.
- Wadolowska, Lidia et al. "Food choice models and their relation with food preferences and eating frequency in the Polish population: POFPRES study." *Food policy*, Vol. 33, No. 2, 2008, pp. 122-134.