

Faculté de santé publique

**IMPACT DE LA CONSOMMATION D'ALIMENTS
ULTRA-TRANSFORMÉS :**

ENJEUX DE SANTÉ PUBLIQUE ET INFLUENCE DES FACTEURS SOCIAUX,
CULTURELS ET ENVIRONNEMENTAUX DANS LA COMMUNE DE MOLENBEEK-
SAINT-JEAN

Mémoire réalisé par
Karim KHACHAN

Promoteur :
Etienne VERHAEGEN

Année académique 2025-2026

Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée en management et développement organisationnel et en comportements et compétences pour la santé.

Faculté de santé publique

**IMPACT DE LA CONSOMMATION D'ALIMENTS
ULTRA-TRANSFORMÉS :**

ENJEUX DE SANTÉ PUBLIQUE ET INFLUENCE DES FACTEURS SOCIAUX,
CULTURELS ET ENVIRONNEMENTAUX DANS LA COMMUNE DE MOLENBEEK-
SAINT-JEAN

Mémoire réalisé par
Karim KHACHAN

Promoteur :
Etienne VERHAEGEN

Année académique 2025-2026

Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée en management et
développement organisationnel et en comportements et compétences pour la santé.

REMERCIEMENTS

Je tiens à exprimer ma profonde gratitude à mon promoteur de mémoire, Monsieur Verhaegen Etienne, pour son accompagnement constant, ses précieux conseils, sa bienveillance ainsi que la qualité de son expertise, qui m'ont guidé tout au long de la réalisation de ce travail.

Je remercie également l'UCLouvain ainsi que l'ensemble du corps professoral pour les connaissances et les compétences acquises, ainsi que pour cette expérience à la fois enrichissante et formatrice.

Mes remerciements s'adressent aussi à toutes les personnes qui ont contribué, de près ou de loin, à l'élaboration de ce travail, notamment celles qui ont accepté de me consacrer du temps lors des entretiens.

Enfin, je souhaite adresser un grand merci à ma famille, et notamment à mon épouse, ainsi qu'à mes amis, pour leur soutien, leurs encouragements et leur présence tout au long de ce parcours de master.

Plagiat

« Je déclare sur l'honneur que ce mémoire a été écrit de ma plume, sans avoir sollicité d'aide extérieure illicite, qu'il n'est pas la reprise d'un travail présenté dans une autre institution pour évaluation, et qu'il n'a jamais été publié, en tout ou en partie. Toutes les informations (idées, phrases, graphes, cartes, tableaux, ...) empruntées ou faisant référence à des sources primaires ou secondaires sont référencées adéquatement selon la méthode universitaire en vigueur.

« Si j'ai eu recours à l'IA, j'ai scrupuleusement respecté les règles établies en la matière par la note du bureau Faculté ESPO en date du 1 juillet 2024, tout particulièrement dans son point 4. »

Je déclare avoir pris connaissance et adhérer au Code de déontologie pour les étudiant(e)s en matière d'emprunts, de citations et d'exploitation de sources diverses en ce compris l'usage des outils d'intelligence artificielle générative et savoir qu'un plagiat ou que toute autre forme d'irrégularité est une faute grave et est susceptible de donner lieu aux procédures et sanctions prévues aux articles 107 à 114 du RGEE (Règlement général des études et des examens) ».

(UCLouvain, 2026)

Dans ce travail de mémoire, l'emploi du masculin pour désigner des personnes n'a d'autres fins que celle d'alléger le texte et n'a aucune intention discriminatoire.

Table des matières

REMERCIEMENTS.....	3
LISTE DES ABRÉVIATIONS ET ACRONYMES	8
LISTE DES FIGURES.....	9
INTRODUCTION.....	10
I. CADRE THÉORIQUE	12
I.1. L'ALIMENTATION ULTRA-TRANSFORMÉE : DÉFINITIONS ET ENJEUX	12
I.1.1. Le concept d'aliments ultra-transformés (AUT) et la classification NOVA	12
I.1.2. Différences entre aliments transformés et ultra-transformés	16
I.1.3. Enjeux de santé publique liés à la consommation d'AUT	17
I.2. DÉTERMINANTS SOCIAUX, CULTURELS ET ENVIRONNEMENTAUX ET ENJEUX DE JUSTICE ALIMENTAIRE.....	20
I. 2.1. Facteurs sociaux et culturels influençant la consommation d'AUT	20
I. 2.2. Notion de justice alimentaire	28
I. 2.3. Environnement obésogène en milieu urbain.....	29
II. CADRE PRATIQUE.....	31
II.1. CONTEXTE	31
II.1.1. Politiques nutritionnelles en Europe et en Belgique.....	31
II.1.2. Dispositifs locaux de santé et initiatives citoyennes	34
II.1.3. Spécificités socio-économiques de Molenbeek-Saint-Jean.....	35
II.2. METHODES	39
II.2.1. Objectifs de l'étude.....	39
II.2.2. Choix de la méthode	39
II.2.3. Population et échantillonnage.....	40
II.2.4. Guide d'entretien	42
II.2.5. Collecte et analyse de données	43
II.3. RESULTATS.....	45

II.3.1. Profil des participants	46
II.3.2. Perceptions et représentations des AUT	47
II.3.3. Habitudes de consommation.....	54
II.3.4. Déterminants socio-économiques et culturels	57
II.3.5. Environnement alimentaire local.....	60
II.3.6. Santé publique et leviers d'action.....	62
II.3.7. Conclusion intermédiaire.....	68
II.4. DISCUSSION.....	70
II.4.1. Croisement des résultats avec la littérature scientifique.....	70
II.4.2. Limites et biais de l'étude.....	78
III. RÉFLEXIONS ET PERSPECTIVES	81
III.1. Enjeux de santé à Molenbeek-Saint-Jean.....	81
III.2. Pistes de réflexion	82
CONCLUSION GÉNÉRALE	84
BIBLIOGRAPHIE	86
ANNEXES.....	99
Annexe 1 : Classification de NOVA	99
Annexe 2 : Nutri-Score	100
Annexe 3 : Tableau comparatif Nutri-Score et Classification Nova.....	101
Annexe 4 : Guide d'entretien	103
Annexe 5 : Consentement éclairé.....	109
Annexe 6 : Information sur la participation à l'étude	110

Liste des abréviations et acronymes

- **AAF** = Académie d’Agriculture de France
- **AUT** = Aliment(s) Ultra-Transformé(s)
- **BASO** = Association belge pour l'étude de l'obésité (français) *en référence à l'acronyme EASO (European Association for the Study of Obesity)*
- **CERIN** = Centre de Ressources et d’Informations Nutritionnelles (France)
- **CERTOP** = Centre d’Étude et de Recherche Travail, Organisation, Pouvoir
- **CNRS** = Centre national de la recherche scientifique
- **COCOF** = Commission Communautaire Française
- **FAO** = Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (français)
- **INCA3** = Étude Individuelle Nationale des Consommations Alimentaires 3
(3ème étude menée par l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses) en France entre 2014 et 2015)
- **MNT** = Maladies Non Transmissibles
- **OMS** = Organisation mondiale de la Santé
- **OCDE** = Organisation de coopération et de développement économiques
- **PFNS** = Plan Fédéral Nutrition Santé
- **SEP** = Socio-Economic Position (Anglais) / Statut Socio-Économique (français)
- **UNMU** = Uganda Nurses and Midwives Union

Liste des figures

- Figure 1 : Enquête de consommation alimentaire 2022-2023 (Sciensano 2025 – page 20)
- Figure 2 : Part des AUT dans la consommation des adultes en Europe (European Journal of Nutrition, 2021)
- Figure 3 : Carte des disparités de richesse entre les quartiers de Bruxelles (Eupedia)
- Figure 4 : Cartographie des restaurants rapides à Molenbeek-Saint-Jean (01-11-2025)
- Figure 5 : Cartographie des restaurants rapides à Uccle (09-11-2025)
- Figure 6 : Profil des participants de l'échantillonnage

INTRODUCTION

Au cours des dernières décennies, l'alimentation a connu une transformation profonde, marquée par la place grandissante des aliments ultra-transformés (AUT). Selon la classification NOVA, développée par Carlos Monteiro et son équipe de chercheurs de l'Université de São Paulo (Brésil), ces produits se caractérisent par un processus industriel complexe et par la présence de nombreux additifs et d'ingrédients de synthèse, contrairement aux aliments bruts ou peu transformés (Monteiro et al., 2019). Leur consommation, en forte croissance à l'échelle mondiale, est aujourd'hui reconnue comme un enjeu majeur de santé publique. De nombreuses études montrent, en effet, leur association avec l'augmentation du risque de cancer, d'obésité, de diabète de type 2, ou certaines maladies chroniques (Srouf et al., 2019 ; Fiolet et al., 2018). Toutefois, ces résultats invitent à poursuivre les recherches afin de mieux comprendre les mécanismes en jeu ainsi que les contextes sociaux dans lesquels ces consommations s'inscrivent.

En Belgique, les travaux de Sciensano (s.d.) soulignent l'existence d'inégalités sociales en matière d'alimentation : les conditions socio-économiques influencent les pratiques alimentaires, notamment en termes d'accessibilité, de disponibilité et de choix des produits (Sciensano & KU Leuven, 2025). À Bruxelles, certaines communes, dont Molenbeek-Saint-Jean, présentent des caractéristiques démographiques et socio-économiques particulières, telles qu'une forte densité de population, une grande diversité culturelle et des niveaux de précarité plus élevés que la moyenne régionale.

Par ailleurs, l'environnement alimentaire local, dominé par les snacks, les fast-foods et les supermarchés 'discount', crée un contexte susceptible d'orienter les pratiques alimentaires des habitants, y compris la consommation d'AUT, sans pour autant les déterminer de manière univoque.

Dans ce contexte, la consommation d'AUT peut être envisagée comme le résultat d'une combinaison de facteurs sociaux, économiques, culturels et territoriaux. Les contraintes budgétaires, l'organisation du temps, les habitudes alimentaires, les préférences culturelles ou encore l'offre disponible dans le quartier sont autant d'éléments susceptibles d'interagir entre eux. Plutôt que de considérer ces pratiques comme de simples choix individuels, il est pertinent de les analyser à la lumière des conditions structurelles dans lesquelles elles s'inscrivent.

La question de recherche centrale de ce mémoire s'inscrit dès lors dans cette réalité : « *Quels sont les déterminants sociaux, culturels et environnementaux qui influencent la consommation d'aliments ultra-transformés chez les habitants de Molenbeek-Saint-Jean ?* ».

Pour y répondre, ce travail explore les perceptions et représentations des habitants vis-à-vis des AUT, leurs pratiques alimentaires, ainsi que l'impact des conditions socio-économiques et de l'environnement alimentaire local sur ces dynamiques. Cette réflexion s'inscrit dans un contexte plus large de santé publique. Depuis 2016, la « *Décennie d'action des Nations Unies pour la nutrition (2016–2025)* » appelle les États et les acteurs locaux à agir pour éradiquer toutes les formes de malnutrition, y compris la sous-nutrition, le surpoids et l'obésité (FAO, 2016). L'analyse des pratiques alimentaires dans une commune comme Molenbeek-Saint-Jean permet ainsi de mettre en perspective des enjeux globaux et une réalité locale spécifique, tout en cherchant à mieux comprendre les facteurs susceptibles d'influencer ces comportements.

C'est ce qui motive mon choix de recherche. En tant que professionnel de la santé, père de famille et habitant de Molenbeek-Saint-Jean, je vois chaque jour les difficultés d'accès à une alimentation équilibrée dans un quartier où les contraintes socio-économiques sont fortes. Cette observation alimente mon intérêt pour les liens entre précarité, pratiques alimentaires et santé publique. Elle me pousse également à réfléchir avec rigueur pour séparer le point de vue personnel du cadre de l'analyse scientifique.

Pour atteindre ces objectifs, la mémoire se divise en trois parties. La première présente le cadre théorique et conceptuel. Elle traite de la notion d'aliments ultra-transformés, de la classification NOVA, des déterminants sociaux, culturels et environnementaux de la santé, et du concept de justice alimentaire. La deuxième partie s'appuie sur une enquête qualitative menée à partir des entretiens semi-directifs auprès des habitants de Molenbeek-Saint-Jean, des professionnels de santé et des experts. Nous chercherons à mettre en évidence les perceptions des habitants, des professionnels de santé et des experts, ainsi que les pratiques alimentaires observées chez les habitants et les analyses formulées par les professionnels de santé et les experts interrogés, puis nous proposerons une analyse croisée avec la littérature scientifique. Enfin, la troisième partie discutera des résultats, ouvrira des pistes de réflexion adaptées au contexte étudié et prendra en compte les limites ainsi que les apports de la recherche.

I. CADRE THÉORIQUE

I.1. L'alimentation ultra-transformée : définitions et enjeux

Avant de rentrer dans le vif du sujet, il est essentiel de définir les notions autour des aliments ultra-transformés pour mieux comprendre la problématique et ses enjeux.

I.1.1. Le concept d'aliments ultra-transformés (AUT) et la classification NOVA

Les aliments ultra-transformés (AUT) sont des produits fabriqués principalement ou entièrement à partir de substances extraites d'aliments ou dérivées de constituants alimentaires, avec peu ou pas d'aliments intacts. Ils contiennent souvent des arômes, colorants ou autres additifs destinés à imiter ou intensifier les qualités sensorielles des aliments bruts ou des préparations culinaires à base d'aliments (Vandevijvere S. et al., 2019).

Comme le souligne Chris Van Tulleken, médecin infectiologue et chercheur à l'Université d'Oxford, dans son ouvrage « Ultra-transformés » (Van Tulleken, 2024), les AUT peuvent être décrits comme des produits fabriqués à partir d'ingrédients que nous n'avons pas dans nos armoires. En d'autres termes, ils ne résultent plus directement d'aliments bruts, mais d'une mixture d'extraits, d'additifs, d'arômes et de substances issues de procédés industriels élaborés. Cette définition souligne à quel point ces produits s'éloignent de la cuisine dite de 'maison' et des méthodes de transformation traditionnelles des aliments.

Concrètement, les soupes instantanées, la pâtisserie industrielle, les plats préparés et les boissons sucrées aromatisées sont des exemples d'aliments ultra-transformés. On peut les reconnaître en lisant la liste des ingrédients comme la maltodextrine (glucide dérivé de l'amidon modifié), ou encore de nombreux additifs tels que les émulsifiants, colorants, épaississants ou correcteurs d'acidité.

Si le terme « aliment ultra-transformé » est de plus en plus utilisé ces dernières années, sa définition demeure encore à clarifier (CERIN, 2021).

Le Centre de Ressources et d'Informations Nutritionnelles (CERIN) en France indique que les recommandations alimentaires reposent sur des groupes d'aliments classés selon leurs propriétés nutritionnelles, comme le Nutri-Score. Ce dernier est un système d'étiquetage simple qui aide le consommateur à connaître la qualité nutritionnelle d'un produit. Des chercheurs français ont créé ce système, et celui-ci se propage dans plusieurs pays européens. Il utilise un code couleur allant du vert au rouge et une échelle de lettres de A à E.

- A (vert foncé) : excellente qualité nutritionnelle
- B (vert clair) : bonne qualité nutritionnelle
- C (jaune) : qualité moyenne
- D (orange) : qualité médiocre
- E (rouge) : mauvaise qualité nutritionnelle

Cependant, cet outil ne renseigne ni sur le degré de transformation des aliments, ni sur la présence d'additifs (voir annexe 2, page 92).

La classification NOVA, élaborée par des chercheurs brésiliens, est aujourd'hui la plus utilisée par des organisations internationales comme l'OMS et la FAO (2019), et sert de base pour définir les aliments ultra-transformés (CERIN, 2021).

Classification NOVA

Proposée en 2009 par Carlos A. Monteiro, médecin et chercheur en nutrition à l'Université de São Paulo (Brésil), et par son équipe du Center for Epidemiological Studies in Health and Nutrition (NUPENS/USP), elle a ensuite été révisée et largement adoptée dans la recherche en nutrition et santé publique (Monteiro et al., 2010 ; 2019). Le nom « NOVA » qui signifie 'nouvelle' en latin, a été donné à la classification par le groupe de chercheurs brésiliens pour symboliser une nouvelle approche de la nutrition.

Cette classification distingue quatre groupes d'aliments selon l'ampleur et le but de leur transformation (FAO 2019 ; Vandevijvere et al., 2019) :

- Nova 1 : Aliments non transformés ou peu transformés

Ce sont les aliments naturels (exemples : parties comestibles des plantes, de la production d'origine animale, des champignons ou encore de l'eau), pouvant subir des procédés simples comme la cuisson, le séchage, la fermentation ou la congélation. Ces opérations permettent d'assurer leur conservation. Dans ce groupe, nous pouvons citer : fruits, légumes, céréales complètes, lait, yaourts nature, œufs ou noix.

- Nova 2 : Ingrédients culinaires transformés

Il s'agit d'aliments du premier groupe transformés par des procédés simples (pressage, raffinage, mouture) pour obtenir des produits comme l'huile, le beurre, le sucre ou le sel, utilisés pour assaisonner ou cuisiner, mais rarement consommés seuls.

- Nova 3 : Aliments transformés

Ces produits résultent de la combinaison d'aliments du groupe 1 et d'ingrédients du groupe 2 afin d'améliorer leur goût ou leur conservation. C'est le cas, par exemple, du pain traditionnel, du fromage, des fruits en conserve ou des légumes en bocal.

- Nova 4 : Aliments ultra-transformés (AUT)

Ce dernier groupe regroupe des processus industriels faits d'ingrédients que l'on ne retrouve pas dans les trois groupes : huiles hydrogénées, sirops de glucose-fructose, arômes, colorants, émulsifiants ou autres additifs. Les fabricants utilisent des procédés industriels (extrusion, moulage, pré-friture, etc.) nécessitant des équipements sophistiqués. Ces produits, conçus pour être pratiques, agréables au goût et rentables, s'éloignent fortement des aliments naturels et perdent une grande partie de leur valeur nutritionnelle. Exemples : charcuteries, plats préparés, céréales sucrées, pains industriels emballés ou yaourts aromatisés, etc.

La figure présentée en annexe 1 (page 91) montre les quatre groupes d'aliments définis par la classification NOVA.

Dans le rapport *La Décennie des Nations Unies pour la nutrition, la classification alimentaire NOVA et le problème de l'ultra-transformation*, Monteiro et son équipe plaident, comme le

propose la classification NOVA, pour que le niveau de transformation des aliments soit considéré comme un critère majeur de santé publique (Monteiro et al., 2017). Ils précisent que la qualité d'un aliment ne peut être appréciée uniquement au regard de sa composition nutritionnelle, comme le fait le Nutri-Score.

En effet, un produit peut présenter un bon profil nutritionnel (par exemple un Nutri-Score B) tout en demeurant néfaste pour la santé en raison de son mode de fabrication et de son niveau de transformation. C'est précisément pour répondre à cette limite que Monteiro et al. (2017) préconisent l'usage d'un outil comme la classification NOVA, qui tient compte des procédés industriels, des ingrédients modifiés et des additifs. Ainsi, un biscuit industriel peut être pauvre en sucre ou en matières grasses et enrichi en fibres ou en vitamines, tout en restant classé NOVA 4 en raison de la présence d'arômes artificiels, d'additifs ou de texturants caractéristiques des aliments ultra-transformés.

Il existe d'ailleurs une application qui s'appelle « **Open Food Facts** » qui, en plus d'indiquer le Nutri-Score d'un aliment, montre aussi son degré de transformation selon la classification NOVA. Cet outil gratuit permet d'obtenir des informations détaillées sur la composition, la qualité nutritionnelle et le niveau de transformation des produits alimentaires. Alimentée de manière collaborative par des citoyens, des chercheurs et diverses organisations, cette base de données ouverte offre une illustration concrète de la classification NOVA et constitue un outil accessible pour aider les consommateurs à identifier les AUT. (Voir tableau comparatif Nutri-Score et Classification Nova, annexe 3, page 93).

Cependant, plusieurs études soulignent que la définition des AUT proposée par la classification NOVA n'est pas aussi évidente. Certains chercheurs estiment que cette classification reste trop générale, car elle regroupe dans une même catégorie des produits très différents sans distinguer les types de procédés industriels ni la nature des additifs utilisés. Cette limite réduirait sa capacité à proposer un classement réellement précis et opérationnel des aliments (Féart et al., 2022 ; Sénat.fr, 2023). L'exemple des pois chiches illustre bien cette complexité : les pois chiches secs, simplement lavés et cuits, relèvent d'une transformation faible et sont classés dans le groupe 1. Les pois chiches en conserve, prêts à consommer, appartiennent au groupe 3 des aliments transformés. En revanche, l'houmous industriel, auquel est ajouté la gomme de guar, un stabilisant, est classé dans le groupe 4 des AUT. Il se retrouve ainsi dans la même catégorie que les boissons sucrées industrielles, les chips ou de nombreuses confiseries (Salge Blake, 2025).

Ainsi, la classification NOVA s'appuie principalement sur le degré de transformation, sans prendre en compte la qualité nutritionnelle globale des aliments, ce qui alimente certaines critiques à son égard.

I.1.2. Différences entre aliments transformés et ultra-transformés

Il est important de bien distinguer les aliments transformés des aliments ultra-transformés, car ils n'ont ni le même procédé de fabrication, ni les mêmes effets sur la santé.

Le Conseil européen de l'Information sur l'Alimentation (EUFIC) définit un aliment transformé comme : « *Toute action ou procédure qui modifie les aliments initiaux ou les matières premières utilisées pour produire des aliments (comme les produits de récolte, l'eau, etc.). Elle peut impliquer un ou plusieurs processus tels que le lavage, le hachage, la pasteurisation, la congélation, la fermentation, l'emballage, le chauffage, le broyage, l'extrusion ou encore l'ajout d'ingrédients pour prolonger la durée de conservation. La transformation peut également faire référence à la fabrication d'aliments comme le pain. Elle peut avoir lieu à la maison, hors du domicile ou à l'échelle industrielle* » (EUFIC, 2021).

Un aliment transformé est donc un aliment qui a été modifié lors de sa préparation ou de sa fabrication.

Dans ce sens, presque tous les aliments que nous consommons sont plus ou moins transformés, et ce pour plusieurs raisons : prolonger leur conservation (la surgélation ou la mise en conserve), améliorer leur sécurité sanitaire (par exemple la pasteurisation du lait), en modifier le goût (ajout de sel ou de sucre), ou encore faciliter leur transport et leur disponibilité tout au long de l'année.

La transformation des aliments n'est pas récente. Depuis des millénaires, nous avons développé des techniques pour préserver les denrées, telles que la cuisson, la fermentation ou le séchage, afin d'éviter leur détérioration et de les consommer plus tard.

La transformation joue donc un rôle important dans notre système alimentaire. Elle permet de nourrir une population nombreuse, de garantir la sécurité des aliments, de limiter le gaspillage et d'assurer une grande diversité de produits disponibles toute l'année. Tous les aliments transformés ne sont donc pas à éviter. Beaucoup peuvent s'intégrer facilement dans une

alimentation équilibrée, comme le pain complet, les légumes surgelés nature ou les yaourts pasteurisés.

Les aliments ultra-transformés forment une catégorie à part. Ils subissent un degré de transformation beaucoup plus poussé que celui des aliments classiques, par des procédés industriels qui créent un produit attrayant et pratique plutôt que de préserver un aliment d'origine. Ils se reconnaissent souvent à leur texture molle ou fondante, à leur saveur intense et à leur aspect uniforme, autant de caractéristiques issues d'un travail industriel visant à maximiser le plaisir sensoriel et à favoriser une consommation rapide. Ces aliments incluent les boissons sucrées, les biscuits et gâteaux industriels, les plats cuisinés prêts à réchauffer, les produits de grignotage salés ou encore certaines viandes reconstituées (Grosso, 2024).

L'objectif n'est donc pas seulement de conserver ou protéger un aliment, mais de créer un produit prêt à consommer, hautement appétissant et rentable, grâce à des ingrédients à faible coût, une longue durée de conservation et une présentation marketing attractive.

I.1.3. Enjeux de santé publique liés à la consommation d'AUT

Au niveau mondial, plusieurs études mettent en évidence les effets délétères d'une consommation excessive d'AUT. Une consommation élevée est associée à un risque accru de maladies cardio-métaboliques, d'altération de la santé mentale et de mortalité toutes causes confondues (Giménez-Fernández et al., 2023). Elle est également corrélée à une augmentation du risque global de cancer (Fiolet et al., 2018). Cela contribue à accroître le taux de maladies non transmissibles (MNT), qui ont déjà été responsables de 75 % des décès dans le monde en 2021 selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 2025).

Ce changement de mode d'alimentation, appelé la transition nutritionnelle, est d'abord apparu dans les pays à revenu élevé et s'étend aujourd'hui aux pays à revenu intermédiaire et faible (Popkin, 2009). Elle s'accompagne, dans de nombreuses régions du monde, d'un double fardeau nutritionnel, où coexistent la dénutrition et le surpoids, parfois même au sein d'une même famille ou d'une même personne. Selon le rapport conjoint de la FAO, de l'OMS, de l'UNICEF, du PAM et du FIDA (2019), cette situation est en grande partie liée à l'augmentation rapide de la consommation d'AUT.

Leur diffusion contribue ainsi à une uniformisation des habitudes alimentaires à l'échelle mondiale : on mange de plus en plus les mêmes produits, des mêmes marques, quels que soient les pays. Cette standardisation se fait souvent au détriment des traditions culinaires locales, effaçant peu à peu la richesse et la diversité des cultures alimentaires (Monteiro et al., 2019 ; Moodie et al., 2013).

Au niveau européen, les AUT représentent environ 14 à 44 % de l'apport énergétique total, selon les données recueillies dans 22 pays européens (Mertens et al., 2022). La forte consommation de ces produits, souvent moins coûteux, plus accessibles et riches en calories, contribue à la progression de l'obésité. Elle favorise également les inégalités sociales de santé, car les populations socio-économiquement défavorisées sont plus exposées au risque de MNT liés à l'alimentation.

En Belgique, les risques liés au régime alimentaire constituent le deuxième facteur de risque de mortalité, après le tabagisme et avant la consommation d'alcool (OCDE, 2023). Or, on reconnaît de plus en plus que la hausse actuelle de l'obésité et des maladies chroniques est en grande partie liée à la consommation croissante de plats préparés, en particulier les aliments déjà transformés (Monteiro, 2009 ; Vandevijvere et al., 2019).

Selon les études menées en 2004 et en 2014 par Sciensano (2019), la population belge consomme trop de viandes rouges et transformées, ainsi que trop de boissons sucrées, tandis que la consommation de fruits, légumes, lait, œufs, poissons, noix et graines reste insuffisante. Seuls 14 % des Belges atteignent la recommandation de l'OMS de consommer au moins 400 g de fruits et légumes par jour, et plus de 90 % dépassent la limite tolérée de consommation de boissons sucrées. Les jeunes, en particulier les adolescents, sont les plus touchés.

Cette tendance se confirme à travers les données présentées dans la figure 1, ci-dessous, qui illustre l'évolution de la consommation alimentaire au sein de la population belge sur la période 2022-2023. Elle révèle que des écarts significatifs persistent par rapport aux recommandations nutritionnelles. En effet, une très grande proportion d'individus ne consomme pas en quantité suffisante certains aliments recommandés : 93 % des adultes sont en dessous des recommandations pour les légumes, 90 % pour les fruits et 77 % pour les poissons, crustacés et coquillages. Les écarts sont également marqués pour les produits à base de céréales complètes (99 % sous les recommandations), les fruits à coque (97 %) ou encore le lait et les produits

laitiers (88 %). À l'inverse, de nombreuses personnes dépassent les apports conseillés pour certains produits à limiter : 82 % des adultes consomment des boissons alcoolisées au-delà des recommandations et 91 % dépassent les quantités recommandées de viande rouge transformée. Concernant la viande rouge non transformée, 46 % de la population excède également les seuils conseillés. Ce constat appelle à renforcer les actions de sensibilisation en santé publique.

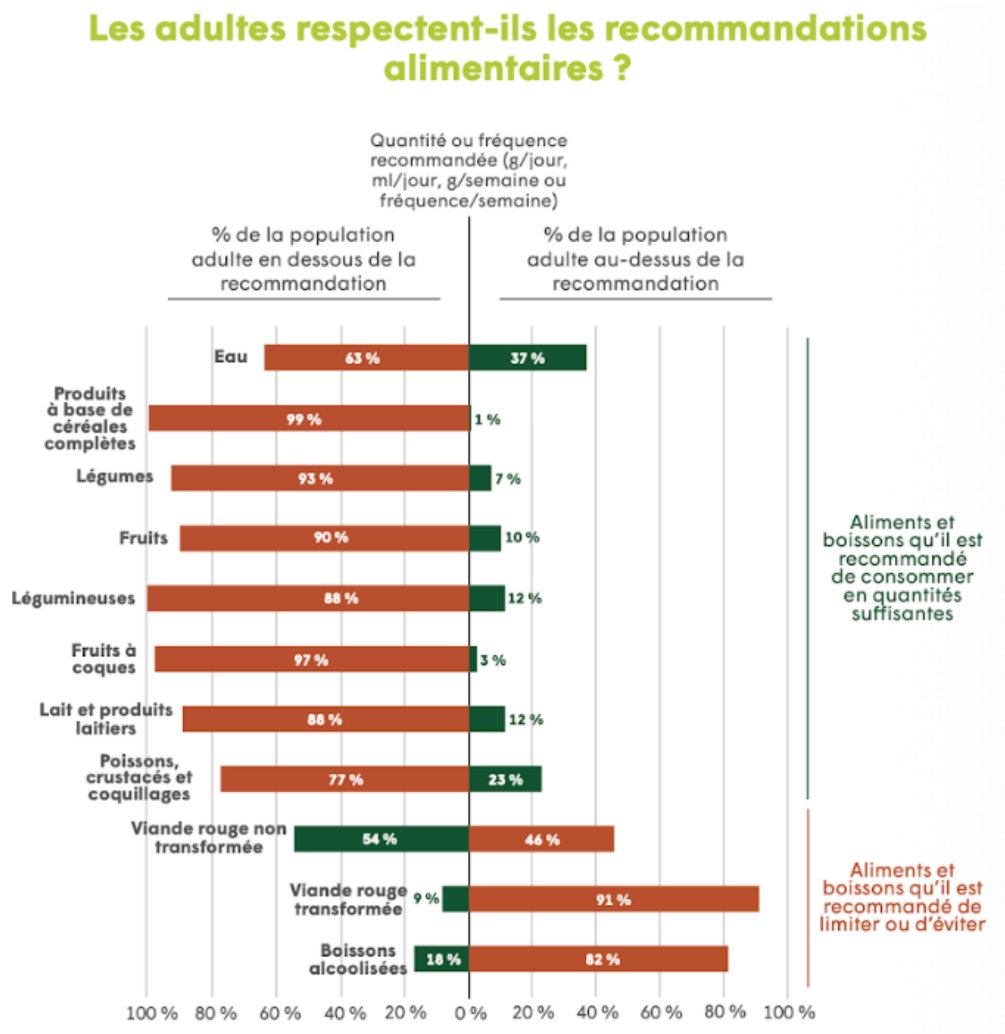


Figure 1 : ENQUÊTE DE CONSOMMATION ALIMENTAIRE 2022-2023 (Sciensano 2025 – page 20)

En conclusion, les habitudes alimentaires résultent de l'influence de multiples facteurs, notamment socio-économiques, culturels et environnementaux, un aspect important que nous allons approfondir dans le chapitre suivant.

I.2. Déterminants sociaux, culturels et environnementaux et enjeux de justice alimentaire

Avant d'aborder en détail les différents facteurs qui influencent notre consommation d'AUT, il est essentiel de rappeler que nos choix alimentaires ne sont jamais totalement "libres".

Comme le souligne Jean-Pierre Poulain, professeur de sociologie à l'Université de Toulouse, membre du CERTOP-CNRS et spécialiste des relations entre alimentation, cultures et santé, les comportements alimentaires sont influencés par des déterminants sociaux, culturels, et économiques (UNMI, 2026).

Comprendre ces influences permet de voir que nos décisions alimentaires ne reposent pas uniquement sur des préférences ou des envies personnelles, mais qu'elles sont aussi le reflet de notre environnement et de notre vie sociale.

I. 2.1. Facteurs sociaux et culturels influençant la consommation d'AUT

La littérature met en évidence différents déterminants sociaux qui influencent la consommation d'aliments ultra-transformés :

1) Le statut socio-économique du ménage

Les ressources financières constituent un déterminant majeur de la consommation d'AUT. Leur faible coût, leur aspect pratique et leur valeur énergétique élevée en font des produits particulièrement attractifs pour les ménages aux revenus modestes. Ces aliments représentent une solution simple, rapide et rassasiante, surtout dans le contexte actuel où le budget alimentaire pèse déjà lourd dans les dépenses quotidiennes (Lebredonchel et al., 2022).

D'après une étude belge, le prix moyen pour 100 kcal d'aliments ultra-transformés était significativement plus bas (0,55 €) que celui des aliments peu transformés (1,29 €) (Vandevijvere et al., 2020). Ainsi, manger des AUT coûte beaucoup moins cher, alors qu'un panier composé de produits frais, comme les fruits, les légumes ou le poisson, revient souvent bien plus cher. Pour beaucoup, le choix se fait donc par nécessité plutôt que par préférence.

Derrière cette différence de prix se cache une inégalité plus profonde : celle de l'accès à une alimentation équilibrée. Quand les produits sains deviennent un luxe, les aliments industriels

apparaissent comme une alternative accessible, même s'ils sont de moins bonne qualité nutritionnelle.

Plusieurs études montrent que le statut socio-économique (SEP) influence directement les comportements alimentaires. Par exemple, Giskes et al. (2010) ont mis en évidence que les inégalités socio-économiques en Europe affectent la consommation d'aliments associés à la prise de poids. Les groupes à haut SEP consomment davantage d'aliments peu ou pas transformés.

De manière complémentaire, Darmon et Drewnowski (2008), dans leurs travaux menés aux États-Unis sur la relation entre statut socio-économique et qualité de l'alimentation, ont montré que les régimes alimentaires les plus sains, riches en grains entiers, viandes maigres, poisson, produits laitiers faibles en gras, légumes et fruits frais, étaient associés aux groupes socio-économiques plus élevés. À l'inverse, la consommation de viandes grasses, de céréales raffinées et de graisses ajoutées était davantage observée chez les groupes défavorisés.

Ces résultats rejoignent également ceux menés au niveau européen par Mertens et al. (2022), selon lesquels les groupes à faible SEP consomment moins de fruits et légumes et davantage d'aliments riches en graisses, ce qui laisse supposer, par extrapolation, une proportion plus élevée d'aliments ultra-transformés dans leur alimentation. Ces différences contribuent à la persistance des inégalités socio-économiques en matière d'obésité et de santé à l'échelle européenne. (Mertens et al., 2022)

En Belgique, le *Health Status Report* de Sciensano (2019) met, également, en évidence ces inégalités sociales de santé. Les habitudes alimentaires suivent la même tendance : les ménages à revenu plus bas ou à niveau d'éducation plus faible présentent une consommation moindre de fruits et légumes, mais une consommation plus élevée de produits sucrés (Sciensano, 2019).

Les milieux socio-économiquement défavorisés semblent donc plus exposés à une alimentation de moindre qualité, où les AUT occupent une place plus importante.

Ces disparités se retrouvent également à Bruxelles, où les écarts socio-économiques entre communes demeurent particulièrement marqués. En 2023, le revenu annuel médian atteint environ 30163 € à Uccle, contre 21289 € à Molenbeek-Saint-Jean, soit l'un des niveaux les plus faibles du pays après Saint-Josse-ten-Noode. Par ailleurs, l'étude de Statbel (2025) montre un taux de risque de pauvreté plus élevé à Molenbeek-Saint-Jean (31,3 %) qu'à Uccle (13,6 %).

Ces différents constats illustrent le poids des déterminants socio-économiques dans les comportements alimentaires et de santé.

2) Le niveau d'éducation

Le niveau d'éducation influence, également, nos habitudes alimentaires. Selon le *Health Report Belgium 2019* (Sciensano), lorsque le niveau d'instruction est plus élevé, les habitudes alimentaires tendent à être plus équilibrées. Les personnes mieux éduquées consomment davantage d'aliments peu ou pas transformés que d'AUT.

À l'inverse, les individus ayant un niveau d'éducation plus faible adoptent plus souvent une alimentation de moindre qualité et ont tendance à consommer davantage d'aliments ultra-transformés.

Plusieurs facteurs peuvent expliquer cette tendance. D'une part, une connaissance nutritionnelle plus limitée rend plus difficile la compréhension des informations présentes sur les étiquettes alimentaires ou la capacité à distinguer les produits sains des produits moins bons pour la santé. D'autre part, le manque de repères et d'habitudes alimentaires favorables depuis l'enfance peut renforcer cette orientation vers des produits pratiques, rapides et accessibles, mais moins nutritifs.

Le niveau d'éducation ne se limite pas à une simple question de savoir lire ou écrire ; il influence profondément la manière dont on choisit, prépare et consomme les aliments, et participe directement aux inégalités alimentaires observées dans notre société, en lien avec la capacité à comprendre et utiliser l'information nutritionnelle de manière éclairée (Sciensano, 2018).

3) L'âge

D'autres études montrent que les enfants et les adolescents, sont de plus grands consommateurs d'AUT. En 2021, une étude, basée sur la cohorte INCA3 (*Étude Individuelle Nationale des Consommations Alimentaires 3*) portant sur les habitudes alimentaires des Français, a montré que 30 à 35 % de leur apport énergétique provenait d'AUT, avec une proportion particulièrement élevée chez les jeunes et les personnes appartenant aux catégories socio-économiques les plus défavorisées (ASEF, 2024).

En Belgique, le rapport Sciensano (2019) indique que les AUT représentent 30 % des apports énergétiques, avec une proportion encore plus élevée chez les enfants de 3 à 9 ans (33 %). Le même rapport souligne également que 14 % des adolescents présentent un excès de poids (surpoids ou obésité), une situation plus fréquente chez les garçons, dans la partie francophone du pays et au sein des familles à faible revenu (Castetbon, 2024 ; Sciensano, 2019).

Les jeunes (enfants, adolescents et jeunes adultes) sont donc les premiers publics ciblés par le marketing, particulièrement sensibles à l'offre abondante de snacks, sodas et plats préparés présents dans leur environnement quotidien.

4) L'environnement local

L'environnement dans lequel nous vivons influence fortement nos comportements alimentaires. Dans certains quartiers défavorisés, l'accès à une alimentation saine reste limité : l'offre locale se compose surtout de fast-foods, snacks ou commerces à bas prix, tandis que les commerces, proposant des produits frais fruits, légumes ou aliments peu transformés, sont nettement moins présents. Cette moindre disponibilité de produits sains, combinée à un coût souvent plus élevé, restreint les choix possibles pour les habitants. Par ailleurs, les populations à SEP faible sont davantage exposées à une alimentation de moindre qualité : l'environnement alimentaire local facilite l'accès à des produits riches en sucres, graisses ou sel, alors que l'accès physique et financier à des aliments sains est plus difficile, ce qui crée des inégalités entre les quartiers (BRUSANO, 2025).

Ces observations sont également soulignées dans le rapport de Sciensano (2024), qui met en évidence l'impact de l'environnement local, notamment l'offre commerciale alimentaire, sur la qualité de l'alimentation, contribuant ainsi aux inégalités de santé. Par ailleurs, ces résultats concordent avec ceux de Barbosa et al. (2023), lesquels démontrent que l'environnement alimentaire, en particulier la proximité et la disponibilité des points de vente proposant des AUT, influence leur niveau de consommation.

5) Le rythme de vie

Le manque de temps, les horaires décalés, la fatigue ou la charge familiale poussent souvent les consommateurs à chercher des solutions rapides pour manger. Dans ce contexte, les AUT deviennent une option toute trouvée : ils sont prêts à consommer, faciles à stocker et demandent très peu de préparation. Une étude menée en Norvège par Djupegot et al. (2017) montre que les

parents disposant de peu de temps ont tendance à se tourner davantage vers ce type de produits, justement parce qu'ils sont pratiques et rapides. Ces AUT peuvent donc s'adapter facilement au rythme de notre quotidien.

Ces constats rejoignent également les travaux de Barbosa et al. (2023), qui mettent en évidence l'influence de l'environnement alimentaire sur la consommation d'AUT. Plus précisément, la proximité et la disponibilité des commerces proposant ces produits favorisent leur recours, notamment dans des contextes marqués par un mode de vie chargé. Bien que cette étude ait été menée au Brésil, elle met en évidence des mécanismes transposables au contexte européen et belge.

6) Le marketing et la publicité

L'environnement alimentaire du consommateur, incluant l'accessibilité, la disponibilité, le prix et le marketing, constitue un déterminant majeur des habitudes alimentaires (Sciensano, 2024).

Depuis de nombreuses années, les grandes marques consacrent des budgets considérables à leur publicité, en visant tout particulièrement les jeunes. Une étude de Sciensano menée en Flandre, en 2024, montre que dans les rues autour des écoles et des universités, un tiers des publicités alimentaires met en avant des AUT et un tiers pour la promotion de l'alcool. Autour des arrêts de bus, cette proportion peut même grimper à 80 % ou plus. Cela montre à quel point nous sommes constamment entourés de messages qui nous poussent à consommer, presque sans que nous y prêtions attention, et qui finissent par normaliser certains comportements alimentaires au détriment de notre santé (Sciensano, 2024).

La publicité n'est donc pas neutre : elle influence nos choix alimentaires au quotidien, souvent de manière invisible. Des recherches menées à l'Université de Yale indiquent que jusqu'à 26 % des changements dans nos comportements alimentaires peuvent être liés à l'exposition à la publicité. Ces messages déclenchent des réflexes automatiques, nous donnant envie de manger même sans avoir faim, et nous orientent souvent vers des produits riches en sucre, en sel ou en graisses (Harris et al., 2016).

Cette influence dépasse désormais les panneaux publicitaires et les vitrines : elle s'invite dans notre quotidien numérique. De grandes industries mondiales de l'alimentation ultra-transformée, comme Burger King, KFC ou McDonald's, utilisent Spotify pour promouvoir leurs produits. Les publicités, diffusées surtout via des formats audio et display, ciblent

principalement les utilisateurs de la version gratuite de Spotify, où la publicité est omniprésente, bien que certains formats puissent aussi toucher les abonnés Premium. À l'échelle mondiale, 678 millions d'utilisateurs actifs mensuels étaient recensés en 2025, dont seulement environ 40 % possèdent un abonnement Premium (Spotify, 2025). Ainsi, près de 60 % des utilisateurs restent exposés aux contenus publicitaires diffusés sur la plateforme.

En Belgique, 30,5 % de la population utilise un service de streaming audio (Spotify, YouTube Music, Deezer, etc.), dont 25,9 % principalement Spotify. Par ailleurs, 80,8 % de l'ensemble des utilisateurs de streaming audio n'ont pas d'abonnement payant et utilisent donc la version gratuite financée par la publicité. Cela montre que les publicités diffusées sur Spotify touchent un public large et diversifié, incluant des personnes économiquement plus vulnérables, souvent plus exposées aux AUT (Retriever Media Belgique, 2024).

7) Les facteurs culturels

Des facteurs culturels ont également été mis en évidence dans la littérature. Ils exercent une influence importante sur la consommation d'aliments ultra-transformés, souvent associés à des valeurs de plaisir, de modernité ou encore de convivialité. Ces représentations renforcent leur attractivité et contribuent à normaliser leur présence dans le quotidien des consommateurs, malgré leur faible qualité nutritionnelle (Monteiro et al., 2019). Parmi ces facteurs, nous pouvons citer :

La tradition culinaire

Les habitudes alimentaires et la tradition culinaire jouent un rôle central : les pays comme l'Italie et la Roumanie, attachés à leur cuisine traditionnelle, affichent une part beaucoup plus faible d'AUT dans leur alimentation (14%) par rapport à des pays comme le Royaume-Uni ou la Suède (44%). (Euronews, 2025).

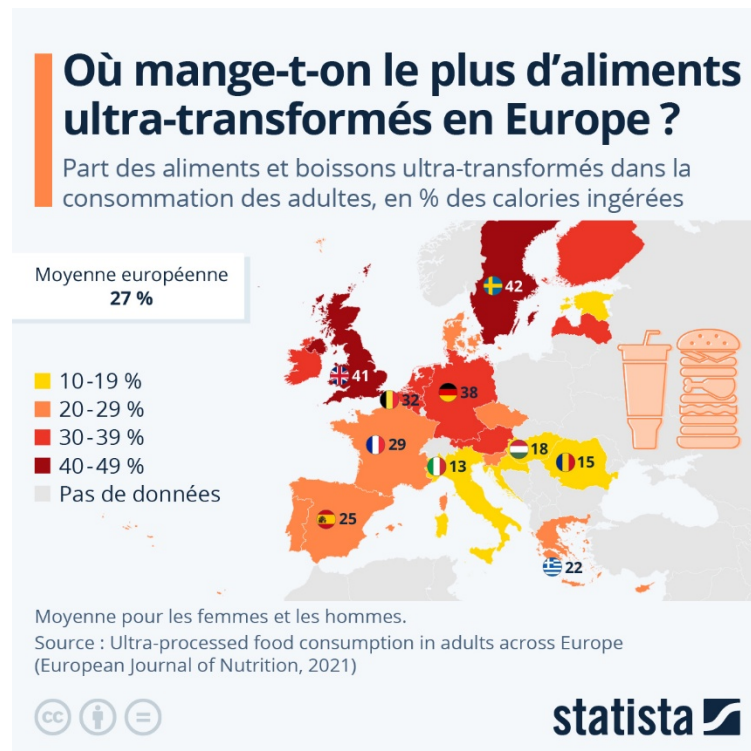


Figure 2 : Part des AUT dans la consommation des adultes en Europe (European Journal of Nutrition 2021)

Selon l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO) (2001), les habitudes alimentaires sont fortement influencées par des facteurs socioculturels tels que le statut social, le niveau d'éducation, le sexe, l'âge, mais aussi les croyances ou encore les traditions. Le choix des aliments ne dépend pas seulement de leur disponibilité ou de leur coût, mais aussi de valeurs symboliques liées à ce qui est considéré comme 'bon', 'approprié' ou 'prestigieux' dans une culture donnée. Les normes et tabous alimentaires (aliments interdits, périodes de jeûne, rituels) jouent également un rôle majeur dans la nutrition des certaines populations.

La modernisation des modes de vie

L'urbanisation et la modernisation des modes de vie influencent aussi la consommation les produits faciles, rapides à consommer et peu coûteux, renforçant la préférence pour les produits prêts-à-manger, souvent ultra transformés. En effet, le FAO indique explicitement dans son rapport sur la sécurité alimentaire mondiale que : « *L'urbanisation contribue à transformer les systèmes agroalimentaires en remodelant les schémas spatiaux de la demande alimentaire et en influant sur les préférences des consommateurs (...). L'urbanisation va de pair avec l'évolution des modes de vie et des profils d'emploi (...), ce qui augmente la*

demande d'aliments prêts à consommer, cuisinés ou issus de la restauration rapide » (FAO, 2023).

Les normes sociales et familiales

Les choix alimentaires sont influencés par les normes et valeurs du groupe social auquel les individus appartiennent, comme le précisent Lebreton et al. (2022) : « *On mange et consomme ce qui est conforme aux normes et aux valeurs correspondant à notre groupe d'appartenance et à notre culture.* »

Les préférences alimentaires tendent également à correspondre aux pratiques culturellement admises. Par exemple, le goût joue un rôle central dans la consommation massive d'AUT. Ces produits sont conçus pour être attrayants, en mélangeant du sucre, du sel, des graisses et des arômes qui stimulent les sens et donnent un plaisir immédiat. Le goût intense active les circuits de récompense du cerveau, ce qui pousse à manger encore et encore, parfois jusqu'à un comportement proche de la dépendance alimentaire (Schulte et al., 2015).

Mais le goût ne se limite pas à une simple préférence individuelle ; il est aussi façonné par notre environnement social. Dès l'enfance, nos choix alimentaires se construisent selon ce qui se consomme à la maison, ce qui est valorisé dans notre entourage, ou encore ce que la publicité présente comme savoureux. Dans des contextes où les produits industriels sont omniprésents et facilement accessibles, les saveurs sucrées, salées et grasses deviennent la norme. Le goût reflète donc les conditions économiques et sociales de notre milieu de vie et façonne nos comportements alimentaires. Comme le souligne Højlund (2015), le goût est avant tout une activité sociale, qui traduit nos expériences, nos appartenances et nos environnements.

Le goût a aussi une dimension culturelle. Chaque société valorise certaines saveurs, aliments ou modes de préparation. Les habitudes alimentaires se transmettent à travers la famille, l'école ou les rituels et deviennent un moyen de préserver son identité et ses liens avec les origines. Cependant, la mondialisation modifie progressivement ces repères. Les aliments industriels, avec leurs goûts simples et standardisés, se diffusent partout et remplacent souvent les saveurs traditionnelles. Ce processus contribue à une uniformisation des régimes alimentaires et à une perte de diversité culinaire, comme le montrent Monteiro et al. (2019) et Moodie et al. (2013).

Comprendre ces différents facteurs sociaux et culturels est crucial pour penser des politiques publiques qui favorisent un accès équitable à une alimentation saine pour tous.

I. 2.2. Notion de justice alimentaire

La justice alimentaire renvoie à une vision globale et équitable du système alimentaire : elle ne se soucie pas seulement de ce que chacun mange, mais de toutes les conditions qui rendent réellement possible l'accès à une alimentation saine, la façon dont les aliments sont produits, distribués, vendus, leur prix, et tout ce que l'environnement de vie et les politiques publiques peuvent influencer. (Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé (CCNDS, 2025).

Elle repose sur l'idée que chacun devrait pouvoir accéder à une alimentation saine, durable et respectueuse des régimes, des pratiques et des préférences alimentaires de chacun, quels que soient ses revenus, son environnement ou son origine sociale (Murray et al., 2023).

Pour atteindre cet objectif, elle invite à repenser nos systèmes alimentaires en levant les :

- Barrières économiques, comme le prix plus élevé des produits frais par rapport aux AUT ;
- Barrières territoriales, comme le manque de commerces de proximité proposant des aliments pas ou peu transformés dans certains quartiers défavorisés ;
- Barrières sociales, comme la méconnaissance des repères nutritionnels ou l'influence du marketing ciblant davantage les publics vulnérables.

Dans la réalité, ce but reste encore difficile à atteindre. En effet, les inégalités de revenus et territoriales font que de nombreuses familles, surtout les plus modestes, se tournent vers des aliments ultra-transformés, plus accessibles financièrement mais de moindre qualité nutritionnelle. À l'inverse, les produits frais, locaux ou biologiques restent plus présents dans les quartiers dits 'aisés', ce qui entretient un écart d'accès à une alimentation saine et équilibrée (Sciensano, 2024 ; FAO & OMS, 2019).

Promouvoir la justice alimentaire, c'est, avant tout, agir concrètement sur les déterminants sociaux qui influencent nos choix : le revenu, l'éducation, l'environnement de vie, le temps disponible ou encore la pression marketing et des publicités. C'est aussi reconnaître que manger

sainement n'est pas seulement une question de volonté individuelle, mais dépend largement des conditions de vie et des réalités sociales des consommateurs.

I. 2.3. Environnement obésogène en milieu urbain

Avant d'aborder plus spécifiquement la commune de Molenbeek-Saint-Jean, il faut comprendre ce que l'on entend par 'environnement obésogène'. C'est un milieu dans lequel les conditions physiques, économiques, sociales et culturelles favorisent la prise de poids et limitent l'activité physique (Swinburn et al., 2011). Concrètement, cela se traduit par des quartiers où les fast-foods sont omniprésents, où les espaces verts manquent, où l'insécurité est ressentie et où l'accès aux infrastructures sportives est limité. Ces facteurs influencent directement nos comportements : moins de consommation de fruits et légumes, plus de boissons sucrées, et une activité physique réduite. Swinburn et al. (2011) qualifient cette dynamique de « *surconsommation passive d'énergie* », c'est-à-dire une situation dans laquelle l'individu absorbe davantage de calories qu'il n'en dépense, sans en avoir pleinement conscience et sans que cela résulte d'un choix intentionnel.

Bien évidemment, l'environnement n'est pas le seul déterminant de l'obésité. La génétique peut jouer un rôle, mais chez un nombre limité de personnes. Selon Baron et al. (2020) et l'Association belge pour l'étude de l'obésité (BASO) (2020), environ 5 % des personnes atteintes d'obésité présentent une prédisposition génétique qui affecte la régulation de l'appétit et la consommation alimentaire. Autrement dit, la majorité des cas résulte d'un mélange entre choix individuels et conditions environnementales.

Plusieurs études européennes montrent que l'obésité n'est pas répartie uniformément : elle touche davantage les populations socialement défavorisées. Par exemple, des recherches ont montré que dans plusieurs pays européens (Belgique, France, Hongrie, Pays-Bas, etc.), les habitants des quartiers défavorisés qui consommaient moins d'aliments peu ou pas transformés et davantage d'AUT avaient un IMC plus élevé (Lakerveld et al., 2015).

Une étude menée à Oslo, en Norvège, illustre bien ce point : les quartiers défavorisés comptaient plus de fast-foods, de supermarchés et de commerces de proximité, créant un environnement qui favorise l'obésité (Huse et al., 2023). On voit donc que le lien entre précarité et obésité est observable dans plusieurs villes européennes.

À **Bruxelles**, les inégalités sociales sont particulièrement prononcées. L'Observatoire de la Santé et du Social (OSS) évoque des disparités « plus marquées que jamais », ainsi qu'une fracture persistante entre l'est et l'ouest de la Région (OSS/Vivalis, 2024). Le « croissant pauvre », représenté dans la figure 3 ci-dessous et traversant notamment Molenbeek-Saint-Jean, Saint-Josse, Anderlecht et Forest, concentre les populations les plus vulnérables, caractérisées par des revenus plus faibles et une exposition accrue aux maladies chroniques. À l'inverse, le sud-est de Bruxelles (Uccle, Woluwe-Saint-Pierre, Woluwe-Saint-Lambert) regroupe les quartiers aux niveaux socio-économiques les plus élevés. Cette répartition territoriale met en évidence l'influence déterminante du lieu de résidence sur la santé et les comportements liés au poids (OSS/Vivalis, 2023).

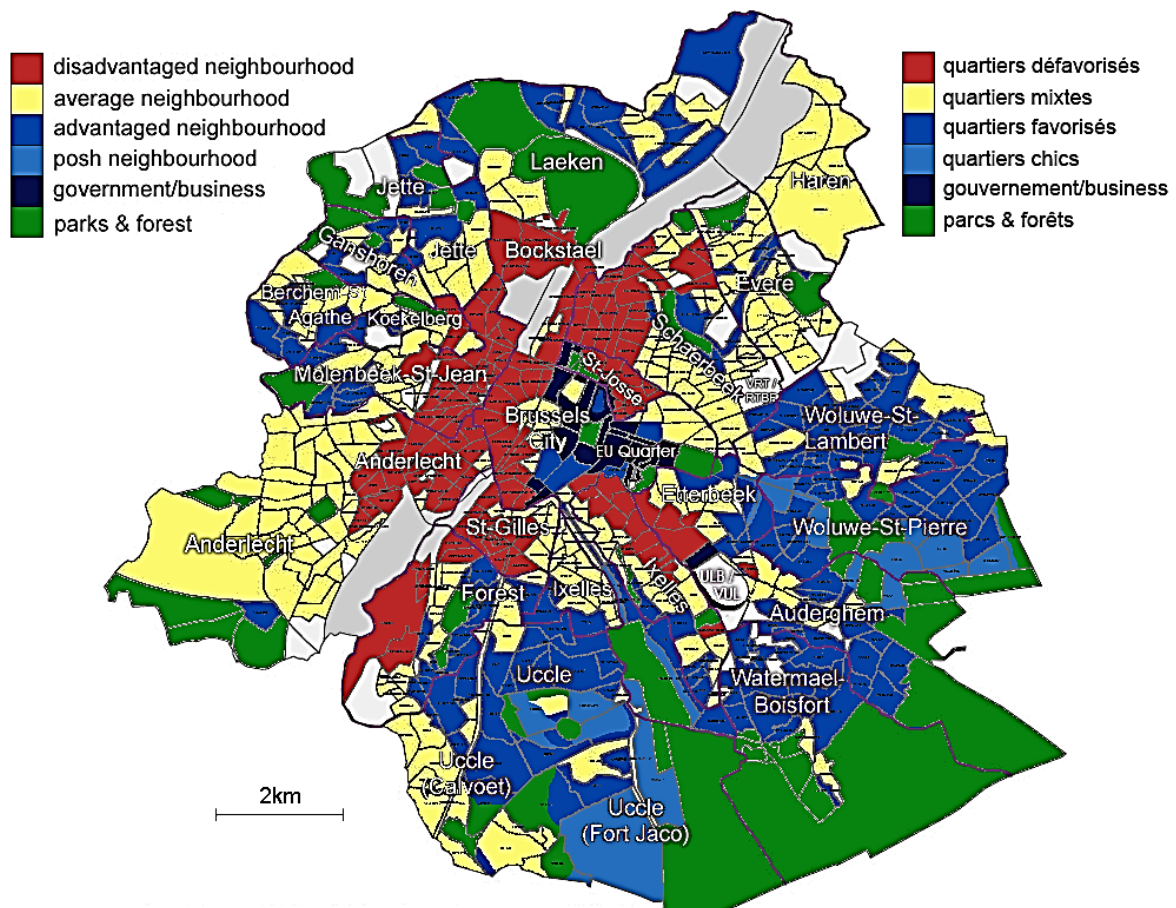


Figure 3: Carte des disparités de richesse entre les quartiers de Bruxelles (Eupedia)

II. CADRE PRATIQUE

II.1. CONTEXTE

II. 1.1. Politiques nutritionnelles en Europe et en Belgique

Depuis le début des années 2000, les organisations internationales ont peu à peu reconnu l'importance des habitudes alimentaires sur la santé publique. La stratégie de l'OMS (2004) sur l'alimentation, l'activité physique et la santé, adoptée en 2004, a marqué un tournant. Elle invite les pays à agir pour réduire la consommation d'aliments trop riches en graisses, en sucres et en sel, à encourager la production d'aliments plus sains et à promouvoir l'activité physique. L'objectif est de prévenir l'obésité et les maladies chroniques comme le diabète ou les maladies cardiovasculaires, tout en améliorant le bien-être général des populations.

Quelques années plus tard, La FAO et l'OMS (2019) ont publié un rapport intitulé *Sustainable healthy diets: Guiding principles*, qui définit les grands principes d'une alimentation à la fois saine pour l'être humain et durable pour la planète. Ce document recommande de privilégier les aliments d'origine végétale, de limiter la consommation de produits ultra-transformés et de réduire le gaspillage alimentaire.

En Europe, cette démarche s'est concrétisée avec le Plan d'Action Européen pour l'Alimentation et la Nutrition 2015-2020 de l'OMS (OMS, 2015). Ce plan encourage les pays à rendre l'alimentation plus saine et plus accessible à tous. Il met l'accent sur la réduction du marketing alimentaire destiné aux enfants, l'amélioration de la qualité nutritionnelle des repas servis dans les écoles ou les hôpitaux, et la collaboration entre différents secteurs comme la santé, l'éducation et l'agriculture.

Dans le même esprit, la Commission européenne a lancé en 2020 la stratégie « De la ferme à la table » (Farm to Fork), dans le cadre du Pacte vert européen (Commission européenne, 2020). Cette stratégie vise à rendre le système alimentaire européen plus durable, plus transparent et plus respectueux de la santé et de l'environnement. Elle encourage une agriculture moins polluante, la réduction du gaspillage alimentaire et la mise en place d'un étiquetage nutritionnel clair et harmonisé à l'échelle européenne. Cette approche s'inscrit dans la continuité des mesures déjà mises en place dans plusieurs pays, notamment le Nutri-Score, introduit en

Belgique dès 2018 sur une base volontaire afin d'aider les consommateurs à opérer des choix alimentaires plus sains. (Vandevijvere, 2020)

Par ailleurs, d'autres États européens ont également adopté le Nutri-Score, comme la France, l'Allemagne, l'Espagne et la Suisse (Santé Publique France, 2022 ; Castle Group, 2020). Certaines juridictions ont également recours à d'autres types d'interventions, telles que la taxation des produits sucrés, déjà appliquée en France et en Hongrie (Arxiv, 2021).

En Belgique, les boissons sucrées faisaient déjà l'objet d'une taxation avant 2015, notamment via des accises. Dans le cadre du tax shift, cette fiscalité a été renforcée afin de diminuer la pression sur le travail et de la compenser par des taxes sur la consommation, tout en générant des recettes pour l'État. Souvent qualifiée de « taxe santé », cette mesure demeure principalement au niveau fiscal, bien qu'elle soit également présentée comme un levier pour réduire la consommation de sucre et les pathologies associées, telles que l'obésité et le diabète (Banque Nationale de Belgique, 2016).

Par ailleurs, à l'échelle internationale, ce type de taxation est reconnu comme un outil de santé publique efficace. L'OMS souligne, en effet, que la fiscalité peut constituer une politique rentable pour améliorer la santé, en réduisant la consommation de boissons sucrées et les risques de maladies associées (OMS, 2022).

En Belgique, cette taxe s'élevait à 0,037 € par litre au 1er janvier 2015, avant d'être portée à 0,068 € en 2016, puis à 0,119 € à partir de 2018 (SPF Finance, 2026). L'objectif est d'augmenter le prix des sodas afin d'en décourager la consommation. Toutefois, certains spécialistes estiment que son impact sur les comportements alimentaires reste limité. Selon Loes Neven, experte en santé publique et en nutrition pour Eurostat et le Vlaams Instituut Gezond Leven, cette mesure s'apparente davantage à une hausse des accises qu'à une véritable politique de santé publique (Walker L., 2021).

Les données d'Eurostat indiquent par ailleurs que la consommation de boissons sucrées demeure élevée en Belgique, environ 20 % de la population déclarant en consommer quotidiennement (Eurostat, 2021). De son côté, l'association des consommateurs Test-Achats estime que ces accises génèrent près de 175 millions d'euros par an pour l'État, sans entraîner de diminution significative de la consommation. Elle souligne ainsi que la fiscalité seule ne

suffit pas à lutter contre l'obésité et qu'une approche plus globale est nécessaire (Test-Achats, 2019).

D'autres mesures fiscales ont également été envisagées récemment. Une réforme prévoyait notamment de réduire la TVA sur les boissons dans les restaurants et cafés de 21 % à 12 %, avec une entrée en vigueur envisagée au plus tôt le 1er mars 2026. Toutefois, cette disposition a été reportée à la suite d'un avis critique du Conseil d'État (Fédération Horeca Wallonie, 2026). Ce report peut être considéré comme cohérent avec certains objectifs de santé publique, dans la mesure où une baisse de la TVA sur certaines boissons, notamment alcoolisées ou sucrées, aurait pu favoriser leur consommation. Cette interprétation doit toutefois être nuancée, car la mesure concernait également des boissons ne présentant pas de risque particulier pour la santé, telles que l'eau.

Le rapport de Sciensano (2020) consacré au suivi de la consommation alimentaire et de l'état nutritionnel de la population belge insiste par ailleurs sur la nécessité d'accorder une attention particulière aux groupes vulnérables, dont les choix alimentaires sont souvent contraints par des facteurs économiques et sociaux.

Malgré ces initiatives, la mise en place de politiques nutritionnelles se heurte à l'influence forte des industries agroalimentaires. Lauber et coll. (2021) soulignent que les industries agroalimentaires utilisent plusieurs stratégies pour influencer les décisions publiques. Ils participent au processus d'élaboration des politiques, créent des coalitions et diffusent des informations orientées. Ils emploient ces stratégies pour ralentir, réduire ou orienter les mesures de prévention des maladies non transmissibles liées à l'alimentation.

De plus, les grandes entreprises du secteur agroalimentaire, appelées « Big Food », utilisent la recherche scientifique pour protéger leurs intérêts. En finançant des études qui valorisent leurs produits, les grandes entreprises du secteur agroalimentaire créent de la confusion sur les liens entre alimentation industrielle et obésité. Cette stratégie tend à déplacer la responsabilité vers les individus, au détriment des déterminants structurels tels que les inégalités sociales ou les environnements alimentaires (Stuckler & Nestle, 2012 ; Friel et al., 2021).

À Bruxelles, les orientations européennes s'appliquent à travers le Plan de promotion de la santé 2023-2027, qui est coordonné par la Commission communautaire française (COCOF). Ce plan

visé à améliorer la santé de la population et à réduire les inégalités en agissant sur les déterminants de la santé (COCOF, 2023).

Dans ce contexte, le Nutri-Score constitue un outil complémentaire permettant aux consommateurs de comparer plus facilement les produits alimentaires, tout en incitant les industriels à reformuler leurs recettes afin d'en améliorer la qualité nutritionnelle (Vandevijvere et al., 2020). Il encourage également les autorités à envisager des mesures telles que la limitation de la publicité pour les AUT dans l'espace public.

Enfin, face à ces enjeux, les autorités belges, avec le soutien de Sciensano, encouragent la mise en place de politiques nutritionnelles aux niveaux local, national et international, visant à améliorer la qualité de l'alimentation et à garantir un accès équitable à une alimentation saine pour l'ensemble de la population (Sciensano, 2020).

II.1.2. Dispositifs locaux de santé et initiatives citoyennes

À Bruxelles, plusieurs initiatives locales essaient de proposer des alternatives aux AUT et de rendre l'alimentation plus saine et plus accessible. Ces projets sont souvent portés par des associations ou des citoyens et montrent qu'il est possible d'agir concrètement, même à petite échelle, pour améliorer nos habitudes alimentaires et créer du lien social.

Par exemple, le Happy Hours Market, à Ixelles, récupère les invendus des magasins et les revend à prix très bas ou les donne à des associations. Cela permet de limiter le gaspillage et d'offrir à des personnes en difficulté un accès à des produits de meilleure qualité que ceux qu'on trouve à très bas prix dans les supermarchés (Happy Hours Market, s. d.).

Par ailleurs, Damhuis, Serré et Rosenzweig (2020), dans une étude-action participative menée à Bruxelles, montrent que des dispositifs concrets, tels que la réduction des prix des aliments frais, la mise à disposition de matériel de cuisine, ou encore la promotion de cuisines collectives, peuvent améliorer l'accès à une alimentation durable et démocratique. Ces pistes invitent à articuler l'analyse de la consommation d'AUT non seulement avec les enjeux de santé, mais aussi avec les politiques publiques et les dynamiques citoyennes locales.

À Molenbeek, plusieurs ASBL travaillent aussi pour promouvoir l'alimentation saine. L'Atelier Groot Eiland propose des potagers urbains, des formations culinaires et des projets d'insertion

professionnelle autour de l'alimentation (Atelier Groot Eiland, s. d.). Le Collectif Stratégies Alimentaires rassemble des acteurs qui travaillent à améliorer l'accès à une alimentation saine et à sensibiliser les habitants aux bonnes pratiques alimentaires (Collectif Stratégies Alimentaires, s. d.). Enfin, la coopérative Vert d'Iris développe des potagers urbains pour la production et la formation, en mettant l'accent sur le lien social et le respect de l'environnement (Vert d'Iris, s. d.).

Toutes ces initiatives montrent qu'il est possible de repenser notre façon de manger, même dans des quartiers où l'offre alimentaire est limitée et souvent dominée par des produits transformés. Elles permettent ainsi aux habitants de produire, cuisiner et partager leurs aliments, tout en créant du lien social et en sensibilisant à une alimentation plus saine.

II.1.3. Spécificités socio-économiques de Molenbeek-Saint-Jean

La commune de Molenbeek-Saint-Jean à Bruxelles constitue un exemple particulièrement révélateur du lien étroit entre précarité socio-économique et environnement obésogène. Le revenu médian imposable y est de 21 279 € en 2023 (Statbel, 2025), un peu en dessous de la moyenne bruxelloise qui est de 21488 € (Statbel, s.d.). Plus de la moitié des ménages disposent de moins de 1 250 € par mois après impôt, et 9 % ne perçoivent aucun revenu imposable.

Cette fragilité économique s'accompagne d'une forte densité urbaine, d'un accès limité aux espaces verts, ainsi que d'une concentration importante de commerces alimentaires peu favorables à une alimentation équilibrée. Les habitants de Molenbeek-Saint-Jean présentent également un risque accru de maladies chroniques, notamment le diabète, ce qui met en évidence la manière dont les facteurs environnementaux et sociaux peuvent se cumuler pour créer un milieu propice au développement de l'obésité. (Vivalis, 2024 ; OSS/Vivalis, 2023)

Ainsi, Molenbeek-Saint-Jean illustre clairement comment la précarité socio-économique, combinée aux caractéristiques de l'environnement urbain, peut contribuer à favoriser l'obésité, un phénomène comparable à celui observé dans d'autres grandes villes européennes. Cette dynamique peut être appréhendée concrètement à travers l'analyse de l'offre alimentaire locale, notamment la présence et la densité des établissements de restauration rapide, indicateurs pertinents de l'environnement obésogène de la commune.

À travers des recherches, la Banque-Carrefour des Entreprises (BCE) nous confirme cette tendance dans cette commune. L'interface publique de la BCE précise toutefois que lorsque le

nombre d'entités dépasse 200, celui-ci n'est pas affiché avec exactitude (Banque-Carrefour des Entreprises, s.d.). Une recherche plus poussée a été effectuée à l'aide des codes NACE BEL qui est la nomenclature statistique des activités économiques utilisée en Belgique, et permettant de classer les entreprises selon leur activité principale (par exemple : restauration rapide, cafés, etc.).

Voici les résultats : Molenbeek-Saint-Jean, commune dense de 5,9 km² comptant 98 713 habitants au 1er janvier 2025 (Institut Bruxellois de Statistique et d'Analyse [IBSA], 2025), présente une densité d'environ 16 740 habitants par km². Rapportés aux 306 établissements de restauration rapide recensés, ces chiffres révèlent une forte concentration commerciale, avec près de 51,9 établissements par km² ($306 \div 5,9$), soit un établissement pour environ 323 habitants ($98\,713 \div 306$). Voir la figure ci-dessous.

Un tel niveau de densité constitue un indicateur clair d'un environnement alimentaire fortement orienté vers l'offre de restauration rapide, susceptible d'influencer les comportements alimentaires locaux et de contribuer à un environnement potentiellement obésogène. Ce ratio met en lumière la relation entre densité urbaine et concentration de commerces de restauration rapide, lesquels s'inscrivent dans une forte demande locale et dans des dynamiques socio-économiques caractéristiques des milieux urbains précaires et à forte densité.

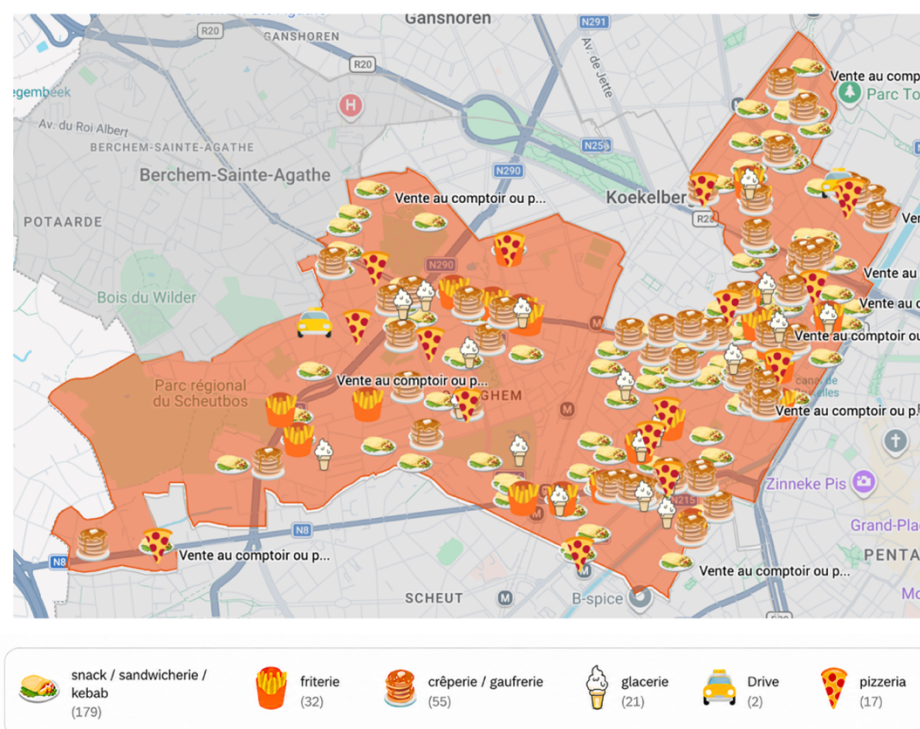


Figure 4 : Cartographie des restaurants rapides à Molenbeek-Saint-Jean (novembre 2025)

À titre de comparaison avec la figure 5 ci-dessous, la commune d’Uccle couvre une superficie de 22,9 km² pour une population de 87 194 habitants, soit une densité d’environ 3 807 habitants par km² ($87\,194 \div 22,9$), ce qui reste nettement inférieur à celle de Molenbeek-Saint-Jean (Statbel, IBSA, 2025). On y dénombre 275 établissements de restauration rapide, soit environ 12 établissements par km² ($275 \div 22,9$). Toutefois, la forêt de Soignes occupant près de 21 % du territoire communal, la surface réellement urbanisée peut être estimée à 18,1 km². En rapportant le nombre d’établissements à cette superficie, la densité atteint environ 15 établissements par km² ($275 \div 18,1$) (Commune d’Uccle, 2016).

Malgré cette correction, la concentration de ces établissements à Uccle demeure sensiblement inférieure à celle observée à Molenbeek-Saint-Jean.

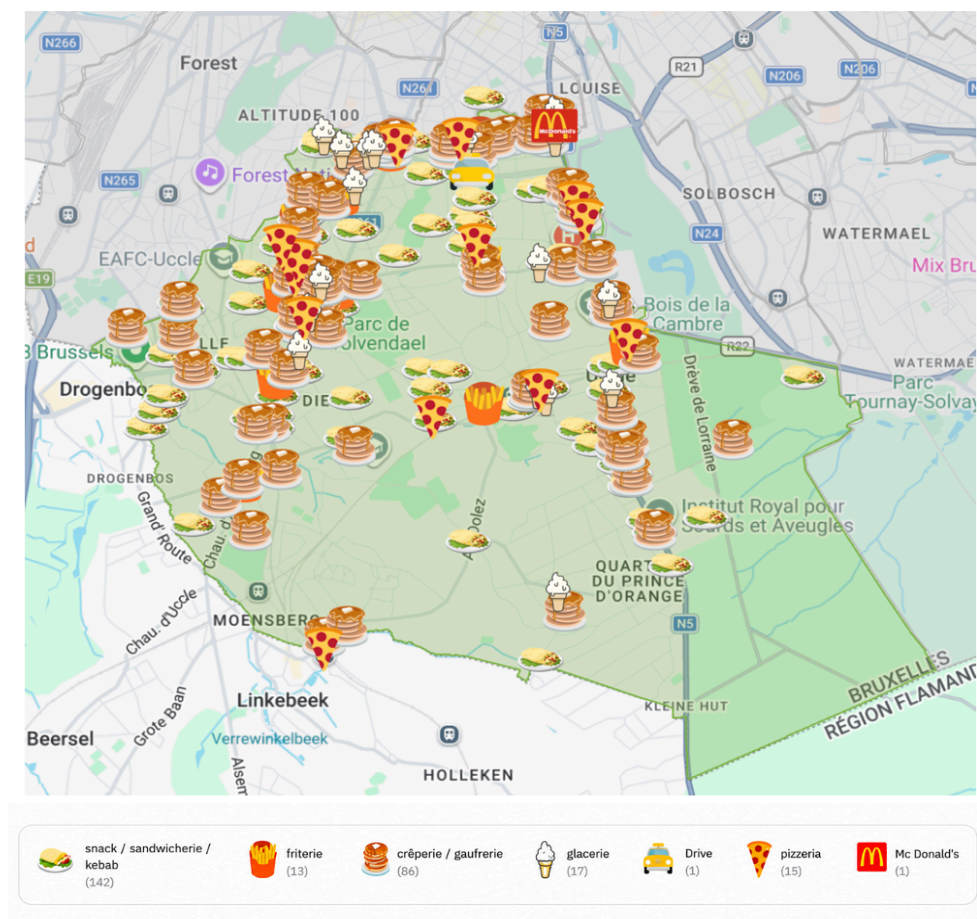


Figure 5 : Cartographie des restaurants rapides à Uccle (novembre 2025)

En conclusion, ce contexte montre que les politiques nutritionnelles se sont progressivement développées, tant au niveau international qu'au niveau européen et belge, autour d'un même objectif qui est d'améliorer les habitudes alimentaires de la population et de prévenir les maladies chroniques. Des mesures comme le Nutri-Score, les taxes sur les produits sucrés ou encore les plans régionaux de nutrition traduisent une réelle volonté des pouvoirs publics d'agir sur ces enjeux de santé publique.

Néanmoins, ces dispositifs restent insuffisants lorsqu'ils sont mis en place de manière isolée. Leur efficacité peut être freinée par plusieurs facteurs, notamment l'influence importante des industries agroalimentaires, mais aussi par les inégalités sociales qui limitent l'accès à une alimentation saine pour une partie de la population.

À l'échelle locale, certaines initiatives citoyennes et associatives montrent néanmoins qu'il est possible de mettre en œuvre des actions concrètes pour rendre l'alimentation plus saine et plus accessible, en particulier dans les quartiers urbains défavorisés. Ces expériences mettent en évidence l'importance de développer des approches participatives, adaptées aux réalités et aux besoins des populations concernées.

Enfin, le cas de Molenbeek-Saint-Jean illustre de manière particulièrement marquée l'interaction entre précarité socio-économique, environnement urbain et comportements alimentaires. La forte densité de population, combinée à une concentration élevée de commerces de restauration rapide, contribue à créer un environnement obésogène, contrastant nettement avec des communes plus favorisées comme Uccle.

II.2. METHODES

II.2.1. Objectifs de l'étude

Pour rappel, l'objectif principal de notre étude est d'approfondir la problématique liée aux aliments ultra-transformés (AUT), d'en analyser les modes de consommation et de mettre en évidence les facteurs sociaux, culturels et environnementaux qui y sont liés. Il s'agit également de proposer des pistes de solutions pour promouvoir une alimentation saine et équilibrée dans un environnement marqué par une forte présence de produits industriels et par d'importantes contraintes socio-économiques.

II.2.2. Choix de la méthode

Pour répondre au mieux à notre question de recherche centrale suivante : « *Quels sont les déterminants sociaux, culturels et environnementaux qui influencent la consommation d'aliments ultra-transformés chez les habitants de Molenbeek-Saint-Jean ?* », nous avons privilégié une approche qualitative, la plus adaptée à notre objectif.

En effet, cette recherche s'inscrit dans une démarche qualitative exploratoire, dont l'objectif est de mieux comprendre les facteurs sociaux, culturels et environnementaux susceptibles d'influencer la consommation d'aliments ultra-transformés (AUT) à Molenbeek-Saint-Jean. Le choix de cette approche se justifie par la volonté d'accéder de manière approfondie aux perceptions, aux représentations et aux pratiques alimentaires des participants à l'étude, en tenant compte du sens qu'ils attribuent à leurs expériences.

Elle se révèle particulièrement pertinente lorsque l'objet d'étude renvoie à des dimensions subjectives, difficilement réductibles à des indicateurs quantifiables. L'analyse des pratiques alimentaires et du ressenti associé à la consommation d'AUT s'inscrit précisément dans cette perspective, où l'expérience individuelle et le contexte jouent un rôle central.

Par conséquent, la méthode retenue est l'étude qualitative avec utilisation d'entretiens semi-directifs. Elle permet d'interroger un nombre restreint de participants tout en favorisant la richesse et la profondeur des données recueillies, grâce à un cadre d'échange souple laissant place à l'expression libre des points de vue.

II.2.3. Population et échantillonnage

Le recrutement des participants a reposé sur un échantillonnage raisonné, avec pour objectif d'assurer une diversité des profils en fonction de l'âge, de la situation familiale et du statut professionnel.

Critères d'inclusion :

- Personnes de tout genre (H/F/X).
- Maîtrisant la langue française.
- Appartenant à l'un des groupes d'acteurs définis dans le cadre de l'étude.
- Résidant à Molenbeek-Saint-Jean depuis au moins quatre ans (groupe 1) ou justifier d'une expérience professionnelle de minimum un an (groupe 2).

Critères d'exclusion :

- Personnes ne s'exprimant pas en français.
- Personnes ne relevant d'aucun des groupes d'acteurs ciblés.
- Professionnels exerçant depuis moins d'un an.
- Habitants installés dans la commune depuis moins de quatre ans.

L'échantillon est composé de 16 participants répartis en trois groupes comme suit :

- Groupe 1 : Habitants de Molenbeek-Saint-Jean (10)
- Groupe 2 : Professionnels de santé (3)
- Groupe 3 : Acteurs politiques et institutionnels (3)

Habitants de Molenbeek-Saint-Jean

Le groupe est composé d'habitants résidant dans la commune de Molenbeek-Saint-Jean depuis au moins quatre ans, afin de s'assurer d'une certaine familiarité avec l'environnement local. Les participants ont des profils variés. En effet, leur situation familiale diffère, certains étant mariés, célibataires, divorcés ou veufs, avec ou sans enfants. Leur situation socioprofessionnelle est également hétérogène, regroupant des personnes actives, des demandeurs d'emploi, des étudiants ou encore des personnes en incapacité de travail. Cette diversité permet de recueillir des expériences et des réalités socio-économiques multiples. Elle reflète la pluralité des conditions de vie au sein de la commune et contribue à mieux comprendre l'influence de différents facteurs sur les habitudes alimentaires.

Professionnels de santé

Le second groupe de participants est constitué de professionnels de la santé exerçant dans des contextes variés, en lien direct avec la population de Molenbeek-Saint-Jean. Il comprend :

- Une infirmière spécialisée en soins intensifs, résidant à Molenbeek-Saint-Jean et exerçant dans un hôpital privé situé dans une commune voisine et qui accueille un public diversifié, dont un nombre important de patients originaires de Molenbeek-Saint-Jean.
- Une diététicienne et nutritionniste exerçant à la fois en cabinet privé à Molenbeek-Saint-Jean et en milieu hospitalier dans la région de Bruxelles-Capitale,
- Une médecin généraliste active en cabinet privé et occupant également des fonctions de médecin coordinatrice au sein d'une maison de repos et de soins spécialisée en psychogériatrie et dans un centre de planning familial de la commune.

Cette diversité de profils permet de croiser différents regards professionnels sur les pratiques alimentaires et leurs enjeux en matière de santé dans la commune de Molenbeek-Saint-Jean. Les fonctions occupées couvrent à la fois le champ des soins curatifs, de la prévention, de l'accompagnement nutritionnel et du suivi de publics spécifiques (personnes âgées, familles, patients atteints de pathologies chroniques, etc.).

Acteurs politiques et institutionnels

Le troisième groupe est composé de trois acteurs politiques et institutionnels occupant des fonctions à différents niveaux de décision et d'intervention publique. Il comprend :

- Un conseiller communal de Molenbeek-Saint-Jean, élu pour la législature 2018–2024 et reconduit depuis 2024, membre du Parti Socialiste (PS). Dans le cadre de son mandat, il participe aux décisions et aux orientations politiques prises au niveau communal. En parallèle, il travaille comme auditeur financier sur des projets européens, où il est chargé de vérifier l'utilisation de subventions destinées notamment au développement régional, à l'innovation, au développement durable et à l'insertion socioprofessionnelle. Cette double expérience, à la fois locale et européenne, lui permet d'avoir une vision concrète des enjeux de terrain et de comprendre les mécanismes de financement ainsi que les cadres réglementaires plus larges. Il vit à Molenbeek-Saint-Jean depuis longtemps. Il y est né et y a toujours vécu pendant 34 ans, ce qui renforce sa connaissance du contexte communal.

- Une conseillère en politiques de santé, depuis 2019, au sein du cabinet ministériel de la Région de Bruxelles-Capitale. Elle est en charge des dossiers relatifs à la promotion de la santé ainsi que de certaines thématiques liées à la prévention. Son rôle : participer à l'élaboration, au suivi et à la mise en œuvre des orientations stratégiques régionales en matière de santé publique, offrant ainsi une perspective institutionnelle sur les leviers d'action existants à l'échelle régionale.
- Une experte en politique nutritionnelle et travaillant au sein du Service Public Fédéral (SPF) Santé publique. Forte de plus de 25 ans d'expérience au sein de l'administration fédérale, dont environ vingt consacrées spécifiquement aux enjeux nutritionnels, elle apporte une vision inscrite dans le cadre des politiques nationales. Son positionnement à l'échelon fédéral permet d'élargir l'analyse aux orientations stratégiques et réglementaires qui structurent les actions en matière d'alimentation et de santé à l'échelle du pays.

La composition de ce groupe permet ainsi de confronter des points de vue issus de différents niveaux de gouvernance (communal, régional et fédéral) afin de mieux comprendre comment les décisions publiques peuvent influencer le contexte alimentaire local.

II.2.4. Guide d'entretien

Afin de mener notre enquête qualitative auprès de l'échantillon sélectionné, un guide d'entretien a été élaboré (cf. annexe 4). Cet outil permet de structurer les échanges tout en laissant aux participants la liberté de développer leurs réponses. Il s'articule autour de cinq grands axes thématiques en lien avec notre question de recherche centrale :

1. Perceptions et représentations des aliments ultra-transformés (AUT)

Ce thème explore la manière dont les participants définissent les AUT, les images et significations qu'ils leur associent, ainsi que leur niveau de connaissance à ce sujet. Il s'agit également d'identifier les croyances ou valeurs qui influencent leur regard sur ce type de produits.

2. Habitudes de consommation

Cet axe porte sur les pratiques alimentaires telles que : la fréquence d'achat ou de consommation d'AUT, modes d'approvisionnement, organisation des repas et motivations des choix alimentaires. L'objectif est de comprendre comment ces produits s'intègrent dans le quotidien des participants.

3. Déterminants socio-économiques et culturels

Cette partie permet d'analyser l'influence de facteurs tels que le revenu, le niveau d'éducation, la situation professionnelle, la composition familiale ou les références culturelles sur les choix alimentaires. Il s'agit d'examiner comment ces éléments peuvent orienter, faciliter ou contraindre certaines pratiques.

4. Environnement alimentaire

Ce thème aborde le rôle du cadre de vie, notamment l'offre alimentaire disponible dans le quartier (types de commerces, accessibilité, prix, promotions), ainsi que les conditions matérielles (temps et mobilité). L'objectif est d'évaluer dans quelle mesure cet environnement influence leurs habitudes de consommation.

5. Santé publique et leviers d'action

Enfin, ce dernier volet s'intéresse aux perceptions des enjeux de santé liés à l'alimentation et aux pistes d'amélioration envisagées par les participants. Il permet de recueillir leurs propositions ou attentes en matière d'actions publiques, de prévention ou d'initiatives locales susceptibles de favoriser une alimentation plus équilibrée.

II.2.5. Collecte et analyse de données

La collecte des données s'est appuyée sur des entretiens semi-directifs d'une durée moyenne d'environ une heure. Chaque entretien a été réalisé sur base volontaire, enregistré après obtention d'un consentement éclairé écrit, puis intégralement retranscrit en vue de l'analyse (cf. annexe 5). L'ensemble des données a été anonymisé afin de garantir la confidentialité des participants.

Un guide d'entretien structuré autour de cinq axes cités plus haut a servi de fil conducteur aux échanges. Ce dispositif offre un cadre à la fois organisé et flexible, permettant d'aborder les thématiques centrales tout en laissant aux participants la possibilité de développer librement leur point de vue et d'exprimer leur expérience avec leurs propres mots (Aujoulat, I. 2023–2024).

Les retranscriptions ont ensuite fait l'objet d'un codage manuel permettant de faire émerger des catégories et des récurrences dans les discours (code thématique). Les éléments identifiés ont été regroupés selon les axes du guide d'entretien et mis en perspective avec le cadre théorique mobilisé, notamment les déterminants socio-économiques et culturels ainsi que la notion de justice alimentaire et le concept d'environnement obésogène.

Enfin, dans le cadre de cette recherche qualitative, les résultats ne peuvent pas être considérés comme représentatifs de l'ensemble de la population. Même si les profils des participants ont été choisis de manière à refléter une certaine diversité, le nombre limité d'entretiens ne permet pas de faire une généralisation. Les conclusions doivent être en lien avec le contexte spécifique de l'étude et les caractéristiques de l'échantillon. Elles peuvent toutefois éclairer des situations similaires, dans la mesure où les contextes et les publics présentent des points de convergence (Aujoulat, I. 2023–2024).

II.3. RESULTATS

Dans ce chapitre, nous allons présenter et analyser les résultats de notre étude intitulée : *« Impact de la consommation d'aliments ultra-transformés : enjeux de santé publique et influence des facteurs sociaux, culturels et environnementaux dans la commune de Molenbeek-Saint-Jean »*. Il s'articule autour de la question de recherche centrale suivante : *« Quels sont les déterminants sociaux, culturels et environnementaux qui influencent la consommation d'aliments ultra-transformés chez les habitants de Molenbeek-Saint-Jean ? »*

Pour répondre à cette question, nous avons privilégié une approche qualitative reposant sur la réalisation d'entretiens semi-directifs. Comme présenté dans le chapitre précédent, cette méthode de recherche permet d'explorer en profondeur les phénomènes étudiés. Elle poursuit avant tout une démarche compréhensive plutôt qu'explicative. Son principal intérêt est de permettre une meilleure compréhension de la façon dont les acteurs pensent, agissent, s'expriment et interagissent entre eux (Aujoulat, I., 2023–2024).

Afin de mener cette étude, nous avons interrogé des habitants de la commune de Molenbeek-Saint-Jean et des professionnels de la santé ainsi que des acteurs politiques et institutionnels occupant des fonctions à différents niveaux de décision et d'intervention publique. Le nombre de participants n'a pas été anticipé. La collecte des données s'est poursuivie jusqu'à l'atteinte du principe de saturation, correspondant au moment où les entretiens n'apportaient plus d'informations nouvelles concernant le sujet étudié (Aujoulat, I., 2023–2024).

En amont, les participants ont été contactés par moi-même et ont été choisis selon les critères d'inclusion présentés précédemment. De ce fait, chaque participant à l'étude s'est présenté sur base volontaire après avoir pris connaissance, oralement et par écrit, des informations sur l'étude, garantissant l'anonymat et la confidentialité des données (cf. annexe 6). Les interviews ont été anonymisées, enregistrées dans leur totalité et ensuite retranscrites.

Les résultats obtenus pour chaque thématique et groupe cible de notre échantillonnage sont présentés et analysés. Les citations en italique, issues des entretiens, permettent d'étayer les résultats observés.

II.3.1. Profil des participants

Au préalable de notre questionnaire, nous avons identifié le profil de notre échantillon tels que le sexe, l'âge, la situation familiale, la situation professionnelle et l'ancienneté dans la commune notamment pour le groupe 1. Les résultats sont présentés dans le tableau ci-dessous. L'objectif n'est pas de décrire l'ensemble de la population, mais davantage d'identifier les caractéristiques propres aux participants ayant pris part à notre étude.

Comme le souligne Aujoulat (2023–2024), « *par l'approche qualitative, on n'étudie pas une population mais un sujet en profondeur* ».

Groupes	Nbre	Sexe	Âge (moy., min–max)	Situation familiale	Situation professionnelle	Ancienneté commune
1. Habitants (N1 à N10)	10	F : 6 H : 4	40,7 ans (22–62)	Marié(e) : 4 Célibataire : 3 Divorcé(e) : 2 Veuve : 1 Avec enfants : 7 Sans enfant : 3	Profils variés : invalide, sans emploi (CPAS), infirmier(ère), enseignant(e), artiste, étudiant, et surveillante scolaire.	De 4 ans à « toujours vécu » (plusieurs résidents de longue date)
2. Professionnels de santé (N11 à N13)	3	F : 3	29,5 ans (27–32*)	Non applicable	1 Infirmière en soins intensifs, 1 Diététicienne–nutritionniste, 1 médecin généraliste et médecin coordinatrice en maison de repos. Tous les 3 ont un lien professionnel direct avec les habitants de la commune de Molenbeek-Saint-Jean	Non applicable
3. Acteurs politiques et institutionnels (N14 à N16)	3	F : 2 H : 1	Non précisé	Non applicable	Conseiller communal, conseillère en politiques de santé (cabinet régional), experte fédérale en politique nutritionnelle auprès du SPF Santé Publique	Non applicable

* Âge du troisième professionnel non précisé dans les données (et donc non intégré dans la moyenne).

Figure 6 : Profil des participants de l'échantillonnage

Le tableau ci-dessus présente les principales caractéristiques des participants ayant pris part à l'étude :

Le premier groupe est composé de dix habitants de Molenbeek-Saint-Jean, se distingue par une diversité de profils tant en termes d'âge (22 à 62 ans) que de situations familiales et professionnelles. La majorité des participants (8/10) a des enfants et tous habitent dans la commune depuis de nombreuses années, ce qui témoigne d'un ancrage local significatif. Les situations professionnelles sont hétérogènes, allant de l'emploi stable à des situations plus précaires, reflétant la pluralité socio-économique de la commune.

Le deuxième groupe est composé de trois professionnelles de la santé, exerçant dans des contextes complémentaires (hôpital, cabinet privé, médecine générale), et entretenant un lien direct avec les habitants de Molenbeek-Saint-Jean de différentes tranches d'âge. Leur profil relativement jeune contraste avec leur diversité d'expériences professionnelles.

Le troisième groupe est composé de trois acteurs politiques et institutionnels issus de différents niveaux de gouvernance (communal, régional et fédéral). Cette répartition permet d'intégrer des perspectives variées sur les enjeux alimentaires, depuis la réalité du terrain local jusqu'aux orientations stratégiques à l'échelle nationale.

II.3.2. Perceptions et représentations des AUT

Les données mettent en évidence des perceptions et représentations différentes des aliments ultra-transformés (AUT) selon les groupes interrogés. Les résultats ont été regroupés et sont présentés en quatre sous-thèmes, comme suit :

II.3.2.1. Définition du concept d'AUT

Habitants de Molenbeek-Saint-Jean

Dans ce groupe, la compréhension du terme « aliments ultra-transformés » apparaît hétérogène. En effet, la définition des AUT varie fortement d'un participant à l'autre. Pour certains, le terme n'est pas connu, mais lorsqu'il est expliqué, ils l'associent spontanément à des : « *produits industriels* », « *plats tout faits* », aliments « *fabriqués en usine* » ou produits contenant « *beaucoup d'additifs* ».

Un participant explique par exemple : « *Pour moi, c'est tout ce qui est transformé en usine, avec plein de produits dedans qu'on ne mettrait pas chez soi.* ». Le participant 3 mentionne

également des produits tels que les pizzas et lasagnes surgelées, ainsi que des aliments de grignotage comme les chips et les biscuits apéritifs.

Même en l'absence d'une connaissance formelle du concept (notamment de la classification NOVA), les participants parviennent à identifier des exemples concrets : fast-foods, snacks, plats préparés industriels, pizzas surgelées, sodas, etc.

On observe donc une connaissance pratique, davantage basée sur l'expérience quotidienne que sur un concept théorique.

Professionnels de la santé

Les professionnels de la santé formulent des définitions plus précises et techniques, insistant, notamment sur les éléments suivants :

- Le degré de transformation industrielle,
- La modification importante des ingrédients,
- La présence d'additifs,
- L'éloignement du produit par rapport à son état naturel.

Comme une professionnelle (N12) qui souligne ceci : « *Ce sont tous les produits qui ne sont pas bruts, qui ont subi une transformation industrielle importante, avec beaucoup d'ajouts comme des conservateurs, des additifs, souvent trop de sel ou de sucre.* »

Tous démontrent une maîtrise conceptuelle plus structurée que les participants du groupe 1, bien que leur perception du niveau de connaissance des habitants de Molenbeek-Saint-Jean puisse être variable, souvent limitée ou superficielle : « *Les patients savent que ce n'est pas bon, sans pouvoir dire vraiment pourquoi ni comment.* » (N13)

Acteurs politiques et institutionnels

Les acteurs institutionnels adoptent également une définition structurée.

L'un des participants de ce groupe se réfère explicitement à la classification NOVA. Les deux autres évoquent une transformation industrielle poussée ou un éloignement du produit de son état d'origine.

Néanmoins, tous les trois soulignent que la notion d'AUT reste peu présente dans les préoccupations quotidiennes des habitants, et que la terminologie elle-même n'est pas largement mobilisée dans l'espace public.

II.3.2.2. Avantages perçus des AUT

Habitants de Molenbeek-Saint-Jean

Malgré une perception majoritairement critique, ce groupe mentionne néanmoins plusieurs avantages, classés par ordre de fréquence :

- La praticité (6 /10),
- Le prix accessible (5 /10),
- Le gain de temps (4 /10),
- La disponibilité immédiate dans le quartier (2 /10),
- Le plaisir gustatif ou l'effet « réconfort » (1 /10).

En effet, un participant (N7) explique :

« L'avantage, c'est que c'est facile à trouver, très accessible et souvent c'est moins cher. ». Ces éléments renvoient directement aux contraintes du quotidien (emploi du temps chargé, accessibilité, budget limité). En revanche, un participant (N1) n'identifie aucun avantage et insiste uniquement sur les risques.

Enfin, la disponibilité immédiate des AUT dans le quartier est moins fréquemment mentionnée explicitement (2/10). Cependant, plusieurs discours suggèrent que cette présence importante est désormais intégrée au paysage quotidien et perçue comme une réalité dite 'normale' du quartier, au point que les participants ne la relèvent plus systématiquement. Enfin, le plaisir gustatif ou l'aspect « réconfortant » n'est évoqué que par une seule personne (1/10).

Professionnels de la santé

Les professionnels reconnaissent également la dimension pratique et réconfortante des AUT, notamment pour les familles débordées, les adolescents, et les personnes en situation de précarité. Ils observent que ces produits répondent à des besoins immédiats (rapidité, satiété, coût), ce qui explique leur ancrage dans les habitudes alimentaires.

L'un d'eux (N12) résume : *« Les patients savent que ce n'est pas bon pour la santé, mais en même temps ce sont des aliments pratiques, rapides et bons au goût. »*

Acteurs politiques et institutionnels

Les acteurs politiques mettent moins l'accent sur les avantages individuels, mais évoquent plutôt : l'accessibilité économique, la disponibilité massive et l'attractivité commerciale. Comme l'explique le N15 :

« Pour des raisons économiques, des jeunes vont au fast-food : pas cher, rapide, bon selon leurs critères, plutôt que préparer une tartine et savoir ce qu'on mange ».

II.3.2.3. Inconvénients et risques perçus des AUT

Habitants de Molenbeek-Saint-Jean

Les inconvénients évoqués par les participants de ce groupe sont principalement liés à la santé : surpoids, diabète, hypertension, maladies cardiovasculaires... Certains participants mentionnent également : une perte de la qualité des aliments, une altération des habitudes alimentaires, une rupture avec les traditions culinaires.

On observe donc une conscience des risques, parfois très marquée, même lorsque la consommation persiste : *« Ça ne procure pas une réelle sensation de satiété (...) À long terme, ça peut favoriser le diabète ou l'hypercholestérolémie. »* (N5)

Professionnels de la santé

Les trois professionnels participants à l'étude confirment l'association fréquente entre la consommation d'AUT et les pathologies chroniques, le surpoids et les troubles métaboliques. Ils soulignent également une forme d'ambivalence chez les patients : connaissance des risques, mais difficulté à modifier leurs comportements.

Acteurs politiques et institutionnels

Les participants de ce groupe estiment que, au sein de la population, plusieurs facteurs influencent les pratiques alimentaires et limitent la prise de recul critique face à la consommation d'AUT. Parmi ces éléments, il y a :

- Un déficit en littératie alimentaire : Selon une actrice institutionnelle interrogée (N15), certains habitants disposeraient de connaissances limitées en matière de nutrition et de santé. Cela concernerait notamment la compréhension des apports nutritionnels, la lecture et l'interprétation des étiquettes, ainsi que l'identification des effets à court, moyen et long terme de certains aliments sur la santé.

Cette observation va néanmoins à l'encontre de la perception des risques exprimée par plusieurs habitants du groupe 1, telle que présentée plus haut. Cette différence peut s'expliquer par le fait que la participante N15 s'appuie principalement sur des données issues de la littérature scientifique et reconnaît ne pas avoir d'expérience de terrain directe.

- Une banalisation des produits transformés : Les produits ultra-transformés sont largement intégrés au quotidien et ne sont plus perçus comme exceptionnels, mais comme des options alimentaires ordinaires. Leur présence constante dans l'environnement alimentaire, combinée à leur accessibilité et à leur marketing, contribue à normaliser leur consommation, parfois sans remise en question, notamment chez les jeunes.
- Une faible prise en compte de la qualité nutritionnelle dans les choix quotidiens : Les décisions alimentaires semblent davantage guidées par des critères immédiats tels que le prix, la praticité et le goût que par des considérations nutritionnelles. La qualité des aliments passe ainsi au second plan face aux contraintes du quotidien.

Comme l'illustre la participante N15, les habitants ne se poseraient pas nécessairement la question d'une perception positive ou négative des aliments. Leurs choix s'orientent principalement vers des critères économiques et gustatifs : « *La littératie en santé est très mauvaise, et à Bruxelles c'est sûr. (...) Sur les bases, savoir que le coca est plein de sucre, que les jus aussi... bouger pour être en bonne santé... beaucoup ne l'ont pas de base (...) Je pense que la question ne se pose pas vraiment dans leur tête : ils voient le pendant économique et gustatif.* » (N15). Cette observation met en évidence un décalage entre les enjeux de santé publique et les logiques concrètes qui orientent les pratiques alimentaires au quotidien.

Néanmoins, ce discours contraste en partie avec les propos recueillis auprès de plusieurs habitants, dont certains sont conscients des risques liés à une consommation fréquente d'AUT. Comme relevé plus haut, cette divergence peut notamment s'expliquer par le fait que N15 s'appuie principalement sur des connaissances issues de la littérature. Par ailleurs, le participant N14 estime que les préoccupations concernant les AUT seraient plus présentes chez les habitants issus de communes socio-économiquement plus favorisées, ce qui suggère que le niveau de sensibilisation aux enjeux nutritionnels peut varier selon le contexte social et géographique.

En résumé, ce point sur les « inconvénients et risques perçus des AUT » révèle plusieurs contradictions entre les groupes interrogés, notamment entre le groupe 1 (habitants) et le groupe 3 (acteurs politiques et institutionnels). Certains habitants indiquent qu'ils sont conscients des risques liés à une consommation fréquente d'AUT, tandis que des acteurs politiques et institutionnels insistent sur un déficit de littératie alimentaire et sur une faible prise en compte

des enjeux de santé dans leurs choix alimentaires. Ces différences de perception mettent en lumière l'écart entre les expériences des habitants et la vision institutionnelle de leurs comportements alimentaires.

II.3.2.4. Perception de la présence des AUT à Molenbeek-Saint-Jean

Les habitants décrivent une présence importante des AUT dans leur environnement alimentaire, notamment via les snacks, les fast-foods, les commerces accessibles et les magasins discount proposant des produits peu coûteux. Tous s'accordent sur la forte disponibilité dans la commune de Molenbeek-Saint-Jean. Certains participants apportent toutefois des nuances. En effet, N1 souligne que cette consommation serait particulièrement visible chez les jeunes. N6, enseignante de profession, constate également cette réalité dans le milieu scolaire.

Les professionnels de la santé indiquent une forte présence de ces commerces de proximité et une consommation fréquente, notamment chez les adolescents, les hommes vivant seuls, les familles en situation de contraintes économiques ou temporelles.

De leur côté, **les acteurs politiques et institutionnels** reconnaissent cette réalité tout en mettant davantage l'accent sur les déterminants structurels que sur la seule responsabilité individuelle. Ils décrivent un environnement caractérisé par une grande accessibilité et une forte présence de produits transformés dans les commerces locaux, où les préoccupations liées à la qualité nutritionnelle passent au second plan : « *Tant que les besoins de base sont couverts, on ne se préoccupe pas vraiment de la qualité de l'alimentation.* » (N 14). La participante N16 souligne également l'existence de normes sociales et culturelles qui influencent les pratiques alimentaires : « *Dans certaines familles, ne pas acheter de soda est perçu comme anormal.* »

Par ailleurs, plusieurs habitants soulignent le coût plus élevé des alternatives considérées comme plus saines. Huit participants sur dix estiment que ces produits sont moins accessibles financièrement, dont certains évoquent explicitement les conséquences de cette situation sur leurs choix alimentaires. N4 évoque un véritable frein à leur consommation, N5 souligne la nécessité de faire des choix en fonction du budget disponible et N6 qualifie certains produits sains de « luxe ».

N14, conseiller communal, souligne à ce sujet que « *la sociologie de Molenbeek est marquée par une population majoritairement populaire et de classe moyenne, avec une forte diversité culturelle. Le prix est un facteur déterminant des choix alimentaires. Même si tout le monde*

aimerait manger bio, ces produits restent financièrement inaccessibles pour une grande partie de la population ».

Donc, ici, il ne s'agit pas tant de la forte disponibilité des commerces locaux proposant des AUT que de contraintes financières limitant l'accès aux commerces et produits considérés comme plus sains ou biologiques.

II.3.2.5. Conclusion

Le concept d'AUT n'est pas toujours maîtrisé par les habitants, mais les produits concernés sont clairement identifiés (plats préparés, boissons sucrées et snacks). Cela suggère que la compréhension repose davantage sur l'expérience concrète que sur un cadre théorique. Bien que perçus comme néfastes pour la santé, ils sont également reconnus pour leur praticité et leur accessibilité.

Par ailleurs, des différences de perception apparaissent entre les habitants (groupe 1) et les acteurs institutionnels (groupe 3). Deux acteurs institutionnels mettent surtout en avant un manque de connaissances en matière de nutrition et de santé, tandis que plusieurs habitants interrogés indiquent être conscients des risques liés à une consommation régulière d'AUT. Même s'ils sont souvent considérés comme mauvais pour la santé, ces produits restent largement consommés parce qu'ils sont pratiques, faciles d'accès et peu coûteux.

Ces éléments montrent que la consommation d'AUT ne relève pas uniquement d'un choix personnel. Elle est également influencée par les contraintes socio-économiques, les habitudes sociales et culturelles, ainsi que par l'environnement dans lequel les personnes évoluent au quotidien, comme nous le verrons au point suivant.

II.3.3. Habitudes de consommation

II.3.3.1. Types d'AUT consommés et contexte d'usage

Pour presque tous les habitants de Molenbeek-Saint-Jean ayant participé à l'étude, les AUT font partie intégrante du quotidien, notamment à travers les plats préparés, les boissons sucrées, les snacks et autres produits de grignotage. Plusieurs participants indiquent que leur niveau de consommation est lié à des moments précis, tels que le travail, les vacances ou la fatigue. Leur recours à ces produits est perçu par une participante (N4) comme un plaisir, et elle les qualifie de « *délicieux* », dans un contexte marqué par un rythme soutenu et des pressions professionnelles constantes (horaires contraignants, fatigue, manque de temps). Ou comme une solution pratique, surtout après une journée de travail ou en cas de manque de temps. Cela montre l'impact du temps et de la charge mentale sur les choix alimentaires.

II.3.3.2. Fréquence de consommation d'AUT

Les résultats montrent que les habitants interrogés présentent une consommation fréquente d'AUT, bien que celle-ci varie selon les profils et les situations. L'ensemble des participants (10/10) décrit une alimentation dite « mixte », combinant des repas faits maison et un recours régulier ou ponctuel à des produits ultra-transformés. Cette consommation varie toutefois selon les profils et les habitudes de vie. Certains participants évoquent un recours occasionnel aux AUT, comme N6, qui en consomme une à deux fois par mois, ou N5, environ une fois par semaine. D'autres mentionnent une consommation davantage liée à des contextes spécifiques, tels que les périodes de congés ou les sorties en famille (N3). À l'inverse, N8 rapporte une consommation pouvant aller jusqu'à trois fois par semaine, tandis que N9 évoque une consommation quotidienne.

Ces différences doivent néanmoins être interprétées avec prudence. En effet, les entretiens laissent penser que les participants ne partagent pas tous la même compréhension du concept d'AUT. Certains se limitent aux fast-foods, snacks ou boissons sucrées, tandis que d'autres semblent inclure un éventail plus large de produits industriels. Cette diversité de perceptions peut s'expliquer par le fait que la notion d'AUT reste parfois complexe et fait elle-même l'objet de nuances dans la littérature scientifique.

Enfin, les professionnels de santé confirment cette tendance au niveau de la consommation d'AUT chez les habitants, en s'appuyant sur leur expérience de terrain. Ils constatent une consommation régulière d'AUT chez leurs patients, surtout dans des contextes de précarité. Selon eux, ces produits répondent à des besoins immédiats liés au coût, à l'accessibilité et à la praticité, tout en s'intégrant dans des habitudes alimentaires de plus en plus ancrées, notamment en raison de leur attrait gustatif ou de l'évolution des modes de vie : « *Beaucoup de patients reconnaissent consommer quotidiennement des sodas, des snacks ou des produits industriels (...)* » ; « *Dans certaines cultures, on prenait beaucoup plus le temps de cuisiner et de manger ensemble (...) Dans les grandes villes, cette dynamique se perd.* » (N13)

II.3.3.3. Facteurs motivant le recours aux AUT

Les motivations associées à la consommation d'AUT relèvent principalement de la facilité, de la rapidité et de l'accessibilité. Néanmoins, elles ne se limitent pas à la recherche de la facilité. Elles s'inscrivent plus largement dans des modes de vie marqués par des contraintes de temps, des rythmes quotidiens soutenus, des responsabilités familiales et un environnement alimentaire où ces produits sont largement disponibles et facilement accessibles.

L'ensemble des habitants du groupe 1 mentionne ainsi se tourner vers les AUT en raison de leur praticité et de la rapidité qu'ils offrent, notamment lorsque la préparation de repas faits maison est perçue comme difficile à intégrer dans l'organisation quotidienne. Cette situation semble résulter d'une interaction entre les habitudes de vie des habitants et l'abondante offre alimentaire locale. Dès lors, il apparaît difficile de déterminer dans quelle mesure la forte consommation d'AUT est principalement liée à la disponibilité importante de ces produits ou, à l'inverse, si cette offre se développe en réponse à une demande déjà élevée.

Les professionnels de la santé soulignent également que, malgré une certaine connaissance des effets sur la santé, l'environnement local et les facteurs socio-culturels limitent les possibilités de changement : « *Les patients savent que ce n'est pas bon pour la santé, mais en même temps ce sont des aliments pratiques, rapides et bons au goût.* » (N12) ; « *Les habitudes culturelles et familiales jouent également un rôle important (...) Je n'ai pas constaté d'évolution récente des habitudes alimentaires.* » (N11)

La participante N12 indique que des facteurs socio-économiques jouent aussi un rôle : « *Le niveau socio-économique influence clairement les choix alimentaires. Le coût des consultations limite déjà l'accès aux personnes les plus précarisées. Quand des difficultés financières sont exprimées, j'essaie d'adapter mes recommandations et de proposer des aliments plus accessibles* », et elle ajoute aussi : « *Il existe clairement des inégalités sociales dans l'accès à une alimentation saine, notamment pour les produits bio, les fruits et légumes de qualité ou certains aliments plus coûteux. J'estime que ces inégalités concernent environ la moitié de ma patientèle.* »

Le professionnel N11 nuance, cependant, en soulignant que le facteur économique ne constitue pas le seul rôle, puisqu'il estime que « *le prix ne me semble pas être une motivation principale* » et met davantage l'accent sur l'influence de l'environnement alimentaire.

Les acteurs politiques et institutionnels (groupe 3) confirment les observations des habitants. La participante N16, experte en politique nutritionnelle à la SPF Santé publique, explique que la praticité et l'immédiateté guident souvent les choix alimentaires. Dans les milieux plus défavorisés, elle insiste sur le fait que l'essentiel est de se nourrir, reléguant la qualité nutritionnelle au second plan. Son discours montre toutefois une certaine contradiction : tout en soulignant l'impact des facteurs structurels et des contraintes sociales sur les comportements alimentaires, elle évoque également des enjeux liés aux choix individuels et à la responsabilité des personnes, illustrant ainsi la tension entre une vision structurelle et une approche plus individualiste de ces pratiques.

II.3.3.4. Intentions de réduction et limites rencontrées

Plusieurs participants expriment, toutefois, une volonté de limiter leur consommation d'aliments ultra-transformés. Cette intention se traduit par des efforts pour privilégier la cuisine maison, une attention accrue portée à la qualité des aliments achetés, ou encore une envie de réduire la consommation d'AUT :

« *J'essaie de manger beaucoup plus sainement (...) Depuis que j'ai des enfants, j'essaie de les faire manger sainement et de les éloigner au maximum des fast-foods et des produits ultra-transformés.* » (N3). Cette dynamique témoigne d'une prise de conscience des enjeux liés à l'alimentation.

Néanmoins, comme le soulignent les professionnels de santé, cette volonté de changement se heurte à plusieurs contraintes, notamment le manque de temps, la fatigue, l'organisation du quotidien ainsi que le poids des habitudes familiales déjà ancrées. Plusieurs habitants participants décrivent ainsi des pratiques variables (« ça dépend vraiment des jours »), mettant en évidence un décalage entre les intentions et les comportements effectifs. Cette situation illustre la difficulté à adopter durablement des habitudes alimentaires plus favorables à la santé dans un contexte contraint, et souligne que ces choix ne relèvent pas uniquement de décisions individuelles.

II.3.3.5. Conclusion

Dans l'ensemble, ces résultats mettent en évidence que la consommation d'AUT ne relève pas uniquement de préférences individuelles, mais s'inscrit dans un ensemble de contraintes (économiques, familiales...) et d'adaptations au quotidien.

II.3.4. Déterminants socio-économiques et culturels

II.3.4.1. Déterminants socio-économiques

Les données mettent en évidence le rôle central des **conditions socio-économiques** dans les pratiques alimentaires :

- Les contraintes de temps liées aux conditions de vie et à l'organisation familiale et professionnelle constituent l'un des déterminants les plus fréquemment évoqués par les participants du groupe 1 (9/10). Les horaires de travail, les responsabilités familiales ou les tâches de soins limitent le temps disponible pour la préparation des repas et favorisent le recours à des solutions alimentaires rapides, souvent composées d'AUT : « *Le temps surtout, parce que je m'occupe de mon papa qui est âgé et de mon fils, donc j'ai moins de temps pour moi.* » (N2)
Ici, le facteur « temps » est une conséquence de conditions socio-économiques et organisationnelles, et non un simple choix individuel.
- Le facteur financier est le deuxième facteur le plus cité. Une majorité (8/10) des participants du groupe 1 évoque le coût plus élevé des aliments frais par rapport aux produits industriels.

Les AUT sont ainsi perçus comme une alternative plus accessible économiquement : « Je dépends du CPAS, donc je dois aussi faire attention au budget. » (N2). Ce constat est également partagé par le participant N14, acteur politique et conseiller communal à Molenbeek-Saint-Jean, qui souligne que le contexte socio-économique local, marqué par une population majoritairement issue de milieux populaires et de la classe moyenne, rend le prix déterminant dans les choix alimentaires. Selon lui, bien que l'intérêt pour des produits de meilleure qualité existe, leur coût limite leur accessibilité, tandis que les AUT restent largement disponibles à bas prix.

Toutefois, cette tendance est nuancée par deux participantes du groupe 1. Le participant N1 estime que la situation économique n'est pas le principal facteur influençant les choix alimentaires, et met plutôt en avant le mode de vie urbain, notamment la fréquence des repas pris à l'extérieur. La participante N7 associe également la consommation d'AUT à l'extérieur à des moments conviviaux, de retrouvailles avec ses amis : « *Quand je ne mange pas à la maison, je sors plus avec mes amis. Manger à l'extérieur, c'est aussi l'occasion de se voir, de sortir ensemble et de manger un truc tous ensemble* ». Par ailleurs, le N1 relativise l'idée d'une précarité alimentaire généralisée à Molenbeek-Saint-Jean. De son côté, la participante N2 considère qu'il est possible de manger sainement sans dépenses importantes, affirmant que « bien manger ne demande pas forcément beaucoup d'argent » et que « on peut manger sainement sans dépenser trop ».

II.3.4.2. Déterminants culturels

Sur le plan culturel, les habitudes alimentaires et les préférences gustatives jouent également un rôle déterminant dans les pratiques observées. Deux des habitants (N2 et N5) mettent en avant l'importance des traditions culinaires, transmises au sein de la famille et ancrées dans des identités culturelles spécifiques (ex. : personnes originaires du Maghreb). Ces traditions valorisent souvent des repas faits maison, préparés à partir d'ingrédients bruts, et associés à des moments de partage et de convivialité. Elles peuvent ainsi constituer un repère stable pour la famille et les enfants, ainsi qu'un facteur de protection face à la consommation excessive d'AUT : « *Je cuisine surtout à la maison (...) Je fais des plats traditionnels (...) Pour mon fils,*

je prépare moi-même, par exemple, des tacos maison, pas achetés dehors (...) Je fais surtout attention à ce que je donne à manger à mon fils (...) Je veux préserver sa santé. » (N2).

Cependant, d'autres participants décrivent une transformation progressive de leurs habitudes alimentaires, influencée par les contraintes du quotidien, les rythmes de vie accélérés et l'évolution de l'offre alimentaire. Dans ce contexte, les aliments plus pratiques et plus rapides à consommer, dont les AUT, occupent une place croissante. Cette évolution s'accompagne parfois d'une adaptation des préférences gustatives, notamment chez les plus jeunes, davantage exposés à ces produits. Ainsi, les pratiques alimentaires apparaissent comme le résultat d'un équilibre entre héritage culturel et ajustements aux réalités contemporaines.

Les professionnels de santé du groupe 2 confirment également l'influence des conditions socio-économiques, tout en mettant davantage l'accent sur les dimensions socio-culturelles. Selon eux, les choix alimentaires seraient influencés par l'éducation et la culture, parfois davantage que par le prix : *« Les conditions socio-économiques influencent surtout les choix alimentaires à travers l'éducation et la culture, plus que par le prix. » (N11).* Leurs observations mettent en évidence le caractère multidimensionnel et ambivalent du facteur culturel. D'une part, certaines traditions culinaires favorisent la préparation de repas faits maison, le partage familial et une alimentation moins basée sur les produits ultra-transformés. D'autre part, certaines habitudes culturelles peuvent également encourager la consommation d'aliments riches en sucres ou en graisses : *« Les traditions culturelles jouent aussi un rôle important, notamment dans le rapport au sucre et aux graisses saturées. Une grande partie de ma patientèle est d'origine maghrébine, et dans ce groupe, je remarque une consommation plus importante d'aliments riches, souvent consommés à l'extérieur. » (N12).*

Ainsi, les professionnels soulignent que la culture ne constitue pas un facteur univoque, mais un ensemble de pratiques, de normes et de représentations susceptibles d'agir de manière différente, voire contradictoire, sur les comportements alimentaires.

Enfin, le participant N14, conseiller communal à Molenbeek-Saint-Jean, souligne l'influence croissante des réseaux sociaux (facteur identitaire), en particulier chez les jeunes, qui rendent ces produits plus visibles et attractifs : *« Les réseaux sociaux jouent également un rôle important, en particulier auprès des jeunes ».*

II.3.4.3. Autres déterminants

Enfin, le niveau d'information et les connaissances nutritionnelles influencent également les pratiques alimentaires, mais leur effet demeure limité par les conditions de vie concrètes des habitants. En effet, même lorsqu'ils disposent de repères nutritionnels, leurs choix restent fortement conditionnés par des contraintes telles que le budget disponible, l'accès aux commerces, le temps dont ils disposent pour cuisiner, ou encore l'organisation quotidienne (travail, famille...). Autrement dit, les réalités matérielles et le contexte de vie peuvent freiner la mise en pratique des connaissances, en orientant les décisions vers des options plus accessibles, plus rapides ou plus économiques, telles que les AUT.

II.3.5. Environnement alimentaire local

L'environnement alimentaire de Molenbeek-Saint-Jean apparaît comme un facteur déterminant des pratiques observées. Les habitants du groupe 1 décrivent une forte présence, dans leur commune, de fast-foods, de snacks et de commerces proposant des produits à bas prix, ce qui facilite l'accès aux AUT. Cette disponibilité est perçue par plusieurs participants comme un facteur influençant leurs choix alimentaires, notamment en raison de sa proximité et de sa facilité d'accès.

Toutefois, cette influence n'est pas perçue de manière uniforme. Le participant N4 relativise cet impact en soulignant que la présence de nombreux points de vente n'implique pas nécessairement une consommation accrue : *« Peu importe où l'on regarde, il y a soit un restaurant, un snack ou des épiceries à perte de vue (...) Ce n'est pas parce que j'ai plusieurs snacks ou fast-foods dans mon quartier que je vais forcément manger des hamburgers ou des frites tous les jours. »* (N4).

Par ailleurs, certains participants évoquent un accès plus limité à des produits frais ou de qualité dans leur commerce, ainsi que des prix jugés moins abordables, ce qui peut restreindre l'achat de ces produits. Le participant N1, qui est le plus âgé de l'échantillon du groupe 1 (62 ans) et qui vit à Molenbeek-Saint-Jean depuis plus de 41 ans, souligne au contraire la diversité de l'offre alimentaire locale et la possibilité d'accéder à des produits sains, notamment via les marchés : *« Elle est variée. On trouve de tout (...) Personnellement, non. Je mange surtout à la*

maison (...) C'est tout à fait possible, surtout au marché (...) Il faut juste savoir où aller. » (N1). Son fort ancrage dans la commune et sa connaissance des ressources locales peuvent en partie expliquer cette perception plus positive de l'environnement alimentaire.

Les professionnels de santé (groupe 2) et les acteurs politiques et institutionnels (groupe 3) confirment ces constats, tout en apportant un regard plus nuancé sur la structuration de l'offre alimentaire à Molenbeek-Saint-Jean. Ils décrivent un environnement caractérisé par une grande diversité de points de vente, incluant à la fois des produits transformés et des produits frais : *« L'offre alimentaire est très variée. On y trouve de nombreux supermarchés, magasins de proximité, fast-foods, snacks et restaurants. Il y a à la fois beaucoup de produits transformés et de produits frais. »* (N11). Cependant, ils soulignent également certaines limites, notamment la faible présence de commerces spécialisés proposant des produits plus sains ou biologiques : *« Par contre, il y a très peu d'épiceries bio ou de magasins spécialisés proposant des graines, des produits naturels ou des alternatives plus saines. »* (N11).

Enfin, selon la participante N13 (professionnelle de la santé), des différences sont observées au sein même de la commune, certains quartiers étant davantage marqués par la présence de restauration rapide : *« Dans le haut de Molenbeek, je ne trouve pas qu'il y ait énormément plus de fast-foods, mais il y a peu de magasins bio. Dans le bas de la commune, en revanche, on observe une forte concentration de restauration rapide. »* (N13).

Par ailleurs, la participante N15, conseillère en politiques de santé au sein du cabinet ministériel bruxellois et en charge des questions de promotion de la santé et de prévention, souligne que l'alimentation ne relève pas uniquement de choix individuels, mais s'inscrit également dans un cadre plus large, influencé par l'environnement, la culture et les valeurs.

En conclusion, ces résultats montrent que l'environnement alimentaire local joue un rôle important en facilitant l'accès aux AUT. Toutefois, son impact varie selon les perceptions, les ressources et les stratégies individuelles des habitants, ce qui souligne l'importance d'analyser ces pratiques à l'intersection entre contraintes environnementales (offre, prix, accessibilité, conditions de vie) et marges de choix individuelles (préférences, connaissances, habitudes). Elles ne relèvent donc ni uniquement de l'environnement, ni seulement des choix personnels, mais de leur interaction : les habitants ne sont ni entièrement contraints, ni totalement libres dans leurs décisions.

II.3.6. Santé publique et leviers d'action

II.3.6.1. Effets perçus des AUT sur la santé

Les résultats mettent en évidence une prise de conscience variable des enjeux de santé publique liés à la consommation d'AUT.

Chez les habitants, un lien entre alimentation et santé est largement reconnu, notamment à travers l'évocation de pathologies telles que le diabète, l'obésité ou les maladies cardiovasculaires. Les AUT sont ainsi perçus comme « trop gras », « trop sucrés » ou globalement « mauvais pour la santé » : *« Ça favorise l'obésité et le diabète. »* (N5). Toutefois, cette perception reste parfois générale et peu détaillée. Certains habitants reconnaissent les risques sur le long terme sans pour autant les intégrer pleinement dans leurs pratiques : *« Ce sont des effets qu'on ne voit pas forcément maintenant, mais plus tard (...) Surtout des problèmes de digestion, mais aussi l'obésité, le diabète, et peut-être des risques cancérigènes. »* (N8)

Par ailleurs, un des participants adopte une posture plus nuancée, considérant que les effets peuvent être observés à long terme sur la santé et qu'ils dépendent surtout de la fréquence ou de la quantité consommée : *« Sur le long terme, je suis convaincue que ça peut nuire à la santé, surtout quand on en consomme régulièrement. On sait que ça peut favoriser des problèmes comme le diabète ou un taux de cholestérol élevé, et derrière, ça peut aussi déboucher sur d'autres problèmes cardiovasculaires. »* (N4)

Du côté des professionnels de santé, les AUT sont clairement identifiés comme un facteur contribuant aux problématiques de santé observées sur le terrain. Ils évoquent notamment leur implication dans les maladies chroniques : *« Je vois souvent chez les adultes et les personnes âgées en surpoids ou obèses et une association de diabète, d'hypertension et d'hypercholestérolémie. Cette combinaison est très néfaste pour la santé et augmente le risque de maladies cardiovasculaires à long terme. »* (N12)

Ils soulignent également la banalisation de ces produits dans les habitudes alimentaires des habitants et le fait que beaucoup de leurs patients consomment des sodas ou des snacks, sans

forcément se rendre compte de l'impact sur leur santé : « La plupart savent que ce n'est pas sain de manière générale, mais sans forcément connaître les conséquences précises. » (N11)

Les acteurs politiques et institutionnels (groupe 3) confirment également ces constats, en mettant en évidence le lien entre conditions de vie et santé : « *Quand les gens ne savent pas se loger correctement ou payer une veste à leur enfant, l'alimentation saine n'est pas la priorité (...) Il y a aussi des facteurs culturels possibles. J'ai lu des choses sur certaines populations où le sucre et le diabète sont plus fréquents, et des habitudes alimentaires ont évolué ici par rapport au pays d'origine (...) Dans certains quartiers, des gosses mangent du snack tous les soirs, parce que c'est moins cher et plus facile.* » (N15)

Il convient toutefois de préciser que la participante N15 ne dispose pas d'une expérience de terrain directe sur cette problématique et que son discours repose principalement sur des connaissances issues de la littérature.

II.3.6.2. Initiatives existantes

Les résultats de notre étude montrent que plusieurs initiatives existent pour promouvoir une alimentation plus saine à l'échelle locale, bien que leur visibilité et leur accessibilité restent variables selon les participants. En effet, certains habitants participants mentionnent l'existence de marchés locaux, d'ateliers culinaires ou de projets associatifs favorisant l'accès à des produits frais et à des pratiques alimentaires plus équilibrées. Toutefois, ces initiatives semblent encore peu connues ou peu mobilisées par une partie de la population.

Les acteurs de terrain du groupe 3 soulignent l'importance de ces dispositifs, notamment pour sensibiliser les habitants, renforcer le lien social et développer certaines compétences, comme la cuisine ou la gestion du budget alimentaire. Ils mettent en avant plusieurs initiatives locales, telles que les ateliers cuisine, les potagers urbains ou encore les actions de redistribution alimentaire : « *On travaille avec l'équipe du plan Good Food (Bruxelles Environnement) : eux se focalisent sur la qualité de l'offre (potagers, maraîchage...), nous davantage sur les comportements et la promotion de la santé* » (N15).

Cependant, les professionnels du groupe 2 soulignent également plusieurs limites à ces initiatives. D'une part, leur portée reste restreinte et ne permet pas de toucher l'ensemble de la

population concernée. D'autre part, ces actions sont souvent ponctuelles et manquent de continuité dans le temps. Enfin, elles peinent à atteindre et mobiliser les publics les plus précarisés, et les plus concernés, en raison de contraintes telles que le manque de temps, de ressources ou de disponibilité.

Plusieurs participants du groupe illustrent ces difficultés. N12 évoque des initiatives limitées et peu structurées, reposant notamment sur des contacts ponctuels avec certaines entreprises proposant des échantillons alimentaires ou des compléments distribués gratuitement aux patients. De son côté, N13 affirme ne connaître aucune initiative locale malgré plus de vingt ans d'expérience professionnelle à Molenbeek. Enfin, N14 met en avant l'existence d'une fracture numérique au sein de la population, qui constitue un frein important à l'accès à l'information sur les actions et initiatives locales.

II.3.6.3. Rôle perçu des acteurs de la santé

Les professionnels de santé apparaissent comme des acteurs clés dans la sensibilisation aux enjeux alimentaires. Leur rôle est principalement perçu, tant par les habitants que par eux-mêmes, à travers l'information, la prévention et l'accompagnement des patients : *« Les acteurs de santé ont un rôle central à jouer. Ils sont en première ligne, que ce soit le médecin traitant ou les professionnels rencontrés aux urgences. Leur rôle est de sensibiliser les patients, de rappeler les bonnes pratiques alimentaires et d'encourager un suivi auprès de professionnels comme les diététiciens ou les cardiologues. »* (N11)

Ils indiquent qu'ils abordent régulièrement la question de l'alimentation lors des consultations, notamment lors du suivi des pathologies chroniques. Néanmoins, ils mettent en avant certaines limites, liées notamment au temps restreint dont ils disposent et à la difficulté à faire évoluer des habitudes bien ancrées.

De leur côté, plusieurs habitants reconnaissent leur légitimité sur ces questions, mais l'influence de leurs conseils demeure inégale. Si certains déclarent les suivre, d'autres soulignent un écart entre les recommandations reçues et les contraintes de leur quotidien. En revanche, deux participants sur dix indiquent ne recevoir aucune information sur ces thématiques de la part des professionnels de santé.

Enfin, les acteurs institutionnels insistent sur la nécessité d'une approche multidisciplinaire, mobilisant différents secteurs (santé, social, éducation), afin d'agir plus efficacement sur les déterminants de l'alimentation.

II.3.6.4. Limites des actions actuelles

L'analyse des résultats de notre étude met en évidence plusieurs limites citées par les participants dans les actions actuelles en matière de promotion d'une alimentation saine :

- **Contraintes socio-économiques et environnementales** : les conditions de vie constituent un frein majeur, notamment le coût des aliments (8 habitants sur 10), le manque de temps (9 habitants sur 10), ainsi que l'environnement alimentaire, qui restreignent la capacité des individus à faire évoluer leurs pratiques.
- **Limites des approches centrées sur l'individu** : les professionnels de santé ainsi que les acteurs institutionnels soulignent que l'information et la sensibilisation, bien qu'essentielles, restent insuffisantes pour entraîner des changements durables en l'absence de conditions structurelles favorables.
- **Manque d'adaptation aux réalités locales** : certaines actions sont perçues par les habitants comme insuffisamment adaptées à leurs besoins et à leurs conditions de vie. La professionnelle de santé N11 souligne notamment que ces initiatives restent insuffisantes pour compenser un environnement particulièrement favorable aux AUT à Molenbeek-Saint-Jean. Si des informations de santé sont bien diffusées, elles ne suffisent pas, à elles seules, à faire évoluer les pratiques alimentaires. Par ailleurs, le coût des fruits et légumes constitue un frein supplémentaire pour certaines familles, en particulier les familles nombreuses, ce qui limite leur accès à une alimentation plus saine.
- **Manque de coordination entre les acteurs** : enfin, les professionnels de la santé évoquent également un manque de coordination entre les différents intervenants et dispositifs, ce qui peut freiner la mise en place d'actions cohérentes et durables : « *Il existe quelques initiatives ponctuelles, comme des distributions de produits ou des ateliers alimentaires pour les enfants, mais elles restent assez rares et peu structurées.* » (N12).

II.3.6.5. Solutions et alternatives proposées

Plusieurs pistes d'action émergent des entretiens, traduisant une volonté, par l'ensemble des participants de l'échantillonnage, de faire évoluer l'accès à une alimentation plus saine :

1. Agir sur l'accessibilité et l'environnement alimentaire

Une première série de propositions a pour objectif de faciliter l'accès aux aliments sains, en particulier pour les ménages à faible revenu. Cela inclut notamment des mesures tarifaires visant à réduire les inégalités d'accès aux ressources financières.

Par ailleurs, plusieurs participants soulignent l'importance d'agir sur l'environnement alimentaire local, en régulant l'offre (notamment par des taxes sur les AUT) et en favorisant l'implantation de commerces proposant des produits de meilleure qualité (par exemple des commerces bio). L'objectif est de rendre les choix favorables à la santé plus accessibles au quotidien des habitants.

2. Renforcer l'éducation et la sensibilisation

Le renforcement de l'information et de l'éducation nutritionnelle constitue un autre levier central, notamment dès le plus jeune âge. L'ensemble des participants insiste sur le rôle clé de l'école dans la construction des habitudes alimentaires : « *Il faut agir à la base, donc à l'école, de la maternelle jusqu'à l'université (...) Sensibiliser, informer, répéter, sans culpabiliser* » (N13). Cette approche permet de développer des connaissances et des repères durables, tout en évitant de culpabiliser les individus.

3. Soutenir les initiatives locales et communautaires

Les participants mettent également en avant l'intérêt de soutenir et de développer des initiatives locales, telles que les ateliers de cuisine, les projets communautaires ou encore les potagers urbains. Ces actions permettent de renforcer les compétences, de favoriser le lien social et de proposer des alternatives concrètes aux pratiques alimentaires existantes.

4. Développer une approche globale et systémique

Les professionnels de santé ainsi que les acteurs politiques et institutionnels insistent sur le fait que ces actions ne peuvent reposer uniquement sur la responsabilité individuelle. Ils plaident pour une approche plus globale, intégrant des dimensions sociales, économiques et environnementales, afin de favoriser des changements durables.

Dans cette perspective, ils soulignent la nécessité de politiques publiques plus systémiques, agissant en profondeur sur les conditions de vie et l'organisation du système alimentaire. L'objectif est de réduire les inégalités d'accès à une alimentation de qualité et d'agir sur les déterminants sociaux de la santé.

Leviers et perspectives d'action politique

Plusieurs pistes sont évoquées au niveau institutionnel :

- Des réflexions sont en cours aux niveaux régional et fédéral, notamment autour de la fiscalité des produits alimentaires en tant que levier de régulation ou de développement d'espaces verts et de potagers urbains. Toutefois, un manque de coordination et de renforcement de ces initiatives est souligné (N14).
- Des plans existants, tels que le plan Good Food ou le plan de promotion de la santé, continuent d'être mis en œuvre. Néanmoins, leur évolution reste limitée dans le contexte politique actuel à Bruxelles, marqué par l'absence d'un gouvernement en plein exercice. Cette situation freine le développement de nouvelles orientations. La complexité institutionnelle belge, qualifiée de « *lasagne institutionnelle* », est également évoquée (N15).
- Parmi les leviers identifiés figurent notamment l'éducation alimentaire à l'école, l'action sur les déterminants socio-économiques (revenu, emploi, logement), la régulation du marketing et de la publicité, ainsi que l'aménagement de l'environnement alimentaire (par exemple, la limitation de l'implantation des fast-foods).
- Certaines propositions plus ambitieuses sont présentées, comme le renforcement des actions de sensibilisation, la mise en place d'une forme de sécurité sociale alimentaire (un budget dédié à l'achat de produits sains), le rôle central de l'école dans la construction de repères alimentaires, ou encore la régulation de la publicité sans interdiction totale.
- L'amélioration de l'offre alimentaire est également mentionnée, notamment à travers des outils tels que le Nutri-Score. Toutefois, l'actrice institutionnelle N16 souligne que ces mesures restent actuellement à l'état de recommandations générales et que leur mise en œuvre demeure incertaine dans le contexte institutionnel bruxellois actuel.

II.3.7. Conclusion intermédiaire

Les résultats de cette étude confirment la nécessité d'adopter une approche globale pour comprendre les comportements alimentaires.

L'analyse des entretiens révèle que les pratiques alimentaires liées aux AUT à Molenbeek-Saint-Jean sont complexes. Ces pratiques ne résultent pas uniquement de choix individuels, mais émergent d'une interaction entre contraintes socio-économiques, dimensions culturelles, organisation de la vie quotidienne et environnement alimentaire local. Les discours recueillis soulignent également des tensions et des contradictions entre les différents groupes de l'échantillon, illustrant la diversité et la complexité des facteurs impliqués.

Les AUT occupent une place importante dans les habitudes alimentaires des habitants, bien que leur consommation varie selon les profils et contextes de vie. Cette consommation répond à des logiques de praticité, de rapidité et d'adaptation aux contraintes quotidiennes, notamment liées au travail, aux responsabilités familiales ou aux rythmes de vie. Il reste difficile de distinguer précisément les causes des conséquences. La forte consommation d'AUT est à la fois favorisée par une offre alimentaire abondante et contribue au maintien de cette offre dans l'environnement local.

Les résultats soulignent également l'ambivalence des facteurs culturels. Certaines traditions culinaires et pratiques familiales encouragent la préparation de repas faits maison, constituant ainsi un facteur protecteur contre les AUT. À l'inverse, d'autres habitudes culturelles favorisent la consommation d'aliments riches en sucres et en graisses ou privilégient les repas pris à l'extérieur du domicile. La culture se présente donc comme un facteur multidimensionnel, susceptible d'exercer des influences diverses, voire contradictoires, sur les comportements alimentaires.

Par ailleurs, les conditions de vie se révèlent déterminantes. Les contraintes économiques, le manque de temps, ainsi que les habitudes culturelles et familiales influencent les choix alimentaires. Toutefois, ces facteurs n'exercent pas une influence homogène. Certains participants nuancent leur impact et soulignent l'importance d'autres dimensions telles que le mode de vie ou les préférences individuelles.

L'environnement alimentaire local, caractérisé par une forte présence d'AUT, influence également les pratiques alimentaires. Cependant, plusieurs habitants indiquent que cette influence demeure partielle et dépend des ressources, des connaissances et des stratégies d'adaptation propres à chaque individu.

Enfin, bien que les enjeux de santé publique soient reconnus par l'ensemble des acteurs, les limites des actions actuelles soulignent la nécessité de renforcer des approches plus systémiques et coordonnées, mieux adaptées aux réalités locales et aux conditions de vie des populations. Les résultats indiquent que la consommation d'AUT résulte d'un ensemble de facteurs imbriqués, parfois complémentaires, parfois contradictoires, nécessitant des réponses à la fois individuelles, environnementales et structurelles.

II.4. DISCUSSION

II.4.1. Croisement des résultats avec la littérature scientifique

II.4.1.1. Une consommation d'AUT qui s'inscrit dans les contraintes du quotidien

Les résultats de notre étude mettent en évidence une consommation d'AUT au quotidien chez les participants, bien que sa fréquence varie selon les profils et les situations. Les entretiens montrent que cette consommation est souvent associée à des contraintes pratiques, telles que le manque de temps, la fatigue, les horaires de travail ou encore l'organisation de la vie familiale, mais aussi à des contraintes financières. Dans ce contexte, les AUT apparaissent pour plusieurs participants comme des solutions pratiques permettant de s'adapter aux exigences de la vie quotidienne : ils sont rapides à préparer, facilement accessibles et généralement moins coûteux. Pour certains participants, le recours aux AUT permet de répondre à plusieurs contraintes simultanément, notamment gérer un budget limité, gagner du temps ou simplifier l'organisation des repas dans un quotidien chargé.

Ce constat rejoint les travaux de Djupegot et al. (2017) et Barbosa et al. (2023), qui montrent que les rythmes de vie contemporains favorisent le recours à des aliments prêts à consommer. Toutefois, les entretiens soulignent également que cette consommation ne peut être expliquée uniquement par des considérations pratiques ou individuelles. Les participants mettent également en évidence l'omniprésence de ces produits dans leur environnement alimentaire, à travers les snacks, les fast-foods, les commerces de proximité et les magasins discount. Cela renvoie à des logiques industrielles et commerciales plus vastes, où les AUT sont largement diffusés, rendus visibles et facilement accessibles. Comme le soulignent Monteiro et al. (2019), cette diffusion s'inscrit dans des stratégies économiques visant à promouvoir des produits standardisés, attractifs et rentables.

Ces résultats s'inscrivent dans le processus de transition nutritionnelle à l'échelle mondiale, caractérisé par une augmentation de la consommation de produits industriels au détriment des aliments peu transformés (Popkin, 2009). Comme le souligne la littérature, cette transition

s'accompagne d'une standardisation des régimes alimentaires et d'une perte progressive des pratiques culinaires traditionnelles (Monteiro et al., 2019 ; Moodie et al., 2013). Ainsi, les choix alimentaires apparaissent non seulement contraints, mais aussi orientés par un système alimentaire globalisé.

De plus, le décalage entre connaissances nutritionnelles et comportements réels souligne les limites des stratégies basées uniquement sur l'information. Selon l'étude de Sciansano (2019), les comportements alimentaires sont largement influencés par des facteurs structurels tels que le niveau de revenu, l'accès économique aux aliments, l'offre alimentaire locale, les conditions de travail, le temps disponible pour cuisiner, ou encore le marketing alimentaire. Cela montre que les campagnes de sensibilisation restent faibles si elles ne s'accompagnent pas de changements dans l'environnement.

II.4.1.2. Le poids des déterminants socio-économiques et culturels

Les résultats confirment le rôle central des déterminants socio-économiques, notamment à travers le coût des aliments et les contraintes temporelles. Ils rejoignent les travaux de Darmon et Drewnowski (2008), qui montrent que les régimes alimentaires les plus sains sont associés aux groupes socio-économiques favorisés, tandis que les populations défavorisées consomment davantage de produits ultra-transformés et à faible coût.

Cette réalité apparaît également dans les entretiens menés. Au sein du groupe 1, le participant N4, employé, explique que sa stabilité professionnelle ainsi que certains avantages liés à son emploi, comme les chèques-repas, facilitent son accès à une alimentation qu'il considère comme plus saine (produits frais et bio).

Dans la même logique, Vandevijvere et al. (2020) montrent que les aliments ultra-transformés sont nettement moins coûteux que les aliments peu transformés, ce qui influence les choix alimentaires des ménages à faibles revenus. Ces résultats s'inscrivent dans le cadre des inégalités sociales de santé, où l'accès à une alimentation saine dépend en grande partie des ressources économiques (Sciansano, 2019).

Le Health Status Report de Sciensano (2019) met d'ailleurs en évidence ces disparités : les ménages disposant de revenus plus faibles ou d'un niveau d'éducation plus faible consomment moins de fruits et légumes, mais davantage de produits sucrés.

Cependant, notre étude nuance cette approche en montrant que le facteur économique ne suffit pas à expliquer les comportements alimentaires. Plusieurs participants (habitants, professionnels de santé et acteurs institutionnels) mettent en avant le rôle du mode de vie urbain, des habitudes sociales et des préférences individuelles. Cette diversité de discours confirme que les pratiques alimentaires relèvent d'un système de déterminants imbriqués. Comme le souligne Poulain (2026), l'acte alimentaire est un fait social, structuré par des normes, des valeurs et des contraintes collectives.

Par ailleurs, les professionnels de santé et les acteurs institutionnels insistent sur le rôle du niveau d'instruction, ce qui rejoint les analyses de Sciensano (2019), selon lesquelles un niveau d'instruction plus élevé est associé à une alimentation de meilleure qualité. Néanmoins, cette relation doit être interprétée avec prudence : le niveau d'éducation ne garantit pas à lui seul des pratiques alimentaires favorables à la santé, notamment lorsque les contraintes matérielles restent fortes.

II.4.1.3. L'influence de l'environnement alimentaire local

L'environnement alimentaire de Molenbeek-Saint-Jean, marqué par une forte présence d'AUT et de commerces de restauration rapide, apparaît comme un facteur influençant les pratiques alimentaires des habitants. À titre d'exemple, la densité de restaurants rapides y est nettement plus élevée qu'à Uccle, avec 51,9 établissements par km² contre 15 par km², soit environ trois fois plus.

Ce constat s'inscrit dans le concept d'environnement obésogène développé par Swinburn et al. (2011), selon lequel les caractéristiques du milieu de vie favorisent une consommation excessive d'AUT, souvent de manière inconsciente.

Swinburn et al. (2011) qualifient cette dynamique de « *surconsommation passive d'énergie* », c'est-à-dire une situation dans laquelle l'individu absorbe davantage de calories qu'il n'en dépense, sans en avoir pleinement conscience et sans que cela résulte d'un choix intentionnel.

Cette notion permet ici de comprendre que les individus ne consomment pas nécessairement davantage par choix, mais parce que leur environnement rend ce comportement plus plausible. Cette perspective remet en question une vision individualisante des comportements alimentaires.

Ces mécanismes ont été mis en évidence de manière expérimentale par une étude du National Institutes of Health (NIH) (Hall KD et al., 2019), qui montre que la consommation d'aliments ultra-transformés entraîne spontanément une augmentation de l'apport calorique. Dans cette étude, les participants consommaient en moyenne 500 calories de plus par jour lorsqu'ils avaient accès à des AUT, ce qui s'est traduit par une prise de poids, alors même que les repas étaient équivalents en termes de nutriments (sucres, graisses, protéines). Ces résultats suggèrent que les caractéristiques propres aux AUT (densité énergétique, texture, vitesse de consommation, palatabilité) favorisent une ingestion accrue sans que les individus en aient pleinement conscience, renforçant ainsi l'idée de « *surconsommation passive* ».

Toutefois, les résultats montrent que l'environnement n'agit pas de manière déterminante. Certains habitants participants évoquent leur capacité à faire des choix alimentaires différents malgré l'offre disponible.

II.4.1.4. Les limites des approches individuelles

L'un des principaux résultats de cette étude met en évidence un décalage entre les intentions exprimées et les pratiques alimentaires réelles. Bien que plusieurs participants manifestent une volonté d'adopter une alimentation plus saine, ils se heurtent à diverses contraintes, telles que les difficultés financières, le manque de temps, les horaires de travail ou encore les exigences liées à la vie familiale.

Ce décalage illustre les limites des approches centrées sur la responsabilisation individuelle. Les travaux sur la justice alimentaire montrent que l'accès à une alimentation saine dépend de facteurs économiques, sociaux et territoriaux, et ne peut être réduit à une question de choix individuel (Murray et al., 2023).

Ces résultats rejoignent également les travaux de Poulain (2026), qui montrent que les comportements alimentaires ne dépendent pas uniquement de choix individuels, mais qu'ils sont fortement influencés par l'environnement social et les normes collectives. Ainsi, les politiques de santé publique, centrées principalement sur le changement des comportements individuels, semblent limitées, voire peu adaptées, lorsqu'elles ne tiennent pas suffisamment compte des réalités sociales et des contraintes structurelles auxquelles les individus sont confrontés.

II.4.1.5. Enjeux de santé publique et limites des actions actuelles

Les résultats montrent une reconnaissance des risques liés à la consommation d'AUT, en particulier par les professionnels de santé. Ces observations sont cohérentes avec la littérature scientifique, qui établit un lien entre la consommation d'AUT et les maladies non transmissibles, telles que l'obésité, le diabète ou certains cancers (Fiolet et al., 2018 ; Giménez-Fernandez et al., 2023).

Cependant, les habitants comme les professionnels mettent clairement en évidence les limites des actions actuellement mises en place. Ils soulignent notamment un manque d'adaptation aux réalités du terrain, une accessibilité parfois insuffisante aux alternatives alimentaires plus saines, ainsi que la difficulté à changer des habitudes alimentaires déjà bien ancrées au quotidien.

Ces constats confirment les critiques formulées à l'égard des politiques de prévention axées sur l'information. Comme le rappelle Sciensano (2024), l'environnement alimentaire, le marketing et les conditions de vie jouent un rôle majeur dans les comportements alimentaires, ce qui limite l'efficacité des interventions individuelles.

Ils s'inscrivent également dans la continuité des limites observées concernant les mesures fiscales, notamment la taxation des boissons sucrées en Belgique (SPF Finance, 2026). Bien que reconnue à l'échelle internationale comme un levier pertinent de santé publique, cette taxe semble, dans sa forme actuelle, produire des effets modestes sur les comportements de consommation. Plusieurs analyses (TestAchat, 2019 ; Eurostat, 2021) soulignent qu'elle s'apparente davantage à une mesure budgétaire qu'à une véritable politique de prévention, d'autant plus que la consommation de boissons sucrées demeure élevée. Ces éléments suggèrent

que les outils fiscaux, lorsqu'ils sont appliqués isolément, ne suffisent pas à entraîner des changements significatifs.

Enfin, les résultats mettent en évidence que les politiques actuellement menées aux niveaux régional et fédéral apparaissent insuffisamment coordonnées et peu adaptées aux réalités locales. Ce manque de cohérence et d'ancrage local limite leur efficacité, notamment dans la réduction des inégalités sociales de santé.

II.4.1.6. Vers une approche systémique : pistes de solutions

Les propositions formulées par les participants convergent vers une approche plus systémique de l'alimentation, en accord avec les recommandations internationales en santé publique :

- Améliorer l'accessibilité économique des aliments sains représente un levier majeur. L'accès économique aux aliments sains s'inscrit dans les travaux sur les inégalités et la justice alimentaires (Murray et al., 2023 ; CCNDS, 2025).
- Renforcer l'éducation nutritionnelle, notamment dès le plus jeune âge, constitue également un levier important, mais son efficacité dépend des conditions dans lesquelles elle est appliquée.
- Le changement de l'environnement alimentaire, la régulation de l'offre, la limitation du marketing et l'aménagement urbain figurent parmi les recommandations de l'OMS et de la FAO (2019). Ces recommandations appellent à des actions multisectorielles sur les systèmes alimentaires.
- Enfin, le développement d'initiatives locales permet d'adapter les actions aux réalités des populations et de renforcer leur appropriation. Toutefois, ces initiatives restent souvent limitées en termes de portée et de pérennité.

Dans ce contexte, la mise en place de politiques publiques intégrées apparaît essentielle. Celles-ci doivent agir simultanément sur les déterminants individuels, sociaux et environnementaux, afin de réduire les inégalités d'accès à une alimentation saine et de promouvoir une véritable justice alimentaire.

II.4.1.7. Conclusion

En résumé, notre étude montre que la consommation d'AUT à Molenbeek-Saint-Jean ne peut être expliquée uniquement par les comportements individuels. Elle s'inscrit dans une réalité plus large, influencée par les conditions socio-économiques, les contraintes du quotidien, les habitudes culturelles ainsi que par l'environnement alimentaire local, marqué par une forte présence de commerces proposant des produits ultra-transformés à bas prix.

Ces résultats s'inscrivent dans la continuité de la littérature scientifique, qui met en évidence le rôle central des déterminants sociaux de la santé dans les pratiques alimentaires. De nombreux travaux montrent que les choix alimentaires sont fortement influencés par des facteurs tels que le revenu, le niveau d'éducation, l'accessibilité de l'offre alimentaire ou encore les conditions de vie, et que les environnements défavorisés favorisent davantage le recours à des produits ultra-transformés. La littérature souligne également les limites des approches centrées uniquement sur l'information et la responsabilisation individuelle, montrant qu'elles sont peu efficaces lorsque les contraintes structurelles ne sont pas prises en compte.

Cependant, notre étude apporte également plusieurs nuances importantes à ces constats plus généralistes. Les entretiens révèlent des réalités parfois contradictoires, aussi bien entre les différents groupes interrogés qu'au sein d'un même groupe. Par exemple, certains acteurs institutionnels mettent en avant un faible niveau de littératie en santé chez les habitants, alors que plusieurs participants du groupe 1 démontrent, au contraire, une conscience des risques liés aux AUT. Cette contradiction peut notamment s'expliquer par le fait que certains discours institutionnels reposent davantage sur des données issues de la littérature que sur une expérience de terrain directe. Cela souligne l'intérêt d'un travail de proximité à l'échelle locale pour mieux comprendre les réalités vécues par les habitants et leurs besoins concrets.

L'étude met également en évidence que les habitants ne sont pas un groupe homogène. Malgré des contraintes économiques parfois importantes, certains participants déclarent parvenir à maintenir une alimentation qu'ils considèrent comme relativement saine. C'est notamment le cas de N1, en situation d'invalidité, ou de N2, bénéficiaire du CPAS, qui décrivent différentes stratégies d'adaptation leur permettant de limiter leur consommation d'AUT. Ces résultats montrent que les pratiques alimentaires ne dépendent pas uniquement du niveau socio-

économique, mais aussi des ressources personnelles, des habitudes acquises et des capacités d'organisation de chacun.

Par ailleurs, les contradictions observées dans les discours ne doivent pas être perçues comme des incohérences à éliminer, mais plutôt comme le reflet de la complexité des pratiques alimentaires et des réalités sociales. Les participants expriment parfois des perceptions ambivalentes, reconnaissant à la fois les risques des AUT et leur utilité dans certaines situations du quotidien. Cette ambivalence met en évidence les tensions permanentes entre les enjeux de santé, les contraintes matérielles et les logiques pratiques qui structurent les choix alimentaires.

Enfin, ces résultats soulignent l'importance de développer des interventions de santé publique plus étendues et mieux adaptées aux réalités locales. Au-delà de la sensibilisation individuelle, les actions devraient porter sur les conditions de vie, l'accessibilité économique des aliments sains et l'environnement alimentaire, afin de réduire les inégalités sociales liées à l'alimentation dans une perspective de justice alimentaire.

II.4.2. Limites et biais de l'étude

II.4.2.1. Limites méthodologiques

Le choix de la méthode utilisée pour réaliser l'étude est l'entretien individuel semi-directif utilisant un questionnaire qualitatif. Ce type d'approche ne vise pas à étudier une population dans son ensemble, mais à approfondir un sujet spécifique. Cette méthode nous a ainsi permis de répondre en grande partie à notre question de recherche de départ.

Néanmoins, notre étude présente certaines limites méthodologiques. Tout d'abord, la taille de l'échantillon reste restreinte. Celui-ci se compose de 10 habitants de Molenbeek-Saint-Jean, de 3 professionnels de la santé et de 3 acteurs politiques et institutionnels aux niveaux local, régional et fédéral. Bien que cette diversité de profils permette de croiser différents points de vue, le nombre restreint de participants par groupe limite la représentativité des résultats.

Par ailleurs, certains sous-groupes apparaissent faiblement représentés, ce qui peut limiter la diversité des expériences et des discours recueillis. Ce déséquilibre peut également influencer l'analyse en accordant un poids plus important à certains points de vue qu'à d'autres. Ainsi, les résultats doivent être interprétés avec prudence et ne peuvent être généralisés, mais plutôt compris comme des éléments d'exploration permettant d'éclairer des tendances et des dynamiques propres au contexte étudié.

De plus, le mode de recrutement des participants, reposant en partie sur des réseaux existants et sur des volontaires, peut introduire un biais de sélection. Les personnes ayant accepté de participer sont susceptibles d'être déjà sensibilisées aux enjeux alimentaires, ce qui peut influencer les résultats. Par ailleurs, certaines difficultés de terrain ont été rencontrées, notamment une forme de méfiance chez certains habitants et des désistements, ce qui a pu limiter la diversité des profils interrogés. Une barrière linguistique a également été observée chez un participant d'origine pakistanaise, ce qui a pu limiter la profondeur des échanges. Enfin, des contraintes de temps ont été identifiées, tant du côté des participants, qui disposaient parfois de peu de temps à accorder, que dans l'organisation des entretiens, dont la durée avait été initialement sous-estimée.

Enfin, le recours à des entretiens qualitatifs, bien qu'il permette une compréhension fine des pratiques et des représentations, ne permet ni de quantifier les phénomènes observés ni d'établir des relations de causalité.

II.4.2.3. Biais de collecte et d'analyse

Lors de la collecte des données, s'appuyer sur les déclarations des participants engendre une variété de biais. Un biais de désirabilité sociale possible pourrait amener certains participants à se présenter dans un meilleur jour en ce qui concerne leurs pratiques alimentaires. D'autre part, le discours recueilli pourrait aussi être influencé par des biais de mémoire, les participants éprouvant des difficultés à se rappeler précisément leurs habitudes.

Une analyse qualitative suppose un élément de subjectivité inhérent à la démarche du chercheur. À l'inverse de la volonté de rigueur méthodologique du chercheur, l'analyse des données implique une subjectivité certaine dans leur traitement. La sélection des thèmes, leur hiérarchisation et leur interprétation reflètent en partie le regard de l'auteur. De plus, il existe un risque de surinterprétation, notamment lorsque certaines informations sont extrapolées au-delà de ce que permettent réellement les données recueillies.

II.4.2.4. Limites contextuelles et de généralisation

Les résultats de cette étude ont été collectés dans un contexte bien précis, celui de Molenbeek-Saint-Jean. Or, ils ne sont donc pas généralisables à l'ensemble de la population de Molenbeek-Saint-Jean ou de Bruxelles. Cette recherche est réalisée pour une connaissance approfondie des situations locales, et non pour leur représentativité statistique. Malgré cela, certains éléments peuvent s'avérer transférables d'un contexte à l'autre.

De plus, cette recherche est menée dans un contexte temporel bien précis. Les pratiques alimentaires sont des phénomènes potentiellement très variables selon la dynamique économique, politique et sociale propre à chaque contexte. De ce fait, les résultats fournis illustrent une situation dans un contexte donné et pourraient ne pas être représentatifs d'autres situations ou périodes.

II.4.2.5. Positionnement de l'étudiant-chercheur

Il est important de noter que la position du chercheur constitue également une limite. En effet, en tant qu'étudiant-chercheur, je suis influencé par mes attentes et mes représentations concernant l'étude de l'alimentation. Mon positionnement de recherche, ainsi que mes interactions avec les participants, ont pu influencer l'obtention et l'interprétation des résultats. Une grande attention a été accordée à l'adoption d'une posture de réflexion lors de la collecte des données, sans toutefois parvenir à en limiter l'impact.

III. RÉFLEXIONS ET PERSPECTIVES

III.1. Enjeux de santé à Molenbeek-Saint-Jean

Les résultats de cette étude mettent en évidence plusieurs enjeux de santé à Molenbeek-Saint-Jean, notamment en ce qui concerne les pratiques alimentaires et la consommation d'AUT. Cet enjeu s'inscrit dans un contexte d'inégalités sociales en matière de santé, où le cadre de vie de chaque personne influence ses habitudes alimentaires.

Tout d'abord, les résultats montrent que la consommation d'AUT s'inscrit largement dans le quotidien des habitants interrogés, même si les fréquences et les usages varient selon les profils. Leur praticité, leur disponibilité importante dans le quartier et leur coût souvent perçu comme plus accessible favorisent leur consommation. Plusieurs participants reconnaissent par ailleurs les risques associés à une consommation fréquente d'AUT, notamment pour la santé cardiovasculaire, le diabète et l'obésité. Toutefois, cette conscience des risques ne se traduit pas toujours par les habitudes alimentaires au quotidien. Les entretiens mettent en évidence que les contraintes liées au temps, au budget, à la fatigue ou à l'organisation familiale prennent souvent le dessus sur les recommandations nutritionnelles. Ces constats soulignent les limites des approches de prévention axées uniquement sur l'information et la responsabilisation individuelle.

Ensuite, notre étude met en lumière le rôle des déterminants socio-économiques dans les pratiques alimentaires. Le manque de temps, les contraintes budgétaires et les conditions de vie influencent directement les choix, souvent au détriment d'une alimentation perçue comme plus saine. Certains participants, malgré des situations de précarité, déclarent parvenir à maintenir une alimentation qu'ils jugent relativement équilibrée grâce à différentes stratégies d'adaptation. Cela montre que les pratiques alimentaires ne dépendent pas uniquement du niveau socio-économique, mais aussi des ressources individuelles, des habitudes et des capacités d'adaptation de chacun.

D'autre part, les dimensions culturelles et sociales jouent un rôle ambivalent. Si les traditions culinaires peuvent constituer un levier pour une alimentation plus saine, elles coexistent avec une évolution des habitudes vers des produits plus rapides et plus pratiques. Cette transition alimentaire, observée chez plusieurs participants, marque une évolution des pratiques alimentaires, en lien avec les transformations de ces modes de vie urbains. La forte densité de fast-foods à Molenbeek-Saint-Jean illustre cette réalité.

Néanmoins, les entretiens montrent que l'enjeu ne réside pas uniquement dans la présence des AUT, mais aussi dans l'accessibilité plus limitée des alternatives perçues comme plus saines. Les pratiques alimentaires apparaissent ainsi comme le résultat d'une interaction complexe entre l'environnement alimentaire, les contraintes du quotidien et les ressources individuelles.

Enfin, les limites des actions actuelles en matière de promotion de la santé mettent en évidence un enjeu de coordination et d'adaptation. Les initiatives existantes, bien que pertinentes, peinent parfois à atteindre les publics les plus vulnérables et à s'inscrire dans la durée. Cela appelle au développement d'approches plus systémiques, intégrant les différents niveaux d'action (individuel, communautaire, institutionnel) et mieux adaptées aux réalités locales.

III.2. Pistes de réflexion

À la lumière de ces résultats, il semblerait pertinent de poursuivre la réflexion et la recherche à travers deux axes :

- **Sur le plan de la recherche**, le recours à des méthodologies quantitatives supplémentaires, ainsi que la comparaison entre différentes communes bruxelloises ou même entre différents quartiers, permettrait de mieux appréhender la situation des inégalités sociales de santé et leurs transformations. Un travail longitudinal apporterait également une meilleure compréhension des évolutions temporelles des pratiques alimentaires.
- **Sur le plan de l'action**, il semble pertinent d'agir à la fois au niveau individuel et au niveau structurel pour répondre à ce problème de santé publique. Il serait alors judicieux de mettre en place des actions de sensibilisation, d'éducation et de formation, en complément des initiatives locales existantes qui favorisent une alimentation plus saine.

Enfin, ces résultats invitent à inscrire les politiques nutritionnelles dans une approche plus globale de justice alimentaire, garantissant un accès équitable à une alimentation saine pour tous. Cela implique notamment de repenser les systèmes alimentaires urbains, de réguler l'offre de produits ultra-transformés et de soutenir des environnements favorables à la santé.

Au-delà du cas spécifique de Molenbeek-Saint-Jean, cette recherche met en lumière des enjeux plus larges, liés aux transformations contemporaines des systèmes alimentaires et aux inégalités sociales de santé. Elle rappelle que promouvoir une alimentation saine ne peut se limiter à des recommandations individuelles, mais nécessite une réflexion collective sur les conditions sociales, économiques et environnementales qui structurent nos choix alimentaires.

CONCLUSION GÉNÉRALE

L'objectif de ce mémoire était d'identifier les déterminants sociaux, culturels et environnementaux de la consommation d'aliments ultra-transformés (AUT) dans la commune de Molenbeek-Saint-Jean.

Les résultats montrent que la consommation d'AUT fait partie du quotidien des habitants interrogés, même si les pratiques varient selon les profils et les situations. Les entretiens soulignent l'influence de contraintes concrètes comme le manque de temps, les difficultés financières, les horaires de travail, l'organisation familiale et la forte disponibilité de ces produits dans l'environnement local. Les AUT apparaissent souvent comme des solutions pratiques, accessibles et adaptées aux réalités du quotidien.

Cette étude confirme que les comportements alimentaires ne relèvent pas uniquement de choix individuels, mais qu'ils sont influencés par un ensemble de facteurs sociaux, économiques, culturels et environnementaux. Ces résultats rejoignent les constats de la littérature scientifique sur le rôle des déterminants sociaux de la santé et des inégalités sociales dans les pratiques alimentaires.

Toutefois, ce travail met en lumière plusieurs nuances et contradictions. Alors que certains acteurs institutionnels soulignent un manque de littératie alimentaire, plusieurs habitants sont conscients des risques associés aux AUT. De même, certains participants en situation de précarité déclarent maintenir une alimentation qu'ils considèrent relativement équilibrée grâce à différentes stratégies d'adaptation. Ces éléments rappellent que les habitants ne forment pas un groupe homogène et que les pratiques alimentaires demeurent influencées par les parcours, les habitudes et les ressources de chacun.

L'étude souligne également l'importance de l'environnement alimentaire local. La forte présence de snacks, de fast-foods et de commerces proposant des produits ultra-transformés à faible coût favorise leur consommation. Cependant, les entretiens montrent aussi que l'accès aux alternatives perçues comme plus saines reste souvent limité pour des raisons économiques.

Enfin, ce travail souligne l'intérêt des approches locales et de terrain pour mieux comprendre les réalités vécues par les habitants et éviter une vision trop homogène des comportements alimentaires. Les contradictions et nuances observées dans les discours ne constituent pas des limites de l'étude, mais reflètent, au contraire, la complexité des pratiques alimentaires et des enjeux liés à l'alimentation dans un contexte urbain marqué par des inégalités sociales.

Dans cette perspective, les résultats invitent à développer des politiques et des interventions plus globales, agissant simultanément sur les conditions de vie, l'accessibilité économique aux aliments sains, l'environnement alimentaire et les ressources des populations. L'amélioration de l'accès à une alimentation équilibrée, le renforcement de l'éducation alimentaire, ainsi que des actions portant sur l'offre alimentaire locale et les inégalités sociales apparaissent comme des leviers essentiels pour promouvoir une alimentation plus saine et plus équitable à Molenbeek-Saint-Jean.

BIBLIOGRAPHIE

Pour la reformulation, la correction orthographique et syntaxique des textes, j'ai utilisé :

- **Grammarly-AI** consultable à l'adresse suivante : <https://www.grammarly.com/>
- **Claude-AI** consultable à l'adresse suivante : <https://claude.ai/login>
- **ChatGPT** consultable à l'adresse suivante : <https://chatgpt.com/>

A

- AAF (Académie d'Agriculture de France) 2023 « *La classification des aliments, selon leur degré de transformation, par le système NOVA* » consulté à l'adresse suivante : https://www.academie-agriculture.fr/sites/default/files/publications/encyclopedia/classification_des_aliments_syste_nova.pdf
- Aujoulat, I. (2023–2024). *Introduction aux méthodes qualitatives en santé publique* (WFSP2106) [notes de cours]. UCLouvain.
- Aujoulat, I. et al. (2025–2026). *Interventions en éducation pour la santé* (WFSP2242) [notes de cours]. UCLouvain.
- ASEF (2024). *Aliments ultra-transformés : consommation d'additifs émulsifiants chez les Français*. Association Santé Environnement France, consulté à l'adresse suivante : <https://www.asef-asso.fr/actualite/consommation-additifs-emulsifiants-francais/>
- Avelar et al. (2025). *Barriers and Promoters of Healthy Eating from the Perspective of Food Environment Perception: From Epidemiology to the Talking Map*. International Journal of Environmental Research and Public Health, 22(7), 1109, consulté à l'adresse suivante: <https://doi.org/10.3390/ijerph22071109>

B

- Baker et al. (2020). *Ultra-processed foods and the nutrition transition: Global, regional and national trends, food systems transformations and political economy drivers*. Obesity Reviews, 21(Suppl 2), e13126, consulté à l'adresse suivante ; <https://doi.org/10.1111/obr.13126>

- Banque National de Belgique (2016), *Revue Economique décembre 2016* consulté à l'adresse :
<https://www.nbb.be/doc/ts/publications/economicreview/2016/revecoiii2016.pdf>
- Blake, J. S. (2025). *Examining the NOVA food classification system and the healthfulness of ultra-processed foods*. Academy of Nutrition and Dietetics. Consulté à l'adresse suivante : <https://www.eatrightpro.org/news-center/practice-trends/examining-the-nova-food-classification-system-and-healthfulness-of-ultra-processed-foods>
- Barbosa et al. (2023). *Local food environment and consumption of ultra-processed foods: Cross-sectional data from the Nutritionists' Health Study*. NutriHS. International Journal of Environmental Research and Public Health, 20(18), 6749. Consulté à l'adresse suivante : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37754609/>
- Baron, M., Froguel, P., & Bonnefond, A. (2020). *Du nouveau dans la génétique des formes monogéniques d'obésité*. Médecine/Sciences, 36(10), 859–865. Consulté à l'adresse suivante :
https://www.medecinesciences.org/en/articles/medsci/full_html/2020/08/msc200132/msc200132.html
- BASO (Belgian Association for the Study of Obesity) (2020). *Consensus belge sur l'évaluation et la prise en charge de l'obésité*. Consulté à l'adresse suivante :
https://belgium.easo.org/wp-content/uploads/2020/02/BASO_consensus_2020_French_main.pdf
- Brusano. (2025, juillet). *L'insécurité alimentaire en lien avec le social-santé*. Consulté à l'adresse suivante :
https://www.brusano.brussels/layout/uploads/2025/09/202509_insecurite-alimentaire.pdf

C

- Castetbon, K. (2024). *Aliments ultra-transformés : un enjeu majeur pour la santé publique*. FIAN Belgium. Consulté à l'adresse suivante : <https://www.fian.be/Aliments-ultra-transformes-un-enjeu-majeur-pour-la-sante-publique>
- Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. (2025). *Déterminer la santé : justice alimentaire*. Note de pratique. Consulté à l'adresse suivante :
https://nccdh.ca/wp-content/uploads/2025/08/CCNDS_Determining_Health_Food_justice_practice_brief_FR.pdf

- Centre de Recherche et d'Information Nutritionnelles (CERIN). (2021). *Définir les aliments ultra-transformés*. Consulté à l'adresse suivante : <https://www.cerin.org/breves-scientifiques/definir-les-aliments-ultra-transformes/>
- Collectif Stratégies Alimentaires. (s.d.). *Accueil*. Consulté à l'adresse suivante : <https://www.csa-be.org/fr/>
- Commission communautaire française. (2023). *Promotion de la santé*. Consulté à l'adresse suivante : <https://ccf.brussels/nos-services/bien-etre-et-sante/promotion-de-la-sante/>
- CIM Belgium. (2024). *Enquête sur les habitudes de consommation des médias audio en Belgique (septembre 2023 – mars 2024)*. Consulté à l'adresse suivante : <https://www.retrievermedia.be/news/media-consumption-trends-in-belgium-2024V2>
- Commission Européenne (2020). *A Farm to Fork Strategy for a fair, healthy and environmentally-friendly food system*. Consulté à l'adresse suivante : https://food.ec.europa.eu/horizontal-topics/farm-fork-strategy_en
- Commune d'Uccle (2016) *Plan nature d'Uccle*. Consulté à l'adresse suivante : https://www.uccle.be/sites/default/files/filemanager/Plan/Plan-Nature-Uccle-PNU_PLAN_U1180_fr.pdf
- Conseil Supérieur de la Santé. (2022). *Le marketing des aliments malsains auprès des enfants : Avis 9527*. Bruxelles : SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement. Consulté à l'adresse suivante : <https://www.health.belgium.be/fr/avis-9527-marketing-aliments-enfants>
- Coutinho et al. (2023). *Neighborhood deprivation, built environment, and overweight in adolescents in the city of Oslo*. BMC Public Health, 23, Article 812. Consulté à l'adresse suivante: <https://doi.org/10.1186/s12889-023-15261-2>

D

- Damhuis, L. (2020). *Concrétiser l'ambition démocratique de l'alimentation*. **Anthropology of Food**. Consulté à l'adresse suivante : <https://doi.org/10.4000/aof.11372>
- Darmon, N., & Drewnowski, A. (2008). *Does social class predict diet quality? The American Journal of Clinical Nutrition*, 87(5), 1107-1117. Consulté à l'adresse suivante : <https://doi.org/10.1093/ajcn/87.5.1107>

- Djupegot et al.. (2017). *The association between time scarcity, sociodemographic correlates and consumption of ultra-processed foods among parents in Norway: A cross-sectional study*. BMC Public Health, 17, 447. Consulté à l'adresse suivante : <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4408-3>

E

- EUFIC. (2021). *Qu'est-ce que les aliments transformés ?* European Food Information Council. Consulté à l'adresse suivante : <https://www.eufic.org/fr/que-contient-la-nourriture/article/quest-ce-que-les-aliments-transformes/>
- Euronews (2025). *La consommation d'aliments ultra-transformés est un risque pour la santé*. Euronews Santé. Consulté à l'adresse suivante : <https://fr.euronews.com/sante/2025/03/12/la-consommation-daliments-ultra-transformes-est-un-risque-pour-la-sante>
- Europedia : *Carte des disparités de richesse entre les quartiers de Bruxelles* (Anglais) consulté à l'adresse suivante : https://www.eupedia.com/belgium/map_disadvantaged_neighbourhoods_brussels.shtml#google_vignette
- Eurostat (2021) *How often do you drink sugar-sweetened soft drinks?* Consulté à l'adresse suivante : <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/-/ddn-20210727-1>

F

- FAO. (2023). *L'urbanisation a une incidence sur les systèmes agroalimentaires*. Dans : L'État de la sécurité alimentaire et de la nutrition dans le monde 2023. Consulté à l'adresse suivante : <https://www.fao.org/3/cc3017fr/online/state-food-security-and-nutrition-2023/urbanization-affects-agrifood-systems.html>.
- FAO. (2019). *Sustainable healthy diets: Guiding principles*. Rome. Consulté à l'adresse suivante : <https://www.fao.org/3/ca6640en/ca6640en.pdf>
- FAO. (2016) “*La Décennie d'action des Nations Unies pour la nutrition (2016-2025) : mesures prioritaires pour les cinq années à venir*” Consulté à l'adresse suivante : <https://www.fao.org/fsnforum/fr/activities/consultations/decade-nutrition-priority-actions>
- FAO. (2001). *La nutrition dans les pays en développement : Les facteurs socioculturels en nutrition (Chapitre 4)*. Rome : Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et

l'agriculture. Consulté à l'adresse suivante :

<https://www.fao.org/docrep/004/w0073f/w0073f05.htm>

- Fardet A. et al. (2019). *La classification holistico-réductionniste SIGA des aliments en fonction de leur degré de transformation*. Revue des Industries Agro-Alimentaires. Consulté à l'adresse suivante : <https://www.anthonyfardet.com/wp-content/uploads/2019/03/Revue-des-Industries-Agro-Alimentaires.pdf>
- Féart C. et al. (2022) *Classification des aliments selon leur degré de transformation : NOVA n'est pas aussi robuste qu'il n'y paraît !* Bordeaux Population Health, 2022. Consulté à l'adresse suivante : <https://www.bordeaux-population-health.center/classification-des-aliments-selon-leur-degre-de-transformation-nova-nest-pas-aussi-robuste-quil-ny-parait/>
- Fédération Horeca Wallonie (2026). *TVA : plats à emporter et boissons NA, décisions reportées*. Consulté à l'adresse suivante : <https://www.horecawallonie.be/tva-plats-emporter-et-boissons-na-decisions-reportees#:~:text=Suite%2520%C3%A0%2520l'avis%2520critique,au%2520conclave%2520budg%C3%A9taire%2520de%2520mars>
- Fiolet et al. (2018). *Consumption of ultra-processed foods and cancer risk: Results from NutriNet-Santé prospective cohort*. BMJ, 360, k322. Consulté à l'adresse suivante : <https://doi.org/10.1136/bmj.k322>
- Food and Agriculture Organization of the United Nations. (2019). *The State of Food Security and Nutrition in the World 2019*. Consulté à l'adresse suivante : <https://openknowledge.fao.org/items/d7c2e3e8-128f-46d8-af05-1e3f49d18e7d>
- Friel S et al. (2021). *Health equity and the global food system: opportunities and challenges*. *Globalization and Health*, 17(1), 1–14. Consulté à l'adresse suivante : <https://doi.org/10.1186/s12992-021-00681-7>

G

- Gangl, S. (2021). *Do soda taxes affect the consumption and health of school-aged children? Evidence from France and Hungary*. arXiv. Consulté à l'adresse suivante: <https://doi.org/10.48550/arXiv.2111.14521>
- Gezond Leven. (2021). *Consumption of ultra-processed foods in Belgium – Results from the national food consumption survey*. Vlaams Instituut Gezond Leven vzw. Consulté à

l'adresse suivante : <https://www.gezondleven.be/files/voeding/Pdf-report-UPF-website.pdf>

- Giskes, K et al. (2010). *A systematic review of studies on socioeconomic inequalities in dietary intakes associated with weight gain and overweight/obesity conducted among European adults*. *Obesity Reviews*, 11(6), 413–429. Consulté à l'adresse suivante : <https://doi.org/10.1111/j.1467-789X.2009.00658.x>
- Giménez-Fernández al. (2023). *Ultra-processed food exposure and adverse health outcomes: A systematic review and meta-analysis of observational studies*. *BMJ*, 384, e077310. Consulté à l'adresse suivante : <https://doi.org/10.1136/bmj-2023-077310>
- Giskes K. et al. (2012). *Socioeconomic inequalities in dietary habits in Europe*. *Public Health Nutrition*, 15(2), 212-222. Consulté à l'adresse suivante : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26507356/>
- Groot Eiland. (s.d.). Over ons. Consulté à l'adresse suivante: <https://www.grooteiland.brussels/nl/Over-ons>
- Grosso, G. (2024). *Ultra-processed foods: The good, the bad and the ugly of ultra-processed foods*. *International Journal of Food Sciences and Nutrition*. Taylor & Francis. Consulté à l'adresse suivante : <https://doi.org/10.1080/09637486.2024.2429996>

H

- Happy Hours Market. (s.d.). *Tes courses à moitié prix pour lutter contre le gaspillage alimentaire*. Consulté à l'adresse suivante : <https://www.happyhours.be/>
- Harris J. L. et al. (2016). *Food marketing to children and adolescents: What do parents think?* Yale University / Rudd Center for Food Policy & Obesity. Consulté à l'adresse suivante : <https://news.yale.edu/2016/01/12/food-ads-significantly-influence-eating-behavior-says-yale-study>
- Højlund, S. (2015). *Taste as a social sense: Rethinking taste as a cultural activity*. *Flavour*, 4(6). Consulté à l'adresse suivante : <https://doi.org/10.1186/2044-7248-4-6>
- Huse, O., et al. (2023). *Neighbourhood food environment and obesity: A cross-sectional study in Oslo*. *BMC Public Health*, 23, 15261. Consulté à l'adresse suivante : <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-023-15261-2>

I

- Institut Bruxellois de Statistique et d'Analyse. (2025). *Chiffres-clés par commune : Molenbeek-Saint-Jean*. Consulté à l'adresse suivante : <https://ibsa.brussels/chiffres/chiffres-cles-par-commune/molenbeek-saint-jean>

K

- Konttinen, H. (2023). *L'association entre l'alimentation émotionnelle, le surpoids/obésité, la dépression, l'anxiété/le stress et les habitudes alimentaires : une revue des données cliniques actuelles*. *Nutrients*, 15(5), 1173. Consulté à l'adresse suivante : <https://doi.org/10.3390/nu15051173>

L

- Lakerveld, J., et al. (2015). *Obesogenic behaviours and neighbourhood environments: A systematic review of the literature*. *BMJ Open*, 5(10), e008505. Consulté à l'adresse suivante : <https://bmjopen.bmj.com/content/5/10/e008505>
- Lorant, V. (2022–2023). *Introduction aux systèmes de santé et de soins* (WESP1001) [notes de cours]. UCLouvain.
- Lauber, K et al. (2021). *Big food and the World Health Organization: a qualitative study of industry attempts to influence global-level non-communicable disease policy*. *BMJ Global Health*, 6(6), e005216. Consulté à l'adresse suivante : <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2021-005216>
- Lebretonchel et al. (2022) *La sociologie de l'alimentation comme piste pour lutter contre les maladies chroniques et les inégalités sociales de santé*. Pages 201 à 206 *Natures Sciences Sociétés*. Consulté à l'adresse suivante : <https://stm.cairn.info/revue-natures-sciences-societes-2022-2-page-201?lang=fr>
- Lemos et al. (2022). *Ultra-Processed Foods Elicit Higher Approach Motivation Than Unprocessed and Minimally Processed Foods*. *Frontiers in Public Health*, 10, 891546. Consulté à l'adresse suivante : <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.891546>

M

- MediaSpecs. (2023). *Vu de l'espace : Spotify Premium est roi*. Consulté à l'adresse suivante : <https://www.mediaspecs.be/insights/seen-from-space-spotify-premium-is-king/>

- Mertens, E., Colizzi, C., Peñalvo, J. L., & De Ridder, K. (2022). *Consumption of ultra-processed foods in Europe: evidence from 22 countries*. *European Journal of Nutrition*, 61(3), 1523–1539. Consulté à l'adresse suivante : <https://doi.org/10.1007/s00394-021-02765-0>
- Monteiro C. A. (2009). *Nutrition and health. The issue is not food, nor nutrients, so much as processing*. *Public Health Nutrition*, 12(5), 729-731. Consulté à l'adresse suivante : <https://doi.org/10.1017/S1368980009005291>
- Monteiro et al. (2010) *A new classification of foods based on the extent and purpose of their processing*. *Cadernos de Saúde Pública*, 26(11), 2039–2049. Consulté à l'adresse suivante : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21180977/>
- Monteiro et al. (2017). *The UN Decade of Nutrition, the NOVA food classification and the trouble with ultra-processing*. *Public Health Nutrition*, 21(1), 5–17. Consulté à l'adresse suivante : <https://doi.org/10.1017/S1368980017000234>
- Monteiro et al.. (2019). *Ultra-processed foods: What they are and how to identify them*. *Public Health Nutrition*, 22(5), 936–941. Consulté à l'adresse suivante : <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10260459/>
- Moodie R et al. (2013). *Profits and pandemics: Prevention of harmful effects of tobacco, alcohol, and ultra-processed food and drink industries*. *The Lancet*, 381(9867), 670-679. Consulté à l'adresse suivante : [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)62089-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)62089-3)
- Murray S. et al. (2023). *A scoping review of the conceptualisations of food justice*. *Public Health Nutrition*, 26(4), 725-737. Consulté à l'adresse suivante : <https://doi.org/10.1017/S1368980023000101>

N

- National Center for Biotechnology Information. (2025). *Genetic and syndromic causes of obesity*. In Endotext. MDText.com. Dernière mise à jour : 15 septembre 2025. Consulté à l'adresse suivante : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK573068/>
- NIH (National Institutes of Health) (2019, May 16). *NIH study finds heavily processed foods cause overeating and weight gain*. Consulté à l'adresse suivante : <https://www.nih.gov/news-events/news-releases/nih-study-finds-heavily-processed-foods-cause-overeating-weight-gain>

O

- Organisation de coopération et de développement économiques. (2023). *Belgique : Profil de santé par pays 2023*. Consulté à l'adresse suivante :
https://www.oecd.org/content/dam/oecd/fr/publications/reports/2023/12/belgium-country-health-profile-2023_01d0f3f9/ad46594b-fr.pdf
- OMS. (2004). *Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé*. 57e Assemblée mondiale de la Santé. Consulté à l'adresse suivante :
https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/wha57/a57_9-fr.pdf
- OMS (2015). *European food and nutrition action plan 2015–2020*. Consulté à l'adresse suivante : <https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289051231>
- OMS (2022). *Taxes sur les boissons sucrées : l'OMS explique comment en faire une mesure de santé efficace*. Consulté à l'adresse suivante :
<https://www.who.int/europe/fr/news/item/21-03-2022-taxes-on-sweetened-drinks-who-explains-how-to-make-them-an-effective-health-measure>
- OMS (2025). *Maladies non transmissibles*. Consulté à l'adresse suivante :
<https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
- OSS/Vivalis. (2023). *Baromètre social 2023 : Rapport bruxellois sur l'état de la pauvreté et des inégalités sociales et de santé*. Bruxelles : Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale / Vivalis. Consulté à l'adresse suivante :
<https://www.vivalis.brussels/sites/default/files/2024-03/Barometre-2023-FR.pdf>
- OSS/Vivalis. (2024). *Tableau de bord de la santé 2024*. Bruxelles : Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale. Consulté à l'adresse suivante :
https://www.viallis.brussels/sites/default/files/2024-04/Tableau%20de%20bord%20de%20la%20sant%C3%A9_bruxelles_2024.pdf

P

- Peltner, J., & Thiele, S. (2017). *Convenience-based food purchase patterns: Identification and associations with dietary quality, sociodemographic factors and attitudes*. Public Health Nutrition, 21(3), 558–570. Consulté à l'adresse suivante :
<https://doi.org/10.1017/S1368980017003378>

- Popkin, B. M. (2009). *Global changes in diet and activity patterns as drivers of the nutrition transition*. *Nestlé Nutrition Workshop Series Pediatric Program*, 63, 1–10. Consulté à l'adresse suivante : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19346763/>

R

- Retriever Media. (2024). *Tendances de consommation des médias en Belgique*. Consulté à l'adresse suivante : <https://www.retrievermedia.be/news/media-consumption-trends-in-belgium-2024V2>

S

- Service public fédéral Économie, P.M.E., *Classes moyennes et Énergie*. (s.d.). Banque-Carrefour des Entreprises – Public Search. Consulté à l'adresse suivante : <https://kbopub.economie.fgov.be/kbopub/zoeknummerform.html?lang=fr>
- Sciensano. (2020). *L'alimentation ultra-transformée meilleure marché que l'alimentation saine*. Consulté à l'adresse suivante : <https://www.sciensano.be/fr/coin-presse/lalimentation-ultra-transformee-meilleure-marche-que-lalimentation-saine>
- Sciensano. (2020). *Nutrition and Health – Monitoring dietary habits and food environments for better nutrition policies*. Consulté à l'adresse suivante : <https://www.sciensano.be/en/about-sciensano/sciensanos-organogram/lifestyle-and-chronic-diseases/nutrition-and-health>
- Sciensano. (2024). *Déterminants des choix alimentaires : Déterminants perçus des choix alimentaires. Enquête de consommation alimentaire 2022-2023*. Consulté à l'adresse suivante : <https://www.sciensano.be/fr/resultats-de-lenquete-nationale-de-consommation-alimentaire-2022-2023/determinants-des-choix-alimentaires/determinants-percus-des-choix-alimentaires>
- Sciensano. (2018). *Enquête de santé 2018 : Littératie en santé*. Consulté à l'adresse suivante : <https://www.sciensano.be/fr/biblio/enquete-de-sante-2018-litteratie-en-sante>
- Sciensano. (2024). *Beaucoup trop de publicité pour la nourriture malsaine et l'alcool en Flandre*. Consulté à l'adresse suivante : <https://www.sciensano.be/fr/coin-presse/ beaucoup-trop-de-publicite-pour-la-nourriture-malsaine-et-lalcool-en-flandre>
- Sciensano & Health Status Report (2019) *L'état de santé en Belgique* Consulté à l'adresse suivante : <https://www.sciensano.be>

- Sciensano & KU Leuven (2025), *De la Fragmentation à la Transformation*, consulté à l'adresse suivante : https://www.sciensano.be/sites/default/files/sciensano-ku_leuven-politiques_de_l_environnement_alimentaire_en_belgique_3.pdf
- Sciensano. (s.d.), *Enquête de consommation alimentaire 2022-2023*, consultée à l'adresse suivante : <https://www.sciensano.be/fr/biblio/enquete-de-consommation-alimentaire-2022-2023-rapport-de-synthese-sur-la-consommation-alimentaire-et>
- Schulte, E. M., Avena, N. M., & Gearhardt, A. N. (2015). *Which Foods May Be Addictive? The Roles of Processing, Fat, and Glycemic Load*. PLOS ONE, 10(2), e0117959. Consulté à l'adresse suivante : <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0117959>
- Sénat (2023). *L'alimentation ultra-transformée* (Rapport d'information n° 22-290) sur <https://www.senat.fr/rap/r22-290/r22-2901.pdf>
- Service public fédéral Belgique. (2024). *Revenu disponible administratif*. Statbel DataLab. Consulté à l'adresse suivante : <https://statbel.fgov.be/fr/themes/datalab/revenu-disponible-administratif>
- Shopper360. (s. d.). *McDonald's "Love Lokal" Spotify Campaign*. Consulté à l'adresse suivante : <https://shopper360.com.my/pos-ad-media-portfolio/mcdonalds-love-lokal-spotify-campaign>
- SPF Finances (2026). *Circulaire 2019/C/71 concernant les taux des droits d'accise sur les boissons non alcoolisées et le café depuis le 1er janvier 2002*, consulté à l'adresse suivante : https://www.minfin.fgov.be/myminfin-web/pages/public/fisconet/document/de307662-c9ac-4d96-a1c3-4b76b89e9e64#_Toc13491324
- Spotify (2025). *Spotify reports first quarter 2025 earnings*. Consulté à l'adresse suivante : <https://newsroom.spotify.com/2025-04-29/spotify-reports-first-quarter-2025-earnings/>
- Spotify Advertising (2022). *Étude de cas : Burger King France – campagne « Mystery Burger »*. Consulté à l'adresse suivante : <https://ads.spotify.com/fr-FR/inspiration/burger-king-case-study/>
- Spotify Advertising. (2019). *KFC stimule les visites en magasin sur Spotify grâce à l'offre spéciale Cinnabon* [Étude de cas]. Consulté à l'adresse suivante : <https://ads.spotify.com/en-US/inspiration/kfc-drives-in-store-visits-on-spotify-with-cinnabon-special/>

- Srour et al (2019) *Ultraprocessed Food Consumption and Risk of Type 2 Diabetes Among Participants of the NutriNet-Santé Prospective Cohort*. Consulté à l'adresse suivante : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31841598/>
- Statbel. (2024). *Revenus médians imposables des communes de la Région de Bruxelles-Capitale*. Consulté à l'adresse suivante : <https://statbel.fgov.be/fr/themes/datalab/revenu-disponible-administratif>
- Statbel-IBSA (2026) *Uccle*. Consulté à l'adresse suivante : <https://ibsa.brussels/chiffres/chiffres-cles-par-commune/uccle>
- Statbel. (2025). *Revenu disponible administratif*. Consulté à l'adresse suivante : <https://statbel.fgov.be/fr/themes/datalab/revenu-disponible-administratif>
- Schulte, E. M., Avena, N. M., & Gearhardt, A. N. (2015). *Which foods may be addictive? The roles of processing, fat content, and glycemic load*. PLoS ONE, 10(2), e0117959. Consulté à l'adresse suivante : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25692302/>
- Stuckler, D., & Nestle, M. (2012). *Big Food, Food Systems, and Global Health*. PLoS Medicine, 9(6), consulté à l'adresse suivante : <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001242>
- Swinburn et al. (2011). *The global obesity pandemic: shaped by global drivers and local environments*. The Lancet, 378(9793), 804-814. Consulté à l'adresse suivante : [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60813-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60813-1)

T

- Test-Achats (2019) *Taxe sodas : des bénéfices pour l'Etat, pas pour la santé*, consulté à l'adresse suivante : <https://www.test-achats.be/sante/alimentation-et-nutrition/alimentation-saine/news/inflation-sodas>
- Trumbo et al. (2024). *Toward a science-based classification of processed foods*. Frontiers in Nutrition, 11, 1389601. Consulté à l'adresse suivante : <https://doi.org/10.3389/fnut.2024.1389601>

U

- Jean-Pierre Poulain (2026) *Chaque repas est le résultat d'une orchestration sociale*. Union Nationale des Mutuelles Indépendantes. Consulté à l'adresse suivante : <https://www.unmi.eu/actu/jean-pierre-poulain-chaque-repas-est-le-resultat-dune-orchestration-sociale>

V

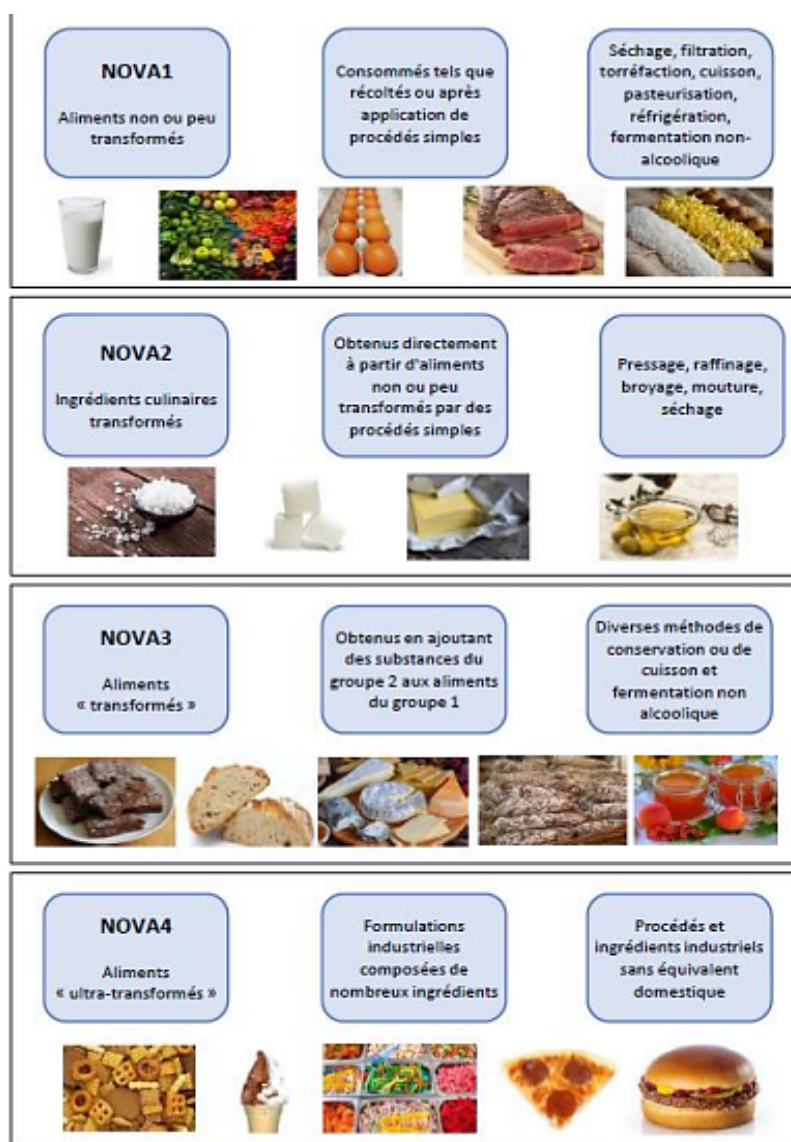
- Vandevijvere, S. et al. (2019). *Consumption of ultra-processed food products and diet quality among children, adolescents and adults in Belgium*. European Journal of Nutrition, 58(8), 3267-3278. Consulté à l'adresse suivante : <https://doi.org/10.1007/s00394-018-1870-3>
- Vandevijvere, S et al. (2020). *The cost of diets according to their caloric share of ultraprocessed and minimally processed foods in Belgium*. Nutrients, 12(9), 2787. Consulté à l'adresse suivante : <https://doi.org/10.3390/nu12092787>
- Van Tulleken, C. (2024). *Ultra-transformés : on mange de la m*** et le pire, c'est qu'on en redemande**. Paris : Éditions Les Arènes.
- Vert d'Iris. (s.d.). *Accueil*. Consulté à l'adresse suivante : <https://www.vertdiris.net>

W

- Walker L. (2021). *Belgium is EU leader when it comes to consuming sugary drinks*. The Brussels Times. Consulté à l'adresse suivante : <https://www.brusselstimes.com/179934/belgium-is-eu-leader-when-it-comes-to-consuming-sugary-drinks>
- WHO Europe. (2022). *European regional obesity report 2022*. World Health Organization Regional Office for Europe, consulté à l'adresse suivante : <https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289057738>

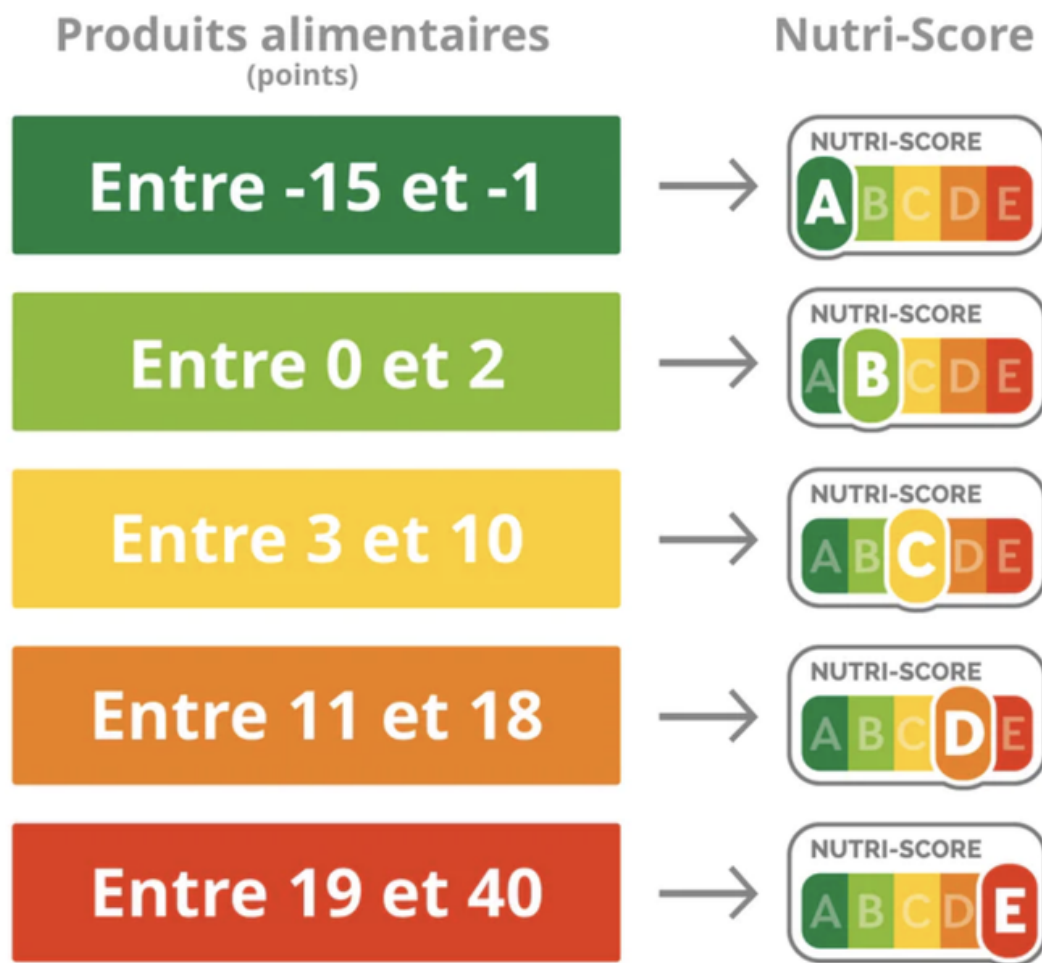
ANNEXES

Annexe 1 : Classification de NOVA



La classification des aliments, selon leur degré de transformation, par le système NOVA
(AAF, 2023)

Annexe 2 : Nutri-Score



Source : <https://www.dietetique.eu/blog/nutri-scoreetseslimites>

Plusieurs éléments sont pris en compte :

- Les nutriments à favoriser (fibres, protéines, fruits, légumes, fruits à coque) sont pris en compte positivement.
- Les nutriments à limiter (calories, acides gras saturés, sucres ajoutés, sel) sont pris en compte négativement.
- Des points sont attribués en fonction de la quantité de ces nutriments dans 100 grammes de produit, le score le plus faible étant le meilleur

Annexe 3 : Tableau comparatif Nutri-Score et Classification Nova

Exemple d'aliment	Nutri-Score (Qualité nutritionnelle)	Classification Nova (Degré de transformation)	Commentaires
Légumes frais/surgelés nature	A ou B (excellent)	1 (non transformés)	Score idéal sur les deux plans.
Huile d'olive vierge	C ou D (moyen)	1 (non transformé)	Le Nutri-Score est moyen (lipides), mais l'aliment est brut et excellent pour la santé.
Yaourt nature non sucré	A ou B (excellent)	2 (transformé, ingrédients culinaires ajoutés)	Bon équilibre nutritionnel, transformation minimale.
Pain blanc	B ou C (bon/moyen)	3 (aliment transformé)	Qualité nutritionnelle acceptable, mais transformation plus poussée que la farine.
Céréales de petit-déjeuner très sucrées	D ou E (mauvais)	4 (ultra-transformé)	Mauvais sur les deux plans : peu nutritif et hautement transformé.
Sodas/boissons sucrées	E (mauvais)	4 (ultra-transformé)	Faible qualité nutritionnelle, ultra-transformé.
Jambon industriel	C ou D (moyen/mauvais)	4 (ultra-transformé)	Qualité nutritionnelle moyenne, mais contient souvent des additifs et du sel.
Soupes industrielles (certaines)	B ou C (bon/moyen)	4 (ultra-transformé)	Peuvent avoir un bon Nutri-Score (légumes), mais sont souvent ultra-transformées avec des additifs et du sel.

Source : Salge Blake, J. (2025)

Remarques :

- **Le Nutri-Score** se concentre sur la composition nutritionnelle (teneurs en sucres, sel, graisses saturées, fibres, protéines, fruits/légumes) pour 100g de produit, et classe les aliments de A (plus sain) à E (moins sain).
- **La classification Nova** classe les aliments selon leur degré de transformation industrielle (de 1: non transformé à 4: ultra-transformé). Elle ne tient pas directement compte de la qualité nutritionnelle.

Point d'attention : Un aliment peut avoir un bon Nutri-Score (A ou B) tout en étant ultra-transformé (Nova 4) (comme certaines soupes industrielles ou pains de mie complets avec de nombreux additifs), ou un Nutri-Score moyen (C ou D) tout en étant un aliment brut excellent pour la santé (comme les huiles végétales ou certains fromages artisanaux).

Annexe 4 : Guide d'entretien

IV.1. HABITANTS DE MOLENBEEK-SAINT-JEAN

PROFIL DE LA PERSONNE INTERROGÉE

- *Sexe et âge*
- *Situation familiale (marié.e / célibataire / divorcé.e. / autre)*
- *Si parent, nombre d'enfants ?*
- *Situation professionnelle*
- *Ancienneté dans la commune*

PERCEPTIONS ET REPRESENTATIONS

- *Parmi ces profils, lequel décrit le mieux vos habitudes alimentaires au quotidien ?*
 - *Cuisine maison : vous cuisinez surtout des repas faits maison.*
 - *Mixte : un mélange de cuisine maison, de plats préparés et de repas à l'extérieur.*
 - *Rapide / pratique (à domicile) : vous mangez souvent des plats prêts à consommer achetés en magasin et mangés chez vous.*
 - *À l'extérieur : vous mangez régulièrement hors domicile (sandwicherie, cantine, restaurant, fast-food...).*
 - *Variable : cela varie fortement d'un jour à l'autre, sans profil fixe.*
- *Que signifie pour vous le terme « aliments ultra-transformés » (AUT) ?*
- *À quels types d'aliments pensez-vous lorsqu'on parle d'aliments ultra-transformés ?*
- *Pensez-vous que les AUT sont présents dans l'alimentation quotidienne des habitants de Molenbeek ? Pourquoi ?*
- *Selon vous, quels sont les avantages ou inconvénients de consommer ce type d'aliments ?*

HABITUDES DE CONSOMMATION

- *Pouvez-vous décrire les aliments que vous consommez le plus souvent dans une journée ou une semaine ?*
- *À quelle fréquence consommez-vous des aliments transformés ou ultra-transformés (plats préparés, snacks, boissons sucrées, fast-foods, etc.) ?*

- *Dans quelles situations avez-vous tendance à consommer plus d'aliments ultra-transformés (manque de temps, prix, facilité, habitudes familiales...) ?*
- *Qu'est-ce qui motive vos choix alimentaires au quotidien (goût, budget, santé, contraintes, habitudes, enfants...) ?*
- *Diriez-vous que vous en consommez plus/moins/en même quantité qu'il y a 5 ou 10 ans ?*
- *Et dans le futur, comment voyez-vous évoluer votre consommation d'AUT ?*

FACTEURS SOCIO-ECONOMIQUES ET CULTURELS

- *Selon vous, la situation économique des habitants de Molenbeek influence-t-elle leurs choix alimentaires ? De quelle manière ?*
- *Les traditions culturelles ou familiales jouent-elles un rôle dans la consommation d'aliments ultra-transformés ? Si oui, de quelle manière ?*
- *Le prix des aliments influence-t-il vos achats ? Comment percevez-vous le coût d'une alimentation saine ?*
- *Quelles difficultés rencontrez-vous pour manger sainement (temps, argent, accès aux produits, connaissances, autres contraintes) ?*
- *Voyez-vous d'autres facteurs ?*

ENVIRONNEMENT

- *Où faites-vous le plus souvent vos courses alimentaires (supermarchés, commerces locaux, épiceries, marchés...) ? Pourquoi ces lieux-là ?*
- *Quel regard portez-vous sur la qualité alimentaire proposée dans votre quartier ?*
- *Comment décririez-vous l'offre alimentaire disponible dans votre quartier ?*
- *Selon vous, la présence de nombreux snacks, fast-foods ou commerces bon marché influence-t-elle vos choix alimentaires ? Oui / Non, Pourquoi ?*
- *Trouvez-vous qu'il est facile ou difficile de trouver des produits frais ou sains à Molenbeek-Saint-Jean ? Oui/ Non, Pourquoi ?*
- *Y a-t-il des lieux où vous aimeriez acheter de meilleurs produits mais qui ne sont pas accessibles (prix, distance...) ?*

SANTE PUBLIQUE

- *Selon vous, quels sont les effets de la consommation d'aliments ultra-transformés sur la santé ?*
- *Avez-vous déjà reçu des informations sur l'alimentation saine (école, médecin traitant, associations, flyers dans les boîtes aux lettres...) ? Vous ont-elles aidé ?*
- *Quelles actions pourraient être mises en place à Molenbeek pour encourager une alimentation plus saine ? Où ? :*
- *Au niveau de la commune ?*
- *Des écoles ?*
- *Des commerces ?*
- *Des associations locales ?*
- *Qu'est-ce qui vous aiderait personnellement à réduire votre consommation d'aliments ultra-transformés ?*

FIN DE L'ENTRETIEN

- *Y-a-t-il autre chose que vous souhaiteriez aborder ?*
- *Je tiens à vous remercier du temps accordé à cet entretien, vos informations me permettent de mieux comprendre les enjeux de mon sujet de mémoire et le sens que vous donnez à la thématique des aliments ultra-transformés.*

IV.2. PROFESSIONNELS DE LA SANTE

PROFIL DE LA PERSONNE INTERROGÉE

- Sexe
- Fonction
- Ancienneté
- Type d'institution
- Expérience professionnelle
- ...

Pouvez-vous brièvement présenter votre fonction, votre expérience professionnelle (+nombre d'années) et votre lien avec la commune de Molenbeek-Saint-Jean ?

Quels publics rencontrez-vous le plus souvent dans votre pratique ?

PERCEPTIONS ET REPRESENTATIONS DES AUT

- *Comment définiriez-vous les aliments ultra-transformés ?*
- *Comment percevez-vous la connaissance et la compréhension de ce concept parmi les habitants de Molenbeek ?*
- *Observez-vous des perceptions spécifiques (positives, négatives, ambivalentes) concernant les AUT dans la population que vous accompagnez ?*
- *Selon vous, quels sont les facteurs qui expliquent ces perceptions ?*

HABITUDES DE CONSOMMATION (OBSERVÉES DANS LA POPULATION)

- *Quelles pratiques alimentaires liées aux aliments ultra-transformés observez-vous chez les habitants de Molenbeek-Saint-Jean ?*
- *Pensez-vous que c'est particulier à la commune ou les pratiques ne sont pas différentes dans les communes voisines ?*
- *Quels profils consomment le plus souvent des AUT (enfants, adolescents, familles, personnes seules, personnes précarisées...) ?*
- *Quels freins ou motivations identifiez-vous dans leur recours aux AUT (manque de connaissance, prix, facilité, culture, contraintes professionnelles ou familiales...) ?*
- *Avez-vous constaté une évolution récente des habitudes alimentaires dans la commune ? De quelle manière ? Pourquoi ?*

FACTEURS SOCIO-ECONOMIQUES ET CULTURELS

- *Selon votre expérience, en quoi les conditions socio-économiques locales influencent-elles les choix alimentaires ?*
- *Quel rôle jouent les traditions culturelles, familiales ou communautaires dans les habitudes alimentaires ?*
- *Existe-t-il, selon vous, des inégalités sociales fortes en matière d'accès à une alimentation saine dans la commune ?*

ENVIRONNEMENT ALIMENTAIRE

- *Comment décririez-vous l'offre alimentaire disponible à Molenbeek (supermarchés, fast-foods, snacks, marchés, magasins de proximité) ?*
- *Pensez-vous que cet environnement favorise ou freine l'accès à une alimentation saine ? Oui/ Non, Pourquoi ?*

- *En quoi cette offre influence-t-elle les pratiques alimentaires de la population que vous rencontrez ?*
- *Selon vous, quels manques ou besoins spécifiques identifiez-vous dans l'environnement alimentaire local ?*

SANTE PUBLIQUE

- *Quelles conséquences liées à la consommation d'aliments ultra-transformés observez-vous dans votre pratique (surpoids, diabète, maladies cardiovasculaires, autres) ?*
- *Les habitants sont-ils conscients, selon vous, des risques de santé liés à ces aliments ?*
- *Quelles initiatives, programmes ou interventions existent déjà à Molenbeek autour de l'alimentation ? Sont-elles efficaces ?*
- *Quelles actions seraient nécessaires pour améliorer l'accès à une alimentation saine au niveau local, communal, régional, scolaire, associatif ?*
- *Selon vous, comment peut-on réduire la dépendance aux AUT à Molenbeek ?*
- *Quel rôle les acteurs de santé peuvent-ils jouer dans cette dynamique ?*

FIN DE L'ENTRETIEN

- *Y-a-t-il autre chose que vous souhaiteriez aborder ?*
- *Je tiens à vous remercier du temps accordé à cet entretien, vos informations me permettent de mieux comprendre les enjeux de mon sujet de mémoire et le sens que vous donnez à la thématique des aliments ultra-transformés.*

IV.3. ACTEURS POLITIQUES ET INSTITUTIONNELS

PROFIL DE LA PERSONNE INTERROGÉE

Sexe / Fonction / Département / Ancienneté / Type d'institution

Pouvez-vous brièvement présenter votre fonction, votre expérience professionnelle (+nombre d'années) et votre lien avec la commune de Molenbeek-Saint-Jean ou la région de Bruxelles-Capitale ?

PERCEPTIONS ET REPRESENTATIONS DES AUT

- *Comment définiriez-vous les aliments ultra-transformés ?*
- *Comment percevez-vous la connaissance et la compréhension de ce concept parmi les habitants de Molenbeek ?*
- *Observez-vous des perceptions spécifiques (positives, négatives, ambivalentes) concernant les AUT dans la population que vous accompagnez ?*
- *Selon vous, quels sont les facteurs qui expliquent ces perceptions ?*

ENVIRONNEMENT ALIMENTAIRE

- *Selon vous, quels sont les principaux enjeux alimentaires dans la commune de Molenbeek-Saint-Jean, notamment en ce qui concerne la consommation d'aliments ultra-transformés ?*
- *En quoi l'environnement alimentaire local (offre commerciale, accessibilité, prix, urbanisme...) influence-t-il, selon vous, les choix alimentaires des habitants ?*

SANTE PUBLIQUE

- *Quelles actions ou politiques publiques existent actuellement à Molenbeek Saint-Jean et ou à Bruxelles (région) pour favoriser une alimentation saine dans la commune / région ? Selon vous, sont-elles suffisantes ou devraient-elles être renforcées ?*
- *Quels obstacles identifiez-vous à la mise en place de ces mesures visant à réduire la consommation d'AUT (contraintes économiques, politiques, sociales, culturelles...) ?*
- *Quelles pistes d'action ou priorités recommanderiez-vous pour améliorer l'accès à une alimentation saine et limiter la dépendance aux AUT ?*

FIN DE L'ENTRETIEN

- *Y-a-t-il autre chose que vous souhaiteriez aborder ?*
- *Je tiens à vous remercier du temps accordé à cet entretien, vos informations me permettent de mieux comprendre les enjeux de mon sujet de mémoire et le sens que vous donnez à la thématique des aliments ultra-transformés.*

Annexe 5 : Consentement éclairé

« Impact de la consommation d'aliments ultra-transformés : enjeux de santé publique et influence des facteurs sociaux, culturels et environnementaux dans la commune de Molenbeek Saint-Jean »

Chercheur : Karim KHACHAN

Tél Gsm : 0484605793

Courriel : karim.khachan@student.uclouvain.be

Je, soussigné(e) _____ déclare

- Avoir reçu, lu et compris une présentation écrite de la recherche dont le titre et le nom du chercheur responsable figurent ci-dessus ;
- Avoir pu poser des questions sur cette recherche et avoir reçu toutes les informations que je souhaitais.

Je sais que :

- Je peux à tout moment mettre un terme à ma participation à cette recherche sans devoir motiver ma décision ni subir quelque préjudice que ce soit ;
- Je peux contacter leur chercheur pour toute question ou insatisfaction relative à ma participation à la recherche ;
- Les données recueillies seront strictement confidentielles et il sera impossible à tout tiers non autorisé de m'identifier.

Je donne mon consentement libre et éclairé pour participer en tant que sujet à cette recherche.

Lu et approuvé,

Date _____

Signature _____

Annexe 6 : Information sur la participation à l'étude

« Impact de la consommation d'aliments ultra-transformés : enjeux de santé publique et influence des facteurs sociaux, culturels et environnementaux dans la commune de Molenbeek-Saint-Jean »

Il s'agit d'une étude qualitative dont l'objectif principal est d'approfondir la problématique des aliments ultra-transformés, d'analyser les modes de consommation et d'identifier les facteurs sociaux, culturels et environnementaux qui y sont associés dans la commune de Molenbeek-Saint-Jean à Bruxelles.

Plus concrètement, mon travail porte à la fois sur l'expérience des habitants de Molenbeek-Saint-Jean et sur les points de vue de professionnels et d'experts de la santé.

La collecte des données se fera au moyen d'entretiens semi-directifs d'une durée d'environ 1 heure. Ceux-ci feront l'objet d'un enregistrement audio afin de permettre une analyse ultérieure.

La participation à cette étude est entièrement volontaire. Les participants peuvent interrompre l'entretien ou refuser d'y prendre part à tout moment. Leur identité restera anonyme et confidentielle : un numéro sera attribué à chaque participant afin d'assurer un traitement anonyme des données.

Pour toute question ou demande d'information concernant cette étude, vous pouvez me contacter au numéro suivant portable : 0484605793.

Je vous remercie pour l'intérêt porté à ce projet et pour votre collaboration.

Karim KHACHAN

LOUVAIN-LA-NEUVE | **BRUXELLES** | MONS | TOURNAI | CHARLEROI | NAMUR

Clos Chapelle-aux-champs, 30 bte B1.30.02, 1200 Woluwe-Saint-Lambert, Belgique | www.uclouvain.be/fsp