

CHAPITRE VII

L'obésité et les pratiques alimentaires

La *modernité alimentaire* (« déstructuration », « grignotage »...) étant mise en cause dans le développement de l'obésité, l'objectif principal de cette partie de notre recherche était de vérifier si le plus grand nombre de personnes en surpoids et obèses se trouvaient parmi celles qui avaient les comportements qualifiés usuellement de plus « déstructurés », ou parmi celles qui étaient en décalage entre leurs normes et leurs pratiques. Nous émettions en effet l'hypothèse que les décalages cognitifs entre les normes et les pratiques, tant pour les repas (les *vrais repas* dans l'idéal de la personne et les *repas vraiment consommés*) que pour les consommations alimentaires hors repas (le déclaratif et les pratiques), pouvaient avoir partie liée avec le développement de l'obésité. On verra dans ce chapitre que les obèses ne se trouvent pas là où on les attendait.

Le deuxième objectif était de contribuer à l'objectivation de la différenciation sociale du développement de l'obésité en France, à partir d'un échantillon représentatif de la population française. Les résultats obtenus permettent d'enrichir la documentation sur cette question, et la comparaison avec les données existantes de valider la représentativité de notre échantillon, construit sur des critères strictement socio-économiques.

La connaissance des dimensions sociales de l'obésité est essentielle pour que les messages nutritionnels aient toute leur efficacité en s'adressant à ceux qui en ont vraiment besoin.

L'OBÉSITÉ : DIMENSIONS SOCIALES ET MUTATIONS ALIMENTAIRES

Quelles que soient les méthodes de mesure de l'obésité, le consensus se fait chez les spécialistes sur le rythme élevé de son développement. Les États-Unis affichent les taux de prévalence les plus élevés des pays occidentalisés ; la situation de la France, longtemps bonne élève en matière de poids, serait en passe de devenir inquiétante. En effet, si le rythme actuel de développement de l'obésité de l'enfant se poursuivait, nous pourrions atteindre le niveau actuel de l'Amérique du Nord dans une petite vingtaine d'années (INSERM, Charles, 2000).

Pour rendre compte du développement de l'obésité dans les pays développés, des explications de type évolutionniste, à l'échelle de la longue durée, ont été produites. Elles considèrent qu'une sélection génétique aurait pu se produire dans les

sociétés où les aliments étaient rares. La capacité biologique à stocker dans le corps même des individus de l'énergie sous forme de tissus adipeux, très différente d'un individu à l'autre (Apfelbaum et Lepoutre, 1978), aurait été un facteur positif d'adaptation sur lequel la sélection génétique aurait joué. Bernard Beck formule cet avantage adaptatif sur le mode ironique : « *en cas de famine, les gros commenceront à maigrir quand les maigres seront déjà morts* ». Depuis que l'abondance alimentaire, voire la surabondance, est le lot des sociétés modernes, ce trait serait devenu contre-adaptatif (Fischler, 1979).

Le second point d'accord entre spécialistes de l'obésité est le caractère plurifactoriel de cette pathologie. Mais la rapidité de son rythme actuel de développement, peu compatible avec des hypothèses donnant un rôle prépondérant à la génétique, invite à privilégier les facteurs environnementaux et comportementaux et à rechercher son origine dans les transformations du contexte économique et social (Basdevant *et al.*, 1998 ; Hill et Peters, 1998 ; WHO, 1998 ; INSERM, 2000).

L'obésité, un phénomène socialement différencié

Depuis une trentaine d'années, les dimensions sociales de l'obésité ont fait l'objet d'une intense activité de recherche, tant de la part des épidémiologistes que des sociologues de la santé¹. Les liens entre positions sociales et obésité ont été étudiés par Sobal et Stunkart (1989) et ré-analysés par Poulain (Expertise INSERM, 2000 et 2002).

Jusque dans les années 1960, dans les sociétés développées, les femmes obèses étaient plus nombreuses dans le bas de l'échelle sociale et les hommes gros se rencontraient plus fréquemment dans les groupes sociaux favorisés (Powdermarker 1960). Qu'on se rappelle la figure de « l'homme d'affaires » ou du « bourgeois bedonnant ». Cette situation contraste fortement avec celle des pays en développement dans lesquels l'obésité se situe, quel que soit le sexe, en haut de l'échelle sociale. Depuis peu, on assiste au « repli » de l'obésité masculine dans les classes sociales élevées et à son développement dans les groupes populaires et les classes moyennes. Dans les sociétés occidentales coexistent donc aujourd'hui deux types d'obésité masculine : une obésité *distinguée* et une obésité *populaire*. Pour les femmes, la prévalence de l'obésité s'est plutôt renforcée dans le bas de l'échelle sociale.

En revanche, dans les sociétés développées, la distribution de l'obésité des enfants et des adolescents n'est que faiblement associée à la position sociale. Une méta-analyse conduite par Sobal et Stunkard (1988) sur 144 études publiées dans des revues scientifiques met en évidence une distribution presque aléatoire de l'obésité dans les catégories sociales. Des travaux récents confirment cette indépendance chez les enfants de 3 à 5 ans, mais montrent l'apparition d'un lien inverse significatif pour les filles à partir de 12 et 15 ans, c'est-à-dire une sur-représentation des adolescentes obèses en bas de l'échelle sociale (Spiegelaele *et al.*, 1998a et 1998b).

1. Voir, à titre d'introduction, Sobal et Stunkard, 1989 ; Sobal, Devine, 1997 ; Sobal et Maurer, 1999-1 et 1999-2 ; Sobal, 2001 ; Poulain, 2000 et 2002.

Cette situation pose une question particulièrement intéressante du point de vue de la sociologie : *comment, en effet, expliquer le passage, dans les sociétés modernes, d'une distribution presque aléatoire des statuts socio-économiques de l'obésité chez les enfants à une distribution socialement différenciée chez les adultes ?*

Les liens entre position sociale et obésité peuvent être posés selon un double point de vue. Le premier considère *les statuts socio-économiques comme déterminants de l'obésité*. La position sociale aurait un impact sur l'obésité à travers les modes de vie, les pratiques alimentaires, l'activité physique et le niveau d'éducation qui détermine les stocks d'informations nutritionnelles et la sensibilité à ce type de message...

Une autre lecture peut voir *l'obésité comme ayant une influence sur les statuts socio-économiques*. Le statut de gros ou d'obèse acquis depuis l'enfance, par exemple, peut avoir un impact sur la mobilité sociale : accès à l'enseignement supérieur, réussite aux examens, mariage descendant, progression professionnelle (Sobal, 1999). L'obésité aurait une influence sur la mobilité sociale à travers les phénomènes de stigmatisation, c'est-à-dire les jugements négatifs qui pèsent sur les gros dans les sociétés contemporaines qui vénèrent la minceur.

L'impact des mutations des pratiques alimentaires

Le sens commun et l'idéologie médicale ont tendance à privilégier la première perspective et font de la transformation des modes de vie - baisse de l'activité physique et mutations de l'alimentation moderne - les causes principales du développement de l'obésité. Il est vrai que les conditions de vie ont profondément changé nos besoins énergétiques, et que nous dépensons moins d'énergie qu'autrefois. Parallèlement, les manières de manger ont elles aussi évolué mais, semble-t-il, pas toujours dans le bon sens. Tout d'abord, la diminution des apports énergétiques aurait été moins importante que celle des besoins, et le solde resterait positif. Mais c'est surtout le poids relatif des différents nutriments qui aurait évolué : nous mangeons moins, beaucoup moins de pain, de pâtes, de riz, de féculents, mais nous consommons beaucoup plus de matières grasses.

Dans cette perspective, nombreuses sont les explications proposées pour tenter d'expliquer la différenciation sociale de l'obésité. Jean-Louis Lambert avance l'hypothèse que la baisse des consommations alimentaires aurait pu s'opérer de façon non uniforme dans l'échelle sociale (1987). Sur la base de calculs macroéconomiques, il évalue l'écart à plus de 200 calories par jour entre les couches moyennes et supérieures et les classes populaires, au profit de ces dernières.

Jean-Pierre Corbeau, dans une perspective phénoménologique, propose une interprétation de cette situation en termes de « revanche sociale ». Pour les classes populaires qui, à l'échelle de l'histoire, auraient le plus souffert de la faim, le contexte contemporain d'abondance serait vécu, sur le plan de l'imaginaire social, comme l'occasion d'une revanche (Corbeau, 1995). Enfin, l'intérêt porté à l'information nutritionnelle, très différent selon les sexes (les femmes y étant nettement plus sensibles que les hommes) et les positions sociales, pourrait également être pris en compte dans l'explication.

L'enquête DGAL/CIDIL/OCHA permet elle aussi d'argumenter dans cette direction. La simplification de la structure des repas entraîne une baisse de la consommation de hors-d'œuvre et une augmentation des prises hors repas qui, dans l'état actuel de l'offre alimentaire, sont très souvent des produits de biscuiterie à forte valeur énergétique, ce qui peut déboucher sur une surcharge énergétique de la prise alimentaire quotidienne. La différenciation sociale des goûts et des représentations, qui se traduit par des valorisations de l'« énergétique », du « puissant », « du fort » dans les classes populaires (Chombart de Lauwe, 1956 ; Bourdieu, 1979 ; Grignon et Grignon, 1980), dont nous venons de voir la permanence, pourrait également être mobilisée dans ce sens.

L'obésité comme déterminante des statuts socio-économiques

Les travaux qui posent les statuts socio-économiques comme déterminés par l'obésité s'intéressent aux trajectoires sociales des individus selon qu'ils sont ou non obèses. Ils mettent l'accent sur la façon dont les obèses sont considérés dans une société donnée et sur les différentes formes de discrimination dont ils sont l'objet. La stigmatisation a été décrite par Goffman comme un processus de discrédit et d'exclusion qui touche un individu considéré comme « anormal », « déviant »... C'est à travers le regard des autres que le surpoids et l'obésité deviennent socialement problématiques. Et la stigmatisation se transforme en un véritable cercle vicieux lorsque l'obèse considère comme normaux les traitements discriminatoires qu'il subit. Alors qu'il est l'objet d'attention et de valorisation dans les sociétés en développement, l'obèse subit dans les sociétés modernes de nombreuses discriminations et humiliations. Depuis le simple achat d'une place d'avion ou de cinéma jusqu'au regard esthétique qui pèse sur lui, l'obèse est dévalorisé, mis au ban de la société.

L'objectivation de ces phénomènes de discrimination des obèses a permis d'approfondir l'étude des relations entre obésité et statuts socio-économiques, à travers l'analyse de l'impact de la stigmatisation sur les mobilités sociales. Ainsi, *le passage d'une distribution aléatoire de l'obésité pour les enfants à une forte différenciation pour les adultes pourrait s'expliquer par les effets de l'obésité sur la mobilité sociale*. C'est ainsi que les femmes minces font plus fréquemment des mariages ascendants – c'est-à-dire se marient avec des hommes de statuts sociaux plus élevés que le leur ou que celui de leur père –, et qu'à l'inverse les femmes fortes réalisent plus fréquemment des mariages descendants – c'est-à-dire épousent des hommes de statuts sociaux moins élevés que le leur ou que celui de leur père (Sobal, 1984-1 : Garn, Sullivan, Hawthorne, 1989). Sous la pression du modèle d'esthétique de minceur, le mariage apparaît comme une « gare de triage » orientant les femmes minces vers le haut de la société et les femmes fortes vers le bas.

L'obésité ralentit également la progression sociale. Le développement des carrières se trouve altéré par rapport aux personnes minces. Les portiers du système social que constituent les évaluateurs – que ce soit les examinateurs dans le système scolaire et universitaire ou les chefs de service dans le monde professionnel – évaluent les personnels obèses de façon plus souvent négative que les personnels minces (Canning et Mayer, 1966 ; Hinkle *et al.*, 1968).

La stigmatisation repose sur une transformation du système de valorisation du gros et du gras que nous avons eu l'occasion de décrire dans les chapitres consacrés

aux représentations, que ce soit celles liées à l'alimentation ou celles liées aux changements. Elle est aujourd'hui renforcée par la diffusion d'informations scientifiques sur les risques associés à l'obésité, notamment le risque de mortalité précoce d'origine cardio-vasculaire. Maigrir n'est plus seulement un impératif esthétique mais également sanitaire. Et nous voilà revenus aux pratiques alimentaires.

C'est ainsi que, depuis une trentaine d'années, se développent – dans les cultures occidentales – des attitudes *lipophobes* (Fischler 1990), articulées sur les vulgarisations plus ou moins fluctuantes du discours scientifique *anticholestérol* et *antigrignotage* qui pointent l'alimentation hors repas comme l'une des causes principales de la dégradation des pratiques alimentaires.

SURPOIDS ET OBÉSITÉ EN FRANCE : LA MODERNITÉ ALIMENTAIRE EST-ELLE EN CAUSE ?

Pour la mesure de la corpulence, nous avons utilisé l'indice de masse corporelle (IMC) ou indice de Quételet, du nom du statisticien et sociologue belge qui, le premier, en a proposé l'usage. L'IMC (Indice de masse corporelle) a été calculé selon la formule classique $IMC = \text{POIDS} / \text{TAILLE AU CARRÉ}$ (le poids étant exprimé en kilogrammes et la taille en mètre) *sans ajustement par rapport à l'âge*. La taille et le poids n'étaient pas mesurés mais déclarés. Rappelons néanmoins que les données n'ont pas été recueillies par téléphone mais en interviews en face à face. Enfin, pour l'analyse de la corpulence, quatre classes ont été utilisées.

Tableau 1 • Classification de la corpulence²

CLASSIFICATION EN 4 CLASSES	CATÉGORIES	VALEUR DE L'IMC (KG/M ²)
1	Maigreur	< 20
2	Poids normal	20-24,9
3	Surpoids	25,0-29,9
4	Obésité	30,0-34,9

Les résultats sont présentés en deux parties.

La première partie porte sur les variables descriptives corrélées à l'IMC. Sont présentées :

- des variables sociologiques classiques (l'âge, le sexe, les professions et catégories socioprofessionnelles, le niveau d'enseignement, la région, le degré d'urbanisation) ;
- mais aussi des variables combinées : les évolutions de revenus (indicateur des évolutions intragénérationnelles) et mobilité sociale (indicateur des évolutions intergénérationnelles).

Une deuxième partie s'intéresse aux relations entre l'IMC et les variables cognitives, notamment :

- les décalages cognitifs (décalage normes et pratiques) pour les repas et les prises hors repas ;

2. Depuis 1998, l'OMS suggère de déplacer la frontière entre maigreur et poids normal à 18,5 (OMS, 1998).

- le souhait de perdre du poids ;
- le respect de prescriptions alimentaires et la confiance dans les différents prescripteurs pour être en bonne santé.

La corpulence et sa distribution sociale

Sur un échantillon de 1 158 personnes âgées de 18 à 65 ans, et en appliquant les standards d'IMC non corrigés en fonction de l'âge, on constate que :

- 15 % ont un IMC inférieur à 20 et sont donc considérées comme *maigres* (même chiffre dans l'étude Credoc/Inca).
- 54 % ont un IMC entre 20 et 25 et sont considérées comme ayant un *poids normal* (50 % dans l'étude Credoc/Inca).
- 24 % ont un IMC entre 25 et 30 et sont donc *en surpoids* (27 % dans l'étude Credoc/Inca et 28,5 % Sofres 1987).
- 7 % ont un IMC supérieur à 30 et sont dans la catégorie des *obèses* (8 % dans l'étude Credoc/Inca et 8,2 % Sofres 1987).

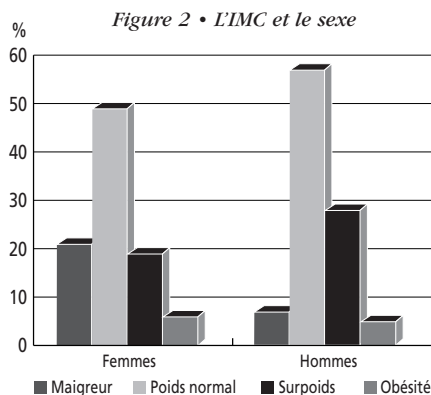
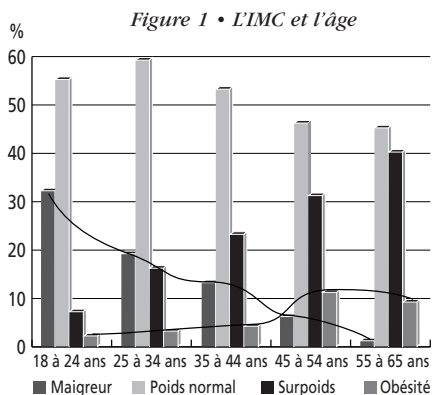
La répartition de la corpulence dans cet échantillon de la population adulte française est donc très proche des données déjà disponibles.

Tableau II • Distribution selon l'IMC : comparaison des résultats de trois études

CATÉGORIES	DGAL/CIDIL/ OCHA (1999)	SOFRES (1997)	INCA CREDOC
IMC < 20 : poids inférieur à la normale	15 %	ND	15 %
20 < IMC < 25 : poids normal	54 %	ND	50 %
25 < IMC < 30 : surpoids	24 %	28,5 %	27 %
IMC > 30 : obésité	7 %	8,2 %	8 %

L'âge et le sexe

Le surpoids et l'obésité sont positivement liés à l'âge, ce qui est une donnée classique. Les femmes sont nettement sur-représentées dans la catégorie « maigre », tandis que les hommes le sont dans la catégorie « surpoids ». 58 % des hommes affichent un poids normal contre 50 % des femmes. Enfin, l'obésité féminine est légèrement plus fréquente que l'obésité masculine.



Combinaison âge/sexe

Figure 3 • L'IMC des femmes selon l'âge

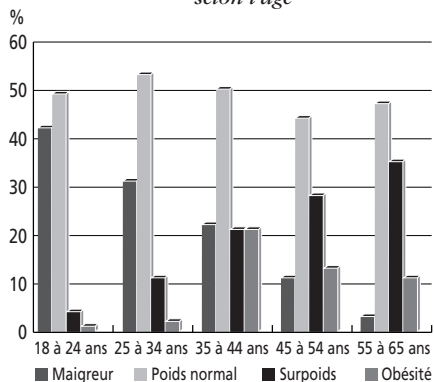
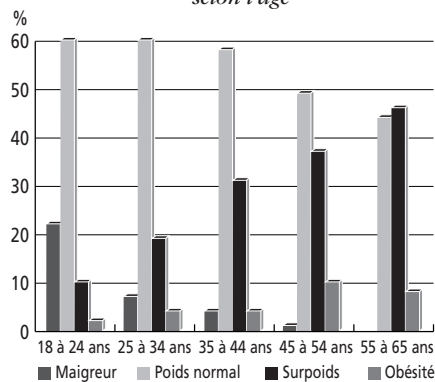


Figure 4 • L'IMC des hommes selon l'âge



Les catégories socioprofessionnelles et le niveau d'enseignement

Conformément aux données classiques, l'obésité est le surpoids sont moins fréquents dans les catégories sociales les plus élevées et chez les personnes les plus diplômées.

Figure 5 • L'IMC et les PCS

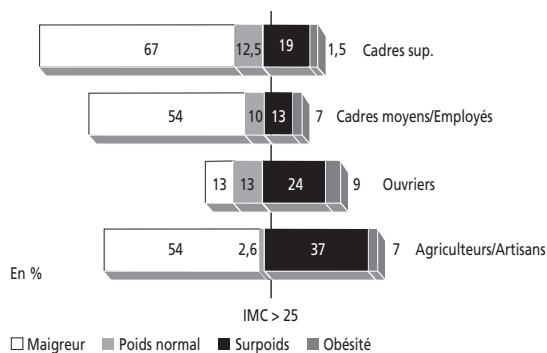
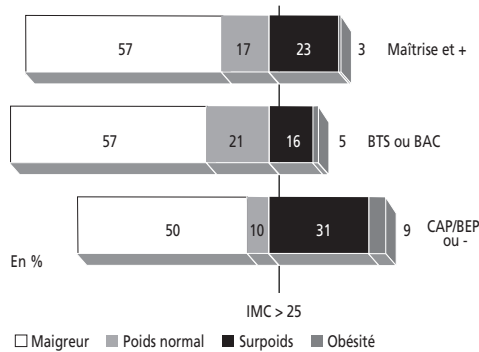


Figure 6 • L'IMC et le niveau de diplôme



Les positions sociales et le sexe

Chez les femmes, le surpoids et l'obésité concernent en premier lieu les catégories agriculteurs, artisans et ouvriers, puis les cadres moyens. Surpoids et obésité sont quasi inexistants chez les femmes cadres supérieurs, ce qui n'est pas le cas de la maigreur.

Chez les hommes, le surpoids se retrouve principalement dans les catégories agriculteurs et artisans et, dans une moindre mesure, chez les cadres moyens. En revanche, l'obésité masculine se retrouve principalement dans le milieu de l'échelle sociale.

Figure 7 • L'IMC des femmes et PCS

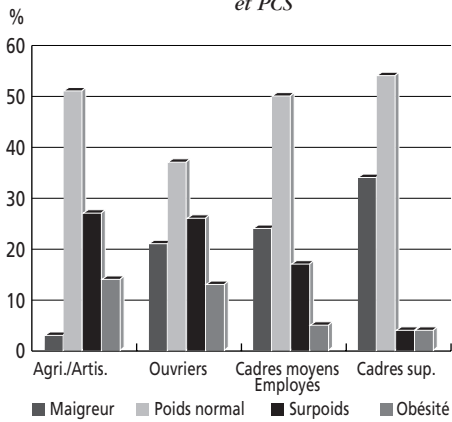
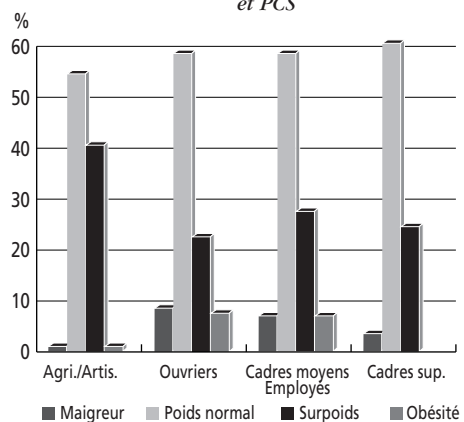


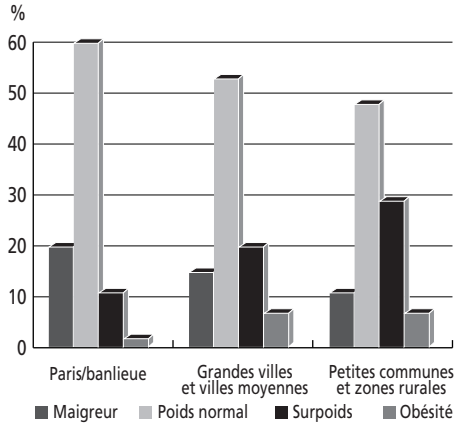
Figure 8 • L'IMC des hommes et PCS



L'habitat

Plus les personnes vivent en milieu urbanisé, moins elles sont présentes dans les catégories « obésité » et « surpoids ».

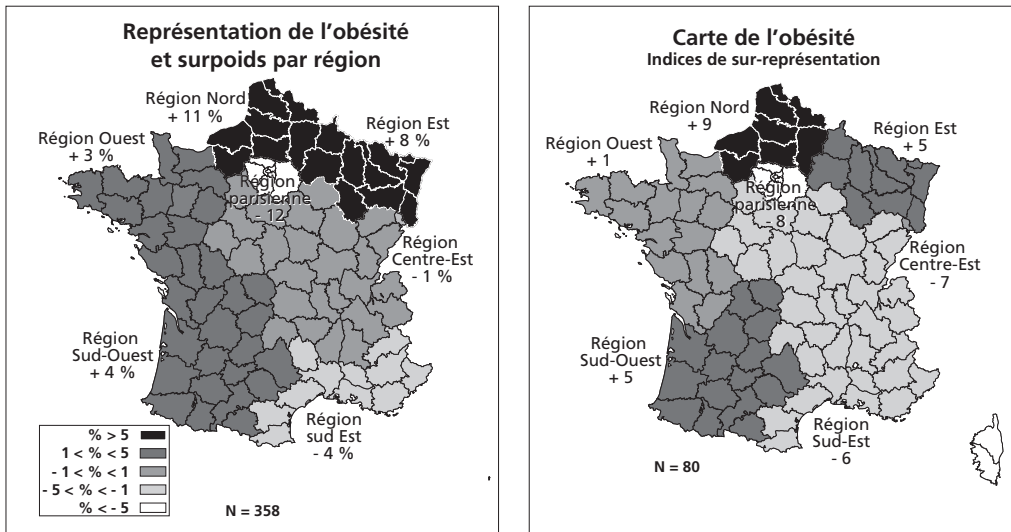
Figure 9 • L'IMC et le degré d'urbanisation



La région

La région est très discriminante dans la distribution de la corpulence. On constate que les habitants de la région parisienne, du Sud-Est et du Centre sont les moins concernés par le surpoids et l'obésité. Les taux d'obésité et de surpoids des régions Nord et Est confirment les tendances déjà mises au jour dans les précédentes études. On notera cependant une augmentation de ces taux pour le Sud-Ouest.

Figure 10 • Répartition de l'obésité et du surpoids selon les régions



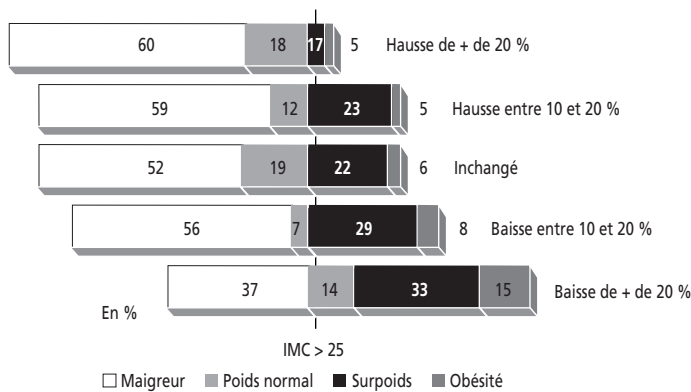
La carte du surpoids et de l'obésité (IMC > 25) porte sur 358 personnes. Elle montre :

- que le Nord (+ 11) et l'Est (+ 8) sont les régions les plus sur-représentées, suivies par le Sud-Ouest (+ 4) et l'Ouest (+ 3);
- que la région parisienne est le bon élève de la classe (différentiel de - 12), suivie du Sud-Est (- 4) et du Centre-Est (- 1);
- qu'un écart de huit points sépare le Sud-Est du Sud-Ouest, deux régions à « régime méditerranéen » au sens large, avec le Sud-Ouest dans une situation paradoxale puisque cette région s'illustre par ailleurs grâce à la longévité de sa population et sa faible incidence en maladies cardio-vasculaires.

L'évolution des revenus

La sur-représentation des personnes dont les revenus ont baissé de 20 % depuis quelques années chez les personnes en surpoids et obèses peut s'expliquer de deux façons. La première s'inscrit dans la théorie classique de la stigmatisation et voit l'obésité comme un frein à la progression socioprofessionnelle. On l'a vu, depuis une vingtaine d'années, les données s'accumulent pour montrer que les obèses sont victimes, dans les sociétés développées, de discriminations qui affectent leur évolution professionnelle. Mais une seconde lecture est possible, qui voit dans les coups d'arrêt d'une évolution sociale et professionnelle – ou dans des ruptures bibliographiques – des situations qui peuvent générer des pratiques alimentaires compensatoires débouchant éventuellement sur l'obésité.

Figure 11 • L'IMC et l'évolution des revenus



Corpulence et décalage entre normes et pratiques alimentaires

Qui s'en tire le mieux sur le plan du poids? En termes de pratiques alimentaires : ceux qui respectent le modèle traditionnel des trois repas structurés ou ceux qui ont des comportements « déstructurés »? Et que se passe-t-il quand on croise les représentations entre les normes et les pratiques?

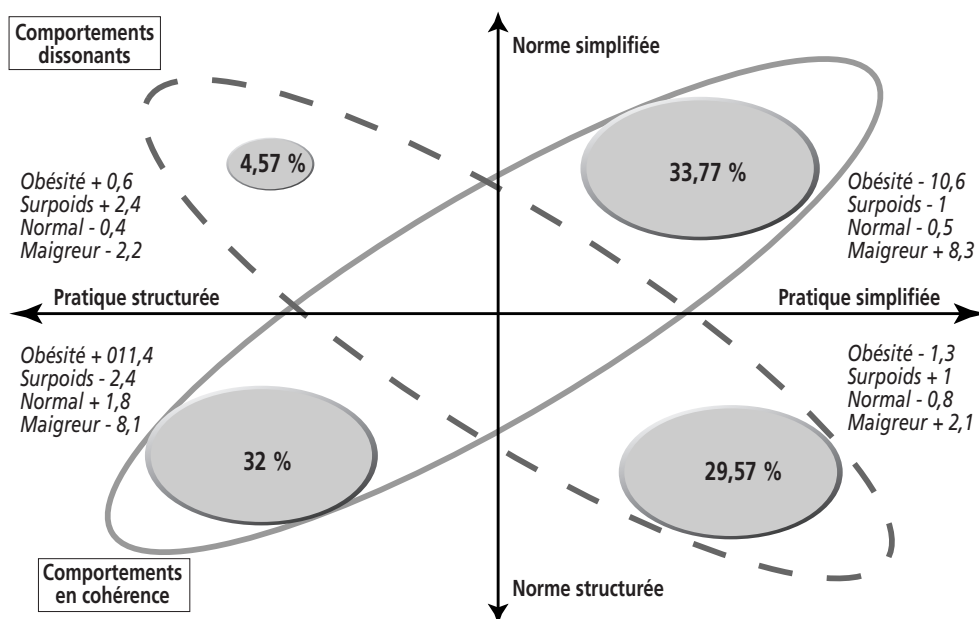
Contrairement à ce que l'on aurait pu attendre, on trouve le plus d'obèses parmi ceux qui valorisent et respectent le modèle traditionnel des repas complets.

Le vrai déjeuner et les déjeuners vraiment consommés

Parmi les personnes qui sont *en cohérence sur le modèle du repas complet pour le déjeuner entre leur norme et leur pratique*, on trouve proportionnellement à la moyenne *moins de maigres et plus d'obèses*. Le différentiel par rapport à la moyenne est de - 8,1 % pour la maigreur et de + 11,4 % pour l'obésité.

Parmi les personnes qui sont *en cohérence sur le modèle du repas simplifié pour le déjeuner entre leur norme et leur pratique*, on trouve proportionnellement *plus de maigres et moins d'obèses*. Le différentiel par rapport à la moyenne est de + 8,3 % pour la maigreur et de - 10,6 % pour l'obésité.

Figure 12 • Le décalage normes/pratiques du repas de midi et la répartition des catégories d'IMC



Cette première approche doit bien entendu être complétée par l'étude des prises alimentaires hors repas.

Manger entre les repas : ce que l'on déclare et ce que l'on pratique

Le modèle traditionnel comporte deux volets : *des repas complets* et *rien entre les repas*. Nos résultats montrent que, parmi les personnes qui valorisent et pratiquent le repas complet et qui sont donc en cohérence entre leurs normes et leurs pratiques, seulement 13 % respectent à la lettre le volet « *rien entre les repas* ».

Le cas de figure le plus défavorable pour le poids est celui des personnes qui sont en décalage cognitif entre un déclaratif « *Je ne mange jamais entre les repas* » et une pratique reconstruite qui les classe dans la catégorie de ceux qui mangent « *souvent entre les repas* ». Parmi ces individus en décalage cognitif, on remarque un différentiel par rapport à la moyenne de + 5,6 pour l'obésité et de - 4,3 pour la maigreur.

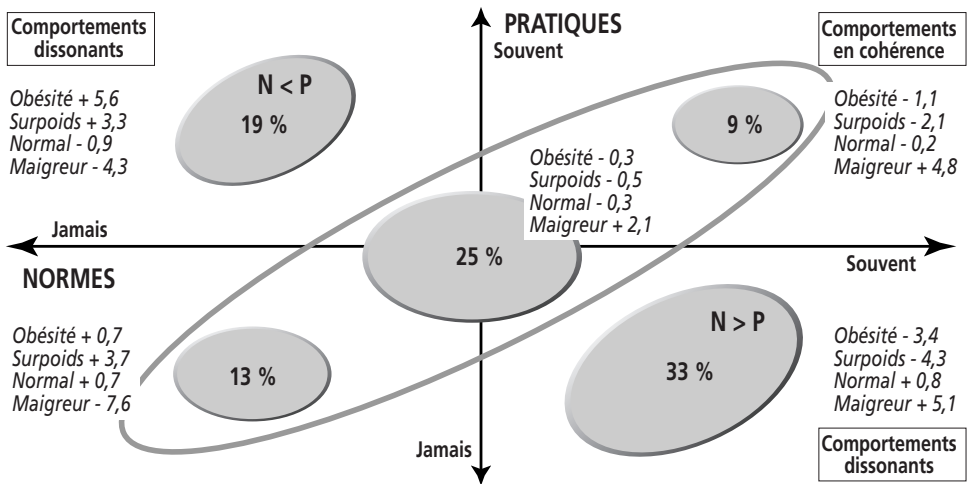
En revanche, on ne trouve pas davantage de personnes en surpoids ou obèses

chez celles qui, pour les consommations hors repas, sont en cohérence entre un déclaratif et la pratique de manger souvent entre les repas (écart non significatif de - 2,1 pour les individus en surpoids et de - 1,1 seulement pour les obèses).

Tableau III • Les décalages normes/pratiques du hors repas (en écart)

	N/P HORS REPAS JAMAIS	N/P RAREMENT	N/P SOUVENT	N > P	N < P
Maigreur	- 7,6	+2,1	+ 4,8	+ 5,1	- 4,3
Poids normal	+ 0,7	- 0,3	- 0,2	+ 0,8	- 0,9
Surpoids	+ 3,7	- 0,5	- 2,1	- 4,3	+ 3,3
Obésité	+ 0,7	- 0,3	- 1,1	- 3,4	+ 5,6

Figure 13 • Les décalages normes/pratiques du hors repas et la répartition des catégories d'IMC



Il est fort probable que ces obèses respectent les normes traditionnelles du repas complet pour le repas de midi et mangent également entre les repas, tout en considérant qu'ils ne devraient pas le faire – et en se sentant coupables de le faire.

Inversement, on peut faire l'hypothèse que les personnes qui pratiquent un déjeuner simplifié reportent sur le hors repas une partie de ce qu'elles n'ont pas consommé au déjeuner, fromage ou dessert par exemple. Or, comme on l'a vu, l'association d'un déjeuner simplifié et de consommations hors repas n'a pas de conséquences défavorables sur le poids, contrairement à ce que laisse entendre la norme traditionnelle qui érige les consommations hors repas en interdits si l'on veut rester mince.

Le souhait de perdre du poids

Nous constatons :

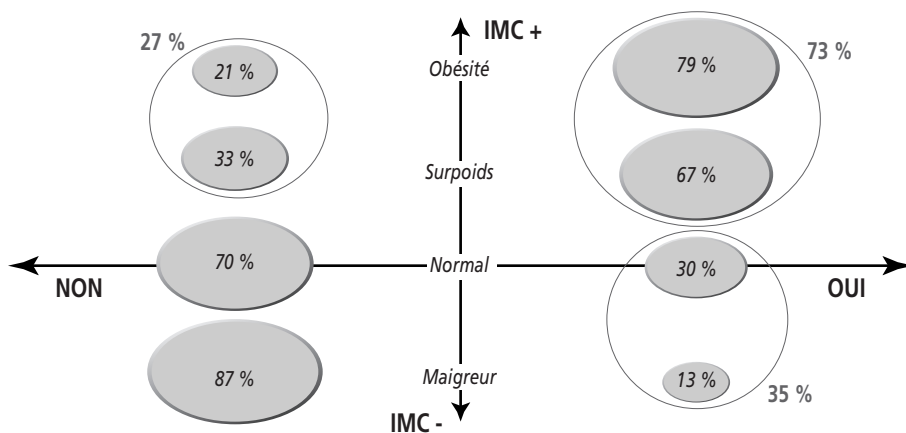
- d'une part, que 13 % des personnes considérées comme « maigres » et 30 %

des personnes dont le poids est considéré comme « normal » souhaitent perdre du poids ;

- d'autre part, que 33 % des personnes considérées comme « en surpoids » et 21 % des personnes considérées comme « obèses » déclarent ne pas souhaiter perdre du poids.

C'est dans des croisements de ce type qu'apparaît pleinement la force du modèle d'esthétique corporelle de minceur. Il y a *presque autant de personnes maigres et de poids normal qui veulent maigrir (46 %) que de personnes en surpoids et obèses (54 %)!* On voit ici que la pression du modèle d'esthétique corporelle de minceur touche massivement la population, très au-delà des groupes en surpoids, qui pourraient avoir intérêt à maigrir pour des raisons de santé.

Figure 14 • Souhait de perdre du poids et l'IMC



CONCLUSION

En ce qui concerne la description de la prévalence de l'obésité et du surpoids, les résultats de l'étude DGAL/CIDIL/OCHA confirment en grande partie les données disponibles. Le niveau de prévalence de l'obésité, dans cet échantillon représentatif de la population française recruté sur des entrées socio-démographiques, est de 7 %.

Sur le plan sociologique, on constate en résumé :

- du point de vue du sexe, la prévalence de l'obésité est supérieure chez les femmes, mais celle du surpoids l'est chez les hommes ;

- du point de vue des professions et catégories socioprofessionnelles, l'obésité et le surpoids sont sur-développés dans le bas de l'échelle sociale pour la population globale. Le lien inverse entre catégories socioprofessionnelles et obésité est très fort pour les femmes, mais il est moins net pour les hommes ;
- du point de vue du niveau d'enseignement, on constate un lien inverse très net, c'est-à-dire que l'obésité est sur-représentée chez les personnes faiblement diplômées.

Géographie française de l'obésité et du surpoids

La répartition géographique de l'obésité confirme le gradient Nord/Sud, présent dans la littérature classique, mais pointe une prévalence importante de la région Sud-Ouest (+ 4 pour le surpoids et + 5 pour l'obésité).

La région parisienne est la moins touchée, tant pour le surpoids et l'obésité (-12) que pour l'obésité seule (- 8).

Ces simples données remettent quelque peu en cause le lien entre modernité alimentaire et obésité, puisque l'on sait que celle-ci se développe de façon marquée dans cet espace géographique.

Obésité et mobilité sociale

L'étude de la mobilité sociale et de ses relations avec l'obésité a été conduite de deux façons :

- *par la comparaison entre la profession de l'interviewé et celle du père.* On cherchait ainsi à repérer les liens entre la mobilité intergénérationnelle et l'obésité. Aucun lien significatif n'apparaît dans nos résultats. Cependant, le type de données collectées ne nous a pas permis de conduire une analyse à âge égal. Il conviendra donc de retravailler cette question dans une étude ultérieure.

- *par la dynamique des revenus.* En demandant aux interviewés dans quel sens leurs revenus ont évolué (en + ou -) depuis les cinq dernières années, nous avons pu repérer des dynamiques sociales qui permettent de construire un indice de mobilité intragénérationnelle. Un lien statistique inverse fort apparaît entre dynamique de revenus et obésité et surpoids. Ces données renforcent les analyses en termes de stigmatisation.

Obésité et décalage normes/pratiques

L'hypothèse de départ, construite en interaction avec plusieurs collègues obésitologues, était que l'obésité pourrait se développer chez les sujets en situation de décalage normes/pratiques (pour les repas, pour les consommations hors repas, le « déclaratif » étant pris comme l'équivalent de la norme).

Si nous constatons l'absence de lien entre corpulence et normes et pratiques pour le petit déjeuner et le repas du soir, nous obtenons en revanche des résultats qui vont à l'encontre des recommandations habituelles en ce qui concerne le déjeuner et les consommations hors repas :

- un lien positif fort (+ 11,4 %) entre l'obésité et la cohérence entre norme déjeuner complet/pratique déjeuner complet ;
- un lien négatif fort (- 10,6 %), en revanche, entre obésité et la cohérence entre norme déjeuner simplifié et pratique déjeuner simplifié ;
- pas de lien, et même plutôt un lien légèrement négatif, entre surpoids et consommations hors repas quand celles-ci sont intégrées dans la norme.

Ces données confirment bien que l'une des critiques majeures faites à la

« modernité alimentaire » - *simplification des repas entraînant des consommations hors repas - n'a pas d'incidence sur l'obésité.*

Ceci conduit à se demander si l'évolution « normale » du modèle alimentaire traditionnel, c'est-à-dire *une adaptation aux nouvelles conditions de vie plutôt que la modernité alimentaire* au sens négatif qui lui est souvent donné, ne va pas vers une simplification du déjeuner associé à des consommations hors repas, qui sont en quelque sorte des reports de consommation. Les personnes qui cumuleraient un déjeuner complet traditionnel, à la fois comme norme et comme pratique, et une pratique nouvelle « hors leur norme » de consommations alimentaires hors repas, pourraient être alors vues comme « moins adaptées ».

Par ailleurs, on peut se demander également si faire encore un tabou des pratiques hors repas, quand on connaît la tendance à la simplification du déjeuner, ne revient pas à s'interdire de fait de les inclure dans des recommandations nutritionnelles. Reconnaître qu'elles existent, c'est mesurer leur importance et permettre au conseil nutritionnel de prendre en considération ces consommations hors repas.

Faut-il en déduire que le modèle alimentaire traditionnel français n'est pas nécessairement celui qui a le meilleur effet sur le poids? Cela dépend de ce que l'on entend par là... Si le modèle à la française se définit uniquement par l'association de trois repas structurés et du tabou absolu du hors repas, peut-être, mais on n'a pas la preuve qu'il ait vraiment existé comme tel. Si ce modèle se définit par l'importance du plaisir alimentaire et par le rituel du repas, qui est un moment d'interruption des autres activités, de détente, de socialisation et de partage, il n'y a pas matière à inquiétude : nos résultats montrent en effet que le repas reste fortement ritualisé et surtout que 81 % des prises alimentaires hors repas sont socialisées, c'est-à-dire partagées avec d'autres individus. Finalement, ce serait moins dans la composition des repas que dans la hiérarchisation des rationalités intervenant dans le raisonnement alimentaire (plaisir, symbolique et socialité ayant au moins autant d'importance que la santé) que se trouveraient les vertus du « modèle alimentaire français ».

ANNEXES

*Chapitre VII : L'obésité et les pratiques alimentaires**Les variables descriptives liées avec l'IMC*

Tableau I • Les liens statistiques avec l'IMC

VARIABLES	LIEN STATISTIQUE
Sexe	Variable liée
Âge	Variable liée
PCS enquêté	Variable liée
PCS du père	Variable liée
PCS du chef de foyer	Variable liée
Actif/non actif	Pas de lien
Situation de famille	Variable liée
Diplôme	Variable liée
Degré d'urbanisation-habitat	Variable liée
Région	Variable liée
Variables combinées	
Évolution de revenus mobilité intragénérationnelle	Variable liée
Mobilité sociale intergénérationnelle	Pas de lien
Degré de solitude	Pas de lien

Tableau II • Les liens entre l'IMC et les variables comportementales

VARIABLES	LIEN STATISTIQUE
Normes/pratiques repas de midi	Variable liée
Normes/pratiques repas du soir	Pas de lien
Normes/pratiques hors repas	Variable liée
Lieu de consommation	Variable liée
Respect de principes alimentaires religieux	Pas de lien
Aliments essentiels	Pas de lien
Aliments à limiter pour ne pas grossir	Variable liée
Aliments à limiter pour être en bonne santé	Pas de lien
Respect de prescriptions alimentaires	Variable liée
Aliments qui font le plus grossir	Pas de lien
Aliments les meilleurs pour la santé	Pas de lien
Attitude vis-à-vis de « faire la cuisine »	Pas de lien
Prescripteurs pour être en bonne santé	Variable liée
Informations nutritionnelles sur l'emballage	Pas de lien
Association de trois aliments	Pas de lien
Consommation de beurre	Pas de lien
Souhait de perte de poids	Variable liée
Satisfaction alimentation quotidienne	Pas de lien
Façon de manger	Variable liée
Consommation de certains aliments et évolution	Variable liée
Lieu de consommation	Variable liée