

## CONCLUSION

### Des risques de médicaliser l'alimentation quotidienne...

*« Édicter des prescriptions générales et  
les prétendre valables pour le monde  
entier est aussi stupide qu'inquiétant. »*

Petr SKRABANEK.

« Les hommes modernes ne savent plus manger ! » C'est sur ce constat posé par différentes instances du corps social que nous avons ouvert notre réflexion. Au terme de ce parcours sur les pratiques alimentaires de nos contemporains, nous pouvons maintenant revenir à certaines de nos questions de départ. Que devient le modèle alimentaire français ? A-t-il évolué vers un degré de *modernité* si inquiétant ? Quels sont les enjeux qui sous-tendent la mise en place de projets d'éducation nutritionnelle un peu partout dans le monde occidental ?

Il faut commencer par resituer les ambitions éducatives en matière de nutrition dans un mouvement plus large de médicalisation de la société, dans lequel l'alimentation joue un rôle particulier. L'éducation nutritionnelle s'inscrit en effet dans un processus de promotion globale de la santé. Quels effets peut-on attendre ou doit-on craindre de ces interventions ? Sur quelle conception plus ou moins implicite des mangeurs reposent-elles ? Quelle est leur pertinence par rapport aux mangeurs français ? Enfin, en quoi la sociologie de l'alimentation peut-elle être utile dans ce type de projet ?

#### ***La dynamique de la médicalisation***

La médicalisation est classiquement définie comme la prise en charge des problèmes de santé : prise en charge technique à travers des actes médicaux, et prise en charge financière à travers les dispositifs d'assurance maladie. Les critères justifiant l'action médicale, qu'elle soit thérapeutique ou de diagnostic, et ses modalités de prise en charge résultent d'une analyse en termes de bénéfices et de risques, conduite tant au niveau du patient que de la société tout entière. Pour les principaux acteurs de la santé publique, cette conception restreinte de la médicalisation est aujourd'hui à reconsidérer. Un second sens, plus large et déconnecté de la dimension financière, tend à s'imposer. Dans cette nouvelle

approche, la médicalisation est un processus dynamique d'élargissement du champ d'application de la raison médicale à des questions qui, jusqu'alors, ne relevaient pas explicitement de son territoire. « C'est bien le concept de médicalisation dans son intégralité et son évolution qu'il faut repenser, reconsidérer », explique Joël Ménard, ancien directeur général de la Santé. Aujourd'hui, l'évolution de la médicalisation oblige à ne plus restreindre la réflexion à de « simples » dépenses de santé. « Ce n'est pas de médicalisation, mais bien d'individu médicalisé et de société médicalisée dont il faut parler », continue-t-il. Cette conception se veut en cohérence avec la définition de la santé de l'OMS, définition qui propose de ne pas réduire la santé à une simple absence de pathologie ou d'infirmité.

L'évolution du terme médicalisation met l'accent sur les deux volets de l'art médical que sont la thérapeutique et la prévention. Culturellement et historiquement, comme le rappelle Marc Renaud, la médecine s'enracine dans ces deux univers d'action symboliquement représentés par les deux filles d'Esculape : Hygiène et Panacée. Panacée est la déesse de la thérapeutique, des médicaments, du traitement des maladies, elle se préoccupe de ce qu'il faut faire quand le mal est là. Hygiène incarne, quant à elle, l'attitude qui consiste à « tout faire pour ne pas tomber malade. Elle s'intéresse à l'ordre normal, c'est-à-dire à notre moderne prévention » (Renaud, 1991).

La médecine scientifique occidentale contemporaine a longtemps été dominée - et l'est toujours - par le modèle thérapeutique. Mais ses propres succès, en transformant les formes de pathologie, induisent une montée en puissance de la prévention. Le modèle de la transition épidémiologique d'Omram (1971) montre comment, à la faveur de la maîtrise des grandes épidémies, les pathologies dégénératives sont devenues la forme de morbidité la plus fréquente. Dans le cadre des connaissances actuelles, si l'action thérapeutique peut aider à *vivre avec* ses maladies, à ralentir leur développement, la prévention apparaît comme le plus puissant levier pour réduire leur apparition. La lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme, la promotion d'une alimentation « saine » et « équilibrée », facteurs fortement impliqués dans le développement de certains cancers et autres maladies dites de civilisation, sont pointées comme les moyens privilégiés de réduire le développement de ce type de morbidité.

On assiste donc au début du basculement du centre de gravité de la médecine de l'action thérapeutique vers l'action préventive : *Hygiène* plutôt que *Panacée*. Au début seulement, car l'inertie de notre système médical actuel, essentiellement centré sur la thérapeutique - tant dans son organisation que dans les logiques de mesure de l'excellence qui président au recrutement des professeurs -, est extrêmement forte.

Les différentes formes de médicalisation ont été largement décrites et l'extension du médical est lue (Clément et Druhle, 1998) comme la conséquence d'une série de phénomènes complémentaires tels que :

- l'augmentation du nombre de médecins et d'auxiliaires médicaux ;
- la transformation de la structure démographique de la société à travers, notamment, le vieillissement de la population, qui accroît la demande de soins ;
- l'élargissement des compétences thérapeutiques à des pathologies face auxquelles on était jadis impuissant ;
- l'extension des compétences du médical à de nouveaux sujets comme l'échec scolaire, la sexualité, les difficultés conjugales, l'expertise psychiatrique,

les prêts bancaires, la prise en charge de la personne âgée et de la fin de vie, la ménopause, la remise en forme...

Cependant, l'extension du médical n'est pas sans susciter des débats. C'est ainsi que des voix se lèvent dans le milieu médical lui-même pour attirer l'attention sur les dangers d'une surmédicalisation. Toutes, de façon plus ou moins explicite, s'inscrivent dans le prolongement des analyses de Michel Foucault, qui voyait dans la médicalisation un processus par lequel « le pouvoir médical se mettait au service du contrôle de la société ». Petr Skrabanek (1995), l'un des plus virulents critiques de ces tendances de la médecine moderne, écrit : « Les chemins qui mènent à la perte des libertés sont innombrables. L'un d'eux porte l'indication "santé pour tous". »

### ***La médicalisation du point de vue de la sociologie***

Pour Conrad, la « médicalisation » est un processus dynamique par lequel des problèmes, jusque-là considérés comme non médicaux, sont définis et traités en termes de maladie et de dysfonctionnement (Conrad, 1992). La sociologie s'intéresse tout particulièrement à la médicalisation de la vie quotidienne. Elle tente de décrire le processus par lequel la raison médicale s'impose dans des champs de la vie où régnaient jusqu'alors d'autres formes de rationalité et elle montre comment, échappant le plus souvent au contrôle des médecins eux-mêmes, elle « envahit les esprits et s'insinue dans les espaces où peut se manifester une pré-occupation de santé » (Aïach, 1998, 26). La sociologie de la santé met l'accent sur le fait que la médicalisation est une construction sociale qui « confère une nature médicale à des représentations et des pratiques qui n'étaient jusqu'alors pas socialement appréhendées en ces termes » et qu'elle « est avant tout la redéfinition d'un problème existant dans un langage médical » (Fassin, 1998).

Pour comprendre ce mécanisme, l'intérêt est porté sur les processus de légitimation qui concourent à l'inclusion d'un phénomène social dans la sphère médicale. La légitimité de la médecine contemporaine repose sur ses succès techniques et scientifiques, qui se sont traduits concrètement par un formidable accroissement de l'espérance de vie. Mais l'extension du médical est aussi liée à l'effondrement d'autres formes de contrôle social (affaiblissement de la famille, des institutions morales et religieuses...). C'est ainsi que des questions qui relevaient jusqu'alors de ces univers de sens et de décision basculent dans le champ du médical qui peut apparaître comme moins moralisateur. « La médicalisation de la vie se fait à travers la notion de déviance et sa transformation en notion de maladie, la normalité se traduisant alors en termes de santé... » (Aïach, 1998.)

Ce faisant, la médicalisation est le reflet des transformations des sociétés modernes. On assiste à différents types de transferts de légitimité : du religieux au médical, du moral au médical, du magique au médical, de la famille vers les institutions médicalisées... Le recours quasi systématique des médias au savoir médical pour commenter certains aspects de la vie quotidienne est le signe des nouvelles fonctions sociales des médecins qui relayent aujourd'hui les prêtres et les guides de conscience.

Ainsi, la santé se pose comme une valeur contemporaine fondamentale. Elle est raisonnée en termes de « capital » qu'il conviendrait de gérer au mieux, sur la durée. Les progrès objectifs de la médecine scientifique réactivent le mythe de la vie éternelle, le mythe de la santé parfaite décrit par Lucien Sfez (1995).

### ***La « médicalisation » de l'alimentation***

La médicalisation de l'alimentation substitue aux raisons gastronomiques ou symboliques, sur lesquelles s'articulent les décisions alimentaires, des raisons d'ordre médical. Les risques que l'alimentation quotidienne font courir pour la santé ou les bénéfices qu'une alimentation équilibrée (au sens nutritionnel) permettent d'espérer justifient l'écoute médicale, voire la mise au régime.

L'idée que l'alimentation puisse être un levier de la santé n'est pas une idée neuve. Elle est présente sous la forme de diététiques profanes dans toutes les cultures. Claude Lévi-Strauss a même montré que, loin de relever de l'irrationnel, un grand nombre des connaissances des sociétés traditionnelles relatives aux plantes, aux minéraux et à leurs effets sanitaires, non seulement méritait notre respect mais aussi pouvait être l'objet d'une approche scientifique moderne à travers les ethnosciences. Cependant, dans les modèles alimentaires traditionnels, le sanitaire n'est jamais le seul horizon de sens. La « médicalisation » de l'alimentation n'est donc en soi ni nouvelle ni problématique *tant que le nutritionnel ne devient pas dominant et n'éclipse pas les autres univers alimentaires* (goût, identité et socialité). Cela paraît particulièrement important pour les pays latins et plus particulièrement la France.

Historiquement, la culture alimentaire française, qui sur-développe les dimensions gustatives et gastronomiques, est peut-être sur ce point une exception (Poulain, 2001).

Dans des travaux récents, Jean-Louis Flandrin avançait l'hypothèse que la gastronomie a émergé au moment où les diététiques profanes, fondées sur la catégorisation hippocratique des aliments (chaud/froid, sec/humide) et des tempéraments, ont été remises en cause par la science moderne. « Cette invention (la culture du goût) est survenue, en France, au moment où les progrès de la chimie et de la physiologie expérimentale mettaient à mal l'ancienne diététique hippocratique. Longtemps vassalisée par la médecine, la cuisine s'en est donc libérée, lentement et sans bruit, au cours des XVII<sup>e</sup> et XVIII<sup>e</sup> siècles. » (Flandrin, 1996, 702.) Le goût apparaît alors comme le but principal de l'alimentation française. Mais il s'agit ici d'un goût en rupture avec la conception d'Avicenne, dominante à l'époque, selon laquelle « si le corps de l'homme est sain, toutes les choses qui lui ont meilleure saveur à la bouche mieux le nourrissent ». C'est un goût au service du plaisir et du processus de différenciation sociale et de distinction que nous avons décrit. Dans la culture gastronomique française, les dimensions nutritionnelles de l'alimentation passent à l'arrière-plan. C'est la raison pour laquelle le processus de médicalisation de l'alimentation s'est développé moins rapidement en France que dans les pays anglo-saxons.

Cependant, l'affaiblissement – réel ou supposé – des modèles alimentaires traditionnels et le déplacement d'un certain nombre de décisions au niveau de l'individu contribuent, en France, au développement d'une demande de conseils en matière d'alimentation. Cette demande s'exprime tant dans la relation entre le médecin généraliste et son patient que dans les résultats de nombreuses enquêtes. En ce qui concerne les médecins généralistes, ils apparaissent comme les interlocuteurs les plus à même de donner des conseils car les mieux placés pour comprendre leurs patients dans leur globalité. Cependant, les spécialistes de la nutrition scientifique pointent la faiblesse de la formation des généralistes en la matière et militent, avec un certain succès, pour l'augmentation de l'importance

de cette discipline dans les cursus universitaires. Des chaires de nutrition ont été créées et la nutrition est aujourd'hui un sujet central des actions de formation continue du milieu médical. En ce qui concerne les attentes de conseil qui s'expriment dans les enquêtes, si elles coïncident avec la mise en évidence de l'impact de l'alimentation sur un très grand nombre de pathologies pour légitimer la diffusion par les pouvoirs publics de messages nutritionnels, elles sont également alimentées par un trop-plein de discours contradictoires, cette « cacophonie alimentaire » sur laquelle Claude Fischler attire l'attention depuis de nombreuses années (1979, 1990, 1996).

La pression du modèle d'esthétique corporelle participe également au processus de médicalisation. Comme nous l'avons vu, il y a en France, parmi les personnes qui souhaitent perdre du poids, presque autant de personnes « maigres » ou de poids « normal » (46 %) que de personnes « en surpoids » ou « obèses » (54 %). Le désir de maigrir est ainsi pratiquement déconnecté du besoin de maigrir pour raisons de santé, besoin qui est théoriquement fonction de l'indice de masse corporelle. Un esprit rationnel pourrait être surpris de l'importance de la littérature de régimes au regard de la minceur des résultats obtenus. Étayée sur le sentiment que, en contrôlant son alimentation, on contrôle aussi son avenir dans un monde en mutation, la religion du régime donne l'illusion d'une maîtrise de la situation. Plus grave que la minceur des résultats obtenus, les régimes restrictifs non nécessaires peuvent être le premier pas vers des cycles alternant pertes et prises de poids en Yo-Yo (Basdevant, 1998).

Mais la médicalisation de l'alimentation n'est pas le fait des seuls médecins, elle est le résultat d'interactions complexes entre des acteurs sociaux qui y trouvent ou espèrent y trouver des intérêts. C'est ainsi que les industriels de l'agroalimentaire tentent d'utiliser l'argument santé à des fins promotionnelles. À travers les sommes importantes qu'ils investissent dans la communication pour le lancement d'un nouveau produit ou le soutien de l'image d'un produit existant, ils sont de puissants acteurs de la médicalisation. Depuis quelques années, suivant une tendance déjà à l'œuvre dans les pays anglo-saxons et au Japon, une nouvelle catégorie d'aliments a même fait son apparition : *les alicaments*. Le terme construit sur la contraction d'aliment et de médicament désigne des produits revendiquant des qualités diététiques particulières. Cependant, en France, le succès de ce type de produits est pour le moins mesuré, et tous les acteurs se sont vus contraints de coupler dans leur stratégie de communication les arguments santé et les arguments plaisir.

### ***La mise en place de programmes d'éducation nutritionnelle***

Deux problèmes principaux se posent : la faiblesse des modèles théoriques sur lesquels reposent les politiques de promotion de la santé et l'état des connaissances en matière de comportement alimentaire. Certaines campagnes d'éducation sanitaire, dont l'objectif était d'obtenir une réduction des comportements à risques, ont fait l'objet de violentes attaques en raison de la dimension moralisatrice de leurs messages. Ces critiques s'appuient toutes plus ou moins sur les travaux américains de Ryan (1971) et Crawford (1977) qui ont donné naissance à la théorie du « *victim blaming* », mettant en évidence le fait que les campagnes de prévention, en stigmatisant les comportements à risque, transforment les victimes en coupables. « On ne fait que culpabiliser les malades au lieu de leur apporter une aide. » (Berlivet, 2000.) Les messages sanitaires peuvent se décomposer

comme suit : « Si vous êtes malades c'est que vous avez fait quelque chose qu'il ne fallait pas faire et c'est donc bien de votre faute. » Il serait pourtant plus productif de se poser la question des raisons qui conduisent les individus à adopter des comportements à risques.

Face à ces critiques, les responsables de politique de communication sanitaire ont cherché une position non culpabilisante en adoptant une « communication positive ». C'est ainsi que l'on est passé successivement de *l'éducation sanitaire* à *l'éducation pour la santé* pour en arriver aujourd'hui à la *promotion de la santé*. Cette dernière attitude a même été officiellement préconisée par l'Organisation mondiale de la santé (WHO, 1985).

Si ces nouvelles conceptions, toutes plus ou moins étayées sur le modèle psychosociologique des « croyances pour la santé » (*Health Belief Model*) théorisé par Rosenstock (1966), constituent un véritable progrès, elles ne vont pas sans poser quelques problèmes. Selon ce modèle, les modifications des comportements reposent sur deux facteurs : la perception d'une menace pour la santé et la perception ou la croyance que l'adoption d'un comportement particulier peut réduire cette menace. Cette conception fortement individualiste et rationnelle fait fi des contraintes matérielles dans lesquelles vivent les acteurs sociaux et surtout de l'impact de la socialité. « Prendre soin de soi de sa santé, veiller à son alimentation, par exemple, est en grande partie affaire de ressources et de contraintes diverses liées au travail, au revenu ou à la vie familiale. Arrêter de boire ou de fumer peut être une décision individuelle, fondée sur une information ou une norme, mais il faut, pour en apprécier la difficulté, en comprendre les implications relationnelles modelées par la culture du groupe auquel l'individu appartient [...]. Si l'on veut vraiment comprendre comment savoirs, représentations et discours prennent sens pour l'action, il convient de toujours les rapporter aux contraintes quotidiennes de la vie des personnes d'une part, aux caractéristiques de leurs relations sociales d'autre part. » (Adam et Herzlich, 1994.)

Dans le domaine de l'alimentation, s'appuyer sur une théorie individualiste est en contradiction totale avec la notion de modèle alimentaire et risque de conduire à la construction de messages totalement *contre-productifs*. La conception d'un mangeur libre de ses choix et seul devant ses aliments est totalement réductionniste. Par ailleurs, dans le champ de l'alimentation, les risques de produire des messages à caractère moralisateur sous couvert de discours scientifiques sont considérables car, comme le suggère Claude Fischler, la moralisation est un invariant de l'alimentation humaine (1996). Dans un contexte d'affaiblissement de la prise en charge de certaines décisions par le groupe ou la société, la moralisation est de retour sous couvert de logique scientifique.

La rapidité avec laquelle on satanise certains aliments (le sucre, les matières grasses, les boissons gazeuses) en est un bon exemple. Les débats scientifiques, qui accompagnent ce qu'il faut bien se résoudre à appeler des modes, montrent la difficulté de passer du constat physiologique ou épidémiologique au conseil nutritionnel. Un article récent de la très légitimante revue *Science* montre la fragilité des recommandations « antigras » et la nécessité de prendre le comportement alimentaire dans sa complexité. C'est ainsi qu'un certain nombre d'études mettant en évidence des liens entre mortalité cardio-vasculaire et consommation de matière grasse d'origine animale pourraient ne pas être exemptes de biais : les taux élevés de mortalité peuvent tout aussi bien rendre compte d'une faible consommation de

fruits et de légumes (Taubes, 2001). Le plus étonnant pour l'observateur extérieur est l'empressement de la communauté scientifique à transformer certains résultats non encore stabilisés en préconisations de santé publique.

Rien d'étonnant alors que l'on fasse une évaluation des programmes d'éducation nutritionnelle pour le moins nuancée. Les résultats les plus marquants se réduisent à l'apprentissage du discours auquel les populations ont été exposées. Dans une étude sur les modes alimentaires américaines au xx<sup>e</sup> siècle et les politiques qu'elles ont inspirées, Harvey Levenstein (1996) a montré qu'il est heureux, à la lumière des connaissances actuelles, que les programmes mis en place aient été des échecs. Dans les années 1930 par exemple, à une époque où les vitamines n'avaient pas encore été découvertes, les *food reformers* recommandaient aux classes populaires de privilégier les féculents aux détriments des fruits et des légumes, jugés d'un faible intérêt nutritionnel puisque contenant principalement de l'eau et des fibres non digestibles.

Le cas de certains pays anglo-saxons, où les dimensions culturelles de l'alimentation n'ont pas la même intensité qu'en France, mériterait réflexion : à la fois le développement de l'obésité et celui des programmes d'éducation nutritionnelle y sont nettement plus anciens. Le *paradoxe américain*, c'est que le taux d'obésité le plus important se rencontre dans la société où la *vulgate* de la culture nutritionnelle est aussi la plus diffusée (Rozin *et al.*, 1999). L'alimentation ne se réduit pas à la nutrition.

### ***Changer les habitudes alimentaires...***

Depuis les développements de l'épidémiologie et de la pensée hygiéniste à la fin du xix<sup>e</sup> siècle, l'idée de changer les habitudes alimentaires pour que les hommes soient en meilleure santé est à la fois un horizon et une justification de la recherche scientifique en matière de nutrition. Cependant, très vite, ces ambitions réformistes se sont heurtées à des difficultés majeures. Changer les habitudes alimentaires s'est révélé beaucoup plus compliqué qu'on ne pouvait le penser. Les sciences humaines et sociales ont alors été convoquées pour aider à cet ambitieux projet. Citons à titre d'exemple les travaux :

- d'Audrey Richards (1933, 1937), dans les années 1930, en Angleterre ;
- de Maurice Halbwachs (1933), entre les deux guerres, et de Léon Paley, dans les années 1950 en France ;
- de Kurt Lewin (1943) et Margaret Mead (1943), au début des années 1940 aux États-Unis.

Comment changer les habitudes alimentaires ? Cette question s'articule sur plusieurs postulats et peut être reformulée ainsi : une population donnée a un ensemble fixe d'habitudes dont certaines sont mauvaises et l'on souhaite les transformer en un nouvel ensemble fixe de pratiques conformes aux règles scientifiques de la nutrition. Elle repose sur plusieurs présupposés qui ne sont pas véritablement vérifiés :

- les individus sont plutôt stables dans leur comportement erroné ;
- l'environnement social est plus ou moins stable ;
- les connaissances nutritionnelles sont définitives.

Voilà l'exemple type de question mal posée. Il faut passer de la question « Comment changer les habitudes alimentaires ? » à « Quelle est la nature du comportement alimentaire ? » pour déboucher enfin sur une nouvelle question : « Comment favoriser le développement de pratiques appropriées chez des individus donnés, dans une société ou un espace social particulier et à un moment donné ? »

La conception implicite de ce que l'on peut appeler l'idéologie des régimes se base sur le postulat d'un mangeur « libre de ses choix » et rationnel dans ses décisions. Or les décisions alimentaires ne sont *ni des décisions individuelles ni des décisions rationnellement simples*. On sait de plus que ni l'accumulation ni même la compréhension des connaissances nutritionnelles ne sont nécessairement suffisantes pour faire changer les habitudes alimentaires des individus.

Les connaissances acquises aujourd'hui, tant sur les risques que fait courir l'obésité que sur les méthodes pour faire changer les habitudes alimentaires, sont-elles suffisamment solides pour justifier un interventionnisme ?

L'acte alimentaire et les goûts sont soumis à de très fortes déterminations sociales et les modalités cognitives de construction des choix sont multiples : rationalité en valeur, en finalité, représentations symboliques, pensée magique... Même si les acquis des sciences sociales et humaines appliquées à l'alimentation sont nombreux et non négligeables, ils sont loin d'avoir épuisé la question centrale de la nutrition humaine, qui est de comprendre ce que manger veut dire. Nous devrions tous nous poser cette question centrale avec beaucoup plus d'insistance avant de chercher à changer les habitudes alimentaires. Un champ de recherche nouveau s'ouvre, à l'interface des sciences de la nutrition et de la socio-anthropologie de l'alimentation, dont l'objet est de comprendre la complexité des décisions alimentaires.

Dans le contexte actuel des connaissances, certains sociologues et anthropologues vont même jusqu'à proposer un moratoire, estimant qu'il est plus raisonnable de suspendre toute action d'intervention en attendant les résultats de certains programmes de recherches interdisciplinaires visant à mieux comprendre les modalités de la décision alimentaire (Germov et Williams, 1996), comme celui conduit en Angleterre (*the Nation's diet program*) par Anne Murcott (1998), qui se concentre sur la construction des choix et des décisions alimentaires.

En France, l'intérêt de la sociologie de l'alimentation commence à être reconnu, tant par les milieux médicaux que par les politiques en charge de la gestion des crises ou de la promotion de la santé. Mais l'accumulation de connaissances est encore modeste. Les activités de recherche ne sont encore le fait que de quelques individualités et même si des programmes interministériels<sup>1</sup> soutiennent cette thématique, son institutionnalisation dans les grands organismes de recherche n'en est qu'à ses débuts. Ici comme ailleurs, il faut laisser le temps au développement de la recherche et au débat contradictoire.

### ***Une éducation alimentaire plutôt que nutritionnelle***

L'interprétation sociologique de ce qu'il est convenu désormais d'appeler le « *french paradox* » pourrait être de voir dans la vivacité des dimensions culturelles et surtout hédonistes de l'alimentation française une des causes de certains liens étonnamment bas entre consommation alimentaire et morbidité. Les résultats de l'enquête que nous venons de présenter confirment l'importance de ces dimensions qui constituent sans doute la meilleure définition du « modèle alimentaire français ». Ce sont les Français qui le décrivent eux-mêmes : à la question

---

1. Au premier rang desquels le programme Alimentation, Qualité, Sécurité (AQS) des ministères de l'Agriculture et de la Recherche, et le programme pluriannuel Réseau Alimentation Référence Europe (RARE), avec sa composante Nutrialis, que vient d'initier le ministère de la Recherche.

« Quel genre de cuisine mange-t-on chez vous ? »<sup>2</sup>, quatre personnes sur dix répondent en termes d'identité, trois sur dix en termes culinaires, 14 % seulement en termes nutritionnels. Les Français ont par ailleurs une « bonne connaissance » (à quelques exceptions près) à la fois des aliments « bons pour la santé » et des aliments à limiter « pour être en bonne santé » et « pour ne pas grossir ». Pourtant, leur classement des « aliments essentiels » ne coïncide pas tout à fait avec celui des « aliments les meilleurs pour la santé », ce qui veut dire que la santé n'est pas le seul horizon de l'alimentation. Cela peut paraître une évidence, il est pourtant primordial d'attirer l'attention sur cette réalité.

Une médicalisation de l'alimentation quotidienne exacerbant la dimension santé au détriment des deux autres (dimension plaisir et dimension culture/identité) pourrait mettre à mal le modèle traditionnel français peut-être plus sûrement que la transformation des pratiques alimentaires elles-mêmes. Nous avons vu en effet que ce modèle évolue, mais cela depuis toujours. La modernisation se traduit par une simplification des repas, mais les repas restent très fortement socialisés. Les consommations hors repas existent mais sont, elles aussi, socialisées à un degré assez remarquable. De plus, si l'on considère qu'une partie d'entre elles peut être assimilée à des reports de consommations après des repas principaux simplifiés et une autre à des « petits repas », l'image du grignoteur compulsif et solitaire fortement stigmatisé par le discours nutritionnel semble assez éloigné de ce que l'on peut observer. Enfin, le « modèle français » n'apparaît pas monolithique, il est le reflet de fortes diversités sociales et régionales.

Revenons maintenant à notre question de départ : y a-t-il une impérieuse nécessité à s'engager, en France, dans des programmes d'éducation nutritionnelle ? La montée de l'obésité en France, supposée (pour les adultes) ou réelle (pour les enfants et les adolescents), semble justifier aujourd'hui la mise en place de tels programmes. Quels messages faire passer et à qui ? Faut-il dispenser des (nouveaux) messages de minceur à l'ensemble de la population, messages qui seront entendus probablement par des personnes qui n'ont pas besoin de les entendre et qui contribueront à stigmatiser les déviants par rapport à la norme ? Ou faut-il s'adresser spécifiquement aux seules personnes qui ont besoin de maigrir pour leur santé ou dont l'obésité doit être considérée comme une « maladie » ? Rappelons que, dans notre échantillon national, 46 % des personnes en surpoids et obèses ne souhaitent pas maigrir... Rappelons aussi que nous n'avons pas trouvé le plus grand nombre de personnes en surpoids et d'obèses où on l'attendait, c'est-à-dire parmi les personnes ayant adopté des comportements dits « modernes » - repas simplifiés allant de pair avec des consommations hors repas.

Arnaud Basdevant, dans sa contribution à l'expertise collective de l'INSERM sur l'obésité de l'enfant, recommandait de ne pas focaliser les actions de prévention sur l'obésité. « Préconiser la "maigreur" pour éviter "l'obésité" serait une proposition irréaliste, sans fondement et dangereuse. Il n'existe aucun argument pour définir un poids théorique auquel chacun devrait se référer de manière univoque : la zone de poids recommandable est large. Au risque d'être caricatural, nous proposons de "démédicaliser" les messages de prévention, c'est-à-dire de ne pas faire référence à la maladie mais plutôt au bien-être. Il faut valoriser la culture culinaire

---

2. Question ouverte à laquelle les personnes répondent avec leurs propres mots, les réponses étant regroupées par la suite.

et les aspects positifs des modèles alimentaires qui ne favorisent pas l'obésité. » (Inserm, 2000, 298.)

L'état des connaissances actuelles invite donc à la prudence et suggère de préférer l'éducation alimentaire à l'éducation nutritionnelle, pour prendre en charge les différentes finalités de l'acte alimentaire – son lien à la santé, son lien au plaisir et ses dimensions sociales et symboliques et pour respecter les différents particularismes alimentaires, sociaux, régionaux, religieux qui contribuent à la construction des identités sociales.

Dans le discours de clôture des États généraux de l'alimentation, en même temps qu'il annonçait la mise en place du Plan National Nutrition Santé, le Premier ministre affirmait : « Se nourrir, ce n'est pas seulement répondre à un besoin biologique, c'est aussi traduire une identité culturelle, sociale, affective, [...] l'intérêt des enfants pour l'alimentation devrait être suscité à l'école au sein de plusieurs matières – l'histoire, la géographie, la littérature... – et pas uniquement en classe de biologie. » L'école a déjà fait un premier pas (timide) dans ce sens à travers les classes du goût ; souhaitons que, malgré des programmes toujours trop chargés, elle puisse valoriser ainsi une activité fondamentale pour la santé et, à travers l'alimentation, contribuer à faire connaître et respecter la diversité des cultures. D'ores et déjà la promotion des dimensions culturelles de l'alimentation passe par un plan de formation des maîtres pour diffuser les connaissances historiques, culturelles, relatives aux styles alimentaires.

Cependant, dans la situation actuelle, le risque est grand d'en rester à des déclarations de principe. Car malgré les intentions louables, le danger subsiste de voir l'éducation nutritionnelle, étayée sur une conception universalisante de l'homme biologique, promouvoir une *médicalisation sauvage* de l'alimentation quotidienne qui est probablement l'un des plus puissants mécanismes d'érosion des modèles alimentaires.

Pour conclure, c'est à Jean Claudian et Jean Trémolières que nous donnerons la parole. « L'homme de l'an 2000 se trouve dans une curieuse alternative. Il connaît de mieux en mieux les dangers des excès ou des carences relatives à son alimentation. La science n'est pas loin de pouvoir dire ce qu'il faut faire pour être en bonne santé et donc pour qu'il n'y ait plus qu'à se conformer à ses prescriptions. Mais derrière le *manger*, il y a ce que devient l'homme qui mange, qui lui importe encore plus. » (Claudian et Trémolières, 1978.)

Faire fi de la diversité des dimensions culturelles de l'alimentation n'est pas seulement une erreur stratégique, c'est perdre de vue que dans l'alimentation s'expriment les désirs et le sens de la vie d'une communauté humaine. Sortir de l'opposition sciences positives (issues de la biologie) et irrationalité des cultures, voilà l'enjeu auquel nous sommes aujourd'hui confrontés. Les connaissances des sciences de la nutrition doivent se mettre au service de l'évolution des pratiques dans le respect des modèles alimentaires. Ne pas réduire l'alimentation à sa seule dimension nutritionnelle, ce serait renouer avec la grande tradition humaniste initiée par Jean Trémolières, le fondateur de la nutrition française.