

Les relations entre réception des recommandations PNNS dans une population rurale française et prévalences réelles du surpoids et de l'obésité

Aude Brus¹

En France, le Programme National Nutrition-Santé a été lancé en 2001 dans l'objectif d'améliorer l'état de santé des français, de tout âge, en agissant principalement sur l'un de ses déterminants majeurs : la nutrition. Il informe et sensibilise la population sur l'importance d'une alimentation équilibrée et vise à réduire les risques de maladies cardio-vasculaires et diminuer de 20% la prévalence du surpoids et de l'obésité dans la population.

Des guides sont ainsi disponibles et diffusent huit « repères alimentaires essentiels » (au moins 5 fruits et légumes par jour, 3 produits laitiers, des féculents à chaque repas, des protéines 1 à 2 fois par jour, limiter les matières grasses, consommer avec modération les produits sucrés, limiter la consommation de sel et boire de l'eau à volonté). Des messages sanitaires accompagnent également toutes les publicités en rapport avec l'alimentation (« Pour votre santé, mangez au moins cinq fruits et légumes par jour », « Evitez de manger trop gras, trop sucré, trop salé », « Evitez de grignoter entre les repas », « Pratiquez une activité physique régulière ») (Arrêté du 27 Février 2007, NOR SANP0720073A), et des spots publicitaires mettant en scène des fruits et légumes sont intégrés aux émissions pour les enfants. Enfin, des séries de mesures ont été adoptées supprimant la collation de la matinée dans les écoles maternelles (Note du Ministre de l'Education Nationale aux directeurs d'école du 23 Mars 2004) ou interdisant les distributeurs automatiques de boissons sucrés et de friandises dans les établissements scolaires (Loi relative à la politique de santé publique du 9 Août 2004 n°2004-806)...

¹ Aude Brus est docteur en anthropologie biologique et actuellement en post-doctorat au sein de l'UMI 3189 Environnement, Santé, Sociétés à Dakar. Ses recherches s'intéressent notamment à la variabilité des populations humaines, tant sur un plan biologique (processus de croissance, corpulence) que comportemental (comportement et habitudes alimentaires)
www.lemangeur-ocha.com – Texte Exclusif d'Aude brus : Les relations entre réception des recommandations PNNS dans une population rurale française et prévalences réelles du surpoids et de l'obésité. Mise en ligne : 4 août 2011

Les premiers effets positifs de la politique engagée sont notables en France. L'Etude Nationale Nutrition, menée en 2006, a par exemple montré des « signes encourageants » dans l'évolution des consommations alimentaires des français, notamment en ce qui concerne les produits frais et le sel Santé (Castetbon et al. 2008). L'étude SU.VI.MAX. a quant à elle permis d'étudier les relations existant entre l'incidence de maladies chroniques dans la cohorte et un score alimentaire qui prenait en compte les recommandations de santé publique (Estaquio et al., 2008). Une alimentation saine est alors apparue associée à de faibles risques de maladies chroniques, notamment chez les hommes. Les résultats sont par contre plus mitigés en ce qui concerne les relations entre une alimentation en adéquation avec les recommandations sanitaires et la prévalence du surpoids et de l'obésité. Paineau et al. (2008) ont suivi l'indice de masse corporelle d'adultes répartis en trois groupes : un groupe témoin, qui ne bénéficie d'aucune recommandation nutritionnelle, un deuxième groupe, pour lequel on conseille une réduction de la consommation de matières grasses et une augmentation des apports en complexes hydratés, et un troisième groupe, pour lequel on préconise une diminution des apports en matières grasses et en sucres et une augmentation des apports en complexes hydratés. Une diminution de l'IMC a été observée dans les groupes qui ont bénéficié de conseils nutritionnels mais cette évolution paraît plus liée à un coaching intensif et à un suivi nutritionnel régulier et personnalisé qu'au simple respect de recommandations collectives. Cependant, Guo et al. (2004) ont étudié les relations entre la qualité de l'alimentation, en référence aux recommandations du Département Américain de l'Agriculture, et l'obésité dans un échantillon américain. Ils ont observé que peu d'individus obtenaient des scores alimentaires élevés mais ils ont noté une diminution de la prévalence de l'obésité avec l'augmentation des scores d'adéquation alimentaire.

Nous nous intéressons dans cet article aux pratiques alimentaires de femmes et d'hommes adultes vivant dans une zone rurale à dominante agricole (Châteauponsac, Haute-Vienne). La commune de Châteauponsac présente les caractéristiques socio démographiques d'une zone rurale : l'espace est de moins en moins peuplé, la part des séniors ne cesse de s'accroître, le monde agricole recule au profit du secteur tertiaire et des services aux personnes, mais conserve cependant un poids important dans le paysage économique (INSEE-Limousin, 2004). Le contraste rural-urbain s'est néanmoins atténué ces dernières décennies. Le développement des moyens de communication et des transports en commun ont en effet facilité les échanges ville-campagne, que ce soit au niveau économique ou humain. Les

différences en termes de comportements alimentaires sont par exemple de plus en plus ténues. La Haute-Vienne présente d'ailleurs un équipement en grandes et moyennes surfaces très denses (Berenice, 2004). Châteauponsac n'échappe pas à ce maillage commercial important, la majorité des courses hebdomadaires sont réalisées dans ce type de magasins, qui propose une offre alimentaire uniformisée tout à fait identique à celle disponible dans les magasins des grands centres urbains. Les mêmes produits de grande consommation se retrouvent donc dans les placards des populations rurales et citadines. Par ailleurs, les ruraux ne sont pas hermétiques aux médias et sont tout autant sensibilisés que le reste de la population aux impératifs de santé et de bien-être diffusés à la télévision, dans la presse, dans les publicités ou dans le cadre de programmes de santé publique

Dans un premier temps, un aperçu des pratiques alimentaires permettra de définir une alimentation équilibrée, selon les individus rencontrés, et d'évaluer l'adéquation de l'alimentation aux recommandations nutritionnelles du PNNS. Nous nous interrogerons ensuite sur les relations entre l'alimentation et le statut nutritionnel des sujets : le fait de présenter une surcharge pondérale est-il un facteur significativement relié à une meilleure observance des conseils nutritionnels ? Influence-t-il les pratiques alimentaires ?

1- La population d'étude

Entre septembre 2006 et février 2007, 132 personnes (64 femmes et 68 hommes) ont été interviewées dans le cadre d'un projet doctoral qui s'intéressait aux relations entre la prévalence des surcharges pondérales et différents facteurs sociaux et comportementaux. Les entretiens semi directifs étaient individuels ou réalisés en présence d'autres membres de la famille, particulièrement dans le cas des hommes où les conjointes étaient souvent présentes et plus expressives, notamment dès qu'on abordait des questions alimentaires.

La stature et le poids de chaque individu étaient également mesurés afin de calculer l'indice de masse corporelle et définir le statut nutritionnel de chacun, en référence aux recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé (1995)

Tous les sujets n'ont cependant pas été retenus dans l'étude présentée. En effet, trois femmes étaient enceintes, deux femmes et un homme ont répondu aux questions mais ont refusé d'être pesés et enfin une femme a accepté d'être mesurée mais n'a pas accordé de temps pour un

entretien. L'étude proposée porte donc sur un échantillon de 125 personnes (58 femmes et 67 hommes).

1-1- Présentation sociodémographique

Au moment des entretiens, les individus de l'échantillon étaient en moyenne âgés de 36,8 +/- 3,01 ans. La majorité des sujets déclaraient vivre en couple (86,4% étaient mariés ou vivaient en concubinage) et avaient au moins un enfant à charge (84,8%). La répartition des individus selon le niveau d'éducation était par ailleurs équilibrée : 54,2% des sujets ont validé un diplôme de cycle court ou arrêté leurs études en cours de scolarisation, et 45,8% ont leur baccalauréat et ont éventuellement suivi des études de niveau supérieur. Néanmoins ces chiffres sur l'ensemble de l'échantillon masquent des différences selon le genre : les hommes ont plus souvent suivi des cycles courts et les femmes ont plus fréquemment validé des diplômes de niveau supérieur. En outre, la majorité des individus ont eu un parcours géographique stable : 78,0% n'ont jamais vécu hors des limites de la Haute-Vienne. Cependant, les femmes de l'échantillon sont significativement plus mobiles que les hommes. Enfin, les agriculteurs, exploitants et ouvriers, représentaient 18,4% des individus en activité, avec une sur-représentation d'hommes dans ce groupe.

1-2- La répartition des sujets selon le statut nutritionnel et le genre

Le statut nutritionnel des adultes a été défini à partir des recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 1995). La maigreur correspond à un IMC inférieur à 18,5 kg/m², un statut nutritionnel « normal » est défini par un IMC compris entre 18,5 et 24,9 kg/m², le surpoids correspond à un IMC compris entre 25 et 29,9 kg/m², et l'obésité commence à partir de 30 kg/m². Cette classification est applicable sur tous les individus adultes, quels que soient le genre, l'âge et l'origine géographique.

La répartition des sujets selon le statut nutritionnel et le genre est présentée dans le tableau 1. Les sujets en insuffisance pondérale sont rares, la majorité des femmes présentent un IMC normal (63,8%), mais les hommes normo pondéraux représentent à peine 53,7% de l'échantillon. Les surcharges pondérales (surpoids et obésité inclus) rassemblent 40,0% des adultes rencontrés : 28,0% sont en surpoids et 12,0% sont obèses. Les hommes sont plus fréquemment en surpoids que les femmes (34,5% contre 20,7%), mais ces dernières sont plus

souvent obèses que les hommes (13,8% contre 10,4%). Les prévalences du surpoids et de l'obésité dans notre échantillon adulte en 2006-2007 sont similaires aux données de l'enquête nationale ObEpi réalisée en 2006 (ObEpi-Roche, 2006).

Statut Nutritionnel	Total % (n)	Femmes % (n)	Hommes % (n)
Maigreur légère	1,6 (2)	1,7 (1)	1,5 (1)
Normal	58,4 (73)	63,8 (37)	53,7 (36)
Surpoids	28,0 (35)	20,7 (12)	34,5 (23)
Obésité	12,0 (15)	13,8 (8)	10,4 (7)

Tableau 1 : Répartition des sujets adultes en fonction du statut nutritionnel et du genre (n= 125).

2- Les analyses

Plusieurs types d'analyses ont été appliqués sur les données recueillies lors des entretiens. Les données quantitatives ont ainsi fait l'objet de statistiques descriptives. Nous avons notamment cherché si les différences de distribution observées dans l'échantillon, selon le genre ou selon le statut nutritionnel des individus, étaient significatives². Nous avons également testé l'existence de relations entre la prévalence des surcharges dans l'échantillon et diverses variables se rapportant au comportement alimentaire³. Enfin, les résultats

² Afin de savoir si les différences de distribution étaient dues au hasard ou conséquentes à un réel lien entre les deux variables, nous avons appliqué des tests d'indépendance du χ^2 . Quand les effectifs théoriques étaient inférieurs à cinq, nous avons opté pour des tests exacts de Fisher. Les résultats ont été considérés significatifs quand $p < 0,05$.

³ Nous avons appliqué des régressions logistiques, analyses qui permettent de tester la relation entre une variable dépendante binaire et un ensemble de variables indépendantes explicatives.

Dans l'étude proposée, le statut nutritionnel, divisé en deux classes opposant les individus normo pondéraux et les sujets en surcharge pondérale (surpoids et obésité inclus) représentait la variable dépendante du modèle statistique. Quand nous parlerons de surcharge pondérale, cette catégorie englobera donc tous les cas d'excès pondéraux, surpoids et obésité confondus. Les deux sujets maigres ont été écartés de ces tests statistiques. Au final, 123 individus ont ainsi été inclus dans ces analyses, 57 femmes et 66 hommes.

Les variables indépendantes explicatives intégrées dans ces analyses ont quant à elles fait l'objet de divers procédés de sélection. Ainsi, les variables dont les effectifs étaient inférieurs à 5 ont été écartées des analyses. Par ailleurs, des tests de χ^2 ont permis de tester l'existence de lien statistique entre le statut nutritionnel et les variables. Seules celles pour lesquelles l'association présentait une significativité inférieure à 0,25 ont été retenues (Hosmer and Lemeshow, 2000). Cependant, certaines variables ont été conservées sur la base d'une sélection théorique en accord avec une logique biologique et la littérature. Le genre et l'âge au moment des mesures adultes ont ainsi été systématiquement intégrés aux modèles proposés en tant que facteurs de confusion.

statistiques présentés ont été couplés avec une analyse de contenu des discours des individus rencontrés. Cette approche qualitative a permis d'étayer divers aspects et d'en extraire d'autres qui ne pouvaient être abordés par une étude quantitative.

3- Une alimentation équilibrée dans la tête et dans l'assiette ?

Lors des entretiens, la définition même d'une alimentation équilibrée est apparue obscure et imprécise pour bon nombre de sujets.

Les premières caractéristiques mises en avant sont la diversification et la variété des aliments consommés. Les huit repères alimentaires diffusés par le PNNS ne sont par contre pas tous assimilés, ou du moins évoqués, de manière égale. Quand les sujets listent les aliments à consommer quotidiennement, les protéines, les produits frais et les féculents sont les trois éléments les plus fréquemment cités. Seules quelques femmes, sensibilisées par leur travail ou mères de famille, pensent aux produits laitiers, mais souvent pour leurs enfants et non pour leur consommation personnelle. La sensibilisation sur l'utilisation des matières grasses est quant à elle courante. Les sucres et le sel sont par contre systématiquement oubliés et jamais évoqués dans les discours. Quand la notion de quantité est abordée, les réponses sont encore plus vagues et imprécises. Peu précisent en effet les 5 produits frais par jour ou les 3 produits laitiers quotidiens. Ces chiffres paraissent d'autant plus abstraits pour les individus qu'aucune correspondance n'existe dans leur esprit entre une portion du PNNS et une quantité précise.

Ces connaissances superficielles des recommandations nutritionnelles se retrouvent sur les pratiques alimentaires quotidiennes.

Cinq variables ont permis de décrire la consommation alimentaire journalière en comparaison avec les conseils nutritionnels du PNNS dans notre échantillon. Des indices de diversité alimentaire ont dans un premier temps été définis pour quatre groupes alimentaires à partir d'un rappel alimentaire de la journée précédent l'entretien. La consommation quotidienne de protéines (viande, poisson, œuf), de produits frais (légumes et fruits), de féculents et de produits laitiers a ainsi été déterminée. Les données recueillies lors des entretiens n'ont pas permis de quantifier l'apport journalier de sucres et de matières grasses. Les scores de diversité alimentaire obtenus ont ensuite été rapprochés des recommandations du PNNS. Les

recommandations alimentaires de référence utilisées dans cette étude sont issues du livret *La santé vient en mangeant, le guide de la santé pour tous* édité par le PNNS et également disponibles sur le site officiel. Ce guide propose les repères journaliers pour la consommation alimentaire suivants : des protéines une à deux fois par jour, au moins cinq fruits et légumes par jour, des féculents à chaque repas, trois produits laitiers par jour.

Trois niveaux d'adéquation alimentaire ont ainsi été définis par groupe d'aliments :

- une consommation déficitaire par rapport aux suggestions nutritionnelles du PNNS,
- une consommation journalière en accord,
- une consommation excédentaire.

Les niveaux d'adéquation obtenus par groupe alimentaire ont ensuite été regroupés pour le calcul d'un score global d'adéquation aux recommandations nutritionnelles, réparti en trois classes : le niveau d'adéquation alimentaire est nul si les conseils ne sont observés pour aucun aliment, il est considéré comme « moyen » quand les recommandations sont suivies pour un ou deux groupes alimentaires, enfin il est « élevé » lorsque les suggestions sont respectées pour au moins trois aliments.

Les fréquences des scores d'adéquation aux recommandations nutritionnelles sont présentées dans le tableau 2. Les sujets respectant simultanément les recommandations pour les quatre groupes alimentaires considérés sont rares, tant parmi les femmes que les hommes. La majorité des individus ne respectent en effet les instructions que pour un ou deux groupes alimentaires (76,7%). Une lecture par groupe alimentaire révèle que 70,0% des individus rencontrés ne consomment pas assez de produits laitiers et 93,3% pas assez de produits frais. Le déficit de la consommation en fruits et légumes peut néanmoins être relié à la saison où les entretiens ont été réalisés. En hiver, l'offre en produits frais est en effet limitée. La plupart des sujets déclarent avoir une alimentation saisonnière et profiter du printemps et de l'été pour varier les apports quotidiens en produits frais, et notamment en fruits. La consommation de féculents correspond quant à elle aux recommandations du PNNS dans 41,7% des cas, mais 39,2% en mangent encore trop sur une journée. Aucune différence significative selon le sexe n'est relevée pour ces trois groupes alimentaires. Le score d'adéquation des protéines est enfin celui qui se rapproche le plus des conseils nutritionnels du PNNS parmi les quatre groupes alimentaires considérés : plus de 68% de l'échantillon respectent les recommandations. Cependant, des différences significatives existent selon le genre ($\chi^2= 10,08$, d.d.l.= 2, $p < 0,01$). Les femmes consomment moins de protéines sur une journée que les

hommes. Sept pour cent d'entre elles ont un apport journalier déficitaire, ce qui n'est jamais le cas chez les hommes qui ont plus tendance à en consommer plus que recommandé (38,7%).

Variables	Total		Femmes		Hommes	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Score d'adéquation PNNS produits frais						
Déficit	112	93,3	54	93,1	58	93,5
Adéquat	8	6,7	4	6,9	4	6,5
Excès	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Score d'adéquation PNNS produits laitiers						
Déficit	84	70,0	43	74,1	41	66,1
Adéquat	26	21,7	11	19,0	15	24,2
Excès	10	8,3	4	6,9	6	9,7
Score d'adéquation PNNS protéines						
Déficit	4	3,3	4	6,9	0	0,0
Adéquat	82	68,3	44	75,9	38	61,3
Excès	34	28,4	10	17,2	24	38,7
Score d'adéquation PNNS féculents						
Déficit	23	19,2	15	25,9	8	12,9
Adéquat	50	41,7	22	37,9	28	45,2
Excès	47	39,1	21	36,2	26	41,9
Score d'adéquation PNNS général						
Nul	16	13,3	4	6,9	12	19,4
Moyen	92	76,7	51	87,9	41	66,1
Elevé	12	10,0	3	5,2	9	14,5

Tableau 2 : Fréquences des divers scores d'adéquation PNNS définis dans l'échantillon total et selon le genre.

Dans notre échantillon, peu d'individus connaissent précisément les recommandations nutritionnelles du PNNS et les respectent. Des études ont montré que de grands écarts pouvaient être observés entre la réception, la compréhension et l'application d'un message sanitaire (Vigarello, 1993 ; Cuche, 2004). Ce dernier est en effet approprié et réinterprété selon la logique personnelle et culturelle du consommateur. D'autres éléments sont ainsi venus compléter la définition d'une alimentation équilibrée dans le discours de femmes et des hommes rencontrés. La qualité et l'origine des produits, particulièrement de la viande et des produits frais, sont par exemple deux points régulièrement évoqués. La notion de qualité est ici centrée sur les modes de production et les caractéristiques organoleptiques des produits consommés, sur le respect de la naturalité du produit. L'autoproduction chez les agriculteurs, les réseaux familiaux, les producteurs ou les artisans sont ainsi préférés aux viandes anonymes sous cellophane des grandes surfaces. De même, les produits frais sont issus de

potagers personnels ou familiaux. Si la famille élargie ne peut pas subvenir aux besoins, les foyers préfèrent augmenter le budget alimentation et mettre le prix pour acquérir des produits dits de qualité.

En outre, l'équilibre alimentaire n'est pas pensé en termes d'apports journaliers mais sur une période plus allongée. Il passe par la répartition des apports dans une journée (manger plus le matin et moins le soir par exemple), voire sur une semaine. Un homme marié de 38 ans, professeur, père de deux enfants en bas âge, précise « notre alimentation est peut-être mal au niveau de chaque repas mais on rééquilibre sur tous les repas ».

Enfin, la plupart pensent que si leur alimentation répond à leurs besoins, elle est de facto équilibrée. Des réponses peuvent alors paraître surprenantes : à la question « qu'est-ce qu'une alimentation équilibrée », un célibataire de 40 ans, sans enfant, au chômage, très sportif, répond « salami, steak, frites et fromage ». A la question « est-ce que votre alimentation est équilibrée » : « ben oui, sinon je pense que je ne serai pas en bonne santé. Ça s'arrête là ». A la même question, un homme, en couple, âgé de 38 ans, artisan, pense son alimentation équilibrée et souligne « moi j'ai la chance de pas grossir donc je regarde pas trop, donc je mange bien n'importe quoi ». La liberté de manger tout ce dont il a envie quand il en a envie fait partie intégrante de l'équilibre alimentaire de cet homme. La notion d'équilibre alimentaire est alors personnalisée et calquée sur ses envies ; la santé et le corps deviennent les baromètres d'une bonne alimentation.

4- Statut nutritionnel et alimentation

4-1- Pas de respect différentiel des recommandations selon le statut nutritionnel

Nous nous sommes dans un premier temps demandé si les fréquences des divers scores d'adéquation alimentaire au PNNS, définis précédemment, étaient liées au statut nutritionnel⁴. Les résultats n'ont indiqué aucune relation significative, mais nous avons noté que la proportion de personnes en surcharge pondérale était plus importante dans les cas de déficit d'apports de produits frais ou d'excès de consommation de produits laitiers ou de protéines.

⁴ Tests de chi² et de Fisher

Nous avons ensuite testé l'existence d'une relation significative entre la prévalence des surcharges pondérales et le score d'adéquation général au PNNS⁵. Les résultats, présentés dans le tableau 3, montrent que, quels que soient le sexe et l'âge, les personnes en situation d'excès pondéral n'ont pas des pratiques alimentaires meilleures ou moins bonnes que les sujets normo pondéraux dans notre échantillon d'étude.

Variabes	Odds Ratio	IC pour OR (95%)	Significativité
Genre			
<i>Hommes</i>	1,00		
Femmes	0,70	[0,32-1,51]	0,359
Age adulte	0,97	[0,88-1,13]	0,969
Score d'adéquation au PNNS			
<i>Score nul</i>	1,00		
Moyen	0,50	[0,17-1,50]	0,218
Elevé	1,09	[0,24-4,98]	0,911

Tableau 3: Régressions logistiques entre la prévalence de surcharge pondérale adulte et le score d'adéquation au PNNS.

Une surcharge pondérale, définie à partir de la classification de l'OMS, ne représente donc pas un facteur discriminant de la qualité du respect des conseils PNNS. Ces résultats ne paraissent pas surprenants puisque les recommandations nutritionnelles s'adressent à tous les français, qu'ils soient minces, normo pondéraux ou obèses. Les individus « sains » sont donc autant concernés et sollicités que les sujets considérés comme cliniquement « pathologiques ». Contrairement à d'autres campagnes de prévention dont l'ennemi est clairement déterminé et les cibles nettement définies, comme dans les cas du tabagisme ou de l'alcoolisme, le PNNS invite tous les individus à se questionner sur leur alimentation, quel que soit justement leur état de santé de départ, aux risques de sur sensibiliser des sujets initialement pas concernés par des problèmes de poids. Chacun est finalement invité à modifier ses modes alimentaires dans un sens favorable à sa santé et à transformer des comportements dits « à risques ».

4-2- Surveiller son alimentation à défaut de respecter des recommandations ?

⁵ Régression logistique

www.lemangeur-ocha.com – Texte Exclusif d'Aude brus : Les relations entre réception des recommandations PNNS dans une population rurale française et prévalences réelles du surpoids et de l'obésité. Mise en ligne : 4 août 2011

Parmi les personnes interviewées, peu observent fidèlement les recommandations nutritionnelles du PNNS, mais cela ne signifie pas qu'aucun intérêt n'est accordé à l'alimentation.

Nous avons donc déterminé une nouvelle variable alimentaire, le score de surveillance alimentaire, à partir de plusieurs variables binaires (une surveillance au quotidien des associations alimentaires/ une surveillance des quantités d'aliments ingérés/ la pratique d'un régime au moment des entretiens/ la consommation régulière de produits allégés en sucres et en graisses). Les scores établis vont de 0 à 4 et ont été catégorisés en trois classes :

- aucune surveillance quand le score est égal à zéro,
- une surveillance « moyenne » quand le score est égal à 1 ou deux,
- une surveillance « accrue » quand le score dépasse 3.

La notion de surveillance alimentaire a été complétée par une variable indiquant si ce contrôle était actif ou géré par une tierce personne du foyer.

Il apparaît que plus de la moitié de l'échantillon ne prête aucune attention à son alimentation quotidienne (tableau 4). Les hommes sont prédominants dans ce cas (67,2% des hommes sont concernés contre 43,1% des femmes). L'autre moitié de l'échantillon d'étude surveille moyennement ou beaucoup son alimentation : les femmes sont significativement les plus nombreuses dans ces groupes, et 15,5% d'entre elles obtiennent les scores les plus élevés, contre 4,5% des hommes ($\chi^2= 8,69$, d.d.l.= 2, $p < 0,005$). Des analyses statistiques plus avancées n'ont mis en évidence aucune relation entre les surcharges pondérales et le score de surveillance alimentaire. Les personnes présentant une surcharge pondérale se surveillent donc autant que les sujets normo pondéraux.

Variables	Total		Femmes		Hommes	
	n	%	n	%	n	%
Score de surveillance alimentaire						
Nul	70	56,0	25	43,1	45	67,2
Moyen	43	34,4	24	41,4	19	28,3
Elevé	12	9,6	9	15,5	3	4,5
Contrôle actif						
Pas de contrôle	30	24,0	14	24,1	16	23,9
Contrôle passif	25	20,0	0	0,0	25	37,3
Contrôle actif	70	56,0	44	75,9	26	38,8

Tableau 4 : Fréquences des variables décrivant la surveillance alimentaire dans l'échantillon total et selon le genre.

Néanmoins, l'implication personnelle dans une surveillance alimentaire quotidienne est significativement différente selon le genre ($\chi^2= 29,27$, d.d.l.= 2, $p < 0,001$). Plus de 75% des hommes signalent un contrôle de leur alimentation, mais dans la moitié des cas, cette veille n'est pas de leur fait et ne sollicite par leur volonté. Ce contrôle passif n'existe pas chez les femmes parmi lesquelles 75,9% déclarent surveiller activement leurs apports alimentaires.

Le contrôle passif des hommes et la veille active des femmes révèlent la place centrale de ces dernières dans le foyer. Elles sont en effet responsables de la qualité nutritionnelle de l'alimentation de toute la famille : elles composent les menus, veillent à l'équilibre alimentaire, surveillent la consommation du conjoint et des enfants.

Les femmes occupent une position nutritionnelle stratégique dès le XIX^{ème} siècle : à partir de 1880 l'enseignement ménager est intégré au programme d'enseignement féminin (Darmon, 2003). Les spécialistes de l'économie domestique et de la nutrition de l'époque indiquaient aux maîtresses de maison américaines des classes moyennes que le défaut aussi bien que l'excès de poids résultait « d'une incapacité à bien préparer et consommer la nourriture ». L'épouse, ou la mère, étaient donc directement rendues responsables de la minceur ou de la grosseur des membres de la famille. La fonction nourricière des femmes est encore aujourd'hui valorisée et ne pas savoir cuisiner, notamment pour son enfant, et donc ne pas subvenir à ses besoins élémentaires, reste culpabilisant. Une jeune mère célibataire, employée de bureau, reconnaît « je sais pas faire grand-chose (...) mais j'achète pas du tout prêt mais le peu que je sais faire je le fais. Et puis je me donne bonne conscience aussi parce qu'il va à la crèche et je sais que c'est fait maison, que c'est bon, bon j'ai pas goûté mais je le sais que c'est bon (...) et c'est vrai que ça me rassure moi parce que moi et la cuisine ça fait deux. C'est pas que je voudrais pas, mais c'est que c'est pas mon truc, j'y arrive pas ». Ainsi, penser l'équilibre alimentaire et préparer les repas apparaissent encore aujourd'hui comme une affaire de femmes.

Toutefois, ce contrôle actif par les femmes ne peut être dissocié d'une volonté de maintien, voire de perte pondérale.

Le désir de minceur est en effet devenu la norme corporelle dominante. Les publicités véhiculent des images de femmes belles, jeunes, et ultra-minces, comme si c'était le type physique le plus répandu, le plus désirable, et finalement le plus normal. Mernissi (2001),

sociologue marocaine, n'hésite pas à rapprocher la taille 38 des occidentales à « un carcan aussi répressif que le voile le plus épais ». Dans les magazines, l'enjeu n'est plus tant la santé que la forme physique, et la forme physique ne coïncide pas avec les formes corporelles.

Les femmes rencontrées, même si elles vivent en zone rurale, n'échappent pas à ces impératifs (60% d'entre elles désiraient perdre du poids au moment des entretiens) et sont autant attentives à leur corps que les citadines. Bourdieu (2002) soulignait que les femmes en milieu rural étaient « plus aptes et plus promptes » que les hommes à adopter les modèles culturels urbains, qu'il s'agisse de modes vestimentaires ou de techniques corporelles. Elles sont selon lui préparées par « leur formation culturelle » à être attentives aux détails extérieurs de la personne. La généralisation des moyens de communication, ainsi que la diffusion des canons de beauté dans les médias, notamment à la télévision, ont favorisé une « assimilation » culturelle plus ou moins profonde de ces impératifs de minceur. Katzmarzyk and Davis (2001) soulignent que la diffusion d'images de femmes maigres dans les médias, au seuil de la pathologie, reflète les pressions sociales exercées sur les femmes pour être maigres et aide à expliquer le fort taux d'insatisfaction corporelle des femmes, accentuant le décalage entre le corps désiré et idéalisé et le corps réel et vécu.

Dans notre échantillon, parmi les personnes qui désirent perdre du poids, plus de 60% sont effectivement en surpoids d'un point de vue médical, mais 40% présentent un statut nutritionnel tout à fait normal. Nous nous sommes alors demandé si la surcharge pondérale, perçue et ressentie par le sujet et non celle définie cliniquement à partir de la classification de l'OMS, représentait un facteur déterminant dans le respect des recommandations nutritionnelles, ou du moins dans la mise en place d'une surveillance alimentaire.

4-3- Le statut nutritionnel perçu plus motivant que le statut nutritionnel clinique

Si aucune relation n'a été mise en évidence entre le respect des recommandations et la surcharge pondérale perçue, les personnes désirant perdre du poids surveillent significativement plus leur alimentation, quels que soient le genre et l'âge (tableau 5). Ce n'est donc pas le poids médical réel qui motive des pratiques de surveillance alimentaire, mais comment les personnes vivent leur corps. Fischler (2001) résume cette situation en soulignant qu'« une forte proportion de la population se rêve mince, se vit grasse et souffre apparemment de la contradiction ». Cette observation apparaît d'autant plus pertinente parmi les femmes de

notre échantillon. En effet, une relation significative a été mise en évidence entre le genre et la perception du corps pondéral, les femmes désirant plus souvent perdre du poids que les hommes.

Variables de référence	Odds Ratio	IC pour OR (95%)	Significativité
Genre			
<i>Hommes</i>	1,00		
Femmes	0,43	[0,20-0,92]	0,030*
Age adulte	0,99	[0,87-1,12]	0,833
Score de surveillance alimentaire			
<i>Score nul</i>	1,00		
Moyen	0,59	[0,26-1,31]	0,197
Elevé	0,19	[0,04-0,95]	0,043*

Tableau 5 : Régressions logistiques entre la perception du corps et le score de surveillance alimentaire.

* p < 0,05

La « punition » des kilos en trop est déstabilisante et représente une source de stress. En effet, être corpulent est aujourd’hui synonyme de mollesse, de négligence, de perte de contrôle de soi... L’obésité est considérée comme une malédiction, l’enfer des temps modernes. Le mot « obésité » fait peur et inquiète autant les personnes que les pouvoirs publics (Hubert et al., 2007). Ainsi une femme mariée, deux enfants, employée de bureau, en surpoids, dit « j’ai peur de devenir obèse » et renchérit « j’ai une trouille terrible ».

Dans une société lipophobe, l’obèse, ou la personne seulement en surpoids, représente « ce qu’il ne faut pas être » et « ce qu’on ne veut pas être », ce qui dérange et bouscule les normes sociales du corps. Ainsi, outre les problèmes de santé associés, être gros se lit dans le regard des autres et peut être à l’origine de stigmatisations, de persécutions ou d’exclusions. Le stress ne vient donc pas tant des répercussions sur la santé que du regard des autres. Dans ce contexte, répondre aux pressions sociales imposées est plus facile et plus rentable, surtout socialement, que de s’en démarquer. Le corps s’entretient, s’améliore, et chacun a en plus le pouvoir d’agir par des moyens simples et accessibles. En effet, si les champs d’action sont limités voire inexistantes pour modifier sa stature, changer son poids, modifier sa silhouette, sculpter son corps sont du domaine du possible grâce à une « bonne » alimentation et à la pratique d’une activité physique régulière. Le mangeur est responsabilisé et doit quotidiennement faire des choix alimentaires individuels qui auront des répercussions directes sur son état de santé. S’il faillit, son corps lui rappellera sa conduite à risque par des

kilogrammes en trop ou l'apparition de problèmes de santé plus graves. Le corps devient sanction. Baudrillard écrivait déjà en 1970 « nous n'avons qu'un corps et il faut le respecter (...) si vous ne faites pas vos dévotions corporelles vous serez puni », punition qui aura des répercussions à long terme sur la santé, mais également immédiates, dans la sphère sociale.

Conclusion

Dans la lutte contre les surcharges pondérales, l'alimentation et l'activité physique sont pour l'instant les deux champs d'action privilégiés. Les politiques préventives visent à communiquer autour de conseils qui paraissent simples à mettre en pratique quotidiennement (comme par exemple limiter la consommation de certains aliments ou préférer la marche au transport en commun, les escalators aux escaliers) et à sensibiliser sur les risques sanitaires, à courts et longs termes, pour l'individu (pathologies associées) ou pour la collectivité (coût sanitaire important), afin de motiver et responsabiliser chacun pour faire attention à sa santé et son corps.

Cependant, établir des programmes de prévention efficaces, en termes d'arguments, et adaptés, en termes de cibles, est souvent délicat. Le PNNS n'échappe pas à ces écueils. Une enquête de l'association UFC - Que choisir (Communiqué de Presse du 26-02-2007) a en effet montré qu'un français sur deux ne faisait pas attention aux messages sanitaires du PNNS et que deux sur trois n'interprétaient pas bien ces messages. Dans notre échantillon d'étude, les connaissances nutritionnelles apparaissent superficielles et les pratiques alimentaires quotidiennes éloignées des recommandations proposées par le PNNS. Par ailleurs, la définition même d'une alimentation équilibrée mobilise des notions peu développées dans les programmes de santé publique. En effet, ce n'est pas tant la diversité ou la variété qui définit une alimentation équilibrée que la qualité des aliments consommés et l'impact direct sur le corps et la santé.

En outre, les personnes présentant une surcharge pondérale, définie selon les recommandations de l'OMS, n'ont pas des pratiques alimentaires différentes des individus normo pondéraux, et ne surveillaient d'ailleurs pas plus leur alimentation que ces derniers. Par contre, se percevoir en surcharge pondérale est apparu comme un facteur moteur significatif

pour mettre en place une surveillance alimentaire. Les impératifs de minceur et la peur du regard des autres semblent donc plus persuasifs que la crainte de complications sanitaires à long terme, tant chez les femmes que chez les hommes.

Enfin, les femmes sont plus concernées par les questions alimentaires que les hommes. Elles sont et demeurent les gardiennes de l'équilibre alimentaire dans un foyer et pourraient donc représenter des intermédiaires pertinents pour la politique sanitaire. Mais les femmes sont également plus sensibles aux impératifs de minceur diffusés dans tous les médias et sont significativement plus souvent en désaccord avec leur silhouette. Ainsi, quel que soit leur statut nutritionnel, nombreuses sont celles qui associent cette surveillance alimentaire à un contrôle pondéral. La diffusion expansive de préceptes et prescriptions nutritionnelles risque de sensibiliser des sujets initialement pas concernés par des problèmes de poids et pourrait favoriser une nouvelle « épidémie », cette fois-ci d'origine psychique : les restrictions cognitives, qui se définissent par une préoccupation excessive à l'égard du poids conduisant à un contrôle mental d'un régime alimentaire.

Bibliographie

BAUDRILLARD J. 1970. *La société de consommation: ses mythes, ses structures*. Paris: Gallimard.

BERENICE. 2004. Analyse prospective de l'évolution du commerce et de l'artisanat. 14. Limoges: Association inter consulaire de la Haute-Vienne, ODEC.

BOURDIEU P. 2002. *Le bal des célibataires. Crise de la société paysanne en Béarn*. Paris: Editions du Seuil.

CASTETBON K, VERNAY M, DESCHAMPS V, SALAVANE B, MALON A, and HERCBERG S. 2008. Situation nutritionnelle en France selon les indicateurs d'objectifs et les repères du Programme national nutrition santé (PNNS) - Etude nationale nutrition santé (ENNS, 2006): prévalences de l'obésité, de l'hypertension artérielle et des dyslipidémies. *Obésité* 3:19-26.

CUCHE D. 2004. *La notion de culture dans les sciences sociales*. Paris: Editions La Découverte.

DARMON M. 2003. *Devenir anorexique: une approche sociologique*. Paris: Editions La Découverte.

www.lemangeur-ocha.com – Texte Exclusif d'Aude brus : Les relations entre réception des recommandations PNNS dans une population rurale française et prévalences réelles du surpoids et de l'obésité. Mise en ligne : 4 août 2011

ESTAQUIO C, CASTETBON K, KESSE-GUYOT E, BERTRAIS S, DESCHAMPS V, DAUCHET L, PENEAU S, GALAN P, and HERCBERG S. 2008. The French National Nutrition and Health Program Score is associated with nutritional status and risk of major chronic diseases. *J. Nutr* 138:946-953.

FISCHLER C. 2001. *L'omnivore*. Paris: Editions Odile Jacob.

GUO X, WARDEN BA, and BRAY GA. 2004. Healthy eating index and obesity. *European Journal of Clinical Nutrition* 58:1580-1586.

HOSMER DW, and LEMESHOW S. 2000. *Applied logistic regression*. New York: Wiley-Interscience Publication.

HUBERT A. 2007. *La santé est dans votre assiette*. 128 vols. Paris: Editions Erès.

INSEE-LIMOUSIN. 2004. Le pays du Haut Limousin: un territoire essentiellement rural. *Focal INSEE Limousin* 5.

KATZMARZYK PT, and DAVIS C. 2001. Thinness and body shape of Playboy centerfolds from 1978 to 1998. *Int J Obes Relat Metab Disord* 25 (4):590-592.

MERNISSI F. 2001. *Le harem et l'occident*. Paris: Editions Albin Michel.

ObEpi-Roche. 2006. Enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité. 54: INSERM/ TNS HEALTHCARE SOFRES/ ROCHE.

PAINEAU DL, BEAUFILS F, BOULIER A, CASSUTO DA, CHWALOW J, COMBRIS P, COUET C, JOURET B, LAFAY L, LAVILLE M, MAHE S, RICOUR C, ROMON M, SIMON C, TAUBER M, VALENSI P, CHAPALAIN V, ZOURABICHVILI O, and BORNET F. 2008. Family dietary coaching to improve nutritional intakes and body weight control: a randomized controlled trial. *Arch. Pediatr. Adolesc. Med* 162 (1):34-43.

PNNS. Site officiel : <http://www.mangerbouger.fr/>

VIGARELLO G. 1993. *Histoire des pratiques de santé. Le sain et le malsain depuis le Moyen Age*. Paris: Editions Seuil.

Quelques références de l'auteur

Brus A. 2009. Courbes de croissance : des normes à revoir. <http://www.lemensuel.net/2009/06/20/les-courbes-de-croissance-des-normes-a-revisiter%E2%80%A6/>

Boëtsch G, Brus A, Ancel B. 2008. Stature, economy and migration during the 19th century: comparative analysis of Haute-Vienne and Hautes-Alpes, France. *Economics and human biology*, 6, 1 : 170-180.

Brus A, Boëtsch G. 2006. Surpoids et obésité dans un échantillon féminin du Limousin (1976-1989). *Biométrie humaine et anthropologie*, 24, 3-4 : 135-140.

Brus A, Hauspie R, Panuel M, Boëtsch G. 2006. Analyse auxologique de données longitudinales féminines (Châteauponsac, Limousin, France). *Anthropo*, 11, 177-187.

www.didac.ehu.es/anthropo

Coordonnées auteur :

UMI ESS - Pôle France

Faculté de Médecine - Secteur Nord

51, Bd Pierre Dramard

13916 Marseille Cedex 20 – France

E-mail: aude_brus@hotmail.com