

Incidence des modes de vie

Les liens entre *travail* et *santé* étant désormais en grande partie établis, il convient maintenant d'examiner plus en détail l'incidence que peuvent avoir d'autres facteurs – sociaux - sur la santé des individus, et au final sur la longévité.

Il est donc temps de voir, à présent, dans quelles mesures les modes de vie propres aux groupes sociaux, c'est-à-dire les différentes habitudes alimentaires, les diverses addictions (alcool et tabac principalement), certaines pratiques (activités physiques, sédentarité, loisirs...), exercent également, à leur façon, des effets propres sur l'espérance de vie. Il semble en effet que cet ensemble de conduites, de comportements, de manières de consommer, de s'occuper de soi, etc., tendent à favoriser et à accentuer (ou au contraire à prévenir et à ralentir, selon les modes de consommation et les pratiques), au sein de certaines populations, le risque de maladies.

Bien que les modes de vie, en apparence, semblent répondre de choix individuels, c'est à dire de comportements volontaires, mesurés et consentis – de la part des *acteurs/agents* - , nous verrons en réalité que le libre arbitre ou la pure volonté individuelle en matière de consommation, de pratiques, n'intervient quasiment pas. Essentiellement car ces choix restent largement soumis au poids des déterminismes sociaux, à la force du *social* qui « impose » aux individus, qui *inscrit dans le corps* de ces derniers un certain type de pratiques, de modes de consommation propres à leur condition, c'est-à-dire des conduites et des styles de vie spécifiques que leur condition sociale, économique et culturelle leur permet (sociologiquement parlant) ou ne leur permet pas d'acquérir et d'intégrer.

I - Alimentation, Conduites alimentaires

I - Consommation alimentaire : le « poids » du milieu...

En matière de consommation alimentaire, des différences significatives entre hommes et femmes ont déjà pu être observées¹. Cependant, si *effet de genre* il y a sur les différents types de régimes alimentaires, il n'en reste pas moins que le rapport à l'alimentation, allant de la nature même des produits ingérés jusqu'à la construction sociale du goût, reste traversé par des *effets de classe* qui sont hautement révélateurs de la dimension sociale, culturelle – et pas seulement économique – d' un acte, celui de manger, qui pourtant paraît comme le plus « naturel » qui soit.

Avant d'analyser les principes et les déterminismes qui régissent les conduites alimentaires, voyons d'abord la variation des types de consommation que l'on peut retrouver dans l'espace social - c'est-à-dire toute la diversité des aliments consommés en fonction de l'appartenance sociale – ainsi que les effets que ces pratiques peuvent avoir sur la santé.

¹ Cf. notre partie consacrée à la « mortalité différentielle selon le sexe ».

Manger : un besoin « naturel » empreint de culture

Les disparités en matière de consommation alimentaire, notamment entre groupes sociaux, ne sont évidemment pas un fait nouveau. Besoin primaire par excellence, indispensable à la survie de l'organisme et donc au maintien, à l'équilibre de la structure physique et psychique de l'individu², *manger* reste pourtant un acte fondamental devant lequel les hommes ne sont pas égaux.

Historiquement d'abord, on se souvient à quel point les gens de *petite condition* – le « menu peuple » – éprouvaient parfois de grandes difficultés à se nourrir convenablement, sans ingérer des substances d'une grande toxicité pour leur santé. Les pauvres, s'ils ne mourraient pas de faim en période de crise de subsistance ou de disette, succombaient toutefois largement aux effets de la malnutrition. On a cependant aussi vu combien les excès, la « goinfrerie » des riches pouvaient occasionner quantité de décès prématurés chez eux.

La relation, profondément inégalitaire, que nouent les hommes avec ce besoin primaire qu'est l'alimentation a longtemps été marquée, dans le passé, par des inégalités de fortune³. L'argent, en effet, permet de satisfaire les besoins fondamentaux – manger, se loger, dormir, se vêtir, se soigner, etc. -, alors que l'indigence prive les individus de ces ressources indispensables à leur propre conservation. Bien que cette règle, qui veut que le capital économique, ou plus exactement l'argent, détermine en premier lieu la qualité du rapport à l'alimentation, soit certainement encore en vigueur dans certains pays en « *voie de développement* »⁴, il semblerait toutefois que les différences de régimes alimentaires entre catégories sociales, au sein de notre société, ne soient pas *seulement* le produit de contraintes financières, même si celles-ci pèsent encore lourdement dans l'accès aux besoins les plus élémentaires.

² Dans une étude très argumentée – montrant les liens entre alimentation et fonctionnement du système nerveux - , le Dr J.M. Bourre défend l'idée qu'il est important de *bien manger pour bien penser...* (J. M. Bourre, *La diététique du cerveau*, Ed. Odile Jacob, 2003).

³ Les pouvoirs publics ont progressivement commencé à comprendre – ou plutôt à ne plus feindre d'ignorer – qu'il y avait un lien entre le manque d'argent et le manque de nourriture... Dès lors, les dépenses familiales ont commencé à être étudiées dès le 18^{ème} siècle, à des fins charitables, en liaison avec le débat sur la pauvreté et les « lois sur les pauvres » ; au 19^{ème} siècle, ce type d'études se développera en liaison avec les débats sur la « question sociale » (urbanisation, essor du prolétariat industriel, etc.).

⁴ V. notamment les travaux de J. Ziegler sur « *la faim dans le monde* » (cf. Bibliographie) : être suffisamment riche pour ne pas mourir de faim, de malnutrition... (Réalités des pays pauvres qui rappellent tristement les réalités d'antan des nations industrialisées).

Ce point, tout comme les conséquences qu'une mauvaise alimentation peut avoir sur la santé, sera approfondi dès lors que nous aurons une vue plus générale des pratiques alimentaires propres aux différentes classes.

Catégories sociales : qui mange quoi ?⁵

Dès lors que l'on s'intéresse d'un peu plus près à la variété des modes de consommation alimentaire suivant l'origine sociale des individus, on réalise combien l'alimentation – des produits achetés et consommés jusqu'au rapport à la nourriture, à l'acte de manger – est traversée par des effets de culture, qui contribuent à faire de cet *acte naturel* qu'est manger un fait social comme un autre, s'organisant, différemment selon les milieux, en fonction d'un « champ des possibles » qui définit les limites, c'est-à-dire les freins économiques, socioculturels à la mise en place de tel ou tel type de consommation.

Il faut d'abord souligner que l'alimentation dans son ensemble (c'est-à-dire l'alimentation à domicile, bien sûr, mais également les repas pris à l'extérieur et l'autoconsommation) reste, en 2006, l'un des principaux postes de dépense des ménages.⁶ Cependant des disparités sociales apparaissent déjà si l'on prend en compte le niveau de vie : en effet le poids de l'alimentation est d'autant plus élevé que le niveau de vie des ménages est faible⁷.

Parmi les marqueurs des inégalités de consommation entre catégories socioprofessionnelles figure notamment la part respective du budget qu'accordent les ménages aux repas pris à l'extérieur ou au domicile. Concernant les repas à l'extérieur, entre 2001 et 2006, l'écart entre

⁵ Nous nous référerons ici à deux études (principalement) :

« *La consommation alimentaire : des inégalités persistantes mais qui se réduisent* », F. Caillavet, C. Lecogne, V. Nichèle, Inra-Aliss, UR 1303, 2008.

« *Les populations modestes ont-elles une alimentation déséquilibrée ?* », CREDOC, cahier de recherche n° 232, 2006.

⁶ Il serait même celui qui pèse le plus lourd : 21% de la dépense de consommation, devant le logement (16%) et les transports (15%). Cependant le poids du logement dépasse désormais celui de l'alimentation à domicile pour les 20% des ménages ayant les niveaux de vie les plus faibles (cf. *étude Inra, op. cit.*).

⁷ Les ménages les plus pauvres consacrent 18% de leur budget à l'alimentation tandis que pour les ménages les plus aisés cette part est de 14% (*Ibid.*).

les familles les plus modestes et les autres se maintient, voire s'accroît : ainsi, chez les premières, la part de ce poste dans le budget alimentaire total recule ou reste pratiquement inchangée tandis qu'elle s'accroît, parfois de manière très visible, dans les foyers où le niveau de vie est plus élevé⁸. En 2006, les ménages ayant un niveau d'études inférieur au CEP consacrent 84% de leur budget à l'alimentation à domicile contre 63% pour les plus diplômés. Les titulaires d'un diplôme au moins équivalent à bac + 3 consacrent ainsi une part de leur budget alimentaire au repas à l'extérieur très importante (37%) – il faut aussi ne pas sous évaluer l'importance des *facteurs générationnels* dans les comportements de consommation alimentaire, même si ceux-ci demeurent sous l'emprise constante et profonde des déterminants socio-économiques et culturels⁹.

Finalement, le poids des repas à l'extérieur dans la dépense alimentaire totale est bien fonction de la position sociale : 34% chez les cadres et 22% chez les ouvriers¹⁰.

Observons à présent les différences sociales (selon statut socio-économique) qui apparaissent en matière de produits consommés.

La plupart des études menées sur la structure de la consommation alimentaire livrent des conclusions à peu près similaires, qui pourraient être résumées ainsi :

Plus on est riche et diplômé, plus on a de chances d'avoir une alimentation saine, équilibrée et riche en nutriments ; à l'inverse, moins on est riche et qualifié, plus la qualité de l'alimentation, en termes de produits, d'apports nutritionnels et donc d'effets sur la santé, risque de ne pas être satisfaisante et convenable.

Si l'on s'intéresse d'un peu plus près aux produits, on remarque que les fruits, les légumes et les produits de la mer (poissons, crustacés...), sont consommés de manière inégale selon le statut socio-économique. Cette catégorie d'aliments est traditionnellement sous-représentée chez les ménages les plus pauvres. Dans ces couches sociales, les produits surreprésentés sont plutôt les produits céréaliers, les corps gras et les viandes.

Entre catégories socioprofessionnelles, les écarts se ressentent donc fortement :

Les cadres consacrent une part de leur budget alimentaire aux produits de la mer, aux fruits et aux légumes très supérieure à celle qu'y consacrent les ouvriers. De façon identique, ce sont

⁸ Chez les ménages les plus aisés, les repas à l'extérieur dépassent toujours 30% du budget alimentaire total, une part deux fois plus élevée que chez les familles modestes (étude Inra, *op. cit.*).

⁹ Cf. étude CREDOC, *op. cit.* : si des effets de génération peuvent être mis en évidence pour la consommation de certains produits (fruits et légumes par exemple), ils agissent cependant fortement à travers la variable du diplôme.

¹⁰ Etude Inra, *op. cit.*

les plus diplômés qui accordent une part élevée de leur budget alimentaire à ce type de denrées ; en revanche, le poids des viandes, mais aussi des graisses, est plus élevé pour les moins diplômés. Les ouvriers, quant à eux, dépensent davantage pour des catégories de produits bien définies : les graisses végétales – huiles, margarine- et les sucres.

Ces tendances sont confirmées par les premiers résultats de l'étude *Nutrinet*, lancée en 2009¹¹. Les inégalités sociales face à la consommation alimentaire, ainsi que leurs conséquences sur la santé – que nous n'allons pas tarder à évoquer -, sont vite apparues :

La consommation de fruits et légumes est 40% plus élevée que la moyenne chez les cadres supérieurs par rapport aux ouvriers et aux employés, de même pour la consommation de poisson plus élevée chez les hauts revenus et les plus diplômés. Ces derniers mangent moins de viande, de charcuterie et de pomme de terre. La prévalence de l'obésité diminue avec le niveau de diplôme : « *on observe deux fois moins d'obèses chez les sujets ayant un diplôme du niveau supérieur* », souligne l'étude.

Déjà en 1991, l'INSEE indiquait que les ménages les plus défavorisés achetaient 16 kilos de moins de légumes frais par personne et par an que les autres ménages. La consommation de ces aliments se trouve aujourd'hui encore socialement marquée car les légumes (frais ou surgelés) sont achetés et consommés en quantités très inférieures à mesure que l'on descend dans la hiérarchie sociale. Il en est de même pour les fruits frais puisque l'on remarque une différence de 44 à 62 kilos toujours en faveur des foyers aisés. La consommation de ce type de produit est donc croissante avec le revenu (toujours d'après l'étude du CREDOC).

En ce qui concerne les « ultra frais laitiers », leur consommation est significativement plus élevée chez les hauts revenus que chez les familles modestes. Chez les enfants également, ces produits sont plus consommés chez les cadres, professions libérales, puis employés.

De grandes disparités s'observent également au sein des différentes catégories de population au niveau de l'approvisionnement : on ne fait pas ses courses n'importe où selon sa classe...

Si l'on fréquente davantage les marchés, les petits commerçants chez les classes *supérieures*, on a au contraire plutôt tendance, chez les classes *populaires*, à faire ses achats dans les hypermarchés, dans les magasins spécialisés de surgelés et dans les magasins de *hard*

¹¹ Menée sous la conduite du professeur S. Hercberg (directeur de l'unité de recherche en épidémiologie nutritionnelle à l'Inserm et responsable du Programme national nutrition santé), cette étude sur les comportements alimentaires des français, souhaite recruter 500 000 personnes au total. Celles-ci acceptent de répondre, sur internet, à des questions sur leur alimentation, leur activité physique, leur poids, leur taille... (cf. *Le Monde*, 30/11/2009).

discount. Chez les plus pauvres et les moins diplômés, ce sont les familles monoparentales qui se rendent le plus dans les commerces *hard discount*¹². Quant à l'auto consommation, il est logique que les agriculteurs y aient plus souvent recours.

2 - Des inégalités de consommation alimentaire aux inégalités nutritionnelles

Ces données de consommation d'aliments relativement à l'appartenance sociale mettent en relief des écarts, entre catégories, qui ne sont pas neutres sur le plan nutritionnel.

Plus que de mettre en avant la variété et l'hétérogénéité sociale des régimes alimentaire, une sociologie des pratiques alimentaires doit aussi se donner pour mission de lever le voile sur les inégalités de santé que peuvent générer certaines habitudes de consommation.

*Qu'entend-on par « alimentation équilibrée »*¹³ ?

La détermination du caractère équilibré d'une alimentation peut évidemment être discutée, toutefois il semblerait qu'un consensus se soit établi, entre spécialistes, sur la base des recommandations actuelles du « *guide alimentaire pour tous* » du Programme National Nutrition Santé considérant qu'il convient de manger :

- Cinq fruits et légumes par jour sous toutes leurs formes.
- Trois produits laitiers par jour.
- Un aliment du groupe viande/volaille/poisson/œuf une à deux fois par jour.

¹² Etude du CREDOC, *op. cit.*

¹³ Cf. étude du CREDOC, *op. cit.* : « Définition d'une alimentation équilibrée ».

- Des féculents à chaque repas.

Certains auteurs soulignent que ces conseils en termes de qualité d'alimentation sont ceux diffusés par la *pyramide alimentaire* réalisée par l'USDA (United States department of agriculture) dont la base est constituée d'aliments glucidiques (pain, céréales, pâtes...) qui doivent être consommés en grande quantité et le sommet d'aliments gras et sucrés dont la consommation doit être restreinte¹⁴. Bien que satisfaisante, cette vision n'est pas partagée par tous et des améliorations de cette pyramide, incluant notamment l'eau ou encore la diversité et l'activité physique, ont été faites. Brousseau et al., par exemple, en s'inspirant d'un indice américain¹⁵, ont construit un indice d'alimentation saine reposant sur l'équilibre alimentaire, la modération, la variété et le rythme alimentaire.

L'ensemble de ces recommandations doit bien entendu être pensé en relation avec les connaissances en termes de nutrition qui déterminent des seuils optimaux de densité énergétique et nutritionnelle¹⁶.

Il existe également, en plus des recommandations françaises, des recommandations européennes établies par le Comité Scientifique de l'Alimentation humaine. Les valeurs proposées sont établies pour permettre de couvrir les besoins nutritionnels de la quasi-totalité de la population concernée. Il demeure toutefois des points critiques pouvant conduire à des déséquilibres nutritionnels dans des populations à risques. Ces constats s'appliquent également à notre société, dans laquelle il persiste, pour certains groupes de population, une inadéquation entre les apports et les besoins nutritionnels.

En effet, les catégories de produits les plus discriminantes entre niveaux de revenu et niveaux de diplôme comprennent, en termes de quantités ingérées, les fruits et les légumes, ainsi que les produits de la mer (on pourrait rajouter les ultras frais laitiers). Ces aliments sont précisément ceux dont la consommation est recommandée par les nutritionnistes et qui figurent d'ailleurs très bien placés dans les objectifs du *Plan National Nutrition Santé*.

¹⁴ Cf. Brousseau et al., cahier de recherche n°158 du Credoc, 2001.

¹⁵ Le « *healthing eating index* » (HEI), établi par le Département Américain d'Agriculture (USDA) et dont la dernière version date de l'année 2000.

¹⁶ Même si cela peut paraître un peu « technique », il faut savoir que les apports nutritionnels conseillés (ANC) sont établis par les instances scientifiques des différents pays. L'apport nutritionnel conseillé est égal au besoin nutritionnel moyen, mesuré sur un groupe d'individus, auquel sont ajoutés deux écarts types – représentant le plus souvent chacun 15% de la moyenne. Les besoins nutritionnels moyens résultent donc des valeurs acquises sur un groupe expérimental constitué d'un nombre limité d'individus et correspondant à la moyenne des besoins individuels (cf. étude du CREDOC, *op. cit.*).

Ces catégories de produits apparaissent bien comme des marqueurs sociaux de la consommation puisque les classes populaires – bas revenus et faibles qualifications – n’en consomment pas dans des quantités suffisantes par rapport aux recommandations nutritionnelles. Bien au contraire, dans ces milieux, on privilégie davantage des nourritures et produits qui ne participent pas d’un bon équilibre alimentaire. Certains effets sur la santé sont donc inévitables...

3 - L’obésité : l’alimentation, la sédentarisation et le manque d’activité physique en causes

Un phénomène qui ne cesse de croître...

En progression constante à l’échelle mondiale, l’obésité est de plus en plus regardée comme un problème majeur de santé publique. Il y aurait manifestement de plus en plus d’obèses et de personnes en surpoids¹⁷. Quelques chiffres suffisent pour mesurer l’importance du phénomène :

Selon les récentes estimations de l’OMS, il y avait en 2005, 1,6 milliard d’adultes en surpoids, dont 400 millions d’obèses, dans le monde. En 2015, ils devraient être respectivement 2,3 milliards et 700 millions¹⁸.

L’obésité ne se limite pas aux frontières des pays riches. Dans les pays pauvres, où sévit pourtant toujours la dénutrition, l’obésité gagne de plus en plus de terrain, principalement en milieu urbain. Si dans ces pays, les obèses se rencontrent surtout dans les classes supérieures, nous verrons que dans les pays riches, c’est l’inverse, puisqu’on les retrouve essentiellement dans les couches populaires. C’est cependant dans les pays occidentaux que la prévalence de

¹⁷ On rappelle que l’obésité se définit par rapport à l’IMC (indice de masse corporelle) des individus : v. explications dans le chapitre « mortalité différentielle selon le sexe ».

¹⁸ Données présentées in « *Sciences humaines* » N° 223, février 2011.

cette véritable pathologie est la plus importante - notamment aux États-Unis – alors que, paradoxalement, la barre du milliard de personnes souffrant de sous-alimentation a été franchie en 2009...

En France, elle est passée de 8,5% à 14,5% de la population en douze ans, soit 6,5 millions de personnes, selon l'enquête Obépi-Roche (rendue publique le 10 novembre 2009)¹⁹. La fréquence des obésités sévères a bondi de 1,5% en 1997 à 3,9% en 2009, tandis que la prévalence du surpoids demeure élevée, à 31,9% contre 29,8% en 1997.

Une maladie sociale : pas d'égalité devant l'obésité

Conséquence d'une alimentation déséquilibrée, se caractérisant notamment par une surconsommation de sucres et de graisses, l'obésité a de plus en plus tendance à s'immiscer de manière profondément inégalitaire dans le corps social. On repère en effet davantage de personnes souffrant de l'obésité en bas de l'échelle sociale qu'en haut, et l'écart tend à s'accroître²⁰.

L'augmentation de ce phénomène entre 1981 et 2003 a certes touché tous les milieux sociaux, cependant de grandes disparités persistent. Ainsi les écarts entre les agriculteurs et les ouvriers, catégories socioprofessionnelles les plus touchées par la maladie, et les cadres et professions intellectuelles supérieures, les moins touchés, se sont creusés.

Cette évolution date des années 1990. Thibaut de Saint Pol rappelle qu'au cours de la décennie précédente, la prévalence de l'obésité avait connu une augmentation plus rapide parmi les cadres et professions intellectuelles supérieures que dans les autres catégories sociales ce qui pouvait laisser penser à terme à une convergence entre milieux sociaux. Or c'est l'inverse qui s'est produit : loin de se réduire, l'écart n'a fait que de se renforcer...

La prévalence de l'obésité chez les agriculteurs a effectivement augmenté de plus de 7 points entre 1992 et 2003, alors qu'elle n'a crû que de 2 points chez les cadres. Après les agriculteurs, viennent actuellement les ouvriers, puis les artisans, commerçants et chefs d'entreprise et les employés. Comparativement au début des années 1980, la hiérarchie reste inchangée en 2003 : il y a toujours moins d'individus obèses chez les cadres que chez les

¹⁹ Cf. « *Le Monde* » (11/11/09).

²⁰ Sur l'inégalité sociale devant l'obésité, v. Thibaut de Saint Pol, « *L'obésité en France : les écarts entre catégories sociales s'accroissent* », *Insee Première* N° 1123 – février 2007.

ouvriers ou les agriculteurs, toutefois les disparités entre ces catégories se sont nettement accrues.

On ne peut, semble-t-il, imputer au seul *facteur revenu* la prévalence de l'obésité au sein de certaines populations. Si la corpulence et le risque d'obésité chez la femme augmentent à mesure que son niveau de vie est faible, chez l'homme, au contraire, corpulence ne rime pas systématiquement avec pauvreté. Pour le dire autrement, si tout laisse à penser que le facteur revenu a peu d'incidence sur la fréquence de l'obésité pour les hommes, il semble en revanche déterminant pour les femmes. On précisera, à ce propos, qu'à l'obésité liée à la fragilisation économique et sociale s'ajoute également ce que J. P. Poulain, dans « *sociologie de l'obésité* », nomme « l'obésité des bons vivants » qui touche surtout des hommes en haut de l'échelle sociale.²¹

Cela dit, il en va tout autrement de l'influence du *diplôme*...

Il existe en effet une forte corrélation entre la prévalence de l'obésité et le niveau de qualifications : « en 2003, 15% des individus sans diplôme ou ayant au plus un brevet des collèges sont obèses, tandis que seulement 5% des diplômés du supérieur le sont. L'écart est de 10 points : il a doublé entre 1981 et 2003 »²². Moins un individu est diplômé, plus il a de chances (si l'on peut dire !) de devenir obèse. Cette correspondance se retrouve de manière plus générale pour la corpulence : c'est au sein des populations les moins pourvues en titres scolaires que l'on rencontre le plus de personnes corpulentes, avec des écarts plus significatifs chez les femmes. Ainsi, une femme mesurant 1 m 63 pèsera en moyenne 3,9 kg de plus si elle n'a que le brevet ou pas de diplôme et 1,2 kg de moins si elle diplômée du supérieur par rapport à une femme de même taille, classe d'âge, niveau de vie et zone géographique mais de niveau bac.

Niveau de vie et niveau de diplôme se conjuguent donc pour déterminer la situation relative des différentes catégories sociales face au risque de surpoids et d'obésité.

Ces inégalités, il faut aussi le noter, tendent à se reproduire chez les générations les plus jeunes. La proportion d'enfants obèses ou en surpoids diffère fortement selon la catégorie

²¹ Jean-Pierre Poulain, *Sociologie de l'obésité*, P.U.F., 2009.

J. P. Poulain nous dit aussi que l'hypothèse selon laquelle précarité et obésité seraient liées n'est pas vérifiée : le taux de prévalence de l'obésité dans la population précaire ne différerait guère de celui de la population nationale représentative. C'est en revanche chez les « pré précaires », c'est-à-dire les personnes vivant dans un foyer où la situation a tendance à se dégrader, que se développe l'obésité.

²² T. De Saint Pol, *op. cit.*

sociales à laquelle appartiennent les individus. Un peu plus de 12% de l'ensemble des élèves de troisième ont un problème de surpoids et un peu plus de 4% ont un problème d'obésité.²³ Néanmoins la prévalence de l'obésité est plus importante chez les enfants d'ouvriers non qualifiés que chez les enfants de cadres : 7,9 % des enfants d'ouvriers non qualifiés scolarisés en troisième souffrent d'obésité contre 1,4 % d'enfants de cadres et de professions intellectuelles supérieures.²⁴ Là encore, le niveau de qualification – des parents - n'est pas sans incidence sur la prise de poids. On perçoit cela notamment à travers la différence sensible entre fils d'*ouvriers qualifiés* et fils d'*ouvriers non qualifiés* en matière d'obésité²⁵ : 5,6 % des premiers, en classe de troisième, sont obèses, contre 7,9 % des seconds. A catégorie égale (ouvrier), on constate qu'un degré légèrement supérieur de formation contribue à réduire les risques de surpoids et d'obésité.

Sédentarisation et inactivité : des facteurs qui pèsent !

Bien que l'obésité résulte avant tout des conséquences de la « malbouffe », il n'en demeure pas moins que les causes de cette pathologie, qui touche davantage les populations défavorisées et sous diplômées, relèvent aussi d'autres facteurs.

Aux déséquilibres nutritionnels et énergétiques favorisés par certains types de régimes alimentaires s'ajoutent en effet, de plus en plus dans les sociétés contemporaines – industrialisées -, des modes de vie sédentaires, qui contribuent activement (c'est le cas de le dire...) à la prise de poids : extension du travail de bureau, développement des transports

²³ Cf. « *Surpoids et obésité des adolescents en classe de troisième selon la catégorie sociale du père* », Ministère des affaires sociales – enquête du cycle triennal auprès des classes de troisième, année scolaire 2003-2004, in *L'état des inégalités en France 2009*, op. cit.

²⁴ Ces résultats sont confirmés, entre autre, par une enquête menée en partenariat avec l'Institut de veille sanitaire (InVs), l'INSERM et le conseil général du Val-de-Marne, portant sur un échantillon représentatif de 1042 collégiens et lycéens de ce département et visant à mesurer l'évolution de la prévalence de l'excès pondéral chez ces jeunes entre 1998 et 2005. Il en ressort que dans ce département, « *engagé depuis 2001 dans un programme de prévention de l'obésité, la prévalence du surpoids est restée quasi stable (17% des adolescents présentent un excès de poids, dont 3,1 % sont obèses). En revanche, elle a considérablement augmenté chez les enfants d'ouvriers (passant de 16,4 % à 31,1 %), alors qu'elle a diminué chez ceux dont les parents occupent une profession intermédiaire (de 19,1 % à 10,9 %) ou un poste de cadre* » (cf. art. in « *Le Monde* », 2007).

²⁵ Cf. « *Surpoids et obésité des adolescents en classe de troisième selon la catégorie sociale du père* », op. cit.

motorisés (automobile en particulier), temps passé devant la télévision, ainsi que le manque d'activités ou de loisirs sportifs...

Au même titre que la qualité de l'alimentation, la sédentarisation et l'inactivité en général se sont installées de manière inégalitaire dans le monde social : elles concernent en premier lieu les catégories sociales à faibles revenus et à faible capital scolaire²⁶.

Le temps passé devant la télévision, par exemple, qui est un facteur de sédentarité mais également de surconsommation d'aliments gras et sucrés, grandit à mesure que l'on descend dans la hiérarchie sociale ; et l'on retrouve les mêmes types de conduites chez les plus jeunes : ce sont les enfants appartenant à la tranche minimale et intermédiaire de revenus et ceux dont la personne de référence n'a aucun diplôme qui passent le plus d'heures par jour à regarder la télévision (programme tv, DVD, nouveaux supports, etc.) ou à jouer avec des jeux vidéos²⁷. Ces pratiques *passives* se retrouvent aussi dans les milieux agricoles, artisans et commerçants. On doit également prendre en considération le fait que la fréquence des comportements qui permettent de prévenir les risques de surpoids et d'obésité, et qui constituent des facteurs favorables à un bon état de santé, diminue à mesure que l'on se rapproche des classes populaires. Ainsi en va-t-il des activités physiques et sportives, dont le rôle préventif, notamment à l'égard de la corpulence (et aussi de l'asthme, du diabète, de l'hypertension artérielle, du cancer, etc.) est reconnu. Or « *la fréquence de telles pratiques s'élève avec le niveau de revenu et le niveau de formation : elle est donc plus élevée parmi les cadres et assimilés que parmi les employés et les ouvriers* ». ²⁸ L'inégalité devant la pratique sportive se reproduit aussi au fil des générations. Ce sont en effet les enfants issus des milieux défavorisés, tant *économiquement* que *culturellement* (faibles revenus et faibles qualification des parents), qui font le moins de sport en dehors de l'école (92% des garçons dont un des parents est diplômé du supérieur font du sport, contre 64% de ceux dont aucun parent n'est diplômé ; 44% des filles de parents sans diplôme font du sport au moins une fois chaque semaine contre 76% dont les parents sont diplômés du supérieur). ²⁹

L'activité physique et sportive reste donc avant tout cantonnée dans les couches sociales aisées et diplômées. Aussi demeure-t-elle le fait de gens qui n'en n'ont pas forcément le plus besoin du point de vue de la corpulence et de l'état de santé en général.

²⁶ cf. Etude CREDOC, *op. cit.* et A. Bihl, R. Pfefferkorn, *op. cit.*

²⁷ Etude CREDOC, *op. cit.*

²⁸ L. Muller, « *la pratique sportive en France, reflet du milieu social* », in *Données sociales – La société française*, édition 2006, Insee, Paris, 2006, p. 657-663.

²⁹ Etude CREDOC, *op. cit.*

La pratique des régimes amaigrissants, nous allons le voir, s'opère selon ces mêmes principes...

Régimes

La poursuite de régimes amaigrissants obéit à une logique qui va à l'inverse des besoins des individus : moins on est en surcharge pondérale, plus on est tourné vers ces pratiques visant à mincir et à maintenir sa silhouette.

Si les régimes ont tendance à être davantage suivis par la gente féminine (8% des femmes déclarent suivre un régime en 2003 contre seulement 3% des hommes)³⁰, on enregistre également des différences sociales à ce niveau là : c'est dans les catégories « moyennes-supérieures » que ces pratiques sont les plus courantes³¹ ; à l'inverse, dans les catégories moins aisées et moins diplômées, les régimes amaigrissants sont plus rarement suivis. Pour l'année 2003, 6% des professions intermédiaires et 5,9% des cadres et professions intellectuelles supérieures déclaraient suivre un régime amaigrissant ; agriculteurs et ouvriers restent les moins nombreux à tenter l'expérience d'un régime (3%) alors qu'ils sont les plus corpulents...

³⁰T. de Saint Pol, *op. cit.*

³¹ A l'exception des employés, qui restent la catégorie la plus attachée aux régimes. Cela peut s'expliquer par la surreprésentation des femmes dans cette CSP, qui sont aussi plus attentives à ces pratiques...

4 - Conséquences de santé associées à l'obésité et au surpoids

Dans notre section consacrée à l'étude de la *mortalité différentielle selon le sexe*, nous avons fait état, dans une partie traitant des différences de régimes alimentaires entre hommes et femmes, des conséquences que peuvent entraîner l'obésité et le surpoids sur la santé.

Certains travaux, on l'a vu, vont même jusqu'à affirmer qu'il est désormais possible d'établir une relation statistique fiable et précise entre le degré de corpulence et la diminution de l'espérance de vie³².

Il ne s'agit pas ici de répéter ce que nous savons déjà sur le sujet, mais plutôt d'enrichir et d'affiner, à l'aide d'autres expertises, les éléments dont nous disposons à propos de la relation entre obésité et santé³³.

Risque cardiovasculaire et diabète

L'Organisation Mondiale de la santé (OMS) n'hésite pas à considérer l'obésité comme « *un contributeur majeur au poids global des maladies* », en grande partie parce que les adultes ayant une masse corporelle élevée ont non seulement une probabilité plus grande de devenir diabétiques, mais ils courent aussi un risque plus élevé de développer une cardiopathie ischémique et plus généralement une pathologie cardiovasculaire.

Le risque de développer un diabète de type 2 (qui correspond au diabète de maturité) est fonction de la corpulence : il croît fortement avec l'indice de masse corporelle. De la même façon, la perte de poids est associée à une diminution du risque de diabète, particulièrement chez les sujets obèses et en surpoids. Il est désormais avéré que c'est l'excès de masse grasse et en particulier sa localisation pré viscérale ou abdominale qui est en cause dans cette susceptibilité au diabète.³⁴ Les travaux de l'INSERM nous renseignent aussi sur les relations entre surcharge pondérale et problèmes cardiaques.

³² Étude britannique in revue médicale *The Lancet*, 2009.

³³ Nous nous appuyons sur une expertise collective de l'INSERM : « *Obésité : bilan et prévention des programmes de prévention et de prises en charge* », INSERM, 2006 (diffusée sur internet).

³⁴ L'expertise de l'INSERM apporte quelques informations complémentaires : « *A la suite de Reaven (1988), de nombreux auteurs considèrent que le tour de taille est un indicateur qui pourrait être plus pertinent que l'IMC*

L'obésité, et plus généralement l'excès de masse corporelle, est le déterminant le plus important de trois domaines classiques du risque vasculaire : l'élévation de la pression artérielle, la baisse du cholestérol HDL (et/ou l'augmentation des triglycérides) et le diabète de maturité. Néanmoins, le risque vasculaire associé à l'IMC n'est identifiable qu'après un suivi suffisamment long de la population étudiée : 12 ans par exemple dans l'étude de Framingham.³⁵ « Si ce fait contribue à expliquer l'absence d'association significative dans les études de recul insuffisant », soulignent les chercheurs de l'INSERM, « il suggère qu'une exposition de durée suffisante à un excès de masse grasse pourrait être nécessaire, mettant ainsi en doute l'efficacité préventive de baisses de poids qui ne seraient que de courte durée ».

Comme pour le risque de diabète, l'excès de masse grasse et surtout sa répartition abdominale sont dans l'ensemble plus fortement associés au risque cardiovasculaire que l'IMC.

Cancers

La relation entre excès poids et cancer est de plus en plus avérée, toutefois, l'intérêt porté à ces questions est encore minime, car le risque relatif de cancer en cas d'obésité, bien qu'ayant augmenté, demeure inférieur à celui lié au tabagisme. Le rapport de causalité entre excès de masse grasse et cancer n'ayant pas toujours été clair, cela explique aussi que ces problèmes aient longtemps été négligés. Néanmoins la progression actuelle de l'obésité, particulièrement aux Etats-Unis, appelle une attention toute particulière.

Le risque relatif peut paraître faible mais il s'applique aujourd'hui à un tiers de la population américaine. L'expertise collective de l'INSERM mentionne que dans une étude prospective récente sur une population de 900 000 adultes (environ 400 000 hommes et 500 000 femmes) analysée initialement en 1982 et suivie 16 ans, les relations entre l'IMC en 1982 et le risque de décès par cancer ont été analysées en général et selon la localisation.

Concrètement, on sait à présent que chez l'homme, le cancer de la prostate et celui de l'estomac sont plus fréquents en cas d'obésité. Chez la femme, le cancer du sein, de l'utérus,

pour le risque de diabète : l'élévation du tour de taille serait l'élément central du syndrome métabolique qui marque la phase d'insulinorésistance accompagnant le développement du diabète de type 2 ».

³⁵ Hubert et coll., 1983 (cf. expertise INSERM, *op. cit.*).

du col et de l'ovaire sont les plus courants. Aux dires de cette étude, le surpoids et l'obésité pourraient rendre compte de 14% des décès par cancer chez l'homme et de 20% chez la femme. Le risque relatif le plus fort est observé pour les cancers de l'utérus, du rein, du col et le risque le plus faible pour le myélome, le colon et le rectum.

Ces résultats s'inscrivent dans la continuité de données déjà publiées. *L'International Agency for Research on Cancer* considère d'ailleurs que l'on dispose maintenant de suffisamment d'arguments pour, d'une part, établir avec précision et fiabilité le lien entre obésité et cancer, et d'autre part, pour inclure la prévention de la prise de poids parmi les mesures préventives du cancer de l'endomètre (muqueuse qui tapisse la cavité utérine), du rein, de l'œsophage, du colon et du sein (en post-ménopause).

Autres complications

Il est également précisé dans le rapport de l'INSERM que les conséquences de l'obésité ne se limitent pas aux maladies métaboliques et vasculaires et aux cancers, mais touchent aussi d'autres organes ainsi que des affections ayant des implications fonctionnelles importantes (maladies respiratoires, troubles musculo-squelettiques, etc.).

Les principales causes de morbidité chez les sujets obèses peuvent être résumées sous forme de tableau (p. 265).

Il est aussi probable que la corpulence engendre certaines difficultés d'ordre psychologique. Vivre en société, pour une personne obèse, ne doit pas toujours être chose évidente : la stigmatisation liée à l'apparence physique peut affecter et dégrader l'estime de soi, la fréquence des relations sociales peut diminuer, un sentiment de honte peut inciter les obèses à vivre « cachés », à l'abri des regards. L'accès à l'emploi peut aussi s'en trouver affecté, si les conséquences de l'obésité deviennent sévères. On se souvient en effet qu'il faut un minimum de santé pour accéder au monde du travail. Aussi les « méfaits » du chômage peuvent-ils s'ajouter aux « méfaits » de l'obésité...

Principales complications de l'obésité

<i>Cardiovasculaires</i>	insuffisance coronaire, hypertension artérielle, accidents vasculaires cérébraux, thromboses veineuses profondes, embolies pulmonaires, insuffisances cardiaques, altérations de l'hémostase : fibrinolyse, PAI 1, dysfonction végétative
<i>Respiratoires</i>	syndrome d'apnée du sommeil, hypoventilation alvéolaire, insuffisance respiratoire, hypertension artérielle pulmonaire
<i>Ostéo-articulaires</i>	gonarthrose, lombalgies, troubles de la statique
<i>Digestives</i>	lithiase biliaire, stéatose hépatique, reflux gastro-Œsophagien
<i>Cancers</i>	<i>Hommes</i> : prostate, colo rectum, voies biliaires <i>Femmes</i> : endomètre, voies biliaires, col utérin, ovaires, seins, colo rectum
<i>Métaboliques</i>	insulinorésistance, diabète 2, dyslipidémie, hyper uricémie, goutte
<i>Endocriniennes</i>	infertilité, dysovulation, hhypogonadisme, protéinurie, glomérulosclérose
<i>Rénales</i>	hypersudation, mycoses des plis, lymphoedème
<i>Autres</i>	œdèmes des membres inférieurs, hypertension intracrânienne, complications obstétricales, risque opératoire

Source : INSERM, expertise collective, 2006

5 - Comment interpréter les différences sociales de consommation alimentaire ?

Etant à présent mieux renseignés sur l'hétérogénéité sociale des pratiques alimentaires, ainsi que sur les conséquences que ces inégalités de consommation – associées à des modes de vie plus ou moins portés sur l'activité physique – peuvent avoir en termes de santé, il est maintenant temps d'essayer de comprendre les principes qui déterminent cet ensemble de conduites, c'est-à-dire les déterminants sociaux, économiques et culturels qui président à l'organisation de ces pratiques et de ces modes de consommation différenciées.

En somme, porter au jour les raisons sociales qu'ont les individus de manger ce qu'ils mangent – et pas autre chose -, ou de s'adonner à certaines pratiques (activité physique, sport, régime, etc.) et pas à d'autres.

Pour rendre compte des différences de consommation alimentaire et de l'inégalité sociale face au risque d'obésité qui en découle, on invoque régulièrement le facteur *revenu*, agissant à travers les contraintes budgétaires, ainsi qu'une mauvaise compréhension des prescriptions alimentaires.

Il est clair que dans nos sociétés, où l'homme « *moderne* » s'est affranchi pleinement de son statut et sa fonction de chasseur-cueilleur, il est nécessaire d'avoir un minimum de revenus pour être en mesure de satisfaire ses besoins alimentaires. L'argent est l'intermédiaire indispensable entre l'homme, soumis à ses besoins primaires, et l'aliment, nécessaire à la satisfaction de ces derniers. Il est en effet bien compliqué de pouvoir se nourrir (et simplement de se nourrir, sans même parler de se nourrir *correctement*), sans avoir quelques pièces dans son portefeuille. A une époque où tout se paye, il est donc indispensable d'avoir

de l'argent pour pouvoir s'alimenter. Bien qu'elle puisse paraître évidente, cette règle simple mérite d'être rappelée.

Pour les populations les plus défavorisées, les plus marginales, exclues, « invisibles » statistiquement parlant (l'étude du Credoc rappelle qu'il y a en effet peu d'études, que l'on dispose de peu d'informations sur ces populations privées de travail, de logement, etc.), manger se réduit à un strict problème d'argent. Sans ressources, la question de savoir si l'on s'alimente bien, ou mal, n'intervient même pas. Seul compte le fait de pouvoir manger.

Pour nombre de travailleurs confrontés à des difficultés économiques, le problème de ne pas pouvoir manger ne se pose peut être pas directement, cependant les contraintes budgétaires qu'ils rencontrent les condamnent à s'orienter vers des choix alimentaires qui ne répondent pas aux besoins de l'organisme et qui préparent le terrain aux pathologies résultant des déséquilibres alimentaires. On fréquente ainsi davantage, dans ces catégories, les magasins *discount*, spécialisés dans les produits gras, sucrés, peu onéreux et d'un apport limité d'un point de vue nutritif.³⁶ Ces styles de consommation, caractéristiques des populations qui voient leurs possibilités d'achats de produits alimentaires réduites à des choix de première nécessité, apparaissent clairement au travers de certains témoignages. Prenons pour commencer le cas de J., ouvrier dans une forge des Ardennes qui sous-traite pour l'industrie automobile : « *depuis deux ans* », proteste-t-il, « *on a encaissé la hausse des matières premières, de l'énergie, des produits de consommation. Il faut rogner sur tout. Dans les magasins discounts, on achète les produits en promotion, on n'a plus de loisirs et on ne jette plus rien. Quand les assiettes ne sont pas terminées, on les mets au réfrigérateur* ». ³⁷

La situation de D., 43 ans, salarié au rayon fruits et légumes dans un *Casino* de Marseille (donc employé de commerce, au regard des CSP...), n'est pas moins délicate, car ce travailleur pauvre, se contentant pourtant de denrées « premiers prix », éprouve même des difficultés à nourrir les siens. L'air abattu, il avoue : « *je n'en peux plus... Avec trois enfants, dont deux encore à la maison, une femme handicapée, je n'arrive plus à nourrir ma famille* ». Au sens propre. « *Je n'ai pas honte de le dire, je n'ai jamais acheté pour mes enfants de baguette à Casino ou de la viande, c'est trop cher* ». ³⁸ 1250 euros nets pour 36 heures, avec une allocation pour le handicap de sa femme, il n'arrive pas à payer les 730 euros de loyer et ses crédits, dont la voiture pourtant saisie et vendue aux enchères...

³⁶ Cf. étude du CREDOC, *op. cit.*

³⁷ Cf. *Le Monde* (28/10/2008).

³⁸ Cf. art. in *Le Monde* : « *travailler quand on a faim, c'est trop dur* » (23/09/2008).

L'histoire se répète, à peu de choses près, pour D., 27 ans, employée dans le secteur boulangerie d'un hypermarché. Elle se prive de viande et n'achète que des premiers prix, « *même si on sait que ce n'est pas le meilleur pour la santé* », précise-t-elle ; de préférence chez les discounts, jamais chez *Casino*, qu'elle considère « *trop cher* ». Quand elle a tout payé – loyer, électricité, essence – il lui reste à peine 150 euros pour vivre.

Manger, au sens de satisfaire le besoin le plus élémentaire qui soit, indispensable à la santé et à la survie, n'est – dans un premier temps - qu'une question de moyens. Si nos sociétés, contrairement à d'autres plus pauvres, n'enregistrent quasiment plus de décès que l'on puisse imputer à l'inanition, il n'en demeure pas moins qu'elles restent confrontées à d'autres problématiques, ayant plus trait à la qualité de l'alimentation. Aussi les atteintes à la santé sont-elles davantage le produit de pratiques alimentaires déséquilibrées que de la privation totale, absolue de nourriture. On ne meurt pas, dans la plupart des pays industrialisés, parce qu'on ne *mange pas*, mais parce qu'on *mange mal*. Et le problème de la « malbouffe », symptomatique des classes populaires, qui fournit chaque année son contingent d'obèses, ne saurait pour autant être réduit à un simple effet du revenu, bien que ce dernier reste un déterminant premier dans l'accès à certains produits, dont la valeur nutritive est largement reconnue : fruits, légumes, produits de la mer, etc.

Une approche des conduites alimentaires – et des modes de vies et pratiques en général – en tenant compte exclusivement du revenu semblerait montrer quelques limites. Comme nous allons le voir, les inégalités face à la consommation, face aux pratiques, sont le produit de causes qui ne répondent pas de la seule autorité de l'argent.

Il est vrai qu'il y a comme une inclination spontanée, voire même logique, à rendre compte des variations sociales des pratiques alimentaires en invoquant le facteur revenu, qui serait seul à ordonner et à structurer l'espace de ces consommations. Mais on oublie certainement trop souvent que l'acte de manger, aussi naturel et nécessaire qu'il soit, est pénétré de toute part par des effets de culture et d'éducation.

Les limites d'une approche des conduites alimentaires qui considère que le volume de capital économique détermine à lui seul la façon dont les individus se nourrissent apparaissent dès l'instant où l'on observe, à revenu égal, des différences de consommation. A la fin des années 1970, par exemple, on relève déjà que les contremaîtres demeurent attachés au goût « populaire », bien qu'ils disposent de revenus supérieurs aux employés, dont le goût marque pourtant une rupture brutale avec celui des ouvriers et se rapproche de celui des professeurs.³⁹ D'autres études confirment ces tendances, déjà mises en évidence par Halbwachs au début du siècle : C. et C. Grignon montrent, par exemple, que l'alimentation des employés de bureau s'oppose nettement à celle des ouvriers qualifiés dont les revenus sont à peu près similaires⁴⁰ ; les premiers dépensent davantage par personne et par an pour leur alimentation ; celle-ci s'avère plus couteuse mais elle permet d'économiser du temps : ils achètent beaucoup plus de conserves et de surgelés (légumes, plats préparés et surtout poissons). Les modes alimentaires des employés sont, en outre, plus conformes aux exigences diététiques (ce qui peut aussi s'expliquer par la forte féminisation de cette CSP...).

Encore aujourd'hui, ces tendances ne cessent de perdurer. Ainsi, à revenu égal, un ouvrier d'origine rurale ne mangera pas – et ne se logera pas – de la même manière qu'un ouvrier originaire de la ville et même si une variation du revenu peut influencer le mode de vie, un ouvrier dont les revenus s'accroissent n'alignera jamais son mode de vie, allant de la façon de se nourrir, de consommer de l'alcool, du tabac, jusqu'à la pratique de certaines activités, de la façon de s'occuper de soi, de s'entretenir, etc., sur celui d'un cadre ou d'un membre des professions intermédiaires ou des professions intellectuelles supérieures.⁴¹

³⁹ Bourdieu, *La distinction. Critique sociale du jugement*, Les Editions de Minuit, 1979, p. 198.

⁴⁰ Cf. étude du CREDOC, *op.cit.*

⁴¹ *Ibid.*

Le fait de n'expliquer la consommation que par le revenu ne permet donc pas de rendre compte de structures de consommation différentes pour un même revenu.

L'alimentation, comme d'autres domaines, obéit elle aussi à des règles culturelles. À tel point que le rapport entretenu à l'acte de manger, c'est-à-dire la signification profonde que l'on accorde à cet acte, la relation particulière et intime que l'on noue avec ce besoin élémentaire, détermine et conditionne certaines pratiques, certains choix de produits. Aussi, l'acte de manger ne pouvant être entendu, perçu, et même *vécu*, de la même façon selon que l'on appartient aux classes « moyennes » et « supérieures », diplômées, ou aux classes populaires, sous qualifiées, on retrouve une variation des styles de consommation qui est autant – sinon davantage – le produit de facteurs socioculturels que de facteurs économiques. Car il ne faut pas perdre de vue que le goût en matière alimentaire, ainsi que les modes de consommation qui s'y rattachent, dépendent de l'idée que chaque classe se fait du corps et des effets de la nourriture sur le corps et sur la santé. De telle sorte que là où les classes populaires, plus attentives à la force du corps qu'à sa forme (exemple des travailleurs manuels masculins), s'orienteront vers des choix de produits à la fois bon marché et nourrissants, les classes moyennes supérieures donneront leur préférence à des produits savoureux, bons pour la santé, légers et ne faisant pas grossir.

Dans les catégories supérieures, l'alimentation participe de l'hygiène de vie, particulièrement chez les femmes, où il existe une concordance entre les impératifs diététiques et les goûts. Elle remplit donc, dans ces milieux, une fonction qui s'éloigne du besoin primaire, du « *manger pour vivre* », consistant à tenir au jour le jour, en vue de rester au plus près du vieil adage qui affirme que « *la santé est dans notre assiette* ». Il ne s'agit donc pas, dans ces catégories, de se contenter de manger et de s'en trouver satisfait une fois repu. Encore faut-il que l'alimentation participe activement d'un équilibre en termes de quantité et de qualité nutritionnelle, qu'elle procure des bénéfices du point de vue de la santé. Bien différentes sont les attentes et les vertus que l'on confère à l'alimentation dans les catégories modestes et populaires.

Chez ces dernières, il semblerait que le discours soit plus critique et que l'on valorise le goût au détriment de la santé.⁴² On est plutôt sceptique voire méfiant par rapport aux discours portés par les institutions, tant par le milieu médical, que par l'école ou par les médias. On avoue aussi plus facilement son goût pour des aliments peu diététiques comme le ketchup, la

⁴² C'est en tout cas ce qui ressort de l'enquête « *obésité, goût et consommation. Intégration des normes d'alimentation et appartenance sociale* », menée par F. Régnier et A. Masullo, in *Revue française de sociologie*, vol. L, n° 4, 2009 (cf. « *sciences humaines* », n° 223, *op. cit.*).

charcuterie ou les frites. La spécificité du rapport à la nourriture, chez les classes « inférieures », est visible chez les enfants que l'on cherche d'abord à satisfaire et à gâter, sans se poser de questions outre mesure sur ce qu'est un régime alimentaire convenable ; il n'est pas question non plus de se priver et de priver les membres de la famille, de lorgner ou de rationner sur la quantité et la qualité des mets que l'on est habitué à ingérer sous prétexte qu'ils favorisent un comportement alimentaire pouvant, à plus ou moins brève échéance, porter des atteintes sévères à la santé.

Dans les classes « supérieures », et particulièrement au sein des fractions les plus diplômées, on est davantage attaché à inculquer de bonnes habitudes diététiques et l'on n'hésite pas à solliciter régulièrement le pédiatre ou le médecin si la corpulence semble excessive. Dans les milieux modestes, l'embonpoint est mieux toléré, perçu plus aisément comme un indicateur de force, de vigueur et de bonne santé.⁴³ C'est plus quand l'enfant n'a pas bon appétit que l'on s'inquiète. Beaucoup plus tard, à l'adolescence, on commence à se soucier du poids de ses enfants, à un âge où le regard des autres gagne en importance.

Si l'alimentation, à mesure que l'on s'élève dans la hiérarchie des revenus et des diplômes, semble avant tout s'organiser autour de principes comme la raison, la retenue, la mesure, l'autocontrôle, principes révélateurs d'une certaine *distance à la nécessité*, pour reprendre la formule de Bourdieu⁴⁴, voire même d'une disposition, culturellement acquise, à mesurer et à évaluer systématiquement et rapidement les profits ou les coûts – ici en termes de santé – qu'engendrent tel ou tel type de consommation, il semble en revanche que la démarche et le rapport à la nourriture soient tout autre dans les milieux modestes.

Il importe avant tout, dans les classes « inférieures », de se faire plaisir. N'étant pas dans le calcul permanent des bénéfices que l'on peut tirer, ou des risques auxquels on s'expose lorsque l'on s'alimente, on s'attache davantage, dans ces couches sociales, à avoir le ventre plein, à satisfaire un appétit ouvert par des conditions d'existence et de travail qui réclament des styles de consommation auxquels il est difficile, pour les individus, de se soustraire. Il faudra développer un peu plus cet aspect, mais on devine déjà que le manoeuvre, par exemple, au terme de sa journée de travail, se tournera plus vers une assiette bien remplie, consistante (produits lourds, gras, sucrés), dont la *substance* prime sur la *forme* (et inversement pour les travailleurs intellectuels, les agents de conception).

⁴³Le témoignage de Julie, femme au foyer dont le mari est ouvrier, parle de lui-même : « on a un gosse qu'est costaud ! Il aura le temps de maigrir, hein ? On va pas commencer à persécuter nos gosses parce qu'ils ont cinq ou six kilos en trop... » (cf. « sciences humaines », n° 223, *op. cit.*).

⁴⁴ Cf. P. Bourdieu, *op. cit.*

Il n'est pas exclu, aussi, que *manger* constitue un véritable refuge pour les classes dominées, ou du moins un espace et un temps durant lesquels on met temporairement de côté les difficultés quotidiennes, où l'on échappe, illusoirement, au cumul des contraintes économiques et sociales : contraintes d'argent et de temps libre, précarité, manque de reconnaissance sociale, sentiment d'invisibilité, faibles perspectives d'avenir et rapport au futur incertain, etc.

L'alimentation est à cet égard un des rares domaines où les classes *dominées* peuvent s'exprimer, ou plutôt ont l'*illusion* de s'exprimer librement, sans qu'on leur impose leur façon de consommer. Peut-être a-t-elle-même pour fonction, dans ces classes, de servir de défouloir, c'est-à-dire d'instant privilégié où l'on a le sentiment de maîtriser les choses, de pouvoir s'abandonner librement à ses désirs, de faire, une fois n'est pas coutume, comme on en a envie et pas comme on nous le dicte, donc d'être le maître dans une existence plutôt marquée par la subordination aux autres, la soumission à l'autorité d'un chef.

« *Les individus ont le goût de ce à quoi il sont de toute façon condamnés* »⁴⁵

Cette *terrible* formule, qui rejoint les postulats que nous énoncions en début de chapitre, a le mérite de bien résumer le fond du problème et d'exposer clairement les choses : *les individus peuvent difficilement se dérober aux exigences et aux choix alimentaires que leurs conditions d'existence imposent*. Celles-ci déterminent des pratiques et des styles de consommation qui participent de la formation du goût, mais d'un goût qui n'est rien d'autre que le goût du nécessaire. C'est ainsi que celui qui sera plus orienté vers un travail physique, où le corps est l'outil de travail par excellence, se tournera plus vers des mets consistants, gras et riches, où la part des fruits et légumes est limitée ; le plat doit tenir au ventre, il a pour fonction première de « remplir la machine », de régénérer la force de travail. Inversement, dans les milieux où le rapport au corps, à l'usage que l'on en fait (au travail, en dehors...) est plus axé sur la forme - comme chez les travailleurs intellectuels ou chez les femmes où les fonctions sont plus de l'ordre de la conception, de la représentation - que sur la force, la dureté, la virilité, etc.-, on aura plus tendance à développer des goûts qui ne vont pas à l'encontre de l'attention toute particulière que l'on porte au corps, d'un certain souci de l'esthétique corporelle. Le corps est

⁴⁵ P. Bourdieu, *op. cit.*, p. 199.

envisagé, ici, autrement que comme instrument de travail ; il est soumis à une vigilance permanente, où le souci de préserver sa santé, passant notamment par un régime alimentaire de qualité, prime sur le reste. Il est plus qu'une machine que l'on sollicite intensément et que l'on régénère comme on peut ; il est un bien que l'on entretient et que l'on préserve.

Les individus, en réalité, ne font qu'intérioriser leur condition et les pratiques que cette condition réclame ; n'ayant que le choix du nécessaire, ils développent des goûts propres à leur condition, qui sont en quelque sorte des goûts *forcés par la vie*. Les modes alimentaires et les goûts qui en ressortent, déterminés socialement (peut-on, sincèrement, imaginer un paysan ou quelconque manoeuvre se satisfaire, après une journée de labeur, d'un filet de poisson et de quelques feuilles de salade ? de même, une femme cadre, ou un homme exerçant une profession intellectuelle supérieure vont-ils engloutir deux assiettes de pâtes et de la viande en sauce ?), sont adoptés par les individus car ils y sont contraints. Et la liberté en matière de consommation se restreint à mesure que l'on descend dans l'échelle sociale.

Cependant cette nécessité, ce *goût du nécessaire*, produit des conditions sociales d'existence, s'enracine, se fige et surtout se pérennise et se reproduit d'autant plus dans les habitudes des membres des classes populaires que les raisons de cette incapacité - inaptitude sociale - à marquer, comme cela se fait dans les classes « moyennes-supérieures », une certaine distance à la nécessité, dépassent celles du pur besoin : c'est que le goût du nécessaire est perçu, chez les individus, comme un choix purement consenti, construit librement et résultant de leur pure volonté individuelle. *De nécessité faisant vertu*, on en vient à aimer, semble-t-il, ce que de toute façon on n'a pas d'autre choix que d'aimer...

Peut-être est-il « humain », finalement, de penser que les choses sont bien pour nous, qu'elles nous satisfont, au point même de les ériger en qualités et en vertus lorsque, de tout façon, on n'a guère d'autre alternative que de s'y soumettre. Ce que l'on est contraint de faire et de supporter, plus généralement dans l'existence (la vie que l'on mène, ses conditions d'existence, les choix que l'on fait, les modes de vie que l'on adopte, etc.), ou, plus précisément, pour ce qui nous occupe ici, les diverses pratiques et habitudes qui selon le principe de *l'habitus* tendent à s'imposer à nous et à s'inscrire durablement dans le corps, finissent par être admises, incorporées et pensées comme « bonnes » et préférables, justifiées et vertueuses - donc que l'on ne remet pas en cause - par les individus.

Avoir le goût de ce à quoi on est de toute façon condamné est assez révélateur, en fin de compte, du rapport fataliste à la vie qu'ont les membres des classes dominées, ainsi que de la méconnaissance profonde des lois et des déterminismes qui règlent leurs conduites et qui vont

jusqu'à imposer, inscrire au plus profond de leur être et de leur corps des pratiques et des modes de consommation qu'ils penseront, qu'ils intégreront ensuite comme « naturels », choisis, librement consentis, bons, souhaitables et vertueux.

Education, diplômés

La faible prévalence de l'obésité chez les personnes diplômées dénote, selon nous, de l'influence que peut avoir le niveau d'éducation sur les modes de consommation. Plus sensibles aux questions de santé, plus réceptifs aux recommandations nutritionnelles, les diplômés sont vigilants à ce que leur alimentation leur apporte des bénéfices en termes de santé. Ils savent, en somme, l'intérêt qu'ils ont à privilégier certains produits au détriment d'autres. Au-delà du goût, *il importe que ce que l'on mange soit bon pour la santé...*

La pratique d'une activité physique obéit un peu à ces mêmes principes : un certain niveau d'éducation à la santé – plus prégnant chez les diplômés -, permet de connaître et de maîtriser les profits que peut apporter le sport et les activités qui s'y rattachent (marche, sorties, etc.).

Enfin, il est sans doute difficile d'« échapper » à son milieu en matière de consommation alimentaire (comme pour bien d'autres domaines d'ailleurs...). Les individus ont plus de chances de manger comme on leur a appris, de reproduire les habitudes de leur milieu. Il est en effet bien compliqué d'infléchir l'empreinte de ses origines, d'adopter des conduites qui contredisent, qui vont à l'encontre du milieu familial...

On pourrait presque parler de *conflits de loyauté* par rapport à ses origines, par rapport à son milieu, si les façons de s'alimenter s'écartent trop des valeurs inculquées. Ainsi, *bien manger*, quand on a été habitué à *mal manger*, et *mal manger*, quand on a été habitué à *bien manger*, paraît peu probable, sociologiquement parlant. De telles conduites peuvent même marginaliser et exclure les « traîtres » - par rapport à leur milieu – qui s'y adonnent, puisqu'ils vont à l'encontre de tout un système de valeurs, de habitudes, de pratiques, de manières d'être et de faire (donc d'un habitus...).