

5

Dimensions sociales de l'obésité

Il est aujourd'hui admis que l'obésité est une pathologie pluri-factorielle. Cependant, compte tenu de son rythme actuel de développement peu compatible avec des hypothèses selon lesquelles le poids de la génétique serait prépondérant, les spécialistes de cette pathologie considèrent les facteurs environnementaux et comportementaux comme déterminants dans son étiologie (Aimez et coll., 1972 ; Basdevant et coll., 1993 ; Hill et Peters, 1998). Depuis une trentaine d'années, les dimensions sociales de l'obésité ont donc fait l'objet d'une intense activité de recherche principalement de la part d'épidémiologistes et dans une moindre mesure de la part de sociologues (surtout en France).

Trois questions principales sont posées aux représentants des sciences sociales :

- Pourquoi l'obésité se distribue-t-elle de façon différenciée dans l'échelle sociale ?
- Quelles transformations de l'organisation de la filière alimentaire ou des pratiques de consommation, pourraient expliquer le développement rapide que connaît aujourd'hui l'obésité dans les sociétés modernes ?
- Comment changer les habitudes alimentaires ? Cette dernière question ayant à la fois pour horizon la thérapeutique de l'obésité et à plus grande échelle sa prévention.

L'investigation sociologique de l'obésité peut s'opérer selon un double point de vue. Le premier accepte la posture épistémologique de l'épidémiologie et étudie les liens entre le développement de cette pathologie socialement diversifiée et certains phénomènes sociaux ; évolution des modes de vie, transformations des pratiques alimentaires. Il peut aussi contribuer à la mise en évidence et à l'analyse des phénomènes de stigmatisation dont sont victimes les obèses dans les sociétés développées. Le second point de vue prend pour objet le discours médical sur l'obésité et les projets de prévention et d'intervention de politiques de santé publique qui en découlent. Il tente de dénouer les enjeux sociaux qui sous-tendent et articulent la définition de l'obésité comme maladie et amène certains spécialistes de cette pathologie à penser son développement en termes d'épidémie, voire de pandémie. Enfin, il s'intéresse aux formes que pourraient prendre les politiques d'éducation et de prévention.

Sociologie « de » et sociologie « sur » l'obésité

Il est courant dans la sociologie de la santé anglo-saxonne de faire la distinction entre une sociologie « in... » et une sociologie « of... ». C'est ainsi que Strauss pose la « *sociology of medicine* » et la « *sociology in medicine* » (Strauss, 1957) ou que Wolinski la « *sociology of health* » et la « *sociologie in health* » (Wolinski, 1980).

La première perspective, la sociologie « in », dont l'œuvre fondatrice est sans conteste la recherche sur le suicide de Durkheim, s'intéresse aux causes sociales de la santé ou de la maladie. Adoptant la posture de recherche empiriste, positiviste et déterministe de l'épidémiologie, elle collabore à la recherche médicale en prenant en charge l'identification des dimensions sociales associées à différentes formes de morbidités ou de mortalités. Cette attitude de recherche parfois désignée par l'étiquette d'épidémiologie sociale (*social epidemiology*) s'intéresse aux facteurs sociaux posés comme causes ou au moins comme facteur de risque d'une maladie. Elle a connu, notamment sur le continent nord américain, un important développement en se concentrant sur deux thèmes principaux de recherche : les effets du stress et l'influence du « support social », c'est-à-dire les formes d'intégration sociale (Renaud, 1987 et 1991). Cette thématique est aujourd'hui revisitée grâce à la théorie des réseaux sociaux.

La seconde perspective, la « *sociology of...* » prend pour objet les aspects sociaux des organisations médicales, qu'elles soient officielles ou non, et leur mode de fonctionnement. L'accessibilité aux soins selon les groupes sociaux et l'influence des politiques économiques et de santé publique concentrent son intérêt (Herzlich et Pierret, 1989 ; Drulhe 1996).

Pour cerner l'objet d'une « sociologie de la nutrition », McIntosh et Sobal ont proposé d'opérer la même distinction (tableau 5.I). La sociologie « in nutrition » serait une partie de la *social epidemiology* et prendrait en charge la recherche et l'analyse des causes sociales des « régimes alimentaires inadaptés » (McIntosh, 1996). En France, les travaux d'Annie Hubert sur le cancer du rhino-pharynx sont exemplaires de cette démarche (Hubert, 1990 et 1995). La mise au point de technique d'évaluation nutritionnelle des consommations par Jean Louis Lambert (1987) ou encore les travaux d'Igor de Garine sur l'alimentation au Cameroun (1996) correspondent également à cette posture de recherche.

La « *sociology of nutrition* » s'intéresserait, selon ces auteurs, aux relations sociales du champ nutritionnel, c'est-à-dire aux logiques d'action et d'interaction des nutritionnistes et des diététiciens en fonction des organisations dans lesquelles elles se déploient : hôpitaux publics, cliniques, entreprises agro-alimentaires, de restauration..., aux relations nutritionniste malade... ainsi, qu'aux effets des politiques économiques sur l'accès aux aliments et aux services nutritionnels.

Tableau 5.1 : Sociologie « in » nutrition et sociologie « of » nutrition

Sociologie « in » nutrition	Sociologie « of » nutrition
Ecologie et étiologie de la sous et suralimentation, de la faim	Recrutement et formation des diététiciens et des nutritionnistes
Différenciations sociales des représentations et comportements relatifs à la faim, aux habitudes alimentaires et aux statuts nutritionnels :	Relation des nutritionnistes dans leurs rôles sociaux
Caractérisation sociologique et typologisation	Effet du changement de politique économique sur l'accès aux aliments et aux services nutritionnels
Dimensions sociales de certaines déviations alimentaires et stigmates associés à l'obésité	

D'après Wolinsky, 1980 et McIntosh, 1996

Cette perspective à l'intérêt de poser un double regard de la sociologie :

- Regard interne qui assume un certains nombre de présupposés de la recherche en nutrition humaine, et se met au service d'une problématique épidémiologique en apportant ce que les nutritionnistes aiment désigner comme « le point de vue du sociologue ».
- Regard extérieur qui saisit les systèmes d'actions dans lesquels les nutritionnistes tentent de faire leur métier.

Elle mérite cependant d'être complétée car elle laisse de côté des apports possibles de la socio-anthropologie aux sciences de la nutrition. La première de ces contributions, particulièrement développée dans la tradition française, prend pour objet le discours nutritionnel, son élaboration, ses fluctuations et ses rapports aux normes sociales. Elle adopte une lecture critique que nous pourrions qualifier de « sociologie de la connaissance nutritionnelle » ou de « sociologie des sciences de la nutrition ».

Les travaux de Durkheim sur le suicide, dont nous avons signalé la dimension fondatrice en épidémiologie, ont donné lieu, dans une seconde étape du développement de la sociologie, à une très longue série de recherches questionnant les présupposés et les représentations qui, à l'œuvre dans le processus de positivation du fait social, de construction des descripteurs, avaient pu façonner les données. L'importance du taux de suicide peut être influencé par les modalités de déclaration de la mort et surtout par sa « qualification » en suicide ou en mort naturelle selon la force de la réprobation dont il est l'objet dans différents contextes sociaux. Ainsi la variation du taux de suicide ne renverrait elle pas seulement à un fait positif, réel, mais aussi à une différence de déclaration. Dans l'univers réformé où le suicide est un acte plus gravement ressenti, il y aurait une tendance à la sous-déclaration (Beudelot et Establet, 1984). Il s'agit donc de prendre pour objet les connaissances nutritionnelles elles mêmes pour saisir l'influence des représentations sociales sur leur construction, en les situant historiquement et culturellement. Cette perspective participe au développement d'une épistémologie de la nutrition dont Jean Paul Aron, le premier, a montré la voie (Aron, 1969). Depuis, de nombreux

travaux de disciplines différentes ont contribué à son développement : Vigarrello (1985) et Flandrin (1979) en histoire, Fischler (1979) et Corbeau (1992) en sociologie, Chiva (1984) et Lalhou (1998) en psychologie. Elle s'inscrit dans la sociologie de la connaissance qui, depuis Bachelard est toujours restée active dans la pensée française.

Le second apport de la socio-anthropologie de l'alimentation est sa participation à la compréhension de l'acte alimentaire lui-même. Dans un texte, curieusement méconnu dans l'univers anglo-saxon lui-même, Margaret Mead écrit « avant de chercher à savoir comment changer les habitudes alimentaires » question que pose toujours les nutritionnistes aux représentants des sciences humaines, il convient d'abord de « comprendre ce que manger veut dire » (Mead et Guth, 1945).

Cette question a largement mobilisé les sociologues français contemporains (Fischler, 1979 et 1990 ; Herpin, 1988 ; Grignon, 1980 ; Corbeau, 1995 ; Poulain, 1985 et 1997c ; Paul-Lévy, 1997 ; Lahlou, 1998). Elle constitue un préalable à toute action de communication et de prévention.

Enfin, le dernier apport possible de la sociologie de la connaissance pose la production du savoir scientifique comme le résultat d'une série d'interactions entre les milieux de la recherche et différents groupes de pressions politiques, économiques, consuméristes..... La connaissance scientifique se construit dans un système d'action constitué par des chercheurs en concurrence, qui développent des stratégies de carrière et mobilisent des ressources auprès d'organismes bailleurs de fonds publics et privés, contrôlés eux-mêmes par des acteurs politiques, économiques et scientifiques soumis eux aussi à l'influence de différents groupes de pression (lobbies) qu'ils soient constitués pour la promotion ou la défense de filière de production ou des consommateurs, le tout sous le regard des médias (Callon et Latour, 1991, Berthelot, 1997). C'est ce système d'action complexe que Jean-Pierre Corbeau nomme la « filière du manger » (Corbeau, 1995). Les fluctuations du discours nutritionnel sont à resituer dans les contextes sociaux de leur production et de leur diffusion.

Nous proposons donc pour investir les dimensions sociales de l'obésité d'adopter cette double perspective d'une sociologie « de » l'obésité et d'une sociologie « sur » l'obésité étendue à une sociologie de la connaissance de l'obésité (tableau 5.II). La première s'intéressera aux relations entre obésités et statuts socio-économiques tant au niveau des adultes que des enfants et adolescents, à l'influence des transformations des pratiques alimentaires sur le développement de l'obésité, aux différentes formes de stigmatisation dont sont victimes les obèses dans les sociétés modernes.

La sociologie sur l'obésité étudiera l'évolution des transformations, des représentations associées au corps gros. Elle cherchera à déconstruire les hypothèses et présupposés implicites qui sous-tendent le discours médical contemporain et les tentatives d'intervention dans la politique de santé publique.

Tableau 5.II : Sociologie de l'obésité et sociologie sur l'obésité

Sociologie « de » l'obésité	Sociologie « sur » l'obésité
Liens entre statuts socio-économiques et obésité	La transformation des représentations sociales sur le gros et le gras
Stigmatisations sociales associées à l'obésité	Les présupposés du discours médical sur l'obésité
La modernité alimentaire et l'obésité	Les modalités et enjeux d'une politique de prévention relative à l'obésité

Obésité et statuts socio-économiques

Toutes les études conduites par des épidémiologistes et ou des sociologues mettent en évidence une relative différenciation de l'obésité par rapport aux statuts socio-économiques. Cependant deux axes de recherche apparaissent selon que l'entrée dans la question postule que les statuts socio-économiques sont la cause de l'obésité ou une conséquence de celle-ci. Mais étudions tout d'abord la nature des liens entre obésités et statuts socio-économiques.

Obésité des adultes : comparaison entre sociétés développées et sociétés en voie de développement

Jusque dans les années soixante, l'analyse classique présentait, dans les pays développés, une relation négative entre l'obésité et les statuts économiques pour les femmes et positive pour les hommes. Les femmes minces étaient donc plus nombreuses dans les positions sociales élevées et, inversement les hommes gros plus nombreux dans ces mêmes classes sociales (Powdermarker, 1960).

Depuis les années soixante, les travaux prenant pour problématique principale ou incluant à titre secondaire, les relations entre statuts socio-économiques et obésité se sont multipliées. Ce qui a permis à Sobal et Stunkard (1989) de réaliser une méta-analyse portant sur 144 études publiées dans des revues scientifiques à comité de lecture, fournissant des informations sur les relations entre obésités et statuts socio-économiques. Cette méta-analyse dont le corpus comprend des recherches portant à la fois sur des populations occidentales (Amérique du nord, Europe, Nouvelle-Zélande) et des populations de sociétés en développement, remet quelque peu en cause la lecture traditionnelle. Dans les sociétés développées, la forte relation inverse pour les femmes se confirme (tableau 5.III). Sur 54 études rassemblant des données relatives aux femmes, on constate une très forte constance du lien inverse (46 études contre une seule, présentant un lien direct et 7 une absence de lien). Pour les hommes, la situation est beaucoup moins claire. On a plutôt affaire à une distribution bi

Tableau 5.III : Obésité et statuts socio-économiques chez les adultes

	Liens	Sociétés développées (nombre d'études)	Sociétés en développement (nombre d'études)
Homme	Direct	20	12
	Inverse	34	0
	Absence	11	2
Femme	Direct	1	10
	Inverse	46	0
	Absence	7	1

D'après Sobal et Stunkard (1989)

modale. Sur les 65 études, 20 présentent un lien direct, 34 un lien inverse et 11 une absence de lien.

Dans les sociétés en développement, quel que soit le sexe le lien est toujours positif. Pour les femmes, sur 11 études, 10 affichent un lien direct, aucune un lien inverse et une seule une absence de lien. Pour les hommes, sur les 14 études disponibles, 12 présentent un lien direct, aucune un lien inverse et 2 une absence de lien.

Obésité des enfants et adolescents : comparaison entre sociétés développées et sociétés en voie de développement

Dans les sociétés en développement, la situation pour les enfants et les adolescents est la même que pour les adultes, l'obésité est distribuée sur le haut de l'échelle sociale (tableau 5.IV). Pour les garçons, 13 études sur 15 et 14 sur 15 pour les filles attestent d'une corrélation directe, aucune d'une corrélation inverse et 2 seulement une absence de lien.

Tableau 5.IV : Obésité et statuts socio-économiques chez les enfants et adolescents

	Liens	Sociétés développées (nombre d'études)	Sociétés en développement (nombre d'études)
Garçon	Direct	9	13
	Inverse	11	0
	Absence	14	2
Fille	Direct	8	14
	Inverse	13	0
	Absence	11	2

D'après Sobal et Stunkard (1989)

Dans les sociétés développées, la distribution est plus aléatoire. Sur 34 études relatives aux garçons, on compte 9 liens directs, 11 liens inverses et 14 absences de lien. Pour les filles, les 32 études disponibles mettent en évidence 8 corrélations directes, 13 inverses et 11 absences de corrélation. On assiste donc à une relative indépendance de l'obésité et des statuts socio-économiques pour les enfants en sociétés développées.

Des travaux récents confirment l'indépendance entre obésité et position sociale chez les enfants de 3 à 5 ans et montrent un lien inverse significatif pour les filles à partir de 12 et 15 ans (de Spiegelaere et coll., 1998a et 1998b).

Avant de voir comment rendre compte de ces différents résultats, et comment expliquer le passage dans les sociétés modernes, d'une distribution aléatoire du point de vue des statuts socio-économiques à une distribution différenciée, il convient de préciser quelques points méthodologiques. Signalons tout d'abord la non-homogénéité de mode de définition de l'obésité dans l'ensemble des 144 études prises en compte. Tantôt elle est définie en référence à l'indice de masse corporelle (IMC), tantôt par rapport au poids idéal, tantôt par la technique des plis cutanés, parfois par une combinaison de ces différents paramètres. Notons ensuite, l'extrême variété de la taille des échantillons de ces différentes études. Cette méta-analyse offre l'avantage d'inclure une très large gamme d'études tant dans leur taille et leur méthodologie, mais aussi, l'inconvénient de mettre sur le même plan des études portant sur une centaine d'individus et d'autres sur plusieurs centaines de milliers. Si elle présente donc un niveau de preuve élevé, elle ne peut pas être considérée comme une méta-analyse randomisée.

Statuts socio-économiques comme déterminants de l'obésité

L'obésité peut être l'objet d'une double analyse de détermination. Deux grands types d'explication ont été développés. Soit les statuts sociaux sont considérés comme la cause de l'obésité, soit ils sont posés comme sa conséquence. La première attitude cherche à repérer l'influence de la position sociale sur l'accès à la nourriture, l'influence des modes de vie sur les pratiques alimentaires, l'exercice physique et le tabagisme. La seconde décrit la façon dont les obèses sont considérés dans une société donnée et analyse l'influence de l'obésité sur les trajectoires sociales.

Alimentation

Le lien entre l'obésité et la position sociale dans les sociétés en développement peut être expliqué, pour les classes populaires par une faible disponibilité alimentaire, parfois même la famine, associée à des modes de vie demandant une importante dépense énergétique. La forte corrélation entre obésités et statuts socio-économiques résulterait d'une plus grande capacité de ces groupes sociaux à se procurer des aliments, liée à une valorisation positive des corps gros décodés comme un signe de bonne santé, d'abondance...

Dans les sociétés développées, le lien entre l'obésité et les statuts socio-économiques peut être expliqué par les modes de vie susceptibles de déterminer certains facteurs importants de la prise de poids comme les pratiques alimentaires ou l'activité physique. C'est ainsi que dans les sociétés modernes, les dépenses énergétiques des individus ont considérablement baissé. Les causes en sont le chauffage et la climatisation des locaux d'habitation, le développement des moyens de transport individuel ou collectif, les formes de l'activité professionnelle notamment dans le secteur tertiaire, ce que Claude Fischler nomme la « civilisation du bureau ». Parallèlement à cette baisse de la dépense énergétique, les consommations alimentaires auraient elles aussi diminué, mais cependant pas autant que le besoin. Surtout la baisse se serait opérée de façon socialement diversifiée. Jean Louis Lambert sur la base de calculs macro-économiques considère qu'il existerait un écart de plus de 200 calories par jour entre les couches moyennes et supérieures et les classes populaires au profit de ces dernières. Cette analyse pourrait fournir une première explication du développement de l'obésité dans les couches basses de la société (Lambert, 1987).

Cependant, le traitement de données statistiques sur des grandes séries et la reconstruction d'un régime alimentaire susceptible d'être transformé en apport énergétique pose toute une série de problèmes de fiabilité (Fischler, 1990 ; Poulain, 1999b) qui maintient ce type d'explication au simple statut d'hypothèse.

Jean-Pierre Corbeau, dans une perspective phénoménologique propose une interprétation de cette situation en termes de « revanche sociale ». Pour les classes populaires qui à l'échelle de l'histoire auraient le plus souffert de la faim, le contexte contemporain d'abondance serait vécu sur le plan de l'imaginaire social comme l'occasion d'une revanche (Corbeau, 1995).

L'information nutritionnelle dont l'intérêt et l'appropriation sont très différents selon les sexes, les femmes y étant nettement plus sensibles que les hommes et selon les positions sociales pourraient également être mobilisée dans l'explication. Cependant, nous l'approfondirons plus loin, la disposition d'un stock d'informations nutritionnelles ne se traduit pas toujours par des transformations dans les comportements.

Activité physique

Dans les sociétés développées, le statut social influence également l'activité physique. Si l'activité liée au travail a considérablement diminué, celle inscrite dans des logiques de loisirs s'est développée de façon socialement très différenciée. Soumis au modèle d'esthétique corporel de minceur, les hommes et plus encore les femmes des couches sociales moyennes et supérieures pratiquent de façon plus intense que les autres couches sociales à la fois des sports et de l'exercice d'entretien (gymnastique, jogging...). L'influence du statut social dès 12 ans pour les filles peut en partie s'expliquer par la pratique socialement diversifiée d'activité physique (de Spiegelaere et coll., 1998b).

Obésité comme déterminant des statuts socio-économiques

L'influence de l'obésité sur les trajectoires sociales est centrée sur l'analyse de la façon dont les obèses sont considérés dans une société donnée et des discriminations dont ils font l'objet.

Stigmatisation sociale des obèses

La stigmatisation a été décrite par Erwing Goffman comme un processus de discréditation qui touche un individu considéré comme « anormal », « déviant »... C'est au cours d'interactions sociales que le label de « déviant » est attribué à un individu par d'autres individus, supposés « normaux ». Cette étiquette justifie alors une série de discriminations sociales, voire d'exclusion. La stigmatisation devient un véritable cercle vicieux (figure 5.1), lorsque la victime accepte et considère comme normaux, les traitements discriminatoires qu'elle subit et les préjudices dont elle est victime. S'engage alors une dépréciation personnelle qui débouche sur une altération de l'image de soi (Goffman, 1963).

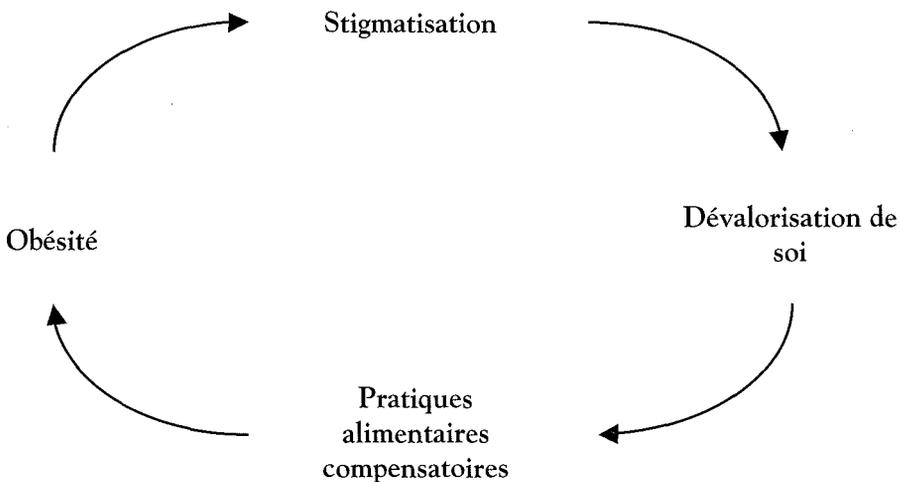


Figure 5.1 : Le cercle vicieux de la stigmatisation de l'obésité

Si Goffman n'a pas lui-même étudié la stigmatisation des obèses, - il ne l'a d'ailleurs même pas envisagée, alors qu'il dresse pourtant un inventaire assez complet des formes de stigmatisation- celle-ci a été mise en évidence, dès la fin des années soixante, par un autre sociologue américain W. Cahnman. « Par stigmatisation, nous signifions le rejet et la disgrâce qui sont associés à ce qui est vu (l'obésité) comme une déformation physique et une aberration comportementale » (Cahnman, 1968).

Depuis le simple achat d'une place d'avion ou de cinéma, jusqu'au poids du regard esthétique qui pèse sur lui, l'obèse est dévalorisé, marginalisé, mis au

ban de la société. L'obèse souffre dans les sociétés développées contemporaines de stigmatisation. Sur ce thème, deux familles de travaux sociologiques ont été réalisées : celle qui vise à inventorier et décrire les formes de stigmatisation de l'obésité et celle qui cherche à faciliter le vécu et réduire l'importance des discriminations dont sont victimes les obèses.

Formes de la stigmatisation

La stigmatisation de l'obésité a été l'objet d'analyses descriptives par de nombreux auteurs (Cahnman, 1968 ; Allon, 1981 ; Sobal 1984b et 1991a). Ils montrent comment un certain nombre d'attitudes négatives à l'égard des obèses peuvent se transformer en véritables discriminations. Des liens statistiquement significatifs ont été mis en évidence à différents niveaux entre l'obésité et :

- l'accès à l'enseignement supérieur (Canning et Mayer, 1966),
- l'accès à l'emploi (Matusewich, 1983, Benson et coll., 1980),
- le niveau des revenus (McClellan et Moon, 1980),
- la promotion professionnelle (Hinkle et coll., 1968),
- la vie domestique (Karris, 1977 ; Myers et Rosen, 1999).

Les enfants jouent un rôle de premier plan dans le phénomène de stigmatisation. Ils sont la première source de stigmatisation déclarée par les obèses adultes (Myers et Rosen, 1999). Cramer et Steinwert ont montré que dès 3 ans des enfants manifestent clairement des comportements de stigmatisation à l'égard de sujets en surpoids, qu'il s'agisse d'adultes ou d'autres enfants (Cramer et Steinwert, 1998).

Mais ces attitudes négatives ne sont pas seulement le fait de la société civile, elles semblent également être présentes au cœur même de l'appareil médical. De nombreuses études en effet, soulignent l'existence d'attitudes négatives à l'égard des obèses, de la part de personnel médical ou paramédical à l'intérieur des institutions de santé, (Maddox et coll., 1968 ; Price et coll., 1987 ; Najman et Munro, 1982 ; Myers et Rosen, 1999), ou encore chez les étudiants en médecine (Blumberg et Mellis, 1985). Ces différents travaux montrent la perméabilité du milieu médical aux valeurs dominantes de la société (ici l'idéal de minceur) et l'influence déterminante de celles-ci sur les rôles professionnels des acteurs du système de santé.

Comme l'avait déjà démontré Goffman pour la maladie mentale, les membres de l'appareil médical assurent une fonction de « grands stigmatisateurs ». L'idéologie médicale participe à la justification de la « labellisation » comme déviant et contribue à la dépréciation des personnes obèses.

L'importance de ces discriminations est telle qu'elle a amené parfois les législateurs à en tenir compte, sous la pression des associations de défense ou plutôt de soutien des obèses qui se sont mises en place et organisées en véritables lobbies (Baker, 1984). Aux Etats-Unis la plus importante aujourd'hui, la NAAFA (*National Association to Advance Fat Acceptance*) a été créée en 1969. En Europe, bien que plus tardif, le mouvement se développe

également, en France l'association Allegro-fortissimo, créée à la fin des années quatre-vingt, affiche clairement ses objectifs « en fondant cette association, quelques gros ont soudain refusé la tyrannie du morphologiquement correct et ont pris leur avenir en main ».

Obésité et dynamiques sociales

L'objectivation de la stigmatisation des obèses a permis le développement d'un second type d'explication des relations entre obésité et statut socio-économique : les positions sociales seraient en partie déterminées par l'obésité. Le passage d'une distribution de l'obésité aléatoire pour les enfants à une forte différenciation pour les adultes, notamment pour les femmes, s'expliquerait par l'impact de l'obésité sur la mobilité sociale.

La notion de mobilité sociale rend compte du déplacement d'un individu dans la structure sociale ; elle est dite intra-générationnelle si elle compare la position d'un même individu à deux moments de sa vie (début de carrière et fin de carrière par exemple), ou inter-générationnelle, si elle met en relation la position sociale d'un fils et celle de son père. La mobilité peut être ascendante, descendante ou équivalente selon que le déplacement s'élève, descend ou reste au même niveau de l'échelle sociale (Cuin, 1993).

L'obésité joue un rôle dans la mobilité sociale. Elle ralentit la mobilité intra-générationnelle (Canning et Mayer, 1966 ; Hinkle et coll., 1968) et augmente la fréquence de la mobilité inter-générationnelle descendante. Celle-ci est influencée par le niveau d'éducation, l'activité professionnelle et le mariage. Ces trois facteurs n'ont pas le même poids selon les sexes. Pour les hommes, l'éducation et l'activité professionnelle ont un rôle plus important. Pour les femmes, le mariage est considérablement plus déterminant, même si son importance tend à diminuer. C'est ainsi que les femmes minces font plus fréquemment des mariages ascendants -c'est-à-dire se marient avec des hommes de statuts sociaux plus élevés qu'elles-, et qu'à l'inverse les femmes fortes réalisent plus souvent des mariages descendants -c'est-à-dire se marient avec des hommes de statuts sociaux moins élevés qu'elles (Sobal, 1984a ; Garn et coll., 1989).

Au niveau de l'éducation et du développement des carrières professionnelles, l'obésité ralentit la progression sociale. Le développement des carrières se trouve altéré par rapport aux personnes minces. Les portiers du système social que constituent les évaluateurs, chefs de service ... (les *gate-keepers* pour reprendre la terminologie de la psychosociologie lewinienne) exercent à l'égard des personnels obèses des évaluations plus souvent négatives qu'à l'égard des personnels minces ce qui ralentit leur progression sociale.

La stigmatisation sociale de l'obésité peut donc être un facteur expliquant le passage d'une distribution presque aléatoire de l'obésité chez les enfants à une distribution associée aux statuts sociaux inférieurs chez les adultes femmes et pour une part chez les hommes.

Reste à comprendre comment et pourquoi les valeurs associées aux corps gros sont différentes d'une culture à l'autre et fluctuent dans le temps à l'intérieur d'une même culture.

Cette lecture de l'obésité comme déterminante des positions sociales ne saurait donc se réduire à l'hypothèse d'une sélection sociale par la santé. Cette grille de lecture plus ou moins étayée sur des théories socio-biologiques, pour lesquelles la maladie relèverait de la génétique et l'organisation sociale ne serait que la conséquence des attributs innés des individus et dont la sociologie de la santé a débouté les prétentions (Druhle, 1996). Les processus de sélections sociales à l'œuvre dans la stigmatisation ou dans les mariages s'opèrent à partir de valeurs culturelles associées à l'esthétique corporelle mettant clairement en évidence un déterminisme social.

L'obésité peut dans cette perspective être considérée comme un facteur de différenciation sociale négative et la lutte contre la stigmatisation comme une priorité immédiate.

Comment faire face à l'obésité ?

Une fois la stigmatisation des obèses objectivée et décrite un certain nombre de travaux sociologiques ont tenté de rechercher les moyens d'aider les obèses à affronter cette discrimination (tableau 5.V). Jeffrey Sobal propose un modèle pour « faire face à l'obésité » qui s'articule sur quatre étapes (Sobal, 1991a) :

- La reconnaissance, la prise de conscience de la stigmatisation,
- La lecture, anticipation des effets de la stigmatisation dans différents contextes ou de la part de certaines personnes et se préparer,
- La réaction, différentes attitudes et technique immédiates et à long terme, pour faire face à la stigmatisation,
- Réparation reconnaissance de la stigmatisation et réforme des attitudes sociales envers l'obésité.

Transformation des représentations sociales du gros et du gras

« Une de nos plus anciennes représentations sculptées d'êtres humains en Occident est féminine : la vénus de Lespugue : obèse ou belle ? » se demande Annie Hubert (1997). Les valorisations du gros et du mince sont variables dans l'espace d'une culture à l'autre. Depuis la Nouvelle Zélande avec les Maoris, jusqu'en Mauritanie où il existe des maisons d'engraissement et même une corporation de « gaveuses », les exemples sont nombreux de cultures dans lesquelles on fait grossir les filles avant de les marier (Chippaux, 1990 ; de Garine, 1996). Celui qui n'a jamais vu l'effervescence que provoque chez les jeunes japonaises l'arrivée d'un Sumo, dans un bar à la mode de Ginza ou de Shibuya, ne peut comprendre le relativisme du modèle d'esthétique de minceur au cœur même des sociétés développées.

Tableau 5.V : Comment faire face à l'obésité

Actions	
Reconnaissance	Développer la prise de conscience que l'obèse est victime de stigmatisation Développer la connaissance et la compréhension de la stigmatisation
Décodage	Repérer les contextes et les acteurs sociaux impliqués dans les processus de stigmatisation Se préparer aux effets de la stigmatisation ; Prévenir la stigmatisation
Réaction	Comment faire face immédiatement à des actions stigmatisantes Comment faire face, à long terme à des actions stigmatisantes
Réparation	Réparer les problèmes venant de la stigmatisation Redressement Restitution et compensation Transformations des actions et valeurs associées à la stigmatisation dans les conceptions du public

D'après Sobal, 1991a

Une analyse conduite sur le fichier des « *Human Relation Area Files* » par Brown et Konner (1987) met en évidence que 81 % des 58 cultures traditionnelles sur lesquelles on dispose de données relatives aux valeurs associées à la grosseur du corps, considère que l'idéal de beauté féminine est une beauté que l'on peut qualifier de « bien en chair » (*plumpness*). Dans de nombreuses cultures, la capacité de stocker des matières grasses est vue comme un signe de bonne santé, de vitalité et les individus présentant une forte adiposité y atteignent des positions sociales de pouvoir et de prestige.

Mais la figure du gros et sa valorisation varient dans le temps à l'intérieur des cultures occidentales. Pour l'Europe, l'aristocratie médiévale valorise une image de la femme mince, menue frêle, les seins petits dont les tableaux de Cranach sont exemplaires -au delà bien sûr des conventions de représentation qui varient d'une époque à l'autre (Hubert, 1997 ; Elias, 1939 ; Phan et Flandrin, 1984).

À partir de la Renaissance, le modèle d'esthétique corporelle se transforme, les « belles femmes » sont plus « enrobées ». La grosseur, l'embonpoint, voire l'obésité deviennent des signes de richesse et de succès. Ils attestent du détachement par rapport à la nécessité, et marque une position sociale. Vers 1930, en France, les premiers signes d'une transformation apparaissent, mais ce n'est que dans les années 50 que le modèle de minceur s'impose avec force et que l'on bascule de l'embonpoint au mal en point (Fischler, 1990). Dans des univers sociaux où les aliments sont rares, être gros et fort sont des qualités positives. Le modèle d'esthétique de minceur émerge au moment où se profile puis s'installe de façon durable l'abondance. La minceur devient alors le signe de succès de prospérité voire de richesse.

En contre point, le surpoids est alors regardé comme inesthétique, mais aussi comme moralement incorrect ; le gros étant celui qui mange plus que sa part. L'imagerie du gros est mobilisée pour dénoncer le « capitaliste » exploitant ses

ouvriers ou les pays du Nord sur-alimentés qui, à travers les organisations économiques coloniales ou post coloniales, affament les pays du Sud. La grosseur est dans cette perspective « moralement incorrecte », elle signifie l'égoïsme, atteste d'une perte de « self control ».

Cependant dans toutes les époques et ceci même lorsque le modèle dominant est plutôt l'embonpoint, les représentations sociales de l'obésité sont marquées par l'ambivalence. Il existe toujours une frontière, un volume au-delà duquel la figure positive de l'obésité se transforme et où le gros devient celui qui ne respecte plus les règles sociales, celui qui mange plus que sa part. « Il n'est pas exact de dire que dans les pays développés contemporains, on est purement et simplement passé d'un modèle corporel pro-obèse à un autre qui serait anti-obèse. En réalité, le seuil socialement défini de l'obésité s'est abaissé » (Fischler, 1990).

Développement de l'obésité et modernité alimentaire

Quelles que soient les méthodes de mesure de l'obésité le consensus se fait chez les spécialistes sur son développement à un rythme élevé. Les Etats-Unis ont le taux d'obèses le plus élevé. En France, si le rythme actuel de développement de l'obésité notamment de l'obésité de l'enfant se poursuit nous devrions atteindre le niveau actuel de l'Amérique du Nord dans une vingtaine d'années. Le sens commun, et l'idéologie médicale font de l'alimentation moderne la cause principale du développement de l'obésité. Cette question qui intéresse les sociologues français depuis plus d'une vingtaine d'années, a été centrale au moment de la naissance de la sociologie de l'alimentation (Fischler, 1979). Des explications de type évolutionniste, à l'échelle de la longue durée, ont été produites. Elles considèrent qu'une sélection génétique aurait pu se produire dans les sociétés où les aliments étaient rares. La capacité biologique à stocker dans le corps même des individus de l'énergie sous forme de tissu adipeux, très différente d'un individu à l'autre (Apfelbaum et Lepoutre, 1978), aurait pu être un facteur positif d'adaptation sur lequel la sélection génétique aurait porté. Dans les sociétés développées qui jouissent d'une situation d'abondance alimentaire, voire de surabondance, ce trait serait devenu contre adaptatif (Fischler, 1979).

Cependant, la vitesse avec laquelle l'obésité se développe, ou plus exactement l'accélération que connaît aujourd'hui son développement, demande de compléter cette perspective sur une échelle temporelle plus réduite. C'est ce que nous proposons de faire maintenant à l'aide du modèle de la transition épidémiologique en essayant de mesurer l'impact de l'alimentation.

Modèle de la transition épidémiologique

Ce modèle est une tentative d'explication du phénomène de « transition démographique » mis en évidence par les démographes et les historiens des

populations dont le représentant le plus connu est sans doute McKeown (1976). La transition démographique décrit une transformation structurelle des populations au cours de la croissance démographique. Plus précisément, le passage d'un contexte dans lequel les taux de mortalités sont très élevés, l'espérance de vie courte et l'équilibre démographique maintenu par une importante natalité, à un second stade dans lequel l'espérance de vie augmente fortement en même temps que les taux de mortalité se réduisent. Dans cette étape, qui est celle que nous connaissons aujourd'hui dans les pays développés, bien que les taux de natalité diminuent eux aussi, le solde reste largement positif et la population s'accroît. La phase dite « de transition », qui donne son nom au modèle, correspond à l'étape intermédiaire par laquelle s'opère le passage du premier stade au second. Ce modèle démographique rend compte de phénomènes qui se sont produits, de façon diversifiée et à des époques légèrement différentes, dans l'ensemble des pays développés (Chesnais, 86).

Pour expliquer les causes de la transition démographique, Abdel Omran a proposé le modèle de « la transition épidémiologique » qui analyse la transformation des causes de mortalités (tableau 5.VI). Aux trois stades du modèle de la transition démographique correspondent donc trois étapes de la transition épidémiologique. Dans le premier, baptisé « le temps des épidémies et des famines », les principales causes de mortalité sont les maladies infectieuses, de carence, et parasitaires. L'espérance de vie est basse et la mortalité infantile très élevée. Durant la seconde étape dénommée de « transition », ces premières causes de mortalité régressent, en même temps, qu'apparaissent des maladies de dégénérescence. L'espérance de vie s'élève. Enfin au cours de la troisième phase dite « d'installation des maladies de dégénératives » on constate une quasi-disparition de la mortalité infectieuse et les maladies létales deviennent la première cause de mortalité. L'espérance de vie augmente encore et la population se développe, notamment, par accroissement des tranches d'âge les plus élevées (Omran, 1971).

Le géographe de la santé Henri Picheral a proposé de compléter ce modèle par une quatrième phase qu'il nomme celle du « tassement des maladies chroniques » comme causes de mortalité. Elle correspondrait à un certain « apprivoisement » des maladies chroniques, à un apprentissage à vivre avec elles qui prolongerait l'espérance de vie (Picheral, 1989).

À son tour, le sociologue de la santé Marcel Druhle pense que l'apparition de nouvelles pathologies comme le sida, dont certaines caractéristiques sont totalement nouvelles, invite à reconsidérer le modèle de la transition épidémiologique en le « prolongeant par une cinquième phase celle des sociopathies ». En effet, si le sida est une infection virale, qui pour celui qui la subit est assez proche des épidémies classiques, le « mécanisme de sa propagation opère à partir d'un des ressorts cruciaux de la socialité : la rencontre sexuelle ». Cet auteur range également au titre des sociopathies les morts violentes qui constituent selon lui, dans le prolongement des travaux de Durkheim sur le

Tableau 5.VI : Les trois étapes de la transition épidémiologique et leurs prolongements

Étapes	Causes de mortalité	Espérance de vie et taux de mortalité
1 « Le temps des épidémies et des famines »	Maladies infectieuses ; Carences ; Maladies parasitaires	Espérance base +- 40 ans Mortalité infantile très élevée Mortalité élevée et soumise aux épidémies
2 La phase de « transition »	Régression des : Maladies infectieuses ; Carences ; Maladies parasitaires ; Apparition des maladies de dégénérescence	Gains d'espérance de vie +- 60 ; Baisse de la mortalité infantile
3 « Installation des maladies dégénératives »	Quasi-disparition de la mortalité par maladie infectieuse ; Installation et augmentation de la mortalité par maladies de dégénérescences	Allongement de l'espérance de vie + 70 ans
<i>Selon Omran</i>		
4 « L'approvisionnement des maladies dégénératives »	Tassement de la mortalité par maladies chroniques, entre 45 et 54 ans et régression entre 55 et 75 ans.	Allongement de l'espérance de vie
<i>Prolongement par Picheral</i>		
5 Les « sociopathies »	Suicides ; Morts violentes ; Sida	Développement de mortalité dans les tranches d'âge intermédiaires (15 – 25 ans pour le suicide et + de 40 pour le sida).

Prolongement par Drulhe

suicide, « l'indice d'un état de la socialité, dans sa double dimension de l'intégration et de la régulation ». Les sociopathies ne sont donc pas des formes de morbidité nouvelles, elles ont toujours existé, la syphilis par exemple, était dans son mode de transmission assez proche du sida. Mais tout se passe comme si, avec la relative maîtrise des autres formes de mortalités leur importance augmentait. « Lorsque les autres causes de mortalité se stabilisent et régressent, l'émergence des sociopathies devient forte, comme si, de phase en phase au cours du déroulement du cycle épidémiologique, la part du social dans la santé devenait plus visible »... Cette « cinquième phase souligne combien la dynamique de la socialité peut favoriser l'émergence et le développement de processus délétères » (Drulhe, 1996).

Rôles de l'alimentation dans la transition épidémiologique

Les causes supposées de la transition épidémiologique tant pour les épidémiologistes que les sociologues de la santé, tous plus ou moins adossés à la thèse de McKeown, sont de trois ordres.

- Les progrès agronomiques, que les auteurs situent pour l'Europe au XVII^e siècle, auraient permis d'assurer « à la ville comme à la campagne, une base alimentaire suffisante » ;
- L'organisation de la filière alimentaire, qui grâce au développement des transports et du commerce, aurait constitué une tentative raisonnée de redistribution alimentaire et contribué à l'amortissement des effets des crises locales de production ;
- Enfin, l'apparition et les progrès de la médecine expérimentale et « la naissance de la clinique » (Drulhe, 1996).

Les deux premières causes relèvent donc explicitement de l'alimentation et nous nous proposons d'en approfondir l'étude. Acceptons dans un premier temps cette grille de lecture et voyons comment les rôles de l'alimentation peuvent s'articuler au modèle de la transition épidémiologique et à ses prolongements proposés par Picheral et Drulhe (tableau 5.VII).

Plusieurs historiens de l'alimentation ont remis en cause cette lecture et considèrent qu'un certain nombre de données tendent à montrer que les transformations du XVII^e - XVIII^e siècles, en Europe, ne correspondent pas à une amélioration de la ration alimentaire, mais au contraire à son appauvrissement (Livi Bacci, 1987 ; Montanari, 1995 ; Aymard, 1997). En effet, si la quantité totale de nourriture disponible s'accroît considérablement résultant à la fois de l'acclimatation et de la mise en production de produits alimentaires venant du Nouveau Monde et des progrès agronomiques, le développement simultané de la population entraînerait au niveau de l'individu un appauvrissement qualitatif de la ration.

La transformation des modes de production agricole, le passage d'une polyculture de subsistance à une monoculture modifie les styles d'alimentation populaires. À la monoculture correspondrait une mono-alimentation, orientée vers une simplification progressive du registre du mangeable recentré sur la consommation de quelques produits de base, très souvent des céréales. Ces changements de mode de production auraient contribué à une réduction de la diversité alimentaire, à un appauvrissement qualitatif de la ration. Seraient ainsi apparues ou réapparues des maladies de carence, dont la pellagre, conséquence d'une mono-alimentation au maïs en Italie, constitue un exemple. La mono-alimentation aurait également accru la dépendance aux aléas climatiques et agronomiques déclenchant parfois des famines plus terribles encore comme celle que connue l'Irlande avec la pomme de terre. Le poids des protéines d'origine animale aurait lui aussi considérablement diminué au milieu du XVIII^e siècle (Montanari, 1995).

Pour Livi Bacci, l'auteur le plus radicalement opposé à la thèse de la transition épidémiologique, l'efficacité du rapport aliment - population se restreindrait aux seuls phénomènes de courte durée, c'est-à-dire aux crises aiguës de mortalité. Provoquées, en période de disette, parfois directement par la faim, plus souvent par l'apparition (dans un contexte marqué par la précarité de l'hygiène de l'environnement matériel et de la situation culturelle) de maladies

infectieuses épidémiques ou individuelles, ces crises ont des effets de grande importance sur l'évolution démographique, surtout si elles se répètent à brève échéance. Mais sur la moyenne et la longue durée les facteurs alimentaire et démographique semblent, pour lui, reprendre leur autonomie (Livi Bacci, 1987 ; Montanari 1995).

Tableau 5.VII : Rôles de l'alimentation dans la transition épidémiologique

Étapes	Causes de mortalité	Espérance de vie et taux de mortalité	Rôle de l'alimentation	Processus de différenciation sociale
1 « Le temps des épidémies et des famines »	Maladies infectieuses Carences Maladies parasitaires	Espérance base +- 40 ans Mortalité infantile très élevée Mortalité élevée et soumise aux épidémies	Aliments rares et incertains Dépendance écologique forte	Mise en scène de l'abondance comme processus de distinction sociale La délocalisation comme processus de distinction
2 La phase de transition	Régression des : Maladies infectieuses Carences Maladies parasitaires Apparition des maladies de dégénérescence	Gains d'espérance de vie +- 60 Baisse de la mortalité infantile	Progrès agronomiques qui augmente la disponibilité alimentaire Redistribution programmée	Esthétisation de l'alimentation du goût Différenciation qualitative régionale Le gros comme signe de position sociale
3 « Installation »	Quasi-disparition de la mortalité par maladie infectieuse Installation et augmentation de la mortalité par maladies de dégénérescences	Allongement de l'espérance de vie + 70 ans	Abondance alimentaire	Apparition de la minceur comme signe de distinction
4 « L'approvisionnement des maladies dégénératives »	Tassement entre 45 et 54 ans et régression entre 55 et 75 ans des maladies chroniques	Allongement de l'espérance de vie	Surabondance alimentaire, diffusion des connaissances nutritionnelles	Développement du modèle d'esthétique corporelle de minceur. Minceur = Santé
5 Les sociopathies	Développement des morts par suicides et morts violentes Sida Obésité	Ralentissement de la progression de l'espérance de vie	Surabondance alimentaire Anomie alimentaire « dérégulation »	Intensification de la pression du modèle d'esthétique corporelle de minceur Stigmatisation des obèses

Cette position mérite à son tour d'être discutée sur plusieurs points. Le premier est d'ordre méthodologique. La mise en évidence du paradoxe que constitue la simultanéité de la poussée démographique et de l'appauvrissement qualitatif

de la ration alimentaire repose sur des données dont les auteurs reconnaissent eux-mêmes le caractère incertain. Ce sont avant tout des statistiques urbaines, qui saisissent mal l'économie informelle. La « reconstruction » de ration alimentaire à partir de statistiques de production, d'abattage ou de mise en marché est très aléatoire dans les sociétés contemporaines où nous disposons pourtant d'organismes producteurs de statistiques sophistiquées (Lambert, 1992 et 1999b). L'exercice sur des données historiques se révèle encore plus périlleux.

Le second est d'ordre interprétatif. Si le passage d'un mode de production associant polyculture et économie de cueillette à un mode de production tendant vers la monoculture a pu s'accompagner d'une réduction du registre du mangeable (Poulain, 1984), il a aussi augmenté la quantité d'énergie produite à partir de la même surface cultivée, ce qui a permis d'accroître le nombre de bouches nourries et favorisé le développement de l'urbanisation.

Il est possible de sortir du paradoxe apparent entre poussée démographique et « appauvrissement de la ration alimentaire » non seulement par la disjonction entre courte durée et longue durée comme le propose Livi Bacci, mais en distinguant les besoins nutritionnels énergétiques et les besoins qualitatifs. En effet, les sciences de la nutrition ont montré la double dimension du besoin alimentaire ; besoin énergétique tout d'abord et besoin qualitatif en macro-nutriments. Si l'on admet une hiérarchisation de ces deux dimensions des besoins et la priorité de l'énergétique sur le qualitatif, on sort de cette contradiction. La monoculture céréalière a augmenté la disponibilité énergétique globale et permis la poussée démographique. Certes, la réduction de la diversité alimentaire a pu entretenir voire accroître les déséquilibres qualitatifs dans l'apport en macro-nutriment mais les effets négatifs de ceux-ci se faisant sentir avec des effets retard, l'organisme puisant en lui les ressources d'ajustement, ils n'auraient pas affectés le développement démographique.

Pour la phase quatre proposée par Picheral, l'information nutritionnelle, le développement des connaissances diététiques et leur diffusion ont pu participer de l'apprentissage et à la prévention des maladies dégénératives. Le cas de l'ostéoporose est sur ce point exemplaire. La diffusion de la connaissance du rôle du calcium et de la fonction préventive d'une consommation élevée d'aliments riches en calcium, phosphore et vitamine D, notamment pour les femmes, participe de cet « apprivoisement » (Poulain, 1998a). Le rôle possible des fibres sur les cancers du côlon pourrait également être cité.

L'obésité pourrait être rangée au titre des sociopathies caractéristiques de la phase cinq. Dans cette lecture, l'obésité serait la conséquence d'une série de transformations des pratiques alimentaires et de l'environnement social de l'alimentation. Ce que Claude Fischler nomme, dès 1979, la « gastro-anomie » pourrait être la cause du développement de l'obésité. « Pour que le modèle de la minceur puisse s'imposer au point d'influencer, de motiver, à l'exclusion de tout autre préoccupation, les comportements alimentaires individuels, il faut sans doute une condition supplémentaire, que n'aperçoivent

pas les thèses qui renvoient les troubles du comportement alimentaire exclusivement aux modèles véhiculés par la culture de masse. Il faut sans doute que l'encadrement social des conduites alimentaires soit affaibli (Fischler, 1990). Plus largement encore l'ensemble des craintes et peurs alimentaires contemporaines, depuis la vache folle jusqu'aux organismes génétiquement modifiés peuvent être lues comme des crises de confiances dans la filière alimentaire (Apfelbaum, 1998), comme des ruptures de consensus (Poulain, 2000).

On peut cependant reprocher à cette grille de lecture d'écraser les processus de différenciation sociale. L'apparition au vingtième siècle, en « phase 5 », en pleine situation de pléthore alimentaire, de maladies de carence liées à la fois aux transformations des aliments dans les traitements agro-industriels (Expertise collective INSERM 1999) et à l'apparition d'une nouvelle pauvreté en est un bon exemple (Chiva et Roux, 1997 ; Poulain, 1998).

Modernité alimentaire : est-ce un facteur de risque ?

On admet assez facilement dans les milieux médicaux et dans la presse spécialisée l'idée que les transformations de l'alimentation dans les sociétés industrielles développées pourraient être la cause du développement de l'obésité. On regroupe généralement les dites transformations sous l'expression à forte connotation négative de « déstructuration de l'alimentation moderne ». Transformation de la composition des repas, montée du grignotage, repas sautés, progression de la consommation de produits sucrés, de la « junk food »... en seraient les caractéristiques principales.

La thèse de la modernité alimentaire a été l'objet au sein de la sociologie et de l'anthropologie de l'alimentation d'un vif débat. Il a d'abord porté sur l'objectivation du phénomène. Pour les uns (Fischler, 1979 et 1990 ; Corbeau, 1992, 1994, 1995 ; Rivière, 1995), suivant une tendance déjà à l'œuvre dans la société nord américaine, les pratiques alimentaires des français se transformaient et certains ont tenté de poser clairement les dimensions de ces mutations : fractionnement de la prise alimentaire, montée du grignotage et déritualisation des repas, désynchronisation sociale (Herpin, 1988). Pour d'autres (Grignon et Grignon, 1980 ; Grignon, 1993 ; Aymar et coll., 1993), la déstructuration de l'alimentation des français relèverait de la rumeur plus ou moins orchestrée par quelques groupes de pressions industriels cherchant à légitimer la mise sur le marché de produits alimentaires de grignotage.

Une grande partie du différend tient aux techniques de collecte de données utilisées. Les études travaillant à partir de comportements observés mettent nettement en évidence une simplification des formes de repas et une relative importance de l'alimentation hors repas pour la population active française (Poulain et coll., 1996 ; Poulain, 1997a, 1997b et 1998b) et pour la population hospitalisée (Poulain et coll., 1999b). Ces mêmes travaux font apparaître un fort décalage entre les normes sociales de repas (ce qu'un individu considère comme un vrai repas) et les pratiques effectivement mises en œuvre (Poulain,

1998b), mais aussi entre pratiques déclarées et les pratiques réelles, les premières restituant largement la norme du repas ternaire (entrée, plat garni, dessert) et l'interdit du grignotage. Ceci explique que ces mutations échappent en partie aux enquêtes utilisant uniquement des méthodes déclaratives et que le phénomène s'accroît encore lorsque les questionnaires sont auto-administrés.

Nous retrouvons à l'échelle sociologique un problème central de la recherche en épidémiologie de l'obésité : la sous-déclaration des prises alimentaires. En effet, les spécialistes de l'obésité constatent le manque apparent de relation entre les ingesta alimentaires et le poids tant chez les adultes que chez les enfants et ceci même dans les situations où l'activité physique est contrôlée (Perusse et coll., 1984 ; Rolland-Cachera et Bellisle, 1986). L'explication de cette situation pourrait être d'ordre méthodologique et venir de la sous-déclaration par les obèses de leur prise alimentaires notamment de leurs prises extra-prandiales (Romon, 1998, Desjeux, 1996a).

Des recherches ont été entreprises pour améliorer les techniques de collecte de données (Etude Suvimax ; Crédoc ; Lambert, 1992), mais beaucoup reste encore à faire. Des perspectives fructueuses apparaissent dans la collaboration entre épidémiologistes de la nutrition, sociologues, anthropologues et psychologues... (Romon, 1999)

La simplification des repas des français se caractérise d'une part par la suppression des éléments périphériques au plat garni, le plus souvent les entrées, réduisant ainsi les apports en crudités et fruits, au profit de prises alimentaires hors repas, qui dans l'état de l'offre agro-alimentaire contemporaine, sont la plupart du temps des produits de biscuiterie (barres céréalières, confiseries...). Au regard des conséquences qualitatives sur l'apport nutritionnel de ces mutations, certains nutritionnistes - ou les médias qui les relayent - sont tentés de condamner les « nouvelles pratiques alimentaires », et de les décoder comme la dégradation d'un « ordre alimentaire » initial. Le discours se déployant alors sur la nécessité de restaurer les bonnes habitudes - 3 repas structurés par jour et pas de prise alimentaire entre les repas - ou de « rééduquer le mangeur moderne ». Cette attitude oublie que les repas et plus largement les prises alimentaires, ne sont pas seulement des décisions individuelles, mais aussi le résultat d'une série de situations et de contraintes sociales. La forme des prises alimentaires (structure des repas et nombre de prises journalières) est une mise en scène concrète de valeurs sociales et varie considérablement à la fois d'une culture à l'autre et dans le temps à l'intérieur d'une même culture (Poullain et Neirinck, 1988).

Ce discours rencontre dans les médias et le corps social un écho attentif. Son « efficacité » sociale tient à sa fonction désangoissante qui s'articule sur la réduction apparente de la contradiction entre, d'une part, l'attachement à l'appareil normatif traditionnel (une très forte majorité de personnes qui pensent que grignoter n'est pas bon pour la santé et qu'un vrai repas est un repas ternaire), d'autre part l'incrédulité dans la capacité de cet appareil de permettre l'équilibre alimentaire et enfin l'appel à la science pour légitimer la

recherche de l'équilibre (Poulain, 1998b). Ce discours répond à une demande naïve du corps social que l'on pourrait formuler en ces termes « *Monsieur le nutritionniste, dites nous que la science recommande de manger comme avant* ».

L'étayage scientifique de telles prescriptions est souvent mal assuré ; les expérimentations - quand il y en a - étant toujours plus ou moins ethnocentrées et insérées dans des conceptions fixistes de l'histoire de l'alimentation. De plus, le succès social de telles positions bloque souvent le nécessaire débat scientifique.

L'origine des éventuels déséquilibres qualitatifs de l'alimentation contemporaine des français réside-t-elle dans la simplification des repas et le fractionnement de la prise alimentaire ou dans la nature des aliments consommés ? Des études nutritionnelles pluridisciplinaires entre des cultures à prises alimentaires massées et dispersées, permettront l'approfondissement de cette question.

Mais, la modernité alimentaire se caractérise également par une transformation du processus de décision. Le développement dans la restauration collective (que ce soit à l'école primaire, au collège, au lycée, à l'université, dans les milieux professionnels) de système à offre multiple (self-service, scramble...) élargit l'espace décisionnel des mangeurs. Devant un comptoir de self service un jeune collégien de 6^{ème} doit choisir entre une série de hors d'œuvre, de plats garnis, de desserts qui ne sont pas du tout équivalents sur le plan nutritionnel. Si la restauration collective n'est pas en soit un phénomène nouveau et sa croissance est relativement lente, le développement des formules à offre multiple est par contre extrêmement fort tant dans le secteur de la restauration du travail que dans le domaine scolaire. Elle est vécue par un grand nombre d'acteurs, parents, ayant-droit, gestionnaires... comme un progrès parce que plus respectueuse des goûts individuels.

Dans le contexte familial ou les anciennes « cantines », le mangeur, surtout lorsqu'il est un enfant ou un homme, ne décide que peu de choses de son alimentation. La composition des menus et le choix des plats sont réalisés par l'épouse ou le gestionnaire du restaurant de collectivité, la décision du mangeur se réduisant à une variation de la quantité ou plus rarement à manger ou ne pas manger. Même lorsque les repas sont pris dans l'univers familial, l'alimentation moderne est dans certains groupes sociaux l'objet d'une individualisation. Dans un même repas pris en commun, il n'est pas rare de trouver des plats spécifiques pour la mère, pour le père, les enfants etc.

La modernité alimentaire se caractérise donc par une transformation des contrôles sociaux pesants sur l'alimentation, une baisse de la « télé régulation » alimentaire, mais parallèlement l'espace de liberté ainsi dégagé génère de l'anxiété. « C'est dans la brèche de l'anomie que prolifèrent les pressions multiples et contradictoires qui s'exercent sur le mangeur moderne : publicité, suggestions et prescriptions diverses, et surtout de plus en plus, avertissements médicaux. La liberté anomique est aussi un tiraillement anxieux, et cette

anxiété surdétermine à son tour les conditions alimentaires aberrantes » (Fischler, 1979, p. 206).

La relecture du concept d'anomie réalisée par Reynaud (1995) en termes de perte de légitimité des normes permet une ré-interprétation de la gastro-anomie. Le mangeur moderne est soumis à un foisonnement de discours contradictoires sur le mode du « il faut ». La modernité se caractériserait non seulement par une crise de l'appareil normatif mais surtout par l'inflation d'injonctions contradictoires. La multiplication des discours hygiéniste, esthétiques, identitaires, et les modes qui les traversent, participent à ce que Fischler désigne comme une « cacophonie alimentaire » (Fischler, 1993 et 1996b).

La modernité alimentaire se caractériserait donc non par une absence de règles sociales - sens strict de l'anomie - mais plutôt, par une surabondance de normes, d'injonctions plus ou moins contradictoires, un « trop plein » et surtout une perte de légitimité de l'appareil normatif traditionnel. Cette situation anomique serait la conséquence à la fois d'une série de mutations sociales et de transformations de la filière alimentaire, avec notamment le développement de l'alimentation hors domicile, qui s'accompagne d'une augmentation de l'espace décisionnel de l'individu.

L'obésité est-elle une construction sociale ?

Du point de vue d'une « sociologie de l'obésité », cet état est vu comme un problème réel, à cause soit des risques qu'il présente pour la santé (morbidity et mortalité), soit des risques sociaux de stigmatisation qui l'accompagnent. Le point de vue de la sociologie sur l'obésité remarque quant à lui que la stigmatisation résulte de la définition de l'obésité comme « anormale ». Il ne se pose pas la question de savoir s'il y a un « problème de l'obésité », mais s'intéresse au processus de transformation des représentations et aux différentes interactions sociales qui l'accompagnent et contribuent à l'étiquetage de l'obésité comme « déviante ».

Nous avons vu que sur ce point toutes les cultures n'avaient pas la même lecture et qu'à l'intérieur même des cultures occidentales, les fortes corpulences avaient été, en d'autres temps, plus valorisées qu'elles ne le sont aujourd'hui. Pour passer d'un regard positif, ou relativement positif, à la condamnation, il a donc fallu que, dans les sociétés développées et ceci à l'échelle de la société tout entière, un certain nombre d'individus réussissent à persuader les autres que cette situation était vraiment problématique (Germov et Williams, 1996). L'obésité posée comme « anormale », comme « déviance » par rapport à la norme est donc, dans cette perspective, une construction sociale, dont il convient de suivre les étapes.

Dans un premier temps l'obésité a d'abord été posée comme un problème morale. Claude Fischler a montré qu'une frontière entre le « trop gros », celui

qui mange plus que sa part, ou celui qui ne se contrôle pas et le « bon gros », le bon vivant sympathique, a toujours plus ou moins existé dans la culture occidentale (Fischler, 1990). Durant le vingtième siècle la frontière s'est simplement déplacée vers le bas, le modèle d'esthétique de minceur se posant en idéal. C'est donc la dimension moralement incorrecte de l'obésité qui a d'abord été accentuée, exacerbée. L'obèse était condamné comme un glouton asocial, incapable de maîtriser ses appétits, non seulement gros mais aussi « moralement grossier » (tableau 5.VIII).

Tableau 5.VIII : Moralisation, médicalisation et démedicalisation de l'obésité

L'obésité comme problème moral	L'obésité comme problème médical	L'obésité comme problème social
L'obésité est la conséquence d'une attitude morale négative, L'obèse est un glouton, il ne se contrôle pas, Il mange la part des autres....	L'obésité est une maladie ou Un facteur de risque	Disjonction entre les phénomènes de stigmatisation des obèses et l'obésité comme facteur de risque

Puis, dans une seconde étape l'obésité s'est peu à peu médicalisée. C'est-à-dire que les raisons pour lesquelles elle a été vue comme anormale ont changé. On est passé de la condamnation morale à la lutte contre l'obésité au nom des risques médicaux que courent les obèses eux mêmes. La médicalisation peut être considérée comme une tentative de sortir l'obésité d'une lecture moralisatrice (Conrad et Schneider, 1992). Cependant, tant que l'on n'aura pas répondu en des termes scientifiquement clairs à la question, qui servait de titre il y a quelque temps déjà, à un article de synthèse de deux grands spécialistes de la question « Obésité état ou maladie ? », la médicalisation de l'obésité risque de participer à la légitimation de phénomène de stigmatisation (Van Italie et Simopoulos, 1982).

Médicalisation de l'obésité

Etudions, tout d'abord, le développement du processus de médicalisation avant d'en analyser les limites et les paradoxes. Conrad a défini la « médicalisation » comme un processus par lequel des problèmes non médicaux sont définis et traités comme médicaux, en termes de maladie et de dysfonctionnement (Conrad, 1992). La médicalisation de l'obésité substitue aux causes morales de dévalorisation du surpoids des raisons médicales. Les risques que l'obésité et le surpoids font courir pour la santé viennent justifier la lutte contre l'obésité. La médicalisation peut apparaître comme un progrès puisqu'elle libère l'obèse du poids du regard moralisateur pour faire de lui « un malade », ou plutôt quelqu'un qui a de grandes chances de le devenir, et que l'on doit donc aider et soigner.

Comment cette idée s'est-elle propagée dans le corps médical tout d'abord, puis dans la société toute entière, jusqu'à devenir aujourd'hui presque une évidence pour le grand public ? Sobal retrace les grandes étapes de la médicalisation de l'obésité aux États-Unis (Sobal, 1995). En 1966, se crée l'Association pour l'étude de l'obésité (*Association for the Studies of Obesity*) première société savante qui regroupe des chercheurs ou des sous-groupes d'associations scientifiques de 15 pays occidentaux. Dans la foulée, plusieurs revues scientifiques, à comité de lecture, spécialisées sur l'obésité, voient le jour : *International journal of obesity*, *Obesity research* et *Obesity and metabolism*. Le premier congrès international a lieu en 1974, et a pour objectif de promouvoir l'idée auprès des autres membres de la profession médicale que l'obésité est un problème médical « sérieux ». Onze ans plus tard, l'Institut National de la Santé (*National Institute of Health*) organise une conférence de consensus à l'issue de laquelle le groupe d'expert déclare : « Ces dernières années l'obésité est devenue un problème de santé publique d'une importance considérable aux États-Unis » (NIH, 1985).

La chirurgie, la pharmacie, la psychiatrie et la psychologie, depuis les méthodes issues de la psychologie comportementale jusqu'à la psychanalyse, vont s'intéresser au traitement de l'obésité. La suprême reconnaissance médicale arrive en 1990, lorsqu'elle entre dans la nosographie « officielle » (*international classifications of diseases*) et devient une véritable maladie (ICD-9-CM, 1990).

En 1997, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) réunit un groupe d'experts et lui commande un rapport au titre choc « Obésité : prévention et gestion de l'épidémie globale », dans lequel on peut lire : « La fréquence actuelle du surpoids et de l'obésité est telle qu'ils remplacent progressivement les problèmes plus traditionnels de santé publique, comme la malnutrition et les maladies infectieuses, parmi les facteurs les plus significatifs d'altération de l'état de santé » (WHO, 1998).

En 1995, un comité d'experts de l'OMS a donné une définition internationale de l'obésité de l'adulte. Ce n'est qu'en 2000, qu'un groupe de travail - composé de l'*International Obesity Task Force* (IOTF) et du *Childhood Obesity Working Group* - réuni sous l'égide de l'Organisation Mondiale de la Santé élabore une définition internationale de l'obésité chez l'enfant (Cole et coll., 2000).

Bien que légèrement plus tardive et partiellement dépendante du mouvement américain, la médicalisation de l'obésité s'est opérée, en France, selon un mécanisme à peu près similaire. En 1997, suivant les conseils de l'OMS qui préconisait la mise en place de recommandations nationales, l'Association française d'études et de recherches sur l'obésité (AFERO), la Société de nutrition et de diététique de langue française (SNDLF) et l'Association de langue française pour l'étude du diabète et des maladies métaboliques (ALFE-DIAM) confient à trois experts français la charge de rédiger des « Recommandations pour le diagnostic, la prévention et le traitement de l'obésité ». La méthodologie utilisée pour l'élaboration de ce document prévoit la validation

par un large panel de près de 120 spécialistes de disciplines diverses. Il constitue donc un véritable consensus scientifique. Edité en français et en anglais dans plusieurs revues scientifiques, ce travail a reçu le label très légitimant de l'ANAES (Basdevant et coll., 1998) et connaît une très large diffusion tant dans la presse médicale que grand public.

En septembre 1998, se déroule à Paris le 8^{ème} Congrès international sur l'obésité, au moment même où les recommandations françaises sont publiées et où le laboratoire Roche lance une nouvelle molécule destinée au traitement de l'obésité : l'orlistat. La conjonction de ces trois événements amène l'obésité sur le devant de la scène médiatique et contribue à la promotion de sa médicalisation. Sur fond de crise alimentaire, l'obésité se pose en maladie des sociétés modernes.

Paradoxes de la médicalisation de l'obésité

Cependant, parce que les connaissances scientifiques sont encore fragiles et les niveaux de preuve assez bas, la disjonction entre la lecture moralisatrice et médicale de l'obésité, qu'appellent pourtant de leurs vœux les spécialistes de l'obésité médicale, est encore très incomplète.

L'IMC un bon outil de communication pour les chercheurs, mais...

Si l'on adopte le point de vue de la sociologie sur l'obésité, le premier problème tient dans la définition même de l'obésité. Il y a quelques temps déjà, Sobal et Stunkart avaient avancé l'idée que la trop grande diversité des méthodes de mesure de l'obésité (poids idéal selon la taille, calcul de l'IMC, mesures de plis cutanés, rapports des mensurations taille sur hanches, positionnement du poids sur une population de référence....) constituaient le principal obstacle à la réalisation de méta-analyses (Sobal et Stunkart, 1989). Il était donc urgent de promouvoir une méthode unique permettant de faire des comparaisons. Cependant, si le choix récemment réalisé sous l'égide de l'OMS, par une commission internationale d'experts, de l'IMC descripteurs international de l'obésité, est incontestablement un progrès pour la communication entre les chercheurs, il présente des inconvénients que l'on ne saurait sous-estimer.

A l'échelle de la planète, tous les hommes n'ont pas le même type physique. Et bien qu'en exposé liminaire les spécialistes de l'obésité précisent souvent que l'IMC n'est valide que pour (selon leur expression) les « caucasiens », les tendances à la généralisation reprennent souvent le pas - sinon toujours - et nombreuses sont les études qui l'utilisent avec son échelle d'interprétation pour des populations d'autres types physiques. Le mythe de l'homme moyen qui supporte de tels usages a pour conséquence d'écraser les variations anthropologiques qui constituent l'objet même de l'anthropologie (Hubert, 1997). Il convient donc de bien mesurer les limites de validité de telles données et les conséquences d'un tel choix.

La courbe de mortalité cardiovasculaire et/ou effets confondants ?

Les arguments scientifiques les plus forts qui étayent la médicalisation de l'obésité sont la mise en évidence par l'épidémiologie de liens statistiques entre obésité et morbidité et surtout entre obésité et mortalité cardiovasculaire. Ce dernier lien prend la forme d'une courbe en U pour les femmes et en J pour les hommes. C'est-à-dire que la mortalité augmente à la fois avec des indices de masse corporelle bas (maigreur) et élevés (surpoids). Il y aurait donc une fourchette de valeur de l'IMC comprise entre 18,5 et 25 que l'on pourrait qualifier d'idéale, du point de vue médical, celle où les risques de santé sont les plus faibles.

Cependant, l'état des connaissances ne permet pas encore de bien faire la part de ce que les épidémiologistes désignent comme des « facteurs confondants », c'est-à-dire des facteurs associés susceptibles d'agir simultanément ou peut être même à la place de la maigreur ou de l'obésité comme : le tabagisme, l'alcoolisme, la sédentarité... Le sociologue pourrait en rajouter un autre la précarité. On remarquera que l'obésité touche massivement les femmes du bas de l'échelle sociale et est en fort développement pour les hommes de ces mêmes groupes sociaux. Or ces catégories présentent par ailleurs les taux de mortalité les plus importants de l'échelle sociale et la sociologie de la santé a montré qu'une part de l'explication de cette surmortalité avait pour cause la très grande différence d'accessibilité aux soins (Drulhe, 1996). Dans la surmortalité des obèses quelle est donc la part qui revient à l'obésité, elle-même et celle qui est imputable au manque de soins ?...

Par ailleurs, si la perte de poids a des effets positifs immédiats sur certaines pathologies associées à l'obésité, comme le diabète, la démonstration n'a, pour le moment, pas été faite que faire perdre du poids inverse la probabilité de mortalité.

Enfin la difficulté la plus importante tient dans le fait que les différents traitements visant la perte de poids et surtout les multiples formes de régimes (restriction cognitive) ont des succès très relatifs sur le court terme et nettement mauvais sur le moyen terme (5 ans). A travers et au-delà des modes et des concepts successifs, les résultats à long terme des thérapeutiques de l'obésité restent « maigres » et décevants (Ostermann, 1997, Apfeldorfer, 2000).

La frontière entre trop gros et bien portant variant dans le temps et dans l'espace, on peut interpréter le développement de la médicalisation du surpoids et de sa désignation comme pathologie comme une nouvelle forme de contrôle social qui viendrait relayer la perte de prestige des institutions morales traditionnelles ou comme les avatars d'un processus de différenciation sociale au service des élites sur une logique plus ou moins proche de la distinction bourdieusienne (Bourdieu, 1979).

Dangers d'un discours de santé publique sur la perte de poids

L'obésité est-elle une pandémie ?

Se fondant sur les taux de développement de l'obésité, notamment de l'obésité de l'enfant certains spécialistes sont tentés de voir les signes précurseurs d'une pandémie. Cette analyse s'articule sur un raisonnement qui associe sur un même continuum surpoids et obésité. Le transfert des connaissances acquises sur l'obésité sévère est-il légitime sur la population en simple « surpoids ». Si les connaissances médicales actuelles démontrent que l'obésité est un facteur de risque pour un certain nombre de pathologies, elles ne sont pas aussi claires pour les sujets simplement en surpoids.

Si certaines études tendent à montrer que la fonction qui relie la mortalité à l'IMC prend la forme d'une courbe en J, la preuve n'a pas été faite que si l'on fait maigrir des individus en surpoids, on améliore leur espérance de vie. Par ailleurs, même si cela s'avérait réel, les méthodes d'amaigrissement actuelles sont-elles bonnes ? Harvey Levenstein dans une étude des modes alimentaires américaines au XXe siècle et des politiques qu'elles ont inspiré a montré qu'à la lumière des connaissances actuelles, il est heureux que les programmes mis en place aient été des échecs (Levenstein, 1993 et 1996). Les connaissances acquises aujourd'hui, tant sur les risques que fait courir l'obésité que sur les modalités de changer les habitudes alimentaires sont-elles suffisamment solides pour justifier un interventionnisme ?

Le risque est de passer de la lutte contre l'obésité, à la lutte contre le surpoids et de voir le discours médical venir légitimer une recherche obsessionnelle de la perte de poids. Les motivations affichées par les femmes en restriction cognitive ne sont pas des motivations de santé, mais esthétiques (McKie et coll., 1993), *sex appeal* (Charles et Kerr, 1988), ou plus généralement de « se sentir mieux » (Basdevant, 1998). La prévalence des restrictions caloriques volontaires est importante en France, de plus de 52 % chez les femmes (Basdevant, 1998). Et pour un grand nombre d'entre elles en Occident « être au régime » et cela quels que soient leurs poids réels, fait partie du statut normal de femme. Pour les adolescentes « suivre un régime restrictif » est souvent vécu comme un signe positif de maturité.

Or non seulement le taux d'échec des régimes restrictifs (sans même parler des régimes fantaisistes) est très élevé, mais encore la restriction cognitive chez les sujets normaux pourrait être la cause de problèmes de santé (prise de poids en yoyo, compulsions compensatoires...). Une surmédicalisation de l'alimentation contemporaine risque de donner des justifications d'apparence scientifiques à de telles pratiques. Germov et Williams, dans un article, provocateur pensent que si épidémie (ou pandémie) il y a, c'est plutôt une « épidémie de mise au régime ». Et que celle-ci pourrait bien être impliquée dans le développement de l'obésité.

Certains nutritionnistes suggèrent même qu'il pourrait y avoir plus de risque encore à promouvoir la restriction cognitive et l'enchaînement des cycles de

perte de poids et de reprise qui généralement l'accompagne (Lester, 1994 ; Basdevant, 1997). C'est ainsi que le *New England Journal of Medicine* n'hésitait pas à publier un éditorial dans lequel on peut lire : « Tant que nous n'aurons pas de meilleures données sur les risques de l'excès de poids et les avantages et inconvénients de tenter de perdre du poids, nous devons nous souvenir que le traitement de l'obésité peut être pire que la maladie » (Stevens et coll., 1998).

A qui sert la médicalisation de l'obésité ?

L'obésité et ses complications représente un marché considérable, que les économistes de la santé estiment à 7 à 8 % des dépenses de santé aux Etats-Unis et entre 2 à 4 %, en France. Le lancement de nouvelles molécules ouvre des perspectives de chiffre d'affaire de plusieurs milliards de francs annuels, alors même que ces médicaments sont, dans les conditions actuelles, à la charge des patients. Face à ces enjeux, les industriels concernés ont intérêt au développement de la médicalisation de l'obésité et soutiennent largement, tout à la fois la recherche, sa médiatisation et la communication autour de l'obésité.

Mais derrière la médicalisation de l'obésité que l'on peut qualifier de scientifique, c'est-à-dire contrôlée par le système des procédures sophistiquées qui accompagnent la conception, la validation et la mise en marché d'un médicament se profilent d'autres intérêts. Ceux de l'industrie florissante de la perte de poids : promoteur de régimes divers plus ou moins fantaisistes, vendeurs de pilules miracles..., qui tournent autour de l'obésité, et bénéficient de son étiquetage en maladie. Nous ne résistons pas à reprendre quelques lignes d'une tribune « aigre douce » de Gérard Debry, un des grands spécialistes français de la nutrition humaine, paru dans les Cahiers de Nutrition et de Diététique, au moment de la publication des « recommandations ».

« Lors d'un récent consensus, les médecins viennent de déclarer que l'obésité est une épidémie. Ils ont certes raison car cette affection est de plus en plus fréquente. Et pourtant la corporation des profiteurs de l'obésité va se réjouir : Ainsi diverses activités vont participer à la croissance économique de notre pays ! Nous pourrions développer nos nombreux produits dont, bien sûr, nous ne précisons pas la composition tels que par exemple les herbes exotiques, les tisanes de multiples origines, les pilules qui captent les graisses, etc... Mais aussi les clips d'oreilles qui règlent le métabolisme, les divers types d'acupressures associés ou non à des régime dissociés, pauvres en glucides et surtout aux diètes protéiques pour lesquelles nous vendons nos préparations. Ils sont en grande faveur actuellement et vont se développer avec certaines protéines végétales encore secrètes ce qui ajoute à leur intérêt.

N'oublions pas nos plans d'alimentation programmée, les traitements physiothérapeutiques divers qui doivent toujours être associés à nos régimes ce qui fait que nous gagnerons sur les deux tableaux. Continuons la vente par

correspondance ou la vente directe dans les cabinet d'esthétique et de restructuration corporelle ainsi que les stations thermales... La publicité dans les salles d'attentes en prenant un rendez-vous de consultation ou en s'éclipsant peu avant l'examen médical est aussi utilisable... »

Voilà ce que j'écrirais, si j'étais un des responsables de cette « noble corporation » (Debry, 1999).

Sa conclusion est un rappel à la déontologie médicale : « Je pense que l'obésité est une maladie et que toutes les techniques, les produits diététiques et les médicaments destinés à la traiter doivent prouver scientifiquement leur efficacité et leur innocuité... » (Debry, 1999).

Perspectives de recherche et lutte contre la stigmatisation

Ainsi, les faiblesses du niveau de preuve et d'argumentation scientifique font que trop souvent s'entremêlent dans le discours médicalisé sur l'obésité surtout chez les non spécialistes – médecins généralistes et diététiciens - connaissances scientifiques et représentations morales. La communauté médicale doit être consciente du rôle de « grand stigmatisateur » qu'elle risque de jouer et en percevoir les conséquences (Sobal, 1995). L'inconvénient le plus grave de la médicalisation est de donner une forme de légitimité scientifique à la stigmatisation des obèses et de les enfermer dans un nouveau ghetto diétético-psychologique. Au point que certains sociologues militent explicitement, aujourd'hui, pour une démedicalisation de l'obésité (Sobal, 1995 ; Maurer et Sobal, 1995 ; Germov et Williams, 1996).

Alors, faut-t-il démedicaliser l'obésité ? La bonne question est sans doute plus complexe et passe par la disjonction entre obésité et surpoids d'une part et dimension médicale et sociale du problème de l'obésité.

Sur le premier point, les principaux chercheurs français commencent à s'exprimer clairement. « Notre objectif, précisait Bernard Guy-Grand, dans une interview du Quotidien du médecin, est de convaincre qu'il s'agit d'un problème de santé publique plutôt que de véhiculer sans arrêt l'idée qu'il faut combattre les kilos. En effet, ce message, uniquement centré sur la guerre aux kilos et la quête éperdue de la minceur, a pour conséquences d'occulter la dimension médicale du problème » (Guy-Grand et Gozlan, 1998). Arnaud Basdevant, l'un des auteurs des recommandations françaises, est encore plus net : « La majorité des personnes ayant recours aux traitements de l'obésité ne sont pas obèses et la majorité de celles qui présentent une obésité morbide ne sont pas prises en charge. Il y a donc tout à la fois surmedicalisation et sous médicalisation : on passe de la cosmétologie à la non-assistance. En fait, la prévention de l'obésité doit être démedicalisée. La prévention relève de la promotion de la santé, de la politique de la ville, de la formation des jeunes consommateurs... » (Basdevant et Benkimoun, 1999).

88 L'épidémiologie et la nutrition humaine doivent donc poursuivre leurs recherches pour, non seulement, mesurer plus finement les liens entre obésité,

morbidité et mortalité, mais également, vérifier expérimentalement que la perte de poids inverse bien la nature de ces liens. Dans l'attente de ce type de travaux, la prudence s'impose donc.

Pour démedicaliser la prévention de l'obésité, il est nécessaire de déconstruire les hypothèses implicites sur lesquelles sont basées les campagnes nutritionnelles. Les projets d'intervention dans les systèmes alimentaires justifient la question posée de façon récurrente par le corps médical aux spécialistes des sciences humaines et sociales de l'alimentation : « Comment changer les habitudes alimentaires ? ». Cette question s'articule sur plusieurs postulats et peut être reformulée ainsi : une population donnée a un ensemble fixe d'habitudes dont certaines sont mauvaises et l'on souhaite les transformer en un nouvel ensemble fixe de pratiques conformes aux règles scientifiques de la nutrition. Elle repose sur plusieurs présupposés qui ne sont pas véritablement vérifiés :

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

Voilà l'exemple type de question mal posée. Il faut passer de la question « Comment changer les habitudes alimentaires ? » à « Quelle est la nature du comportement alimentaire ? » pour déboucher enfin sur une nouvelle question « Comment favoriser le développement de pratiques appropriées à des individus donnés, dans une société et à un moment donné ? » (Mead et Guth, 1945).

Les décisions alimentaires ne sont ni des décisions individuelles, ni des décisions rationnelles. Bien que l'on puisse constater une plus grande individualisation de la décision alimentaire (ou plus exactement une transformation des formes de socialisation alimentaire) dans les sociétés développées, l'acte alimentaire n'est pas un acte individuel. La conception implicite de ce que l'on peut appeler une idéologie plus ou moins psychologisante du régime postule un « mangeur libre » de ces choix et rationnel dans ses décisions. Or on sait que ni l'accumulation ni même la compréhension des connaissances nutritionnelles ne change nécessairement les habitudes alimentaires des individus (Duff, 1990, Hollis et coll., 1986, Poulain, 1998a). Il convient de faire attention de ne pas propager des messages qui risquent d'avoir des effets non désirés.

Dans le contexte actuel des connaissances de l'acte alimentaire Germov et Williams (1996) proposent un moratoire pour arrêter toutes actions d'intervention en attendant les résultats de certains programmes de recherches interdisciplinaires cherchant à mieux comprendre les modalités de la décision alimentaire, comme celui (*the Nation's diet program*) conduit en Angleterre par Anne Murckott (1998).

On peut aussi pointer ce paradoxe américain qui est que le taux d'obésité le plus important se rencontre dans une société ou la vulgate de la culture nutritionnelle est aussi la plus diffusée (Rozin et coll., 1999). L'interprétation

sociologique de ce qu'il est convenu désormais d'appeler le « *french paradox* » pourrait être de voir dans la vivacité des dimensions culturelles et surtout hédoniques de l'alimentation française une des causes de certains liens étonnement bas entre consommation alimentaire et morbidité. L'acte alimentaire et les goûts sont soumis à de très fortes déterminations sociales et les modalités cognitives de construction des choix sont multiples (rationalité en valeur, en finalité, représentations symboliques...) (Lalhou, 1998 ; Desjeux, 1996 ; Fischler, 1993 et 1996a ; Rozin et coll., 1999). Un champ de recherche nouveau s'ouvre, à l'interface des sciences de la nutrition et de la socio-anthropologie de l'alimentation, dont l'objet est de comprendre la complexité des décisions alimentaires.

En conclusion, en attendant les progrès de l'épidémiologie, de la thérapeutique de l'obésité et des recherches pluridisciplinaires sur la nutrition humaine, la lutte contre sa stigmatisation se pose en priorité. Elle se justifie non seulement au nom de la reconnaissance des droits fondamentaux de l'individu mais aussi parce qu'elle est de nature à briser le cercle infernal dans lequel s'enferment certains obèses : stigmatisation \Rightarrow perte d'estime de soi \Rightarrow prises alimentaires de compensation \Rightarrow entretien ou développement de l'obésité.

La reconnaissance de la dimension socialement construite de l'obésité doit permettre de distinguer ce qui relève du médical et la stigmatisation des obèses qui résulte d'une transformation des systèmes de valeurs.

BIBLIOGRAPHIE

- AIMEZ P, GUY-GRAND B, LE BARZIC M, BOUR H. Contrôle du comportement alimentaire. Rôle de l'environnement dans l'obésité humaine. *Revue du praticien* 1972, 22 : 805-821
- ALLON N. The stigma of overweight in everyday life. In : *Psychological aspect of obesity : a handbook*, WOLMAN B, Eds. Van Nostrand Reinhold, New York, 1981 : 130-174
- APFELBAUM M, LEPOUTRE R. Les mangeurs inégaux. Stock, Paris, 1978
- APFELBAUM M. Risques et peurs alimentaires. Odile Jacob, Paris, 1998
- APFELDORFER G. Maigrir, c'est fou, Odile Jacob, Paris, 2000
- ARON JP. Essais d'épistémologie biologique, Christian Bourgois, Paris, 1969
- AYMARD M, GRIGNON C, SABBAN F. Le temps de manger, alimentation, emploi du temps et rythmes sociaux. MSH, Paris, 1993
- AYMARD M. Les pratiques de l'alimentation carnée en France. In : *Le mangeur et l'animal. Autrement* 1997, 172 : 87-102
- BAKER J. The rehabilitation act of 1973 : protection for victims of weight discrimination ? *UCLA Law Review* 1984, 29 : 947-971

- BASDEVANT A, BARZIC LE M, GUY-GRAND B. Les obésités. Ardix Médical, Paris, 1993
- BASDEVANT A. Séméiologie et clinique de la restriction alimentaire. *Cah Nutr Diét* 1998, **33** : 235-241
- BASDEVANT A, LAVILLE M, ZIEGLER O. Recommandations pour le diagnostic, la prévention et le traitement de l'obésité. *Cah Nut Diét* 1998, **33** : 1-148
- BASDEVANT A, BENKIMOUN P. L'obésité, une maladie du mode de vie mal tolérée par la société », article d'après une interview d'A. Basdevant par P. Benkimoun. *Le Monde*, 20-21 Juin 1999
- BEAUDELOT C, ESTABLET R. Durkheim et le suicide. PUF, Paris, 1984
- BENSON PL, Severs D, Tatgenhorst J, Loddengaard N. The social costs of obesity : A non-reactive field study. *Soc Behav Personality* 1980, **8** : 91-96
- BERTHELOT JM. Les vertus de l'incertitudes, le travail de l'analyse dans les sciences sociales. PUF, Paris, 1997
- BOURDIEU P. La distinction. Editions de Minuit, Paris, 1979
- BLUMBERG P, MELLIS LP. Medical students attitudes towards the obese and morbidly obese. *Int J Eat Disord* 1985, **4** : 169-175
- BROWN PJ, KONNER M. An anthropological perspective of obesity. *Ann N Y Acad Sci* 1987, **499** : 29-46
- CAHNMAN WJ. The stigma of obesity. *Sociological Q*, 1968, **9** : 283-299
- CALLON M, LATOUR B. La science telle qu'elle se fait : anthologie de la sociologie des sciences de langue anglaise. Edition la découverte, Paris, 1991
- CANNING H, MAYER J. Obesity- Its Possible Effect on College Acceptance. *N Engl J Med* 1966, **275** : 1172-1174
- CHARLES N, KERR M. Women, food and families. Manchester University Press, Manchester, 1998
- CHESNAIS JC. La transition démographique, étapes, formes, implications économiques : études des séries temporelles (1720-1984) relatives à 67 pays. PUF/INED, Paris, 1986
- CHIPPAUX C. Des mutilations, déformation, tatouages rituels et intentionnels chez l'homme. In : Histoire des mœurs, POIRIER J, Eds. Gallimard, Paris, 1990
- CHIVA M. Le doux et l'amer. PUF, Paris, 1984
- CHIVA M, ROUX C. Tendances comportementales et attitudes envers l'alimentation d'une population à bas revenus. Programme « Aliment demain », Ministère de l'agriculture, 1997
- COLE T, BELLIZZI M, FLEGAL K, DIETZ W. Establishing a standars definition for child overweight and obesity worldwide : international survey. *Brit Med J* 2000, **320** : 1-6
- CONRAD P, SCHNEIDER JW. Deviance and medicalization : from badness to sickness. Temple University Press, Philadelphia, 1992
- CONRAD P. Medicalization and Social Control. *Annu Rev Sociol* 1992, **18** : 209-232
- CORBEAU JP. Rituels alimentaires et mutations sociales. *Cah Int Sociol* 1992, **XCII** : 101-120

CORBEAU JP. Le manger, lieu de socialité. Quelles formes de partage pour quels types d'aliments ? *Prévenir* 1994, 26

CORBEAU JP. L'imaginaire du gras associé à divers types de consommation de gras et les perceptions de leurs qualités. In : *Agro-alimentaire : une économie de la qualité*, Nicolaïs F, Valceschini E. Eds. Editions INRA-Economica, Paris, 1995

CRAMER P, STEINWERT T. Thin is good, fat is bad : how early does it begin ? *J Appl Dev Psychol* 1998, 19 : 429-451

CUIN CH. Les sociologues et la mobilité sociale. PUF, Paris, 1993

DE SPIEGELAERE M, DRAMAIX M, HENNART P. Social class and obesity in 12-year-old children in Brussels : influence of gender and ethnic origin. *Eur J Pediatr* 1998a, 157 : 432-435

DE SPIEGELAERE M, DRAMAIX M, HENNART P. The influence of socioeconomic status on the incidence and evolution of obesity during early adolescence. *Int J Obes Relat Metab Disord* 1998b, 22 : 268-274

DEBRY G. A qui profite l'obésité ? *Cah Nutr Diét* 1999, 34 : 129

DESJEUX D. L'ethnologie, une méthode pour comprendre les comportements alimentaires domestiques. In : *La nutrition humaine, la recherche au service de la santé*, DESJEUX JF, HERCBERG S. Eds. INSERM-Nathan, Paris, 1996

DRULHE M. Santé et société. Le façonnement sociétal de la santé. PUF, Paris, 1996

DUFF J. Nutrition and public health : division of labour in the study of nutrition. *Community Health Studies*, 1990, 14, 162-170

ELIAS N. La civilisation des mœurs. Calman-Levy, Paris, 1973

EXPERTISE COLLECTIVE. Carences nutritionnelles, étiologies et dépistage. INSERM, Paris, 1999

FISCHLER C. Peut-on changer l'alimentation par décret ? *Cah Nutr Diét* 1989a, 24 : 59-61

FISCHLER C. Le dégoût : un phénomène bio-culturel. *Cah Nutr Diét* 1989b, 24 : 381-384

FISCHLER C. L'Homnivore, Odile Jacob, Paris, 1990

FISCHLER C. Le Bon et le Saint, Evolution de la sensibilité alimentaire des français. *Cahiers de l'OCHA n°1*, 1993

FISCHLER C. Alimentation, morale et société. In : *Identités des mangeurs, images des aliments*. GIACHETTI I. Ed. Polytechnica, 1996a : 31-54

FISCHLER C. La « Macdonalisation » des mœurs. In : *Histoire de l'alimentation*, FLANDRIN JL, MONTANARI M., Eds., Fayard, 1996 : 859-879

FISCHLER C. La nourriture. Pour une anthropologie culturelle de l'alimentation, *Communications*, 1979, n° 31

GARINE (DE) IGOR. Bien manger et bien vivre. ORSTOM et L'Harmattan, 1996

GARINE (DE) IGOR. Les modes alimentaires : histoire de l'alimentation et des manières de table. In : *Histoire des mœurs*, Poirier J. Ed., Gallimard, Paris, 1991

- GARN SM, SULLIVAN TV, HAWTHORNE VM. Educational level, fatness and fatness differences between husbands and wives. *Am J Clin Nutr* 1989, 50 : 740-745
- GERMOV J, WILLIAMS L. The epidemic of dieting women : The need for a sociological approach to food and nutrition. *Appetite* 1996, 27 : 97-108
- GOFFMAN E. Stigma : Notes on the management of spoiled identity, Englewood Cliffs, 1963. Traduction française : Stigmates, les usages sociaux des handicaps, Editions de Minuit, Paris, 1975
- GRIGNON C, GRIGNON CH. Styles d'alimentation et goûts populaires. *Rev Fr Sociol* 1980, 21 : 531-569
- GUY-GRAND B, GOZLAN. « 8 % des adultes français sont obèses », Interview de Bernard Guy-Grand par Marc Gozlan, *Le Quotidien du Médecin*, n° 6234, 3 mars 1998
- HERZLICH C, PIERRET J. Malades d'hier, malades d'aujourd'hui. Payot, Paris, 1989
- HERPIN N. Le repas comme institution ? Compte rendu d'une enquête exploratoire, *Rev Fr Sociol* 1988, 29 : 503-521
- HILL JO, PETERS JC. Environmental contributions to the obesity epidemic. *Science* 1998, 280 : 1318-1323
- HINKLE LE, WHITNEY LH, LEHMAN EW, DUNN J, BENJAMIN B, et coll. Occupation, education, and coronary heart disease. *Science*, 1968, 161 : 238-46
- HOLLIS JF, CARMODY TP, CONNOR SL, FEY SG, MATARAZZO JD. The nutrition attitude survey : associations with dietary habits, psychological and physical well-being and coronary risk factors. *Health Psychol*, 1986, 5 : 359-374
- HUBERT A. Applying anthropology to the epidemiology of cancer. *Anthropol Today*, 1990, 5 : 62-78
- HUBERT A. Anthropologie et recherche biomédicale. In : Les applications de l'anthropologie, BARRE JF, Ed. Karthala, Paris, 1995
- HUBERT A. Adaptabilité humaine : biologie et culture. Du corps pesant au corps léger : approche anthropologique des formes. *Diét Méd* 1997, : 83-88
- HUBERT A, ESTAGER MP. Anthropologie de l'alimentation : quelle utilité pour la nutrition humaine ? *Cah Nutr Diét* 1999, 34 : 283-286
- ICD-9-CM. International Classification of Diseases-Clinical Modifications. Washington, DC, US, Departement of Health and Human Services, 1990
- KARRIS L. Prejudice Against Obese Renters. *J Soc Psychol* 1977, 101, 159-160
- LAFFAY L, BADEVANT A, CHARLES MA, VRAY M, BALKAU B, et coll. Determinants of dietary underporting in a free-living population. *Int J Obes* 1997, 21 : 567-573
- LAHLOU S. Penser, manger. PUF, Paris, 1998
- LAMBERT JL. L'évolution des modèles de consommations alimentaires en France. Lavoisier, Paris, 1987
- LAMBERT JL. A table ! La cuisine du statisticien. In : La cité des chiffres, *Autrement, Sciences en société*, 1992, 5 : 77-85
- LESTER IH. Australia's food and nutrition. AGPS, Canberra, 1994

- LEVENSTEIN H. Paradox of plenty. A social history of eating in modern America. Oxford University Press, New York, 1993
- LEVENSTEIN H. Diététique contre gastronomie : traditions culinaires, sainteté et santé dans les modèles de vie américains. In : Histoire de l'alimentation, FLANDRIN JL, MONTANARI M. Ed. Fayard, 1996 : 843-858
- LIVI BACCI M. *Popolazione e alimentazione. Saggio sulla storia demografica europea*, Bologna, traduit en anglais Population and nutrition : An essay on European demographic history, Oxford University Press, New York, 1987
- MADDOX GL, BACK KW, LIEDERMAN VR. Overweight as Social Deviance and Disability. *J Health Soc Behav* 1968, **9** : 287-298
- MATUSEWICH E. Employment discrimination against the overweight. *Personal J* 1983, **62** : 446-450
- MAURER D, SOBAL J. Eating agendas. Food and Nutrition as Social Problems. Aldine de Gruyter, New York, 1995
- MCCLEAN RA, MOON M. Health, obesity and earning *Am J Public Health* 1980, **70** : 1006-1009
- MCINTOSH WA. Sociologies of food and nutrition. Plenum, New York, 1996
- MCKEOWN J. The modern rise of population. Edward Arnold, London, 1976
- MCKIE LJ, WOOD RC, GREGORY S. Women defining health eating : food diet and body image, *Health Educ Res* 1993, **8** : 35-41
- MEAD M, GUTHE CE. Manuel for the study of food habits. *Bulletin of National Research Council, National Academy of Sciences*, n°111, 1945. Edition française aux éditions OCTARES, sous presse
- MONTANARI M. La faim et l'abondance. Seuil, Paris, 1995
- MURCOTT A. The Nation's diet : the social science of food choice. Addison Wesley Longman, London, 1998
- MYERS A, ROSEN JC. Obesity stigmatization and coping : Relation to mental health symptoms, body image, and self-esteem. *Int J Obes* 1999, **23** : 221-230
- NAJMAN JM, MUNRO C. Patient characteristics negatively stereotyped by doctors. *Soc Sci Med* 1982, **16** : 1781-1789
- NIH (NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH). Health implications of Obesity. Bethesda, National Institutes of Health, 1985
- OMRAN A. The epidemiological transition. *Milbank Memorial Fund Quarterly* 1971, **49** : 509-538
- OSTERMANN G. Aspects psychologiques de la rondeur : grâce et disgrâce ! *Diét Méd*, 1997, 5-9
- PAUL-LEVY F. Toxiques, épistémologisons, épistémologisons, il en restera toujours quelque chose. In : Pratiques alimentaires et identités culturelles, Poulain JP, Ed., Etudes vietnamiennes n° 3-4, 1997
- PERUSSE L, BOUCHARD C, LEBLANC C, TREMBLAY A. Energy intake and physical fitness in children and adults of both sexes. *Nutr Res* 1984, **4** : 363-70

PHAN MC, FLANDRIN JL. Les métamorphoses de la beauté féminine. *L'Histoire* 1984, 68 : 48-57

PICHERAL H. Géographie de la transition épidémiologique. *Annales de géographie*, 1989, XCVIII^{ème} année, n°546

POULAIN JP, NEIRINCK E. Histoire de la cuisine et des cuisiniers, techniques culinaires et pratiques de table en France du moyen âge à nos jours. Lanore, Paris, 1988, réédition augmentée 2000

POULAIN JP. Le limousin gourmand. Privat, Toulouse, 1984

POULAIN JP. Anthroposociologie de la cuisine et des manières de table. Thèse de l'Université de Lille III, 1985

POULAIN JP, DELORME JM, GINESTE M, LAPORTE C. Les nouvelles pratiques alimentaires ; entre commensalisme et vagabondage. Ministère de l'agriculture et de l'alimentation, programme « Aliment Demain », 1996

POULAIN JP. On mange aussi du sens. *Communautés éducatives : figures de l'obésité et conduites alimentaires*, 1997a, 99 : 16-21

POULAIN JP. Mutations et modes alimentaires. In : le mangeur et l'animal. *Coll : Autrement*, Paris, 1997b, 172 : 103-120

POULAIN JP. La cuisine, c'est plus que des recettes. In : Pratiques alimentaires et identités culturelles, Poulain JP, Ed., Les études vietnamiennes n°125 et 126, 1997c

POULAIN JP. Les jeunes seniors et leur alimentation. *Cahiers de l'OCHA*, n°9, 1998a

POULAIN JP. La modernité alimentaire, pathologie ou mutations sociales ? *Cah Nutr Diét* 1998b, 33 : 351-358

POULAIN JP, JEANNEAU S, GINESTE M. Le mangeur en milieu médicalisé. APHP-Université de Toulouse 2, 1999a

POULAIN JP. L'espace social alimentaire. *Cah Nutr Diét* 1999b, 34 : 271-280

POULAIN JP. Les sociologies de l'alimentation. PUF, Paris, 2000, sous presse

POWDERMARKER H. An anthropological approach to the problem of obesity. *Bull N Y Acad Sci* 1960, 33 : 286-295

PRICE J, DESMOND S, KROL R, SNYDER F, O'CONNELL JK. Family practice physicians' beliefs, attitudes and practices regarding obesity. *Am J Prev Med* 1987, 3 : 339-345

RENAUD M. De l'épidémiologie sociale à la sociologie de la prévention : 15 ans de recherche sur l'étiologie sociale de la maladie. *Rev Epidemiol Santé Publique* 1987, 35 : 3-19

RENAUD M. The future : Hygeia Versus Panakeia ? *Population Health Program*, Canadian Institut for Advanced Research, October, 1991

REYNAUD JD. Les règles du jeu, l'action collective et la régulation sociale. Colin, Paris, 1995

RIVIERE C. Les rituels profanes. PUF, Paris, 1995

ROLLAND-CACHERA MF, BELLISLE F. No corelation between adiposity and food intake : why are working class children fatter ? *Am J Clin Nutr* 1986, 44 : 779-787

- ROMON M. Evaluation de l'apport alimentaire chez le sujet en restriction cognitive. *Cah Nutr Diét* 1998, **33** : 249-252
- ROMON M. Le renard et le petit Prince. *Cah Nutr Diét* 1999, **34** : 257
- ROZIN P, FISCHLER C, IMADA S, SARUBIN A, VRZESNIEWSKI A. « Attitudes to food and the rôle of food in life in the USA, Japan, Flemish Belguim and France : Possible implications for the diet-health debate », *Appetite*, 1999, **33** : 163-180
- SOBAL J. Marriage, obesity, and dieting. *Marriage and Family Review*, 1984a, **7** : 115-139
- SOBAL J. Group dieting, the stigma of obesity, and overwheigt adolescents : contributions of Natalie Allon to the sociology of obesity. *Marriage and Family Review* 1984b, **7** : 9-20
- SOBAL J, STUNKARD AJ. Socioeconomic status and obesity : A review of the literature. *Psychol Bull* 1989, **105** : 260-275
- SOBAL J. Obesity and nutritional sociology : a model for coping with stigma of obesity. *Clin Sociol Rev* 1991a, **9** : 21-32
- SOBAL J. Obesity and socioeconomic status : a frame work for examinig relationships between physical and social variables. *Med Anthropol* 1991b, **13** : 231-247
- SOBAL J. The medicalization and demedicalization of obesity. In : Eating agendas. Food and nutrition as social problems, MAURER D, SOBAL J, Eds. Adeline de Gruyter, New York, 1995
- STEVENS J, CAI J, PAMUK E, WILLIAMSON DE, THRUN M, WOOD JL. The effect of age on the association between body mass index and mortality. *New England J Med*, 1988, **338** : 1-7
- STRAUSS R. The nature and status of medical sociology. *Am Sociol Rev* 1957, **22** : 200-204
- VAN ITALIE, SIMOPOULOS AP. Obésité : état ou maladie. *Med Digest Nutr* 1982, **18** : 14-21
- WHO (WORLD HEALTH ORGANIZATION). Obesity : prevention and managing the global epidemic. Report of WHO Consultation on Obesity (WHO/NUT/NCD/98.1) Geneva, 1998
- WOLINSKY FD. The sociology of health : Principles, professions and issues. Little Brown, Boston, 1980