Alimentation, structure sociale et mortalité

Pratiques alimentaires et inégalités sociales de santé

Aurélien Cintract

Université de Franche-Comté – LASA (Laboratoire de sociologie et d'anthropologie)

Revue *Éducation, Santé, Sociétés* Vol. 2, No 2 | pp. 113-129

Reçu le : 30/11/2015 | Accepté le : 31/08/2016

Résumé : La France et les pays de niveau socio-économique équivalent ont connu une importante amélioration de l'état de santé de leur population, comme en attestent certains indicateurs : allongement de l'espérance de vie, recul significatif de la mortalité infantile. Néanmoins, les inégalités sociales de santé et notamment devant la mort persistent dans notre pays.

L'objet de cet article n'étant pas de fournir une analyse détaillée des facteurs susceptibles d'exercer des effets sur la longévité, ni d'embrasser l'ensemble des déterminants de la santé en engageant une réflexion approfondie sur les inégalités sociales de santé, nous réduirons notre propos à un aspect particulier et bien défini de cette question, les pratiques alimentaires, et leurs implications en termes de morbidité et de mortalité engendrées par certains types de consommation. Nous nous attacherons à montrer combien les modes de vie, et plus spécifiquement l'alimentation, véritable fait social qui répond à d'autres logiques que celle du seul choix individuel et rationnel, constitue un déterminant de la santé qu'il convient d'appréhender avec rigueur, notamment à travers l'examen attentif de certains facteurs de risques associés à des types spécifiques de consommation, dont les complications en matière de surpoids et surtout d'obésité peuvent, au moins partiellement, rendre compte de la surmortalité des classes populaires et expliquer, à un certain niveau, la persistance d'inégalités sociales devant la maladie et la mort en France, notamment entre catégories extrêmes.

Introduction

La France et les pays de niveau socio-économique équivalent ont connu une importante amélioration de l'état de santé de leur population, comme en attestent certains indicateurs tels que l'allongement de l'espérance de vie, ou encore le recul significatif de la mortalité infantile [1].

Néanmoins, en dépit de ces avancées notoires, les inégalités sociales de santé et notamment devant la mort persistent dans notre pays et bien que les disparités de mortalité demeurent plus prononcées aux extrémités de l'éventail social, il faut aussi rappeler que les inégalités sociales de santé ne concernent pas les seules catégories défavorisées et les populations les plus vulnérables. La mortalité, à cet égard, suit la logique de la stratification sociale, rendant ainsi compte d'une amélioration sélective de l'état de santé en fonction de la position sociale.

Dans les années 1970, l'écart de longévité entre cadres supérieurs et ouvriers était de six ans ; au début des années 2000, il est de sept années, les premiers pouvant espérer vivre jusqu'à 81 ans, contre 74 ans pour les seconds [2]. Quant aux pathologies les plus lourdes, engageant le pronostic vital (cancers, maladies cardio-vasculaires), elles frappent presque toujours inégalement : les couches sociales les plus modestes en payent le tribut le plus lourd. Depuis les années 1980 (correspondant globalement au début de la crise économique), on observe également, sinon un renforcement, un maintien des inégalités sociales face à la mort entre les catégories extrêmes. Tout au long de cette période, la probabilité de mourir entre 35 et 80 ans est restée plus élevée pour les hommes ouvriers que pour l'ensemble des hommes, à structure par âge identique [3]. Pour les deux sexes, d'ailleurs, le risque de mourir précocement reste plus élevé pour les ouvriers que pour les cadres [4]. Un homme de 35 ans, soumis toute sa vie aux conditions de mortalité de 2000-2008, a 13 % de risque de mourir avant 60 ans s'il est ouvrier, contre 6 % s'il est cadre (respectivement 5 % et 3 % pour une femme), alors qu'un ouvrier sur deux n'atteindrait pas 80 ans, contre un cadre sur trois.

Des disparités de mortalité en fonction du niveau d'instruction, mesuré par le diplôme, sont également observables : en considérant le vieillissement relatif selon cette variable, nous pouvons constater que l'état de santé s'améliore lorsque ce niveau s'élève [5]. Quant aux risques de contracter une maladie comme le cancer et d'en guérir ou non, ils diffèrent considérablement selon l'appartenance sociale et surtout le niveau d'instruction. Dans les milieux populaires, ces pathologies se manifestent précocement et pour un même type de tumeur, à égalité de stade d'évolution, de prise en charge et de soins, la survie est moins bonne que dans les catégories socioprofessionnelles élevées [6]. Des travaux [7], menés dans le cadre du projet Esdic (Évolution des inégalités sociales par causes médicales de décès),

1. Estimations de population et statistiques de l'état civil, INSEE.
2. *INSEE Première* - N° 1025 - juin 2005 (Échantillon démographique permanent).
3. *INSEE Première* - N° 1372 - octobre 2011 (Échantillon démographique permanent).
4. *Ibid.*
5. Mizrahi, A. (2001). Disparités sociales de vieillissement relatif et d'accès aux soins. *Gérontologie et société*, 2-11.
6. Aïach, P. (2010). *Les inégalités sociales de santé*. Economica Anthropos.
7. *Cf.* Menvielle, G., Leclerc, A., Chastang, J.-F., Luce, D. (2008). Inégalités sociales de mortalité par cancer en France : état des lieux et évolution temporelle. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire n° 33*, INVS, 2 septembre 2008.

révèlent aussi combien le cancer est un contributeur majeur aux inégalités sociales de mortalité en France et combien le risque de contracter cette pathologie est lié au diplôme.

Appréhendée dans une perspective sociologique, la question de la construction de l'inégalité devant la mort, visant à porter au jour les facteurs – sociaux – participant au maintien, voire au renforcement de ces disparités, demeure une entreprise complexe car multiples sont les déterminants de la santé et nombreux et variés sont les facteurs susceptibles de concourir à la production/reproduction de ces inégalités. Le différentiel final résulte d'ailleurs davantage d'un cumul, avec effet d'amplification [8], d'une combinaison de facteurs, plutôt que de l'un ou l'autre d'entre eux, considéré isolément. Les travaux menés dans ce domaine rappellent combien les conditions de travail, la situation de chômage – notamment de longue durée –, le niveau de formation, les pratiques et modes de vie, l'habitat, ou encore la situation familiale (sociabilité, vie relationnelle consistante), exercent des effets propres sur la longévité [9]. Examinée plus en détail, la surmortalité des catégories du bas de l'échelle sociale apparait davantage déterminée par les conditions d'existence – et particulièrement de travail –, plutôt que par un inégal recours aux soins, qui intervient mais ne détermine en rien l'inégalité sociale devant la maladie et la mort. La structure sociale, à travers les conditions et les modes de vie, détermine une mortalité différentielle qui apparait comme le résultat, le produit final des inégalités devant la vie (vécues et incorporées), rappelant ainsi combien l'appartenance de classe est déterminante du point de vue de la mortalité [10].

L'objet de cet article n'étant pas de fournir une analyse détaillée des facteurs susceptibles d'exercer des effets sur la longévité, ni d'embrasser l'ensemble des déterminants de la santé en engageant une réflexion approfondie sur les inégalités sociales de santé, nous réduirons notre propos à un aspect particulier et bien défini de cette question, les pratiques alimentaires, et leurs implications en termes de morbidité et de mortalité engendrées par certains types de consommation. Nous nous attacherons à montrer combien les modes de vie, et plus spécifiquement l'alimentation, véritable fait social qui répond à d'autres logiques que celle du seul choix individuel et rationnel, constitue un déterminant de la santé qu'il convient d'appréhender avec rigueur, notamment à travers l'examen attentif de certains facteurs de risques associés à des types spécifiques de consommation, dont les complications en matière de surpoids et surtout d'obésité peuvent, au moins partiellement, rendre compte de la surmortalité des classes populaires et expliquer, à un certain niveau, la persistance d'inégalités sociales devant la maladie et la mort en France, notamment entre catégories extrêmes.

8. Aïach, P., *op. cit.*

9. Voir notamment Leclerc, A., Fassin, D., Grandjean, H., Kaminski, M., Lang, T. (dir.), (2000). *Les inégalités sociales de santé*. Paris, Inserm / La Découverte.

10. *Cf.* Fassin, D. (1996). *L'espace politique de la santé. Essai de généalogie*. Paris, PUF, p. 118.

1 Consommation alimentaire et poids du milieu

1.1 Manger : un processus biologique empreint de culture

Les disparités sociales en matière de consommation alimentaire ne sont pas un fait nouveau.

Historiquement, les populations les plus défavorisées ont souvent éprouvé de grandes difficultés à se nourrir convenablement, sans ingérer des substances d'une grande nocivité [11]. Les pauvres, au Moyen Âge notamment, lorsqu'ils ne mourraient pas de faim en période de crise de subsistance, succombaient largement aux effets de la malnutrition. Néanmoins, les excès de la couche dirigeante séculière, comme l'a bien indiqué N. Elias, occasionnaient aussi quantité de décès prématurés dans ses rangs [12]. La relation inégalitaire que nouent les hommes avec ce besoin primaire qu'est l'alimentation, a longtemps été marquée, dans le passé, par des inégalités de fortune. Les pouvoirs publics ont peu à peu cessé d'ignorer qu'il y avait un lien entre le manque d'argent et le manque de nourriture. Dès lors, les dépenses familiales ont commencé à être étudiées dès le XVIII^{e} siècle, à des fins charitables, en liaison avec le débat sur la pauvreté et les « lois sur les pauvres » ; au XIX^{e} siècle, ce type d'études se développera en liaison avec les débats sur la « question sociale » (urbanisation, essor du prolétariat industriel, etc.). Bien que cette règle, qui veut que le capital économique détermine en premier lieu la qualité du rapport à l'alimentation reste en vigueur dans nombre de nations pauvres, les différences de régimes alimentaires entre catégories sociales, au sein de notre société, ne sont pas seulement le produit de contraintes financières. Ce point, tout comme les relations entre alimentation et santé, sera approfondi dès lors que nous aurons une vue plus générale des pratiques alimentaires propres aux différents milieux sociaux.

1.2 Catégories sociales : qui mange quoi ?

C'est en nous intéressant d'un peu plus près à la variété des modes de consommation alimentaire en fonction de l'origine sociale, à partir du recueil, de l'utilisation et de l'analyse de données relevant d'enquêtes de sources diverses, que nous pourrons voir combien l'alimentation reste traversée par des effets de culture qui contribuent à faire de cette question apparemment naturelle un fait social à part entière. Ce fait social, s'organise, différemment selon les milieux, en fonction d'un « champ des possibles » qui définit aussi les limites, c'est-à-dire les freins économiques, socioculturels à la mise en place de tel ou tel type de consommation.

L'alimentation, à domicile comme à l'extérieur, reste l'un des principaux postes de dépense des ménages. Cependant des disparités sociales apparaissent déjà si l'on prend en compte le niveau de vie : en effet le poids financier de l'alimentation est d'autant plus élevé que le niveau de vie des ménages est faible [13].

11. Braudel, F., Labrousse, E. (dir.) (1993). *Histoire économique et sociale de la France*. Paris, PUF.

12. Elias, N. (1973). *La civilisation des mœurs*. Pocket Agora, p. 168.

13. Les ménages les plus pauvres consacrent 18 % de leur budget à l'alimentation tandis que pour les ménages les plus aisés cette part est de 14 %. *Cf.* Caillavet, F., Lecogne, C., Nichèle, V. (2008). La consommation alimentaire : des inégalités persistantes mais qui se réduisent. *Inra-Aliss*, UR 1303.

Voyons à présent les différences sociales – selon le statut socio-économique – qui apparaissent en matière de produits consommés [14]. Les fruits, les légumes et les produits de la mer sont consommés de manière inégale selon le statut socio-économique. Cette catégorie d'aliments est traditionnellement sous-représentée chez les ménages les plus pauvres. Dans ces couches sociales, les produits surreprésentés sont plutôt les produits céréaliers, les corps gras et les viandes. Ainsi les cadres consacrent une part de leur budget alimentaire aux produits de la mer, aux fruits et aux légumes très supérieure à celle des ouvriers. La consommation de fruits et légumes est 40 % plus élevée chez les cadres supérieurs par rapport aux ouvriers et aux employés, de même pour la consommation de poisson plus élevée chez les hauts revenus et les plus diplômés, qui mangent moins de viande, de charcuterie et de pomme de terre. En revanche, le poids des viandes, mais aussi des graisses, est plus élevé pour les moins diplômés. Les ouvriers, quant à eux, dépensent davantage pour des catégories de produits bien définies : les graisses végétales et les sucres. La consommation des légumes et fruits frais est bien socialement marquée car ces aliments sont achetés et consommés en quantités très inférieures à mesure que l'on descend dans la hiérarchie sociale. Elle tend à croître avec le revenu et le niveau de diplôme, suivant ainsi la logique de la stratification sociale [15]. Mais si ces résultats, notamment en ce qui concerne la consommation de fruits et légumes, sont confirmés par nombre d'enquêtes sur les consommations alimentaires, il faut toujours garder une certaine prudence dans l'analyse compte tenu des limites (et des biais possibles) que comportent les enquêtes déclaratives (surestimation possible des apports en aliments connotés positivement).

Quant aux produits ultra-frais laitiers, leur consommation est significativement plus élevée chez les hauts revenus que chez les familles modestes. Chez les enfants également, ces produits, au même titre que les fruits et légumes, sont plus consommés chez les cadres, professions libérales, puis employés [16].

1.3 Des inégalités de consommation aux inégalités nutritionnelles

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

Si mettre en avant l'hétérogénéité sociale des régimes alimentaires est un préalable important, une sociologie des pratiques alimentaires doit aussi se donner pour mission de lever le voile sur les inégalités de santé que peuvent générer certaines habitudes de consommation. La détermination du caractère équilibré d'une alimentation prête évidemment à discussion, cependant il semblerait qu'un consensus se soit établi, sur la base des recommandations du « Programme national nutrition santé [17] », considérant qu'il convient de manger :

- cinq fruits et légumes par jour sous toutes leurs formes ;
- trois produits laitiers par jour ;
- un aliment du groupe viande / volaille / poisson / œuf une à deux fois par jour ;
- des féculents à chaque repas.

14. Sources : Recours, F., Hebel, P. (2006). Les populations modestes ont-elles une alimentation déséquilibrée ? *CREDOC, Cahier de recherche n° 232*, et Caillavet, F., Lecogne, C., Nichèle, V., *op. cit.*

15. *Ibid.*

16. Chardon, O., Guignon, N., Guthmann, J.-P., Fonteneau, L., Delmas, M.-C. (2013). La santé des élèves de CM2 en 2007-2008. *Études et résultats n° 853, Dress*, septembre 2013.

17. Pour plus de détails, voir Recours, F., Hebel, P. (2006), *op. cit.*

Ces recommandations sont celles diffusées par la pyramide alimentaireréalisée par l'USDA (United States Department of Agriculture) dont la base est constituée d'aliments glucidiques qui doivent être consommés en grande quantité et le sommet d'aliments gras et sucrés dont la consommation doit être restreinte. Bien que satisfaisante, cette vision ne fait pas consensus et des améliorations de cette pyramide, incluant notamment l'eau, ou encore la diversité et l'activité physique, ont été faites. En s'inspirant d'un indice américain, des spécialistes ont construit un indice d'alimentation saine reposant sur l'équilibre alimentaire, la modération, la variété et le rythme alimentaire [18]. Il existe également, en plus des recommandations françaises, des recommandations européennes établies par le Comité scientifique de l'alimentation humaine. Les valeurs proposées sont établies pour permettre de couvrir les besoins nutritionnels de la quasi-totalité de la population concernée. Il demeure toutefois des points critiques pouvant conduire à des déséquilibres nutritionnels dans des populations à risques. Ces constats s'appliquent également à notre société, dans laquelle il persiste, pour certains groupes de population, une inadéquation entre les apports et les besoins nutritionnels. En effet, les catégories de produits les plus discriminantes entre niveaux de revenu et niveaux de diplôme comprennent, en termes de quantités ingérées, les fruits et les légumes, ainsi que les produits de la mer. Or ces aliments sont précisément ceux dont la consommation est recommandée par les nutritionnistes. Ces catégories de produits apparaissent bien comme des marqueurs sociaux de la consommation puisque les classes populaires – bas revenus et faibles qualification – n'en consomment pas en quantités suffisantes, contrairement à certains produits qui ne participent pas d'un bon équilibre alimentaire.

2 La question de l'obésité

2.1 Un phénomène croissant

En progression constante à l'échelle mondiale, l'obésité est devenue un problème majeur de santé publique.

Selon les estimations de l'OMS, il y avait en 2005, 1,6 milliard d'adultes en surpoids, dont 400 millions d'obèses, dans le monde. En 2014, ils sont respectivement 2,3 milliards et 700 millions [19].

L'obésité ne se limite pas aux frontières des pays riches. Dans les pays pauvres, où sévit pourtant toujours la dénutrition, elle gagne de plus en plus de terrain, principalement en milieu urbain. C'est cependant dans les pays occidentaux que la prévalence de cette véritable pathologie demeure la plus importante – notamment aux États-Unis – alors que, paradoxalement, la barre du milliard de personnes souffrant de sous-alimentation a été franchie en 2009...

En France, la prévalence de l'obésité est passée de 8,5 % à 14,5 % de la population en douze ans (1997-2009), soit 6,5 millions de personnes [20]. La fréquence des obésités sévères a bondi de 1,5 % en 1997 à 3,9 % en 2009, tandis que la prévalence du surpoids demeure élevée, à 31,9 % contre 29,8 % en 1997. En 2012, le nombre de personnes obèses est

18. Brousseau *et al.* (2001), *CREDOC, Cahier de recherche n° 158.*

19. Organisation mondiale de la santé, *Statistiques sanitaires mondiales.*

20. OBEPI-ROCHE, *Enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité.* Enquête INSERM/TNS Healthcare/Roche, 2009.

estimé à environ 6 922 000, ce qui correspond à 3 356 000 personnes supplémentaires par rapport au chiffre de 1997 [21].

2.2 Une pathologie sociale

Conséquence, pour partie, d'une alimentation déséquilibrée, se caractérisant notamment par une surconsommation de sucres et de graisses, l'obésité s'est immiscée de manière profondément inégalitaire dans le corps social. Si l'on repère, en effet, davantage de personnes atteintes en bas de l'échelle sociale qu'en haut, il persiste également un très net gradient social de la surcharge pondérale et de l'obésité, leur prévalence diminuant à mesure que l'on s'élève dans la hiérarchie socioprofessionnelle [22].

L'augmentation de ce phénomène depuis les années 1980 a certes touché tous les milieux sociaux, cependant de grandes disparités subsistent. Ainsi les écarts entre les agriculteurs et les ouvriers, catégories socioprofessionnelles les plus touchées par la maladie, et les cadres et professions intellectuelles supérieures, les moins touchés, se sont creusés depuis les années 1990. En 2012, selon les données ObEpi, qui constituent une source unique d'information sur la situation française de l'obésité et du surpoids et leur évolution depuis 1997, l'obésité est près de deux fois plus répandue dans les catégories les moins favorisées (16,7 % chez les ouvriers, 16,2 % chez les employés et 17,2 % chez les artisans, commerçants) que dans les catégories plus aisées (8,7 % chez les cadres supérieurs et professions libérales).

Si l'on ne peut imputer au seul facteur revenu la prévalence de l'obésité au sein de certaines catégories de population, ce dernier demeure néanmoins un élément important car près d'un adulte sur deux (48,4 %) touché par cette pathologie vit au sein d'un foyer aux revenus inférieurs à 1 200 euros contre 7 % de ceux qui ont un revenu mensuel supérieur à 5 300 euros. Précisons toutefois que corpulence ne rime pas mécaniquement avec pauvreté, puisqu'à l'obésité liée à la fragilisation économique et sociale peut s'ajouter ce que l'on pourrait appeler une « obésité des bons vivants », touchant surtout des hommes en haut de l'échelle sociale [23].

Mais c'est surtout en considérant le diplôme que l'on peut clairement voir l'incidence qu'a cette variable sur la prise de poids, car il existe en effet une forte corrélation entre la prévalence de l'obésité et le niveau de qualification. En 2012, le taux d'obésité demeure en effet trois fois plus élevé chez les individus d'un niveau d'instruction équivalent à celui de l'école primaire (24 %), que chez les diplômés d'un troisième cycle d'études supérieures (7,3 %) [24]. Concrètement, depuis 1997, le niveau d'instruction et la prévalence de l'obésité demeurent inversement proportionnels.

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

Certaines enquêtes révèlent aussi que ces inégalités tendent à se reproduire chez les générations les plus jeunes.

21. *Ibid.*, année 2012.
22. *Cf.* De Saint Pol, T. (2007). L'obésité en France : les écarts entre catégories sociales s'accroissent. *INSEE Première* - N° 1123 - février 2007.
23. Poulain, J.-P. (2009). *Sociologie de l'obésité*. Paris, PUF.
24. OBEPI-ROCHE (2012), *op. cit.*

Une étude du ministère des Affaires sociales, menée auprès de 19 000 enfants pendant l'année scolaire 2012-2013, indique que 5,8 % des enfants de grande section de maternelle fille ou fils d'ouvriers souffrent d'obésité contre 1,3 % des enfants de cadres supérieurs [25]. Les premiers ont ainsi 4,5 fois plus de risque d'être obèses que les seconds. L'augmentation de la part d'enfants obèses en grande section, qui est passée de 3,2 % en 2006 à 3,5 % en 2013, demeure certes relative. Néanmoins, cette donnée moyenne, en réalité, masque de fortes inégalités entre catégories sociales, car si les enfants des catégories « supérieures » n'ont pas connu une augmentation de l'obésité sur la période, les enfants issus des milieux les moins qualifiés (employés, ouvriers, agriculteurs, commerçants) ont vu leur taux d'obésité augmenter de 1,3 point.

Par la suite, les disparités sociales face aux risques d'excès pondéral continuent à se manifester, puisqu'en 2008, la prévalence de l'obésité chez les élèves de CM2 varie d'à peine 1 % chez les enfants de cadres à près de 7 % chez les enfants d'ouvriers [26], chiffres qui ont connu peu d'évolution depuis 2005.

2.3 Sédentarisation et inactivité

Bien que nous concentrions davantage notre analyse sur l'étude des effets d'un certain type d'alimentation sur le corps, à travers notamment la question de l'obésité, il s'avère aussi que les causes de cette pathologie peuvent relever d'autres facteurs, dont nous ferons une présentation sommaire.

Aux déséquilibres nutritionnels et énergétiques favorisés par certains types de régimes alimentaires s'ajoutent en effet, de plus en plus dans les sociétés industrialisées, des modes de vie sédentaires, favorisant la prise de poids : extension du travail de bureau, développement des transports motorisés, temps passé devant la télévision, ainsi que le manque d'activités sportives.

Au même titre que la qualité de l'alimentation, la sédentarisation et l'inactivité en général se sont installées de manière inégalitaire dans le monde social : elles concernent en premier lieu les catégories sociales à faibles revenus et à faible capital scolaire [27]. Le temps passé devant la télévision, par exemple, qui est un facteur de sédentarité mais également de surconsommation d'aliments gras et sucrés, grandit à mesure que l'on descend dans la hiérarchie sociale ; et l'on retrouve les mêmes types de conduites chez les plus jeunes : ce sont les enfants appartenant à la tranche minimale et intermédiaire de revenus et ceux dont la personne de référence n'a aucun diplôme, qui passent le plus d'heures par jour à regarder la télévision ou à jouer avec des jeux vidéos. Pour ce qui est des activités sportives, dont le rôle préventif, notamment à l'égard de la corpulence (et aussi de l'asthme, du diabète, de l'hypertension artérielle, du cancer, etc.) est reconnu, leur fréquence s'élève avec le niveau de revenu et le niveau de formation : elle est donc plus élevée parmi les cadres et assimilés que parmi les employés et les ouvriers [28]. L'inégalité devant la pratique sportive se reproduit aussi au fil des générations. Ce sont en effet les enfants issus des catégories

25. Ministère des Affaires sociales, données 2013.

26. Étude DRESS, *op. cit.*

27. *Cf. CREDOC, Cahier de recherche n° 232, op. cit.*, Bihr, A., Pfefferkorn R. (1999). *Déchiffrer les inégalités*. Paris, La Découverte / Syros, et Bihr, A., Pfefferkorn, R. (2008). *Le système des inégalités*. Paris, La Découverte.

28. Muller, L. (2006). La pratique sportive en France, reflet du milieu social. *Données sociales – La société française*, Paris, INSEE, 657-663.

défavorisées qui font le moins de sport en dehors de l'école, puisque 92 % des garçons dont un des parents est diplômé du supérieur font du sport, contre 64 % de ceux dont aucun parent n'est diplômé ; enfin, 44 % des filles de parents sans diplôme font du sport au moins une fois chaque semaine contre 76 % de celles dont les parents sont diplômés du supérieur.

3 Conséquences de santé associées au surpoids et à l'obésité : analyse des facteurs de risques

3.1 Risque cardiovasculaire et diabète [29]

Au regard des données sur l'association entre le degré de corpulence et les facteurs de risque, l'obésité peut être considérée comme un contributeur majeur au poids global des maladies. Les adultes ayant une masse corporelle élevée ont non seulement une probabilité plus grande de devenir diabétiques, mais ils courent aussi un risque plus élevé de développer une cardiopathie ischémique et plus généralement une pathologie cardiovasculaire. Le risque de développer un diabète de maturité est fonction de la corpulence : il croît fortement avec l'indice de masse corporelle [30]. L'excès de masse grasse, et en particulier sa localisation pré-viscérale ou abdominale, serait en cause dans cette susceptibilité au diabète. L'obésité, et plus généralement l'excès de masse corporelle, est aussi le déterminant le plus important de trois domaines classiques du risque vasculaire : l'élévation de la pression artérielle, la baisse du cholestérol HDL (et/ou l'augmentation des triglycérides) et le diabète de maturité.

Néanmoins, le risque vasculaire associé à l'IMC, d'après l'expertise de l'INSERM, n'est identifiable qu'après un suivi suffisamment long de la population étudiée (douze ans) ; en outre, comme pour le risque de diabète, l'excès de masse grasse et surtout sa répartition abdominale sont dans l'ensemble plus fortement associés au risque cardiovasculaire que l'IMC.

3.2 Cancers

Le rapport de causalité entre excès de masse grasse et cancer n'a pas toujours été clair, ce qui explique, pour partie, que ces problèmes aient longtemps été négligés. Mais on sait à présent que chez l'homme, le cancer de la prostate et celui de l'estomac sont plus fréquents en cas d'obésité [31]. Chez la femme, le cancer du sein, de l'utérus, du col et de l'ovaire sont les plus courants. Le surpoids et l'obésité pourraient rendre compte de 14 % des décès par cancer chez l'homme et de 20 % chez la femme. Le risque relatif le plus fort est observé pour les cancers de l'utérus, du rein, du col et le risque le plus faible pour le myélome, le colon et le rectum. Ces résultats s'inscrivent dans la continuité de données déjà publiées. L'International Agency for Research on Cancerconsidère d'ailleurs que l'on dispose maintenant de suffisamment d'arguments pour, d'une part, établir avec précision et fiabilité le lien entre obésité et cancer, et d'autre part, pour inclure la prévention de

29. Source : *Obésité : bilan et prévention des programmes de prévention et de prises en charge (2006)*. Expertise collective, INSERM.

30. L'IMC, qui se calcule en fonction du poids et de la taille, est exprimé en kilo par mètre carré et correspond au poids divisé par le carré de la taille.

31. INSERM

la prise de poids parmi les mesures préventives du cancer de l'endomètre (muqueuse qui tapisse la cavité utérine), du rein, de l'œsophage, du colon et du sein.

3.3 Incidence sur l'espérance de vie

Bien qu'ils restent limités et qu'ils nécessitent sans doute un certain approfondissement, ainsi qu'une validation par des études complémentaires, des travaux, menés par une équipe britannique, évoquent une correspondance statistique fiable et précise entre le degré de corpulence et la mortalité précoce [32].

En premier lieu, une réduction de l'espérance de vie moyenne apparait perceptible chez les personnes ayant un IMC qui dépasse une fourchette comprise entre 22,5 et 25 kg/m², ce qui correspond à un léger surpoids. Dans les cas d'obésité modérée (IMC compris entre 30 et 35 kg/m²), le risque correspond à un tiers de la mortalité prématurée due à une consommation régulière de tabac. Quant aux personnes souffrant d'obésités sévères (entre 40 et 50 kg/m²), elles seraient exposées aux mêmes risques de mortalité prématurée que des fumeurs chroniques. Le surpoids et l'obésité modérée seraient responsables d'une réduction de l'espérance de vie comprise entre deux et quatre années. Quant aux obésités sévères, elles sont statistiquement associées, comme le tabagisme, à une diminution de l'espérance de vie comprise entre huit et dix ans. Enfin, en procédant à l'analyse des causes de décès en fonction de l'augmentation de l'indice de masse corporelle, on aboutit aux résultats suivants : à partir de 25 kg/m², chaque pallier de 5 kg/m² supplémentaire équivaut à une augmentation du risque de décès par maladie cardio-vasculaire ou par accident vasculaire cérébral de 40 % ; par diabète, affections rénales ou hépatiques comprise entre 60 % et 20 % ; par maladies pulmonaires de 20 % et par cancer de 10 %.

4 L'alimentation comme fait social

Mieux renseignés sur l'hétérogénéité sociale des pratiques alimentaires, ainsi que sur les implications en termes de santé qui peuvent en résulter, il nous faut à présent voir à quels principes obéissent ces conduites, en analysant, dans une perspective sociologique, les déterminants sociaux, économiques et culturels qui président à l'organisation de ces pratiques.

4.1 L'interprétation par le revenu : limites d'une approche

Pour rendre compte des différences de consommation alimentaire, on invoque spontanément le facteur revenu, agissant à travers les contraintes budgétaires, ainsi qu'une mauvaise compréhension des prescriptions alimentaires.

Si l'argent reste l'intermédiaire indispensable entre l'homme, soumis à ses besoins fondamentaux, et l'aliment, nécessaire à leur satisfaction, pour les catégories de population les plus vulnérables, confrontées à la grande pauvreté – dans ses formes multidimensionnelles – et par ailleurs « invisibles » statistiquement parlant (faiblesse statistique s'expliquant par le manque d'études, suffisamment représentatives et documentées, consacrées aux populations privées de travail, de logement, etc., ainsi qu'à leurs pratiques), s'alimenter

32. Peto, R., Whitlock, G. (2009). Body-mass index and cause-specific mortality in 900 000 adults : collaborative analyses of 57 prospective studies. *Lancet*, 18 mars 2009.

se réduit alors à une simple et brutale équation financière, où la question de la qualité nutritionnelle n'est guère prioritaire, puisque seul manger compte.

Pour les catégories du bas de l'échelle sociale, confrontées à des difficultés économiques, le problème de ne pas pouvoir manger ne se pose pas directement, cependant les contraintes budgétaires qu'ils rencontrent les condamnent à s'orienter vers des choix alimentaires qui ne répondent pas aux besoins de l'organisme et qui préparent le terrain aux pathologies résultant des déséquilibres alimentaires [33]. On fréquente ainsi davantage, dans ces catégories, les magasins *discount*, spécialisés dans les produits gras, sucrés, peu onéreux et d'un apport limité d'un point de vue nutritif, mais qui offrent un sentiment immédiat de satiété. Ces styles de consommation sont caractéristiques des populations qui voient leurs possibilités d'achat de produits alimentaires réduites à des choix de première nécessité.

Une étude classique de l'école d'ethnologie urbaine française, ciblée sur les conditions d'existence des familles prolétaires en région parisienne, a permis d'évaluer l'incidence des contraintes budgétaires sur la quantité et la qualité de l'alimentation [34]. L'observation de l'acte de manger, dans ces milieux, fait apparaître la réalité d'un accès irrégulier et sélectif aux aliments, susceptible d'expliquer des carences nutritionnelles. Le moindre incident, un retard de paiement, et la faim menace de nouveau, faisant revivre des situations anciennes. C'est ainsi qu'en prévision des jours mauvais et en compensation des jours où il a manqué, on mange beaucoup, chaque fois que l'occasion se présente. Or, le manque réel et la peur du manque entrainent des rythmes alimentaires en dents de scie ainsi qu'un surinvestissement dans l'alimentation, pouvant expliquer partiellement la fréquence de l'obésité.

Si les sociétés industrialisées n'enregistrent quasiment plus de décès que l'on puisse imputer à l'inanition, il n'en demeure pas moins qu'elles restent confrontées à d'autres problématiques, ayant plus trait à la qualité de l'alimentation. Aussi, les atteintes à la santé demeurent-elles davantage le produit de pratiques alimentaires déséquilibrées que de la privation absolue de nourriture ou de la dénutrition. En outre, le problème de la « malbouffe », symptomatique des classes populaires, qui fournit chaque année son contingent d'obèses, ne peut être réduit à un simple effet du revenu. Une approche des conduites alimentaires – et des modes de vie en général – en tenant compte exclusivement de cette variable, accuse en effet certaines limites. Comme nous allons tenter d'en faire la démonstration, les inégalités face à la consommation, face aux pratiques alimentaires, sont le produit de causes qui ne répondent pas de la seule autorité de l'argent.

4.2 Des pratiques inscrites dans l'ordre social et culturel

Les limites d'une approche des conduites alimentaires considérant que le volume de capital économique structure l'espace des consommations et détermine à lui seul la façon dont les individus se nourrissent apparaissent dès l'instant où l'on observe, à revenu égal, des différences de consommation.

À la fin des années 1970, par exemple, on relève déjà que les contremaîtres demeurent attachés au goût « populaire », bien qu'ils disposent de revenus supérieurs aux employés, dont le goût marque pourtant une rupture brutale avec celui des ouvriers et se rapproche

33. *CREDOC, Cahier de recherche n° 232, op. cit.*
34. Pétonnet, C. (1985). *On est tous dans le brouillard. Ethnologie des banlieues*. Paris, Galilée.

de celui des professeurs [35]. Ces tendances sont confirmées par des études qui montrent que l'alimentation des employés de bureau s'oppose nettement à celle des ouvriers qualifiés dont les revenus sont à peu près similaires [36]. Les premiers dépensent davantage, par personne et par an, pour leur alimentation ; celle-ci s'avère certes plus coûteuse, mais les modes alimentaires des employés apparaissent plus conformes aux exigences diététiques, préservant ainsi des facteurs de risques (ce qui peut aussi s'expliquer, partiellement, par la forte féminisation de cette CSP).

Le fait de n'expliquer la consommation que par le revenu ne permet donc pas de rendre compte de structures de consommation différentes à capital économique égal. Il convient donc de montrer combien les pratiques alimentaires, au même titre que les pratiques ludiques, culturelles, sportives, sexuelles, préventives (comportements à risques ou attitudes de protection, selon les cas), sont simultanément inscrites dans l'ordre social et culturel.

L'acte de manger, en réalité, n'est pas entendu, perçu, et même vécu de la même façon selon que l'on appartient aux classes « moyennes » et « supérieures », diplômées, ou aux classes populaires, sous qualifiées ; aussi retrouve-t-on une variation des styles de consommation qui est davantage le produit de facteurs socioculturels que de facteurs économiques [37]. Le goût en matière alimentaire, ainsi que les modes de consommation qui s'y rattachent, dépendent de l'idée que chaque classe se fait du corps et des effets de la nourriture sur le corps et sur la santé. De telle sorte que là où les classes populaires, plus attentives à la force du corps qu'à sa forme (exemple des travailleurs manuels), s'orienteront vers des choix de produits à la fois bon marché et nourrissants, les classes moyennes supérieures donneront leur préférence à des produits savoureux, bons pour la santé, légers et ne faisant pas grossir. Ici, l'alimentation participe de l'hygiène de vie, particulièrement chez les femmes, où il existe une concordance entre les impératifs diététiques et les goûts. Elle remplit donc une fonction qui s'éloigne du besoin primaire. Par ailleurs, la mise à distance du nécessaire, voire du vulgaire, opère ici comme une véritable stratégie de distinction. Cependant dans ce jeu infini et complexe de la distinction, où le goût est souvent un dégoût du goût des autres (et pas dans le seul domaine de l'alimentation...), la recherche explicite de distinction n'intervient pas. Car le plus souvent sont des conduites « distinguées » des conduites et des pratiques qui se distinguent du commun, ou du vulgaire, sans intention de distinction [38].

L'alimentation doit également participer activement d'un équilibre en termes de qualité nutritionnelle, devant surtout procurer des bénéfices du point de vue de la santé. Bien différentes sont les attentes et les vertus que l'on lui confère dans les catégories modestes et populaires.

Chez ces dernières, il semblerait que le discours soit plus critique et que l'on valorise le goût au détriment de la santé [39]. Il existe aussi une méfiance et un certain scepticisme par rapport aux discours porté par les institutions, tant par le milieu médical, que par l'école ou par les médias. On avoue plus facilement son goût pour des aliments peu diététiques

35. Bourdieu, P. (1978). *La distinction. Critique sociale du jugement*. Paris, Les Éditions de Minuit, p. 198.
36. *CREDOC, Cahier de recherche n° 232*, *op. cit.*
37. *Cf.* Bourdieu, P., *op. cit.*
38. *Cf.* Bourdieu, P. (1984). *Questions de sociologie*. Paris, Les Éditions de Minuit, p. 10.
39. Régnier, F., Masullo, A. (2009). Obésité, goût et consommation. Intégration des normes d'alimentation et appartenance sociale. *Revue française de sociologie*, *vol. 50*, n° 4, 747-773.

comme le ketchup, la charcuterie ou les frites. Quant aux enfants, on cherche d'abord à les satisfaire et à les gâter, sans se poser de questions outre mesure sur ce qu'est un régime alimentaire convenable. Il n'est pas question non plus de se priver, de *rogner* sur la quantité et la qualité des mets sous prétexte qu'ils favorisent un comportement alimentaire pouvant, à plus ou moins brève échéance, porter des atteintes sévères à la santé.

Au sein des fractions les plus diplômées du corps social, on est davantage attaché à inculquer de bonnes habitudes diététiques et l'on n'hésite pas à solliciter régulièrement le pédiatre ou le médecin si la corpulence semble excessive [40]. Chez les moins diplômés, l'embonpoint est mieux toléré, perçu plus aisément comme un indicateur de vigueur et de bonne santé. Beaucoup plus tard, à l'adolescence, on commence à se soucier du poids de ses enfants, à un âge où le regard des autres gagne en importance. Il semble néanmoins que ce « souci » puisse se manifester bien plus précocement, dès le plus jeune âge, puisque ces processus de stigmatisation, liés au regard de l'autre, opèrent certainement bien en amont, sans doute dès la crèche ou chez la nourrice, où les comparaisons peuvent être actives.

À mesure que l'on s'élève dans la hiérarchie des revenus et des diplômes, l'alimentation semble s'organiser autour de principes comme la raison, la retenue, la mesure, l'autocontrôle, principes révélateurs d'une certaine distance à la nécessité [41], voire d'une disposition, culturellement acquise, à mesurer et à évaluer systématiquement et rapidement les profits ou les coûts – ici en termes de santé – qu'engendrent tel ou tel type de consommation. L'alimentation reste d'ailleurs le domaine où s'affirme le plus explicitement et le plus efficacement le principe de dénégation des pulsions, propres aux classes dominantes [42], principe qui s'inscrit aussi dans un mouvement historique et dans un processus général, comme l'a si bien montré N. Elias [43].

Parmi les stratégies de distinction auxquelles recourent les membres des classes « supérieures », on remarque une tendance à privilégier, dans tous les domaines (alimentaire, vestimentaire, esthétique...) la forme sur la substance. À travers toutes ces formalismes (manières de table, raffinement...) s'exprime une manière de nier les besoins primaires, vulgaires, la réalité matérielle de la consommation. Dans les milieux modestes, il semble que l'on soit moins dans le calcul permanent des bénéfices que l'on peut tirer, ou des risques auxquels on s'expose lorsque l'on s'alimente. On s'attache ainsi davantage à être rassasié, à satisfaire un appétit stimulé par des conditions de vie – et notamment de travail – qui réclament des styles de consommation auxquels il est difficile, pour les individus, de se soustraire.

Il n'est pas exclu, aussi, que manger constitue un véritable refuge pour les classes défavorisées, symbolisant un espace où l'on échappe, illusoirement, au cumul des contraintes économiques et sociales : contraintes d'argent et de temps libre, précarité, manque de reconnaissance sociale, sentiment d'invisibilité, rapport au futur incertain, etc. Si les fractions aisées vivent dans un temps long, où la maîtrise de l'existence et de l'avenir passe

40. *Ibid.*

41. Bourdieu, P., *op. cit.*

42. Tissot, S., (2013), « Anything but Soul Food », goûts et dégoûts alimentaires chez les habitants d'un quartier gentrifié, in Coulangeon, P., Duval, J. (dir.), *Trente ans après La distinction de Pierre Bourdieu*. Paris, La Découverte, 141-152.

43. Elias, N., *op. cit.*

notamment par l'intériorisation de contraintes diététiques, les fractions les plus modestes, elles, vivent dans l'instant, leur condition sociale ne leur permettant pas d'anticiper. L'alimentation est à cet égard un des rares domaines où ces dernières ont l'illusion d'agir – et même de s'exprimer – librement, en s'affranchissant de toutes les restrictions, mais aussi de toutes les questions qui pèsent sur leur existence et leur devenir, souvent envisagé avec angoisse [44].

Sans que les choses demeurent figées ou vouées à une quelconque fatalité (rendant toute action/politique de santé publique inutile et inefficiente), l'analyse sociologique indique néanmoins que de fortes déterminations sociales pèsent sur les pratiques alimentaires. Les individus, à bien y voir, ont peu de prise sur ces conduites et peuvent difficilement se dérober aux exigences et aux choix alimentaires que leurs conditions d'existence imposent. En négligeant ces faits, à savoir l'étude des mécanismes puissants, souvent inconscients (incorporés), qui régissent ces pratiques et qui participent à la formation du goût – qui n'est d'ailleurs souvent rien d'autre que le goût du nécessaire –, on tend à surévaluer la part de la responsabilité individuelle dans des comportements qui, en réalité, dépendent de forces qui dépassent les individus et leur seule volonté, exprimée dans un libre choix, rationnel.

Si l'on observe que dans les catégories où le corps est l'outil de travail par excellence (ouvriers, salariés agricoles, employés de commerce, etc.), les individus privilégient des mets consistants, gras et riches, où la part des fruits et légumes est limitée, c'est que la nourriture a pour fonction première de régénérer une force de travail. En revanche, dans les milieux où le rapport au corps, à l'usage que l'on en fait est plus axé sur la forme – comme chez les travailleurs intellectuels ou chez les femmes où les fonctions sont plus de l'ordre de la conception, de la représentation – que sur la force ou la robustesse, on a tendance à développer des goûts correspondant à un certain souci de l'esthétique corporelle. Soumis à une vigilance permanente, le corps est alors envisagé autrement que comme instrument de travail, et le souci de préserver sa santé, passant notamment par un régime alimentaire de qualité, reste primordial. Plus qu'une machine que l'on sollicite intensément et que l'on régénère en substances, le corps est un bien que l'on préserve et dont on entretient la forme. Il est, à cet égard, investissement dans le temps [45].

Il est aussi intéressant de voir et de comprendre pourquoi, concernant la construction du goût, les individus ont dans une certaine mesure le goût de ce à quoi ils sont plus ou moins condamnés [46].

Les classes populaires, dans leur ensemble, faiblement dotées en ressources et supports [47], disposant d'un faible niveau global de capitaux (économique, culturel, social et symbolique), demeurent objectivement soumises à la contrainte de la nécessité et tendent à intérioriser leur condition et les pratiques qu'elle réclame. Or, bien qu'objectivement la liberté en matière de consommation se restreigne à mesure que l'on descend dans l'échelle

44. *Cf.* Bourdieu, P. (1997). *Méditations pascaliennes*. Le Seuil (chap. sur « L'être social, le temps et le sens de l'existence », 297-351).

45. *Cf.* Boltanski, L. (1971). Les usages sociaux du corps. *Annales. Économies, Sociétés, Civilisations*, *vol. 26*, n° 1, 205-233.

46. Bourdieu, P., *La distinction*, *op. cit.*, p. 199.

47. *Cf.* Castel, R., Haroche, C. (2001). *Propriété privée, propriété sociale, propriété de soi. Entretien sur la construction de l'individu moderne*. Paris, Fayard.

sociale, le goût du nécessaire peut être vécu comme choix consenti, rationnel, construit librement et résultant de la seule volonté individuelle. De nécessité faisant vertu, on en vient à préférer, à aimer ce que l'on est en réalité condamné, sociologiquement parlant, à aimer. C'est ainsi que selon le principe de l'habitus[48], qui tend à transformer des expériences incorporées propres à une condition objective en principe actif, les contraintes peuvent devenir des préférences.

Enfin, sans doute est-il aussi difficile d' « échapper » à son milieu en matière de consommation alimentaire, d'infléchir, en quelque sorte, l'empreinte de ses origines en adoptant des conduites qui vont à l'encontre du milieu familial et des valeurs inculquées et incorporées. On pourrait presque parler de « conflits de loyauté » par rapport à ses origines si les modes alimentaires s'écartent des valeurs transmises. De telles conduites tendraient à marginaliser les « traitres » – par rapport à leur milieu – qui s'y adonnent, allant ainsi à l'encontre de tout un système de valeurs, de pratiques, de manières d'être et de faire... donc d'un habitus. Et bien que ce dernier ne soit pas une structure rigide, puisqu'il est capable d'ajustements, notamment face aux situations nouvelles, et qu'il demeure sensible aux réaménagements introduits par l'expérience, il agit, en tant que principe générateur de pratiques, dans un présent restant largement conditionné par le passé. Ainsi, les chances que les expériences nouvelles (en matière d'alimentation par exemple), aient pour effet de redéfinir ou de réorienter complètement les pratiques, les goûts et les préférences incorporées, apparaissent minces – et à plus forte raison si les actions de prévention menées négligent ou n'intègrent pas assez le savoir sociologique sur ces questions –, comme le suggère la façon dont est structuré, et même « réglé » l'espace social des consommations.

Conclusion

Les disparités de mortalité entre groupes sociaux restent le produit de facteurs multiples. Seul un savoir global sur la société – impliquant aussi des efforts transdisciplinaires –, accompagné d'une analyse fine de la structure sociale peut permettre, selon nous, de rendre compte de la complexité des mécanismes qui contribuent à « produire » de l'inégalité devant la maladie et la mort. Nous avons considéré dans cet article un aspect de cette question, l'alimentation, et son poids relatif dans la détermination des états de santé. Les conséquences en termes de pathologies – et même d'espérance de vie – associées au surpoids et à l'obésité ont été clairement identifiées. Maladie sociale par excellence, l'obésité peut être regardée comme un facteur de surmortalité des classes populaires.

En montrant les déterminations sociales pesant sur les pratiques alimentaires qui, loin de procéder de seules décisions individuelles et de choix rationnels, s'inscrivent davantage dans des phénomènes plus globaux de reproduction sociale, on peut comprendre les limites, voir le caractère inopérant des campagnes de prévention, d'éducation à la santé (« mangez moins gras, consommez plus de fruits », etc.) pour réduire la morbidité et la mortalité différentielle. En tentant de convaincre les individus de modifier leurs pratiques, notamment alimentaires, en imputant donc à une responsabilité individuelle ce qui en réalité dépend de conditions sociales, les programmes gouvernementaux destinés à influencer les comportements individuels tendent, paradoxalement, à accroître les inégalités, dans la

48. Et ses déclinaisons sous forme d'ethos et surtout d'hexis (véritable manifestation physique / corporelle de l'habitus...).

mesure où ce sont les classes supérieures qui s'approprient le mieux les messages et qui sont les plus susceptibles d'être influencés par ce type d'intervention [49]. Sans compter que face aux attraits du marché des biens de consommation, les recommandations de l'éducation pour la santé ont peu d'effet ; les classes populaires ne résistent pas aux sollicitations de la publicité qui leur offre des compensations d'ordre social. Ils mettent au contraire un point d'honneur à se montrer de bons consommateurs adaptés à la modernité [50].

On voit enfin, à travers la question de l'obésité, combien l'ordre social se traduit dans les corps, devenus hors normes, qui portent les stigmates négatifs des origines et des conditions d'existence. Stigmate d'autant plus douloureux et difficile à porter que l'obèse est perçu – et peut se percevoir – comme seul responsable d'un état pathologique, assimilé à une preuve de mollesse et d'inertie, qu'il aura finalement « bien voulu », faute de s'en tenir scrupuleusement aux recommandations, voire aux injonctions, en matière d'éducation à la santé. En faisant de l'obésité un problème individuel, résultant de l'échec inacceptable de la volonté [51], on oublie, de notre point de vue, combien une société produit de l'obésité et combien les conditions objectives dans lesquelles se trouvent les classes populaires (faibles revenus, faible niveau d'instruction, insécurité temporelle, soumission à la nécessité, etc.) leur permettent difficilement de mettre en œuvre des pratiques qui répondent à d'autres exigences que celle de la pure nécessité.

Si l'alimentation constitue un fait social à part entière, l'obésité apparait aussi comme une véritable production sociale. Loin de s'inscrire dans l' « ordre naturel » des choses, l'obésité est bien un état qui relève d'une condition sociale et d'une histoire, liée à la place occupée au sein de la structure sociale.

Références bibliographiques

Aïach, P. (2010). *Les inégalités sociales de santé*. Economica Anthropos.

Bihr, A., Pfefferkorn, R. (1999). *Déchiffrer les inégalités*. Paris, La Découverte / Syros.

Bihr, A., Pfefferkorn, R. (2008). *Le système des inégalités*. Paris, La Découverte.

Boltanski, L. (1971). Les usages sociaux du corps. *Annales. Économies, Sociétés, Civilisations*, *vol. 26*, n° 1, 205-233.

Bourdieu, P. (1978). *La distinction. Critique sociale du jugement*. Paris, Les Éditions de Minuit.

Bourdieu, P. (1984). *Questions de sociologie*. Paris, Les Éditions de Minuit.

Bourdieu, P. (1997). *Méditations pascaliennes*. Paris, Le Seuil.

Braudel, F., Labrousse, E. (dir.) (1993). *Histoire économique & sociale de la France*. Paris, PUF.

Brousseau *et al.* (2001). *CREDOC, cahier de recherche n° 158.*

Castel, R., Haroche, C. (2001). *Propriété privée, propriété sociale, propriété de soi. Entretien sur la construction de l'individu moderne*. Paris, Fayard.

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

Chardon, O., Guignon, N., Guthmann, J.-P., Fonteneau, L., Delmas, M.-C. (2013). La santé des élèves de CM2 en 2007-2008. *Études et résultats n° 853, Dress*, septembre 2013.

Coulangeon, P., Duval, J. (dir.) (2013). *Trente ans après La distinction de Pierre Bourdieu*. Paris, La Découverte.

49. Aïach, P., *op. cit.* et Fassin, D., *op. cit.*
50. Pétonnet, C., *op. cit.*
51. Vigarello, G. (2013). *Les métamorphoses du gras. Histoire de l'obésité*. Paris, Points, coll. « Points histoire ».

De Saint Pol, T. (2007). L'obésité en France : les écarts entre catégories sociales s'accroissent. *INSEE Première* - N° 1123 - février 2007.

Elias, N. (1973). *La civilisation des mœurs*. Pocket Agora.

Fassin, D. (1996). *L'espace politique de la santé. Essai de généalogie.* Paris, PUF.

INSEE Première - N° 1025 - juin 2005.

INSEE Première - N° 1372 - octobre 2011.

Leclerc, A., Fassin, D., Grandjean, H., Kaminski, M., Lang, T. (dir.) (2000). *Les inégalités sociales de santé*. Paris, Inserm / La Découverte.

Menvielle, G., Leclerc, A., Chastang, J.-F., Luce, D. (2008). Inégalités sociales de mortalité par cancer en France : état des lieux et évolution temporelle. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire n° 33*, INVS, 2 septembre 2008.

Ministère des Affaires sociales, données 2013.

Mizrahi, A. (2001). Disparités sociales de vieillissement relatif et d'accès aux soins. *Gérontologie et société*, 2-11.

Muller, L. (2006). La pratique sportive en France, reflet du milieu social. *Données sociales – La société française*, Paris, INSEE, 657-663.

OBEPI-ROCHE. Enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité. Enquête INSERM/TNS Healthcare/Roche, 2009.

Obésité : bilan et prévention des programmes de prévention et de prises en charge (2006). Expertise collective, INSERM.

Organisation mondiale de la santé (OMS). *Statistiques sanitaires mondiales*.

Peto, R., Whitlock, G. (2009). Body-mass index and cause-specific mortality in 900 000 adults : collaborative analyses of 57 prospective studies. *Lancet*, 18 mars 2009.

Pétonnet, C. (1985). *On est tous dans le brouillard. Ethnologie des banlieues*. Paris, Galilée.

Poulain, J.-P. (2009). *Sociologie de l'obésité*. Paris, PUF.

Recours, F., Hebel, P. (2006). Les populations modestes ont-elles une alimentation déséquilibrée ? *CREDOC, Cahier de recherche n° 232.*

Régnier, F., Masullo, A. (2009). Obésité, goût et consommation. Intégration des normes d'alimentation et appartenance sociale. *Revue française de sociologie*, *vol. 50*, n° 4, 747-773.

Tissot, S. (2013). « Anything but Soul Food », goûts et dégoûts alimentaires chez les habitants d'un quartier gentrifié, in Coulangeon, P., Duval, J. (dir.), (2013). *Trente ans après La distinction de Pierre Bourdieu*. Paris, La Découverte, 141-152.

Vigarello, G. (2013). *Les métamorphoses du gras. Histoire de l'obésité*. Paris, Points, coll. « Points histoire ».