

# ”Faire régime” : approches différenciées d’une pratique corporelle en milieu populaire

Anne Lhuissier

► **To cite this version:**

Anne Lhuissier. ”Faire régime” : approches différenciées d’une pratique corporelle en milieu populaire. 2009. hal-02817120

**HAL Id: hal-02817120**

**<https://hal.inrae.fr/hal-02817120>**

Preprint submitted on 6 Jun 2020

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L’archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d’enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

**« *Faire régime* » : approches différenciées d'une  
pratique corporelle en milieu populaire**

Anne Lhuissier

Janvier 2009

**Working Paper ALISS 2009-01**



INRA UR1303 ALISS  
65, Bd de Brandebourg  
94205 Ivry-sur-Seine Cedex  
France  
<http://www.paris.inra.fr/aliss>

## **« Faire régime » : approches différenciées d'une pratique corporelle en milieu populaire**

LHUISSIER Anne <sup>1</sup>

<sup>1</sup> INRA, UR1303 ALISS, F-94200 Ivry-sur-Seine, France

*Résumé :* Dans les pays développés, l'obésité est inversement associée avec la catégorie socioprofessionnelle, de même que les pratiques de contrôle du poids. Ce constat est étayé par une abondante littérature, mais celle-ci n'aborde pas en détail la question des méthodes de régime mises en œuvre. L'article s'appuie sur les résultats d'une enquête qualitative menée par observation et entretiens auprès des participantes à une action d'éducation alimentaire dans le Nord de la France, où la prévalence de l'obésité est la plus forte. Nous montrons que la définition dominante du régime, y compris celle utilisée dans les enquêtes statistiques demeure assez éloignée des pratiques réelles. Parmi les femmes des milieux populaires coexistent des conceptions multiples de la démarche de perte de poids, qui s'expriment notamment dans le recours à différents types de professionnels (médecine/nutrition/groupes d'autosupport/autres), de produits (à ingérer sous forme liquide ou solide, à porter ou appliquer sur le corps), ou de techniques (corporelles, diététiques, culinaires). Ces différences se comprennent vis-à-vis des cultures somatiques propres à chaque fraction de classe, qui reproduisent en leur sein des différences plus générales relatives à la maladie, à la santé et à l'alimentation, qui clivent les groupes sociaux. Elles renvoient à un effet d'appartenance de classe et de fraction, et sont renforcée par un effet de trajectoire sociale, notamment lorsque la mobilité sociale des filles intervient à titre de socialisation inversée dans l'encouragement des mères à adopter leur propre norme de corpulence. A ces facteurs s'ajoute la dimension des relations familiales. A situation conjugale proche (familles monoparentales), c'est moins le statut marital qu'il importe d'observer que la force des liens familiaux. Ces résultats conduisent à s'interroger sur les conditions de possibilité de mise en œuvre d'une politique nutritionnelle à grande échelle.

*Mots-clés :* FRANCE, PERTE DE POIDS, CLASSE SOCIALE, FEMME, STATUT MARITAL

### **“Going on a Diet”: Differentiated Approaches to Dieting Among Working-Class Women**

*Abstract:* In developed countries, obesity is inversely associated with socio-professional categories, as are practices to control body weight. There is much literature to support this claim, although it does not address in detail the question of the methods used to diet. This article draws on the results of a qualitative investigation using observation and interviews with the participants of a food education programme in the north of France, where obesity is most prevalent. We will show that the dominant definition of dieting, including the one used in statistics surveys, remains somewhat far from actual practices. Among working-class women, numerous conceptions coexist with regard to the process of losing weight, shown in their turning to different kinds of professionals (doctors/nutritionists/self-help groups/others), products (to be taken in liquid or solid form, to wear or apply to the body) and techniques (physical, dietary or culinary). These differences may be understood with regard to the somatic cultures particular to each subdivision, which each reproduce the more general differences dividing social groups regarding disease, health and nutrition. They reflect an effect of belonging to a class and subdivision, and are reinforced by the effects of social trajectory, notably when the social mobility of daughters acts as inverse socialisation in encouraging their mothers to adopt their own standards for body weight. Domestic relationships are another dimension to be added to these factors. In single-parent households, it is not so much marital status that counts but rather the strength of family ties. These results lead us to call into question the possibility of implementing a policy for nutrition on a large scale.

*Keywords :* FRANCE, WEIGHT LOSS, OBESITY, WORKING CLASS, WOMEN, MARITAL STATUS

*« Moi, j'ai pas besoin de faire régime. J'ai simplement enlevé le sucre et les graisses, et j'ai décollé toute seule »*

Madame K., 42 ans, aide-ménagère, divorcée, 3 enfants à charge

*« J'ai fait la méthode Montignac pendant six mois ; enfin, ce n'est pas un régime »*

Madame J., 55 ans, employée municipale, ancienne visiteuse médicale, séparée

## Introduction

Les différences de statut socio-économique vis-à-vis du poids corporel et des pratiques de contrôle du poids sont depuis longtemps démontrées. Dans les pays développés, l'obésité est inversement associée avec la catégorie socioprofessionnelle, de même que les pratiques de contrôle du poids. Lorsque le statut socio-économique est mesuré par le niveau d'éducation, on observe une relation moins forte mais quand même marquée, alors qu'elle ne l'est plus avec le revenu (voir les revues de littérature suivantes : Sobal & Stunkard, 1989, Ball & Crawford, 2005). L'ensemble des recherches converge vers le constat selon lequel les femmes des milieux populaires interviennent plus tard pour mettre en œuvre un régime amaigrissant par rapport à une prise de poids constatée. Elles sont plus tolérantes vis-à-vis d'une prise de poids, reçoivent moins de soutien social pour suivre une alimentation saine et faire de l'activité physique, et sont moins engagées dans des pratiques de contrôle de poids (Jeffery & Simone, 1996, Wardle & Griffith, 2001, McLaren & Gauvin, 2002, Régnier, 2006, Saint-Pol, 2007). Des éléments d'interprétation ont été avancés pour comprendre les raisons pour lesquelles les femmes des milieux populaires sont moins réactives à l'égard de leur surpoids : la minceur comme marque de distinction sociale est plus présente dans les classes supérieures (Bourdieu, 1979, Mac Laren & Kuh, 2004, Régnier, 2006), le niveau d'éducation qui accroît le niveau d'attention porté aux images diffusées par les médias ainsi qu'aux messages d'éducation à la santé (Mac Laren & Kuh, 2004), les classes supérieures étant plus attentives à une démarche de prévention de leur santé (Boltanski, 1969, 1971, Wardle & Steptoe, 2003). Outre ces variables classiques, d'autres enquêtes examinent les variations de poids dans une perspective longitudinale, en examinant les effets de la mobilité sociale (Mac Laren & Kuh 2004), ou ceux des changements matrimoniaux (Lewis, McBride, Pollak, Puleo, Butterfield & Emmons, 2006). Sobal, Rauschenbach & Frongillo (2003) montrent notamment que les changements qui interviennent dans les statuts maritaux ont des incidences sur le poids, mais de façon différenciée entre hommes et femmes.

Si l'ensemble de cette littérature souligne la complexité du phénomène de la perte de poids, elle n'éclaire pas les modalités de la démarche de régime. On sait par exemple quel poids souhaitent perdre les personnes enquêtées, si elles ont déjà tenté des régimes (Williamson, Serdula, Anda, Levy & Byersportant, 1992), mais la question des méthodes n'est pas abordée. La littérature sur les groupes d'autosupport s'est penchée de façon précise sur leur idéologie, entendue comme un système de croyances, d'attitudes et de valeurs qui aide les membres à définir leur problème et la façon dont il peut être résolu (Suler & Barthelomew, 1986, Weiner, 1998, Martin, 2002). Allon (1975) montre que la perte de poids n'est pas le principal objectif ni le principal comportement qui apparaît dans les "diet-groups" qu'elle a observés. Stinson (2001) aborde davantage le plan de régime d'un groupe commercial type Weight-Watchers, y

compris les effets des modifications, par l'organisation, d'un certain nombre de principes du programme de base. En revanche, nous savons très peu de chose sur la mise en œuvre concrète de ce programme une fois les participantes rentrées chez elles. La littérature renseigne aussi sur les difficultés multiples (sociales et identitaires notamment) liées au surpoids et à la démarche de perte de poids. Des enquêtes plus anciennes, menées pour certaines dans la perspective théorique de l'interactionnisme symbolique, s'intéressent aux questions de stigmatisation et plus généralement au " vécu " de l'expérience de régime pour des personnes ayant perdu du poids (English, 1991, Laslett & Warren, 1975, Sobal & Jeffery, 1991). Ces questions liées à l'identité, davantage traitées dans les années 1980-90, connaissent aujourd'hui un renouvellement de leur problématique en s'intéressant aux effets d'une perte de poids rapide par l'intermédiaire de la chirurgie bariatrique<sup>1</sup> (Rubin, Shmilovitz & Weiss, 1993, Joanisse, 2004).

J'ai néanmoins repéré dans la littérature plusieurs manières d'appréhender les démarches de perte de poids : Wardle & Griffith (2001) construisent un score à partir de sept "habitudes alimentaires restrictives" [restrictive dietary habits], Masson (2004) utilise une liste de 13 méthodes de régime établie à partir d'entretiens qualitatifs, et Markey & Markey (2005) réutilisent une échelle (Weight Control Behavior Scale) établie d'après 24 méthodes<sup>2</sup> de régime, réparties entre les méthodes dites « saines » (healthy) telles que l'exercice physique, l'augmentation de la consommation de fruits et légumes ou la réduction des calories, et les méthodes dites « malsaines » (unhealthy) telles que les vomissements ou la prise de laxatifs. A la lumière de mon terrain, ces façons d'appréhender les démarches de perte de poids nous semblent normatives et/ou ethnocentriques. Proches des catégories et des pratiques des classes supérieures, elles sont aussi le fruit d'agrégats statistiques qui rassemblent sous une même catégorie de multiples situations sociales. Les enquêtes qualitatives laissent en effet penser qu'il existe des approches assez différenciées du régime. Les deux extraits d'entretiens cités en exergue montrent que les femmes partagent une définition de sens commun du régime comme démarche restrictive. « Faire régime » est l'expression par laquelle elles désignent leur propre pratique du régime, qu'elles décrivent en référence à définition de sens commun. Cette référence suppose de mettre en évidence l'écart entre la norme et les pratiques idiosyncratiques.

L'approche compréhensive permet de mettre en évidence les catégories et les pratiques avec lesquelles les femmes des milieux populaires pensent et mettent en œuvre une démarche de régime. Parfois éloignées de la conception dominante du régime, ces façons de faire et de penser sont perçues comme illégitimes dans la littérature. Elle méritent pourtant d'être étudiées en tant que telles pour mieux comprendre les rapports au corps et à l'alimentation des classes populaires, les plus touchées, rappelons-le, par le surpoids et l'obésité. Premièrement, ces pratiques ne sont pas strictement liées à une dimension diététique ou alimentaire. Focaliser notre attention sur une modification des pratiques alimentaires comme démarche pour perdre du poids, c'est supposer un lien direct entre alimentation et rapport au corps qui n'est pas établi tel quel dans la littérature portant sur les classes populaires. Il convient donc de changer de lunettes afin de déplacer le regard de la préoccupation strictement médicale, à l'approche sociologique de l'alimentation soucieuse de comprendre les conceptions du régime

---

<sup>1</sup> Il s'agit de la pose d'un anneau gastrique.

<sup>2</sup> Le même terme de « méthodes » renvoie dans les deux derniers articles à des comportements très différents : pour Masson (2004), il s'agit de noms de méthodes de restriction alimentaire, alors que Markey & Markey (2005), s'appuyant sur les travaux de French, Perry, Leon & Fulkerson (1995), prennent en considération à la fois la restriction alimentaire et d'autres procédés tels que les vomissements ou le recours à des cachets et laxatifs (annexe 1).

et la place qu'y occupe l'alimentation<sup>3</sup>. Etablir un lien direct entre alimentation et régime amaigrissant, c'est nier que l'alimentation puisse correspondre à d'autres fonctions sociales qui entrent directement en concurrence avec le régime. A propos de femmes de milieux populaires dans le Nord de la France, Schwartz (2002 [1990]) rappelle par exemple que « la question de la nourriture est un lieu très ancré de résistance à l'institution. Bien des femmes à qui un « régime » est conseillé se refusent à le suivre, parce que la nourriture est un droit acquis, une victoire sur la frustration, dont le renoncement est mal supporté » (p. 479). Ce faisant, il s'agit dans un deuxième temps, au-delà des agrégats statistiques, de saisir des singularités. Quelles sont les différences internes aux milieux populaires susceptibles de rendre raison de variations dans les démarches de régimes ? Un même score de perte de poids, même faible, constitue un résultat important en terme de santé publique. Il en cache un autre, non moins important, qui est celui des différences interindividuelles. Une même perte de poids peut masquer un travail corporel, des trajectoires sociale et familiale, ou des étapes du cycle de vie extrêmement variées qui portent à interpréter ce score de façon très différente. Ainsi l'attention portée au surpoids et au régime se comprend au regard de l'ensemble des comportements corporels et aux conditions objectives d'existence des personnes.

## Matériau et méthode

L'article s'appuie sur les données issues du suivi d'une action d'éducation alimentaire à destination de femmes obèses et en situation de précarité. Cette action s'est déroulée dans le Nord de la France, région où la prévalence de l'obésité est la plus forte (14% contre 10% pour l'ensemble des Français en 2003). Plus généralement, on retrouve en France une nette surreprésentation des obèses chez les ménages les plus pauvres par rapport aux plus aisés. Et cela est encore plus vrai pour les femmes que pour les hommes (Saint Pol, 2007). Pourtant, en dépit de ce constat, les enquêtes montrent que ce ne sont pas les personnes atteintes d'obésité qui suivent le plus de régimes amaigrissants : cette pratique est plus développée parmi les femmes des catégories intermédiaires et supérieures, les moins touchées par des problèmes de poids, le régime étant fait à titre d'entretien ou préventif. Ainsi en 2003, 7,5% des employés et 6% des professions intermédiaires et cadres supérieurs déclaraient suivre un régime, contre 3,4% des agriculteurs et 3,5% des ouvriers (Saint Pol, 2007).

L'action d'éducation alimentaire que j'ai étudiée – financée dans le cadre d'un plan national de politique nutritionnelle – consistait en une série de 12 séances réparties sur trois mois, visant à donner aux participantes les moyens d'être autonomes dans une démarche de perte de poids. Elle alternait éducation nutritionnelle par une diététicienne, sensibilisation à l'activité physique par un animateur sportif, et lutte contre la *restriction cognitive* par une psychologue. La participation à l'action était gratuite, mais pas sans contrepartie : les personnes intéressées devaient, pour s'inscrire, se soumettre préalablement à deux questionnaires (de santé et de consommation alimentaire qui étaient également posés à la fin de l'action pour en évaluer l'efficacité) et se munir d'une lettre de leur médecin traitant dans laquelle celui-ci devait donner son accord (cette demande ayant pour but d'impliquer plus personnellement les médecins dans la démarche de leurs patientes). L'action s'est déroulée dans un centre social, chargé de diffuser largement l'information. Mais les femmes qui se sont inscrites en ont eu connaissance par des moyens variés (voisinage, personnel hospitalier, médecin généraliste, presse locale).

---

<sup>3</sup> Sachant que nous n'abordons pas ici l'activité physique mais des interrogations similaires pourraient probablement être conduites à ce sujet.

L'enquête a consisté en une observation participante et en entretiens. Partant de l'hypothèse que ces séances d'éducation offraient un lieu d'observation privilégié de la rencontre entre deux systèmes normatifs distincts, celui des animateurs et celui des participantes, la combinaison de ces deux techniques a pu révéler toute son efficacité. J'ai pu ainsi mener un questionnement précis relatif aux modalités d'appropriation des messages alimentaires dans un double contexte : celui des séances (en interaction avec les animateurs) et celui du cadre domestique (en interaction avec les membres du ménage). J'ai observé les séances de deux groupes qui se sont déroulés entre janvier et septembre 2003. J'ai été présentée à la première séance comme une personne qui accompagnait l'action pour l'aider à fonctionner, celle-ci étant une expérience pilote. Puis j'ai progressivement trouvé ma place en me rendant utile (servir le café, installer la salle, aller chercher du matériel manquant). Une espèce de confiance est née du fait de ma présence continue à chaque séance (alors que les intervenants animaient les séances à tour de rôle), et j'ai fini par acquérir aux yeux des participantes un rôle de relais. Les observations ont été complétées par 18 entretiens individuels menés en partie avec des femmes ayant participé à ces deux groupes, et en partie avec des femmes ayant participé à des groupes ultérieurs pour lesquels je n'avais pas mené d'observations. En termes de situations familiale et professionnelle, les femmes rencontrées se répartissent entre une majorité de foyers monoparentaux (13 sur 18)<sup>4</sup> et des couples. Un tiers tire ses revenus d'une activité professionnelle (y compris les retraitées), un tiers d'une pension d'invalidité et un tiers vit des minima sociaux. Nous verrons dans cet article que le poids n'est pas la caractéristique déterminante pour comprendre leur demande et leur pratique de régime. C'est pourquoi nous n'affichons pas ici leur IMC (BMI) comme trait de description de la population enquêtée. Ceci aurait d'autant moins de sens que ce n'est pas une catégorie qui leur est familière, et aucune d'entre elles, à une exception près, ne s'est définie comme étant obèse ou en surpoids. En outre, leur apparence physique ne présage pas non plus de leur IMC : celles que je trouvais les plus corpulentes ne se sont pas toujours révélées celles ayant l'IMC le plus élevé et inversement.

L'analyse du matériau d'enquête a conduit à regrouper les femmes rencontrées en quatre groupes, selon leur type de démarche d'amaigrissement<sup>5</sup>. Si l'on s'interrogeait en termes nutritionnels, on observerait une gradation des pratiques, des plus aberrantes aux plus « recommandées ». Loin de tenir les premières pour négligeables ou comme un avatar au regard des normes nutritionnelles en vigueur, l'approche sociologique doit au contraire les prendre en compte et les analyser au même titre que l'ensemble des pratiques mises en œuvre. En d'autres termes, mon propos se situera moins vis-à-vis d'une échelle médicale d'efficacité ou de conformité à la norme, pour se concentrer sur ce que ces démarches révèlent du rapport que les femmes entretiennent plus généralement avec leur alimentation, leur corps et leur santé. Cette approche typologique, dont les groupes ne sont pas strictement étanches entre eux, permet de mettre en avant les principales significations d'une démarche de perte de poids et les caractéristiques de leur mise en œuvre. Elle rend possible également l'analyse de la façon dont les femmes se réapproprient l'information diététique délivrée dans les séances d'éducation nutritionnelle. J'ai déjà montré les décalages entre les objectifs qui sous-tendent l'action d'éducation (réduire l'obésité infantile et donc faire de l'éducation alimentaire à

---

<sup>4</sup> Selon l'INSEE, une famille monoparentale comprend un parent isolé et un ou plusieurs enfants célibataires (n'ayant pas d'enfant).

<sup>5</sup> Dans le cours du document, nous utiliserons de façon équivalente les expressions « démarche de perte de poids » ou « démarche d'amaigrissement ».

destination de la famille) et les attentes des participantes en termes de régime individuel<sup>6</sup>. Il semble important de s'interroger sur la signification accordée à la participation à ce type de dispositif pour « faire régime » et d'analyser de quelle façon les informations sont éventuellement réappropriées dans le cadre individuel et domestique.

## Le régime à l'épreuve des cultures somatiques

Voici deux groupes qui ont une conception du régime totalement opposée : à une démarche entreprise par l'intermédiaire d'actions sur le corps en dehors de toute modification des prises alimentaires, s'oppose une démarche de restriction alimentaire forte. Cette première opposition en révèle d'autres vis-à-vis du rapport à l'alimentation (du désintérêt à un intérêt majeur), à la maladie et la santé (mode du curatif pour les premières qui recourent plutôt à l'institution hospitalière *versus* mode préventif pour les secondes qui recourent plutôt à la médecine libérale) ; mais aussi dans les formes de recours au marché de la minceur (des produits de télé achat à l'officine pour les premières mais peu de consommation médicale, là où les secondes recourent immédiatement à la médecine de ville spécialisée) ; et dans le rapport au groupe (perçu comme groupe d'autosupport et instrumentalisé pour obtenir une opération chirurgicale ou au contraire rejeté car perçu comme stigmatisant).

### *Intervenir sur son corps*

Sont rassemblées dans ce groupe des femmes qui affichent les objectifs de perte de poids les plus importants, qui ont les IMC les plus élevés, qui sont également les plus handicapées physiquement par leur surpoids et les problèmes associés. Elles poursuivent l'objectif commun d'une prise en charge de leur perte de poids soit par la pose d'un anneau gastrique, soit par une cure diététique. D'emblée, elles situent leurs attentes dans une démarche qui leur est extérieure : intervention chirurgicale ou prise en charge hospitalière, l'action sur leur corps doit être non seulement encadrée mais aussi institutionnalisée. Ce groupe comprend des femmes nées dans les années 60-70<sup>7</sup>. Leur activité antérieure les situe toutes dans des emplois très peu qualifiés : « ancien agent d'entretien », « femme de ménage », « domestique » ou « garde d'enfants ». Vivant des minima sociaux, elles sont à présent très éloignées du marché du travail. Comme l'a souligné Bourdieu (1979), il existe au sein de chaque classe sociale un clivage important entre les femmes qui travaillent et celles qui ne travaillent pas, induisant des rapports au corps assez différenciés. Plus généralement, les femmes de ce groupe appartiennent aux fractions inférieures des classes populaires, issues de familles ouvrières,

---

<sup>6</sup> L'étude des séances et notamment des interactions entre les intervenants et les participantes permet de mettre en évidence deux niveaux de lecture. On constate d'une part que, à l'objectif de prévention de l'obésité, correspond en fait en arrière plan un objectif de prévention de l'obésité infantile. L'enquête montre d'autre part que cet objectif secondaire (de lutte contre l'obésité infantile) conduit les promoteurs de l'action à substituer, à un plan de régime individuel, de nouvelles normes alimentaires à l'intention de la famille. Ces objectifs sous-jacents ont conduit à une série d'incompréhension entre intervenants et participantes. Les principes énoncés pendant les séances ont en effet rapidement été mis en cause par les participantes. Elles trouvaient les messages trop peu prescriptifs ou inversement trop permissifs, et le discours alimentaire trop général (Lhuissier, 2006a).

<sup>7</sup> Cette tranche d'âge est relativement jeune par rapport à l'ensemble des femmes interviewées. Est-ce lié à une sélection au regard des critères pour une chirurgie bariatrique ou simplement à leur présence sur le marché matrimonial ?



dont les mères ne travaillaient pas notamment en raison de la présence de nombreux enfants. Mariées sans enfants, en couple mais dont les jeunes enfants (issus d'un premier lit) sont placés, ou divorcées avec de jeunes enfants, ces femmes vivent des situations familiales douloureuses pour la plupart. Elles ont pour point commun de nombreux problèmes de santé, liés ou non à leur obésité, et des épisodes dépressifs.

Leur poids est en effet un problème quotidien et de longue date et l'amaigrissement est une démarche dont elles ne se départissent pas. Seule la plus âgée n'aspire pas à la chirurgie bariatrique, mais plutôt à une cure diététique par la voie hospitalière, comme elle en a fait une l'année précédant l'entretien (pour une analyse détaillée de cette trajectoire, cf Lhuissier 2005, pp.10-13). On retrouve surtout dans leur démarches antérieures d'amaigrissement le même trait caractéristique d'interventions sur le corps. Elles se caractérisent par le recours à un grand nombre de techniques corporelles : utilisation d'objets à placer sur le corps dont on fait la publicité à la télévision ou dans les magazines (porter un pantalon corsaire, s'envelopper de cellophane, porter des chaussures aux semelles particulières etc.), recours à des thérapeutiques et techniques corporelles telles que l'acupuncture ou le yoga, ou ingestion de produits à boire ou à avaler, achetés avec ou sans ordonnance : tisanes diurétiques, produits homéopathiques, sachets hyperprotéinés ou médicaments coupes faim. Les techniques mises en œuvre ne supposent pas le réaménagement des habitudes alimentaires. L'intervention sur le corps doit suffire à conduire à une réduction du poids corporel. Ce type de recours à diverses techniques d'intervention sur le corps se conçoit au regard de leur conception de la maladie perçue sur le mode de l'accident, typique des classes populaires. Comme le soulignait Boltanski « Attendre du médecin qu'il vous donne un régime, c'est admettre que l'empire de la médecine ne se borne pas à la maladie, à l'exceptionnel, mais s'étend aussi sur la santé, sur le quotidien » (Boltanski, 1971, p.100). Or dans ce groupe, l'alimentation n'est pas perçue sur le mode préventif (voir aussi Régnier, 2008, Depecker, 2008).

L'alimentation n'est pas pour ces femmes un sujet d'intérêt majeur. Elles cuisinent peu - une alimentation à base de féculents et de produits de type snack - ne cherchent pas à s'informer spécialement sur l'alimentation (qu'il s'agisse de recettes, de santé ou autre) ni ne sont attentives à la qualité sanitaire, gustative ou diététique de leur alimentation. La seule mention du lien entre maladie et alimentation est liée aux interactions néfastes de leurs traitements médicaux sur l'appétit ou la digestion. Ce rapport à l'alimentation est également lié à la place occupée par la nourriture dans leur trajectoire individuelle et familiale et aux modes d'apprentissages. Pour certaines, l'alimentation, et surtout l'activité culinaire, ne vont pas sans rappeler des apprentissages précoces, sur le tas, liés à des expériences de séparation de la famille (l'une a appris à se faire à manger toute seule dans le foyer dans lequel elle a été placée adolescente, une autre a appris dès l'âge de 13 ans en tant que domestique placée dans la famille d'un médecin). Dans ce contexte, quelle est leur expérience de l'action d'éducation alimentaire à laquelle elles se sont inscrites, et des messages qui y sont délivrés ? Si ce qu'elles restituent des informations délivrées en séance varie énormément d'une femme à l'autre, on ne note pas en revanche de dissonance particulière entre des principes anciens et les nouveaux. La nature « non-diététique » de leurs expériences antérieures permet de comprendre le fait qu'elles restituent peu de principes qui auraient été préalablement acquis. Mais on peut aussi penser qu'il s'agit d'une adhésion transitoire dans la perspective d'une opération chirurgicale. Certaines sont ici sur les conseils du personnel hospitalier, leur demandant de suivre le groupe pour perdre du poids avant l'opération, mais aussi pour réfléchir et conforter ou non leur souhait de se faire opérer. Se placent-elles vraiment dans une optique de long terme vis-à-vis de ce mode de gestion de l'alimentation ? Ou est-ce qu'elles l'instrumentent en vue d'obtenir l'opération chirurgicale ?

## ***Intervenir sur son alimentation***

Les femmes de ce second groupe ont investi les valeurs des classes moyennes en matière de corpulence et comptent les IMC les plus bas. Survenue souvent à l'occasion d'un événement lié à leur métier, leur prise de poids est récente et perçue comme un problème esthétique qui doit être réglé rapidement et efficacement. Dans leur cas, la question du poids est indépendante des questions de santé mais se trouve davantage liée à l'activité professionnelle. Socialement, ce groupe présente en effet des configurations relativement différentes par rapport au précédent. Les femmes de ce groupe sont issues de la même génération que les précédentes. Bien qu'inactives pour la plupart au moment de l'enquête, elles sont moins éloignées du monde du travail. Il y a par exemple une ancienne caissière de supermarché qui commence avec sa fille - sortie du secondaire sans diplôme - une formation de secrétariat dans une école spécialisée, une ancienne aide médico-pédagogique contrainte d'arrêter de travailler pour invalidité, une technicienne supérieure en économie sociale et familiale (BAC + 2) en fin de contrat après 5 années d'activité. Si toutes ont exercé des emplois également très féminisés, ils sont socialement plus valorisés que les emplois occupés par les femmes du groupe précédent et révèlent pour certaines la présence de diplômes du secondaire et du supérieur. Leur démarche d'amaigrissement intervient précisément à une étape critique de leur trajectoire professionnelle où chacune est confrontée aux difficultés d'entrer, de se maintenir voire de sortir du marché du travail. Les plus jeunes souffrent d'un écart entre leur qualification et leurs aspirations professionnelles, les plus âgées du fait d'être écartées du marché du travail trop brutalement, à la suite d'une maladie ou d'un handicap. Toutes partagent une sorte de démarche de reprise en main d'elles-mêmes à travers la formulation d'un projet professionnel, de formation ou de retraite, travail sur soi qui passe aussi par la modification de l'apparence et de la silhouette.

A l'inverse du groupe précédent, elles vouent un réel intérêt à l'alimentation, qui dépasse la période de la démarche d'amaigrissement. Elles s'intéressent à la qualité de leur alimentation, tant sur le plan sanitaire que gustatif. Interrogées sur l'action d'éducation alimentaire, elles distinguent deux types d'informations qui y sont délivrées: celles qui, d'une part, relèvent du savoir général sur l'alimentation (« les bons conseils » qu'elles apprécient et dont elles peuvent faire bénéficier leurs enfants) ou qui visent à développer l'esprit critique face à l'offre alimentaire (savoir décrypter les allégations nutritionnelles sur les produits, etc.), et, d'autre part, les informations qui relèvent de la mise en pratique d'une démarche de perte de poids. Mais toutes partagent l'avis que ce deuxième type d'information n'est pas assez développé dans les séances, les animateurs mettant plutôt l'accent sur des aspects relevant davantage de l'économie domestique. La distinction qu'elles opèrent entre ces deux niveaux d'information les conduit à concevoir l'action en complément d'un régime strict, c'est-à-dire d'un savoir qui accompagne la pratique, cette dernière s'appuyant sur des techniques de type pesées, menus, rations, prescriptions/interdits etc. C'est pourquoi elles n'excluent pas d'aller consulter un spécialiste, notamment un endocrinologue, qui répondrait mieux, selon elles, à leur demande spécifique de prescription d'un régime strict. Appartenant pour la plupart à la fraction supérieure des classes populaires, occupant des emplois dans le secteur du travail social ou paramédical, issues de familles dont un des membres exerçait également un emploi dans ce secteur (on trouve de nombreux aide soignant(e)s parmi les parents et les grands-parents) les femmes de ce groupe ont un rapport à la santé qui tend à se rapprocher de celui des classes moyennes et supérieures et envisagent facilement de recourir à la médecine de ville. En outre,

au cours des séances, la dynamique de groupe ne prend pas avec ces femmes-là. Non seulement l'action d'éducation alimentaire ne correspond pas à leurs attentes en terme de régime, mais elles ont le sentiment qu'en les assimilant à des obèses, l'action les stigmatise. Certaines insistent sur le fait de ne pas se reconnaître dans les excès alimentaires décrits par d'autres participantes ; et dans ce cas, l'action joue l'inverse de son rôle : d'autosupport elle devient repoussoir. C'est pourquoi nombre d'entre elles ont progressivement abandonné les séances. Cet abandon se comprend différemment des abandons nombreux des femmes du groupe précédent, pour lesquelles l'alimentation n'est pas une priorité. Pour preuve telle jeune femme qui poursuit des séances de psychothérapie avec la psychologue de l'action, après avoir abandonné en cours de route ; le suivi psychologique étant perçu, selon elle, comme plus urgent que la perte de poids.

Ces différences en matière de pratique de régime se comprennent au regard des propriétés sociales des femmes de chacun des deux groupes. A leur niveau, elles reproduisent une différence plus générale entre les cultures somatiques propres aux classes populaires et aux classes supérieures. Comme l'ont montré les travaux de Boltanski (1969, 1971), le recours aux soins des classes populaires est de type curatif : les motifs amenant à consulter sont souvent plus graves et l'hospitalisation est plus fréquente. La maladie semble souvent vécue sur le modèle de l'accident. Dans ce cas, la tâche du médecin consiste d'abord à donner un remède. Pour les membres des classes populaires, l'acte médical est immédiatement agissant. Au contraire, les classes supérieures consultent plus tôt, et plus souvent à titre préventif. Le médecin est là pour donner des « règles de vie », c'est-à-dire donner des conseils qui peuvent ramener la santé, mais surtout prévenir la maladie. Pour les classes supérieures, la maladie est moins un accident brutal qu'une longue perversion de la santé : elle s'inscrit dans le temps. Ces deux définitions sociales de la santé et de la maladie s'expriment aussi à l'égard de l'alimentation : « Reconnaître, en effet, qu'il est des aliments qui conservent la santé, et d'autres qui peu à peu l'altèrent, c'est d'une certaine façon briser les limites bien nettes semble-t-il pour les membres des classes populaires, qui séparent la santé de la maladie, c'est admettre le passage progressif, et non pas brutal, accidentel, d'un état dans un autre » (Boltanski, 1969, p. 97). Exiger du médecin des remèdes énergiques ou des règles de vie, c'est bien manifester deux attitudes différentes devant la santé et la maladie. Ces deux attitudes sont elles-mêmes liées à deux types différents de rapport au corps et à l'apparence physique (Bourdieu, 1979, Lhuissier & Régnier 2005, Régnier, 2006, Saint Pol, 2006). Madame A. se situe à l'intersection de ces deux groupes, ou plutôt son parcours pondéral semble avoir évolué du premier vers le deuxième en même temps qu'elle s'élevait dans la hiérarchie sociale. La mobilisation successive de diverses techniques de régime semble en effet faire écho à sa trajectoire sociale ascendante. Au moment de l'entretien, madame A., issue d'une famille de 6 enfants d'immigrés algériens, est âgée de 45 ans, mariée, deux enfants, un fils de 13 ans autiste et une fillette de 8 ans. Elle a commencé à travailler à l'usine où elle a monté les échelons, et au moment de l'entretien dirige avec son mari une société de transport ambulancier. Elle participe à l'action d'éducation alimentaire sur les conseils de la psychologue de l'hôpital, dans le but de conforter son intention de se faire poser un anneau gastrique. Le recours à la chirurgie bariatrique doit clore une longue histoire de régimes alimentaires. Elle a fait son premier régime à l'âge de 16 ans, puis raconte avoir tout essayé en matière de régime y compris les médicaments les coupe faim jusqu'à ce qu'elle entende que « ça a fait du tort », mais aussi l'homéopathie et l'acupuncture. Il n'y a que les substituts de repas et les barres de régime qu'elle n'a pas essayé, « parce que ce n'est pas un repas » ; ces produits allant à l'encontre de la conception du régime qu'elle essaie de mettre en œuvre selon le principe « entrée-plat-dessert ». C'est après son mariage, avec un ingénieur en génie-civil, qu'elle commence à fréquenter Weight Watchers. Elle se dit très attachée à cette méthode,

avec laquelle elle a appris à « bien manger », c'est-à-dire « se nourrir sur le long terme convenablement ». Il y a dans son discours une substituabilité forte entre Weight Watchers et l'action d'éducation alimentaire<sup>8</sup>, entre lesquels elle trouve de grandes similitudes (bien que l'un soit payant, l'autre gratuit, et, comme elle le précise elle-même, « à WW, ce ne sont pas des médecins, mais peu importe »). Ainsi depuis les régimes désordonnés de sa jeunesse à la chirurgie bariatrique (l'opération a effectivement eu lieu quelques mois après l'entretien), c'est toute une trajectoire sociale ascendante et un parcours conjugal et médical que l'on voit se dérouler avec travers l'exemple de Madame A.

## **L'alimentation et la santé face au statut conjugal et aux ruptures familiales**

Les deux groupes suivants partagent une conception similaire du régime comme démarche qui ne doit pas être restrictive. Cette conception partagée de la démarche de perte de poids révèle un autre point commun entre ces femmes : le goût de la cuisine. Mais c'est aussi le goût pour l'activité culinaire qui les départage en deux groupes : pour les premières, les repas quotidiens sont la marque d'une vie familiale intense et l'occasion sans cesse renouvelée d'exercer et de partager ce savoir-faire. Pour les secondes, en situation de rupture familiale, le moment des repas est au contraire l'occasion de faire chaque jour le constat de leur solitude. Ainsi la cuisine (comme ferment de la vie familiale) et non plus l'alimentation (comme sujet d'intérêt pour soi et pour le reste de la famille) devient un vecteur de différenciation entre les deux groupes vis-à-vis de la réappropriation des informations diététiques (intégrées dans la cuisine quotidienne ou rejetées), du suivi du groupe (source d'informations diététiques *versus* occasions de sociabilité), du recours au marché de la minceur (achats de livres de recettes et d'ustensiles pour cuisiner) et plus généralement vis-à-vis du lien familial (échanges entre générations). Si la relation entre statut conjugal et poids est moins bien renseignée que celle entre statut conjugal et santé (Verbrugge, 1979, Waldron, Hughes & Brooks, 1996, Sobal, Rauschenbach & Frongillo, 1992, 2003) les études montrent que le lien n'est pas établi de façon aussi nette pour les femmes qu'il l'est pour les hommes. On ne dispose pas de résultats équivalents pour la France, mais l'exploitation de l'enquête santé montre par exemple que parmi les personnes qui répondent manger « pas très » ou « pas du tout » équilibré, déclarent consommer quotidiennement ou presque des produits de restauration rapide, boire du coca ou des boissons non allégées en sucre et ne jamais consommer (ou rarement) de fruits et légumes, se trouve une forte proportion de personnes en situation précaire, notamment au chômage, ou en rupture de couple (nous ne savons rien en revanche sur leur BMI dans l'analyse proposée par Makdessi-Raynaud (2005)). Notre analyse vise à approfondir la question du poids et du régime au regard du statut conjugal et de la situation familiale. Notre enquête conduit plutôt à s'interroger sur la relation entre statut marital et situation familiale.

### ***Un régime aux petits oignons***

---

<sup>8</sup> Substituabilité liée vraisemblablement dans les deux cas au fait que les dispositifs refusent de présenter leur démarche comme un régime, mais insistent sur les changements liés au mode de vie (Stinson, 2001).

Bien que les femmes de ce groupe comptent parmi les plus âgées, elles ne traînent pas derrière elles de longues histoires de régimes. Toutes se fixent comme premier objectif de stabiliser leur poids avant d'en perdre et s'inscrivent dans une démarche de long terme. Comme le dit l'une d'entre elles (ancienne chef de rayon aux Nouvelles Galeries, âgée de 70 ans) en évoquant le nombre de kilos à perdre: « je ne crois pas au père Noël ». Ce qui leur importe, c'est moins le nombre de kilos perdus dans les semaines à venir, que d'entamer une démarche d'amaigrissement tout en s'assurant de pouvoir continuer à manger sans se priver. Elles comptent peu d'expériences antérieures, et dans tous les cas, ce sont des tentatives ponctuelles, informelles (cachets, régimes alimentaires entrepris seules ou avec le généraliste), qui se sont soldées par des échecs. Avec l'action d'éducation alimentaire, c'est la première fois qu'elles s'adressent à des spécialistes de la nutrition. Il n'y a donc pas d'interférence dans la réception des informations diffusées en séances puisque ces informations ne se substituent à aucune autre. En particulier, les participantes découvrent et apprécient la « permissivité » du discours, qui leur permet de lever des interdits sur les aliments, incorporés de longue date : bananes, pâtes, pain, confiture etc.

L'activité culinaire donne la clé de compréhension de leur rapport à l'alimentation et au régime. Activité quotidienne liée aux échanges familiaux, c'est également par la médiation de la cuisine qu'elles se réapproprient et mettent en partie en œuvre les informations délivrées lors des séances. L'importance de la cuisine se comprend au regard des relations fortes que ces femmes, vivant en majorité sans conjoint (elles sont veuves, séparées ou divorcées), continuent d'entretenir avec leurs enfants, petits-enfants, leurs propres parents, voire leur ex-conjoint. Outre les services rendus (garde d'enfants...) elles continuent d'assurer les repas auxquels participent très régulièrement les membres de la famille, y compris ceux qui n'habitent plus sur place. L'alimentation tient lieu de transmission entre générations et permet la continuité des relations entre membres de la famille, surtout lorsqu'ils n'habitent plus sous le même toit.

Tel est le cas de madame F., ancienne visiteuse médicale, employée à la piscine municipale au moment de l'enquête. La cinquantaine, divorcée, elle a un fils d'une trentaine d'années et une petite fille âgée de 18 mois dont elle s'occupe un week-end sur deux. Récemment séparé de la mère de sa fille, son fils vit seul dans une grande maison et se consacre entièrement à son travail (il vient de monter une société d'alarme). Tous les matins, elle se rend chez lui pour lui apporter son repas, mais également sortir le chien, faire la vaisselle de la veille et le ménage. Plus généralement, l'alimentation occupe une place importante dans le quotidien de madame F. Elle consacre beaucoup de temps à la cuisine qui est, dit-elle, la seule chose qu'elle fait à part son ménage, son travail et s'occuper de son fils. Elle tient son goût et son savoir-faire pour la cuisine de sa mère qui cuisinait beaucoup (4 enfants), et de son père qui cultivait le jardin et continuait de lui apporter des légumes quand elle était mariée. L'alimentation fait l'objet d'une transmission familiale importante et scelle les relations sur plusieurs générations, quitte à en faire un objet de conflit. C'est ainsi que mère et fils s'affrontent sur la conception d'une alimentation de qualité pour la petite fille. Alors que madame F. préfère lui donner des légumes frais plutôt que des purées en pot, son fils rétorque que seuls des légumes cultivés à plus de 20 km d'une autoroute sont de qualité ; et lorsqu'elle achète des plats préparés « bio », cela ne convient pas au fils car il y a des morceaux. Bref, contrairement à la conclusion de madame F. pensant que son fils n'a rien retenu de ce qu'elle lui a transmis, ces tensions montrent l'intérêt que l'un et l'autre portent au domaine alimentaire.

En matière de cuisine, les femmes de ce groupe évoquent l'héritage culinaire de leur mère ou de leur grand mère à la fois pour le goût de la cuisine et pour le répertoire culinaire. Les

recettes dont elles ont hérité sont marquées par une empreinte géographique (le Nord de la France, la Pologne, l'Afrique du Nord), et, les enquêtées s'accordent à penser que ce répertoire est passé de mode au plan nutritionnel. Ceci n'est toutefois pas un obstacle, les femmes de ce groupe disant être parvenues à se reconvertir à une cuisine davantage conforme aux normes diététiques dominantes. C'est aussi par la cuisine qu'elles parviennent à réintégrer dans leur alimentation les informations délivrées dans les séances, par l'incorporation de « trucs », tours de main et autres recettes. Ici, la cuisine est le principal vecteur d'incorporation d'une information nutritionnelle. Cela se retrouve également concernant le recours au marché de la minceur, qui se manifeste dans leur cas par l'achat de produits pour cuisiner : feuilles de cuisson spéciales<sup>9</sup> de la marque Weight Watchers, livres de recettes dites diététiques, leurs achats en vue du régime concernent l'activité culinaire.

Socialement, elles appartiennent aux fractions ouvrières ou fractions supérieures des classes populaires. Certaines ont exercé des professions à clientèle comme visiteuse médicale ou chef de rayon dans un grand magasin. Bien qu'à la retraite, ces dernières restent très soucieuses de leur apparence. Ce souci transparaît dans la consommation de techniques et de produits d'entretien pour le corps, qui sont plutôt l'apanage des classes supérieures ( Boltanski, 1969). Si elles ne sont pas diplômées, ce n'est pas le cas de leurs enfants qui occupent des emplois de cadre dans le secteur tertiaire : informatique, banque, sécurité. Cette relative ascension des enfants se répercute sur les mères, dans une sorte de socialisation inversée<sup>10</sup>, notamment dans le rapport à l'alimentation et plus particulièrement aux régimes. C'est par exemple le cas de madame R., 48 ans, aide familiale, d'une mère aide soignante et d'un père ouvrier, et une fille de 30 ans cadre dans une société d'informatique. Mère et fille vivent à proximité l'une de l'autre, s'invitent régulièrement pour partager un repas, d'autant que la mère garde souvent ses petits-enfants. La fille ayant une voiture, elle amène sa mère faire ses courses tous les 15 jours. Ces nombreux échanges familiaux autour de l'alimentation n'ont pas été sans effet dans la démarche de madame R. d'entamer un régime. L'année précédant l'entretien, sa fille a suivi un régime avec des amies en recourant à Weight Watchers. Après avoir atteint son objectif de perte de poids, elle continue de surveiller activement sa ligne et représente un moteur et un soutien dans la démarche de sa mère.

### ***L'alimentation quotidienne source de plaisir et de stress***

Les femmes regroupées ici comptent de longues histoires de régimes, qu'elles ont entrepris seules ou par l'intermédiaire du corps médical (prise de cachets, et / ou conseils nutritionnels). Elles partagent toutes l'expérience du yo-yo. Elles entretiennent un rapport douloureux et de longue date au poids et à la démarche de perte de poids, qui s'exprime notamment dans le refus d'indicateurs de suivi du poids tels que la pesée, ou dans le fait qu'elles s'expriment en taille de vêtement plutôt qu'en kilos. Plus généralement, elles ont des problèmes de santé de longue date, qui, s'ils ne sont pas nécessairement liés au poids, tendent à le devenir ou à y être associés (diabète, éventration etc.). Leur approche du régime se veut progressive, surtout pour celles qui ont pratiqué des régimes radicaux (yaourt / café / cigarette) et se fixe pour premier objectif de stabiliser leur poids. Ces femmes ont pour point commun leur isolement social, en particulier familial. Veuves ou séparées, elles entretiennent des relations très conflictuelles avec leurs enfants, ce qui se répercute aussi sur leur alimentation. En effet, contrairement au

---

<sup>9</sup> Qui permettent de faire cuire des aliments sans ajouter de matière grasse.

<sup>10</sup> Ou socialisation réciproque, pour laquelle les schémas d'apprentissage proviennent des enfants dans la communication de nouvelles connaissances (Heilbrunn, 2001).

groupe précédent, les repas et la nourriture ne jouent plus le rôle de ferment des relations familiales. C'est cette situation qui les distingue du groupe précédent, alors même qu'elles en partagent les propriétés sociales.

Leur rapport à l'alimentation est doublement ambivalent. Il l'est tout d'abord parce que médiatisé par les expériences antérieures de perte de poids. Elles pensent leur rapport à la nourriture sur le mode binaire (j'ai droit / j'ai pas droit, c'est bien / c'est pas bien) et coupable, alors même que pour celles qui ont supprimé l'alcool et le tabac, l'alimentation est, disent-elles, le seul plaisir qui leur reste. Faisant des régimes depuis 30 ans pour certaines, le rapport à la perte de poids et à l'alimentation est surdéterminé par leur expérience de yo-yo et les changements dans les discours et les pratiques diététiques. Ainsi, tout en faisant le constat d'un échec des méthodes précédentes, elles ont du mal à se détacher des croyances/savoirs antérieurs et s'interrogent sur la légitimité des nouveaux conseils diffusés pendant les séances d'éducation alimentaire. Cette méfiance s'exprime à l'égard des animateurs et de l'efficacité de leur méthode. Elles mettent les anciens discours en concurrence avec les nouveaux, et en pointent ainsi les contradictions. Ce qu'elles abandonnent sans regret, c'est ce que d'autres recherchent et qui caractérise la diététique « rationnelle », c'est-à-dire basée sur les rations, et appelant la pesée (des aliments et des individus). Elles ne donnent plus leur poids en kilo mais s'expriment en taille de vêtement. Bref, elles réinscrivent les questions de poids dans une démarche plus générale que le seul régime : renouer avec le goût de la nourriture et avec leur apparence.

Ce rapport ambivalent à l'alimentation tient surtout à leurs relations familiales complexes. Comme la majorité des femmes rencontrées, elles sont veuves ou séparées. Mais elles s'en distinguent par le fait d'être fâchées avec leurs enfants et leur belle-famille. Dans ce cas, l'alimentation en tant que vecteur de convivialité ne joue plus le rôle qu'elle a joué lorsque la vie familiale était plus active (Lhuissier 2006b). A l'extrême, les épisodes familiaux se traduisent directement dans les variations de poids, comme c'est le cas de madame M., 54 ans, divorcée, ancienne aide-ménagère vivant depuis plusieurs années d'une pension d'invalidité. Lors de l'entretien, madame M déroule ses variations de poids en superposant la chronologie de son histoire pondérale à celle de son histoire familiale :

**Tableau 1 : variations de poids en fonction des événements familiaux**

Evénement	Variations du poids
12 ans, 1 <sup>er</sup> régime	Moins 20 kilos (soit 55 kilos)
Mariage	Plus 20 kilos (soit 75 kilos)
Décès petits garçons	Plus 25 kilos (soit 100 kilos)
Grossesse	Plus 30 kilos (soit 130 kilos)
Arrivée sur Lille / séparation	Perte de poids
A Lille	Reprise de poids
Décès de sa mère	Perte
Décès de son père	Perte
Dépression	Moins 20 kilos, taille 48
Situation actuelle	Plus 28 kilos, taille 50-52

Son récit laisse entrevoir deux périodes. La première, celle de sa jeunesse, pour laquelle elle exprime son poids en kilos et en suit précisément les évolutions. La seconde correspond à sa

vie de femme séparée, vivant seule avec ses filles. Là, elle ne s'exprime plus en kilos mais en taille de vêtement (ce que l'on peut interpréter comme un signe de honte ou comme un signe de moindre suivi médical et de surveillance stricte du poids). Pour madame M., la nourriture « ce n'est plus des repas, c'est une corvée ». Cette phrase montre à quel point les repas se sont vidés de leur contenu social en même temps que sa vie de famille se disloque. A l'image des femmes de ce groupe, elle évoque son alimentation dans un schéma « avant/après » dont la frontière est marquée par son divorce. Avant sa séparation, elle vivait dans sa ville natale, avec son mari et ses enfants. Elle cuisinait pour eux, préparait la gamelle du mari, et recevait très souvent ses parents et sa belle-famille. A présent, plus rien ne l'incite à cuisiner. Elle prend seule son repas de midi et ne partage pas son repas du soir avec sa fille, cette dernière préférant une alimentation de type junk food (pizzas, hamburgers) devant la télé. Contrairement à madame R. évoquée dans le groupe précédent, les relations de Mme M avec sa fille aînée, dont elle garde très souvent les deux jeunes enfants, n'est pas non plus le moteur d'une démarche de régime. Agée de 33 ans, sans diplôme ni emploi, l'aînée est atteinte d'obésité sévère mais, d'après sa mère, n'entame aucune démarche d'aucune sorte pour y remédier. En aucun cas la fille, qui ne se soucie pas de sa corpulence (ni de sa santé), ne se soucie en retour de celle de sa mère. Dans ce contexte, les femmes de ce groupe, à l'image de Mme M, perçoivent d'abord l'action comme une activité associative qui leur permet de sortir de leur isolement. Activité qui rythme la semaine et garantit de rencontrer des gens dont on partage partiellement les difficultés, le groupe joue dans certains cas, en priorité un rôle d'insertion sociale plutôt que d'éducation alimentaire.

## **Le régime amaigrissant : une définition médicale, des significations sociales**

L'enquête montre que la conception médicale du régime amaigrissant, basée sur la modification de l'alimentation quotidienne, tend à imposer une définition qui peut s'opposer, dans certains cas, aux fonctions et significations sociales de l'alimentation pour les candidates à une démarche de perte de poids. Dans le cas de femmes issues des milieux populaires, c'est nier par exemple que la nourriture est un droit acquis qui entre directement en conflit avec le principe de la restriction alimentaire en vue de perdre du poids. L'enquête montre que ces différences renvoient à un effet d'appartenance de classe et de fraction, combiné à un effet de trajectoire sociale. Ces conceptions du régime et leur mise en pratique se comprennent vis-à-vis des cultures somatiques propres à chaque fraction, qui reproduisent en leur sein des différences plus générales qui clivent les groupes sociaux, relatives à la maladie, à la santé et à l'alimentation. Les trajectoires sociales tendent à renforcer ces différences, notamment lorsque la mobilité sociale des filles intervient à titre de socialisation inversée dans l'encouragement des mères à adopter leur propre norme de corpulence. A ces facteurs d'appartenance et de trajectoire sociale s'ajoute la dimension des relations familiales. A situation conjugale proche (familles monoparentales), c'est moins le statut marital qu'il importe d'observer que la force des liens familiaux. Ces résultats conduisent à s'interroger sur les conditions de possibilité de mise en œuvre d'une politique d'éducation alimentaire à grande échelle.



## **Remerciements**

Je souhaite remercier toutes les personnes rencontrées dans le cadre de l'action « Changer pour mieux être » pour l'accueil chaleureux qu'elles m'ont toujours réservé ; M. Dubus, P. Hincker et M. Romon pour leur collaboration tout au long de cette enquête ; M. Darmon, F. Régnier et P. Cardon pour leur relecture attentive, et L. Haroutunian pour avoir inlassablement alimenté, non sans célérité, mes recherches bibliographiques.

Ce travail a été réalisé grâce à un financement de l'INSERM sur le thème « précarité et obésité » (convention d'aide à la recherche RRC-03-01). Il fait l'objet d'une analyse approfondie dans le cadre d'un financement ANR-Aliminfo 2008-2010.

## Éléments de bibliographie

- Allon, N. (1975). Latent Social Services in Group Dieting. *Social Problems*, 23 (1), 59-69.
- Ball, K., Crawford, D. (2005). Socioeconomic Status and Weight Change in Adults : A Review. *Social Science and Medecine*, 60(9), 1987-2010.
- Boltanski, L. (1969). *Prime éducation et morale de classe*. Paris, La Haye : Mouton.
- Boltanski, L. (1971). Les usages sociaux du corps. *Annales E.S.C.*, 205-231.
- Bourdieu, P. (1979). *La distinction*. Paris : Minuit.
- Chapman, G. E. (1999). From 'Dieting' to 'Healthy Eating'. An Exploration of Shifting Constructions of Eating for Weight Control. In J. Sobal, & D. Maurer (Eds), *Interpreting Weight. The Social Management of Fatness and Thinness* (pp. 73-86). New York : Aldine.
- Depecker, T. (2008). Les cultures somatiques : rapports au corps et diététique. Soumis.
- De Saint Pol, T. (2006). Corps et appartenance sociale : le cas de la corpulence en Europe. *Données sociales 2006*, Paris, INSEE, 49-56.
- De Saint Pol, T. (2007). L'obésité en France : les écarts entre catégories sociales s'accroissent. *Insee Première*, n° 1123.
- English, C. (1991). Food is my best friend : self-justifications and weight-loss efforts. *Research in Sociology of Health Care*, 9, 335-345.
- French, S. A., Perry, C. L., Leon, G. R. & Fulkerson, J. A. (1995). Dieting Behaviors and Weight Change History in Female Adolescents. *Health Psychology*, 14 (6), 548-555.
- Heilbrunn B. (2001). L'ange ou le diable ? L'influence de l'enfant dans les pratiques de consommation familiale ». In F. de Singly (dir.), *Famille et individualisation*, L'Harmattan, 2001, pp. 75-95.
- Jeffery, R. W., French, S. A. (1996). Socioeconomic Status and Weight Control Practices among 20- to 45- Year - Old Women. *American Journal of Public Health*, 86(7), 1005-1010.
- Joanisse, L. (2004). Reducing and Revisioning the Body : Women's Experiences of Weight Loss Surgery. Dissertation Abstracts International, A : The Humanities and Social Sciences, 65(1), 302-A.
- Laslett, B., Warren, C. (1975). Losing Weight : The Organizational Promotion of Behavior Change. *Social Problems*, 23(1), 69-80.
- Lewis, M. A., McBride, C. M., Pollak, K. I., Puleo, E., Butterfield, R. M., Emmons, K. M. (2006). Understanding Health Behavior Change among Couples : An Interdependence and Communal Coping Approach. *Social Science and Medecine*, 62(6), 1369-1380.
- Lhuissier, A. (2005). *Education nutritionnelle en milieu populaire : significations et pratiques du régime alimentaire*. Working paper Corela n°05-02.
- Lhuissier, A. (2006a). « Education alimentaire en milieu populaire : des normes en concurrence », *Le Journal des Anthropologues*, n° Spécial "Des normes à boire et à manger", n°106-107, 2006, pp. 61-76.
- Lhuissier, A. (2006b). Pauvreté, monoparentalité et alimentation, une étude de cas dans le Nord de la France. *Cahiers de Nutrition et de Diététique*, 41 (2), 104-110.
- Lhuissier, A., Régnier, F. (2005). Obesity and Food in Working Classes : an Approach to the Female Body. *Research in Economics and Rural Sociology*, n°3-4.
- Makdessi-Raynaud Y. (2005). La prévention : perceptions et comportements. Premiers résultats de l'enquête sur la santé et les soins médicaux 2002-2003. *Etudes et Résultats*, Drees, n°385.

- Markey, C. N., Markey, P. M. (2005). Relations between Body Image and Dieting Behaviors : An Examination of Gender Differences. *Sex Roles : A Journal of Research*, 53(7-8), 519-530.
- Martin, D. D. (2002). From Appearance Tales to Oppression Tales. Frame Alignment and Organizational Identity. *Journal of Contemporary Ethnography*, 31(2), 158-206.
- Masson, E. (2004). Le mincir, le grossir, le rester mince. Rapport au corps et au poids et pratiques de restriction alimentaire. Résultats d'une étude Ocha/CSA auprès des Françaises. In A. Hubert (Dir.), *Corps de femmes sous influence. Questionner les normes* (pp. 26-46). Paris : OCHA.
- McLaren, L., Kuh, D. (2004). Women's body dissatisfaction, social class, and social mobility. *Social Science and Medicine*, 58, 1757-1584.
- McLaren, L., Gauvin, L. (2002). Neighbourhood level versus individual level correlates of women's dissatisfaction : toward a multilevel understanding of the role of affluence. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 56, 193-199.
- Régnier, F. (2006). Obésité, corpulence et souci de minceur : inégalités sociales en France et aux Etats-Unis. *Cahiers de Nutrition et de diététique*, 41 (2), 97-103.
- Régnier, F. (2008). Le goût de la santé. Figures de réception du régime et des recommandations nutritionnelles. Soumis.
- Rubin, N., Shmilovitz, C., Weiss, M. (1993). From fat to Thin : Informal Rites Affirming Identity Change. *Symbolic Interaction*, 16(1), 1-17.
- Schwartz, O. (1990). *Le monde privé des ouvriers*. Paris : PUF
- Sobal J., Stunkard A. J. (1989). Socioeconomic status and obesity : a review of literature. *Psychological Bulletin*, 105(2), 260-275.
- Sobal, J. Jeffery, R. (1991). Obesity and Nutritional Sociology : A Model for Coping with the Stigma of Obesity. *Clinical Sociology Review*. 9, 125-141.
- Sobal, J., Rauschenbach, B., Frongillo, E. A. (1992). Marital Status, Fatness and Obesity. *Social Science and Medicine*, 35(7), 915-923.
- Sobal, J., Rauschenbach, B., Frongillo, E. A. (2003). Marital Status Changes and Body Weight Changes : a US Longitudinal Analysis. *Social Science and Medicine*, 56, 1543-1555.
- Stinson, K. (2001). Women and dieting culture. Inside a commercial weight loss group. New Brunswick, New Jersey and London : Rutgers University Press.
- Suler, J., Barthelomew, E. (1986). The Ideology of Overeaters Anonymous. *Social Policy*, 16(4), 48-53.
- Verbrugge, L. M. (1979). Marital Status and Health. *Journal of Marriage and the Family*, 41 (2), 267-285
- Waldron I., Hughes, M. E., Brooks, T. L. (1996). Marriage protection and marriage selection - Prospective evidence for reciprocal effects of marital status and health. *Social Science and Medicine*, 43( 1):113-123.
- Wardle J., Griffith, J. (2001). Socioeconomic status and weight control practices in British adults. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 55, 185-190.
- Wardle, J., Steptoe, A. (2003). Socioeconomic Differences in Attitudes and Beliefs about Healthy Lifestyles. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 57, 440-443.
- Weiner, S. (1998). The Addiction of Overeating : Self-Help Groups as Treatment Models. *Journal of Clinical Psychology*, 54(2), 163-167
- Williamson, D. F., Serdula, M. K., Anda, R. F., Levy, A., Byers, T. (1992). Weight Loss Attempts in Adults : Goals, Duration, and Rate of Weight Loss. *American Journal of Public Health*, 82(9), 1251-1257

## Annexe 1

Score « d'habitudes alimentaires restrictives » [restrictive dietary habits] (Wardle J., Griffith J, 2001) à partir d'une liste de 7 items :

- limit the amount of food you eat at meal times
- limit the amount of desert, cakes and sweets that you eat
- avoid or limit snack between meals
- avoid or limit fat and fatty foods
- avoid or limit sugar and sugary foods and drinks
- avoid or limit fried foods
- choose low fat or diet versions of foods where possible

Liste de méthodes de régime proposée aux enquêtées et établie à partir des données recueillies lors d'entretiens qualitatifs. (Masson 2004) :

Régime classique : grillade, poissons, légumes verts, yaourts et fruits
Réduire les quantités consommées
Eviter certains aliments :desserts, apéritifs...
Substituts de repas
Régime Weight Watchers
Régime hyperprotéiné mixte (sachet + repas)
Régime dissocié
Régime hyper protéiné tout en sachet
Régime Mayo
Régime Montignac
Régime Madeleine Gesta ou le « tout fromage blanc »
Régime du Dr Cohen
Régime Dr Fricker
Autre régime

Weight Control Behavior Scale (French, Perry, Leon & Fulkerson 1995)

Weight loss methods :

- |   |   |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Increase exercise</li> <li>- Increase fruit and vegetable intake</li> <li>- Decrease fat intake</li> <li>- Eliminate snacking</li> <li>- Eliminate sweets and junk food</li> <li>- Reduce kilocalories</li> <li>- Reduce amount of food</li> <li>- Change food type</li> <li>- Eat low-calorie foods</li> <li>- Skip meals</li> <li>- Eat less meat</li> <li>- Fast</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Diet pills</li> <li>- Vomiting</li> <li>- Eat less high-carbohydrate food</li> <li>- Appetite suppressants</li> <li>- Liquid diets</li> <li>- Drink less alcohol</li> <li>- Increase cigarettes smoked</li> <li>- Laxatives or enemas</li> <li>- Diet center with food</li> <li>- Weight loss group</li> <li>- Diuretics</li> <li>- Other</li> </ul> |
|---|---|

## ALISS Working Papers

### 2008

[2008-10](#) Hammoudi, A ; Nguyen, H.H. ; Soler, L.G. **Segregation and testing strategies for GM/non GM coexistence in supply chains.** *Aliss Working Papes 2008-010*, octobre 2008. 31 p.

[2008-09](#) Deola, C. ; Fleckinger, P. **Pesticide regulation : the case of French wine.** *Aliss Working Paper 2008-09*, octobre 2008, 23 p.

[2008-08](#) Lecocq, S. **Variations in choice sets and empirical identification of mixed logit models: Monte Carlo evidence,** *Aliss Working Paper 2008-08*, août 2008, 23 p.

[2008-07](#) Giraud-Héraud, E. ; Hammoudi, A. ; Hofmann, R. ; Soler, L.G. **Vertical relationships and safety standards in the food marketing chain,** *Aliss Working Paper 2008-07*, juillet 2008, 30 p.

[2008-06](#) Régnier, F. ; Masullo A. **Une affaire de goût ?". Réception et mise en pratique des recommandations nutritionnelles,** *Aliss Working Paper 2008-06*, juillet 2008, 51 p.

[2008-05](#) Giraud-Héraud, E. ; Grazia, C. ; Hammoudi, A. **Strategies for the development of brands in the agrifood chains,** *Aliss Working Paper 2008-05*, juillet 2008, 34 p.

[2008-04](#) Cardon, P ; Gojard, S. **Les personnes âgées face à la dépendance culinaire : entre délégation et remplacement,** *Aliss Working Paper 2008-04*, Juillet 2008, 22 p.

[2008-03](#) Allais, O. ; Bertail, P. ; Nichèle, V. **The effects of a "Fat Tax" on the nutrient intake of French Households,** *Aliss Working Paper 2008-03*, Juin 2008, 36 p.

[2008-02](#) Etilé, F. **Food Price Policies and the Distribution of Body Mass Index: Theory and Empirical Evidence from France,** *Aliss Working Paper 2008-02*, Juin 2008, 52 p.

[2008-01](#) Boizot-Szantaï, C., Etilé, F. **Le prix des aliments et la distribution De l'Indice de Masse Corporelle des Français,** *Aliss Working Paper 2008-01*, Mai 2008, 19 p.