

Le régime entre santé et esthétique ? Significations, parcours et mise en œuvre du régime alimentaire

Faustine RÉGNIER*, Ana MASULLO**

* Auteur correspondant : INRA, UR1303 ALISS, 65 boulevard de Brandebourg,
F-94205 Ivry-sur-Seine, France
e-mail : Faustine.Regnier@ivry.inra.fr

** INRA, UR1303 ALISS, F-94205 Ivry-sur-Seine, France / Equipe de recherche sur les inégalités sociales (ERIS), Centre Maurice Halbwachs (CNRS/EHESS/ENS)

Résumé – A partir d'un corpus de 85 entretiens semi-directifs, l'article expose une analyse du parcours, des significations et de la réception des recommandations reçues lors d'un régime visant au contrôle ou à la perte de poids. L'article met en évidence une triple opposition dans les acceptions du « régime » : en premier lieu, le régime comme hygiène de vie, intimement lié à la santé dans les catégories aisées, alors que la santé constitue rarement un but qui serait lié aux pratiques alimentaires en milieu modeste ; ensuite, le régime dans une optique préventive (chez les membres des catégories aisées) s'oppose au régime dans une optique curative (dans les catégories modestes) ; enfin, le régime expérimenté, source de la constitution d'un savoir personnel en matière d'alimentation, s'oppose au régime appliqué, où l'obsession de la perte de poids occulte toute constitution d'un savoir et toute appropriation personnelle. Les sources des régimes sont multiples – aux prescripteurs appartenant au domaine médical et aux programmes d'amaigrissement, s'ajoute l'influence des média, vecteurs privilégiés des régimes – et l'article met en évidence l'importance des relais d'information. Dans ce contexte, l'appartenance et l'intégration sociales constituent deux facteurs principaux qui conduisent les femmes à suivre un régime destiné au contrôle du poids, alors que le repli sur soi et les ruptures dans les trajectoires de vie génèrent souvent un désinvestissement dans le corps.

Mots-clés : alimentation, régime, recommandations nutritionnelles, minceur, santé

Dieting between health and aesthetics? Meanings, trajectory and implementation of diet

Summary – This paper analyses the meanings, trajectory and perception of nutritional recommendations concerning weight control and dieting, through 85 semi-directive interviews. The article underlines three oppositions concerning the meanings of "diet": firstly, dieting is closely linked to health (hygiene of life) in the upper strata, whereas in the lower strata health does not often constitute an aim; secondly, dieting is perceived in a preventive perspective and in a broad meaning in the upper strata, whereas in the lower strata it is taken in a curative and narrow meaning (targeting treatment on a short time); thirdly, dieting may constitute the basis of an experimented knowledge concerning overweight prevention, whereas dieting can remain an applied prescription, when the obsession of losing weight prevents obese people from constituting one's personal knowledge. Sources of nutritional recommendations are numerous, coming from the medical field and dieting programs, in a context of a strong influence of media. The paper underlines also the importance of opinions leaders. In consequence, social belonging and intensity of social links constitute two main factors helping women to follow a diet, whereas loneliness and breaks in careers are often at the origin of a significant disinvestment in body care.

Keywords: food, diet, nutritional recommendations, slimmness, health

Classification JEL : I10, I18, Z13, D10

Ce texte est issu d'une recherche qui a bénéficié du soutien financier de Ferrero, dans le cadre d'un contrat de recherche. L'analyse ultérieure des résultats de l'enquête s'inscrit également au sein de l'ANR-Aliminfo 2008-2010. Les auteurs remercient très vivement Sylvie Fainzang pour ses conseils judicieux lors du démarrage de cette recherche, Séverine Gojard pour ses encouragements durant la réalisation de la recherche et le travail de rédaction et Anne Lhuissier lors de la dernière étape de cet article. Ils sont très reconnaissants à l'égard de tous ceux qui leur ont permis d'effectuer le travail de terrain ; ils expriment enfin leurs vifs remerciements aux relecteurs de la *Revue d'Etudes en Agriculture et Environnement* pour leurs remarques et suggestions.

1. Introduction

« Pour votre santé, mangez moins gras, moins sucré, moins salé », « Pour votre santé, évitez le grignotage » : tels sont les slogans devenus quotidiens, diffusés dans le cadre du programme national Nutrition Santé (PNNS) lancé en 2001. Ils montrent la place prise dans l'espace public par la santé dans les liens qu'on lui suppose avec l'alimentation. Ils soulignent également l'association implicite de la santé et de la minceur, dans un contexte de forte médiatisation du développement de l'obésité. Dans ce cadre, la diffusion des recommandations nutritionnelles s'est fortement accrue et, sans qu'elles visent particulièrement le contrôle du poids, la prévention de l'obésité est un de leurs objectifs.

L'enquête à l'origine de cet article portait sur les goûts et leur relation avec la mise en œuvre des recommandations nutritionnelles reçues au sein d'actions de prévention ou de prise en charge de l'obésité (Régnier et Masullo, 2007)¹. Ses résultats s'inscrivent au sein des travaux sur le corps et, plus spécifiquement, sur le corps dans l'espace social (Boltanski, 1971 ; Bourdieu, 1979 ; Détrez, 2002 ; Darmon, 2008). Touchant au domaine des prescriptions, nos travaux font également appel aux travaux menés sur la diffusion des normes – L. Boltanski, dans *Prime éducation et morale de classe* (1969), pour les règles de puériculture et S. Gojard (2000) sur l'alimentation dans la prime enfance – ainsi qu'à ceux sur l'alimentation en milieu populaire (Lhuissier, 2006a, 2006b).

D'un point de vue méthodologique, l'enquête a été conduite par entretiens, dans un échantillon socialement contrasté de 85 individus. La recherche portait sur les goûts alimentaires au quotidien : question qui permettait l'instauration d'un climat de confiance et atténuait la sensation d'un contrôle sur l'alimentation familiale, afin de ne pas obtenir une simple récitation des règles nutritionnelles reçues. L'entrée en matière par les goûts nous permettait aussi de cerner le poids des messages de santé dans la détermination des appétences. Les individus ont été recrutés dans trois lieux où ils reçoivent une prescription nutritionnelle (un « régime » dans son acception commune), ou plus simplement des informations relatives au contrôle, voire à la perte du poids. Les entretiens ont également été conduits auprès de personnes non spécifiquement soumises à des règles en matière d'alimentation et recrutées sur le mode des relations interpersonnelles, avec la plus grande diversité sociale possible. Les entretiens, semi-

¹ Ce qui explique que dans ce texte, le « régime » soit le plus souvent un « régime amaigrissant », même si les différences mises en évidence concernant l'acception du terme valent quelle que soit la cause du régime (excès de poids, hypertension ou cholestérol, par exemple).

directifs, d'une durée moyenne d'une heure, ont tous été enregistrés et retranscrits, constituant un corpus de 800 pages qui a fait l'objet d'une analyse de contenu classique, ainsi que d'une analyse textuelle menée à l'aide du logiciel Hyperbase (voir, en annexe, l'encadré méthodologique).

La question du régime s'est révélée tenir, à l'analyse, une place particulière et très différenciée au sein d'une interrogation plus large sur les recommandations, en relation notamment avec nos lieux de recrutement. Suivis à l'hôpital ou dans des ateliers éducatifs destinés à la perte de poids, les individus, lorsqu'ils évoquent les recommandations nutritionnelles reçues, témoignent d'une forte préoccupation pour le « régime » : au seuil de 5 %, le mot « régime(s) » est significativement corrélé à leur discours. Les règles nutritionnelles qu'ils reçoivent à cette occasion diffèrent peu, qu'il s'agisse des consultations à l'hôpital ou des ateliers éducatifs. Ces règles sont conformes aux recommandations plus générales diffusées, par exemple, dans le cadre du PNNS : manger plus de fruits et de légumes, privilégier les sucres lents, réduire les graisses et les sucres rapides, ne pas faire de régime trop restrictif car voué à l'échec (« manger de tout »), retrouver le plaisir de cuisiner. Plus largement, et même pour les individus recrutés en population générale, la question du contrôle du poids est toujours très rapidement évoquée au cours de l'entretien. Enfin, sans que les campagnes de lutte contre l'obésité prônent explicitement la minceur, bien des individus reçoivent ces messages comme visant la minceur, et associent implicitement ou explicitement alimentation, santé et contrôle du poids.

D'autre part, la compréhension de ce qu'est un « régime » surgit à la comparaison avec les autres termes employés de sens proche. La notion de « message de santé » est rarement employée : de portée générale, le terme désigne notamment les slogans ou informations relevant de campagnes de communication en santé publique, mais également dans le domaine de l'industrie agro-alimentaire. Les « recommandations » sont plus fréquentes, faisant référence aux prescriptions, conseils ou règles reçus par les individus. En leur sein, les « règles » ont un caractère normatif, les « prescriptions » ont une connotation médicale, alors que les « conseils » font référence aux avis et expériences provenant de proches.

Ainsi, l'analyse des significations et des pratiques associées au « régime » à partir d'un questionnement plus général sur les messages liés à l'alimentation présente l'avantage de ne pas construire le concept de « régime » *a priori*, mais bien plutôt de permettre aux enquêtés de s'exprimer dans un contexte plus large et, par là, de saisir les significations multiples du terme, sans se fonder sur une définition relevant d'un concept savant (voir Grignon et Passeron, 1989). En menant une enquête au sein d'un échantillon diversifié, il est possible de dessiner les contours de la définition du « régime » telle qu'elle est présentée et mise en pratique par les individus. Cette représentation du « régime », propre aux individus interrogés, a des conséquences non seulement dans les représentations profanes du terme, mais également dans la mise en pratique des messages de santé liées à l'alimentation et, plus spécifiquement, aux régimes.

Le terme « régime » est en effet couramment employé, mais il relève de champs de significations différents, qu'il s'agisse du domaine profane ou savant, où le terme connaît des acceptions variées selon les époques, de la position sociale des individus ou de la discipline scientifique qui s'y réfère. L'enquête montre que le contenu et la mise en

pratique du « régime » sont multiples et ne visent pas toujours un objectif lié à la santé, alors même que le lien semble être au fondement de la définition du terme. Le *Petit Robert* (1991) en donne deux définitions. La première met en relation l'alimentation et la santé : le régime est un « ensemble de prescriptions concernant les aliments et destinées à maintenir ou à rétablir la santé ». La seconde définition évoque un ensemble de restrictions sans que la santé soit un but plus particulièrement visé : l'accent est mis sur le sens restrictif du « régime », « conduite alimentaire caractérisée par des restrictions : suivre un régime ». Le terme relève donc d'un ensemble de règles et le régime repose « sur un système de prescriptions et d'interdits, qui dresse une frontière entre aliments sains et malsains, aliments purs (fruits, produits non raffinés, etc.) et impurs (graisses animales, féculents, sucres rapides, etc.). Inversement, toute contrainte alimentaire n'est pas associée au mot « régime » (Régnier *et al.*, 2006, p. 69). Certaines contraintes peuvent en effet être présentées et vécues sous la forme d'une préférence, d'une question de goût ou d'une habitude : la contrainte est intégrée, vécue comme normale car allant de soi. Dès lors, quelles sont les représentations, conceptions et mise en pratique du régime chez les individus ? Existe-t-il une acception communément partagée du « régime », ou bien peut-on, au contraire, dégager plusieurs significations du terme ?

La première partie de l'article s'attache aux différentes conceptions du régime : peut-on en effet repérer des formes, socialement différenciées, du régime et de sa mise en œuvre ? Quels sont les principaux clivages ? L'article analyse ensuite le parcours, socialement défini, qui mène de l'émission d'un régime à son appropriation par l'individu, ainsi que l'importance des relais dans la diffusion et la mise en œuvre d'un régime. A partir de la mise en évidence du rôle de l'intégration sociale, notre regard se penche enfin sur le désir de minceur et de contrôle du poids : quels éléments peuvent éclairer la mise au régime d'un individu et son investissement dans le corps sous le mode du contrôle du poids ?

2. Les différentes conceptions du « régime »

L'enquête met en évidence différentes conceptions du « régime » ainsi que les trois principales oppositions dans le sens, l'usage et la mise en œuvre du terme.

2.1. Suivre un régime pour être en bonne santé ?

L'opposition principale relève du clivage entre les individus en milieu modeste (ouvriers, employés)² pour qui le suivi d'un régime, vécu plus souvent comme contrainte imposée par l'extérieur, ne constitue pas la priorité, et les individus aisés

² La catégorie 'modeste' que nous employons se compose des ouvriers et des employés, regroupement qui nous permet de tenir compte du niveau de revenu, mais également des styles de vie. Au fil du texte, nous précisons, pour ces catégories modestes, les cas où nous avons affaire plus particulièrement à des foyers précaires ou, à l'inverse, à des foyers en processus d'ascension sociale (voir encadré méthodologique). Notre catégorie 'aisée' comprend les cadres et professions intellectuelles supérieures, ainsi que les membres des professions intermédiaires, proches en termes de pratiques d'entretien du corps. Cette opposition en deux groupes reflète les clivages principaux concernant le rapport au « régime », même si l'échantillon a été constitué sur une base plus diversifiée.

(cadres, professions intermédiaires), dont le type d'intégration sociale favorise l'écoute et le suivi du régime³. Les individus de l'enquête font, en effet, apparaître une forte opposition concernant le lien qu'ils posent – ou non – entre alimentation, santé et minceur, entre catégories aisées et catégories modestes (Régnier et Masullo, 2007).

Dans les catégories aisées, les individus établissent immédiatement, dès les premières minutes de l'entretien, une relation entre ce qu'ils déclarent aimer manger, la santé et la ligne. Pour autant, quand ils décrivent les normes nutritionnelles suivies, ces individus les associent rarement au mot « régime » (qui désigne le régime amaigrissant ou la prescription médicale), peu employé : signe d'une incorporation des normes ainsi qu'une aisance dans leur application, signe également d'un moindre sentiment de contrainte à leur endroit. La préférence va aux termes « principes » ou « règles alimentaires », qui fondent le régime quotidien au sens large, celui des « règles de vie, de conduite, de santé » (Rey, 1998, p. 3 144) et dans cette acception, la diététique relève de l'hygiène de vie. Elle peut être conçue comme « *un avatar des thérapies d'inspiration hippocratique et galénique, qui faisaient du régime – de la diète au sens propre de "genre de vie", qui ne se bornait pas à l'alimentation, et que nous appellerions plutôt une "hygiène de vie" – un usage médical* » (Vialles, 2004, p. 116) :

*« Et les repas du soir, en fait, on essaie de faire des repas qu'on prépare nous-mêmes, déjà, on fait toujours un peu attention qu'il y ait une sorte d'équilibre dans les repas, donc c'est-à-dire, allez, on fait en sorte que les enfants mangent des légumes, euh qu'il y ait des fruits, on fait attention qu'il reste toujours des fruits à la maison (...) on fait attention de pas sombrer dans la facilité, quoi. » (M. Fontaine, cadre, en couple, 2 enfants, corpulence « normale »)*⁴

En outre, dans les catégories aisées, le contrôle du poids et de l'alimentation est constant et la réaction au surpoids est rapide. Le fait n'est pas nouveau : le rapport au corps, et particulièrement au corps féminin, diffère selon l'appartenance sociale (Boltanski, 1971) et l'intérêt porté à la minceur, critère de l'excellence corporelle, croît avec la hiérarchie sociale (voir Darmon et Détérez, 2004 ; Vigarello, 2004). Il est particulièrement fort chez les femmes cadres, mais aussi chez les membres des professions intermédiaires, pour lesquels la minceur est désirable à la fois pour des raisons esthétiques et pour des raisons de santé (Régnier, 2006). Ainsi, l'alimentation et le contrôle du poids participent chez eux d'une démarche de santé où règles et principes généraux régulent les pratiques. Dès lors, l'intégration des contraintes et des restrictions relève d'un choix personnel, autonome et valorisé dans l'entourage proche, et sont concordantes avec un socle déjà assimilé et partagé de pratiques et de représentations en matière d'entretien du corps.

³ Une analyse s'attachant aux différenciations internes et aux clivages intermédiaires est menée dans Régnier et Masullo (2009).

⁴ Nous indiquons à la suite des extraits d'entretien le nom fictif de la personne interrogée, sa profession, sa situation maritale et sa corpulence. Nous indiquons pour les femmes mariées au foyer la profession du mari.

Des différences apparaissent dès lors selon les groupes sociaux dans les usages des termes employés. En catégorie modeste, le terme « régime » est appliqué à un message qui sera qualifié par les individus en milieu aisé de « recommandation » – si elle provient d'un tiers – ou de « règle » – si elle est issue d'une expérience personnelle. En outre, en milieu modeste, la question du lien – rarement établi spontanément par nos interlocuteurs, sauf quand il s'agit des enfants ou dans les cas d'une maladie avérée – entre alimentation, santé et minceur semble incongrue. Madame Martin ne réagit au surpoids de son enfant que lorsque celui-ci, qui ne supporte plus les moqueries de ses camarades, décide de ne plus aller à l'école. La question prend alors de l'ampleur et elle décide d'aller voir une diététicienne :

« Là, au bout de trois quarts d'heure en pleurant, il me l'explique. Je lui ai dit 'c'est pas grave. On va aller voir un médecin et on va lui expliquer.' Le gamin, il a été trois jours sans vouloir aller à l'école. » (M^{me} Martin, coiffeuse, en couple, 2 enfants, corpulence normale, 1 enfant en surpoids)

Cela ne signifie pas pour autant que les individus en milieu modeste n'ont pas connaissance des recommandations nutritionnelles portant sur le contrôle du poids. Tout au contraire, ces recommandations sont connues et mentionnées, par exemple l'injonction à réduire la consommation des graisses ou des sucres rapides, mais elles modifient peu les pratiques :

« Non, je me suis jamais demandé si c'est bien ou pas bien de manger un... (...) Parce que sinon j'aurais cuisiné à l'huile au lieu de cuisiner au beurre, parce que c'est l'équivalent en nombre de matières grasses mais il y en a une qui est meilleure que l'autre, mais euh... alors que non : mon habitude alimentaire elle était comme ça, et je me suis pas posé la question si c'était bon ou pas bon, c'était mon habitude et puis voilà, quoi. » (M^{me} Dubreuil, employée administrative, célibataire, obèse)

Le domaine de l'alimentation vient illustrer ce que d'autres travaux sur la santé ont souligné : la diffusion du savoir médical et des discours préventifs ne modifie pas forcément les conduites (voir Moatti *et al.*, 1993, à propos du sida ; pour le domaine alimentaire, voir Pierret, 1996). Pour ce qui concerne la minceur, il s'agit moins en milieu populaire d'une question de santé que d'une question d'esthétique, et les préoccupations en matière d'alimentation relèvent de « logiques autres que médicales » (Fainzang, 2001 ; voir aussi Fainzang, 1997).

Pour les individus en milieu modeste, et plus encore ceux qui sont soumis aux plus fortes contraintes budgétaires, le suivi d'un régime ne constitue pas une priorité, et l'application de prescriptions et d'interdits alimentaires ne fait guère sens, car ils vont à l'encontre des goûts et des habitudes alimentaires. Ainsi, les individus interrogés dans cette catégorie déclarent plus fréquemment aimer nombre d'aliments ou de plats qui sont réprochés sur le plan diététique par les membres des catégories aisées :

« On aime tout ce qui est pâtes, steak, frites... Enfin c'est plus les enfants... Mes filles, c'est plus frites, steak, pâtes, ketchup. » (M^{me} Kaba, au foyer, mari ouvrier, 4 enfants, obèse, 1 enfant obèse)

2.2. Le régime : visée préventive *versus* visée curative

La manière dont est conçue la relation entre pratiques alimentaires et santé relève de l'opposition entre milieux modestes et milieux aisés. Elle en révèle une deuxième qui repose sur un clivage entre le régime conçu dans une perspective préventive par les catégories aisées, au régime conçu dans une perspective curative par les catégories modestes (cette opposition est également développée dans la contribution de T. Depecker). Dans les catégories aisées, la santé est conçue au long terme. L'alimentation relève d'une hygiène de vie et le régime est pris dans son acception ample (*regimen*, *-inis*, de *regere*, diriger) : c'est le régime quotidien, au sens large, comme mode de vie, acception qui renvoie au sens le plus ancien du régime comme pratique de santé et ensemble de règles de vie, « dont l'origine remonte aux sources mêmes de la médecine » (Remaury, 2000, p. 136) et qui ne se limite pas au domaine alimentaire.

Les individus prennent en compte à la fois les différentes catégories d'aliments et la façon de les associer. L'horizon dépasse le temps du repas pour concerner la journée, voire la semaine tout entière. Les aliments perçus comme « sains » sont privilégiés – fruits, légumes, poisson, produits laitiers non aromatisés – et associés au plaisir de manger. Les aliments dits « malsains » – sodas, plats préparés, charcuterie, chips – sont systématiquement évités, ou consommés en petites quantités et uniquement de temps en temps, quand ils ne sont pas purement et simplement considérés comme mauvais au goût, voire de mauvais goût. Enfin, les recommandations nutritionnelles reçues par un individu souhaitant perdre du poids ou pour des problèmes de cholestérol, par exemple, valent pour tous les membres de la famille, y compris ceux qui ne sont pas en surpoids ou dont la santé ne pose pas problème.

A l'inverse, le régime en milieu modeste relève du curatif et l'optique est à plus court terme. Dans les milieux modestes, l'alimentation n'a des conséquences sur la santé que dans la mesure où elle peut provoquer des problèmes digestifs ou une intoxication, ou quand elle est perçue comme le véhicule d'une maladie, radicalement opposée à la santé. L'aliment mauvais est celui qui provoque immédiatement des désagréments ou une réaction soudaine du corps (mal au ventre, allergie). Il est éliminé et sa consommation est contrôlée. Il est certes des aliments bons pour la santé, qui peuvent posséder des vertus thérapeutiques, mais il ne s'agit pas du régime alimentaire dans son ensemble.

Dès lors, les règles ou les régimes alimentaires véhiculés soit par les campagnes de santé publique, soit par les professionnels de santé ou les acteurs sociaux relèvent d'un souci de santé, voire d'une optique de prévention de l'obésité et souvent étrangers aux individus de milieu modeste, où il ne va pas de soi que le contrôle du poids constitue un but de santé ou d'esthétique. Le régime en milieu modeste relève du curatif et l'optique est à plus court terme qu'en milieu aisé. Les pratiques alimentaires et de régime en milieu modeste, et plus encore dans sa marge la plus précaire, viennent ici confirmer les études réalisées par P. Chauvin et I. Parizot sur l'accès aux soins et les inégalités sociales dans un contexte plus large de santé (Bazin *et al.*, 2006).

Plus encore, dans ce cadre où le régime est pris dans sa stricte acception – celle d'une restriction alimentaire – il peut venir menacer le corps, en l'affaiblissant. En

milieu modeste, perdre du poids peut être vu comme venant fragiliser le corps. Prendre soin du corps, « *ce n'est que très peu souvent entreprendre un régime. Cette attitude qui relève d'une médecine soustractive apparaît comme menaçante* » (Legrand-Sébille, 2005). Le suivi d'un régime peut être également rejeté quand il est exclusivement perçu dans un but de minceur, dans un contexte où celle-ci est perçue comme une norme esthétique imposée et sans aucun lien avec la santé. Madame Samir, étudiante, célibataire, considère par exemple que l'envie de maigrir et la recherche d'une conformité à l'idéal de minceur est une « maladie française » qui a désormais traversé les frontières internationales pour s'installer même en Algérie, son pays d'origine. Le poids des traditions culturelles peut également intervenir dans la difficulté à suivre un régime : dans les situations de migration, la pression familiale peut également être particulièrement forte, lorsqu'il s'agit de modifier les plats traditionnels (par exemple, en les allégeant en matières grasses), car ils sont devenus une « *représentation presque mythique non seulement de l'alimentation du groupe, mais en partie de son identité* » (Calvo, 1982, p. 420).

Le régime peut certes avoir une connotation positive quand la personne vise une perte de poids à laquelle elle perçoit des avantages, sur le marché matrimonial ou sur celui de l'emploi, par exemple. Dans ce cas, le « régime » est pris dans une acception étroite : le régime strict et limité dans le temps, qui doit avoir des effets rapidement. Acception étroite également car le « régime » désigne presque exclusivement le régime amaigrissant – voire tout autre régime soustractif visant à réduire la consommation de sel ou à faire diminuer le cholestérol –, sens plus récent dans l'histoire de la notion (Rey, 1998, p. 3144).

La mise au régime entraîne des changements dans les pratiques alimentaires qui sont plus ponctuels qu'en catégorie aisée et, puisqu'il s'agit d'appliquer un remède, la prescription ne vaut que pour celui qui a un problème de poids, qui est alors « au régime » par élimination ou contrôle de l'ingestion de certains aliments, mais ces recommandations ne modifient pas l'ensemble de l'alimentation familiale. Elles peuvent en revanche avoir des conséquences sur la socialisation de la personne en surpoids, mise à l'écart lors des repas ou des sorties à l'extérieur. Cette optique curative et restrictive du régime en milieu modeste explique les résistances aux programmes de prise en charge de l'obésité (voir Lhuissier, 2006b, sur le décalage entre la visée des programmes d'éducation nutritionnelle, à destination du groupe familial, et les attentes des participantes, dans une optique individuelle).

Dans certains cas cependant, des femmes en milieu populaire sont conduites à appliquer un régime au long terme, à modifier les pratiques alimentaires de l'ensemble de la famille : lors de la confrontation directe à la maladie, la leur ou celle d'un proche. Compte alors moins, dans le suivi du régime, la circonstance de prescription du régime (recommandation médicale ou désir personnel de maigrir) que ce que les travaux sur les campagnes de prévention du sida ont montré : c'est « la proximité tant individuelle que socioculturelle avec la maladie » qui influe le plus fortement dans l'adoption des conduites de prévention (Moatti *et al.*, 1993). Madame Charles, employée (assistante commerciale), suivie en milieu hospitalier pour son obésité, a très rapidement modifié ses habitudes suite aux problèmes de santé de son fils qui, à l'âge de 3 ans, est passé très près de l'occlusion intestinale. Décivant les repas traditionnels de sa famille

(« tout ce qui est gras, pas trop de légumes »), originaire du Nord de la France, elle explique :

Q : « Ça vous est venu d'où, le déclin ?

Ben depuis que j'ai mon, le premier, il a eu des problèmes d'intestin. Donc, à l'hôpital, ils m'ont dit qu'il y ait beaucoup de fibres, tout ça, donc de là, on a vraiment changé l'habitude alimentaire. C'est un peu plus dur pour lui, mais on y est arrivé (...). Faut dire qu'on a eu peur, de ce qu'il a eu. »
(Madame Charles, employée, en couple, 2 enfants, obèse, 1 enfant en surpoids)

La conscience de ce risque entraîne une modification rapide des pratiques alimentaires quotidiennes et, dans ce cadre, l'application des recommandations est une réussite, parfois à long terme.

2.3. Régime et savoir nutritionnel : un régime expérimenté *versus* un régime appliqué

A cette opposition préventif/curatif, s'en ajoute une troisième, qui relève de l'appropriation d'un savoir nutritionnel et de l'attitude qui en découle à l'égard des pratiques alimentaires. Elle oppose des femmes qui ont fait des régimes dans le but de perdre du poids. A l'issue de la mise en œuvre du régime, certaines femmes ont constitué des connaissances personnelles en matière d'alimentation ; les autres, à l'inverse, ont appliqué des règles, sans constitution d'une forme de savoir personnel.

Les premières sont des femmes très soucieuses d'une conformité à la norme de la minceur, le plus souvent dans une optique d'intégration sociale et/ou culturelle ainsi que de trajectoire ascendante. Ces femmes témoignent d'une intégration diversifiée, notamment par leur emploi, ainsi que par leur niveau de diplôme (certaines des femmes des professions intermédiaires ou des femmes les plus diplômées des catégories modestes, notamment quand il s'agit des employées, proches des ouvriers par le niveau de revenu, mais également des professions intermédiaires par leur mobilité sociale plus forte).

Elles appliquent les recommandations et se les sont appropriées au terme d'une démarche active d'expérimentation et d'acquisition du savoir. Désireuses d'en savoir plus et, dans un souci de changement de pratiques antérieures (pratiques alimentaires familiales ou culturelles) jugées négatives vis-à-vis desquelles elles cherchent à prendre de la distance, elles se montrent attentives au domaine de l'alimentation, fort soucieuses également de se conformer aux normes alimentaires et de corpulence vis-à-vis desquelles elles sont très réceptives. L'analyse statistique des discours recueillis montre la fréquence et la significativité du terme « régime » dans leur propos, positivement connoté mais qui souligne la distance entre les pratiques de référence et celles à intégrer, ainsi que le sentiment de contrainte qu'elles lui associent. Elles sont prêtes à investir du temps et des moyens pour se conformer aux recommandations (voir Gojard, 1999, sur l'hypercorrection des mères de niveau de diplôme intermédiaire à propos de la diversification alimentaire).

Madame Durand, employée, mère d'une jeune fille en surpoids suivie dans un atelier éducatif, est exemplaire de cette attitude. Soucieuse de l'excès de poids de sa fille, elle se montre très attentive aux recommandations délivrées par le programme ; ce qui la conduit à compléter les informations reçues par une démarche active d'acquisition d'un savoir personnel à travers la télévision, la lecture de magazines féminins ou de santé, et la consultation d'internet. Cette multiplicité de ses sources d'information ne la gêne cependant pas dans sa démarche d'acquisition d'un savoir, éliminant les éventuelles contradictions d'une source à l'autre. Parce qu'ils en ont fait l'expérience pour eux-mêmes, ces individus s'approprient une forme de savoir nutritionnel et en font une connaissance personnelle. Ce qui explique la diversité des savoirs profanes : les individus rendent compte de leur expérience, de ce qui a fonctionné pour eux, plus que des règles nutritionnelles en elles-mêmes.

L'attitude inverse à l'égard des pratiques alimentaires et des prescriptions reçues à l'occasion d'un régime relève de l'application des recommandations sans leur appropriation par les individus. Cette attitude s'observe tout particulièrement chez les femmes obèses ou en surpoids, au terme d'un long parcours de tentatives infructueuses de perte de poids.

Ainsi, chez ces femmes, la volonté de maigrir à tout prix freine l'acquisition d'un savoir personnel issu d'une expérience dont elles auraient tiré de nouvelles habitudes alimentaires. Elles se situent loin d'une vision concrète et pragmatique de l'alimentation : leur discours fait apparaître une forte médicalisation de leur alimentation (omniprésence des médecins et des diététiciens, des problèmes associés à leur excès de poids). Le souci majeur qui oriente leurs pratiques alimentaires est celui de la perte de poids, faisant du régime la « cause finale » (Aristote) : le régime devient la finalité ultime. Dans la mesure où leur seule préoccupation est de se débarrasser de leur poids, elles sont prêtes à appliquer toute prescription, tout régime, mais sans les transformer en savoir : elles mettent en œuvre une injonction qui leur demeure extérieure, mais qu'elles sont d'autant plus prêtes à appliquer que les résultats promettent d'être rapides et spectaculaires.

Les formules récurrentes que les femmes de ce groupe emploient indiquent qu'elles sont dans l'obéissance à des commandements : « il faut », « on doit ». Par exemple, « il faut vraiment faire les trois repas par jour... », « il faut vraiment se débarrasser des mauvaises habitudes », « il faut moins manger le soir ». De la multiplicité des règles qu'elles ont appliquées – et non pas intégrées – elles empilent de multiples strates de conseils qui se superposent, voire se contredisent. Cette attitude singulière est accentuée chez certaines d'entre elles qui considèrent l'obésité comme une maladie : dès lors, l'obésité n'est pas pensée comme liée à une question d'alimentation. Pour d'autres individus, le remède à leur excès de poids ne réside pas dans un changement de leurs pratiques alimentaires, mais dans la solution rapide et miraculeuse, en particulier l'anneau gastrique. Pour certaines femmes, l'intervention chirurgicale semble plus adaptée que la modification des pratiques alimentaires :

« C'est vrai que p'têt que si mon poids me gênait vraiment, j'irais mettre les anneaux comme certaines personnes, y'a les anneaux maintenant qui existent. » (M^{me} Kaba, au foyer, mari ouvrier, 4 enfants, obèse, 1 enfant obèse)

Par-delà ces conceptions différenciées du « régime », quelles sont les sources d'information sur la façon de contrôler ou de perdre du poids privilégiées par les individus ?

3. Les parcours du régime : prescripteurs, vecteurs et relais

L'identification des sources, du parcours et des émetteurs des recommandations nutritionnelles de manière générale, ou d'un régime plus spécifiquement, peut se révéler difficile : « on dit », « on nous a dit », « on sait que », les « média », sont des expressions récurrentes des entretiens. L'analyse de ces sources, malgré leur multiplicité, permet de mieux comprendre le parcours qui mène de l'émission d'un régime à son appropriation par l'individu (voir Mendras et Forsé, 1983) ainsi que la légitimité qui leur est attribuée. La diversité des émetteurs et le parcours des recommandations reçues à l'occasion d'un régime sont socialement différenciés.

3.1. Prescripteurs et prescriptions

Les médecins constituent une source d'information importante dans le domaine de la nutrition. Ce sont de véritables « entrepreneurs de morale » (Becker, 1963), c'est-à-dire aussi bien les personnes ou institutions qui créent les normes que celles qui les font appliquer. Le recours aux médecins, diététiciens ou pédiatres, est plus souvent le cas des membres des catégories aisées, pour lesquels ils constituent l'instance légitime sur ces questions (Gojard, 2000 ; voir également l'article de T. de Saint Pol dans ce numéro).

Madame Franc, professeur d'université, est allée consulter rapidement pour sa fille qui, à l'âge de 10 ans, avait pris du poids, et l'application des conseils alimentaires donnés par le médecin l'a conduite à modifier les habitudes alimentaires de toute la famille. Huit ans plus tard, les recommandations, confortées par le programme *Weight Watchers* qu'elle a suivi pour elle-même avec succès, étaient toujours en mémoire et appliquées :

« Il lui avait simplement dit de faire attention à certaines choses : pas de boissons sucrées, pas euh, au goûter, du pain avec du chocolat ou du pain avec du beurre, mais pas les deux. (...) Donc ma fille donc voilà, pendant des années, on a eu les conseils sur le réfrigérateur, les conseils alimentaires, de ce médecin-là, qui était une diététicienne nutritionniste spécialisée dans les enfants. (...) Voilà, pas de régime particulier⁵. » (M^{me} Franc, professeur d'université, en couple, 2 enfants, corpulence normale)

Dans les catégories modestes ou précaires, les médecins ne sont pas consultés en priorité pour ce qui concerne l'alimentation. Dans les cas de surpoids ou d'obésité, les individus mettent plutôt en œuvre des méthodes échangées avec d'autres personnes en surpoids et, lorsqu'il s'agit plus spécifiquement de l'alimentation des enfants, ce sont les conseils des grand-mères ou des proches qui sont valorisés. En outre, les recommandations des médecins entrent plus souvent en concurrence avec d'autres sources d'information et ne bénéficient pas d'une forte légitimité dans le domaine de l'alimentation :

⁵ On a ici le signe que le régime strict, court et drastique est négativement perçu.

« ... Par exemple, si le médecin me dit 'ben vous devez faire ça', je vais quand même sur le site (Internet) pour regarder, pour avoir beaucoup plus d'infos, pour savoir, parce que les médecins ne disent pas toujours la vérité, alors euh, j'ai pas trop confiance aussi. » (M^{me} Azouz, secrétaire, en couple, 3 enfants, obèse)

Pour les individus en milieu modeste, intervient en outre le poids des contraintes financières : le coût de la consultation, auprès d'un médecin (qui leur semble onéreux) ou d'une diététicienne (non remboursée par la Sécurité sociale), pèse lourd dans leur budget et, une fois « les bases » acquises, l'intérêt d'un suivi à plus long terme ne leur semble pas nécessaire.

A quoi s'ajoute l'injonction, reçue lors des consultations, à choisir des aliments souvent coûteux et non conformes aux goûts des membres de la famille, comme les fruits et les légumes, qui vient menacer un équilibre budgétaire familial fragile. La mise en œuvre du régime passe alors par une gestion particulière des petits budgets, surtout lorsqu'il s'agit d'accéder à des aliments chers : en premier lieu, le recours aux conserves et aux surgelés, moins onéreux ; ensuite, le système de l'enveloppe – une mère met tous les mois de côté une somme destinée à l'achat de fruits et légumes ; la dernière stratégie étant le recours aux solidarités et, plus spécifiquement, au partage des lots. Cette solidarité est indispensable pour les petites familles, pour qui les lots, certes moins chers, sont trop importants en quantité : l'alimentation est ici à l'origine d'une structuration des liens sociaux.

On trouve alors plus souvent, en milieu populaire, une prise de position critique face aux institutions chargées de diffuser les prescriptions et interdits en matière de contrôle du poids, en particulier le milieu médical. Certaines femmes vivent la mise au régime comme une remise en cause de leur capacité à être de bonnes mères, comme une irruption violente dans leur vie privée et comme un jugement négatif sur les pratiques familiales, ce qui diminue plus encore l'adhésion aux prescriptions.

Ne pas appliquer les recommandations – en particulier la consommation régulière de fruits et légumes – semble alors réduire à néant les efforts faits au quotidien pour nourrir les enfants, comme en témoigne l'échange entre Madame Boudali et sa voisine, venue participer à l'entretien :

La voisine de M^{me} Boudali : « Oui ! oh là là... ils ont pas mangé cinq légumes par jour, ça veut dire... comme qu'on a rien donné. Voilà, qu'on n'a rien donné pour eux. En gros ça veut dire, s'ils mangent pas cinq légumes ça veut dire ils ont rien mangé... je prépare je sais pas quoi à côté, ça veut dire ça c'est rien. Faut qu'ils mangent les cinq légumes, ou les cinq fruits.

M^{me} Boudali : On a l'impression qu'on a été des mauvais parents. » (M^{me} Boudali, au foyer, mari ouvrier, 4 enfants, obèse, 1 enfant obèse)

Des programmes d'amaigrissement et des groupes de soutien sont également régulièrement cités dans le registre des prescriptions, en particulier par les patients en excès de poids suivis dans un cadre médical, lesquels citent une très grande

diversité de régimes qu'ils ont essayés avant leur prise en charge à l'hôpital : *Weight Watchers*, mésothérapie, régime hyper-protéiné, régime Scardale, par exemple ⁶, ainsi que toute la variété des régimes trouvés dans la presse féminine, dont ils soulignent la plupart du temps l'inefficacité, mais que les média leur ont vantés de manière récurrente.

3.2. Les média comme vecteurs de diffusion

Les média constituent, en effet, un vecteur important aidant à la diffusion d'un régime. La télévision est le plus fréquemment mentionnée et constitue une véritable référence, soit que les individus s'en méfient – il s'agit alors d'une prise de distance par rapport à ce qui y est vu, soit plus souvent que les individus, particulièrement dans les catégories modestes, y adhèrent parce qu'elle représente pour eux une source valorisée. Pour certains, les publicités fournissent même de véritables prescriptions :

« *Imane [sa fille], un jour, on était à Attac et elle me dit 'maman, j'ai besoin de Actimel'. Alors je la regarde, elle me fait 'mais c'est super, maman, pour ma santé, c'est pour mon calcium, tu sais'. Donc elle avait entendu la pub, elle a compris la pub. Ça m'a fait rire ! On l'entend, les pubs, on les connaît. Mais c'est difficile à les suivre.* » (M^{me} Boudali, au foyer, mari ouvrier, 4 enfants, obèse, 1 enfant obèse).

Les émissions spécifiquement consacrées à l'obésité sont également mentionnées par les individus obèses ou les mères d'enfants obèses ou en surpoids, à la recherche de ce qu'il faudrait faire pour maigrir et y trouvant un mode d'identification.

Les membres des catégories aisées, traditionnellement méfiantes à l'égard de la télévision – loisir populaire – témoignent à l'inverse d'un rejet de ce qui y est diffusé et se réfèrent plutôt à la radio, perçue comme plus sérieuse :

Q : « *Et ça, vous le savez comment (qu'il faut diversifier les huiles) ?*

La radio, je pense, ça doit être France Inter. De toute façon, comme on écoute que la radio...

Q : *Vous avez la télé ?*

On l'allume jamais, on l'allume jamais. La télé ne peut pas du tout nous influencer, je connais rien de ce qui passe à la télé. » (M. Chevalier, maître de conférences, en couple, 3 enfants, corpulence normale)

Internet, enfin, apparaît dans les entretiens, quel que soit le milieu social de l'interviewé, mais beaucoup plus rarement que la télévision. Il vient constituer une source supplémentaire d'informations, privilégiée par les individus très motivés par leur perte de poids ou celle de leur enfant. Face à la multiplicité et à la diversité des messages, internet constitue pour certains une source fiable et neutre à leurs yeux, car elle serait dégagée de toute optique commerciale et permettrait d'approfondir l'information provenant de proches, voire du contexte médical.

⁶ Voir aussi la contribution de M. Darmon qui aide à comprendre les modalités de fonctionnement des groupes commerciaux visant à « faire maigrir ».

Certains individus interrogés, enfin, favorisent la lecture d'ouvrages. C'est le cas le plus souvent des individus les plus diplômés, notamment lorsqu'il s'agit d'ouvrages scientifiques. Les ouvrages sont également privilégiés par certains sous-groupes particuliers, par exemple, les adeptes d'une alimentation exclusivement végétarienne ou macrobiotique, ou certains individus obèses cherchant à s'informer sur la diététique, perçue par eux comme une véritable science dont il faut chercher les bases dans les livres. Certains membres des catégories modestes sont enfin particulièrement intéressés par tout ce qui a trait au domaine alimentaire : les ouvrages – lorsqu'il s'agit des recettes de cuisine-minceur, par exemple – constituent une source traditionnelle d'acquisition du savoir culinaire.

3.3. L'importance des relais d'information

Face à cette abondance des sources d'information, et aux échecs répétés des régimes chez certains individus, il apparaît qu'une bonne intégration sociale favorise la réception et la mise en œuvre d'un régime, dans la mesure où « l'existence d'un modèle des repas élaboré et contraignant suppose un haut degré d'intégration sociale » (Grignon et Grignon, 2004, p. 257). Le contact avec des personnes relais jouant le rôle d'intermédiaire entre l'individu et l'émetteur d'une prescription permet l'échange d'information avec des individus d'autres groupes sociaux. Cette information, ainsi relayée, est accompagnée d'exemples pratiques par des individus reconnus pour l'effectivité de la mise en œuvre des règles alimentaires. Il arrive que ces mêmes personnes deviennent la source d'un regard attentif qui pourra être le témoin des efforts et des résultats dans l'application des prescriptions, ce qui leur confère le statut d'expert. Ce que l'on observe tout particulièrement avec les animateurs des différents programmes de prévention de l'obésité mis en place dans les centres sociaux et qui constituent d'importants guides d'opinion (Katz et Lazarsfeld, 1964). Grâce à la proximité qu'ils ont avec les usagers des centres, ils jouent un rôle central dans le suivi du programme, faisant en sorte que les recommandations alimentaires soient bien perçues comme des conseils, et non comme des prescriptions médicales imposées de l'extérieur, qui leur demeureraient étrangères (Régnier et Masullo, 2007).

De même, amis et collègues de travail sont influents, en particulier quand ils sont perçus comme des experts en matière de contrôle de la corpulence, voire comme des idéaux, et qu'en même temps, ils sont proches des individus, d'un point de vue social, tout en occupant une position légèrement supérieure :

« L'autre fois, tu vois, j'ai été faire du vélo, avec mon copain-là qui me fait découvrir la bonne bouffe, et puis euh j'avais soif et tout ça, et on a pris chacun une canette. (...) Lui il a pris un petit jus de pomme, il y avait 100 calories (lui il sait), moi il y avait 1 000 calories. Enfin je dis 1 000... mais c'était du délire, quoi ! Il m'a dit : 'regarde ta cannette' ! (...) Parce que lui il est svelte, musclé, il fait plein de sport, et ça l'empêche pas d'être un gourmet. Il m'influence énormément, ce meilleur copain. »
(M. Chevalier, maître de conférences, en couple, 3 enfants, corpulence normale)

Le lieu de travail, espace de socialisation, constitue également un espace de circulation des recommandations et des messages de santé dominants, ou d'incitation à la mise au régime : les collègues de travail, enfin, participent d'un réseau d'influence et, dans certains cas, la mise au régime relève de pratiques collectives. En outre, c'est le cadre où peut également s'exercer une forme de pression sociale en matière de contrôle du poids, notamment dans les professions où l'apparence corporelle des femmes est mise en jeu et où la beauté, tout au moins la minceur, reçoit « une valeur sur le marché du travail » (Bourdieu, 1979, p. 169). Sur le plan professionnel, les efforts menés pour rester mince entraînent, dans certaines professions, des profits matériels car, dans la vie professionnelle, le corps et l'apparence des femmes sont plus souvent mis en jeu que pour les hommes (Bihl et Pfefferkorn, 2002 ; Amadieu, 2002). Ce dont témoignent volontiers *a contrario* plusieurs jeunes femmes en surpoids ou obèses qui mentionnent un environnement professionnel où l'apparence physique joue peu, ce qui ne les engage guère au contrôle de leurs poids. Madame Abiba, assistante sociale, explique la tolérance qui entoure son surpoids dans son cadre professionnel :

« ... On n'est pas dans la compétition, on n'est pas un métier où il faut s'habiller, moi j'ai pas d'obligations, tailleurs, euh, on s'habille en jeans, en baskets, nous, (...) Donc pour moi l'apparence dans mon métier c'est pas tellement important. C'est pas important. » (M^{me} Abiba, assistante sociale, en couple, 2 enfants, en surpoids)

Ainsi, une bonne intégration sociale favorise la diffusion des prescriptions reçues dans le cadre d'un régime, en particulier parce qu'elle permet à tous les relais de jouer leur rôle d'intermédiaires entre les individus et l'émetteur d'une prescription ou encore de témoins des efforts et de leurs résultats. Dès lors, comment analyser, plus précisément, le rôle de l'intégration sociale dans la mise en œuvre d'un régime ? Quels autres facteurs peuvent inciter ou freiner les femmes à suivre un régime et des règles alimentaires pour perdre du poids ?

4. Le regard d'autrui et l'investissement différencié dans le régime

4.1. Minceur, appartenance et intégration sociales

Le désir de minceur relève du désir d'être conforme à une norme partagée de corpulence. Or ce souci tient notamment au contact avec autrui, et le désir de minceur est d'autant plus vif qu'il est partagé par le groupe de référence. Ainsi quand les femmes occupent une position sur le marché de l'emploi ou quand, dans leur groupe de socialisation primaire et secondaire, la minceur est reconnue et valorisée, la motivation à être conforme à la norme incite au suivi d'un régime.

En suivant les analyses d'Halbwachs dans *La classe ouvrière et les niveaux de vie* (1912), on soulignera que les distances des différentes catégories sociales à l'égard du centre de la société engendrent des genres de vie différents, des modes de consommation distincts, et plus spécifiquement des pratiques et des attitudes singulières à l'égard de l'entretien du corps (voir Régnier et Masullo, 2009). La minceur est l'expression de

l'excellence corporelle dominante : plus les femmes sont intégrées socialement et proches du « foyer central », plus l'attention portée à leur poids est prononcée. Dès lors, elles se montrent plus attentives aux prescriptions nutritionnelles, soucieuses de les appliquer et de se conformer à la norme.

Une jeune femme expliquait qu'elle avait été particulièrement frappée par la différence, pour tout ce qui concerne l'apparence physique, entre Paris et les Flandres, dont elle est originaire et « où on fait moins attention au fait de faire un 38-40 ». Son arrivée à Paris, la rapprochant du « foyer central », a constitué le facteur déclencheur d'un désir de perte de poids et d'une mise au régime :

« Et c'est vrai que quand je suis arrivée à Paris, baaan, ça a été le déclin total, je me suis dit 'faut que je perde du poids' (...) Je pense qu'ici on est beaucoup plus dans une ville d'apparence, et donc du coup on a besoin de ressembler à une gravure de mode, quoi. (...) Et là j'ai fait Weight Watchers, en arrivant à Paris. Et là j'ai énormément perdu. » (M^{me} Valée, commerciale, en couple sans enfants, en surpoids)

Plus particulièrement, les femmes investies dans une trajectoire d'ascension sociale, et par conséquent de changement de groupe d'appartenance, sont particulièrement sensibles à la norme de la minceur – identifiée comme un marqueur de classe, règle dominante, ou même pré-requis pour de nouvelles formes d'intégration et motivées pour y adhérer.

4.2. Cycle de vie et représentations du corps

Centrées sur une socialisation familiale, les femmes de milieu modeste se situent plus exclusivement dans l'entre-soi domestique et, dans leur groupe d'appartenance, la minceur est moins reconnue et moins valorisée qu'en catégorie aisée, en particulier quand les évolutions du contexte familial sont amplifiées par la précarité (Lhuissier, 2006a). Dans ce cadre, point n'est besoin d'être conformes aux canons esthétiques dominants, soit que leur profession ne l'exige pas (voir Bourdieu, 1979, p. 225 et suiv.), soit que ces femmes se trouvent au foyer et que le calendrier de la séduction et de l'investissement corporel ait trouvé son terme avec le mariage et l'arrivée des enfants. En milieu populaire, aux contraintes économiques et aux difficultés quotidiennes, s'ajoute ainsi ce qu'Olivier Schwartz a analysé, posant la question du sens d'un investissement dans la minceur et des efforts à consentir dans ce but, chez certaines femmes en milieu ouvrier : *« Prendre soin du corps, de sa santé, de sa beauté, supposerait présentement contraintes et privations en fonction d'une amélioration à venir de l'image corporelle et de ses chances de valorisation. Mais c'est précisément cette relation entre sacrifices consentis et profits escomptés qui ne va pas de soi (...). Les efforts qu'il faudrait s'imposer alourdiraient un présent déjà difficile, alors que le type de futur anticipé qui les justifierait reste très problématique : valoriser l'image de soi, pour qui et pour quoi ? » (Schwartz, 1990, p. 484).*

En effet, peut-être de façon plus marquée que dans les catégories aisées, le corps féminin est conçu à travers le regard du conjoint, notamment quand les femmes sont peu en contact avec des membres extérieurs à leur groupe d'appartenance. D'autant plus que l'analyse des entretiens menés en milieu modeste indique que les hommes s'y montrent moins concernés par la minceur et la santé au travers de l'alimentation, ce qui peut accroître la tendance à réduire l'attention portée à la corpulence. Certaines des

femmes interviewées ont souligné que, désormais mariées et avec des enfants, elles « avaient fait leur vie ». Le calendrier d'une séduction passant par la minceur serait alors plus court que dans les catégories aisées : la coquetterie et le désir de séduction, qu'on relie volontiers à la minceur dans les catégories aisées, disparaîtraient avec le mariage et d'autres codes de séduction se mettent en place, relayant le contrôle du poids. Pour Madame Perrot, la seule motivation à perdre du poids serait celle de conserver son mari, mais celui-ci semble ne pas accorder d'importance à son surpoids. Suivre un régime est dès lors dépourvu de sens à ses yeux :

« Je me dis je m'en fous du poids : il y a que mon mari qui peut me dire quelque chose, et mon mari, il s'en fout. Il faut plus que je grossisse : je peux perdre quelque chose, mais là c'est plus... j'aimerai bien mais c'est plus ma bête noire, quoi. » (M^{me} Perrot, en couple, au foyer, mari ouvrier, 2 enfants, obèse)

Ce moindre souci de « conserver la ligne » après la maternité pourrait provenir de l'âge des femmes : les femmes les plus jeunes se montreraient plus soucieuses d'être séduisantes à travers un corps mince. Il s'agit plutôt à nos yeux d'une question de position dans le cycle de vie : le souci d'être séduisante par la minceur disparaît devant la fonction maternelle, après la naissance des enfants, sentiment exprimé par Madame Kaba, obèse et mère d'une jeune fille obèse suivie pour son excès de poids :

« Non, on aime manger, on aime manger. Y'a des gens qui sont plus minces que nous et qui... Moi c'est vrai mon poids, il m'a jamais gênée. Il m'a jamais dérangée, ça m'a jamais, depuis que j'ai Keltoum [sa fille], ça m'a jamais complexée, ça m'a jamais... je peux autant mettre des trucs moulants que des trucs larges. Non, ça m'a jamais gênée. P'têt que bon j'ai fait ma vie, p'têt que je sais pas, ça m'a jamais... Moi quand on me dit 'pourquoi tu maigris pas ?', non, je suis bien comme je suis. » (M^{me} Kaba, au foyer, mari ouvrier, 4 enfants, obèse, enfant obèse)

« Matrice de fécondité » (Schwartz, 1990), le corps des femmes porte en effet les marques de la maternité, valorisées en milieu populaire. En particulier, les mères en milieu défavorisé, dans la frange la plus économiquement fragile ou la moins intégrée socialement des catégories modestes, reconnaissent que leur corps et leur ligne ne sont plus une priorité, notamment quand elles ont plusieurs enfants. Ce qui conduit certaines à condamner les femmes accordant trop d'attention à leur corps, signe qu'elles seraient « plus femmes que mères » et par là-même, peut-être, de moins bonnes mères.

Ainsi, les formes d'intégration sociale donnent sens en milieu aisé à un style de vie et à une esthétique du corps concordants avec une norme corporelle et une pression sociale qui encouragent la minceur. Plus proches du « foyer central » (Halbwachs, 1912), les femmes des classes supérieures sont également proches de la norme, la partagent et voient les avantages d'y adhérer car elle est partagée par l'entourage familial et professionnel. En catégorie modeste – employés, ouvriers – et chez les plus démunis – chômeurs –, l'intégration est centrée sur un entre-soi constitué principalement par la famille. Dès lors, si les contraintes financières constituent sans aucun doute un frein à l'application de recommandations portant sur le contrôle du poids, le groupe d'appartenance constitue un facteur important, qui vient moduler

l'effet du budget, facteur pourtant structurant de l'alimentation (Grignon et Grignon, 1980). La consommation alimentaire – aussi bien au domicile qu'à l'extérieur – est un ressort privilégié du sentiment de participation à la société. Ainsi la consommation de produits provenant de l'industrie agroalimentaire ou les restaurants de grande distribution encouragent la consommation d'aliments valorisés, mais généralement pointés du doigt par les recommandations diététiques (pizzas, pâtes, plats surgelés, grecs, Mc Donalds, ou Quick). Dès lors, suivre un régime est vécu comme une nouvelle contrainte qui s'ajoute à l'exclusion sociale. La minceur représente une mise à distance des valeurs du groupe d'appartenance et est dépourvue de sens.

A l'inverse, en catégorie aisée, l'idée prévaut que le maintien de la minceur reste possible après le mariage et les maternités, et même indépendamment de l'âge. En outre, ce modèle dominant de la minceur est également partagé par les hommes. Les cadres sont, en effet, la seule catégorie masculine où les hommes témoignent d'un fort souci de contrôle du poids (Régnier, 2006), la valorisation de la 'force', propre aux hommes en catégorie populaire, ayant peut-être cédé devant la valorisation de « *la forme physique, davantage liée à une corpulence plus faible et prévalant au sommet de la hiérarchie sociale* » (Saint Pol, 2006, p. 649). Et si, de manière générale, les attitudes à l'égard du corps diffèrent selon le genre (Détrez, 2002), ces différences, pour ce qui touche au contrôle du poids, sont désormais moins marquées en milieu aisé qu'en catégorie modeste, ce qui incite plus encore les femmes à contrôler leur corpulence. Madame Cogne, médecin, en témoigne, se montrant très désireuse de retrouver sa ligne après sa seconde grossesse – elle vise une taille 38 – dans un souci de séduction de son compagnon :

Q : « Mais si vous aviez 10 kilos en plus, ça le gênerait ? »

Ab, je pense, ouais, ah oui je pense, il surveille pas ma ligne, si vous voulez, mais ah oui je pense, ah oui c'est net, je pense. Ouais, je pense qu'il se dirait de faire attention, quoi. Tout ça c'est des trucs de séduction, il se dirait qu'elle veut plus me séduire, qu'elle veut plus faire d'efforts pour me séduire, machin, machin quoi. Ah oui c'est net, je pense. » (M^{me} Cogne, médecin, en couple, 2 enfants, corpulence « normale »)

4.3. L'empreinte corporelle des trajectoires de vie

La trajectoire sociale des individus, et plus particulièrement les ruptures sociales, constituent un deuxième facteur éclairant la perte ou le gain de poids : les changements de vie empêchent bien souvent la mise en œuvre des recommandations reçues dans le cadre d'un régime. Ils vident de son sens le contrôle sur l'alimentation et, plus spécifiquement, la recherche d'une perte de poids. Ces ruptures sont régulièrement mentionnées : migration, deuils, divorces, dépression, émaillent certains discours et éclairent les prises de poids ou le maintien du surpoids malgré la connaissance des grands principes nutritionnels. Chez Madame Saule, obèse suivie à l'hôpital, le terme « arrêté », récurrent et statistiquement significatif, vient souligner l'importance des ruptures qui scandent sa vie et, en particulier, sa trajectoire alimentaire. Les arrêts sont multiples : des divers régimes commencés, de la mésothérapie, du sport à la

préadolescence, et elle fait remonter sa prise de poids à la disparition d'un proche quand elle avait 12 ans. De même, Madame Zadi (gardienne d'immeuble, obèse) évoque ses « problèmes » et les multiples morts – centrales dans son discours – qui ont touché sa famille (décès de son frère, de sa sœur, de sa mère), ainsi que d'autres ruptures, comme son divorce, le départ de son pays natal, la Syrie, et son arrivée en France, qui à chaque fois interrompent le régime alimentaire qu'elle est en train de suivre.

Enfin, les ruptures professionnelles, la perte du travail et, plus généralement, le sentiment de précarité professionnelle éclairent un désinvestissement dans le contrôle du poids. Ils constituent un facteur de stress qui se répercute sur la façon de manger :

« ... J'avais pris du poids parce que justement le travail, il ne me plaisait pas, en plus c'était mal payé donc j'étais énervé donc déjà, arrivé ici, je grignotais ou ... même sans manger plus mais le fait de ... je pense que le fait d'être stressé ... que ça allait, je pense que là j'ai pris du poids. Que là ça va mieux. Hors du boulot, ça va et tout... C'est vrai que je me sens plus calme bah... ça va mieux. Je pense que le stress là ça y joue. » (M. Pierre, employé, marié, 2 enfants, 1 enfant en surpoids)

Même positifs, les changements et inflexions dans les trajectoires de vie peuvent constituer un frein au suivi d'un régime par les modifications qu'ils entraînent dans les habitudes alimentaires. Ainsi, pour plusieurs jeunes femmes rencontrées, le départ de la maison familiale et la prise de l'indépendance ont entraîné une forte déstructuration de l'alimentation quotidienne et une importante prise de poids. L'alimentation peut être vécue comme le domaine où s'exprime une forme de libération, comme dans le cas de Madame Abiba, pour qui le départ de chez ses parents a correspondu au moment où elle s'est mise à manger en très grande quantité et à grossir :

« Mais c'était aussi très lié à une période de ma vie où je me sentais libérée, libérée de beaucoup de choses, de beaucoup de fardeaux, et puis voilà. Et comme par ailleurs j'étais tellement libérée par rapport à beaucoup de choses, je crois que du coup je me suis jetée sur la nourriture aussi comme ça. C'est comme ça que je le dis aujourd'hui. Je me suis sentie libérée par rapport au poids de la famille, au poids de la culture, au poids des traditions (...) je crois que du coup je me suis jetée sur la nourriture, comme ça quoi. » (M^{me} Abiba, assistante sociale, mariée, 2 enfants, en surpoids)

L'alimentation peut enfin être vécue comme une forme de compensation de l'éloignement, ou encore comme une revanche sur les restrictions alimentaires qu'imposait une mère soucieuse de la ligne de sa fille :

« ... je me souviens que quand je suis partie de chez mes parents, j'avais 17 ans, et comme ma mère a toujours fait en sorte que je mange pas beaucoup, en fait, chez eux, à me faire beaucoup de soupe, à pas acheter de Nutella, etc., euh, quand je suis partie de chez eux, je me suis vengée sur la nourriture. » (M^{me} Valée, commerciale, en couple, en surpoids)

L'adhésion à la norme dominante de l'excellence corporelle de la minceur ou, à l'inverse, sa mise à distance relève ainsi de trois éléments. Le premier est le type de

socialisation : plus celui-ci est riche et diversifié, plus l'attention au respect de la norme est importante. Dans les cas où l'intégration est de type familial et où les contacts avec d'autres catégories sociales (par l'emploi, notamment) sont limités, la recherche de la minceur se vide de sens (voir Lhuissier et Régnier, 2005). Le deuxième facteur relève de l'image du corps. Dans les catégories modestes et précaires, après la mise en couple, la séduction laisse la place à d'autres éléments associés au statut de femme mariée et de mère de famille. Dans les catégories aisées, l'attention à la ligne fait plus souvent partie de l'intégration sociale autant dans le milieu professionnel que dans la socialisation familiale ou secondaire. Le troisième facteur relève des changements brusques de trajectoire ou des accidents de vie, associés à la prise de poids. Ils sont plus fréquents chez les individus des catégories modestes et précaires, plus souvent victimes de ruptures, avec de moindres ressources pour y faire face : leur corps vient témoigner des difficultés à travers l'augmentation du surpoids et de l'obésité dans ces catégories. Aux contraintes financières vient ainsi s'ajouter, en milieu modeste, la question de l'intensité des liens sociaux et du regard porté sur le corps des femmes, qui peuvent venir éclairer une moindre valorisation de la minceur et, de là, de plus fortes résistances à la mise en œuvre d'un régime.

5. Conclusion

Dans un contexte de médicalisation de l'alimentation et de médiatisation de « l'épidémie d'obésité », les recommandations nutritionnelles visant au contrôle ou à la perte du poids sont multiples. Plus spécifiquement, les différents régimes à visée amaigrissante se sont multipliés et largement diffusés, n'effaçant cependant pas les différences sociales. En effet, la promotion, sur un socle médical, de la consommation de certains aliments, comme les fruits et légumes, et de la réduction des matières grasses ou des sucres, est associée à un souci de contrôle de la corpulence et à une image du corps dominants dans les catégories aisées. En milieu aisé, le régime relève du préventif et il est associé à une hygiène de vie dont la portée n'est pas limitée à l'alimentation, dans une optique de santé. Dans les catégories modestes, le régime – entendu plus souvent exclusivement comme l'interdit ou la suppression de certains aliments – relève du curatif et du remède ponctuel. En ce sens, le lien entre alimentation et santé peut être établi par les individus en catégorie modeste, même s'il y est moins immédiat qu'en catégorie aisée. En revanche, le lien entre corpulence et santé est rarement mentionné : la recherche de la minceur se présente comme une question purement esthétique et est souvent vécue comme un modèle imposé de l'extérieur. Comprendre les représentations liées aux « régimes » constitue alors un premier pas dans l'analyse des inégalités sociales liées à l'alimentation et au surpoids.

A ce fort clivage social s'ajoute la distinction entre les individus qui, à l'issue de la mise en œuvre d'un régime, ont tiré des prescriptions reçues un véritable savoir, alors que d'autres perçoivent le régime comme la succession de règles alimentaires, dont l'une vient remplacer l'autre, sans appropriation personnelle. Dans ce cadre, plusieurs facteurs viennent éclairer l'importance que les femmes peuvent accorder au

contrôle du poids et à la recherche de la minceur : l'appartenance sociale, mais aussi le type et le degré d'intégration, ainsi que l'intensité des liens sociaux. Inversement, les ruptures dans les trajectoires de vie peuvent être à la source d'une prise de poids et constituer un facteur freinant la mise en œuvre des recommandations en matière d'alimentation et de corpulence. Dès lors, la diversité de la réception et de la mise en pratique du régime et des prescriptions nutritionnelles est intimement liée aux représentations de l'alimentation – et au lien établi ou non entre alimentation, santé et corpulence – et à celles du corps qui en sont indissociables, et qui ne sont pas partagées tout au long du continuum social.

Bibliographie

- Amadiou J.-F. (2002) *Le poids des apparences*, Paris, Odile Jacob, 200 p.
- Bazin F., Parizot I., Chauvin P. (2006) Déterminants psychosociaux du renoncement aux soins pour raisons financières dans cinq zones urbaines sensibles de la région parisienne en 2001, *Sciences sociales et santé* 24 (3), 11-32.
- Becker H. (1985) *Outsiders. Etudes de sociologie de la déviance*, Paris, Métailié, 250 p.
- Bihl A., Pfefferkorn R. (2002) *Hommes, femmes, quelle égalité ?* Paris, Editions de l'Atelier, 351 p.
- Boltanski L. (1971) Les usages sociaux du corps, *Annales*, janvier, 205-223.
- Boltanski L. (1969) *Prime éducation et morale de classe*, Paris et La Haye, Mouton, 154 p.
- Bourdieu P. (1979) *La distinction : critique sociale du jugement*, Paris, Les Editions de Minuit, 670 p.
- Calvo E. (1982) Migration et alimentation, *Information sur les sciences sociales* 21 (3), 383-446.
- Chauvin P., Parizot I. (2005) *Santé et recours aux soins des populations vulnérables*, Paris, Editions de l'INSERM, 325 p.
- Darmon M. (2003) *Devenir anorexique*, Paris, La Découverte, 300 p.
- Darmon M., Détrez C. (2004) *Corps et société*, Paris, La Documentation française, collection Problèmes politiques et sociaux, 102 p.
- Détrez C. (2002) *La construction sociale du corps*, Paris, Seuil, 257 p.
- Fainzang S. (2001) Cohérence, raison et paradoxe. L'anthropologie de la maladie aux prises avec la question de la rationalité, *Ethnologies comparées* 3, 1-14.
- Fainzang S. (1997) Les stratégies paradoxales. Réflexions sur la question de l'incohérence des conduites de malades, *Sciences Sociales et Santé* XV (3), 5-23.

- Gojard S. (2000) L'alimentation dans la prime enfance, diffusion et réception des normes de péuériculture, *Revue française de sociologie* 41 (3), 475-512.
- Gojard S. (1999) Les parents de nourrissons face aux prescriptions diététiques et nutritionnelles, *Recherches et Prévisions* 57/58, 59-73.
- Grignon C., Grignon Ch. (2004) Sociologie des rythmes alimentaires, *in: Les comportements alimentaires*, Chapelot D., Louis-Sylvestre J. (éds), Paris, Lavoisier, 245-257.
- Grignon C., Grignon Ch. (1980) Styles d'alimentation et goûts populaires, *Revue française de sociologie* XXI, 531-569.
- Grignon C., Passeron J.-C. (1989) *Le savant et le populaire. Misérabilisme et populisme en sociologie et en littérature*, Paris, Gallimard/Le Seuil, 260 p.
- Halbwachs M. (1912) *La classe ouvrière et les niveaux de vie*, Paris, Alcan, 495 p.
- Katz E., Lazarsfeld P. (1964) *Personal Influence. The Part Played by People in the Flow of Mass Communication*, Glencoe, The Free Press, 416 p.
- Legrand-Sébillé C. (2005) Communication à la journée INRA « La consommation alimentaire. De l'emprise des goûts à l'appréhension des risques », Paris, 18 octobre.
- Lhuissier A. (2006a) Education alimentaire en milieu populaire : des normes en concurrence, *Journal des Anthropologues* 106-107, 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) Obésité et alimentation dans les catégories populaires : une approche du corps féminin, *Inra Sciences Sociales* 3/4, décembre.
- Mendras H., Forsé M. (1983) *Le changement social*, Paris, PUF, 284 p.
- Moatti J.-P., Beltzer N. et Dab W. (1993) Les modèles d'analyse des comportements à risque face à l'infection à VIH : une conception trop étroite de la rationalité, *Population* 5, 1505-1534.
- Pierret J. (1996) Cultures ou production de santé dans la famille : différenciations et inégalités sociales, Rapport pour la MIRE, 165 p.
- 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., Lhuissier A. et Gojard S. (2006) *Sociologie de l'alimentation*, Paris, La Découverte, 121 p.
- Régnier F., Masullo A. (2009) Obésité, goûts et consommation. Intégration des normes d'alimentation et appartenance sociale, *Revue française de sociologie* 50 (4), 747-773.
- Régnier F., Masullo A. (2007) L'impact des messages de santé liés à l'alimentation, Rapport de recherche, INRA-Corela, 190 p.

- Remaury B. (2000) *Le beau sexe faible. Les images du corps féminin entre cosmétique et santé*, Paris, Grasset/Le Monde, 266 p.
- Rey A. (1998) Dictionnaire historique de la langue française, Paris, Le Robert, 4303 p.
- Saint Pol T. de (2006) Corps et appartenance sociale : le cas de la corpulence en Europe, *Données sociales*, INSEE, mai, 649-656.
- Schwartz O. (1990) *Le monde privé des ouvriers*, Paris, Presses universitaires de France, 531 p.
- Vialles N. (2004) La peur au ventre ? Le risque et le poison, *Terrain* 43, 107-122.
- Vigarello G. (2004) *Histoire de la beauté. Le corps et l'art de s'embellir de la Renaissance à nos jours*, Paris, Seuil, 320 p.

ANNEXE : ENCADRÉ MÉTHODOLOGIQUE

■ Hyperbase

- Logiciel d'analyse textuelle, créé par E. Brunet (Institut national de la langue française et laboratoire CNRS Bases, corpus et langage), qui permet notamment d'établir des tables de spécificités lexicales, mesurant la sur- ou la sous-représentation statistique des mots – ici pour chaque entretien – significative au seuil de 95 %.
- Le traitement statistique et lexicographique a permis en outre d'élaborer des analyses factorielles et des classifications ascendantes hiérarchiques du corpus, faisant apparaître les principales oppositions entre les individus, ainsi que des groupes d'individus partageant des caractéristiques communes.

■ 85 entretiens semi-directifs

- 3 actions de prévention ou prise en charge de l'excès de poids (n = 51) :
 - Service de nutrition, Hôpital APHP (Paris)
 - Waroeul, ville bénéficiant d'action de prévention de l'obésité infantile
 - Ateliers éducatifs pour jeunes de 11 à 14 ans en excès de poids, banlieue parisienne
- + Population générale (n = 34)
- Les individus ne souhaitant pas que leur entretien soit exploité ont été ôtés du corpus.

■ 75 femmes

- Mères de famille, femmes en couple sans enfants, divorcées ou en situation de monoparentalité, âgées de 21 à 64 ans.
- Article essentiellement centré sur les femmes, plus nombreuses à pratiquer un régime et à surveiller leur corpulence, et plus nombreuses dans l'enquête. Certains extraits d'entretiens menés avec des hommes sont néanmoins mobilisés, quand ils nous paraissent particulièrement éclairants.

■ Echantillon diversifié socialement : milieux aisés/modestes/défavorisés ; Paris/province.

- Echantillon mis au point pour comparer différentes situations sociales : 14 % des individus de l'enquête appartiennent aux catégories supérieures (cadres et professions intellectuelles supérieures), 36 % sont des membres des professions intermédiaires, 39 % relèvent des catégories modestes (employés, ouvriers), et 11 % sont des individus en situations précaires (travailleurs à temps partiel ou en intérim, Rmistes, chômeurs, inactifs, femmes au foyer). La classification retenue repose sur la profession déclarée par les individus, selon les PCS de l'INSEE. Pour autant, nos analyses tiennent autant compte du niveau de vie et du salaire des individus, que de leur style de vie et de leur trajectoire sociale.
- Pour chaque individu, informations recueillies sur :
 - Sa situation familiale, son poids, son poids idéal et sa taille, sa profession, celle de son conjoint que nous mentionnons uniquement dans le cas des femmes au foyer, et le diplôme le plus élevé qu'il a obtenu.
 - Le critère de définition de l'obésité est celui de l'indice de masse corporelle (IMC), soit le rapport du poids en kilos sur la taille au carré, le plus couramment utilisé aujourd'hui. L'IMC fournit des classes de corpulence : maigreur (IMC < 18,5), corpulence « normale » ($18,5 \leq \text{IMC} < 25$), surpoids ($25 \leq \text{IMC} < 30$), obésité (IMC > 30). Nous le calculons pour chaque enquêté, à partir du poids et de la taille qu'il a déclarés lors de l'entretien.