

La construction de l'obésité



.....

Réalité physique, l'obésité est aussi une construction sociale qui pose question. Pourquoi l'obésité se distribue-t-elle de façon différenciée dans l'échelle sociale ? Quelles transformations des pratiques de consommation pourraient expliquer le développement de l'obésité ? Comment changer les habitudes alimentaires (dans un projet préventif et thérapeutique) ?

.....

produits exotiques (épices, oranges...). Dans ce contexte, la grosseur n'est pas une valeur positive pour l'aristocratie.

Axel Hoffman,
médecin
généraliste à la
maison médicale
Norman Bethune.

La phase 2, dite phase de transition, voit régresser les maladies infectieuses et de carence et apparaître les maladies dégénératives. Au plan alimentaire, l'amélioration des espèces, le progrès des techniques, l'acclimatation des produits venus du Nouveau Monde et l'organisation par l'Etat permettent la constitution de stocks et la programmation de la redistribution ce qui gomme les effets des fluctuations climatiques et des différences des sols. La distinction sociale s'opère sur l'esthétisation des goûts, axe sur lequel se développera la gastronomie. La figure du gros commence à devenir un signe de distinction sociale et caractérise l'aristocrate et le bourgeois.

Durant la phase 3, dite phase d'installation des maladies dégénératives, la population s'accroît fortement ; les maladies infectieuses et de carence sont maîtrisées, l'abondance alimentaire est assurée ; la minceur devient un signe de distinction sociale.

Certains auteurs ajoutent une phase 4 dite d'apprivoisement des maladies dégénératives, caractérisée par l'allongement de l'espérance de vie et, au plan alimentaire, par une médicalisation de l'alimentation quotidienne : par exemple consommation préventive de calcium et vitamine D pour prévenir l'ostéoporose. A la figure de la minceur est désormais associée l'idée de bonne santé.

L'image du « gros » à travers l'histoire

L'image du gros n'a pas toujours été négative. Le modèle de la transition démographique et épidémiologique permet une lecture historique de la problématique de l'alimentation et de l'image de l'obèse. Il décrit un déroulement historique en plusieurs phases.

La première est le temps des épidémies et des famines, où maladies infectieuses, parasitaires et de carence sont les principales causes de mortalité. La disponibilité alimentaire est marquée par une forte dépendance à l'égard des biotopes (climat et caractéristiques des sols). La différenciation sociale s'opère sur la mise en scène de l'abondance et la surconsommation des

Et même une cinquième phase dite des sociopathies, où apparaissent morts civiles violentes et suicides, SIDA (considéré comme sociopathie dans le sens où sa transmission relève de la rencontre sexuelle, mécanisme où la part du social est centrale). Au plan alimentaire, cette phase est celle des troubles du comportement alimentaire (anorexie, boulimie) et des craintes et peurs alimentaires. L'obésité serait rangée parmi les sociopathies comme signe de l'affaiblissement des normes sociales (gastro-anomie).

Ainsi l'évolution de l'image de l'obèse est d'abord déterminée par des paramètres socio-économiques évoluant dans le temps.

Mots clefs : alimentation, santé publique.

(1) *En ce qui concerne les enfants, le lien entre obésité et classe sociale était moins net, mais des travaux de la fin des années 90 confirment l'apparition assez récente d'une surreprésentation des adolescentes obèses en bas de l'échelle sociale. D'autre part, la description ici faite concerne les pays occidentaux. Dans les pays en développement, que ce soit pour les adultes ou les enfants, les gros se retrouvent jusqu'à ce jour dans les classes élevées (meilleure disponibilité alimentaire, moindres dépenses énergétiques, symbolisme du corps gros comme image de la réussite).*

(2) *Les obèses ne s'offrent pas en victimes consentantes et s'organisent en associations de défense pour refuser la tyrannie du morphologiquement correct (1969 : création de la National association to advance fat acceptance aux Etats-Unis ; en France, Allegrofortissimo en 1980).*

Obésité et statut socio-économique

Jusqu'à la fin des années 50, les hommes gros se rencontraient surtout dans les classes sociales élevées. Depuis les années 60, l'obésité masculine s'est développée dans les catégories basses de la société¹. On explique ce phénomène par la diminution des dépenses énergétiques, liée au développement des moyens de chauffage et de transport, à la mécanisation des tâches, à l'accroissement des emplois sédentaires. Parallèlement, les consommations alimentaires auraient diminué, mais pas autant que les besoins énergétiques.

D'autres interprétations sont invoquées. Il y aurait dans les classes défavorisées un goût du « fort » et du « puissant », ou encore une « faim » de revanche sociale. La capacité d'appropriation des informations nutritionnelles y serait déficitaire, les classes élevées et les femmes étant plus sensibles à ces informations et au modèle esthétique de minceur. Les couches sociales favorisées auraient aussi une pratique plus importante de sport et d'exercices d'entretien.

Sur la longue durée, de nombreux modèles tentent de rendre compte de l'accroissement du problème de l'obésité. Citons le modèle évolutionniste qui invoque une sélection génétique des individus capables de stocker de la graisse, qualité utile en période de rareté alimentaire.

Dans nos sociétés, les obèses sont victimes de stigmatisations, ils sont considérés comme hors norme, déviants, et subissent une altération de l'image de soi. Les attitudes stigmatisantes se retrouvent jusqu'au cœur de l'appareil médical, perméable aux valeurs dominantes qui influencent la manière dont ils conçoivent leur rôle professionnel².

De véritables processus d'exclusion des obèses sont décrits. Les enfants et les portiers du système social (évaluateurs scolaires et universitaires, chefs de service, etc.) exercent plus souvent des appréciations négatives vis-à-vis des gros.

L'obésité ralentit la mobilité sociale ascendante et augmente la fréquence de la mobilité intergénérationnelle descendante. Le mariage apparaît comme une gare de triage qui oriente

les femmes minces vers le haut et les grosses vers le bas.

La modernité alimentaire, un facteur de risque ?

La modernité alimentaire se caractérise par une transformation des contrôles sociaux pesant sur l'alimentation et une baisse de régulation mais aussi par l'anxiété générée par l'espace de liberté ainsi dégagé.

La forme des repas se simplifie : les éléments périphériques au plat tels qu'entrée et dessert tendent à disparaître, ce qui se traduit par un apport diminué en légumes et fruits, tandis que se multiplient les prises alimentaires entre les repas, souvent à base de sucres et féculents. Outre cet aspect « diététique », la forme des prises alimentaires (structure des repas, nombre de prises) est une mise en scène concrète des valeurs sociales, qui varie considérablement d'une culture à l'autre et dans le temps à l'intérieur d'une même culture. Cette forme a une fonction dés-angoissante que les nouveaux modes alimentaires ne remplissent plus, ce que traduit la demande du corps social aux nutritionnistes : « dites-nous que la science recommande de manger comme avant ». Par la porte ouverte par cette anxiété se précipitent les pressions contradictoires et multiples qui s'exercent sur le mangeur moderne (publicité, prescriptions diverses), qui surdéterminent à leur tour des comportements alimentaires aberrants.

Par ces deux mécanismes, soit la transformation des modalités d'alimentation et la multiplication des injonctions notamment publicitaires poussant à la consommation, la modernité alimentaire peut être considérée comme favorisant l'obésité et les troubles du comportement alimentaire.

L'obésité est-elle une construction sociale ?

« Notre société crée des obèses mais ne les supporte pas » (Jean Trémolières).

« Alors, tu as mangé ton frère ? » (Interpellation



facteurs interviennent simultanément dont il est difficile de quantifier la responsabilité dans les problèmes de santé : sédentarité, alcoolisme, mais aussi précarité. Les « gros » sont aujourd'hui en bas de l'échelle sociale, une position qui est corrélée avec une plus grande morbidité et une mortalité plus précoce que pour les personnes situées plus haut dans l'échelle sociale : les gros meurent-ils parce qu'ils sont pauvres, les pauvres meurent-ils parce qu'ils sont gros... ? Ainsi on peut interpréter la médicalisation et la « pathologisation » du surpoids comme une nouvelle forme du contrôle social, un « avatar d'un processus de différenciation sociale au service des élites sur une logique plus ou moins proche de la distinction » (Bourdieu).

entendue au Maroc, insinuant qu'un homme est gros parce qu'il a mangé son frère jumeau dans le ventre de sa mère).

L'obésité a d'abord été posée comme un problème moral : on stigmatisait le glouton asocial et grossier incapable de contrôler ses appétits. Puis elle s'est médicalisée : les raisons de son « anormalité » ont changé, phénomène qui a aggravé sa stigmatisation.

La grosseur n'a pourtant pas toujours été péjorative, comme le montre le modèle de la transition épidémiologique. Dans beaucoup de cultures, elle est signe d'opulence (un homme de poids est un homme qui a du poids), de bonne santé et aussi de beauté (les femmes « bien en chair »). Dans notre culture, c'est à partir des années '30 que le modèle de minceur se développe pour s'imposer à partir des années '50. On bascule « de l'embonpoint au mal en point », du bon beurre à la mauvaise graisse. Cette évolution est concomitante de la prise de conscience tiers-mondiste et de la critique du capitalisme : le surpoids est inesthétique mais aussi amoral : le gros mange plus que sa part. Le seuil socialement défini de l'obésité s'est abaissé.

La médicalisation a attisé ce mouvement de stigmatisation. Or il faut se rendre compte que l'évaluation médicale repose sur des statistiques (indice de masse corporelle) dont les spécialistes eux-mêmes reconnaissent qu'elles ne sont valides que pour les personnes de « type caucasien ». D'autre part, le lien entre surpoids et (mauvaise) santé est complexe, de nombreux

Aucun discours mono-disciplinaire ne peut rendre compte d'un phénomène aussi complexe que l'obésité. Si, dans ce cahier, vous aurez lu une incitation à démedicaliser cette problématique, il n'en reste pas moins que les aspects médicaux conservent leur pertinence aux côtés des autres angles de vue.

Diverses études épidémiologiques permettent d'estimer qu'environ 25 à 40 % de la variance de l'indice de masse corporelle ou mass body index (MBI, le calcul qui permet de définir l'obésité et son degré) sont dus à des facteurs génétiques. La stabilité du poids de l'adulte est sous la dépendance du système endocrinien dans lequel des hormones telles que la leptine, l'adiponectine, la résistine (sécrétées par le tissu adipeux), les mélanocortines et d'autres facteurs encore jouent un rôle important. Ce système commence seulement à être exploré, mais déjà des mutations de gènes codant pour la leptine ont été décrites dans de rares cas d'obésité sévère réfractaire. Il serait présomptueux d'attendre de la génétique l'explication de tous les cas d'obésité, mais ces recherches ouvrent la voie à une meilleure compréhension du phénomène.

On constate aussi que la médicalisation du surpoids passe souvent après d'autres considérations : la majorité des femmes pratiquant un régime alimentaire le font pour des raisons esthétiques et sociales, et pas en premier lieu pour des raisons médicales : l'épidémie des régimes est avant tout un phénomène de société. Ces quelques observations illustrent combien isoler l'obésité de son contexte socio-culturel pour la réduire à un problème médical revient

à se priver d'aspects essentiels de la problématique qu'elle soulève. Une remarque trop souvent négligée dans la très en vogue « lutte contre l'obésité ».

Les dangers d'un discours de santé publique sur la perte de poids

L'obésité et ses complications représentent un marché considérable et les industriels ont tout intérêt au développement de sa médicalisation qui légitime la stigmatisation des obèses et les enferme dans un nouveau ghetto hygiéno-diététique. C'est pourquoi il importe que la prévention de l'obésité soit démedicalisée et relève de la promotion de la santé, de la politique de la ville, de la formation des jeunes consommateurs. Pour ce faire, il faut dépasser le « comment changer les habitudes alimentaires » des campagnes nutritionnelles habituelles qui transmettent un message culpabilisant (vous avez de mauvaises habitudes, changez-les). Ces campagnes courent à l'échec car elles reposent sur des présupposés non vérifiés : les individus seraient stables dans leurs habitudes alimentaires, l'environnement social serait stable, et les connaissances nutritionnelles définitives. Elles postulent un mangeur libre de ses choix et rationnel dans ses décisions, alors que les études montrent que l'acte alimentaire n'est pas un acte individuel (il y a une individualisation des choix, mais ils sont socialement déterminés) et que les connaissances en la matière ne modifient pas nécessairement les habitudes.

Il faut donc changer le « comment changer les habitudes alimentaires », question mal posée en « quelle est la nature du comportement alimentaire » et déboucher sur une nouvelle question : « comment favoriser le développement de pratiques appropriées à des individus donnés dans une société et à un moment donné ? ». Et arrêter de stigmatiser. ●

Références

- Bourdieu P., *Anatomie du goût*, Actes de la recherche en sciences sociales, 1976.
- Courtine, *La gastronomie*, Que sais-je, PUF 1970.
- Poulain Jean-Pierre, *Sociologies de l'alimentation*, Quadrige, PUF, 2005.