

---

## Positions sociales, styles de vie, alimentation et obésité

Le fait que l'obésité soit socialement différenciée est l'objet d'un large consensus au sein de la communauté scientifique. Cela soutient une série d'hypothèses explicatives liées aux modes de vie et aux conditions économiques d'accès à la nourriture. Il convient cependant de ne pas aller trop vite sur ce point, car s'il existe bien surreprésentation de la prévalence, pour faire simple, sur le bas de l'échelle sociale, il ne faut pas oublier que l'on trouve des personnes obèses dans toutes les couches de la société. Cette situation nous invite à envisager qu'il puisse y avoir différents types d'obésité du point de vue des conditions sociales de leur apparition et à revenir sur la question des déterminants sociaux de l'obésité et des troubles du comportement alimentaire.

### **1. Les sujets obèses dans la société française**

Les enquêtes disponibles<sup>1</sup> confirment toutes l'augmentation de la prévalence de l'obésité dans la population française. En l'espace de quelques années, les taux de prévalence chez l'adulte ont progressé de 2 à 3 points, passant de 7 à 8 % à une fourchette de 9,5 % à 12 %.

Des différences de taux de prévalence peuvent en grande partie être expliquées par les techniques de collecte et de construction des

1. Su.vi.max (1998), INCA/CREDOC (1999), ObÉpi/SOFRES (2000 et 2003).

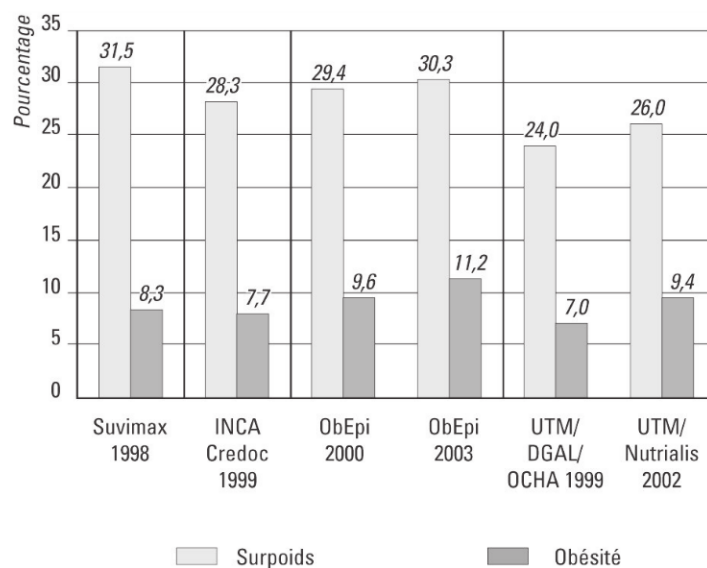


Figure 10. – Évolution de la prévalence selon différentes recherches françaises

échantillons. L'étude ObÉpi, financée par les laboratoires Roche et réalisée par la Sofres sous le contrôle scientifique des spécialistes français Marie-Aline Charles et Arnaud Basdevant, exploite des données de taille et de poids déclarés. Or, on sait qu'il existe des risques de biais de déclaration avec sous-évaluation du poids et surévaluation de la taille. La prévalence de l'obésité pourrait donc être théoriquement sous-évaluée dans ces enquêtes<sup>1</sup>. Les enquêtes comme Su.vi.max ou Inca n'ont pas été conçues pour mesurer uniquement la prévalence de l'obésité, mais donnent cependant de précieuses indications. Les études conduites sous notre direction cherchaient à mettre au jour des configurations de prises alimentaires avec des statuts de corpulence ; pour la dernière Nutrialis, l'objectif était explicitement l'analyse des liens entre positions sociales et obésité. Du point

1. C'est la thèse défendue par Philippe Amouyel, le directeur de l'Institut Pasteur de Lille, lors de la présentation de l'enquête Mona Lisa (pour « Monitoring national du risque artériel ») menée de 2005 à 2007 dans les départements du Bas-Rhin, de la Haute-Garonne, et dans la communauté urbaine de Lille. Les chiffres présentés (67 % des hommes et 50 % des femmes étaient en excès de poids, dont 20,6 % des hommes et 20,8 % des femmes obèses) correspondent à des tailles et des poids mesurés. La généralisation de ces données est cependant difficile : 1 / elles ne concernent que trois zones du territoire, parmi celles qui ont les taux de prévalence les plus hautes de France ; 2 / elles ont été recueillies auprès des populations de plus de 35 ans uniquement.

de vue de la construction des échantillons, nos études et l'étude Inca sont assez comparables, elles utilisent des échantillons représentatifs de la population française sur quotas (âge, sexe, région, degré d'urbanisation et PCS). Les études ObÉpi portent sur des ménages sélectionnés à partir de trois quotas – sexe, âge et lieu de résidence – et utilisent des procédures de redressement. Le nombre de personnes interrogées est moins important pour les études de l'Université de Toulouse II (en 1999, 1 158 individus et 1 423 en 2002) et Inca (en 1998, 1 778 sujets) que pour les études ObÉpi (environ 20 000 foyers). Enfin, la population est âgée de 18 à 70 ans pour l'Université de Toulouse II, de 18 à 92 ans pour Inca et de 15 ans et plus pour ObÉpi.

Les techniques de collecte de données sont elles aussi différentes. ObÉpi procède par questionnaires adressés par voie postale, les répondants sont donc des personnes volontaires. L'étude Inca utilise une technique mêlant l'auto-administration et l'administration en face à face, suivies d'une vérification des données avec l'enquêté. Dans les enquêtes UTM (Université Toulouse-Le Mirail), la collecte des données est réalisée en face à face. Cette méthode, qui sert avant tout à sécuriser la reconstruction des journées alimentaires, évite également certains biais de déclaration du poids et de la taille. Il faut également souligner que les poids dans l'enquête de 2002 (Nutrialis) ont été mesurés à l'aide de pese-personnes. Ce petit point de comparaison montre combien les taux de prévalence de l'obésité et du surpoids pour la population française sont dépendants de la fiabilité des informations collectées, des choix méthodologiques et du recrutement de la population étudiée. Malgré ces différences, la progression de l'obésité entre 1998 et 2003 est clairement démontrée.

Cette comparaison avec les autres enquêtes permet de valider les données avec lesquelles nous allons approfondir l'analyse des liens entre position sociale et corpulence. Travaillant à partir d'un échantillon représentatif sur quotas, l'étude qui suit présente une « photographie » de la situation en France métropolitaine. Avec une prévalence de l'obésité de 9,4 % et du surpoids de 26 %, la distribution des indices de masse corporelle (IMC) s'étend de 14,89 à 51. Avec une moyenne à 24,24, une médiane à 23,53 et un écart type de 4,47, elle prend la forme d'une courbe de Gauss légèrement étirée vers la droite.

La distribution des corpulences est fortement liée au sexe et à l'âge. Les hommes sont plus fréquemment en surpoids et un peu plus nombreux que les femmes à être obèses (10,5 % d'entre eux contre 8,4 % des femmes).

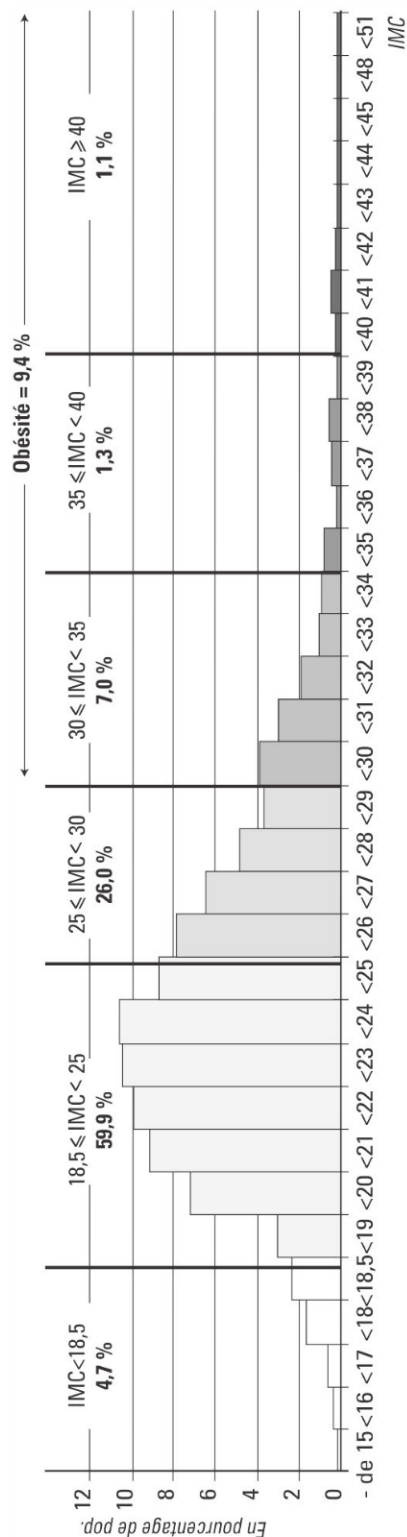


Figure 11. – Distribution des IMC avec les classes de corpulence OMS

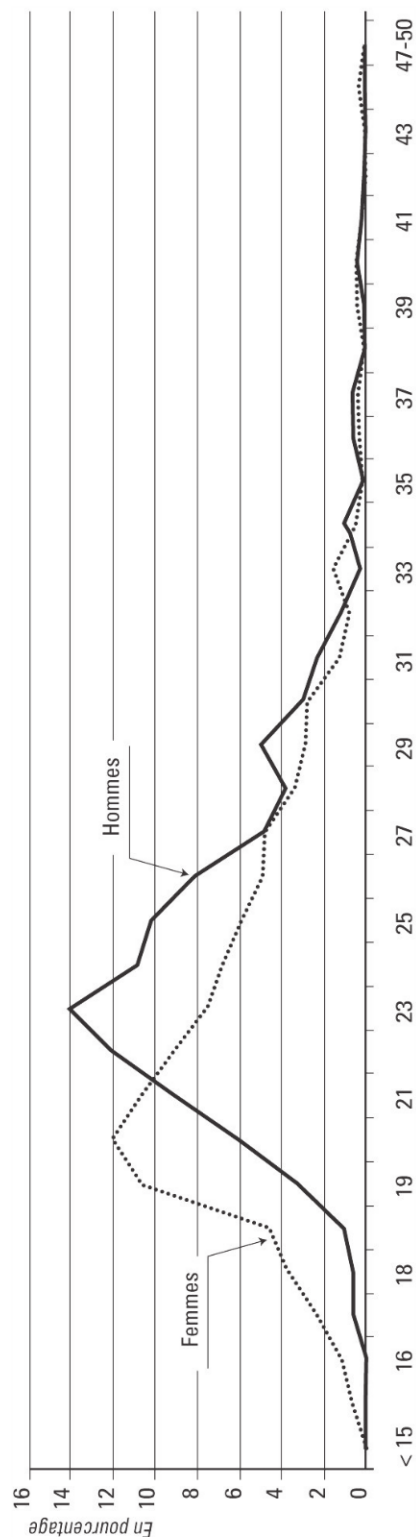


Figure 12. – Distribution de l'IMC selon le sexe

La corpulence augmente avec l'âge. La prévalence de l'obésité atteint 15 % pour les femmes et 18 % pour les hommes chez les plus de 56 ans, avec une surreprésentation des hommes en obésité dès 36 ans, alors que pour les femmes cela arrive plutôt vers l'âge de 46 ans. Le surpoids est toujours plus important chez les hommes que chez les femmes, quel que soit l'âge. Il concerne plus d'un homme sur trois dès 45 ans et un quart des femmes au même âge, pour atteindre un homme sur deux et demi à partir de 56 ans et moins d'un tiers des femmes.

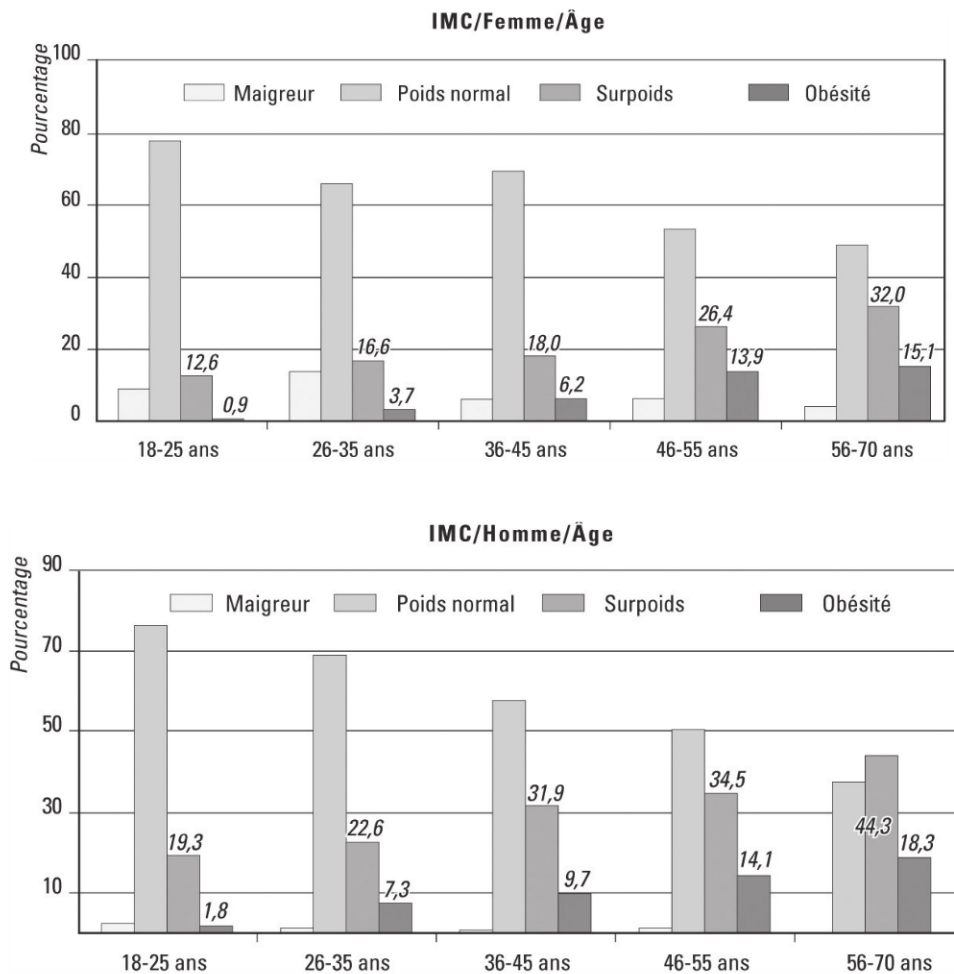


Figure 13. – L'IMC, l'âge et le sexe

## 2. Les sujets obèses dans l'échelle sociale en France

Depuis une quinzaine d'années, un nombre important de données ont été publiées (et nous en avons nous-même produit dans le cadre de différentes recherches, que ce soit en France métropolitaine ou en Polynésie française, Poulain *et al.*, 2002 ; Poulain, 2006) qui justifieraient une nouvelle métaanalyse. Si l'on revient au tableau général dans les sociétés en développement, les gros se retrouvent dans le haut de l'échelle sociale et suscitent plutôt envie et jalousie, alors que dans les sociétés développées ils inspirent plutôt le dédain et sont plus fréquemment en bas de l'échelle sociale. Cette lecture communément admise est pourtant à nuancer. La position sociale pour les femmes est clairement associée négativement à l'IMC, mais les hommes présentent une distribution bimodale avec des obèses à la fois dans le haut et dans le bas de l'échelle sociale.

Pour situer un individu dans l'échelle sociale, on dispose de plusieurs outils. Les PCS, le niveau d'études ou encore les revenus sont parmi les plus utilisés par les instituts de sondage et les épidémiologistes. Ils présentent cependant l'inconvénient de manquer de précision en agrégeant des individus vivant dans des contextes sociaux très différents. Quelques exemples permettent de saisir les difficultés. Soit deux infirmières hospitalières du secteur public, du même âge et situées sensiblement dans les mêmes positions de leur grille indiciaire. La première est mariée à un artisan boulanger et la seconde à un médecin généraliste. Ces deux personnes ne vivront ni dans le même univers matériel ni dans le même univers culturel. D'où l'intérêt, par exemple, de prendre en compte la PCS et également les revenus du conjoint ou du compagnon. La structure familiale (monoménage avec ou sans enfant, famille mononucleaire, ou famille recomposée) place également l'individu dans des contextes économiques et sociaux différents. Il peut donc être intéressant d'utiliser des indices plus complexes combinant plusieurs indicateurs.

De plus, les différentes manières d'étudier la stratification sociale s'inscrivent dans des cadres théoriques. L'analyse en termes de catégories sociales est ainsi héritière de la problématique marxiste de la lutte des classes. La société est conçue comme stratifiée et composée de groupes en conflit dont les logiques d'action et les systèmes de représentation sont déterminés par leurs conditions matérielles d'existence. En opérant une distinction entre capital

économique et capital culturel, Pierre Bourdieu a affiné et complexifié cette perspective (Bourdieu, 1979). Lorsqu'on applique une telle grille de lecture à l'obésité, celle-ci se distribue de façon assez nette dans un espace en tension entre un faible capital culturel et un faible capital économique. D'autres approches s'intéressent aux mutations des structures sociales, notamment au phénomène de transformation des hiérarchisations consécutif d'une part à la précarisation d'une partie de la société, laquelle ne touche pas seulement les groupes définis traditionnellement au bas de l'échelle sociale, et d'autre part à l'augmentation des écarts de revenus. Elles substituent à la conception d'une société composée de groupes stables et étanches, tranchés dans leurs modes de vie et s'affrontant au travers de logiques sociales et politiques, une vision de la société mettant l'accent sur une relative fluidité entre les groupes sociaux. Elles invitent alors à rechercher des façons de positionner les individus non dans des catégories, mais plutôt sur un continuum. Notre propos n'est pas d'entrer dans la conflictualité de ces grilles de lecture, mais plutôt de montrer comment elles contribuent à décrire l'inscription sociale de l'obésité.

Nous allons dans un premier temps étudier les liens entre obésité et position sociale à partir des variables simples comme les PCS, les revenus ou encore le niveau d'études. Toutes les catégories socioprofessionnelles sont concernées par l'obésité, mais de manière très différenciée. On constate ainsi une surreprésentation de la prévalence de l'obésité (IMC supérieur à 30) chez les ouvriers (11,3 %) et employés (11 %) par rapport aux cadres supérieurs, pour lesquels elle n'atteint que 7,6 %. Situation comparable pour le surpoids : la prévalence chez les commerçants et artisans (39 %) et chez les agriculteurs (35,3 %) contraste avec celle des cadres supérieurs (29 %). La prise en compte du sexe nuance ces résultats. En effet, la distribution de l'obésité est bimodale chez les hommes ; c'est-à-dire que l'on a des taux de prévalence élevés en haut et en bas de l'échelle sociale, alors que pour les femmes il y a une nette surreprésentation en bas de l'échelle sociale. L'IMC moyen des cadres supérieurs et cadres moyens de sexe féminin est de 22,5 contre près de 25,3 pour les hommes. Il est classique de réintégrer les retraités dans leur PCS. Cependant si l'on autonomise cette catégorie, la vision de la situation change et l'âge pèse plus que les PCS.

Les mondes ouvrier ou agricole affichent des taux de prévalence supérieurs à la moyenne (respectivement 12,2 % et 14,5 %). Tandis que les cadres supérieurs et cadres moyens se retrouvent en surreprésentation dans les classes IMC « poids normal et maigreur ». Enfin,

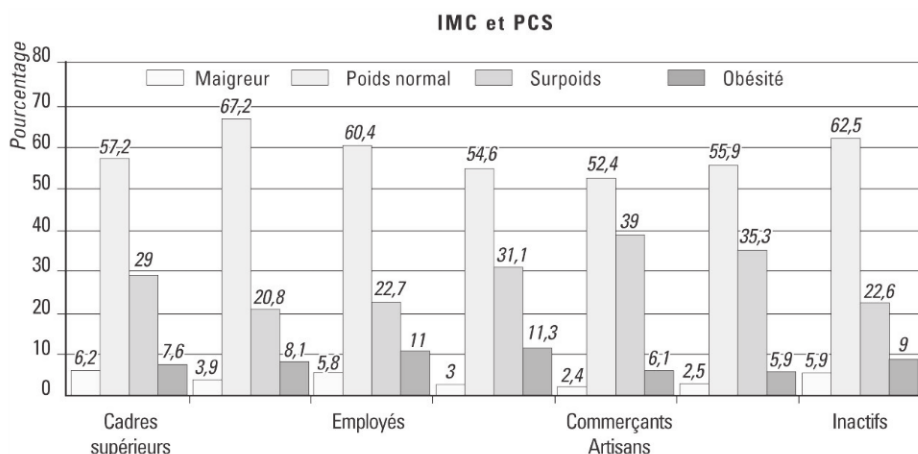


Figure 14. – IMC et PCS

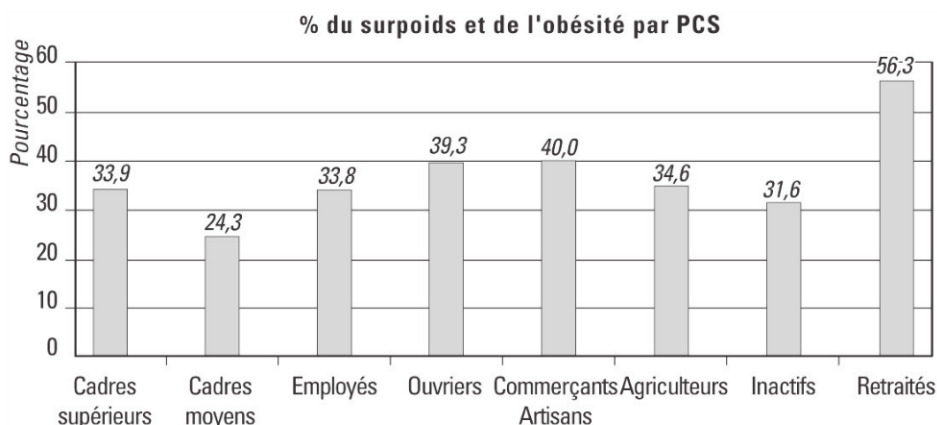
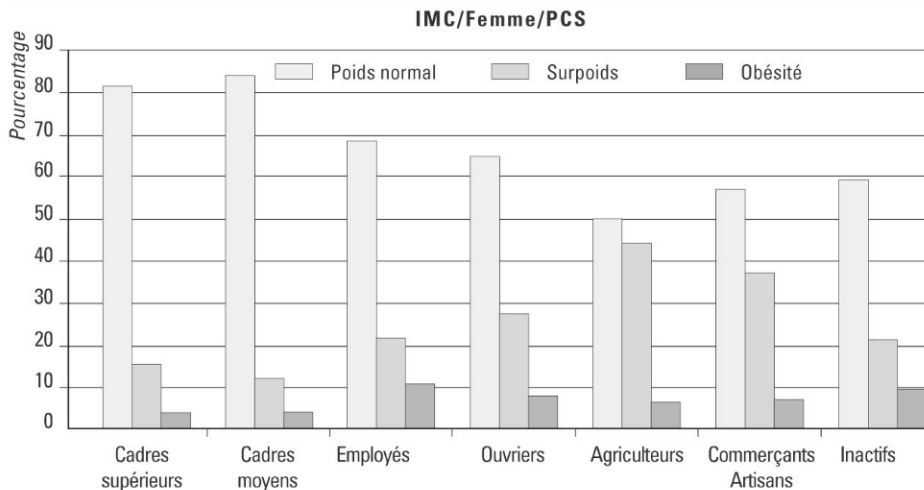
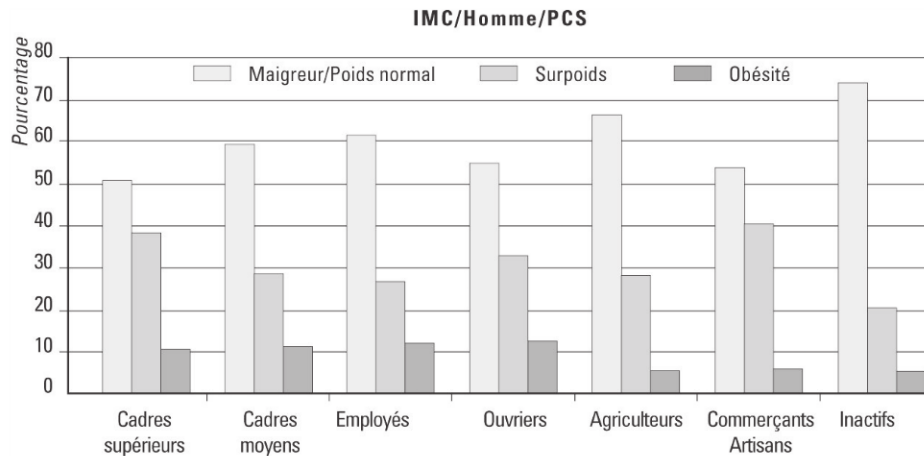


Figure 15. – IMC/Sexe/PCS

les personnes en surpoids viennent plutôt des milieux commerçants et artisans ou agricoles.

Si l'on croise l'IMC d'une femme avec la profession de son conjoint, on constate que les femmes mariées à des ouvriers, employés, agriculteurs ou sans profession sont plus fréquemment en surpoids ou en obésité. L'excès de poids (surpoids et obésité inclus) atteint une prévalence de 20 % chez les femmes de cadres supérieurs contre près de 39 % pour celles d'ouvriers et 53 % pour celles d'agriculteurs.





Comme dans la majorité des enquêtes, on retrouve un lien inverse entre le niveau d'études et la corpulence. Plus le niveau d'études est élevé, plus la prévalence de l'obésité et du surpoids est faible. Parmi les personnes peu ou pas diplômées, 14,3 % sont obèses et 33,5 % en surpoids, pour à peine 5 % en obésité et 19 % en surpoids chez les personnes diplômées (bac + 3 et plus). Pour les femmes, le contraste est encore accentué : 14,2 % d'obésité chez les femmes ayant un CAP/BEP ou moins, 3,6 % chez les bac/bac + 2 et à peine 2,2 % pour les bac + 3 et plus. Chez les hommes la diffé-

rence est moins forte, même si 14,5 % des « faiblement diplômés » sont obèses, alors qu'ils ne sont plus que 6 % pour les bac/bac + 2 et 7,9 % pour les bac + 3 et plus.

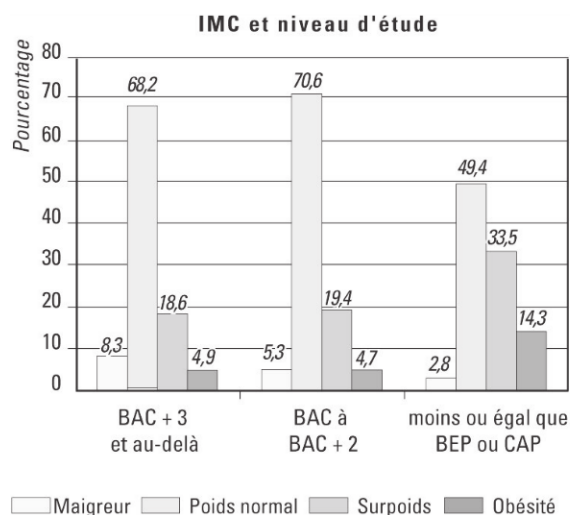


Figure 16. – IMC et niveau d'études

En croisant le niveau d'études de l'interviewé avec une combinaison de variables économiques (revenu de l'interviewé, revenu du conjoint et revenu du foyer), on peut affiner la lecture de la distribution sociale de la prévalence de l'obésité. Elle se retrouve surtout dans les groupes à faible niveau culturel et économique et ceci quel que soit le sexe. À la lecture des IMC moyens, on s'aperçoit que le groupe des individus faiblement diplômés, quels que soient leurs revenus, présente les IMC les plus élevés (moyenne de 25,29), et que le groupe des personnes diplômées avec de faibles revenus affiche un IMC moyen de 22,29, soit la moyenne la plus basse. Une nuance est à apporter au regard du sexe ; en effet, les hommes diplômés avec des revenus de moyens à forts ont un IMC moyen supérieur (25,2) aux femmes de cette même catégorie (22,2).

Nous avons contribué à objectiver la distribution sociale de l'obésité dans la population française à travers deux enquêtes (Poulain *et al.*, 2001 ; Poulain, 2001 *b*, p. 159 à 174). L'enquête Nutrialis, qui utilise un score de positionnement social (combinant sept variables de positions et de dynamiques sociales), permet d'étudier plus finement la distribution sociale de la corpulence. Pour les femmes, la prévalence de l'obésité est plus importante en bas de l'échelle sociale. La distribution des hommes affiche deux pics : le premier dans les

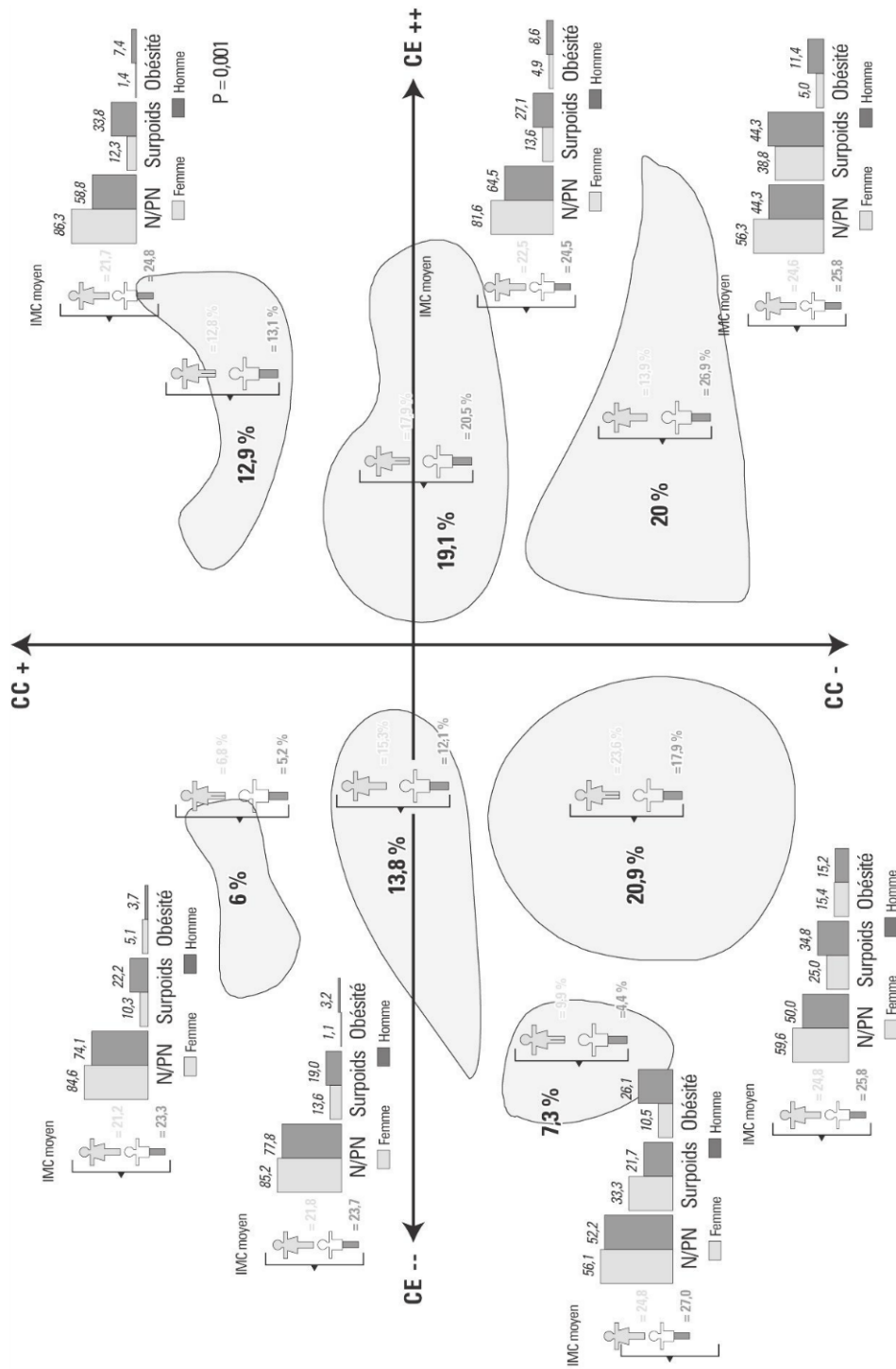


Figure 17. – Niveau culturel, capital économique, sexe et IMC

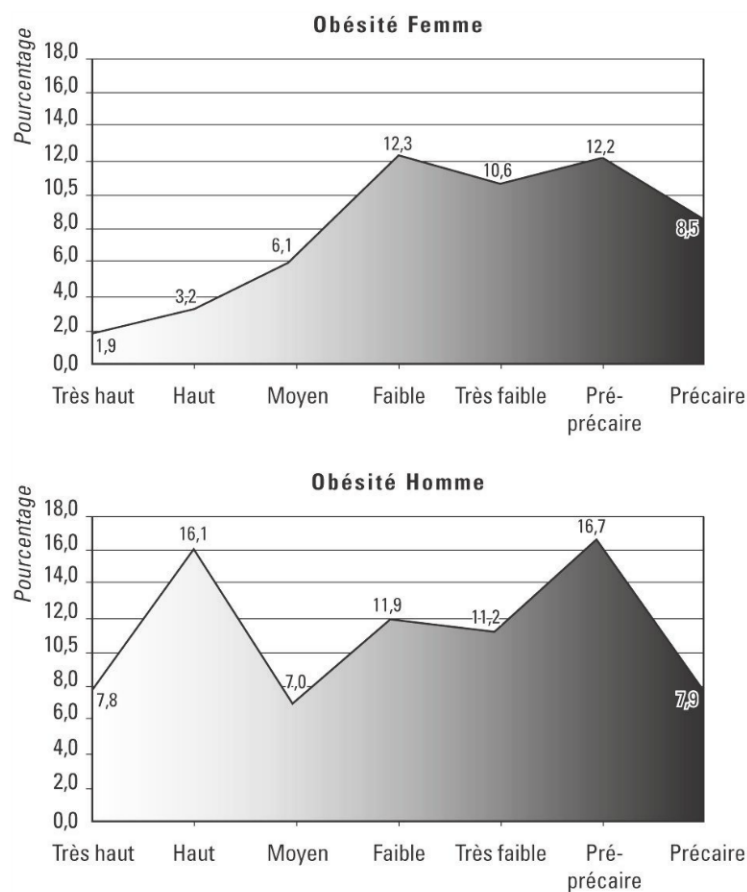


Figure 18. – Obésité, position sociale et sexe

statuts sociaux élevés, qui correspond à une obésité distinguée, et le second en bas de l'échelle sociale, plus conforme à une obésité « économique ». L'analyse fine met en évidence que l'obésité sévère (IMC > 40) est deux fois plus fréquente sur le bas que sur le haut de l'échelle sociale (Poulain *et al.*, 2001 ; Poulain, Jeanneau, Tibère, Barbe, Romon, 2003 *b*). Il faut également noter que, quelle que soit la position sociale, la prévalence ne tombe pas au-dessous de 6 % pour les hommes, alors qu'elle descend à 1,9 % pour les femmes. Par ailleurs, l'obésité est plus associée à des situations de précarisation qu'à la précarité elle-même, c'est-à-dire à des situations qui traduisent une dégradation de la situation sociale. Nous reviendrons plus loin sur les liens entre obésité et précarité.

Le surpoids est moins nettement différencié, et cela pour les hommes comme pour les femmes.

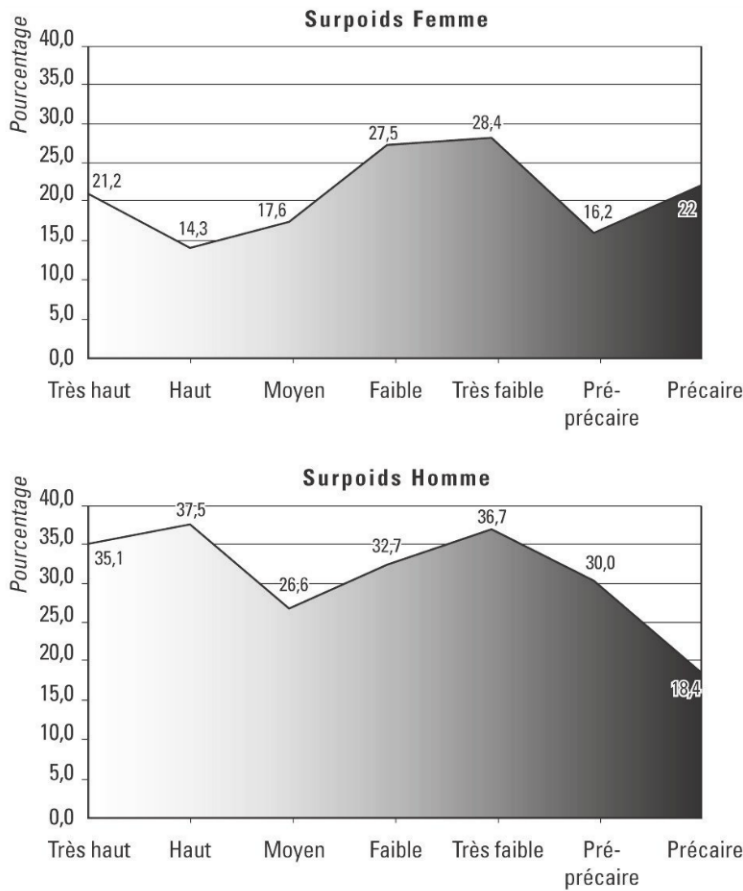


Figure 19. – Surpoids, position sociale et sexe

### 3. Obésité et mobilité sociale

La notion de mobilité sociale rend compte du déplacement d'un individu dans la structure d'une société. Elle peut être ascendante ou descendante, l'individu progressant ou régressant dans l'échelle sociale ; enfin, de nombreuses situations se caractérisent par une absence de mobilité. La comparaison de la position d'un même individu à deux moments de la vie correspond à la mobilité intragénérationnelle. La mise en relation de celle d'un individu avec celle de ses parents permet d'étudier la mobilité intergénérationnelle. Nous avons étudié la mobilité intragénérationnelle avec deux types de données : la dynamique des revenus, qui correspond à l'évolution du revenu depuis les cinq dernières années, et le sentiment d'amélioration ou de dégradation de la situation professionnelle. On constate

un lien fort entre obésité et diminution des revenus : plus les revenus baissent, plus l'IMC est important. Les personnes affichant des baisses de revenus sont en obésité pour 13,1 % d'entre eux, contre 10,6 % pour ceux qui ne connaissent pas de changement et 6,2 % pour ceux qui connaissent une hausse de revenus (rappel : la moyenne est de 9,4 % dans notre échantillon).

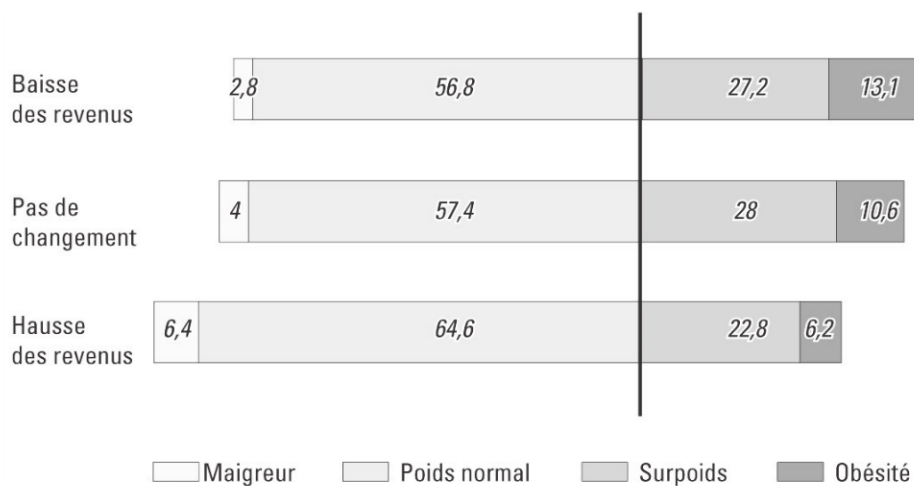


Figure 20. – IMC et dynamique des revenus

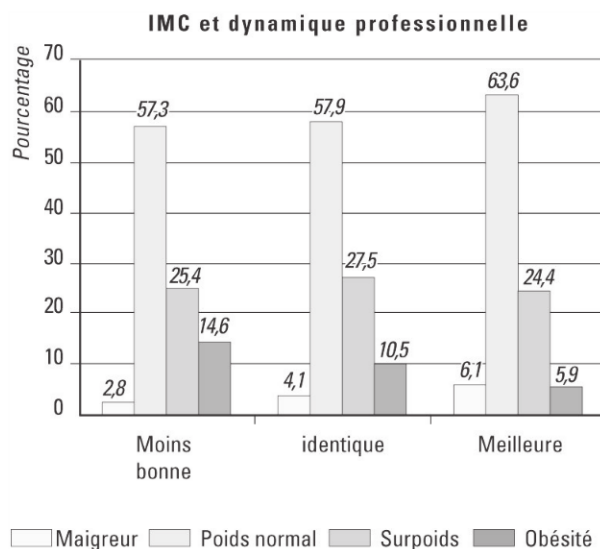


Figure 21. – IMC et dynamique professionnelle

#### 4. Modernité alimentaire : cause de l'obésité ou mutations adaptatives ?

Les mutations contemporaines de l'alimentation sont souvent vues comme une des causes du développement de l'obésité. On désigne fréquemment ces transformations sous l'expression négative de « déstructuration de l'alimentation moderne » : transformation de la composition des repas, développement du grignotage, repas sautés, progression de la consommation de produits sucrés et des matières grasses, le tout parfois regroupé derrière le qualificatif de *junk food*. Mais prendre la mesure de l'implication de la modernité n'est pas chose aisée, car la description des pratiques alimentaires pose de réels problèmes méthodologiques (Romon, 1998 et 2001). Il n'est pas facile de répondre à une question apparemment aussi simple que : « Comment mangent nos contemporains ? » Les nombreuses études disponibles sont souvent contradictoires.

Le principal obstacle que rencontrent les recherches quantitatives sur les pratiques alimentaires est lié à la difficulté de mettre au jour les pratiques réellement mises en œuvre par les individus avec des méthodes déclaratives. Lorsqu'on demande, par exemple, à des individus ce qu'ils ont mangé la veille, s'ils n'ont pas mangé « comme d'habitude » ou bien s'ils ont mangé différemment de « ce qu'ils pensent qu'ils auraient dû faire », ils se retrouvent devant une situation difficile à gérer. Certains d'entre eux, respectueux de la consigne, décriront aussi fidèlement que possible les prises alimentaires de la veille, d'autres pourront être tentés de modifier leur déclaration en rapportant ce qu'ils font habituellement. Ils réduisent ainsi la dissonance cognitive qu'ils ressentent. Tous cherchent à traduire ce qui est une part de leur « vérité ». Avec cette seconde catégorie d'individus, ce qui est collecté est un mélange incertain de « normes sociales » et de pratiques rapportées. Les données ainsi obtenues ont alors une assez faible valeur empirique parce qu'elles ne rendent compte ni réellement des comportements des individus ni exactement des représentations sociales (normes et valeurs). Comme de très nombreuses enquêtes ont été réalisées ainsi, on doit malheureusement s'en contenter. Il est vrai qu'on obtient bien quelques informations... Un autre obstacle à ces recherches, non des moindres, est celui du coût de collecte.

Pour lever cette ambiguïté, nous avons, au fil de nos recherches<sup>1</sup>, mis au point une méthode de collecte qui opère la distinction entre les pratiques et les normes. Tout d'abord, nous invitons les individus à dire ce qu'ils considèrent comme un « vrai repas », un « vrai petit déjeuner », un « vrai repas de midi », etc. – dans l'idéal, c'est-à-dire lorsque aucune contrainte ne vient bousculer l'organisation matérielle de la préparation et de la consommation. Cette formulation s'inscrit dans le prolongement des travaux de Mary Douglas autour de ce qu'elle désigne en anglais par l'expression difficilement traduisible de *proper meal* (Douglas, 1979 et 1984). Avec ce type de questions, nous collectons les normes sociales relatives aux repas d'un individu considéré. Dans un second temps, lorsque l'enquêté est en quelque sorte libéré des pressions normatives qui pèsent sur sa déclaration, on passe à la reconstruction de la journée de la veille. La consigne lui précise alors qu'il doit nous dire ce qui s'est véritablement passé, ce qui a réellement été mangé et que, comme on travaille à l'échelle des populations, ce n'est pas un problème si le repas consommé diffère de ce qu'il a déclaré dans la première partie du questionnaire, de ce qu'il pense qu'il faut faire ou encore de ce qu'il a l'habitude de faire. Une autre série de questions lui est donc proposée pour reconstruire la journée alimentaire.

Avec cette méthode, les données collectées gagnent en précision et il est davantage possible de distinguer les normes et les pratiques, ainsi que les relations qu'elles entretiennent entre elles. Les premières correspondent à ce que nous identifions comme normes sociales de repas, un agrégat d'injonctions qui s'enracinent dans des traditions culturelles, sociales et familiales. Elles résultent de la socialisation particulière d'un individu. Mais les normes subissent aussi l'impact de la vulgarisation des discours scientifiques de santé publique ou encore la pression de modèles d'esthétique corporelle. Le second type de données est beaucoup plus près des repas et des prises alimentaires réellement consommés. Des précautions sont nécessaires pour garantir une collecte de qualité. L'enquêteur doit suivre le fil chronologique de la journée depuis le lever jusqu'au couché pour « traquer » les prises alimentaires en n'hésitant pas, s'il le faut, à utiliser le silence pour faciliter la remémoration.

La simplification des repas des Français se caractérise par la suppression de certains éléments périphériques au plat garni (le plus souvent les entrées) réduisant ainsi les apports en crudités et fruits,

1. « Aliment demain » et « Aliment 2000 », du ministère de l'Agriculture, et « Rare-Nutrialis », du ministère de la Recherche ; ces programmes de recherches ont été financés dans le cadre d'appels d'offres publics, en partenariat avec des acteurs industriels.



au profit de prises alimentaires hors repas, qui, dans l'état de l'offre agroalimentaire actuelle, sont la plupart du temps des produits de biscuiterie (barres céréalières, confiseries, etc.). Au regard des conséquences qualitatives de ces mutations sur l'apport nutritionnel, on peut être tenté de condamner les « nouvelles pratiques alimentaires », et de les décoder comme la dégradation d'un « ordre alimentaire » initial. Le discours porte alors sur la nécessité de restaurer les bonnes habitudes – trois repas structurés par jour, pas de prise alimentaire entre les repas – ou de « rééduquer le mangeur moderne ». Cette attitude idéalise le modèle des trois repas qui, à l'échelle de l'histoire, est loin d'être le modèle dominant dans les pays européens. La forme des prises alimentaires est une mise en scène concrète de valeurs sociales et varie considérablement d'une culture à l'autre, mais aussi dans le temps à l'intérieur d'une même culture.

Ce discours rencontre dans les médias et le corps social un écho attentif. Son « efficacité » tient à sa fonction désangoissante, qui s'articule sur l'apparente contradiction entre l'attachement à l'appareil normatif traditionnel (une très forte majorité de personnes pensent que grignoter n'est pas bon pour la santé et qu'un vrai repas est un repas ternaire) et la non-croyance en la capacité de cet appareil à permettre l'équilibre alimentaire. D'autre part, il fait appel à la science pour légitimer la recherche de l'équilibre, répondant à une demande naïve du corps social que l'on pourrait formuler en ces termes : « Docteur, dites-nous que la science recommande de manger comme avant. » L'étayage scientifique de telles prescriptions est souvent mal assuré ; comme le note France Bellisle, en conclusion d'un article : « À apports énergétiques équivalents, il n'y a pas d'arguments scientifiques pour préconiser une, deux, trois, [voire] quatre prises alimentaires » (Bellisle *et al.*, 1997).

L'origine des éventuels déséquilibres qualitatifs de l'alimentation contemporaine des Français réside-t-elle dans la simplification des repas et le fractionnement de la prise alimentaire, ou dans la nature des aliments consommés ? Prolongeant nos analyses en termes de décalage norme/pratique (Poulain, 1998 *a*), nous avons croisé les typologies cognitives avec les statuts pondéraux. Contrairement à ce que l'on aurait pu attendre, on trouve significativement plus d'obèses parmi ceux qui respectent le modèle traditionnel des repas complets entrée, plat garni, dessert (EPGD). En effet, les personnes en cohérence norme traditionnelle et pratique du repas complet ont un écart à la moyenne de - 8,1 pour la maigreur et de + 11,4 pour l'obésité, et les sujets en cohérence norme et pratique du repas simplifié affichent un écart de + 8,3 pour la maigreur et de - 10,6 pour l'obésité.

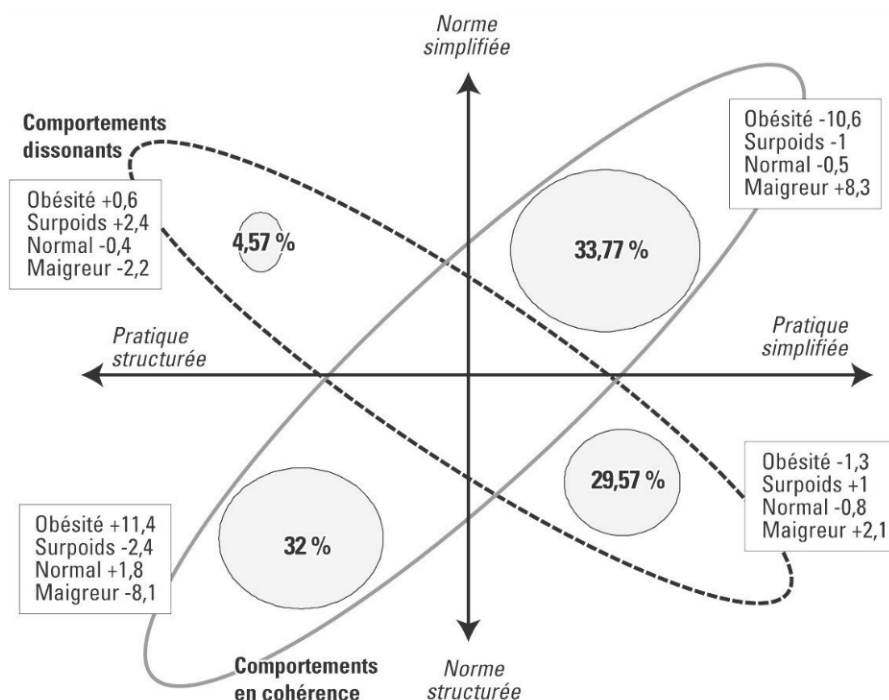


Figure 22. – Décalage norme/pratique pour le repas de midi et corpulence (Poulain, 2001 b)

Si l'on complète cette analyse par l'étude des prises alimentaires hors repas, on constate que 13 % seulement des personnes sont en cohérence entre modèle et pratique traditionnelle du « rien entre les repas ». Le cas de figure le plus défavorable pour le poids est celui des personnes en décalage entre le déclaratif « ne pas manger entre les repas » et une pratique de « manger souvent entre les repas » (obésité + 5,6 et maigre - 4,3) (Poulain, 2001 b).

Est-ce à dire que le modèle alimentaire à la française serait en voie de désagrégation ? Cela dépend de ce qu'on entend par là... Si on le définit par une forme particulière de repas et par l'interdit du hors-repas, la réponse est positive. En revanche, si on le caractérise par l'importance accordée au plaisir alimentaire, à un certain degré de synchronisation et de ritualisation du repas, qui est un moment d'interruption des autres activités, de détente, de socialisation et de partage, il n'y a pas matière à inquiétude. En effet, les repas français restent fortement ritualisés et sont surtout socialisés, c'est-à-dire partagés avec d'autres individus, dans plus de 80 % des cas. Finalement, ce serait moins dans la composition des repas que dans la hiérarchi-

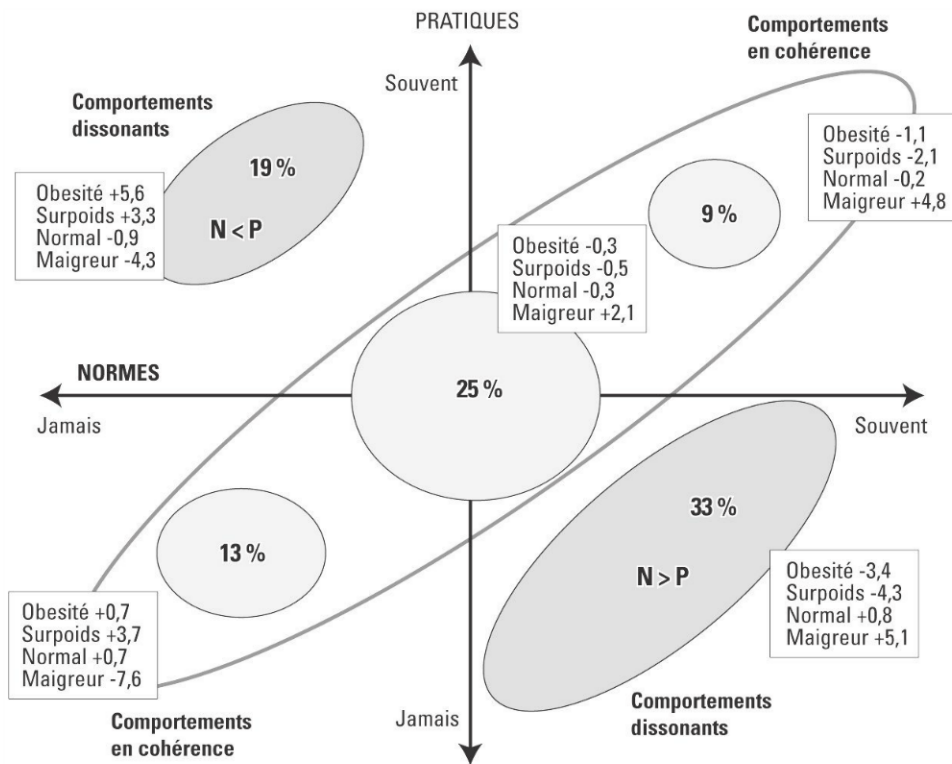


Figure 23. – Décalages normes/pratiques du hors-repas et corpulence (Poulain, 2001 c)

sation des rationalités intervenant dans le raisonnement alimentaire (plaisir, symbolique et socialité) que se trouveraient les « vertus » du « modèle alimentaire français ».

Ces données invitent à regarder la simplification des structures repas comme une mutation adaptative qui peut contribuer à la baisse des apports énergétiques. Cela suppose une révision du discours nutritionnel sur la variété. Dans le modèle des repas EPGD, la variété est gérée en faisant bouger les différents postes entrée garniture fromage dessert en fonction de critères nutritionnels et gastronomiques. Par exemple, une crudité en entrée permet une pâtisserie en dessert alors qu'une quiche en entrée appellera une salade de fruits. Comment penser la variété avec des structures de repas plus simples ? Sur quelle échelle de temps ? Quel statut accorder aux aliments hors repas ? Enfin, cette perspective adossée à la lecture en termes de transition alimentaire invite à poursuivre l'étude des mutations des pratiques alimentaires en tentant d'identifier les éventuels processus adaptatifs.

## 5. Obésité, précarité et précarisation

En matière d'alimentation, les sociétés développées sont traversées par des mouvements contradictoires : alors que règne l'abondance, voire la surabondance, certains groupes sociaux connaissent des difficultés pour simplement accéder à la nourriture. Au cours des dernières décennies, le modèle d'organisation de la société « salariale » a été partiellement remis en cause. La montée du chômage de longue durée, les difficultés d'accès au premier emploi pour les jeunes et la précarisation de l'emploi lui-même (avec notamment le développement du travail à temps partiel non choisi) caractérisent cette évolution. Si le nombre de « pauvres » reste stable depuis les années 1970, la pauvreté s'étend aujourd'hui à de nouveaux groupes sociaux. Le « droit à la nourriture », qui semble émerger derrière la reconnaissance d'associations d'utilité publique comme les Restos du cœur, tire sa force du caractère scandaleux de la coexistence dans les sociétés développées d'excédents de productions agricoles « retirés » du marché pour maintenir les cours et d'une « nouvelle pauvreté » qui a du mal à « boucler » son budget alimentaire.

Au-delà de ces caractéristiques sociales et économiques, la dégradation de l'alimentation des populations en précarité génère une nouvelle forme d'inégalité relative à la santé. En effet, la précarisation s'accompagne de transformations des comportements alimentaires dont les effets sur l'état de santé ont fait l'objet d'un certain nombre d'hypothèses ; les unes mettent l'accent sur le risque de malnutrition qu'encourent ces populations, d'autres évoquent un développement plus rapide de la prévalence de l'obésité. L'étude des pratiques et des représentations relatives à l'alimentation des populations précaires doit permettre de mieux appréhender l'importance de ces tendances et d'ajuster les dispositifs d'information et d'accompagnement en matière de santé.

La précarité est une réalité complexe difficile à mesurer<sup>1</sup>. La notion de précarité décrit des phénomènes complexes qui recouvrent

1. Ce chapitre s'appuie sur des données empiriques issues d'une recherche réalisée dans le cadre du programme Rare-Nutrialis. Après une description de la méthodologie utilisée pour appréhender les différentes formes de précarité sont étudiées les perceptions relatives à la santé de ces populations et la distribution sociale de l'obésité. Dans un second temps, l'on s'intéresse aux liens entre corpulence et pratiques alimentaires. Enfin, cette recherche présente les systèmes de prises alimentaires (repas et hors repas) de ces groupes sociaux. Elle a fait l'objet d'une publication (Poulain et Tibère, 2008).

des réalités très diverses : personnes jeunes au chômage et souvent peu formées, populations des zones dites « sensibles », sans-abri, mais également personnes divorcées ou veuves, ou dont le parcours professionnel – et personnel – se trouve brusquement brisé. Dans les années 1980, les concepts de « précarité » et de « nouvelle pauvreté » ont été proposés pour rendre compte de certaines mutations dans les formes de pauvreté. L'objectif était de remplacer la notion « d'exclusion », controversée à l'époque parce que trop dichotomique (intégration *versus* exclusion). La notion de précarité rend compte de situations de fragilisation sociale qui se déploient sur un continuum allant de l'intégration à l'exclusion. Elle est donc plus large que celle d'exclusion et rend compte de situations instables, de situations qui, en principe, ne sont « pas faites pour durer ».

Robert Castel (1995) et Serge Paugam (1991) ont, dans des perspectives différentes et complémentaires, mis en évidence les processus qui sous-tendent le passage d'une situation d'intégration aux différentes formes de précarité, ainsi que les difficultés à percevoir les frontières entre ces différentes zones. Gilbert de Terssac, Corinne Saint-Martin et Claire Thébaud ont pointé les liens que le processus de précarisation entretient avec les conditions de travail, les formes d'organisation et la santé (Terssac *et al.*, 2008).

Dans une approche centrée sur les relations entre le système de protection sociale et les individus en difficulté, Serge Paugam souligne l'importance des phénomènes de « stigmatisation » dans le processus de précarisation et pose comme décisif le moment où les individus acceptent d'être désignés comme « pauvres » par les institutions officielles. C'est alors le début de l'entrée dans le processus de « disqualification », qui se déroule en trois étapes dans la trajectoire individuelle : 1 / phase dite de « fragilité », liée à des difficultés économiques, durant laquelle l'individu prend peu à peu conscience de sa différence par rapport à ceux qui ont un emploi régulier et adopte le plus souvent des positions de rejet, voire de dénégation face à ce constat ; 2 / phase de « dépendance », au cours de laquelle les individus font l'objet d'un suivi social régulier, acceptant progressivement les statuts de « pauvre » ou d'« assisté » avec les avantages et les contraintes qui leur sont associés ; 3 / phase dite de « rupture », marquée par le retournement symbolique du stigmate à travers la revendication d'une forme de liberté conduisant parfois au refus du système d'assistanat et à la grande marginalisation du SDF.

L'apport principal de Paugam tient dans l'analyse dynamique et nuancée du « processus de précarisation ». On peut être un ouvrier

ou un petit artisan avec de faibles moyens économiques, sans être considéré pour autant comme appartenant à la catégorie des « pauvres », c'est-à-dire de « ceux qui sont pris en charge par des institutions charitables ou d'aide sociale ». Être reconnu comme « pauvre », ce serait entrer dans une « relation d'assisté ». Ces deux auteurs mettent en évidence à la fois un « continuum de situation » et une diversité des formes qui rendent difficiles à la fois la mise en place de seuils simples et la construction de typologies. L'instabilité et l'hétérogénéité des formes de précarité rendent son évaluation particulièrement difficile. Dans l'introduction de son rapport de 2002, l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale évoque « une pauvreté dont les formes évoluent plus vite que les indicateurs imparfaits qui la représentent [...] et qui explique en partie les raisons profondes des approximations et des erreurs d'appréciation de l'ensemble des acteurs, ainsi que des difficultés de conception et de mise en œuvre des politiques publiques ». Il apparaît nécessaire d'articuler les approches positivistes construites sur des critères objectifs avec des perspectives plus compréhensives capables de prendre en compte le vécu des individus.

Dans la première conception, l'INSEE a mis en place une méthode d'évaluation reposant sur trois indicateurs. L'indicateur monétaire définit en termes de ressources un seuil de pauvreté et repère, dans les statistiques nationales, les ménages ne le dépassant pas. C'est ainsi que, sur la base d'un seuil de pauvreté situé à la moitié du revenu médian, la France compterait 5,5 millions de ménages pauvres, avec environ 10 % des ménages français ne disposant que de 3 800 F (soit environ 540 €) par mois. Cependant, cette pauvreté monétaire constitue un critère relatif, dépendant du contexte social et de l'état du lien social. Être pauvre au Portugal ou en Italie du Sud ne renvoie pas à la même réalité sociale qu'en France où le réseau de solidarité familiale est comparativement plus distendu et l'isolement plus grand. L'indicateur de « conditions de vie » mesure chaque année 28 dimensions de la vie quotidienne, regroupées en quatre sphères de pauvreté : les contraintes budgétaires, les restrictions de consommation, les retards de paiement et les difficultés de logement. En 2001, 11,5 % de l'ensemble des ménages français étaient concernés lorsque l'on utilisait cet indicateur. Enfin, l'indicateur de « pauvreté administrative » résulte du décompte des bénéficiaires de minima sociaux. En 2000, ils étaient trois millions, ce qui représentait plus de cinq millions d'individus concernés, si l'on prend en compte les personnes à charge (conjoint et/ou enfants).

Cependant, ces indicateurs « monétaires » et « administratifs » de « conditions de vie » ne parviennent pas à traduire totalement la diversité et la complexité qui caractérisent les situations de précarité. Une approche compréhensive est nécessaire pour prendre en compte et évaluer les dimensions subjectives de la pauvreté. Elle peut se faire à travers les modalités de déclaration de la « pauvreté », en utilisant des questions du type : « Vous considérez-vous comme pauvre ? » Ou encore, afin de saisir le vécu des évolutions : « Depuis trois ans, diriez-vous que votre situation s'est améliorée, dégradée ou n'a pas évolué ? »

Ainsi, l'évaluation de la précarité nécessite une approche des aspects matériels et des difficultés inhérentes à un isolement, volontaire ou subi. Les dimensions sanitaires qui caractérisent cet état font également l'objet d'études ; parallèlement à celle de l'accès aux soins, la question de l'alimentation reste ainsi au cœur des préoccupations, à la fois comme déterminant de la santé et comme facteur d'intégration sociale et de construction identitaire (Poulain, 2002 *c*). Le PNNS annonce le soutien à des initiatives en faveur de la nutrition, en particulier dans des zones de précarité. Des études concrètes ont été initiées, notamment auprès des SDF « qui recourent fréquemment mais de façon irrégulière à l'aide alimentaire » (Chauliac, 2002). Malgré la mise en place en janvier 2000 de la couverture maladie universelle, la précarité reste toujours une source d'inégalités de santé (Leclerc *et al.*, 2000).

Selon les auteurs du rapport de l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale, « l'augmentation générale de l'obésité infantile, prédictive de l'obésité adulte, est significativement plus importante parmi les enfants scolarisés en zone d'éducation prioritaire (17,3 % contre 13,3 % hors ZEP) ». L'enquête dirigée par Yves Spyckerelle<sup>1</sup> indique que les sujets en précarité sont souvent plus obèses : « La fréquence est de l'ordre de 4,5 % chez les sujets non précaires, elle est de 11 % chez les bénéficiaires du RMI et de 7 % chez les jeunes de 16-25 ans en difficulté sociale » (Spyckerelle *et al.*, 2001). Les résultats de cette même enquête réalisée en 2001 indiquent un lien fort entre précarité et non-activité physique ou sportive ; 40 % des non-précaires pratiqueraient un sport contre 31 % pour les RMistes ou titulaires d'un contrat CES.

L'enquête Nutrialis permet de préciser la nature des liens entre précarité et obésité. En effet, s'il y a bien un lien entre les positions

1. Étude menée avec le CERIN, dans 51 centres d'examens de santé de l'assurance maladie auprès de 4 683 jeunes volontaires âgés de 16 à 30 ans. Elle porte également sur le lien entre sédentarité et obésité.

en « bas de l'échelle sociale » définie avec des descripteurs traditionnels (comme les PCS ou le niveau d'études) et l'obésité, la prévalence est de 11 % pour ces populations contre seulement 8 % au sein des populations en précarité. Mais, à la différence des « précaires », les personnes en bas de l'échelle sociale, pour la plupart d'entre elles, sont installées dans des situations relativement pérennes avec des contrats de travail à durée indéterminée. L'utilisation de l'indice mis au point permet de distinguer des niveaux de précarité et de mettre en évidence qu'avec une prévalence de plus de 14 % les individus les plus touchés par l'obésité sont ceux dont la situation sociale tend à se dégrader. Il s'agit du groupe que nous avons qualifié de « précaires potentiels »<sup>1</sup>. L'instabilité et la fragilisation socio-économiques semblent constituer un terrain favorable à la prise pondérale et à l'obésité (Poulain *et al.*, 2001).

## **6. Pratiques alimentaires des personnes en situation de précarité**

Le PNNS inscrit également la lutte contre le surpoids et l'obésité parmi ses objectifs principaux et, partant de l'idée d'une différenciation sociale du risque, il désigne les populations défavorisées parmi celles qu'il convient d'informer et de suivre en priorité sur le terrain. L'analyse des budgets alimentaires des ménages, thématique fondamentale de l'économie et de la sociologie des consommations, trouve avec les populations en précarité de nouveaux espaces d'investigation<sup>2</sup>. Certaines études comparent les consommations alimentaires des ménages les plus pauvres à celles de la population globale, d'autres se concentrent sur la part du budget consacrée à l'alimentation et sur les dépenses réalisées par grandes familles d'aliments. Il apparaît ainsi que les populations précaires consomment moins de fruits et légumes, de produits laitiers, de poissons et de viandes, que le reste de la population. D'autres abordent la question de l'alimentation comme facteur d'intégration sociale et de construction identitaire, et des approches plus ethnologiques ont été initiées, notamment auprès des SDF qui recourent à l'aide alimentaire (Garabiau et

1. Rapport de l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale (2002). Les données concernent le cycle primaire et la classe de sixième.

2. Enquête alimentaire INSEE 1991, Baromètre santé nutrition 1996, panel Secodip 1997, enquête Inca 1999. Pour une revue complète, voir Cavaillet *et al.* (2004).



Terrolle, 2003). Enfin, une dernière catégorie de recherches tente d'objectiver les liens entre certaines prises alimentaires, notamment les consommations hors repas, et le développement de l'obésité chez les individus en situation de précarité (Spyckerelle *et al.*, 2001).

La surreprésentation de l'obésité dans le bas de l'échelle sociale est souvent expliquée par la consommation de boissons sucrées en dehors des repas, l'absence de petit-déjeuner équilibré et le manque d'activité physique. S'il ne fait aucun doute que la pression économique et l'inactivité physique qui accompagnent la précarité peuvent transformer les stratégies d'achats et les logiques de choix alimentaire, avec pour conséquence un déséquilibre entre les apports énergétiques et les besoins, l'impact de ces transformations sur l'obésité semble différent selon les niveaux de précarité. C'est dans ce sens que nous avons organisé notre recherche ainsi que notre méthodologie.

Dans l'échantillon étudié, les individus qui ont une appréciation négative de leur état de santé sont plus nombreux parmi les précaires (25 %) et les précaires potentiels (14 %) qu'au sein de la population française globale (11 %)<sup>1</sup>. Or, le critère « santé » pèse moins sur la décision d'achat que pour le reste de la population (54 % contre 65 %), le coût restant le facteur limitant principal. Pour tous les individus interrogés, et ceci quel que soit leur niveau de précarité, le coût des produits alimentaires apparaît comme un critère particulièrement important : par rapport à l'ensemble de la population, ils sont proportionnellement 11 % de plus à déclarer en tenir compte au moment de l'achat.

Enfin, l'utilisation de questions du type « Si vous disposiez de plus d'argent, à quoi le consacreriez-vous ? » montre que les personnes en précarité sont deux fois plus nombreuses que l'ensemble des Français à déclarer vouloir modifier quantitativement leur ration alimentaire. Elles veulent acheter en plus grande quantité ce qu'elles achètent déjà, alors que les autres groupes sociaux, précaires potentiels inclus, s'orientent vers des améliorations qualitatives. Enfin, signalons que pour l'ensemble de la population, précaires y compris, le goût est bien le critère de choix n° 1, conformément au modèle alimentaire français. Dans le cadre d'une enquête sur l'alimentation des seniors réalisée en 1998, nous avons mis en évidence le fait que

1. Certains insistent sur le fait que les jugements que les interrogés portent sur leur état de santé n'ont bien sûr pas la qualité d'un diagnostic médical, mais qu'ils n'en reflètent pas moins l'état psychologique général de la personne précaire. Voir Paugam (1991) et Drulhe (1996).

dans la tranche des 50-60 ans certains groupes sociaux n'ont pas encore le sentiment de manger, sinon à leur faim, en tout cas autant qu'ils le voudraient (Poulain, 1998 *b*). Ces données invitent à reconsidérer l'idée communément admise selon laquelle, en France, les besoins alimentaires seraient aujourd'hui plus ou moins « saturés », pour reprendre le vocabulaire économique.

En 1995, une enquête portant sur les consommateurs à bas revenus mettait en évidence des phénomènes d'ajustement des pratiques alimentaires en fonction des contraintes économiques. Ces populations mangent moins, font plus souvent un seul repas par jour et diversifient moins leurs repas. Les personnes seules et les familles monoparentales étaient les plus concernées par la restriction alimentaire (Chiva *et al.*, 1995).

En 1997, le Baromètre santé nutrition de l'INPES insiste sur l'importance du budget parmi les facteurs déterminant la composition du repas, parallèlement à d'autres aspects, comme le temps consacré à la préparation des repas, les habitudes familiales et l'état de santé. Sur la base de données déclaratives, il faisait apparaître pour les populations à faibles revenus une fréquence plus élevée de petits-déjeuners très simplifiés et de dîners composés d'un seul plat. Il pointait également une sous-consommation de fruits et légumes, une surconsommation de féculents et enfin un recours plus important aux plats préparés ou semi-préparés (Baudier *et al.*, 1997).

### *La simplification des repas*

Sur l'ensemble de la population française, on constate une tendance à la simplification des structures des deux principaux repas (déjeuner et dîner). Mais celle-ci est beaucoup plus importante dans les pratiques que dans les normes : la structure de type entrée, plat garni, fromage et/ou dessert est largement dominante dans les normes, alors que pour une part importante de la population elle ne correspond plus réellement à leurs pratiques. Les repas des populations précaires se caractérisent par une plus forte simplification, tant dans les pratiques que dans les normes, et c'est ce qui les différencie de la population générale. Ainsi, la norme classique recule au profit du plat unique ou des couples entrée-plat ou plat-dessert.

La même tendance se repère pour les repas du soir, pour lesquels les formules simplifiées représentent 65 % des normes de dîner chez les précaires, contre 59 % pour la population nationale. Une autre caractéristique : les sandwiches/hamburgers (9,1 %), les pizzas/qui-

ches (11,5 %) et les boissons sucrées (26,8 %) apparaissent comme des composantes normales de repas.

Avant de voir les pratiques, nous avons voulu prolonger l'analyse des représentations à travers la question : « Quels sont pour vous les aliments essentiels ? Citez en trois. » Le principal constat concerne la survalorisation de la viande par les précaires dans les aliments considérés comme « essentiels ». La viande conserve un statut symbolique fort (associé à l'énergie, à la force, mais aussi au confort et au bien-être) et arrive au premier rang (22,2 %) devant les légumes (21,4 %). Les précaires sont moins sensibles au discours nutritionnel valorisant les fruits et légumes ou le poisson.

*Les pratiques : tendance à la simplification des repas confirmée*

L'étude des pratiques alimentaires confirme la simplification des repas chez les précaires à hauteur de 31 %, soit 9 points de plus qu'au sein de la population globale. Le modèle alimentaire se trouve donc simplifié tant sur le plan des normes que des pratiques mises en œuvre : c'est là une caractéristique des populations précaires. Pour le repas de midi, les populations précaires privilégient les formules simplifiées de type « plat unique », en accordant une place plus importante que la moyenne nationale aux sandwiches, hamburgers et pizzas.

Simplification du repas de midi

	<i>Plat unique</i>	<i>Sandwich Hamburger Pizza</i>
<b>Population précaire</b>	18 %	18 %
<b>Population française</b>	13 %	12 %

Pour le repas du soir, les structures dominantes sont le plat unique (16 %) et une structure hypersimplifiée (21 %).

Du point de vue des aliments, les taux de consommation des précaires sont plus faibles pour les légumes, y compris sous forme de soupe (- 5), pour les fruits (- 3), ainsi que pour le poisson (- 4). En revanche, les féculents (riz et pâtes en particulier) enregistrent des scores très importants (+ 15). Les facteurs économiques expliquent en grande partie ces phénomènes. Enfin, on note une fréquence des consommations hors repas plus élevée que pour l'ensemble des Fran-

çais ; la multiplication des prises hors repas va de pair, dans une logique compensatoire, avec l'hypersimplification des principaux repas.

#### *Désocialisation alimentaire et repli devant la télévision*

Les personnes précaires mangent plus souvent seules que les autres et lorsqu'elles partagent leurs repas c'est souvent avec les enfants ; aspect que l'on peut lier à la part importante de familles monoparentales au sein des populations économiquement fragilisées. Concernant le rythme journalier des consommations alimentaires horaires, dont on sait qu'il s'inscrit habituellement dans un cadre et une temporalité sociale liés à la vie professionnelle, on observe un décalage : la prise du petit-déjeuner se situe plus tard dans la matinée chez les précaires (entre 9 heures et 11 heures) que dans l'ensemble de la population française, et le repas du soir est pris plus tôt (entre 19 heures et 21 h 30).

Élisabeth Locard soulignait l'importance, en situation de précarité, des pratiques alimentaires compensatoires devant le petit écran (Locard, 2002). Lorsque l'on prend en compte à la fois le type et le lieu de prise, on constate que les précaires ont des habitudes assez proches de celles de l'ensemble de la population française, sauf pour le petit-déjeuner, consommé dans 25 % des cas devant la télévision (soit un écart de + 7), et le repas de midi (+ 9). L'enquête montre que les individus en précarité et ceux en précarité potentielle regardent beaucoup plus la télévision, tant en semaine que le week-end ; 45 % d'entre eux passent plus de quatre heures devant le petit écran durant la semaine, contre 28 % dans le reste de la population française. Même situation le week-end, mais cette fois uniquement pour les précaires (60 % contre 38 % pour les précaires potentiels). Ces données soulignent la place de la télévision dans le réinvestissement de l'espace domestique ; elle devient « l'univers du repli » caractéristique des premières étapes de la précarisation (Paugam, 1991).

En rappelant les difficultés qu'il y a à définir la précarité et la nécessité de prendre en considération la diversité des contextes sociaux intermédiaires entre intégration et exclusion, cette recherche contribue à préciser la nature des liens entre précarité, alimentation et corpulence. L'utilisation d'un indicateur de précarité permettant la prise en compte de la pluralité des situations amène donc à nuancer le discours classique sur le lien entre obésité et précarité. C'est au

sein des groupes en cours de précarisation et dans les milieux populaires classiques (ouvriers et employés) que l'obésité et le surpoids sont les plus fréquents. En revanche, la prévalence de l'obésité est plus faible au sein des populations précaires. Cette situation pourrait en partie s'expliquer par le fait que de nombreux individus installés dans la précarité sont en forte restriction alimentaire : beaucoup ne mangent qu'un seul repas par jour, souvent sous une forme simplifiée. La dimension économique pèse bien entendu sur ce comportement, et il arrive souvent qu'un repas soit sauté ou hypersimplifié au profit des enfants.

La transformation des comportements et des représentations de l'alimentation constituait l'autre objet de cette étude. Il semble que la précarité génère de nouveaux modèles alimentaires, avec cette particularité que ces changements concernent aussi bien les normes que les pratiques alimentaires. Alors que pour la population française les changements que l'on constate au niveau des pratiques alimentaires (notamment la simplification des repas) ne sont pas encore en symétrie avec les normes (« Je dis qu'un vrai repas se compose d'une entrée, d'un plat principal et d'un dessert, mais je ne mange le plus souvent qu'un plat, parfois accompagné d'un dessert »), pour les individus en situation précaire un « vrai repas » est déjà un repas simplifié, voire très simplifié. Du point de vue des produits consommés, les féculents sont très présents, au détriment des fruits et légumes ; ceci est lié au facteur économique, certes, mais aussi au statut symbolique du riz ou des pâtes, associés à l'énergie et à la force, et qui « calent » à peu de frais. Manger hors des heures de repas est également une pratique fréquente chez les personnes en forte précarité ; cependant, aucun lien avec l'obésité n'a pu être constaté. Selon son intensité, la précarité peut donc favoriser la malnutrition ou le développement de l'obésité. Tout en appelant des travaux complémentaires, les données obtenues peuvent contribuer à ajuster les dispositifs d'information et d'accompagnement en matière de santé publique en direction des populations concernées en prenant en compte les degrés de précarité, d'une part, et les transformations des modèles alimentaires, d'autre part.

L'association de l'obésité avec la précarisation invite à formuler deux hypothèses, qui devront être approfondies : 1 / l'obésité serait une réponse au stress suscité par la dégradation des positions sociales ; 2 / le surstockage serait une réponse biologique archaïque à une situation perçue comme risquant de se dégrader – une façon de se préparer à l'arrivée de « jours mauvais ».