

322 avril 2015

# RMG

LA REVUE DE LA MÉDECINE GÉNÉRALE

- MG & Personnes âgées** 6  
**Bactéries multi-résistantes en Maison de Repos et de Soins : quelle attitude ?**
- Réflexion** 16  
**Comment aborder la question de l'alimentation avec les patients ?**  
Les apports de la socio-anthropologie
- Petite Clinique** 22  
**Quand le généraliste ne s'accorde pas avec le cardiologue**

# Comment aborder la question de l'alimentation avec les patients ?

## Les apports de la socio-anthropologie

par M. Martin BIERNAUX\*, le Dr Pierre BALDEWYNS\*\* et M<sup>me</sup> Catherine SPIÈCE\*\*\*



\* Responsable de projets-recherches au Service Promotion de la Santé de l'Union Nationale des Mutualités Socialistes – Solidaris. 1000 Bruxelles  
[martin.biernaux@mutsoc.be](mailto:martin.biernaux@mutsoc.be)

\*\* Docteur en médecine  
Responsable du Service Promotion de la Santé de l'Union Nationale des Mutualités Socialistes – Solidaris

\*\*\* Licenciée en psychologie  
Responsable de projets au Service Promotion de la Santé de l'Union Nationale des Mutualités Socialistes – Solidaris

**Le système alimentaire actuel, bâti sur la production à bas coût de produits industriels transformés, engendre son lot d'effets pervers en matière de santé publique : le surpoids (qui touche près de 50% de la population adulte en Belgique) et l'obésité (14%<sup>1</sup>) sont associés à une prévalence accrue et à une gravité plus importante de nombreuses maladies (diabète de type 2, maladies cardiovasculaires, certains cancers...) auxquelles font quotidiennement face les professionnels de la santé. La prévention se heurte à des freins psychologiques mais également socio-culturels difficiles à déconstruire.**

Il existe un fort gradient social dans la prévalence de l'obésité, la baisse des revenus y étant positivement associée<sup>2</sup>. Ce même gradient social est mis en évidence par l'analyse des dépenses des ménages : certaines catégories de produits comme les fruits et légumes, les produits de la mer et les repas pris à l'extérieur sont des marqueurs des inégalités sociales de consommation<sup>3</sup>.

La recherche du plaisir est un critère de premier ordre dans les choix alimentaires de même que les considérations de santé<sup>4</sup>. Malgré l'importance grandissante de ce dernier critère dans les décisions d'achat alimentaire, la manière dont se nourrit le consommateur est trop souvent déséquilibrée.

En réalité, le consommateur-mangeur n'est pas l'être rationnel imaginé par la théorie économique classique. Ses choix ne se limitent pas à des arbitrages, mais ils « s'inscrivent dans des jeux sociaux stratégiques, émotionnels et symboliques »<sup>5</sup>. Guidé par ses émotions, sur lesquelles joue d'ailleurs le marketing, il n'effectue pas un calcul coût-bénéfice rationnel au moment de ses achats alimentaires. Ses pratiques sont également influencées par son appartenance sociale et culturelle. Loin de se résumer au seul aspect biologique, le fait de s'alimenter constitue un acte social et les pratiques sont régies par un ensemble de rituels et de normes. Le goût lui-même est donc socialement construit et l'alimentation revêt une dimension identitaire répondant ainsi à la fois aux besoins physiologiques et symboliques du mangeur<sup>6</sup>.

### La résistance aux normes de santé

Au regard de cette dimension socio-culturelle de l'alimentation, on comprend que les messages de santé publique n'ont pas toujours l'efficacité voulue. Ceci laisse également entrevoir les difficultés que peuvent éprouver les professionnels de la santé lorsqu'il s'agit d'aborder la question de la nutrition et d'amener les gens à faire évoluer leurs comportements alimentaires.

#### ABSTRACT

Concerning food consumption, information alone cannot change behaviour. The food anthropology brings some explanations and suggests useful guidance to health professionals.

**Keywords :** diet, obesity, sociology, primary prevention.

#### RÉSUMÉ

En matière de consommation alimentaire, l'information ne suffit pas à modifier les comportements. La socio-anthropologie de l'alimentation apporte des éléments d'explication et suggère des pistes utiles aux professionnels de la santé.

**Mots-clés :** comportement alimentaire, sociologie, culture, prévention primaire.



Dès lors, il convient de s'interroger sur le rôle que peuvent jouer ces appartenances sociales dans la réception des recommandations alimentaires. Si ces messages, censés constituer des repères (par exemple 5 fruits et légumes par jour), sont bien connus de tous, force est de constater qu'ils sont inégalement mis en pratique. Une récente enquête<sup>7</sup> réalisée auprès de près de 1200 Belges francophones a montré que 95 % des répondants ont cité spontanément le message « Manger 5 fruits et légumes par jour » et 94 % « Éviter de manger trop gras et trop sucré ». L'enquête a également révélé que 33 % des personnes appartenant à la catégorie socio-professionnelle populaire se sentaient concernés par ces messages contre 45 % chez les personnes issues de la catégorie socio-professionnelle supérieure.

Comment expliquer ce gradient social quand on sait que le surpoids et l'obésité sont plus répandus chez les publics défavorisés ? Les études sociologiques révèlent que les normes auxquelles peuvent s'apparenter ces messages se diffusent de manière inégale au sein de la population.

Comme le montre l'étude de Masullo et Régnier (2009), « La capacité à produire et à intégrer les normes révèle des appartenances sociales, et la consommation alimentaire constitue un espace où se forment et se lisent goûts et identité de classe, auxquels peuvent venir se heurter les normes actuelles de santé publique en matière d'alimentation »<sup>8</sup>. Les auteurs ont mis en évidence quatre formes de réception des normes d'alimentation et de corpulence :

- les catégories « supérieures » qui s'approprient facilement les normes de santé et de corpulence que, par ailleurs, elles diffusent ;
- les catégories « intermédiaires intégrées » et « modestes en ascension sociale » qui se caractérisent par une hyper adhésion et une bonne volonté à l'égard de ces normes ;
- les catégories « modestes et populaires » qui se distinguent quant à elles par une réaction critique qui exprime une forme de liberté du point de vue de la contrainte morale et un refus à l'égard d'un surcroît de contraintes que représentent les impératifs diététiques ;
- la catégorie de personnes « en situation de précarité » qui se caractérise par une indifférence aux normes<sup>9</sup>.

Pour expliquer cette diversité dans l'intégration des normes de santé, les auteurs pointent les différences qui existent en termes de représentation du lien entre alimentation et santé, de repères normatifs en matière de corpulence et de signification de l'acte de « prendre soin de son corps ». L'intensité des liens sociaux est également évoquée comme favorisant l'attention aux normes.

Enfin, la volonté de participer à la société de consommation et de s'y intégrer conduirait certains à opter

davantage pour des produits industriels et la restauration rapide, et donc, à une moindre disposition à se conformer aux prescriptions nutritionnelles.

Le modèle de la diffusion verticale des normes, à partir des classes socio-économiques supérieures vers les classes inférieures, ne s'applique donc pas dans le domaine de l'alimentation. Comme l'exprime J-P Poulain (2012), « Valoriser, accepter ou refuser des nourritures, c'est affirmer un désir d'appartenance à un groupe ou, au contraire, le pouvoir de lui résister »<sup>10</sup>.

En matière de prévention et de santé, l'enseignement majeur est donc que des recommandations nutritionnelles « qui ne tiendraient pas compte des systèmes de valeurs, des goûts et des styles de vie semblent destinées à échouer, en particulier si ces messages sont vus comme imposés du haut vers le bas de la société »<sup>11</sup>.

## Une approche basée sur le plaisir et la convivialité

Les prestataires de soins (en particulier les médecins généralistes) sont des témoins directs de ces différentes formes de résistance aux changements de comportement et ce, en raison du rapport privilégié qu'ils entretiennent avec leurs patients mais également parce qu'ils sont eux-mêmes prescripteurs de normes de santé.

Tenir compte des systèmes de valeurs, des goûts et des styles de vie de chaque patient est donc nécessaire pour une prévention efficace. En d'autres termes, il conviendrait de s'adapter au vécu du patient et à sa situation personnelle, d'encourager son esprit critique et de lui faire prendre conscience de sa capacité d'agir. Tout cela nécessite du temps que les médecins n'ont bien souvent pas.

Sur la manière de communiquer, les sociologues de l'alimentation mettent en garde contre les discours exclusivement nutritionnels et la responsabilisation excessive des mangeurs. Évoquer l'alimentation en termes de substances nutritives et de choix personnel contribuerait à « privatiser, désocialiser et individualiser la relation à la nourriture et à l'alimentation »<sup>12</sup>. Or une telle évolution engendrerait des effets négatifs sur l'alimentation et la corpulence, le risque étant notamment que l'acte de manger devienne une activité mécanique au lieu d'un acte pensé où le plaisir occupe une place. Une manifestation emblématique de la désocialisation du repas est le fait de manger devant la télévision.

Afin de « faire passer » les recommandations nutritionnelles, la socio-anthropologie de l'alimentation préconise deux leviers d'action : le plaisir et la

convivialité. Reprendre du plaisir pendant les repas serait un levier pertinent pour augmenter l'attention accordée à l'alimentation et à son corps. Rappelons que le goût reste le critère d'achat numéro un, et ce, quelle que soit la catégorie sociale à laquelle on appartient.

La convivialité mérite également d'être promue car «le plaisir, en termes alimentaires, dépasse largement la seule saveur des aliments consommés», un repas auquel on prend du plaisir «étant souvent un repas partagé»<sup>13</sup>.

## Conclusion

Les messages de santé portant sur l'alimentation doivent éviter l'écueil d'une approche trop normative qui risquerait de se heurter à de fortes résistances sociales et culturelles. De même, le discours sur l'alimentation doit être vu dans sa globalité et éviter de se résumer aux seuls aspects nutritionnels et à la responsabilisation individuelle ce qui contribuerait à médicaliser, individualiser et privatiser davantage les pratiques alimentaires avec les effets pervers que nous venons d'évoquer.

Les mangeurs sont soumis à la fois à une injonction au plaisir («il faut savoir prendre du bon temps») et à une injonction au contrôle («grossir, c'est se laisser aller»). Cette double injonction, ressentie comme paradoxale, engendre de la confusion ainsi que de la culpabilité lorsque que l'on obéit «trop» à la première. Il importe donc de réconcilier ces deux injonctions en démontrant que le plaisir est possible et qu'il a même toute sa place dans une alimentation équilibrée.

Par le choix des revues et dépliants de sa salle d'attente ou la teneur du dialogue singulier avec chacun de ses patients, le médecin généraliste est bien placé pour contribuer à résoudre cette équation. Mais pour espérer obtenir des changements, même minimes, avec des patients «peu réceptifs» en raison des déterminants socio-anthropologiques esquissés ici, la pyramide alimentaire pourrait quelque peu être mise en retrait au profit de la promotion de tout ce qui est «bon» tant pour la santé que pour les sens!

## Bibliographie

1. Direction Opérationnelle Santé Publique et Surveillance. Rapport 1 : État de Santé Résultats Principaux ; Enquête de Santé par interview, Belgique 2008, Bruxelles ; 2010.
2. Poulain J-P, Tibère L. Alimentation et précarité. Considérer la pluralité des situations. *Anthropology of food* 2008 ; 6 ; septembre 2008, p. 9.  
<http://aof.revues.org/4773>
3. Caillavet F, Lecogne C, Nichèle V. La consommation alimentaire : des inégalités persistantes mais qui se réduisent. Dossier. La consommation alimentaire. 50 ans de consommation en France ; 2009.  
[http://www.insee.fr/fr/ffc/docs\\_ffc/ref/CONS009e.PDF](http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/ref/CONS009e.PDF)
4. Hébel P. Alimentation. Se nourrir d'abord, se faire du bien ensuite, CRÉDOC – Consommation et mode de vie 2008 ; n° 209.  
<http://www.credoc.fr/pdf/4p/209.pdf>
5. Poulain J-P (sous la direction de). Dictionnaire des cultures alimentaires, puf, Paris, 2012 ; p. 534.
6. Godin L. Entre plaisir et contrôle : l'équilibre comme fondement de la normativité et de l'action dans l'alimentation contemporaine. *Ethnologies* 2011 ; 33 : 69-97.  
<http://id.erudit.org/iderudit/1015026ar>
7. Solidaris Mutualité. Comment percevons-nous l'offre de produits alimentaires ? Le Thermomètre des Belges. Rapport de recherche ; 2013.
8. Masullo A, Régner F. Obésité, goûts et consommation. Intégration des normes d'alimentation et appartenance sociale. *Revue française de sociologie* 2009 ; 50 ; p.751.  
<http://www.cairn.info/revue-francaise-de-sociologie-2009-4-page-747.htm>
9. Masullo A, Régner F. Obésité, goûts et consommation. Intégration des normes d'alimentation et appartenance sociale. *Revue française de sociologie* 2009 ; 50 ; 747-773.  
<http://www.cairn.info/revue-francaise-de-sociologie-2009-4-page-747.htm>
10. Poulain J-P (sous la direction de). Dictionnaire des cultures alimentaires, puf, Paris, 2012 ; p. 31.
11. Masullo A, Régner F. Obésité, goûts et consommation. Intégration des normes d'alimentation et appartenance sociale. *Revue française de sociologie* 2009 ; 50 ; p. 770.  
<http://www.cairn.info/revue-francaise-de-sociologie-2009-4-page-747.htm>
12. Poulain J-P (sous la direction de). Dictionnaire des cultures alimentaires, puf, Paris, 2012 ; p. 283
13. Godin L. Entre plaisir et contrôle : l'équilibre comme fondement de la normativité et de l'action dans l'alimentation contemporaine. *Ethnologies* 2011 ; 33 : 69-97.  
<http://id.erudit.org/iderudit/1015026ar>