

L'alimentation des populations défavorisées en France. Synthèse des travaux dans les domaines économique, sociologique et nutritionnel¹

France Caillavet (Corela-Inra),
Nicole Darmon (Uren-Istna - Cnam),
Anne Lhuissier (Corela-Inra),
Faustine Régnier (Corela-Inra)

L'ALIMENTATION et le statut nutritionnel font pleinement partie du diagnostic des formes de pauvreté et des populations à risques. Or cette synthèse des travaux français montre que la question a davantage été abordée par la nutrition que par les sciences sociales. Pourtant, l'effet du revenu est avéré dans de nombreux aspects de la consommation alimentaire. Le statut socio-économique apparaît comme un déterminant majeur des différences de comportement alimentaire. L'épidémiologie s'est penchée depuis longtemps sur le lien entre nutrition et inégalités de santé, et s'est focalisée récemment sur l'obésité, devant les travaux sociologiques sur ce thème, encore embryonnaires en France comparés aux travaux anglo-saxons, qui s'intéressent, quant à eux, aux déterminants sociaux de l'obésité et à ses conséquences.

1. Cette synthèse est issue du projet « L'alimentation des populations défavorisées comme dimension spécifique de la pauvreté en France » soutenu financièrement par l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale et coordonné par France Caillavet, Laboratoire de recherche sur la consommation (Corela), département de Sciences sociales, Inra, 65, boulevard de Brandebourg, 94205 Ivry-sur-Seine.

Qu'apportent les sciences sociales pour l'étude de l'alimentation des populations défavorisées ?

Il existe peu d'études françaises portant sur l'alimentation des ménages pauvres. Les travaux abordant la consommation alimentaire relèvent surtout d'études statistiques² et présentent une série de limites pour qui s'intéresse aux populations dites défavorisées³. L'économiste constate que les revenus n'y sont pas distingués comme critère majeur d'analyse de la consommation alimentaire ; il observe dans le même temps que l'analyse de la pauvreté, préoccupation majeure des producteurs de statistiques dans la dernière décennie⁴, n'a considéré que très marginalement l'angle des comportements alimentaires (Herpin et Manon, 1997 ; Degenne *et al.*, 1997). Le sociologue souligne quant à lui la difficulté de ces enquêtes à saisir, en dépit d'échantillons importants, les individus aux marges de la population générale ; il remarque, en outre, que la définition des « ménages pauvres » au-dessous d'un certain seuil de revenus contribue à regrouper sous une même catégorie des personnes et des situations très hétérogènes (Fassin, 1996). À l'inverse, la consommation alimentaire a servi, à travers les circuits d'aide alimentaire, à identifier des populations défavorisées par l'intermédiaire d'enquêtes statistiques (c'est la méthode suivie par Brousse, de la Rochère et Massé, 2002a, 2002b), ou qualitatives, menées sous l'impulsion des milieux médical, caritatif et du secteur social. Dans ce cas, l'étude des populations défavorisées se déduit de travaux menés sur des sous-populations : chômeurs, bas revenus, bénéficiaires de prestations sociales... Rappelons que l'hétérogénéité des populations pauvres est attestée dans le cas français comme dans les autres pays développés en termes de situation familiale (familles monoparentales, familles nombreuses), d'accès à l'emploi (chômeurs, travailleurs pauvres), et de caractéristiques individuelles (femmes, personnes jeunes, très âgées), tous ces critères ne se recoupant que partiellement (Insee, 1999)⁵.

Pour l'ensemble de ces raisons, les résultats obtenus sur les données françaises sont épars et hétérogènes. Faute d'unicité du concept de pauvreté, nous avons systématiquement mentionné sur quelle base les « pauvres » ou les « défavorisés » ont été identifiés. Dans un premier temps, sera développée la dimension alimentaire dans les travaux économiques sur la pauvreté. Étant donné le faible nombre d'études spécifiques sur les ménages pauvres en France, on commentera également l'effet revenu observé dans les études concernant l'ensemble de la population. Dans le contexte de l'identification des populations défavorisées selon

2. Par exemple les travaux émanant de l'Insee ou du Crédoc, cf. Caillavet 2004 pour plus de détails.

3. Les sources de données existant en France sur la consommation et pouvant donner lieu à des analyses sur l'alimentation des populations défavorisées sont récapitulées dans le tableau 1.

4. Cf. *Économie et Statistique*, « Mesurer la pauvreté aujourd'hui », 1997.

5. Ils ne coïncident pas non plus avec la population utilisant l'aide alimentaire (le recours aux repas chauds consommables sur place et aux services d'hébergement est surtout le fait d'hommes, jeunes, vivant seuls : Brousse *et al.*, 2002a), ni avec les personnes sans domicile fixe ou les plus précaires, pour lesquels les études économiques classiques s'avèrent inadaptées (Marsat et Firdion, 2000).

plusieurs critères, l'approche économique s'interrogera sur l'éclairage que peut fournir la consommation alimentaire pour caractériser les populations défavorisées. Dans un deuxième temps, la lecture sociologique des enquêtes qualitatives permettra de souligner à quel point l'analyse de l'alimentation nécessite d'appréhender un ensemble de conditions sociales (relationnelles, matérielles, etc.) qui ne peuvent se borner à une seule question de revenus. Ce faisant, elle pointe la nécessaire prise en compte de l'hétérogénéité des situations de pauvreté pour comprendre les pratiques d'alimentation en milieu défavorisé, au-delà d'une recherche de critères communs au travers desquels les pauvres se distingueraient de l'ensemble de la population.

La dimension alimentaire dans les travaux économiques sur la pauvreté

Les travaux de Sen et leur médiatisation⁶ ont contribué à recentrer les travaux de mesure de la pauvreté sur l'alimentation. Pour Sen (1984), la pauvreté est mieux représentée par la privation en dotations fondamentales (capital humain, financier, social) et en capacités à mobiliser des ressources en cas de crise⁷ que par de bas niveaux de revenus. Le revenu apparaît comme une mesure instrumentale alors que la malnutrition est un élément intrinsèquement important. Le statut nutritionnel mesure alors plus directement la pauvreté que les revenus ou les dépenses. L'analyse de la pauvreté économique glisse ainsi vers le champ de la santé et la durée de vie est devenue un indicateur de base de la pauvreté (Programme des Nations unies pour le développement – Pnud, 1998). L'alimentation n'est plus seulement analysée comme un poste budgétaire sur lequel peuvent s'exercer des restrictions, mais devient une dimension à part entière de la pauvreté, permettant sa mesure et sa caractérisation. En tant que l'une des composantes majeures du bien-être, l'alimentation acquiert en outre le statut de droit fondamental, à défendre sur le plan juridique de même que le logement. De fait, les formes de «pauvreté alimentaire» ont continué à exister dans les pays développés et semblent en progression (Leather, 1996 ; Riches, 1997 ; Dowler, 1997).

Dans cette revue des travaux français, nous présenterons tout d'abord la place de l'alimentation dans la caractérisation de la pauvreté, puis les résultats des recherches économétriques sur la consommation alimentaire lorsqu'elles se rapportent aux populations défavorisées ou à l'influence du revenu. En conclusion, force sera de constater leur indigence et leurs limites.

Le rôle de l'alimentation dans les indicateurs de pauvreté

Il est clair que les besoins alimentaires relèvent d'une approche absolue de la pauvreté. Le débat sur la légitimité de fixer une ligne de pauvreté est celui d'évaluer

6. A. Sen a obtenu le prix Nobel d'économie en 1998. En fait, d'autres disciplines (anthropologie, nutrition...) et les travaux empiriques sur les pays du Tiers Monde ont mis en évidence depuis longtemps les multiples manifestations de la pauvreté et leurs interactions.

7. «Capabilities and functionings».

dans quelle mesure elle laisse au consommateur le choix des aliments et des modes de consommation, sur le plan individuel comme social.

La position dans l'échelle relative des revenus (décile, quartile, quintile) est certes un déterminant du poids de la consommation alimentaire dans le budget, mais pas de sa répartition par grandes catégories de produits. En revanche, elle introduit une forte différenciation au niveau des comportements et des pratiques plus particulières comme le mode d'approvisionnement des ménages (achats, consommation hors domicile, autoconsommation), les lieux et les occasions de consommation, la quantité et la qualité des produits consommés (*cf.* dans le cas français Grignon et Grignon, 1999; Caillavet et Nichele, 2002; Caillavet et Momic, 2004).

L'approche budgétaire:

caractérisation de la pauvreté par le poids de l'alimentation

Au niveau budgétaire, on observe deux caractéristiques principales de l'alimentation des ménages défavorisés: l'accroissement de la place relative de l'alimentation dans le budget total⁸, et le renforcement du poids de la consommation à domicile par rapport au hors foyer.

En France, l'évolution du coefficient budgétaire de l'alimentation mesuré depuis les années 1950 montre une tendance suivie à la baisse. Néanmoins, les dépenses consacrées à l'alimentation et au logement, deux premiers postes dans le budget des ménages les plus pauvres, en représentent encore plus de la moitié. Le poste logement dépasse l'alimentation depuis le début des années 1990. En 1995, leurs parts budgétaires respectives sont de 27,9 % et 18,2 %, et de 29,9 % et 23,5 % pour la tranche la plus basse de la distribution des revenus (Clément, Destandau et Eneau, 1997)⁹. À partir de l'enquête Budget de famille 2000-2001, on obtient un coefficient budgétaire de 32,5 pour l'habitation et 18,3 pour l'alimentation pour l'ensemble de la population, et respectivement 33,6 et 22,3 pour le premier décile de revenus les plus faibles. Si l'on considère les grands postes budgétaires, l'alimentation est celui dont la part enregistre le plus d'écart entre déciles extrêmes, avec un rapport interdécile (D1/D10) de 1,56 (Caillavet et Momic, 2004). Rappelons que l'enquête Re-Vivre relevait pour trois sous-populations en dessous du seuil de pauvreté une part budgétaire de l'alimentation variant entre 28 % et 48 % du budget.

Malgré l'importance budgétaire de ce poste, des études empiriques montrent que les décisions concernant l'alimentation ne sont pas prioritaires en raison d'arbitrages totalement contraints sur les autres postes. On assure d'abord le loyer, le paiement des factures liées au logement: gaz, électricité..., avant celles des «besoins alimentaires bien souvent sous ses formes élémentaires relatives à la quantité plutôt qu'à la qualité...» (relevé par Luquet, 1998 et le Conseil national de l'alimentation, 2002 en France; Dowler, 1997 en Grande-Bretagne; Riches, 1997 au Canada).

8. Ce critère a pu servir d'indicateur de pauvreté des ménages et la proportion de 30 % est généralement considérée comme un seuil significatif.

9. Soit un revenu annuel inférieur à 41 999 francs par Uc.

Enfin, la population défavorisée privilégie particulièrement la consommation à domicile. On le constate au niveau de la part budgétaire consacrée aux repas à l'extérieur qui double entre le premier décile (15,4 %) et le dernier (30,2 %) (Caillavet et Momic, 2004), ainsi qu'au nombre inférieur de repas pris au restaurant (Bertrand, 1993)¹⁰.

L'approche « qualité » :

y a-t-il une alimentation spécifique pour les plus pauvres ?

L'alimentation n'est pas intrinsèquement différente entre les ménages défavorisés et le reste de la population (*Médecine et Nutrition*, 2000 ; Caillavet et Momic, 2004), mais celle des premiers reflète les contraintes de faibles ressources chroniques, d'irrégularités du revenu, ou de la nécessité de faire face à un choc de revenu. Rappelons que, pour l'ensemble de la population aussi, les choix de consommation des ménages sont une question de revenu avant tout (Bayet, Chambaz, Guegano et Hourriez, 1991).

Si l'on reste au niveau des grands groupes d'aliments, l'analyse des quantités consommées montre une faible différenciation selon le revenu, sauf en ce qui concerne les fruits et légumes et, dans une moindre mesure, le poisson (*cf.* Caillavet, Combris, Perchard, 2002 et *infra*). Certes, les quantités agrégées ne reflètent pas les différences dans la gamme et la qualité des produits. À un niveau détaillé de produits (environ 200 références), les résultats montrent davantage la forte hétérogénéité de la consommation alimentaire que la différenciation sociale (Bertail, Boizot et Combris, 1998). On sait néanmoins que la variété de la consommation est liée au statut socio-économique (Chambolle *et al.*, 1999), et que les prix moyens des produits consommés sont différents selon le niveau de revenu (par exemple pour les fruits et légumes, *cf.* Caillavet, 2002).

Dans tous les cas, de faibles variations au niveau de l'équilibre alimentaire global peuvent avoir des conséquences nutritionnelles importantes, surtout pour les populations défavorisées¹¹. Aussi les travaux économiques évaluant la pauvreté emploient également des critères issus de la nutrition ou du domaine médical, dans la logique de l'utilisation de la nutrition comme indicateur de l'inadéquation en capacités. Par rapport à l'approche budgétaire, l'approche nutritionnelle permet de recourir à des critères individuels plutôt qu'au niveau du ménage. On sait que, du point de vue alimentaire, les privations dans les ménages pauvres concernent les adultes, mais très rarement les enfants (Dowler, 1997 sur la Grande-Bretagne ; Chauliac et Chateil, 2000, ainsi que Durand-Gasselien et Luquet, 2000 dans le cas français).

L'approche subjective des restrictions alimentaires

Dans le cadre des échelles de pauvreté en termes de conditions de vie, un score global de pauvreté a été élaboré en France à partir de 28 indicateurs de niveau de vie sur l'enquête Epcv de l'Insee (*cf.* tableau 1 et Crenner, Dumartin et Taché, 2002).

10. Ces résultats ne valent pas pour la frange la plus démunie de la population et notamment pour ceux dont les conditions de logement sont précaires.

11. Haut Comité de la santé publique (1998, 2000), Collet-Ribbing C. (2001) et *infra*.

Il ne comporte que trois items d'ordre alimentaire dans le domaine de la consommation.

Les «ménages dont les moyens financiers ne leur permettent pas de manger de la viande, du poulet ou du poisson tous les deux jours» représentent 5 % de la population, mais 11 % de l'échantillon dans le premier quartile, en diminution depuis 1997 (13 %) et stable depuis 1999. Ces ménages se trouvent surtout chez les inactifs, les employés, dans les tranches d'âges des moins de 30 ans et des 40-49 ans et 50-59 ans. Ce sont plutôt des familles monoparentales ou des personnes seules, vivant plus fréquemment dans les régions Méditerranée, Sud-Ouest, Bassin parisien et Nord, villes de grande et moyenne tailles¹².

Les «ménages dans lesquels il arrive qu'une personne passe une journée sans prendre au moins un repas complet par manque d'argent (au cours des deux dernières semaines)» concernent 3 % de l'ensemble des ménages et 6 % dans le premier quartile. Enfin, la restriction au niveau de la sociabilité alimentaire («ménages dont les moyens financiers ne leur permettent pas de recevoir des parents ou des amis, pour boire un verre ou pour un repas (au moins une fois par mois)») touche 9 % des ménages en 2001 et 20 % de ceux du premier quartile, en diminution depuis 1997 (28 %).

Ces critères montrent-ils une distribution différente de la pauvreté par rapport aux autres restrictions de consommation? Pour les trois indicateurs alimentaires, on constate une stabilisation dans les trois dernières années comme pour les retards de paiement, alors qu'une aggravation intervient au niveau du découvert bancaire, de l'insuffisance des revenus pour les dépenses courantes, de l'absence d'épargne, et des restrictions de chauffage. Au niveau de 10 pays européens, le critère «ne pas pouvoir acheter de la viande ou équivalent un jour sur deux» place la France dans la moyenne des pays considérés (4,4 % des ménages en 1997, cf. Ponthieux, 2002). En revanche, la France est sur-représentée dans les privations de vacances. Les restrictions déclarées au niveau de la nourriture carnée sont les plus répandues en Finlande (9 % des ménages) et en Autriche (6,5 %). On peut regretter que seul ce critère soit pris en compte pour la refonte de l'enquête dans le panel européen.

Selon l'étude Re-Vivre, la première restriction alimentaire, c'est-à-dire la plus fréquemment citée (échantillon de 657 individus), porte sur la viande (49 %), puis le sucre et les produits sucrés (23 %), suivis par le pain et les produits céréaliers (16 %) (Roux, Le Couedic, Durand-Gassel, et Luquet, 2000).

Déterminants économiques de la consommation alimentaire : faut-il attribuer la totalité des effets au revenu ?

Les études empiriques en économie de la consommation ont peu concerné les ménages pauvres. De ce fait, le manque de travaux sur la réponse de divers types de ménages aux changements de variables économiques a pu conduire à considérer abusivement que l'ampleur des effets prix et revenu calculés au point moyen valent aussi pour les extrêmes de la distribution.

12. On peut regretter l'absence du critère de niveau d'éducation dans les statistiques publiées par l'Insee.

Les comportements de consommation dans la population défavorisée

Les ménages sont à la fois des producteurs et des consommateurs de biens et services. Leur consommation finale est obtenue par une combinaison de temps, capital humain, et biens achetés. Dans la représentation microéconomique de la consommation, les décisions du ménage portent sur l'allocation des ressources rares que sont le revenu monétaire et le temps passé par chaque membre du ménage aux activités de production (Becker, 1965 ; Vickery, 1977). Dans le cas de la consommation alimentaire, la répartition entre activités marchande et domestique du temps de la femme notamment¹³, et son niveau d'éducation sont des déterminants majeurs.

L'éducation a fait l'objet d'une attention spéciale, en raison de ses multiples effets sur la production et la consommation de biens : les femmes les plus éduquées ont davantage de probabilités d'avoir une activité professionnelle et des revenus, favorisant la production de biens incorporant une part importante de composante monétaire plutôt que d'activité domestique. En même temps, un niveau plus élevé d'éducation induit davantage d'efficacité dans la production domestique, et est corrélé avec la sensibilité à l'information nutritionnelle. L'éducation exercerait un rôle décisif sur la connaissance et l'application de l'information nutritionnelle, alors que l'existence d'une relation directe avec le revenu paraît beaucoup plus faible (cf. par exemple au niveau européen Margetts *et al.*, 1997, ou nord-américain Blaylock *et al.*, 1999).

Les modèles économiques considèrent le revenu comme un déterminant majeur de la consommation alimentaire. Le résultat de base est la loi d'Engel, selon laquelle la consommation alimentaire augmente avec le revenu mais à un rythme décroissant, de telle sorte que la part budgétaire de l'alimentation diminue à mesure que le revenu augmente. On retrouve ce résultat par le constat que la consommation alimentaire des ménages à bas revenu est caractérisée par une élasticité-revenu¹⁴ plus forte. Dans les catégories à revenu plus élevé, les dépenses alimentaires enregistrent aussi une forte influence d'autres facteurs tels que les caractéristiques sociodémographiques. Rappelons que l'effet du revenu varie selon les formes d'appréhension de la consommation alimentaire : au niveau des aliments, des nutriments, mais aussi de la variété et qualité des produits, des lieux d'achat et de consommation...

Les arbitrages temps/biens

Jouer sur les substitutions temps/biens pour faire baisser le coût de revient du repas, en modifiant l'organisation de la production alimentaire, est une pratique repérable au niveau du degré de transformation des produits achetés. Or cette stratégie apparaît peu fréquente chez les personnes seules, pour qui il n'est pas évident que le coût de la transformation domestique de produits frais soit inférieur au coût des produits transformés, ou chez les jeunes, en l'absence de culture

13. Celle-ci reste traditionnellement chargée de la production des repas (Brousse, 1999).

14. L'élasticité-revenu ou -dépense mesure l'impact d'une variation de budget sur la consommation d'un bien. L'élasticité-prix désigne l'effet d'une variation dans le prix.

culinaire (Re-Vivre, 1998). Ainsi, l'offre de temps des ménages pauvres n'est pas forcément plus élastique au revenu que celle des autres ménages.

Ce résultat se retrouve chez les chômeurs (Letrait, 2002, sur l'enquête Emploi du temps 1998-1999) : le temps libéré par l'absence d'emploi semble entraîner plutôt un changement radical au niveau des loisirs que dans les habitudes de production domestique. Si les femmes chômeuses consacrent davantage de temps à la cuisine que les actives¹⁵, c'est dans des proportions qui restent bien inférieures au niveau des femmes au foyer. Certes la consommation des chômeurs et celle des personnes pauvres ne peut être confondue¹⁶. Herpin et Loisy (1997) montrent que le niveau de consommation des chômeurs baisse d'environ 20 % pour un chômage de courte durée. Cette diminution est plus importante pour un ménage pauvre qui n'aura pas d'épargne pour lisser sa consommation. La part budgétaire des dépenses incompressibles comme l'alimentation augmente.

Alors que les pratiques de production domestique en France paraissent plus importantes dans les classes moyennes que chez les plus pauvres (Degenne, Grimler, Lebeaux et Lemel, 1997), l'autoconsommation alimentaire a un poids supérieur dans les premiers déciles de revenu (Caillavet et Momic, 2004). Ce résultat est confirmé par les pratiques de stockage alimentaire : les ménages du premier quartile conservent des quantités supérieures de produits non marchands, les stocks marchands étant au contraire bien inférieurs (Combris et Nichele, 1994). Le recours plus fréquent à l'autoconsommation et à des formes d'approvisionnement non marchands (dons, échanges entre ménages) contribue à atténuer les inégalités de consommation, notamment pour les produits frais. Cependant, une étude modélisant l'autoconsommation de légumes conclut à une absence d'effet du revenu sur l'autoconsommation (Caillavet et Nichele, 1999).

En ce qui concerne l'alimentation hors domicile, l'effet revenu est fortement positif pour toutes les formes de repas à l'extérieur (restaurants à midi, le soir, cantines), révélant une consommation très liée à la croissance du revenu, pour de mêmes conditions sociodémographiques (Caillavet et Nichele, 2002).

Réponse de la consommation alimentaire des populations défavorisées aux signaux économiques et nutritionnels

On ne dispose pas de données représentatives sur l'aide alimentaire. L'enquête Budget de famille enregistre les échanges alimentaires entre ménages, mais pas l'aide institutionnelle. Dans l'étude Re-Vivre, le tiers des ménages, de l'échantillon reçoit de l'aide alimentaire : pour 65 % d'entre eux, cette aide comporte des dons alimentaires en provenance de la famille, des amis, des voisins, et pour 51 % en provenance du secteur bénévole. En l'absence de programme d'aide alimentaire public mis en œuvre jusqu'à maintenant et faute de pouvoir évaluer des actions, le

15. Ainsi qu'au ménage et à l'entretien des vêtements ; il en est de même pour les hommes pris dans leur ensemble.

16. Les liens entre pauvreté, précarité et catégories de consommateurs sont une dimension constante d'analyse qui participe à l'émiettement des données sur les populations pauvres. Pour ces études statistiques catégorielles, voir par exemple Insee, 1999.

débat est resté en France dans le champ idéologique sur l'insertion par l'alimentation (*Alimentation et Précarité*, 2000) : Faut-il reconnaître un droit alimentaire? Faut-il une contrepartie à l'aide alimentaire? Les résultats commentés ici proviennent des rares recherches menées sur la consommation des populations défavorisées et en partie des élasticités-revenus calculées sur l'ensemble de la population.

La consommation est plus sensible aux variations de revenu, mais dépend aussi du degré d'élaboration du produit considéré

Le calcul d'élasticités provient d'études basées sur les données d'achats alimentaires de la Société d'études de la consommation, de la distribution et de la publicité (Secodip). Hormis les travaux très désagrégés déjà signalés¹⁷, un système de demande a été estimé pour divers groupes de boissons (Boizot, 1999). Ainsi, une variation du budget consacré aux boissons aura des conséquences importantes sur le montant des achats en vins pétillants, les vins d'appellation et les eaux en bouteille, et proportionnelle sur les achats d'alcools forts.

L'estimation de la consommation spécifique des pauvres n'a été faite que pour des produits particuliers¹⁸ : fruits et légumes (Caillavet, 2002), corps gras (Caillavet et Madre, 2003). Ces deux études définissent la population pauvre comme les ménages du premier quartile de revenus par unité de consommation (Uc), la seconde s'appuyant également sur le critère d'éducation. Dans le cas des fruits et légumes, les élasticités-revenus s'avèrent différentes entre quartiles et selon le degré de transformation des produits : dans le premier quartile, les achats de produits frais se montrent moins sensibles à des variations de revenu, et ceux de produits en conserve ou surgelés plus sensibles que dans les autres quartiles. En ce qui concerne les corps gras, les élasticités-revenus sont plus fortes pour tous les produits (beurre, margarine, crème fraîche, huiles) dans le premier quartile de revenus ainsi que sur le sous-échantillon de ménages¹⁹ qui ont un niveau d'éducation inférieur au baccalauréat par rapport à l'ensemble de la population.

Plus sensible aux variations de prix, la consommation montre cependant une tendance moindre aux substitutions entre produits

Les études économétriques relèvent des élasticités-prix plus fortes pour les populations à bas revenu : une variation du prix d'un bien a de plus fortes conséquences sur les quantités achetées lorsque le budget est très contraint.

On dispose de très peu de résultats sur les élasticités-prix dans le contexte français du fait de l'absence de données de prix (ou de quantités et de dépenses sur les mêmes ménages pour calculer les valeurs unitaires), réhibitoire dans les enquêtes de ménages de l'Insee qui ne relèvent plus ce type de données depuis

17. Ces travaux utilisent un modèle Logit de participation à la consommation et une équation de demande restreinte aux consommateurs pour plus de 200 produits alimentaires (Bertail, Boizot et Combris, 1998).

18. C'est une des contraintes du panel Secodip, qui ne collecte pas l'ensemble de la consommation sur les mêmes ménages.

19. Il s'agit en fait de la personne de référence du ménage ; toutefois, dans la suite de l'étude, c'est le terme de ménage qui sera utilisé pour simplifier la lecture.

1991²⁰. D'autre part, la structure des panels Secodip impose de travailler uniquement sur des sous-ensembles de produits.

Les achats de fruits et de légumes frais sont moins sensibles aux variations de prix (élasticités-prix inférieures) dans les ménages défavorisés, alors que ceux des conserves ou des surgelés sont beaucoup plus élastiques. En revanche, les relations de substitution entre produits sont plus limitées dans le cas du premier quartile que dans le reste de la population. En particulier, on ne retrouve pas les substitutions entre fruits frais et légumes frais observées dans le reste de la population (Caillavet, 2002). Ces résultats sont à rapprocher d'une étude européenne: si le prix n'apparaît pas comme la barrière principale à une alimentation saine, les consommateurs français interrogés mentionnent néanmoins l'obstacle du prix dans 19 % des cas, contre 15 % en moyenne sur 15 pays européens (Lappalainen, Saba, Holm, Mykkanen et Gibney, 1997).

En ce qui concerne la consommation de corps gras dans les ménages du premier quartile, la réponse à une variation de prix est peu significative. Chez les diplômés, la réponse à une variation de prix est plus forte pour la plupart des produits que sur l'ensemble de la population, hormis pour le beurre. Comme dans le cas des fruits et légumes, on observe davantage de substituabilités pour les ménages aisés, donc une plus grande tendance à la variété dans la gamme des produits achetés (Caillavet et Madre, 2003) que dans le premier quartile de revenus. En revanche, la sélection de l'échantillon selon le niveau d'éducation montre une grande flexibilité des achats de corps gras en fonction des variations de prix de chaque catégorie.

Enfin, une étude sur l'eau en bouteille confirme que les consommateurs aux revenus les plus faibles²¹ sont bien les plus réceptifs à une augmentation du prix de l'eau (Bonnet, 2004).

Les conditions de l'offre alimentaire, et notamment l'influence de l'environnement commercial alimentaire comme la présence de grandes surfaces pratiquant des prix plus bas que les magasins de détail traditionnels, ont été identifiées comme un déterminant important par plusieurs études empiriques de nutrition. Les modèles économiques des ménages montrent que les consommateurs à bas revenus sélectionnent une gamme différente en produits et en qualité pour abaisser les coûts de leur alimentation. Dans les travaux français, la proximité de divers types de magasins reste traitée marginalement, bien que la question de la variété de produits présents à différents niveaux de prix dans une même gamme ait des implications essentielles sur le plan de la qualité nutritionnelle comparée de ces produits (Michels, 1995; Conseil national de l'alimentation, 2002).

Risque et information nutritionnelle: quelques pistes

La question des répercussions de l'information nutritionnelle a été abordée dans les travaux français sous deux aspects. À propos des conséquences de la crise

20. Depuis l'abandon de l'enquête sur la Consommation alimentaire réalisée de 1965 à 1991.

21. Ceux-ci représentent le tiers de l'échantillon.

bovine : l'effet revenu est positif sur le changement de consommation : plus le revenu est bas, plus il y a résistance au changement et force de l'effet d'habitude. Il est intéressant de noter dans ce cas un effet de l'éducation d'amplitude inférieure à celui du revenu (Adda, 1999).

On peut relever également l'effet de l'éducation, indicateur de la sensibilité à l'information nutritionnelle, sur divers groupes d'aliments : les ménages qui ont un niveau d'éducation primaire ont des régimes comportant davantage de graisses et cholestérol et moins de fruits et légumes (Nichele, 2003).

En ce qui concerne les fruits et légumes (Caillavet, 2002), la consommation inférieure en quantité pour le premier quartile suggère des risques accrus, renforcés par les moindres variété et force des relations de substitution entre produits. Ce résultat est compatible avec une moindre diffusion des informations nutritionnelles chez les ménages défavorisés. Pourtant, la plus grande stabilité de la demande de produits frais, donc les plus sains, face aux variations de prix et de budget vient atténuer ce constat.

Une autre approche s'appuie sur l'homogénéité de la consommation de fruits et légumes pour obtenir une segmentation de la population. Les ménages dont l'alimentation est « pauvre en fruits et légumes » coïncident en partie avec les ménages à bas revenu et en partie avec ceux à faible niveau d'éducation (Bertail et Caillavet, 2003). La consommation de fruits et légumes, prise comme indicateur d'alimentation saine, ne recouvre donc pas complètement les critères de pauvreté monétaire dans le cas français.

Malgré leur rareté, les résultats observés au niveau des élasticités sur données françaises confirment dans l'ensemble une plus grande réactivité au prix pour les ménages défavorisés que pour la population totale. Ils attestent également une moindre variété dans les substituabilités entre produits, propriété déjà observée au niveau des achats alimentaires et des menus (Haut Comité de la santé publique, 2000 ; Michaud, 2000).

Dans un contexte international qui place l'alimentation en première ligne dans le diagnostic des formes de pauvreté et des populations à risque, la recherche économique française s'illustre par une grande pénurie au niveau des travaux empiriques. Deux motifs à cela : d'une part, la consommation alimentaire est restée un domaine négligé dans les études de modélisation économique et au niveau du recueil de données ; d'autre part, l'appréhension des populations défavorisées et la conception de programmes visant cette population se sont bornées à aborder la question alimentaire sous l'aspect sanitaire d'une population à risque et non comme un enjeu économique majeur de l'exclusion sociale.

Les pratiques d'alimentation en milieu défavorisé : une lecture sociologique

Sur le plan sociologique, les pratiques alimentaires des populations dites défavorisées demeurent très mal renseignées. La bibliographie dont on dispose reste très atomisée en termes de méthodes, de populations enquêtées et d'objectifs²². Ce

22. Cf. dans le tableau 1 : « Enquêtes qualitatives sur l'alimentation des populations défavorisées ».

n'est pas un corpus sociologique au sens où il n'est pas produit dans une visée savante ; on le qualifiera davantage de « social » dans la mesure où il procède d'une volonté de connaissance et d'intervention auprès de ces populations par des acteurs de terrain issus des secteurs social, associatif et d'éducation à la santé. La visée pratique de ces études se comprend à la lumière de la conjoncture – à la fois politique, économique et savante – dont elles sont issues, participant de l'institutionnalisation de l'aide alimentaire en France au tournant des années 1980²³. Parallèlement à la publication d'un certain nombre de rapports officiels visant à évaluer l'impact, le coût et les bénéficiaires des dispositifs d'aide alimentaire mis en place dans la décennie précédente, la littérature sur la thématique « alimentation et précarité » se constitue dès les années 1990 autour du Comité français d'éducation pour la santé (Michaud, Rotily, 1993 ; Michaud, 2000) et de divers organismes publics (Ddass, etc.) et associations redistributrices (de la Gorce, 1986 ; Durand-Gasselien, 1998 ; Ffba, 1990 ; Pradier, 1998 ; Hoint-Pradier, 1995). Elle comprend de nombreux mémoires de diplômés, en nutrition, en Dess de sciences sociales (Chateil, 1995 ; Abi Samra, Hachem, 1997 ; Justiniany *et al.*, 1998), qui, à l'exemple de la majorité des publications sur le sujet, situent leur propos à mi-chemin entre production de connaissances et objectif d'intervention auprès de ces populations. Ce faisant, la population concernée par l'ensemble de ces enquêtes est essentiellement circonscrite aux familles monoparentales, françaises ou issues de l'immigration, en général bénéficiaires des minima sociaux et/ou utilisatrices de services d'aide alimentaire. Elle tend à en exclure les jeunes travailleurs et les personnes âgées, dont l'alimentation est pourtant étroitement liée au niveau de ressources et d'isolement (Stitt, O'Connell, Grant, 1995). Cette bibliographie s'est constituée en grande partie par sédimentation, de nombreux articles proposant la synthèse des précédents. Ne sont cités dans le texte que les articles se référant à des données de première main.

L'alimentation dans la vie quotidienne des familles pauvres : un facteur d'isolement

Un des principaux enseignements de l'ensemble de ces études porte sur la place occupée par l'alimentation dans la vie familiale et sociale. En milieu de pauvreté, l'alimentation n'assure plus le rôle structurant des rythmes quotidiens – mis en évidence par la sociologie de l'alimentation (Grignon Cl. et Grignon Ch., 1980 ; Grignon 1993) –, mais reflète l'ensemble des difficultés rencontrées par les ménages : l'irrégularité des rythmes du sommeil (insomnies, horaires irréguliers) se répercute sur l'irrégularité des horaires et des sauts de repas ; l'isolement engendré par la désorganisation de la cellule familiale se manifeste dans le désintérêt vis-à-vis des repas, etc. Elle contribue, en outre, à renforcer l'isolement des personnes qui ne peuvent plus répondre à sa fonction sociale de convivialité : les difficultés

23. Dans le contexte d'attention accrue aux nouvelles formes de précarité, la question de l'alimentation est traitée *via* celle de l'aide alimentaire, favorisée par le premier plan précarité-pauvreté instauré par la gauche en 1984-1985, contenant une procédure de redistribution d'aide alimentaire. À partir de 1986, l'action de l'État en la matière est relayée par les politiques européenne et nationale de régulation du marché agricole pour la redistribution des surplus européens (Lhuissier, *in* Caillavet, 2004).

financières conduisent à refuser et/ou renoncer aux invitations si l'on estime ne rien pouvoir offrir de bon à ses hôtes (Abi Samra, Hachem, 1997, p. 67). En se dégradant, l'alimentation se transformerait ainsi d'un vecteur de socialisation à un vecteur d'isolement. Ce constat est particulièrement important lorsque l'on sait l'attachement des classes populaires à la consommation et aux formes de prodigalité (Hoggart, 1970; Pétonnet, 1985).

Des logiques d'approvisionnement alimentaires diversifiées...

Les études mettent l'accent sur le rapport particulier des ménages pauvres aux flux monétaires et leurs effets sur les achats alimentaires. Les acteurs de terrain constatent que les dépenses alimentaires passent souvent après les autres (loyer, eau, électricité, etc.), les restrictions alimentaires apparaissant davantage comme des conséquences des autres dimensions du mode de vie (Conseil national de l'alimentation, 2002; Dowler, 1997). Par ailleurs, en l'absence de réserve financière, l'incertitude des rentrées d'argent s'avère déterminante : le ménage ne sait pas sur quelle somme d'argent il va pouvoir compter. Ces dettes se différencient de celles supportées dans d'autres milieux sociaux (souvent occasionnées par des crédits pour l'achat de biens d'équipement) car il s'agit fréquemment de rembourser la survie de la veille, du mois, voire de l'année passée. Rembourser devient pour le ménage une nécessité aussi impérieuse qu'acheter, car il peut encore avoir besoin d'un crédit chez les voisins, chez l'épicier ou le boulanger. Ces crédits soulignent à quel point l'économie familiale est ainsi orientée vers le passé (Wresinski, 1987).

En matière de lieux d'achat, les études divergent quant à la fréquentation des grandes surfaces, des discounters et des commerces de proximité (Rotily, Michaud, Baudier, 1994). Les différences observées renvoient certainement à des questions d'échantillonnage. La majorité observe que les ménages à bas revenu fréquentent davantage les grandes surfaces et les discounters (Larmet, 2002; Michaud, Baudier Loundou *et al.*, 1998; Herbeth *et al.*, 1993; Ffba, 1990), alors que d'autres études mettent en évidence la préférence des familles pour les petits commerçants fixes ou ambulants qui les connaissent et acceptent de leur faire crédit (De la Gorce, 1986; Legros, 1997). Retenons surtout que les lieux d'achat peuvent se modifier pour une même famille selon la période du mois : les grandes surfaces sont fréquentées en début de mois, et les commerçants de proximité (qui accordent un crédit), en fin de mois (Abi Samra, Hachem, 1997). Le prix est le principal critère de choix, que seul les enfants parviennent à infléchir : les mères abandonnent les produits premiers prix lorsqu'il s'agit des produits infantiles, et lorsque les enfants les refusent. Par ailleurs, seules les promotions et les sollicitations des enfants entraînent des achats imprévus (Durand-Gasselien et Luquet, 2000). Soulignons que les rythmes d'achat sont toutefois irréductibles à la nature de certains produits et restent identiques aux rythmes d'achat de la population générale : le pain est acheté au jour le jour, les produits laitiers à la semaine, les fruits et légumes au jour le jour ou à la semaine ; les conserves, produits d'épicerie et surgelés plutôt achetés au mois.

Outre la grande distribution et le hard-discount, les familles cherchent à diversifier les lieux d'acquisition des produits et recourent aussi à des filières

informelles (règne de la «débrouille»), au crédit, à la récupération des fruits et légumes sur les marchés de rue, aux réseaux de solidarité amicale et surtout familiale, aux stratégies d'échange ou de don entre bénéficiaires de l'aide alimentaire. Au chapitre de l'aide alimentaire, deux enquêtes mentionnent le sentiment de stigmatisation que provoque la distribution de produits périmés : «On nous donne des produits périmés? C'est parce qu'on nous considère comme périmés, on ne sert plus à rien.» Par analogie, ils se considèrent à la manière des produits qu'ils reçoivent : «rebus» de la société (Abi Samra, Hachem, 1997 ; p. 69, Chateil, 1995). En outre, toutes les enquêtes soulignent la lassitude exprimée par les personnes ayant recours à l'aide alimentaire vis-à-vis des plats préparés à base de viande (raviolis, etc.).

... qui n'empêchent pas une certaine monotonie alimentaire

Les enquêtes abordent peu la question de la préparation des aliments. Dès les années 1970, l'anthropologue Colette Pétonnet soulignait, à propos de femmes habitant en cités de transit, à quel point ce silence reflète les contraintes qui pèsent sur cette activité : «Françaises ou étrangères, les femmes ne font guère état de leurs menus quotidiens. Elles craignent de montrer quelque infériorité, et ne parlent de cuisine que s'il y a eu bombance» (Pétonnet, 1985, p. 91). Les études observent néanmoins que les femmes (et les hommes dans certains cas) déclarent passer de moins en moins de temps à cuisiner, et interprètent ce désinvestissement comme le reflet d'un désintérêt pour une forme de quotidien. La majorité affirme manger des «choses rapides» (Abi Samra, Hachem, 1997) et seule la présence d'enfants dans le foyer semble pousser les femmes à cuisiner (Delestre et Meyer, 2001). La monotonie des repas, soulignée par l'ensemble des études, trouve en partie son origine dans les contraintes économiques auxquelles les ménages doivent faire face : outre la réduction des prises alimentaires qu'elles imposent (plats uniques et sauts de repas) (Roux *et al.*, 1999), ces difficultés financières contraignent les ménages à acheter les mêmes aliments et à faire les mêmes menus avec peu de variation, pour des raisons d'économie d'échelle d'une part, et parce qu'elles n'ont pas l'occasion d'expérimenter de nouveaux produits (Dowler, 1997). Le contenu des repas suit la modification des fréquences et des lieux d'approvisionnement : variés au début du mois, monotones et plus rares passée la première quinzaine.

De nombreuses études soulignent, par ailleurs, l'emploi important de produits qualifiés de type «Mcdo» tels que les plats cuisinés, les frites, les pizzas, les hamburgers ou les poissons panés, et certains auteurs semblent surinterpréter l'utilisation de ces produits en termes de perte de pratique culinaire (Hoint-Pradier, 1995), alors même que rien ne l'atteste. D'autres études montrent au contraire que ces produits présentent des caractéristiques rendant plus efficiente la gestion du budget et des repas : bon marché, appréciés des enfants, ces produits offrent surtout l'énorme avantage de se présenter sous forme de portions qui permettent de prévoir la quantité exacte et de ne pas gaspiller de produits (Dowler, 1997). Dans le même ordre d'idées, l'observation des prises alimentaires en dehors des repas (le «grignotage») et de la consommation d'alcool, deux dimensions des prises

alimentaires fortement empreintes de considérations morales, conduit selon les enquêtes à des résultats extrêmement divergents dont on ne peut, en l'état, tirer aucune information.

Les conséquences de la précarité sur l'alimentation quotidienne

Les contraintes et l'irrégularité des rentrées financières se traduisent dans les fréquences et le contenu des prises alimentaires, en particulier à la fin du mois où le nombre de repas, la quantité, la qualité et la variété des aliments diminuent en même temps que les ressources disponibles (Abi Samra, Hachem, 1997 ; Durand-Gasselín, Luquet, 2000). Plus précisément, en évoquant la façon dont elles ont été contraintes de freiner leurs dépenses alimentaires, les personnes enquêtées insistent sur le fait qu'elles ont réduit leur consommation de produits frais : fruits et légumes verts, salades et crudités, viandes, produits laitiers. Elles évoquent parallèlement un processus de déstabilisation et de désorganisation des habitudes alimentaires : suppression du petit-déjeuner, saut de l'un des deux repas, notamment le déjeuner, par manque d'argent, par manque d'appétit, auxquels s'ajoutent les soucis, l'apathie (aucun menu n'a été prévu), le manque d'envie de cuisiner, la solitude, le manque de temps... (Abi Samra, Hachem, 1997, p. 64 ; Hoint-Pradier, 1995).

Toutefois, l'impression « négative » que laissent ces différentes enquêtes, soulignant une alimentation quotidienne déstructurée, est compensée par d'autres expériences montrant de quelle façon les pratiques d'achat des familles précaires se rapprochent de la moyenne en cas d'augmentation de revenus. L'expérience réalisée par Claude Michaud sur une période de douze mois auprès de 89 familles fréquentant le centre communal d'action sociale (Ccas) de Montbéliard, auxquelles il était distribué des bons d'achat, met en évidence deux principaux constats : le premier poste d'achat concerne l'alimentation (devant les produits d'hygiène et d'entretien) ; et les familles achètent prioritairement des produits frais : viande, produits laitiers, fruits et légumes (Michaud, 2000). Ce type de constat converge vers d'autres observations selon lesquelles les modifications du revenu modifient les arbitrages de consommations entre l'alimentation et les autres postes de dépense d'une part et entre les groupes d'aliments d'autre part (Cna, 2002 ; Dowler et Dobson, 1997). Ces observations conduisent les auteurs à s'interroger sur la pertinence d'actions éducatives car de tels résultats tendraient à montrer qu'une augmentation du pouvoir d'achat des ménages les porte vers une alimentation proche de la moyenne générale.

Pour les sans domicile fixe, une alimentation sous contrainte

La question de l'alimentation des personnes sans domicile se heurte à une difficulté semblable à celle déjà soulignée pour les populations défavorisées, à savoir la délimitation des contours de ce groupe hétérogène des « sans domicile ». En l'absence d'une définition unique (Marpsat, Firdion, 2000), les recherches distinguent la population mouvante des sans domicile fixe (Sdf) et des clochards vivant plutôt dans l'enceinte du métro et faisant la manche, de celle des jeunes

errants vivant en dehors des filières sociales, qui, s'ils bénéficient des soupes populaires, ne peuvent être assimilés aux Sdf dans la mesure où la plupart d'entre eux ont un gîte: hôtel, «piaule», chez des amis (Brousse, de la Rochère, Massé, 2002a et 2002b; Moreau de Bellaing, 1998; Violette, 1998).

Quelles que soient ces différences, l'élément majeur à retenir est le caractère fortement contraint de l'alimentation des Sdf. Ceux qui ont recours à l'achat d'aliments doivent faire face à de fortes contraintes financières, et ceux ayant recours à des services d'aide alimentaire n'ont pas le choix des aliments servis (Moreau de Bellaing, 1998). Plus généralement, les recherches s'interrogent sur les deux principaux versants de l'alimentation des Sdf, liés aux modes d'acquisition des denrées: la dépendance et l'autonomie alimentaires.

La dépendance alimentaire ou le recours aux structures d'aide

La dépendance alimentaire renvoie au don d'aliments, qui s'effectue sous différentes formes et dans différents types de structures affichant des modes de fonctionnement variés en termes de «recrutement», conditions de distribution, produits servis (sur le recours aux services, voir Brousse, de la Rochère, Massé 2002a et 2002b; Marpsat, Firdion, 2000). Les aliments distribués peuvent être regroupés sous trois grandes catégories: les soupes-sandwiches, les colis, les repas servis à table. La première consiste en une distribution de soupe et d'un sandwich. Ouverte à tous sans contrôle des bénéficiaires, elle est rapide et n'occasionne que peu de contacts entre les bénévoles et les bénéficiaires (cf. les récits de Brigou, 1988; Violette-Bajard, 2000). Les colis touchent moins les Sdf que les personnes en situation de précarité, dans la mesure où ils imposent de pouvoir préparer les denrées brutes. Quant aux distributions de repas, elles demeurent minoritaires. Tous les Sdf n'ont pas recours à ces structures (sur le profil des bénéficiaires et les fréquences de recours, se reporter à Brousse, de la Rochère, Massé 2002a et 2002b; Marpsat, Firdion, 2000). Certains préfèrent se procurer eux-mêmes leurs denrées; d'autres ne peuvent les fréquenter car ils ne correspondent pas aux critères requis par les institutions (âge, sexe, ressources, volonté de se réinsérer); d'autres encore ne s'y rendent pas lorsque les institutions sont trop éloignées du quartier dans lequel ils se trouvent, ou qu'elles accueillent des «clochards» auxquels les Sdf ne souhaitent pas être assimilés (Amistani, 1993; Moreau de Bellaing, 1998).

L'ensemble des recherches soulignent les contraintes que fait peser le recours aux structures d'aide sur l'alimentation des Sdf: le «dénutriant organoleptique» renvoie aux produits périmés, à la monotonie des approvisionnements, et au goût des plats préparés avec les moyens du bord et se devant d'être roboratifs (cf. les descriptions de soupes dans Amistani, 1993, p. 95; Violette-Bajard, 2000, p. 28); l'«anachronisme alimentaire» se comprend relativement à un temps social dominant qui attribue aux repas et à leur composition un contenu et un rythme relativement fixes, auxquels ne correspondent pas toujours les «repas» proposés aux Sdf (saisonnalité des ouvertures, fréquence quotidienne ou hebdomadaire, horaires; contenu des distributions qui ne correspond pas nécessairement au contenu des repas

dominants lorsque, par exemple, les repas du matin consistent en sandwiches et soupe; évacuation de tout ancrage ou repère saisonnier dans les produits servis); enfin l'alimentation des Sdf affronte un certain nombre de «violences symboliques» telles que la convivialité et les manières de table réduites *a minima* dans certaines structures de distribution (Brigou, 1998; Amistani, 1993; Violette-Bajard, 2000).

L'autonomie alimentaire ou le recours à ses propres moyens

Certains Sdf ne recourent pas aux distributions alimentaires et cherchent à se procurer de la nourriture par leurs propres moyens: «manche», récupération, vol et différents systèmes de «débrouille». La manche peut également prendre la forme d'une quête directe d'aliments, à la sortie de certains commerces par exemple, ou bien de tickets-restaurant dans le métro ou dans la rue (Moreau de Bellaing, 1998; Amistani, 1993). Cette pratique est souvent couplée à celle de la récupération d'aliments dans les poubelles, sur les tables des restaurants et aux emplacements des marchés. La «débrouille» consiste en différentes méthodes employées pour obtenir légalement de la nourriture: services rendus à des commerces d'alimentation en échange de quelques denrées; entretien de relations «privilegiées» avec des commerçants, qui donnent de la nourriture sans contrepartie, etc.

Les contraintes qui pèsent sur l'alimentation des personnes défavorisées renforcent leur isolement

Retenons, à la lumière de ces différentes enquêtes, que l'alimentation des populations défavorisées et des Sdf présente un caractère fortement contraint, en particulier en termes de temps et de relations sociales. L'alimentation ne permet plus de rythmer le temps social, que ce soit à l'échelle de la journée (moindre structuration du temps par les rythmes alimentaires, sauf dans le cas de certains Sdf pour lesquels les horaires des distributions continuent de rythmer les journées; moindre différenciation du contenu des prises alimentaires selon les moments de la journée, etc.), ou des saisons. Les relations sociales forment une autre dimension qui n'est plus remplie par l'alimentation: faible fréquence des invitations à manger, mode de gestion de la relation bénévole/bénéficiaire dans certaines institutions. Rappelons enfin que l'irrégularité observée des pratiques alimentaires, que ce soit en matière de fréquence des prises, des préparations ou des approvisionnements, sont avant tout la conséquence des effets multiples – physiologiques (stress, manque d'appétit et de sommeil), conjugaux (solitude), économiques (perte et/ou irrégularité des ressources), etc. – des situations engendrées par la précarité, et qu'un accroissement des ressources permet aux familles de retrouver une consommation proche de la moyenne. Pareil constat conduit à lire les études présentées ici avec précaution, dans la mesure où une majorité d'entre elles se fixent pour objectif d'appréhender les caractéristiques communes à l'alimentation des populations défavorisées. Or cet objectif n'est pas toujours pertinent compte tenu de la diversité des pratiques et de l'hétérogénéité des personnes regroupées sous la dénomination «défavorisées», qui s'échelonnent en réalité du quart-monde aux classes populaires.

Tableau 1

Enquêtes sur la consommation alimentaire
et le niveau de vie des ménages en France 1990-2003

Enquêtes de consommation générale

	Date	Organisme	Échantillon	Revenus ménage	Consommation alimentaire
Budget de famille	2000-2001 1995 1989	Insee (1)	10 000 ménages	niveau	achats autoconsommation repas hors foyer
Panel de consommation	Depuis 1989	Secodip (2)	2 000 à 5 000 ménages selon les produits	12 tranches	achats sauf pain
Enquête permanente sur les conditions de vie	1996 à 2004	Insee	6 000 ménages	14 tranches	
Enquête sur les budgets-temps	1998-1999	Insee	8 000 ménages 15 000 ménages	9 tranches	préparation des repas repas à l'extérieur

(1) Institut national de la statistique et des études économiques.

(2) Société d'études de la consommation, de la distribution et de la publicité.

Enquêtes spécifiques sur la consommation alimentaire

	Date	Organisme	Échantillon	Revenus ménage	Consommation alimentaire
Consommation alimentaire	1969 à 1991	Insee	10 000 ménages	niveau	achats autoconsommation repas hors foyer
Inca	1998-1999	Crédoc (1)	3 000 individus	6 tranches	achats autoconsommation repas hors foyer
Comportement alimentaire des populations à bas revenus	1998	Re-Vivre/Dgal/ Cerin (2)	657 individus	< 2 800 F/ Uc mensuels	achats autoconsommation repas hors foyer

(1) Centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie.

(2) Re-Vivre/Direction générale de l'alimentation/Centre de recherche et d'informations nutritionnelle.

Enquêtes qualitatives sur l'alimentation des populations défavorisées [hors Sdf]

	Date	Organisme	Échantillon
Les pratiques alimentaires des familles démunies en 1990 en France	1990	Ffba (1)	-
Utilisation par les personnes à faible revenu de bons d'achats alimentaires	1990-1991	Cfes (2)	89 foyers (sur 289 bénéficiaires de l'aide)
Comportements alimentaires et faibles revenus	1993	Centre médecine préventive Vandœuvre-lès-Nancy	53 familles bénéficiaires de l'aide alimentaire
Habitudes alimentaires de 102 jeunes femmes de milieu défavorisés	1993	Institut Pasteur de Lille	102 JF âgées de 16 à 25 ans en stage d'insertion sociale
Manger, se nourrir dans la précarité	1994	Ddass-Ariese (3)	100 bénéficiaires du Rmi résidant à Lyon, 3 ^e arrdt
L'aide alimentaire fournie par les associations	1995	Ffba/Fnafad (4)	163 foyers suivis par des travailleuses familiales
Pratiques et représentation de l'aide alimentaire en France, besoins et attentes des familles démunies ayant un enfant en bas âge	1995	Cidef (5)	40 familles recrutées dans les associations
Baromètre nutrition-santé	1996	Cfes/Cerin	160 ménages (8 % de l'échantillon) revenu < à 4 000,00 F/mois (608 euros)
La nutrition des exclus à Marseille	1998	Médecins du monde	100 patients du centre médical Médecins du monde - Marseille
La vie quotidienne autour de l'alimentation	1998-1999	Centre Foch/Cerin/Dgal	55 personnes habitant l'Île-de-France
Nutrition et alimentation des enfants en bas âge (6-36 mois) de familles défavorisées	1998-1999	Centre Foch/Cerin/Dgal	193 familles fréquentant les Pmi
Consommation alimentaire d'une population adulte	1998-1999	Centre Foch/Cerin/Dgal	287 adultes bénéficiant de l'aide alimentaire
Pauvreté, désintérêt nutritionnel et obésité	2000	Centre Foch/Cerin/Dgal	115 femmes bénéficiaires d'épiceries sociales

(1) Fédération française des banques alimentaires.

(2) Comité français d'éducation pour la santé.

(3) Direction départementale de l'action sanitaire et sociale/Association de recherches d'intervention et d'études sociologiques et ethnologiques.

(4) Fédération française des banques alimentaires/Fédération nationale d'aide familiale à domicile.

(5) Centre international de l'enfance et de la famille.

Statut socio-économique, nutrition, santé, obésité

Nutrition et statut socio-économique

En France, comme dans tous les pays industrialisés, des inégalités sociales de santé sont observées pour toutes les pathologies chroniques, et notamment celles directement liées à la nutrition, telles que l'obésité, le diabète, les maladies cardiovasculaires, l'ostéoporose, la santé bucco-dentaire et les cancers (Leclerc, Fassin, Grandjean, Kaminski et Lang, 2000). Ces inégalités sont expliquées en partie par le fait que la plupart des comportements défavorables à la santé sont plus fréquents dans les populations de faible statut socio-économique (Sse), quel que soit l'indicateur socio-économique retenu : éducation, revenu ou emploi. Ainsi, un faible Sse est associé à une prévalence plus élevée de tabagisme et d'inactivité physique ainsi qu'à une consommation insuffisante de fruits et légumes. Il faut noter cependant que l'alimentation et l'activité physique sont fortement liées au statut socio-économique dans l'enfance, ce qui suggère qu'ils résultent moins de l'expression d'un libre choix que de l'impact de facteurs structurels (matériels, économiques et culturels...) indépendants de la volonté individuelle. L'éducation peut influencer les choix alimentaires en agissant sur la compréhension des messages nutritionnels, mais ces choix sont également déterminés par l'environnement professionnel et les cultures alimentaires qui y sont associées, ainsi que par le revenu, qui influence directement la capacité matérielle et financière à se procurer certains aliments.

Ce chapitre dresse l'état des connaissances internationales sur les liens existant entre nutrition et statut socio-économique, en mettant plus particulièrement l'accent sur les données françaises. Nous examinerons essentiellement les études réalisées en population générale car elles permettent d'analyser l'impact du statut socio-économique sur la consommation d'aliments et de nutriments, et de tester l'existence éventuelle d'un gradient (« effet-dose ») dans cette relation. Le terme générique « Sse » sera utilisé dans ce chapitre, quel que soit l'indicateur socio-économique retenu dans les études examinées, car nous ne cherchons pas ici à comparer entre eux les différents indicateurs socio-économiques existants, mais plutôt à dresser un panorama global de leur impact probable sur les choix alimentaires et le statut nutritionnel.

Consommations alimentaires des adultes de faible statut socio-économique

Toutes les enquêtes de consommation alimentaire mettent en évidence une relation positive entre le Sse des individus et la qualité de leur alimentation, mesurée de façon globale. Ainsi, l'étude Whitehall II, réalisée sur des fonctionnaires londoniens, indique que le risque d'avoir une alimentation très défavorable à la santé (« *very unhealthy* ») est trois fois plus élevé chez les personnes de plus faible Sse que chez celles situées dans le niveau Sse le plus élevé (6 catégories) (Martikainen, Brunner et Marmot, 2003). De même, en France, l'enquête nationale de l'Association sucre-produits sucrés-communication-consommation (Aspcc) sur

les consommations réelles de la population française, menée en 1993-1994, avait montré que les ouvriers étaient 1,5 fois moins nombreux que les cadres/professions intellectuelles (44 % vs 64 %) à avoir un indice de diversité alimentaire maximal (égal à 5), et quatre fois plus nombreux (16,8 % vs 4,2 %) à avoir un faible indice de diversité (égal à 3), marqueur d'une faible consommation de fruits et de légumes (Chambolle, Collierie, Dufour, Verger et Volatier, 1999).

L'existence d'une association positive entre qualité nutritionnelle et Sse est souvent interprétée de façon simpliste, tous les « mauvais aliments » étant supposés sur-consommés par les personnes de faible Sse et tous les « bons aliments » sous-consommés, par rapport aux personnes de plus fort Sse. Cependant, une analyse plus fine des aliments effectivement « sur » ou « sous » consommés (par rapport à la moyenne) dans les populations de faible Sse dresse un tableau plus complexe des différences de comportement alimentaire associées au Sse des individus. Le tableau 2 indique quels sont les aliments consommés (ou achetés) en quantité (ou en fréquence) inférieure ou supérieure dans les populations de faible Sse par rapport à celles de plus fort Sse.

Les fruits et les légumes sont les marqueurs incontestables d'un Sse élevé. Ils sont consommés non seulement en plus faible quantité, mais aussi avec une moindre fréquence et une variété plus faible par les populations de faible Sse (cf. tableau 2). Une méta-analyse d'enquêtes réalisées dans sept pays d'Europe a estimé la différence moyenne entre le plus fort et le plus faible niveau d'éducation à 24,3 g/j pour les fruits et à 17,0 g/j pour les légumes chez les hommes, et à 33,6 g/j de fruits et 17,1 g/j de légumes chez les femmes (Irala-Estevez, Groth, Johansson, Oltersdorf, Prattala et Martinez-Gonzalez, 2000). Cependant, ces chiffres moyens doivent être considérés avec précaution, étant donné que dans certains pays européens c'est un gradient inverse qui est observé, à savoir une plus forte consommation de fruits et légumes par les personnes de faible Sse. Cette situation est observée dans les pays des plus gros consommateurs de fruits et légumes en Europe, tels que la Grèce, l'Espagne, le Portugal, la Pologne et la Hongrie (Trichopoulou, Naska et Costacou, 2002; Roos, Johansson, Kasmel, Klumbiené et Prattala, 2000). La France se comporte sur ce point comme les pays européens non méditerranéens puisque les études menées en population générale mettent en évidence une faible consommation de fruits et de légumes (surtout frais et surgelés, mais pas en conserve) et de jus de fruits dans les catégories de faible Sse en France (Michaud, Baudier, Loundou, Le Bihan, Janvrin et Rotily, 1998; Perrin, Simon, Hedelin, Arveiler, Schaffer et Schlienger, 2002; Caillaudet, Combris et Perchard, 2002). Il faut noter cependant que la cohorte Gazel, menée auprès de salariés des entreprises Edf-Gdf, conduit à des résultats qui sont en désaccord avec ces conclusions. En effet, il n'a pas été mis en évidence dans cette cohorte de lien significatif entre la catégorie professionnelle et la consommation de fruits et légumes frais au moins une fois par jour (Fuhrer, Shipley, Chastang, Schmaus, Niedhammer, Stansfeld, Goldberg et Marmot, 2002). Quelle que soit la catégorie professionnelle, près de 60 % des hommes et plus de 70 % des femmes participants à cette étude consommaient des fruits et légumes frais au moins une fois par jour. Il est possible

que l'homogénéité de ces comportements soit due à une caractéristique commune directement liée à leur appartenance à la même entreprise, et notamment un accès facilité à des fruits et légumes frais via la restauration d'entreprise.

Les données issues d'enquêtes conduites auprès d'adultes vivant en situation de précarité en France confirment la place prépondérante des féculents et la faible consommation de fruits, de légumes et de poisson dans ces populations (Roux, Le Couedic, Durand-Gasselin et Luquet, 1999; Beun, Lecerf, Fressin, Isorez, et Iberberg, 1997). Cependant, l'âge, le pays d'origine et la situation géographique à l'intérieur de l'Hexagone sont probablement des facteurs déterminants. En effet, quelques travaux suggèrent que les immigrés d'Europe du Sud (Darmon et Khlát, 2001; Wanner, Khlát et Bouchardy, 1995) et les personnes âgées vivant en zone rurale dans le sud de la France (Scali, Richard et Gerber, 2001) ont conservé des habitudes alimentaires méditerranéennes, caractérisées justement par une consommation importante de fruits, de légumes et de poissons, malgré un Sse plus faible que celui de la population générale.

Comme l'indique le tableau 2, le poisson et le fromage sont également des marqueurs d'un fort Sse. Une méta-analyse sur la consommation de produits laitiers en Europe a estimé la différence moyenne de consommation de fromage entre populations de fort et faible Sse à 6,8 g/j pour les hommes et à 9,0 g/j chez les femmes (Sanchez-Villegas, Delgado-Rodriguez, Martinez-Gonzalez et Irala-Estevez, 2003). Les données françaises confirment cette tendance générale puisque les familles de faible Sse (quartile de revenu le plus faible) achètent en moyenne 5 kg/personne/an de fromage en moins que le reste de la population (Caillavet, Combris et Perchard, 2002). La méta-analyse sur les produits laitiers citée plus haut conclut à une absence de différenciation sociale de la consommation de lait dans son ensemble, et cela est confirmé par les données françaises (Caillavet, Combris et Perchard, 2002). De nombreuses études étrangères mettent cependant en évidence des différences dans les types de lait consommés, le lait écrémé ou demi-écrémé étant préférentiellement choisi dans les catégories de fort Sse, mais une telle différence ne semble pas exister en France (Caillavet, Combris et Perchard, 2002).

Il est difficile de tirer des conclusions générales pour les autres catégories d'aliments. Les graisses ajoutées semblent consommées en quantité plus importante par les personnes de faible Sse, mais sans qu'il soit possible de dire si ce sont les matières grasses animales ou végétales qui sont plus particulièrement concernées. De même pour les produits sucrés, on ne peut pas conclure à une sur – ou sous – consommation de ces aliments, mais plutôt à une différenciation sociale à l'intérieur même de ce groupe d'aliments, les personnes de fort Sse semblant marquer une préférence pour les bonbons, les pâtisseries et les céréales pour le petit-déjeuner et celles de faible Sse pour le sucre et le chocolat en poudre ou à tartiner (cf. tableau 2). En ce qui concerne les boissons, la consommation de boissons sucrées et de bière semble être plus répandue dans les catégories de faible Sse alors que celle de thé, eaux minérales et de vin caractérise les catégories de fort Sse. On observerait aussi qu'une surconsommation d'aliments frits et de plats en sauce (Perrin, Simon, Hedelin, Arveiler, Schaffer et Schlienger, 2002) dans

les populations de faible Sse est en accord avec leur consommation importante de matières grasses ajoutées.

Dans l'ensemble, la plupart des aliments recommandés pour la santé, tels que les fruits et légumes, le pain complet, les viandes maigres et les poissons et crustacés sont consommés préférentiellement par les personnes de fort Sse. L'alimentation des personnes de faible Sse semble quant à elle caractérisée par la présence de féculents et de viandes et charcuteries grasses. La faible consommation de fruits, de légumes et de poissons observée dans les populations de faible Sse est un facteur de risque de nombreuses pathologies chroniques. De même, la consommation importante de viandes grasses pose un problème nutritionnel dans la mesure où ces aliments sont riches en acides gras saturés. En revanche, la consommation importante de féculents par les personnes de faible Sse est conforme aux recommandations, mais il s'agit essentiellement de céréales raffinées, ce qui limite l'intérêt nutritionnel de ces habitudes alimentaires. Seule la moindre consommation de fromages peut être considérée comme un point globalement positif, compte tenu des quantités souvent importantes de graisses saturées et de sel présentes dans ces aliments. Ainsi, non seulement les analyses basées sur les indices de qualité nutritionnelle, mais aussi les études plus fines des choix alimentaires des personnes de faible Sse indiquent que leur alimentation est globalement défavorable à la santé.

**Apports en énergie et en macronutriments (protéines, lipides, glucides)
des adultes de faible statut socio-économique²⁴**

La question de l'impact du Sse sur les apports énergétiques est controversée. Ces difficultés sont à mettre en relation avec les problèmes méthodologiques posés par les enquêtes alimentaires, qui ne permettent pas d'identifier des différences d'apports énergétiques de faible ampleur, différences pourtant susceptibles d'induire une prise de poids importante à long terme, avec des conséquences sur la santé. Les enquêtes alimentaires ne permettent pas non plus de mettre clairement en évidence de lien entre les apports en macronutriments et le Sse des individus. Notamment, l'absence d'association claire entre la consommation de lipides et le Sse des individus a conduit les auteurs d'une étude suédoise à conclure à «*un impact plus déterminant des styles de vie que des caractéristiques socio-économiques sur les apports en lipides*» (Mattisson, Wirfalt, Gullberg et Berglund, 2001). Plus récemment, une méta-analyse d'études menées en Europe a mis en évidence des apports significativement plus forts en lipides totaux et en acides gras saturés chez les adultes de faible Sse par rapport aux adultes de plus fort Sse, dans la plupart des pays considérés, excepté l'Espagne et l'Estonie (Lopez-Azpiazu, Sanchez-Villegas, Johansson, Petkeviciene, Prattala et Martinez-Gonzalez, 2003). Bien que d'amplitude très faible, ces différences (de 1 % et 0,2 % des apports énergétiques pour les lipides totaux et les acides gras saturés, respectivement, entre niveaux extrêmes de Sse) pourraient avoir un impact non négligeable en termes de risque cardio-vasculaire (Lopez-Azpiazu, Sanchez-Villegas, Johansson, Petkeviciene, Prattala et Martinez-Gonzalez, 2003).

24. Pour une revue détaillée de la littérature internationale sur ce point, cf. Darmon in Caillavet, 2004.

Le très faible impact, ou peut-être même l'absence d'impact, du Sse sur l'équilibre protéines/lipides/glucides peut sembler contradictoire avec la forte consommation de graisses ajoutées et de viandes grasses et la faible consommation de fruits et légumes observées dans les populations de faible Sse (cf. tableau 2). Ce profil devrait en effet conduire à des apports importants en lipides. C'est compter cependant sans la faible consommation de fromages (riches en lipides) et la forte consommation de féculents (riches en glucides) dans ces populations, qui permettent probablement de rééquilibrer les apports en macronutriments.

**Apports en fibres, vitamines et minéraux (micronutriments)
des adultes de faible statut socio-économique²⁵**

Contrastant avec cette apparente absence d'impact du Sse sur les apports en macronutriments, toutes les études convergent pour mettre en évidence un très fort gradient social des apports en micronutriments essentiels. Pour la plupart des vitamines et minéraux, les apports, qu'ils soient considérés en valeur absolue ou relative (i.e. avec ajustement sur les apports énergétiques), sont systématiquement plus faibles dans les populations de faible Sse. De même, les apports en fibres sont systématiquement inférieurs dans les catégories de faible Sse, reflétant probablement la faible consommation de fruits et de légumes observée dans ces populations. D'ailleurs, les nutriments trouvés en abondance dans les fruits et les légumes, tels que la vitamine C, le β -carotène et les folates, les polyphénols mais aussi le calcium et le potassium sont ceux pour lesquels on observe les différences d'apport les plus marquées selon le Sse. De plus faibles apports en fer sont également observés dans les catégories de faible Sse, ainsi que des apports plus forts en sodium (Na).

Statut vitaminique et minéral des adultes de faible statut socio-économique²⁶

Les études sur le statut biologique, vitaminique et minéral des adultes de faible statut socio-économiques sont plus rares que celles basées sur des enquêtes alimentaires mais mettent toutes en évidence d'importantes différences de statut nutritionnel selon le Sse des individus. Ces études concernent essentiellement des sous-groupes considérés comme à risque du point de vue nutritionnel (personnes âgées, femmes enceintes, enfants...). Dans l'enquête nationale menée au Royaume-Uni, les mesures plasmatiques du statut en vitamines C, B2, B12, E et β -carotène (et autres caroténoïdes) des personnes âgées de plus de 65 ans indiquaient des valeurs moindres dans le groupe de faible Sse que dans le groupe de fort Sse. De même, les mesures urinaires de sodium (Na) et potassium (K) indiquaient un déséquilibre Na/K en défaveur du K dans la catégorie de faible Sse. En France, l'enquête Eva, menée sur des personnes âgées de 57 à 71 ans, a mis en évidence une association positive entre le Sse (éducation ou revenu) des participants et leur statut en sélénium et en caroténoïdes, même après ajustement

25. Pour une revue détaillée de la littérature internationale sur ce point, cf. Darmon in Caillavet, 2004.

26. Pour une revue détaillée de la littérature internationale sur ce point, cf. Darmon in Caillavet, 2004.

sur un grand nombre de facteurs de confusion possibles (âge, sexe, indice de masse corporelle, alcool, tabac, variables lipidiques...) (Berr, Coudray, Bonithon-Kopp, Roussel, Mainard et Alperovitch, 1998). Plusieurs études menées à l'étranger suggèrent que les femmes enceintes ou allaitantes de faible Sse présentent des risques élevés d'insuffisance d'apports en vitamines et en minéraux et de déficiences biologiques, en fer et en vitamine A notamment.

Nutrition des enfants et des adolescents de faible Sse

Relativement peu d'études se sont intéressées à l'alimentation et/ou apports nutritionnels des enfants issus de familles de faible Sse. L'abandon progressif de l'allaitement maternel et le raccourcissement de sa durée est une tendance générale dans les pays industrialisés, mais qui est plus souvent observée dans les familles de faible Sse. Dans ces familles, la faible prévalence d'allaitement maternel est associée à une utilisation à la fois trop précoce et trop prolongée de lait de vache non enrichi, ainsi qu'à une diversification alimentaire trop précoce (Male, Persson, Freeman, Guerra, Vant Hof et Haschke, 2001). Des observations similaires sont faites en France, où une plus faible prévalence d'allaitement maternel a été remarquée dans les familles de faible Sse, excepté chez celles issues de l'immigration (Croset et Kaminski, 1998; Chauliac et Chateil, 2000; Saurel, 1985; Gojard, 1998). Une étude menée auprès de 193 familles défavorisées dans trois régions de France a montré que les apports alimentaires en fer étaient plus faibles chez les jeunes enfants (6 à 36 mois) issus des familles dont le revenu était inférieur au seuil de pauvreté (c'est-à-dire < 427 euros (2800 F) par unité de consommation), que chez ceux issus des autres familles de l'échantillon, en situation précaire également mais ayant un revenu supérieur au seuil de pauvreté. L'utilisation des laits adaptés chutait très vite après l'âge de 6 mois chez les enfants issus de familles pauvres.

De fait, le statut biologique en vitamines et minéraux des très jeunes enfants dans les familles de faible Sse est souvent compromis. Ainsi, les déficiences biologiques en fer, sélénium, vitamine A et vitamine E sont plus fréquemment observées chez ces enfants. En Europe, notamment, c'est seulement dans les familles de faible Sse que l'on observe aujourd'hui des cas d'anémie sévère chez les enfants de un an (Male, Persson, Freeman, Guerra, Van't Hof et Haschke, 2001). Cela est à mettre directement en relation avec l'abandon trop précoce des formules lactées enrichies en fer dans les familles de faible Sse, et l'utilisation, trop précoce également de lait de vache chez ces enfants (Male, Persson, Freeman, Guerra, Van't Hof et Haschke, 2001). En France, plusieurs études confirment que la carence en fer de l'enfant est plus fréquente dans les milieux de faible Sse (Dommergues, 1999; Tabone et Vincelet, 2000). Cela est tout particulièrement vrai dans les familles immigrées (Mekki, Galan, Rossignol, Farnier et Herberg, 1989), qui ont un faible accès à la médecine préventive (Lehingue, Fassio, Momas et Daures, 1992) et aux pratiques pédiatriques de nutrition préventive, telles que les suppléments en fluor et l'utilisation de préparations lactées adaptées, enrichies en fer et en vitamine D (Lehingue, Fassio et Momas Daures, 1992). Un récent rapport du Conseil national

de l'alimentation sur « l'exclusion sociale et l'alimentation » a attiré l'attention sur ces risques et sur le fait que « le prix de vente élevé des préparations – pour nourrissons et des laits infantiles – joue sans doute un rôle important dans le fait qu'elles sont abandonnées précocement par les familles en difficulté financière » (Conseil national de l'alimentation, 2002).

Un lien direct entre qualité nutritionnelle et Sse existe aussi chez les enfants d'âge scolaire et les adolescents. Ainsi, aux États-Unis, les jeunes issus de familles de faible Sse consomment peu de fruits et légumes, et la variété des fruits et légumes auxquels ils ont accès est faible. Ils consomment par contre plus de boissons sucrées. Dans l'ensemble, leurs apports en vitamine C, folates et fer sont insuffisants. Quelques études réalisées en Europe mettent également en évidence de faibles consommations de fruits et de légumes et un risque plus élevé d'apports insuffisants en vitamines et minéraux chez les enfants et adolescents de faible Sse.

Tableau 2

Aliments et statut socio-économique (Sse)²⁷

Aliments caractéristiques d'un faible Sse	Aliments caractéristiques d'un Sse élevé
Féculeux	
– pain ^(c) – pommes de terre – légumes secs	– pain complet ^(c)
Viande/volailles/œufs	
– viande sans précision – viandes grasses, viandes frites, en conserve, charcuteries grasses ^(c) – œufs - abats	– viande sans précision – viandes maigres
Poisson	
– poisson croquettes/pané ^(c) – poisson en conserve – poisson frit	– poisson/crustacés ^{(M) (P) (c)}
Produits laitiers	
– lait sans précision – lait entier	– lait 1/2 écrémé - lait écrémé – produits laitiers frais ^(c) , écrémés ^(P) , sans précision ^(M) – fromages ^(c)
Fruits et légumes	
– légumes frais (pays méditerranéens et certains pays de l'Europe de l'Est) – choux de Bruxelles	– fruits et légumes sans précision ^(M) – fruits et légumes frais ^(f) – légumes sans précision ^(P) – légumes frais (ou surgelés) ^(c) – fruits sans précision ^(c) – fruits frais ^(c) – jus de fruits ^(M) ^(c) – noix et autres graines oléagineuses

27. Tableau réalisé à partir des résultats de 60 références d'études menées dans plusieurs pays industrialisés. Seules les références des études françaises sont spécifiées. Les autres références peuvent être trouvées chez Darmon *in* Caillavet, 2004.

Aliments caractéristiques d'un faible Sse	Aliments caractéristiques d'un Sse élevé
Graisses	
<ul style="list-style-type: none"> - graisses ajoutées sans précision - beurre et graisses animales - graisses végétales sans précision - huile de tournesol^(C) 	<ul style="list-style-type: none"> - graisses ajoutées sans précision - graisses animales (pays méditerranéens) - graisses végétales sans précision - huile d'olive^(C)
Aliments sucrés	
<ul style="list-style-type: none"> - sucre - produits sucrés sans précision - gâteaux secs - chocolat en poudre ou à tartiner^(C) 	<ul style="list-style-type: none"> - bonbons - glaces et sorbets^(C) - gâteaux secs^(C) - pâtisseries^(C) - céréales petit déjeuner^(M) ^(C) - desserts sans précision
Boissons	
<ul style="list-style-type: none"> - boissons sucrées sans précision - sodas et limonades^(C) ^(M) - bière^(C) - café 	<ul style="list-style-type: none"> - boissons sucrées sans précision - boissons alcoolisées - vin^(M) - café - eaux minérales^(M) ^(C) - thé

C = Caillavet, Combris, et Perchard, 2002.

F = Fuhrer, Shipley, Chastang, Schmaus, Niedhammer, Stansfeld, Goldberg, Marmot, 2002.

M. = Michaud, Baudier, Loundou, Le Bihan, Janvrin et Rotily, 1998.

P = Perrin, Simon, Hedelin, Arveiler, Schaffer et Schlienger, 2002.

Rôle possible de la nutrition dans les inégalités de santé : le cas de l'obésité

L'existence de déficiences vitaminiques et minérales dans les populations de faibles Sse, chez les enfants notamment, joue probablement un rôle dans les inégalités de santé. Ce rôle est cependant impossible à isoler et à quantifier, du fait notamment de l'accumulation de facteurs défavorables à la santé dans les populations de faible Sse et de la difficulté d'établir des relations de causalité entre ces facteurs, qu'ils soient comportementaux, culturels ou structurels. Si la plupart des méthodes utilisées pour analyser les enquêtes épidémiologiques permettent de prendre en compte les caractéristiques démographiques (âge, sexe, structure familiale, origine ethnique...), ou même comportementales (consommation de tabac, activité physique...), distribuées différemment dans les différentes catégories de Sse et pouvant expliquer en partie les différences observées, d'autres facteurs sont plus difficiles à prendre en compte. Notamment, la sous-représentation des personnes de très faible Sse dans les enquêtes « en population générale » constitue un biais de sélection qui conduit à sous-estimer les différences réellement associées au Sse. Quelques études, cependant, confirment l'importance des facteurs nutritionnels dans les inégalités de santé. Ainsi, dans l'étude Whitehall II, la prise en compte des typologies alimentaires des individus permettait d'expliquer 20 à 50 % des différences liées au Sse concernant des facteurs de risques classiques de maladies cardio-vasculaires, tels que les taux sériques de Hdl (high density lipoprotein) et de triglycérides (Martikainen, Brunner et Marmot, 2003).

Il existe un gradient social de l'obésité dans pratiquement tous les pays du monde...

C'est surtout sur les inégalités sociales en matière d'obésité que l'attention s'est focalisée ces dernières années, sans doute du fait de la grande «visibilité» du phénomène, mais aussi du fait de son caractère paradoxal, la pauvreté ayant pendant longtemps été associée à la sous-nutrition plutôt qu'à la sur-alimentation. Aujourd'hui, l'obésité touche toutes les catégories sociales et on observe dans la plupart des pays industrialisés un gradient social inverse de l'obésité, c'est-à-dire que les populations de faible Sse sont plus touchées par l'obésité que les classes aisées. De plus, à un niveau donné de corpulence, le risque pour la santé est plus élevé dans les populations de faible Sse : par exemple, parmi les personnes obèses, les prévalences de l'hypertension, du diabète et des maladies cardio-vasculaires sont plus élevées chez ceux qui ont un faible Sse.

Le gradient social de l'obésité est maintenant observé dans des régions de niveau de vie très différents, tels que les États-Unis, l'Union européenne, la Chine et la Russie (Molarius, Seidell, Sans, Tuomilehto et Kuulasmaa, 2000), et même au sein de groupes relativement protégés socialement tels que les fonctionnaires (Brunner, Marmot, Nanchahal, Shipley, Stansfeld, Juneja et Alberti, 1997). Il est particulièrement net chez les femmes. Chez les hommes, quand il est significatif, son amplitude est moins grande que chez les femmes. Cependant, l'analyse des écarts de corpulence en fonction du niveau d'études dans 26 régions du monde (étude Monica-Who) suggère que ces différences homme/femme se sont atténuées depuis 1985 (Molarius, Seidell, Sans, Tuomilehto et Kuulasmaa, 2000).

... y compris en France

Bien que les prévalences de l'obésité et du surpoids soient en France les plus faibles d'Europe (Martinez, Kearney, Kafatos, Paquet et Martinez-Gonzalez, 2003), on observe, ici comme ailleurs, une relation inverse entre obésité et Sse, mesurée par divers indicateurs. Ainsi, l'enquête nationale ObEpi réalisée en 2003 confirme une relation inverse entre le niveau d'éducation et la prévalence de l'obésité chez les adultes, avec des taux de 5,7 %, 10 % et 20 % pour des personnes ayant respectivement un diplôme d'études supérieures de 3^e cycle, le baccalauréat, ou un niveau d'éducation primaire (Sofres, 2003). De même, la prévalence de l'obésité est deux fois plus élevée (17,0 % vs 8,1 %) chez les adultes issus de ménages ayant un revenu net mensuel inférieur à 900 euros que pour des revenus supérieurs à 5300 euros (Sofres, 2003). En 2000, l'enquête ObEpi comprenait aussi un échantillon d'enfants (2 à 17 ans). Les résultats indiquent que 4,6 % des enfants étaient obèses dans les foyers ayant des revenus mensuels inférieurs à 915 euros, alors que ce pourcentage était de 3,1 % pour des revenus intermédiaires situés entre 1906 euros et 2287 euros, et de 0,9 % pour des revenus supérieurs à 3811 euros (Sofres, 2000). Enfin, dans le cadre des enquêtes triennales réalisées en milieu scolaire à l'échelon national depuis 1999, une enquête menée en 2001-2002 chez des enfants de 6 ans a montré que la prévalence de surpoids et d'obésité était de 17,2 % au total dans les zones d'éducation prioritaire (Zep) contre 13,3 % hors Zep (Guignon et Badeyan, 2002).

Obésité et précarité sociale : des recherches sociologiques embryonnaires en France

Si l'obésité apparaît comme un fait majeur dans le domaine alimentaire aujourd'hui²⁸, on cerne mal les contours sociaux du phénomène. Cette revue de la littérature s'attachera à une thématique proprement sociologique, celle de l'obésité, dans ses liens – marqués, semble-t-il – avec la précarité sociale. Elle s'appuiera sur les recherches françaises, issues des sciences sociales, ainsi que sur les travaux anglo-saxons, beaucoup plus nombreux. Seront tout d'abord présentées les grandes enquêtes constituant des sources pour une recherche sur l'obésité, ainsi que les orientations des principaux travaux français et américains sur la question. On s'attachera ensuite à la présentation des résultats issus de ces analyses : les déterminants sociaux de l'obésité et les conséquences sociales du phénomène.

Sociologie et obésité en France

Il existe peu de sources de données pouvant être exploitées sur ce thème. De grandes enquêtes de l'Insee, ne portant pas directement sur l'obésité, permettent d'étudier le phénomène et possèdent de nombreux avantages. Appartenant au domaine de la recherche publique, elles sont accessibles et sont conçues pour des chercheurs travaillant sur les relations entre santé et société. Existant pour certaines depuis les années 1960, elles permettent des analyses sur le long terme. Ainsi, les enquêtes Santé et soins médicaux de l'Insee ont pour but de mesurer, sur un an, les consommations médicales et l'état de santé des individus. D'autres enquêtes portent moins explicitement sur la santé des individus, mais elles constituent des bases de données intéressantes. C'est le cas notamment de l'Enquête permanente sur les conditions de vie (Epvc) de l'Insee de mai 2001, d'où son utilisation dans certains travaux sur l'obésité (Régnier, 2003).

Les enquêtes Santé et protection sociale (Sps) du Centre de recherche, d'études et de documentation en économie de la santé portent sur la santé et la protection sociale. Elles ne sont pas absolument représentatives de l'ensemble de la population française dans son ensemble, car elles utilisent la base du régime général de l'assurance maladie (Girard, Cohidon et Briançon, *in* Leclerc *et al.*, 2000).

En revanche, les enquêtes ObEpi permettent d'aborder directement la question de l'obésité et du surpoids. Elles sont surtout exploitées par les médecins et épidémiologistes, plus rarement par des sociologues ou des économistes.

Différentes critiques sur ces données françaises peuvent être ici signalées. Prenant pour base de sondage le fichier des logements, ces enquêtes ne tiennent pas compte des personnes, sans domicile fixe, ni des personnes en institution (Girard, Cohidon et Briançon, *in* Leclerc *et al.*, 2000). En outre, les données relatives au poids et à la taille des individus sont fondées sur des déclarations : il peut donc y avoir une sous-déclaration du poids des individus. Le travail porterait alors moins sur le réel que sur l'image que les gens veulent donner ou se font de leur physique (Détrez, 2002).

28. Une personne est considérée comme obèse si son Indice de masse corporelle – (Imc, soit le rapport du poids sur la taille au carré) est supérieur à 30.

Les recherches menées sur l'obésité en France s'inscrivent dans deux traditions de recherche différentes. D'une part, une tradition durkheimienne, qui s'intéresse aux déterminants sociaux du phénomène et analyse les corrélations entre obésité et différents éléments – ceux relevant du statut social, par exemple. D'autre part, une tradition plus individualiste, centrée sur les motivations des individus et sur les conséquences de l'obésité pensées en termes de stigmatisation, proche d'une tradition américaine. Reste que l'obésité constitue un champ de recherche émergeant de la sociologie française. De nombreuses recherches sont en effet issues du milieu médical, même si elles peuvent faire appel à des approches sociologiques (cf. Basdevant, Chevallier et Colditz, 1996 ; cf. Inserm, 2000, sur l'obésité chez l'enfant). C'est dans ce cadre que s'inscrivent par exemple les travaux de J.-P. Poulain sur « Les dimensions sociales de l'obésité » (Poulain, 2000 ; 2002).

Certaines approches sociologiques sont fondées sur des données spécifiquement françaises. Ainsi, N. Herpin et N. Manon (1997), pour étudier l'approvisionnement et les menus dans les ménages les plus pauvres, se sont appuyés sur les enquêtes Alimentaire, budget de famille et santé de l'Insee. De même, N. Guignon et G. Badeyan (2002), puis N. Guignon et X. Niel (2003) ont étudié, à partir des bilans de santé du ministère de l'Éducation nationale, le développement de l'obésité chez l'enfant.

L'étude de l'obésité au sein des catégories défavorisées s'enrichit enfin des travaux qui resituent l'obésité dans le cadre plus général des consommations alimentaires (cf. Grignon, 1980), des représentations du corps (Boltanski, 1971 ; Bourdieu, 1979 ; Détrez, 2002), des pratiques sportives (Boltanski, 1971 ; Pociello, 1981 ; Defrance, 1997), des inégalités de santé et d'accès aux soins (cf. Leclerc, Fassin, Grandjean, Kaminski et Lang, 2000). Enfin, les géographes s'intéressent à la répartition géographique du phénomène (travaux de l'équipe de Salem et Rican, 2000).

Sociologie et obésité aux États-Unis

Les États-Unis disposent de bases de données impressionnantes par le nombre et la variété des questions, et très accessibles du fait de leur gratuité. En outre, les questions relatives à la taille et au poids des individus dans les enquêtes sont renseignées après examen médical : on travaille donc sur des données objectives. Les enquêtes nationales américaines sur la santé et la nutrition (Nhanes), notamment, constituent une source riche et très détaillée, permettant de mener des comparaisons fructueuses avec la France.

Les travaux sur l'obésité émanant de sociologues sur l'obésité relèvent surtout d'une littérature anglo-saxonne, en particulier américaine. Ils s'inscrivent pour une bonne part dans la lignée de la seconde école de Chicago, à la suite des recherches de E. Goffman, H. Becker et H. Garfinkel : l'obésité y est pensée comme un comportement déviant, qui conduit à la stigmatisation des obèses. Ainsi, de nombreux articles s'attachent aux préjugés dont sont l'objet les obèses (Sobal et Maurer, 1999 ; DeJong, 1980 ; Pinhey, Rubinstein et Colfax, 1997 ; Maddox, Back et Liederman, 1968). D'autres travaux s'intéressent aux conséquences de l'obésité sur des aspects divers de la vie des obèses, comme l'emploi et les revenus (Pagan et Davila, 1997), ou bien la vie maritale (Sobal, Rauschenbach et Frongillo, 1995).

Certaines études veulent cependant analyser les déterminants sociaux de l'obésité, en particulier les relations entre obésité et statut social. Ainsi, l'article de J. Sobal et A. Stunkard, «Socioeconomic status and obesity: a review of the literature», paru en 1989, est un des plus cités. Ces travaux s'inscrivent dans la thématique plus générale des liens entre santé et inégalités sociales (par exemple Williams et Collins, 1995) ou raciales (par exemple Ross et Wu, 1995).

Tableau 3

Enquêtes abordant l'obésité en France et aux États-Unis

Enquête	Organisme	Date	Population enquêtée
Santé et soins médicaux	Insee	Environ tous les dix ans depuis 1960	Échantillon national d'environ 10 000 ménages
Enquête permanente sur les conditions de vie des ménages	Insee	Menées trois fois par an. Mai 2001 : « Comportements vis-à-vis de la santé »	5 200 individus de France métropolitaine
Santé et protection sociale	Crédes (1)	Tous les ans depuis 1988	Environ 20 000 individus au sein des assurés sociaux du régime général
ObEpi	Sofres pour Roche	1997, 2000, 2003	Environ 20 000 adultes représentatifs de la population française adulte
National Health and Nutrition Examination Survey	National Center for Health Statistics	1970, 1980, 1990, 2000	10 000 à 30 000 individus

(1) Centre de recherche et de documentation en économie de la santé. Depuis juin 2004, le CreDES est devenu l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes).

L'obésité : des déterminants sociaux ?

Obésité et statut socio-économique

L'obésité semble tout d'abord être en relation avec l'appartenance sociale des individus. Ainsi, chez les adultes, l'obésité est plus fréquente dans les familles à faibles revenus (Inserm, 2000, chap. 2). Même si l'obésité a augmenté parmi tous les milieux sociaux (Cutler *et al.*, 2003), l'obésité féminine est significativement liée à des facteurs sociaux, en France et aux États-Unis, alors que les liens sont moins clairs pour l'obésité masculine en France et surtout aux États-Unis (Régnier, 2003). Si l'article de Sobal et Stunkard (1989), qui procède à la revue de 144 articles portant sur les liens entre obésité et statut social des individus²⁹, souligne l'existence d'une forte relation inverse entre obésité et statut socio-économique chez les femmes, et pas chez les hommes, certains travaux mettent en évidence une relation récente, aux États-Unis, entre obésité et statut social chez les hommes, notamment pour ce qui relève du niveau d'éducation (Drewnowski, 2004 ; Molarius, 2000).

29. Se pose donc la question de la comparabilité des différents articles pris en compte par les auteurs (différences dans les définitions de l'obésité et les échantillons retenus).

Ces liens entre obésité et statut social seraient moins clairs chez l'enfant. Cependant, des études ont montré en France de plus fortes proportions d'enfants obèses parmi les enfants d'ouvriers que parmi les enfants de cadres supérieurs et professions libérales (Rolland Cachera et Bellisle, 1986; Inserm, 2000). Les travaux de N. Guignon et G. Badeyan (2002) et de N. Guignon et X. Niel (2003) ont souligné, de façon solide et argumentée, les liens entre obésité, urbanisation et inégalités sociales: l'obésité se rencontre plus fréquemment chez les enfants en zones d'éducation prioritaire, qui concentrent les difficultés financières (*cf.* aussi Choquet et Lagadic, *in* Leclerc *et al.*). Du point de vue des sciences sociales, ce fait pose la question de l'influence de l'environnement et de la transmission des normes familiales en matière d'alimentation.

Obésité et niveau d'éducation

De nombreuses approches soulignent le lien entre obésité et niveau d'éducation: les personnes possédant un faible niveau de diplôme sont également celles qui ont le plus de risque de présenter une obésité. Ainsi, on trouve moins d'obèses hommes et femmes chez les plus diplômés en France (ObEpi, 2003) ou aux États-Unis (Régnier, 2003). Cette question rejoint celle des liens entre santé de façon plus globale et éducation.

Obésité et appartenance ethnique

Les relations entre obésité et appartenance ethnique sont évoquées par quelques travaux. En France, il y aurait plus d'obèses chez les enfants d'origine maghrébine que chez les enfants d'origine française (*cf.* Inserm, 2000). Cependant, il semble que, pour les adultes tout du moins, une fois tenu compte des autres facteurs sociaux, cet effet ne joue guère dans l'obésité (Régnier, 2003). Aux États-Unis, ces liens sont en revanche beaucoup plus nets. Ainsi, l'obésité est plus répandue au sein de ce que l'on appelle les minorités ethniques, notamment chez les femmes noires ou hispaniques (Williams et Collins, 1995; Teran *et al.*, 2002).

Consommation alimentaire et catégories sociales

Ces appartenances sociales différentes entraînent des habitudes de consommation spécifiques selon les différentes catégories sociales. Ainsi, les ménages les plus pauvres consomment plus de graisses que les autres ménages, et moins de fruits, légumes verts, laitages et poissons (Herpin et Manon, 1997; Caillavet, Combris et Perchard, 2002). Dans le domaine des pratiques alimentaires, certains travaux soulignent également le surinvestissement dans l'alimentation des familles défavorisées (travail de C. Pétonnet cité par D. Fassin *in* Leclerc, Fassin *et al.*, 2000). Ainsi, en milieu ouvrier, l'alimentation représenterait une victoire sur des frustrations et des manques antérieurs (Schwartz, 1990). À l'inverse, c'est au sein des populations aux plus hauts revenus que les femmes font le plus attention à leur alimentation (*cf.*, parmi bien d'autres références, Sobal et Stunkard, 1989; Fischler, 1990; Perrot, 1984).

Obésité et pratique sportive

L'activité physique jouerait un rôle important dans la prévention de l'obésité, en relation là encore avec le statut social des individus. Aux États-Unis, par exemple, les femmes qui pratiquent le plus souvent une activité physique sont celles à haut niveau social (Sobal et Stunkard, 1989). En France, même si l'on assiste au développement des pratiques de loisirs, les disparités dans les taux de pratique du sport demeurent importantes: cadres et professions libérales font plus de sport qu'employés et ouvriers (Pociello, 1981 ; Defrance, 1997 ; Dirn, 1998).

Obésité et recours aux soins

L'intérêt et l'attention que les individus portent à leur corps divergent selon les classes sociales: ils croissent à mesure qu'on s'élève dans la hiérarchie sociale (cf. l'article ancien, mais fondateur, de Boltanski, 1971). De même, la moindre attention portée au corps, aux soins du corps, en particulier chez les femmes des milieux populaires (Bourdieu, 1979), peut être mise en relation avec les plus forts taux d'obésité dans ces catégories, alors que ce sont les femmes des milieux les plus aisés qui cultivent le plus grand souci de leur apparence corporelle (par exemple, Maisonneuve et Bruchon-Schweitzer, 1999). Dès lors, les milieux populaires ont un recours aux soins plus rare et plus tardif (Esterlé-Hédibel, 1999). Dans ce cadre, l'accès aux soins et la diffusion du savoir médical sont moindres pour les catégories les plus populaires, ce dont il faut tenir compte pour que les campagnes de santé publique portent leurs fruits auprès des catégories les plus défavorisées (Fassin, 1996 ; Détrez, 2002).

Enfin, le maintien, voire l'accroissement des inégalités sociales en matière de santé posent question quant au développement de l'obésité dans les catégories défavorisées (La Rosa, 1998 ; Bihl et Pfefferkorn *in* Leclerc *et al.*, 2000 ; Goldberg *et al.*, 2003 ; Scambler *et al.*, 1999 pour les pays anglo-saxons).

Répartition géographique de l'obésité

De ces inégalités sociales découle une inégale répartition géographique de l'obésité. Les proportions d'obésité – infantile (Inserm, 2000), ou adulte (Guéguen *in* Joubert *et al.*, 2001 ; Régnier, 2003) – sont les plus importantes dans la Région parisienne et la région Nord. Cette inégale géographie de l'obésité est en relation avec la géographie des zones en difficulté économique. Ainsi, aux États-Unis, si les communes rurales sont plus touchées par l'obésité que les communes urbaines, ces différences tiennent à la composition sociale des régions (Sobal, Troiano, Frongillo, 1996).

Conséquences de l'obésité

Conséquences pour les individus

Conséquences médicales

L'obésité est considérée à la fois comme une pathologie et comme un facteur de risque de différentes pathologies – hypertension, cardiopathies, accidents vasculaires cérébraux, diabète, etc. (Lévy et Le Pen, *in* Basdevant *et al.*, 1996). En outre, les obèses souffrent d'incapacités physiques, qui concernent par exemple

leur locomotion et leur vie quotidienne – marcher, courir, monter des escaliers, s’habiller (Triomphe, *in* Basdevant *et al.*, 1996).

Obésité et mobilité sociale

L’obésité entraînerait une moindre mobilité sociale, en particulier du fait de la dévalorisation du gros et, plus encore, de l’obèse, dans les sociétés occidentales. Ainsi, les attitudes négatives envers les personnes obèses auraient une influence défavorable sur la vie matrimoniale de ces derniers (Rissanen *in* Basdevant *et al.*, 1996) ou leur carrière professionnelle. Hommes et femmes obèses seraient l’objet de comportements discriminants dans le domaine professionnel (plus forts taux de chômage, promotions plus faibles, salaires plus bas) (Sobal et Maurer, 1999). De nombreux auteurs (Maddox *et al.*, 1968; DeJong, 1980; Gortmarker *et al.*, 1993; Sobal, Troiano et Frongillo, 1996) font l’hypothèse que cette forte stigmatisation est liée au fait que les obèses sont perçus comme responsables de leur état.

Hommes et femmes

Les conséquences sociales de l’obésité n’affectent pas également hommes et femmes: les femmes pâtissent plus que les hommes de leur obésité (scolarité plus courte, moindres probabilités d’être mariées, taux de pauvreté plus élevé) (Sobal et Stunkard, 1989; Gortmarker *et al.*, 1993; Gortmaker et Dietz, *in* Basdevant *et al.*, 1996; Pagan et Davila, 1997).

Conséquences sociales

Enfin, il est souvent souligné que l’obésité a des coûts pour la société, coûts directs liés au traitement de l’obésité et des maladies qui lui sont liées, coûts indirects liés à la perte de productivité des individus obèses (Rissanen, *in* Basdevant). En moyenne, ces coûts directs sont estimés à environ 5 % des dépenses totales de santé, les coûts indirects à 7 % du coût des jours de maladie.

On peut ainsi souligner l’abondance des travaux anglo-saxons et l’émergence des travaux français sur l’obésité de manière générale, et sur les relations entre obésité et milieux défavorisés de façon plus particulière. Dans ce cadre, une connaissance fine de l’obésité en France, de ses déterminants et de ses implications pourrait permettre la mise en œuvre efficace de recommandations argumentées à l’adresse des différents groupes sociaux, des responsables de l’alimentation collective, ou encore du secteur agroalimentaire. Surtout, elle pourrait apporter un éclairage utile aux politiques médicales et sociales.

Conséquences pour les politiques publiques

Des politiques de prévention nutritionnelle en direction des populations défavorisées ont été mises en place en France depuis peu. Dans le cadre du Programme national nutrition-santé (Pnns) coordonné par le ministère de la Santé, un objectif spécifique de prévention des déficiences vitaminiques et minérales au sein des populations en situation d’exclusion ou de précarité a été fixé (Pnns 2001). Plus récemment, le Programme national alimentation insertion a été mis en place par le secrétariat d’État à la lutte contre l’exclusion et la précarité. Ces programmes

ont initié en France un début de préoccupation sur la qualité nutritionnelle de l'aide alimentaire distribuée à plus de 2,6 millions de bénéficiaires. De même, des actions d'éducation nutritionnelle spécifiquement dirigées vers les bénéficiaires de l'aide alimentaire ont été mis en place (secrétariat d'État à la lutte contre la précarité et l'exclusion, 2003) et une enquête sur l'alimentation et le statut nutritionnel de ces personnes est prévue en 2005, dans le cadre des actions de surveillance nutritionnelle de l'état nutritionnel des Français réalisées par l'Usen (Unité de surveillance et d'épidémiologie nutritionnelle) de l'Institut de veille sanitaire. En ce qui concerne le problème nutritionnel spécifique des personnes sans domicile fixe, un aliment de rue enrichi en vitamines et minéraux a été mis au point et testé dans le cadre du Pnns (Darmon, Lécossais et Briend, 2003). Cet aliment est actuellement distribué par certaines associations, en complément des repas habituellement servis dans les centres d'accueil et d'hébergement.

Il faut noter cependant que les méthodes d'éducation à la santé basées sur la simple information du public ne modifient pas les comportements des populations les plus à risque (Gunning-Schepers et Gepekens, 1996). Elles peuvent même augmenter les inégalités de santé en étant bien plus efficaces dans les milieux aisés que dans les milieux défavorisés (Lindbladh et Lyttkens, 2002; Kennedy et Ling, 1997). Les programmes basés sur l'éducation ne suffiront probablement pas à éviter l'augmentation de la prévalence de l'obésité, et encore moins à éviter que se creuse le gradient social de l'obésité. C'est pourquoi des stratégies de prévention basées sur des politiques d'intervention fiscale visant à taxer les aliments de mauvaise qualité nutritionnelle et/ou à améliorer l'accès économique aux fruits et aux légumes ont été suggérées (Who, 2004; French, Story et Jeffery, 2001; Marshall, 2000; Jacobson et Brownell, 2000; Nestel, 2002; Anderson, Bybee, Brown, McLean, Garcia, Breer et Schillo, 2001; Horgen et Brownell, 2002; French, Story, Jeffery, Snyder, Eisenberg, Sidebottom et Murray, 1997). Dans son dernier document sur la prévention des maladies chroniques et de l'obésité, l'Organisation mondiale de la santé préconise aussi de mettre en place un système de contrôle de la publicité sur les aliments (Who, 2004). Seules des modifications structurelles profondes, basées sur des interventions sociales, fiscales et d'aménagement du territoire, pourraient permettre de garantir à toutes les catégories de la population un accès physique et financier à une alimentation de bonne qualité nutritionnelle et à la pratique d'une activité physique régulière, nécessaires à la réussite d'une politique de santé publique basée sur la prévention, profitable à tous.

Bibliographie

- ABI SAMRA M. et HACHEM F., 1997, « Manger, se nourrir dans la précarité », *Dossier annuel 1997*, Mission régionale d'information sur l'exclusion Rhône-Alpes Lyon, Mrie, p. 59-71.
- ADDA J., 1999, « Les consommateurs français et la "vache folle" », *Inra Sciences sociales* n° 4/99.
- AMISTANI C., 1993, « L'alimentation des SDF, Enquête ethnologique », in Terrolle D. (éd.), *Errances urbaines*, Paris, Le Plan urbain, p. 81-117.
- ANDERSON J.V., BYBEE D.I., BROWN R.M., McLEAN R.F., GARCIA E.M., BREER M.L., SCHILLO B.A., 2001, « 5 a day fruit and vegetable intervention improves consumption in a low income population », *Journal of the American Dietetic Association*, n° 101, p. 195-202.
- BASDEVANT A., CHEVALLIER H., COLDITZ G.A. et al., 1996, *Obésités : qualité de vie et coût socio-économique*, Neuilly-sur-Seine, Ardix médical.
- BAYET A., CHAMBAZ C., GUEGANO Y., HOURRIEZ J.-M., 1991, « Les choix de consommation des ménages : une question de revenu avant tout », *Économie et Statistique*, n° 248, p. 21-31.
- BECKER G.S., 1965, « A theory of the allocation of time », *Economic Journal*, n° 80, p. 493-517.
- BERR C., COUDRAY C., BONITHON-KOPP C., ROUSSEL A.-M., MAINARD F., ALPEROVITCH A., 1998, « Demographic and cardiovascular risk factors in relation to antioxidant status: the Eva Study », *International Journal of Vitamin and Nutrition Research*, n° 68, p. 26-35.
- BERTAIL P., CAILLAVET F., 2003, *Food Consumption and Poverty: A Segmentation Approach*, document de travail Corela/Inra.
- BERTAIL P., BOIZOT C., COMBRIS P., 1998, *La Consommation alimentaire en 1995*, Observatoire des consommations alimentaires.
- BERTRAND M., 1993, « Consommation et lieux d'achat des produits alimentaires en 1991 », *Insee Résultats-Consommation-Modes de vie*, n° 54-55, Paris.
- BEUN S., LECERF J., FRESSIN C., ISOREZ D., IBERBERG G., 1997, « Habitudes alimentaires de 102 jeunes femmes de milieux défavorisés », *Cahiers de nutrition et de diététique*, n° 32, p. 314-9.
- BLAYLOCK J., SMALLWOOD D., KASSEL K., VARIYAM J., ALDRICH L., 1999, « Economics, food choices, and nutrition », *Food Policy*, n° 24, p. 269-86.
- BOIZOT C., 1999, « La demande de boissons des ménages : une estimation de la consommation à domicile », *Économie et Statistique*, n° 324-325, p. 143-56.
- BOLTANSKI L., 1971, « Les usages sociaux du corps », *Annales*, n° 1, p. 205-33.
- BONNET C., 2004, *Modélisation de la demande pour des produits différenciés : une application au marché des eaux plates nature embouteillées en France*, document de travail Inra-Maia.
- BOURDIEU P., 1979, *La Distinction. Critique sociale du jugement*, Paris, Éd. Minuit.
- BRIGOU D., 1988, *Soupes de nuit, ceux que nous croisons tous les jours sans les regarder*, Paris, Belfond, 221 p.
- BROUSSE C., 1999, « La répartition du travail domestique entre conjoints reste très largement spécialisée et inégale », in *France, portrait social 1999-2000*, Insee, p. 135-51.
- BROUSSE C., DE LA ROCHÈRE B., MASSÉ E., 2002a, « Hébergement et distribution de repas chauds : le cas des sans domicile », *Insee Première*, n° 823, 4 p.
- BROUSSE C., DE LA ROCHÈRE B., MASSÉ E., 2002b, « Hébergement et distribution de repas chauds : qui sont les sans domicile usagers de ces services ? », *Insee Première*, n° 824, 4 p.

- BRUNNER E.J., MARMOT M.G., NANCHAHAL K., SHIPLEY M.J., STANSFELD S.A., JUNEJA M., ALBERTI K.G., 1997, «Social inequality in coronary risk: central obesity and the metabolic syndrome. Evidence from the Whitehall II study», *Diabetologia*, n° 40, p. 1341-9.
- CAILLAVET F., 2002, *Low-Income Households and Healthy Food Consumption in France*, document de travail Corela-Inra.
- CAILLAVET F., 2004, «La dimension alimentaire dans les travaux économiques sur la pauvreté en France. Revue de la littérature», in *L'Alimentation des populations défavorisées en France – Une revue de la littérature dans les domaines économique, sociologique et nutritionnel*, Caillavet F. (coord.), rapport Corela-Ird pour l'Onpes, février 2004.
- CAILLAVET F., MOMIC M., 2004, «Une approche de la pauvreté par les budgets alimentaires en France», in *L'Alimentation comme dimension spécifique de la pauvreté – Étude de la consommation alimentaire des populations défavorisées*, Caillavet F. (coord.), rapport pour l'Onpes, novembre 2004.
- CAILLAVET F., COMBRIS P., PERCHARD S., 2002, «L'alimentation des ménages à bas revenu en France», *Alimentation et précarité*, n° 16, p. 8-16.
- CAILLAVET F., MADRE H., 2003, *La Demande de corps gras : modélisation en deux étapes*, Document de travail Corela-Inra.
- CAILLAVET F., NICHELE V., 1999, «Autoconsommation et jardin – Arbitrage entre production domestique et achats de légumes», *Économie rurale*, n° 250, p. 1-11.
- CAILLAVET F., NICHELE V., 2002, «L'activité féminine détermine la consommation de repas hors domicile», *Inra Sciences sociales*, n° 1/02.
- CAILLAVET F. (coord.), 2004, *L'Alimentation des populations défavorisées en France – Une revue de la littérature dans les domaines économique, sociologique et nutritionnel*, rapport Corela-Inra pour l'Onpes, 134 p.
- CHAMBOLLE M., COLLIERIE A., DUFOUR A., VERGER P., VOLATIER J.-L., 1999, «Étude de la diversité alimentaire en France», *Cahiers de nutrition et de diététique*, n° 34, p. 362-8.
- CHATEIL S., 1995, *Pratiques et représentation de l'aide alimentaire en France. Besoins et attentes des familles démunies ayant un enfant en bas âge*, ledes/CIE, Dess Pratiques sociales et professionnelles du développement, 47 p.
- CHAULIAC M., CHATEIL S., 2000, Enquête sur l'alimentation des personnes défavorisées, «Nutrition et alimentation des enfants en bas âge (6 à 36 mois) de familles défavorisées», *Médecine et Nutrition*, n° 36, p. 13-24.
- CLÉMENT L., DESTANDAU S., ENEAU D., 1997, «Le budget des ménages en 1995», *Insee Résultats-Consommation-Modes de vie*, n° 90, 118 p.
- COLLET-RIBBING C., 2001, «La santé des Français et leurs consommations alimentaires», in *Apports nutritionnels conseillés pour la population française*, Martin A. (coord.), Cnera-Cnrs, p. 397-431.
- COMBRIS P., NICHELE V., 1994, «Les comportements de stockage alimentaire des ménages», *Inra Sciences Sociales*, n° 1.
- CONSEIL NATIONAL DE L'ALIMENTATION (CNA), 1994, «L'alimentation des plus démunis», *Recueil des avis émis par le CNA 1986-1995*, Paris, Dgal - Mission communication & information, *Avis*, n° 14, p. 71-75.
- CONSEIL NATIONAL DE L'ALIMENTATION (CNA), 2002, *L'Exclusion sociale et l'alimentation*, Paris, *Avis*, n° 34, 30 p.

- CRENNER E., DUMARTIN S., TACHÉ C., 2002, Indicateurs de niveau de vie – Indicateurs sociaux annuels de 1996 à 2001, Insee.
- CROST M., KAMINSKI M., 1998, «L'allaitement maternel à la maternité en France en 1995», Enquête nationale périnatale, *Archives de Pédiatrie*, n° 5, p. 1316-26.
- CUTLER D.M., GLAESER E.L., SHAPIRO J.M., 2003, «Why Americans become more obese?», *Journal of Economic Perspectives*, vol. 17, n° 3, p. 93-118.
- DARMON N., KHLAT M., 2001, «An overview of the health status of migrants in France, in relation to their dietary practices», *Public Health Nutrition*, n° 4, p. 163-72.
- DARMON N., LÉCOSSAIS C., BRIEND A., 2003, «Comment améliorer l'aide alimentaire destinée aux personnes sans abri? Acceptabilité d'un aliment de rue enrichi», *Médecine et Nutrition*, n° 39, p. 15-22.
- DEFRANCE J., 1997, *Sociologie du sport*, Paris, La Découverte.
- DEGENNE A., GRIMLER G., LEBEAUX M.O., LEMEL Y., 1997, «La production domestique atténuée-t-elle la pauvreté?», *Économie et Statistique*, n° 308/309/310, p. 159-86.
- DEJONG W., 1980, «The stigma of obesity: the consequences of naïve assumptions concerning the causes of physical deviance», *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 21, n° 1, p. 75-87.
- DE LA GORCE F., 1986, *Pratiques alimentaires dans les milieux très défavorisés*, Paris, Fondation française pour la nutrition-ESF mouvement ATD Quart-Monde, p. 33-39.
- DELESTRE F., MEYER K., 2001, «Pauvreté, désintérêt nutritionnel et obésité», *Médecine et nutrition* 37, n° 6, p. 267-81.
- DÉTREZ C., 2002, *La Construction sociale du corps*, Paris, Seuil.
- DIRN L., 1998, *La Société française en tendances, 1975-1995*, Paris, PUF.
- DOMMERMES J.-P., 1999, «Carence en fer de l'enfant: le combat n'est pas gagné...», *Annales de Pédiatrie*, n° 46, p. 53-63.
- DOWLER E., 1997, «Budgeting for food on a low income in the UK: the case of lone-parent families», *Food Policy*, n° 22/5, p. 405-17.
- DOWLER E., DOBSON B.M., 1997, «Nutrition and poverty in Europe: an overview», *Proceedings of the Nutrition Society*, n° 56, p. 51-62.
- DREWNOWSKI A., 2004, «Poverty and obesity: the role of energy density and energy costs», *American Journal of Clinical Nutrition*, n° 76, p. 6-16.
- DURAND-GASSELIN S., LUQUET F.M., 2000, «Enquête sur l'alimentation de personnes défavorisées réalisée dans le cadre du programme Aliment Demain. (IV. La vie quotidienne autour de l'alimentation)», *Médecine et nutrition*, n° 36, vol. 1, p. 40-52.
- DURAND-GASSELIN S., 1998, *Le Comportement alimentaire des populations à bas revenus, synthèse de l'étude*, Gif-sur-Yvette, Re-Vivre, 35 p.
- ESTERLÉ-HEDIBEL M., 1999, «Le corps en force ou le corps en forme: le corps et la santé en milieu populaire précarisé», in *Ville-École-Intégration*, n° 116, p. 127-40.
- FASSIN D., 1996, *L'Espace politique de la santé. Essai de généalogie*, Paris, PUF.
- FÉDÉRATION FRANÇAISE DES BANQUES ALIMENTAIRES (FFBA), 1990, *Les Pratiques alimentaires des familles démunies en 1990*, Arcueil, FFBA, 55 p.
- FISCHLER C., 1990, *L'Honnivore*, Paris, Odile Jacob.
- FRENCH S.A., STORY M., JEFFERY R.W., 2001, «Environmental influences on eating and physical activity», *Annual Review of Public Health* 22, p. 309-35.

- FRENCH S.A., STORY M., JEFFERY R.W., SNYDER P., EISENBERG M., SIDEBOTTOM A., MURRAY D., 1997, « Pricing strategy to promote fruit and vegetable purchase in high school cafeterias », *Journal of the American Dietetic Association* 97, p. 1008-10.
- FUHRER R., SHIPLEY M.J., CHASTANG J.F., SCHMAUS A., NIEDHAMMER I., STANSFELD, GOLDBERG M., MARMOT M.G., 2002, « Socioeconomic position, health and possible explanations: a tale of two cohorts », *American Journal of Public Health* 92, p. 1290-4.
- GOJARD S., 1998, « L'allaitement : une pratique socialement différenciée », *Recherches et Prévisions*, n° 53, p. 23-34.
- GOLDBERG M., MELCHIOR M., LECLERC A., LERT F., 2003, « Épidémiologie et déterminants sociaux des inégalités de santé », *Revue épidémiologique de Santé publique*, n° 51, p. 381-401.
- GORTMAKER S.L., MUST A., PERRIN J.M., SOBOL A.M., DIETZ W.H., 1993, « Social and economic consequences of overweight in adolescence and young adulthood », *New England Journal of Medicine*, n° 329, p. 1008-12.
- GRIGNON C., 1993, « La règle, la mode et le travail ; la genèse sociale du modèle des repas français contemporains », in Aymard, Grignon et Sabban, *Le Temps de manger, alimentation, emploi du temps et rythmes sociaux*, Paris, MSH/Inra, p. 275-323.
- GRIGNON C., GRIGNON CH., 1999, « Long-term trends in food consumption: a French portrait », *Food and Foodways*, vol. 8/3, p. 151-74.
- GRIGNON C., GRIGNON C., 1980, « Styles d'alimentation et goûts populaires », *Revue française de sociologie*, n° 21, p. 531-69.
- GUÉGUEN R., 2001, « Géographie de la santé des populations en situation de précarité », in Joubert M., Chauvin P., Facy F., Ringa V., *Précarisation, risque et santé*, Paris, Inserm, p. 119-30.
- GUIGNON N., NIEL X., 2003, « L'état de santé des enfants de 5-6 ans dans les régions », *Études et Résultats*, n° 250.
- GUIGNON N., BADÉYAN G., 2002, « La santé des enfants de 6 ans à travers les bilans de santé scolaire », *Études et Résultats*, n° 155, Drees.
- GUNNING-SCHEPERS L.J., GEPKENS A., 1996, « Reviews of interventions to reduce social inequalities in health: research and policy implications », *Health Education Journal*, n° 55, p. 226-38.
- HAUT COMITÉ DE LA SANTÉ PUBLIQUE, 1998, *La Progression de la précarité en France et ses effets sur la santé*, ENSP.
- HAUT COMITÉ DE LA SANTÉ PUBLIQUE, 2000, *Pour une politique nutritionnelle de santé publique en France*, ENSP.
- HERBETH B., BARTHELEMY L., WEISBROD M., COLLIN J.F., 1993, *Comportements alimentaires et faibles revenus. Place des produits laitiers*, Vandœuvre-lès-Nancy, Centre de médecine préventive de Vandœuvre-lès-Nancy, 12 p. et annexes.
- HERPIN N., LOISY C., 1997, « L'impact du chômage sur la consommation », *Revue de la DGCCRF*, n° 96, p. 19-20.
- HERPIN N., MANON N., 1997, « Approvisionnement, menus et obésité dans les foyers les plus pauvres », *Économie et statistique*, n° 308-309-310, p. 117-8.
- HOGGART R., 1970 [éd. originale 1957], *La Culture du pauvre, étude sur le style de vie des classes populaires en Angleterre*, Paris, Éd. de Minuit, 420 p.
- HOINT-PRADIER F., 1995, « Les pratiques alimentaires de familles démunies : enquête menée auprès d'un échantillon suivi par les travailleuses familiales », *Lettre scientifique de L'In*, n° 39, p. 4-7.

- HORGEN K.B., BROWNELL K.D., 2002, « Comparison of price change and health message interventions in promoting healthy food choices », *Health Psychology*, n° 21, p. 505-12.
- INSEE, 1999, « Pauvreté, précarité », *Données sociales*, p. 443-99.
- INSERM, 2000, *Obésité. Dépistage et prévention chez l'enfant*, Paris, Inserm.
- IRALA-ESTEVEZ J.D., GROTH M., JOHANSSON L., OLTERSDORF U., PRATTALA R., MARTINEZ-GONZALEZ M.A., 2000, « A systematic review of socio-economic differences in food habits in Europe: consumption of fruit and vegetables », *European Journal of Clinical Nutrition*, n° 54, p. 706-14.
- JACOBSON M.F., BROWNELL K.D., 2000, « Small taxes on soft drinks and snack foods to promote health », *American Journal of Public Health* 90, p. 854-7.
- JUSTINIANY L., PHILY J.-C., PLANELLS L., ROUBAUD A., TZATOURIAN J.P., BOUSQUET R., GRANJON B., 1998, « La nutrition des exclus à Marseille », *Actualités en diététique*, n° 31-3^e trimestre, p. 1217-22.
- KENNEDY E., LING M., 1997, « Nutrition education for low-income groups—Is there a role? » in Köhler B.M., Feichtinger E., Barlösius E., Dowler E. (eds), *Poverty and Food in Welfare Societies*, Berlin, Sigma, p. 349-62.
- LAPPALAINEN R., SABA A., HOLM L., MYKKANEN H., GIBNEY M.J., 1997, « Difficulties in trying to eat healthier: descriptive analysis of perceived barriers for healthy eating », *European Journal of Clinical Nutrition* 51, Suppl 2, S36-S40.
- LARMET G., 2002, « L'organisation des achats alimentaires », *Cahiers d'Économie et de Sociologie Rurales*, n° 63, p. 51-84.
- LA ROSA E., 1998, *Santé, précarité et exclusion*, Paris, PUF.
- LEATHER S., 1996, *The Making of Modern Malnutrition: an Overview of Food Poverty in the UK*, London, Caroline Walker Trust.
- LECLERC A., FASSIN D., GRANDJEAN H., KAMINSKI M., LANG T., 2000, *Les Inégalités sociales de santé. La Découverte et Syros*, Paris, Collection Recherches.
- LEGROS M., 1997, *Donner à manger aux pauvres. L'aide alimentaire, d'une pauvreté à l'autre*, Paris, Crédoc, 163 p.
- LEHINGUE Y., FASSIO F., MOMAS I., DAURES J.P., 1992, « Suivi épidémiologique d'enfants d'âge scolaire dans le département de l'Hérault », *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, n° 40, p. 25-32.
- LETRAIT M., 2002, « L'utilisation par les chômeurs du temps libéré par l'absence d'emploi », *Économie et Statistique*, n° 352-353, p. 101-25.
- LINDBLADH E., LYTTKENS C.H., 2002, « Habit versus choice: the process of decision-making in health-related behaviour », *Social Sciences & Medicine*, 55, p. 451-65.
- LOPEZ-AZPIAZU I., SANCHEZ-VILLEGAS A., JOHANSSON L., PETKEVICIENE J., PRATTALA R., MARTINEZ-GONZALEZ M.A., 2003, « Disparities in food habits in Europe: systematic review of educational and occupational differences in the intake of fat », *Journal of Human Nutrition and Dietetic*, n° 16, p. 349-64.
- LUQUET F.-M. (coord.), 1998, « Le comportement alimentaire des populations à bas revenus », *Re-Vivre*, mimeo.
- MADDOX G.L., BACK K., LIEDERMAN V., 1968, « Overweight as social deviance and disability », *Journal of Health and Social Behavior*, n° 1968/9, p. 287-98.
- MAISONNEUVE J., BRUCHON-SCHWEITZER M., 1999, *Le Corps et la beauté*, Paris, PUF.
- MALE C., PERSSON L.A., FREEMAN V., GUERRA A., VAN'T HOF M.A., HASCHKE F., 2001, « Prevalence of iron deficiency in 12-mo-old infants from 11 European areas and influence of dietary factors on iron status: Euro-Growth study », *Acta Paediatrica* 90, p. 492-8.

- MARGETTS B.M., MARTINEZ J.A., SABA A., HOLM L., KEARNEY M., 1997, «Definitions of "healthy" eating: a pan-EU survey of consumer attitudes to food, nutrition and health», *European Journal of Clinical Nutrition* 51, Suppl 2, S23-S29.
- MARPSAT M., FIRDION J.-M. (éd.), 2000, *La Rue et le foyer. Une recherche sur les sans-domicile et les mal-logés dans les années 90 [Street and shelter. A French research programme on the homeless and poorly housed in the 1990s]*, Paris, PUF, xv-413 p.
- MARSHALL T., 2000, «Exploring a fiscal food policy: the case of diet and ischaemic heart disease», *British Medical Journal*, n° 320, p. 301-5.
- MARTIKAINEN P., BRUNNER E., MARMOT M., 2003, «Socioeconomic differences in dietary patterns among middle-aged men and women», *Social Sciences & Medicine*, n° 56, p. 1397-410.
- MARTINEZ J.A., KEARNEY J.M., KAFATOS A., PAQUET S., MARTINEZ-GONZALEZ M.A., 2003, «Variables independently associated with self-reported obesity in the European Union», *Public Health Nutrition*, n° 2, p. 125-33.
- MATTISSON I., WIRFALT E., GULLBERG B., BERGLUND G., 2001, «Fat intake is more strongly associated with lifestyle factors than with socio-economic characteristics, regardless of energy adjustment approach», *European Journal of Clinical Nutrition*, n° 55, p. 452-61.
- MEKKI N., GALAN P., ROSSIGNOL C., FARNIER M.A., HERCBERG S., 1989, «Le statut en fer chez l'enfant de 10 mois, 2 ans et 4 ans présumé bien-portant», *Archives françaises de pédiatrie*, n° 46, p. 481-5.
- MICHAUD C., BAUDIER F., LOUNDOU, LE BIHAN G., JANVRIN M., ROTILY M., 1998, «Habitudes, consommations et connaissances alimentaires des Français en situation de précarité financière», *Santé publique*, n° 10, p. 333-47.
- MICHAUD C., 2000, «Alimentation des personnes en situation de précarité ou de grande pauvreté, ce que l'on sait et ce que l'on fait», *Cahiers de nutrition et de diététique*, n° 35/3, p. 269-74.
- MICHAUD C., ROTILY M., 1993, *Nutrition et population défavorisées: synthèse bibliographique et propositions*, Paris, CFES, 47 p.
- MICHAUD C., BAUDIER F., LOUNDOU A., LE BIHAN G., JANVRIN M.P., ROTILY M., 1998, «Habitudes, consommations et connaissances alimentaires des Français en situation de précarité financière», *Santé publique*, n° 10/3, p. 333-47.
- MICHEL S., 1995, «Qualités nutritionnelles comparées des produits alimentaires de marque et de premier prix», *Lettre scientifique de l'IFN*, n° 35.
- MOLARIUS A., 2000, «Educational level, relative body weight and changes in their association over 10 years: an international perspective from the Who Monica Project», *American Journal of Public Health*, vol. 90/8, p. 1260-8.
- MOLARIUS A., SEIDELL J.C., SANS, TUOMILEHTO, KUULASMAA K., 2000, «Educational level, relative body weight, and changes in their association over 10 years: an international perspective from the Who Monica Project», *American Journal of Public Health*, n° 90, p. 1260-8.
- MOREAU DE BELLAING L., 1998, «L'alimentation chez les sans domicile fixe», *Journal des anthropologues*, n° 74, p. 135-41.
- MORLAND K., WING S., DIEZ ROUX A., 2002, «The contextual effect of the local food environment on resident's diets: the atherosclerosis risk in communities study», *American Journal of Public Health*, n° 92/11, p. 1761-7.

- NESTEL M., 2002, «The politics of food choice», in Nestel M. (éd.) *Food Politics: How the Food Industry Influences Nutrition and Health*, Los Angeles, University of California Press Ltd, p. 358-74.
- NICHELE V., 2003, «Health information and food demand in France», in Chern W.S. and Rickertsen K. (eds), *Health, Nutrition and Food Demand*, Cabi Publishing.
- PAGAN J.A., DAVILA A., 1997, «Obesity, occupational attainment and earnings», *Social Science Quarterly* 78, n° 3, p. 756-70.
- PERRIN A.E., SIMON C., HEDELIN G., ARVEILER D., SCHAFFER P., SCHLIENGER J.L., 2002, «Ten-year trends of dietary intake in a middle-aged French population: relationship with educational level», *European Journal of Clinical Nutrition*, n° 56, p. 393-401.
- PERROT P., 1984, *Le Travail des apparences ou les transformations du corps féminin, XVII^e-XIX^e siècle*, Paris, Seuil.
- PÉTONNET C., 1985 [1^{re} édition 1979], *On est tous dans le brouillard. Ethnologie des banlieues*, Paris, Galilée, 331 p.
- PINHEY T.K., RUBINSTEIN D.H., COLFAX R.S., 1997, «Overweight and happiness: the reflected self-appraisal hypothesis reconsidered», *Social Science Quarterly* 78, n° 3, p. 747-55.
- PNNS, 2001 *Programme national nutrition santé, ministère de la Santé*, <http://www.sante.gouv.fr/htm/pointsur/nutrition/index.htm>
- POCIELLO C. et al., 1981, *Sport et société, une approche socio-culturelle des pratiques*, Paris, Vigot.
- PONTHIEUX S., 2002, «Les inégalités de conditions de vie dans la zone euro», *Insee Première*, n° 822.
- POULAIN J.-P., 2000, «Les dimensions sociales de l'obésité», in *Obésité, dépistage et prévention chez l'enfant*, expertise collective, Paris, Inserm, p. 59-96.
- POULAIN J.-P., 2002, «L'obésité et la médicalisation de l'alimentation quotidienne», in *Sociologies de l'alimentation*, Paris, PUF, p. 95-128.
- PRADIER F., 1998, *Évolutions depuis 1993 des pratiques de l'aide alimentaire fournie par les associations en France*, FFBA.
- RÉGNIER F., 2003, *Obésité en France et aux États-Unis 1970-2000 : différences et invariants spatio-temporels*, document de travail Inra-Corela.
- RICHES G., 1997, *First World Hunger*, Macmillan Press.
- ROLLAND-CACHERA M.-F., BELLISLE F., 1986, «No correlation between adiposity and food intake: why are working class children fatter?», *American Journal of Clinical Nutrition*, 44, p. 779-87.
- ROOS G., JOHANSSON L., KASMEL A., KLUMBIENÉ J., PRATTALA R., 2000, «Disparities in vegetable and fruit consumption: European cases from the North to the South», *Public Health Nutrition*, n° 4, p. 35-43.
- ROSS C., WU C.L., 1995, «The links between education and health», *American Sociological Review* 60, n° 5, p. 719-45.
- ROTILY M., MICHAUD C., BAUDIER F., 1994, «Nutrition et populations défavorisées urbaines», *Santé publique*, n° 2, p. 165-75.
- ROUX C., LE COUEDIC P., DURAND-GASSELIN S., LUQUET F.-M., 2000, «Consumption patterns and food attitudes of a sample of 657 low-income people in France», *Food Policy* 25, p. 91-103.
- ROUX C., LE COUEDIC P., DURAND-GASSELIN S., LUQUET F.-M., 1999, «Attitudes et comportements alimentaires de populations à faibles revenus», *Cahiers de Nutrition et de Diététique*, n° 34, p. 378-82.

- SALEM G., RICAN S., KÜRZINGER M.-L., 2000, «Géographie d'une crise française», in *La Recherche, Obésité, l'épidémie*, n° 330, p. 31-6.
- SANCHEZ-VILLEGAS A., DELGADO-RODRIGUEZ M., MARTINEZ-GONZALEZ M.A., IRALA-ESTEVEZ J., 2003, «Gender, age, socio-demographic and lifestyle factors associated with major dietary patterns in the Spanish Project Sun Seguimiento Universidad de Navarra», *European Journal of Clinical Nutrition*, n° 57, p. 285-92.
- SAUREL C.M., 1985, «Situation des femmes nées en Afrique noire ayant accouché en France en 1981 : surveillance prénatale, accouchement et santé de l'enfant à la naissance», *Migrations Santé*, n° 44, p. 20-3.
- SCALI J., RICHARD A., GERBER M., 2001, «Diet profiles in a population sample from Mediterranean southern France», *Public Health Nutrition*, n° 4, p. 173-82.
- SCAMBLER G., HIGGS P., 1999, «Stratification, class and health: class relations and health inequalities in high modernity», *Sociology* 33, n° 2, p. 275-96.
- SCHWARTZ O., 1990, *Le Monde privé des ouvriers*, Paris, PUF.
- SECRETARIAT D'ÉTAT À LA LUTTE CONTRE LA PRÉCARITÉ ET L'EXCLUSION, 2003, «Calendrier», *Tous à table et Guide d'accompagnement destiné aux bénévoles et aux professionnels des structures d'aide alimentaire*, Programme alimentation et insertion.
- SEN A., 1984, *Ressources Values and Development*, Harvard University Press, 547 p.
- SOBAL J., MAURER D. (éd.), 1999, *Interpreting Weight. The Social Management of Fatness and Thinness*, New York, De Gruyter Aldine.
- SOBAL J., RAUSCHENBACH B., FRONGILLO E., 1995, «Obesity and marital quality: analysis of weight, marital unhappiness and marital problems in a US national sample», *Journal of Family Issues*, n° 16/6, p. 746-64.
- SOBAL J., STUNKARD A., 1989, «Socioeconomic status and obesity: a review of the literature», *Psychological Bulletin* 105, n° 2, p. 260-75.
- SOBAL J., TROIANO R.P., FRONGILLO E.A., 1996, «Rural-urban differences in obesity», *Rural Sociology*, n° 61/2, p. 289-305.
- SOFRES, 2003, Étude Obépi 2003, Institut Roche de l'obésité, Inserm.
- SOFRES, 2000, Étude Obépi 2000, Institut Roche de l'obésité, Inserm.
- SOFRES, 1997, Étude Obépi 1997, Institut Roche de l'obésité, Inserm.
- STITT S., O'CONNEL C., GRANT D., 1995, «Old, poor and malnourished», *Nutrition Health*, n° 10, p. 134-5.
- TABONE M.D., VINCELET C., 2000, «Précarité et santé en pédiatrie : expérience du Centre de bilans de santé de l'enfant de Paris», *Archives de Pédiatrie*, n° 7, p. 1274-83.
- TERAN L., BELKIC K., JOHNSON C.A., 2002, «An exploration of psychosocial determinants of obesity among Hispanic women», *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, n° 24/1, p. 92-103.
- TRICHOPOULOU A., NASKA A., COSTACOU T., 2002, «Disparities in food habits across Europe», *Proceedings of the Nutrition Society*, n° 61, p. 553-8.
- VICKERY C., 1977, «The time-poor: a new look at poverty», *Journal of Human Resources*, n° 12, p. 27-48.
- VIOLETTE C., 1998, «On ne parle pas la bouche pleine... : les jeunes des soupes populaires», *Agora*, n° 14, p. 99-114.
- VIOLETTE-BAJARD C., 2000, *Visages de la pauvreté : don alimentaire et précarité urbaine*, Lyon, Chronique sociale, 218 p.

- WANNER P., KHLAT M. et BOUCHARDY C., 1995, «Habitudes de vie et comportements en matière de santé des immigrés de l'Europe du Sud et du Maghreb en France», *Revue d'épidémiologie et de Santé publique*, n° 43, p. 548-59.
- WHO, 2004, «Global strategy on diet, physical activity and health», *World Health Organization*, available at <http://www.who.int>.
- WILLIAMS D., COLLINS C., 1995, «US socioeconomic and racial differences in health: patterns and explanations», *Annual Review of Sociology*, n° 21, p. 349-86.
- WRESINSKI J., 1987, Paris, *Journal officiel*, 103 p.