

Poids et régimes alimentaires en Europe

*Thibaut de SAINT POL**

* Observatoire sociologique du changement, Sciences Po Paris, 27 rue Saint-Guillaume,
75337 Paris cedex 7, France
e-mail : thibaut.desaintpol@free.fr

Résumé – Dans le cadre d'une augmentation de la corpulence moyenne en Europe et d'une multiplication des discours sur le poids et son contrôle, l'étude des régimes alimentaires est essentielle pour comprendre aussi bien le rapport que les individus entretiennent à leur poids que les enjeux des politiques publiques mises en œuvre. Cet article propose d'étudier les régimes alimentaires en Europe pour voir si aux différences de corpulences entre pays européens correspondent différentes pratiques liées à l'alimentation et aux régimes. Notre étude fait apparaître que la France occupe une situation très particulière, en raison notamment de la faiblesse de la norme de poids idéal, et que le genre est une dimension essentielle, mais pourtant souvent négligée, du rapport au poids en Europe. Le sous-poids apparaît ainsi, à l'instar du surpoids pour les femmes, une situation très dévalorisée pour les hommes qui cherchent plus souvent qu'elles à gagner du poids.

Mots-clés : régime, alimentation, Europe, poids, genre

Weight and diet in Europe

Summary – In the context of increasing in average body mass in Europe and of the proliferation of discourse on weight and on its control, studying diet is essential to understand both the relationship of individuals to their weight and the stakes of current public policies. This article aims to study diets in Europe to see if the differences in weight across Europe are linked to differences in eating and in diets. Our study shows that France occupies a very special position because of the weakness of the standard of ideal weight and that gender is an essential, but often overlooked dimension of weight in Europe. Underweight appears a very devalued situation for men, like the overweight for women. Men try to gain weight more often than women.

Keywords: diet, food, Europe, weight, gender

Classification JEL : I10, I19, Z13

1. Introduction

L'augmentation de l'obésité en France depuis 1981 est frappante, tout comme l'accroissement des inégalités qui l'accompagne (de Saint Pol, 2008a). L'obésité est désormais la pathologie nutritionnelle la plus fréquente en France et sa progression épidémiologique y suit une tendance comparable à celle des Etats-Unis, il y a trente ans (Basdevant, 2001). D'autant que l'évolution de la prévalence chez les enfants est également préoccupante (de Peretti et Castet-Bon, 2004). L'obésité est ainsi devenue au cours de la dernière décennie un enjeu de santé publique majeur, mais pas seulement en France. Sa progression rapide dans un certain nombre de pays a en effet marqué les esprits. Les Américains sont ainsi passés au cours du XX^e siècle de l'état de peuple le plus grand du monde à celui d'un des peuples les plus gros (Komlos et Baur, 2004). L'ensemble des pays européens est également touché (de Saint Pol, 2008b).

Deux paradoxes caractérisent toutefois la situation actuelle. On ne peut d'abord que s'étonner de la brutale prise de poids qui touche les sociétés européennes alors que la pression poussant à la minceur semble ne jamais y avoir été aussi importante. Le corps idéal le plus largement partagé est indéniablement fin et dénué d'excès de graisse. Les individus devraient ainsi plutôt désirer être minces et deviennent pourtant en moyenne plus gros. Ensuite, il est difficile d'expliquer la persistance de l'obésité qui ne cesse de croître alors que la diffusion auprès du public de ses dangers pour la santé est toujours plus grande. Jamais de tels moyens n'ont été mis en œuvre dans la lutte contre la prise de poids. Le phénomène de l'augmentation du poids moyen dans les pays occidentaux apparaît comme un train lancé à pleine vitesse et impossible à arrêter malgré tous les freins mobilisés (Swinburn et Egger, 2004). Les politiques publiques s'avèrent pour l'instant incapables de lutter contre le développement de cette maladie.

C'est dans cette perspective que l'étude des régimes alimentaires prend tout son sens. Les discours des campagnes de prévention de l'obésité mettent généralement l'accent sur le rapport entre les calories ingérées et les dépenses physiques, stigmatisant l'alimentation de ceux qui prennent du poids. Etudier les régimes alimentaires est également un moyen d'interroger le rapport à la norme des individus et notamment d'éclairer de possibles divergences, ou convergences, entre groupes sociaux. Alors que la plupart des recherches actuelles sont plutôt centrées sur la question de la surcharge pondérale, il est nécessaire de ne pas limiter l'étude du rapport à la corpulence au surpoids et à l'obésité. Le sous-poids est en effet une question négligée par les sciences sociales et souvent limitée à l'étude de l'anorexie qui, si elle est évidemment très intéressante (Darmon, 2003), la limite plutôt à des femmes souvent très jeunes. Or il s'agit d'une question bien plus large, qui interroge aussi le rapport des hommes aux normes de corpulence.

Toutefois, peu de données permettent d'adopter une approche quantitative des pratiques de régime alimentaire dans un cadre européen. En effet, pour pouvoir comparer ces pratiques d'un pays à l'autre de manière rigoureuse, il est nécessaire de disposer d'un protocole d'enquête harmonisé et de questions similaires. C'est pourquoi il n'existe à notre connaissance aucune étude de ce type à ce jour. La réalisation de deux Eurobaromètres en 1996 et 2003 (*cf.* encadré 1) permet de disposer de telles données et d'étudier avec rigueur les pratiques de régime alimentaire en Europe.

Encadré 1.

Les Eurobaromètres 44.3 et 59.0

Les Eurobaromètres utilisés pour cette étude sont issus d'une série qui remonte au début des années 1970, lorsque la Commission européenne décida de financer des enquêtes simultanées dans les pays membres pour mesurer le rapport des Européens au Marché commun et aux institutions européennes. La première enquête eut lieu à l'été 1971, mais c'est en 1974 que fut réellement lancée la série des Eurobaromètres, avec pour but de fournir des informations régulières sur les attitudes politiques et sociales des habitants des pays membres. Les Eurobaromètres sont ainsi menés au printemps et à l'automne de chaque année, explorant des thèmes de plus en plus variés.

L'Eurobaromètre 44.3 s'intéresse plus particulièrement aux problèmes de santé, aux informations sur la législation de protection du consommateur, les prestations de l'assurance maladie et les attitudes envers la police. Il comporte en particulier des informations sur les pratiques de régime et fournit la taille et le poids du répondant. Les données ont été recueillies entre le 27 février et le 3 avril 1996 par l'INRA (EUROPE), un réseau européen d'agences d'études de marché et d'opinion publique¹, à la demande de la Commission européenne. Pour cette enquête, 16 235 citoyens des 15 pays membres de l'Union ont été interrogés, âgés de 15 ans et plus et résidant dans un des Etats-membres.

Les données de l'Eurobaromètre 59.0 ont été recueillies entre le 18 mars et le 30 avril 2003, par l'*European Opinion Research Group* à la demande de la Commission européenne, avec un échantillon de 16 307 personnes. Il porte sur les attitudes par rapport aux politiques européennes et l'élargissement, les problèmes de santé et la sécurité des enfants et dispose en particulier de questions sur les pratiques alimentaires des Européens et de la taille et du poids des enquêtés.

Le principe d'échantillonnage appliqué dans tous les Etats-membres est une sélection aléatoire (probabiliste) à phases multiples : dans chaque pays, divers points de chute sont tirés avec une probabilité proportionnelle à la taille de la population (afin de couvrir la totalité du pays) et à la densité de la population. Ces points de chute sont tirés systématiquement dans chacune des unités régionales administratives, après avoir été stratifiés par unité individuelle et par type de région. Ils représentent ainsi l'ensemble du territoire des Etats-membres, selon les Eurostat-Nuts II et selon la distribution de la population résidente nationale en termes de régions métropolitaines, urbaines et rurales. Dans chacun des points de chute sélectionnés, une adresse de départ est tirée de manière aléatoire. D'autres adresses (chaque Nième adresse) sont ensuite sélectionnées par des procédures de « *random route* » à partir de l'adresse initiale. Dans chaque ménage, le répondant est tiré aléatoirement. Toutes les interviews sont réalisées en face-à-face chez les répondants et dans la langue nationale appropriée.

¹ Ce réseau a les mêmes initiales, mais n'a aucun rapport avec l'Institut national de recherche agronomique français.

Encadré 1 (*suite*)

Dans chaque pays, l'échantillon a été comparé à la population réelle. La description de cette dernière se fonde sur les données de population publiées par Eurostat. Pour tous les États-membres, une procédure de pondération nationale a été réalisée (utilisant des pondérations marginales et croisées), sur la base de cette description. Dans tous les pays, au moins le sexe, l'âge, les régions Nuts II et la taille de l'agglomération ont été utilisés pour cela. La pondération internationale (qui sert à calculer les moyennes européennes) a été construite à partir des chiffres officiels de population publiés par Eurostat ou par les instituts nationaux de statistique. Ces données sont disponibles auprès du Centre de données socio-politiques (CDSP ; <http://cdsp.sciences-po.fr/>), qui les diffuse à tout chercheur qui en fait la demande.

Par suivre un régime alimentaire, nous entendons le fait d'exercer une surveillance particulière de son alimentation. Cette dénomination ne renvoie donc pas forcément à une volonté de perdre du poids, cas pour lequel nous parlerons de « régime amaigrissant ». Le régime peut aussi signifier une volonté de se maintenir en bonne santé ou résulter d'une prescription médicale suite à un problème de santé. Il constitue toutefois un indicateur précieux de l'intérêt porté à l'alimentation. On observe ainsi que 24 % des femmes en Europe suivaient un régime alimentaire en 1996, contre 13 % des hommes. Si les femmes sont nettement plus nombreuses, la part des hommes concernés est loin d'être négligeable. En est-il de même partout en Europe ? Et que peuvent nous apprendre ces différences de pratiques sur le rapport aux normes de corpulence dans les pays européens ?

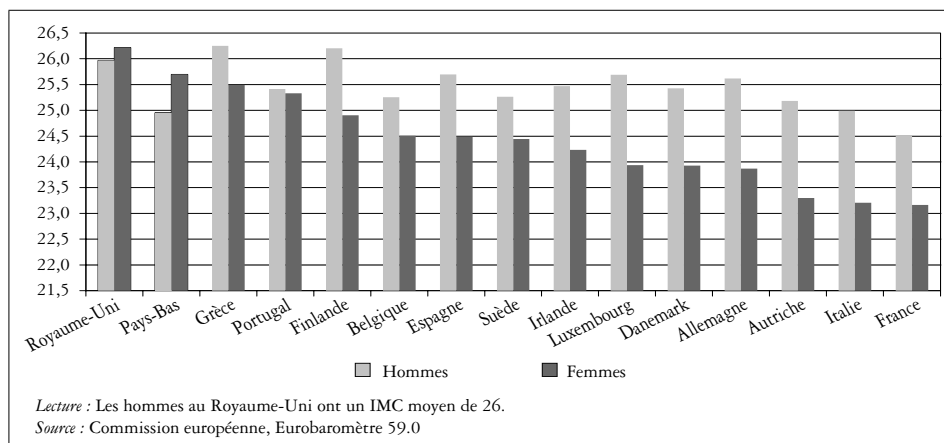
Pour tenter de répondre à ces questions, nous présenterons d'abord rapidement les variations de corpulence moyenne en Europe, avant d'analyser précisément les pratiques de régimes, notamment amaigrissants. Nous prêterons une attention plus particulière aux sources du régime, au lien avec la corpulence et à ce que changent les Européens dans leur alimentation. Nous nous interrogerons enfin sur la question du rapport à la norme et le rôle du contexte national dans le jugement de son poids.

2. La corpulence moyenne en Europe

Il existe d'importants écarts en termes de corpulence d'un pays de l'Europe à l'autre¹ (*cf.* graphique 1). Au faible indice de masse corporelle (IMC) français ou italien s'oppose celui du Royaume-Uni ou de la Grèce (*cf.* encadré 2). Mais aucune véritable logique géographique n'apparaît, comme c'est le cas pour les tailles moyennes qui s'ordonnent des plus grandes aux plus petites lorsqu'on considère les pays européens du Nord vers le Sud. Les pays où la corpulence moyenne est la plus élevée se situent un peu partout en Europe.

¹ L'Europe est comprise dans ce travail comme l'ensemble des quinze pays membres de l'Union européenne en 2003.

Graphique 1. Corpulences moyennes en Europe selon le sexe



Encadré 2.

L'indice de masse corporelle et la mesure de la corpulence

L'IMC mesure la corpulence et se calcule en effectuant le rapport du poids (en kg) sur le carré de la taille (en m). En effet, il est nécessaire pour comparer des poids de prendre en compte la taille des individus. L'organisation mondiale de la santé (OMS) a défini les seuils suivants, applicables aux individus de plus de 18 ans et de préférence de moins de 65 ans :

- IMC < 18,5 : sous-poids
- 18,5 ≤ IMC < 25 : poids normal
- 25 ≤ IMC < 30 : surpoids
- IMC ≥ 30 : obésité

Les classes construites par l'OMS et les seuils correspondants traduisent des niveaux de risque pour la santé associés à des valeurs de l'IMC. Ils ne constituent en aucun cas un jugement esthétique sur ces états de corpulence. Pour une analyse plus précise des limites et des problèmes posés par ces seuils, le lecteur pourra se reporter à de Saint Pol (2007).

Ces écarts s'observent aussi bien pour les hommes que pour les femmes, même s'ils sont plus importants chez ces dernières. Les pays où la corpulence des femmes est la plus faible correspondent ainsi à des pays où la différence entre la corpulence des hommes et celle des femmes est la plus grande, comme en France. L'écart de corpulence entre hommes et femmes semble ainsi se creuser plutôt du côté de la corpulence des femmes. Cette situation est un signe de la valorisation de la minceur chez les femmes et de la pression plus forte exercée dans certains pays sur leur corps. La faiblesse de l'IMC en France et en Italie peut ainsi renvoyer à l'existence d'une norme plus forte qui pousse au contrôle de son poids et, par conséquent, de son alimentation.

Il existe de par ailleurs de fortes inégalités entre milieux sociaux (Sobal et Stunkard, 1989 ; Villar et Quintana-Domeque, 2009), qui sont beaucoup plus fortes pour les femmes (de Saint Pol, 2006).

3. Les pratiques de régime alimentaire en Europe

3.1. Changer son alimentation

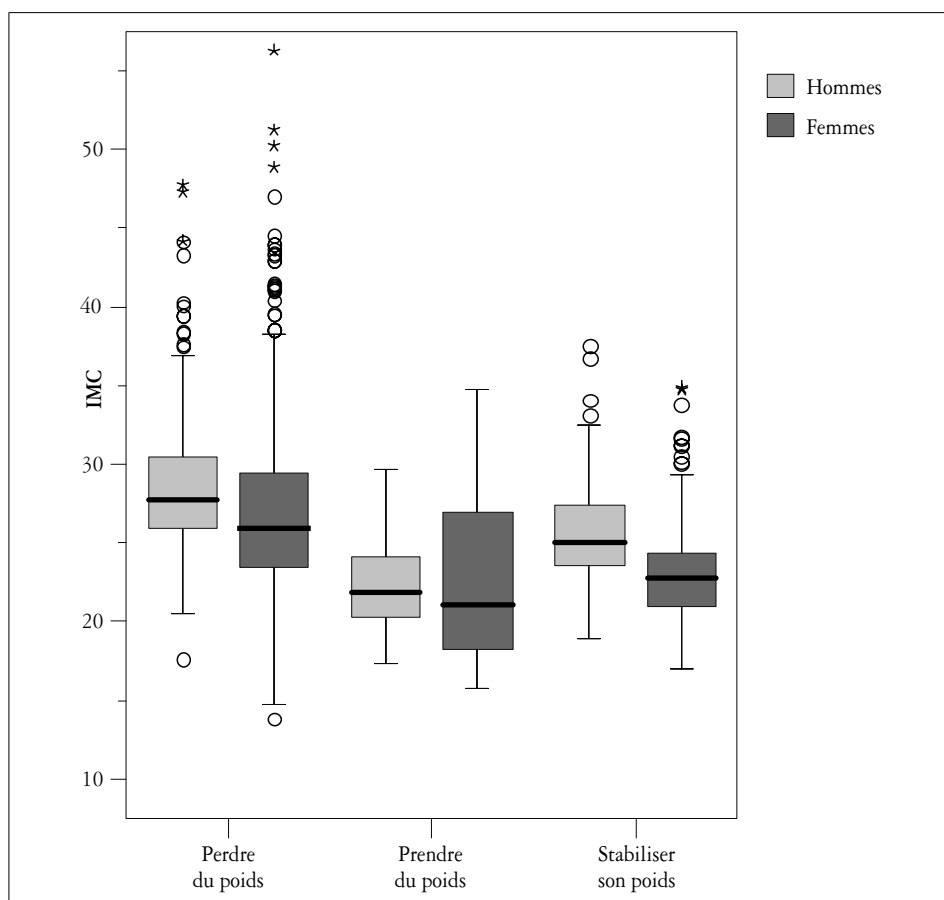
Suivre un régime alimentaire est loin d'être une pratique majoritaire en Europe. Deux tiers des Européens déclarent en effet ne pas avoir effectué de changement dans ce qu'ils mangent ou boivent au cours des trois dernières années. Toutefois, dans le même temps, un individu sur dix a modifié son alimentation dans le but de perdre du poids. Les femmes sont plus nombreuses que les hommes à avoir changé leur régime alimentaire au cours des trois dernières années (35 contre 25 %). La finalité de ce changement est également différente : 13 % des femmes déclarent avoir changé leur alimentation dans le but de maigrir, ce qui représente plus d'un tiers des changements alimentaires durant cette période. Elles sont ainsi deux fois plus nombreuses que les hommes (6 %) à avoir effectué ce changement dans leur alimentation pour maigrir. A l'inverse, les hommes sont plus nombreux, même si les effectifs restent faibles (2,9 % de ceux qui ont modifié leur alimentation), à avoir changé leur alimentation pour prendre du poids, signe du rapport particulier des hommes au sous-poids.

Une étude américaine trouvait une tendance similaire (Middleman *et al.*, 1998) : 61 % des femmes et 21 % des hommes de leur échantillon cherchaient à perdre du poids tandis que 7 % des femmes et 36 % des hommes tentaient d'en gagner. Ces résultats américains sont plus élevés que ceux que nous trouvons pour l'Europe, mais la différence tient surtout à l'âge de l'échantillon d'Amy Middleman et de ses collègues, qui était constitué de 3 055 étudiants et était donc très jeune (16 ans en moyenne). En outre, l'Eurobaromètre n'interroge pas une simple volonté de perdre ou prendre du poids, mais un réel changement effectué dans son alimentation. Mais cette divergence entre hommes et femmes est une tendance forte.

Toutefois, les changements alimentaires ne visent pas qu'à perdre du poids ou à en gagner. Ainsi 5 % des modifications alimentaires résultaient d'une volonté de stabiliser son poids. Mais, on trouve également une préoccupation plus large relative à la santé (37 % des changements pour les hommes et 32 % pour les femmes) : 9 % des hommes et 11 % des femmes ont ainsi modifié leur alimentation au cours des trois dernières années « pour rester en bonne santé », ce qui peut représenter une volonté d'intervenir sur son poids, dans la mesure où le poids est un indicateur de bonne santé, mais peut aussi consister à limiter certains aliments ou boissons, comme par exemple les boissons alcoolisées ou le sucre.

Ces désirs de perdre ou de prendre du poids sont bien sûr à relier à la corpulence des individus concernés. La corpulence des femmes qui ont changé leur alimentation pour maigrir est plus diverse que celle des hommes. Le graphique 2 présente une distribution plus étalée pour les premières que pour les seconds. La médiane est plus faible : les femmes qui souhaitent maigrir ont une corpulence plus faible que les

Graphique 2. Distribution de l'IMC selon le sexe en fonction du but du changement alimentaire



Source : Commission européenne, Eurobaromètre 59.0.

hommes. Les valeurs extrêmes dans la population féminine sont par ailleurs en plus grand nombre, ce qui signifie qu'il y a plus de femmes à la corpulence élevée qui suivent un régime pour maigrir. Mais, il existe également des femmes à l'IMC très faible au sens médical – notamment pour toutes les valeurs inférieures à 18,5 – qui continuent à chercher à réduire leur poids en mangeant différemment. Ce résultat montre bien l'existence de pressions différentes exercées en Europe sur la corpulence des femmes et celle des hommes.

L'étalement des valeurs de l'IMC pour la population féminine par rapport à la population masculine est encore plus fort pour les individus qui font un régime pour grossir. Mais l'effectif de ce groupe est faible. De même, pour les individus qui font un régime pour maintenir leur poids constant, la médiane d'IMC féminine est inférieure à celle des hommes. Mais, nous raisonnons ici sur des moyennes européennes qui voilent les différences nationales. Or les situations sont très différentes selon les pays.

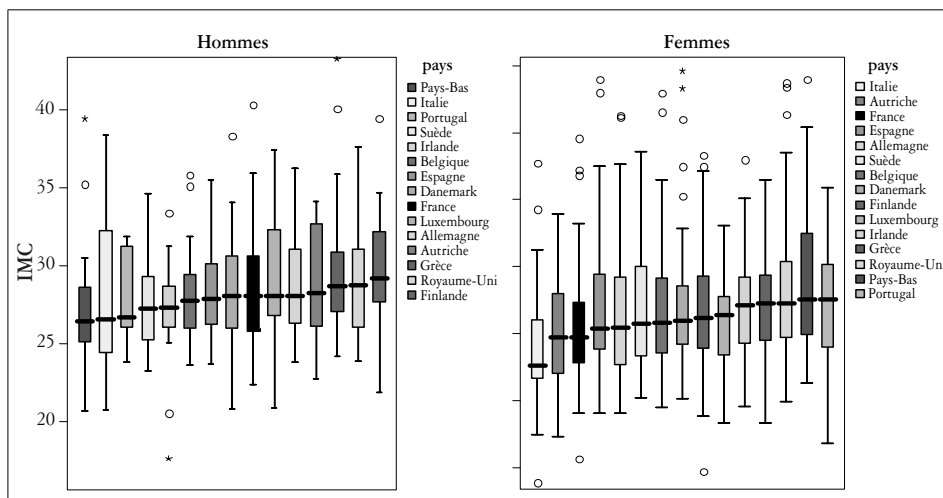
3.2. Modifier son alimentation pour perdre du poids

Le graphique 3 présente par pays la distribution de l'IMC des hommes et des femmes qui ont changé leur alimentation pour maigrir. Les pays sont classés en fonction de la valeur de la médiane. Si on se concentre tout d'abord sur la seule population masculine, on observe que la distribution est étalée pour certains pays comme l'Italie et très resserrée pour d'autres comme l'Irlande. Cet étalement de la distribution signifie qu'en Italie la préoccupation de poids concerne des individus aux IMC plus divers qu'en Irlande. Pour l'Italie par exemple, la borne supérieure s'étale vers des valeurs plus élevées et la distribution est plus asymétrique par rapport à la médiane que pour l'Irlande. Cela signifie que la diversité des corpulences de ceux qui ont modifié leur alimentation pour maigrir est plus forte en Italie pour les hommes.

La distribution dans la population féminine est plus homogène d'un pays à l'autre. L'Italie a cette fois une distribution plus étroite, inférieure à celle des autres pays. Si, pour les hommes, on observe que des individus à l'IMC très faible ont modifié leur alimentation pour perdre du poids, notamment au Pays-Bas, en Italie, au Danemark et au Luxembourg, cette situation semble encore plus commune chez les femmes. La distribution des IMC dans la population féminine prend des valeurs plus faibles. Toutefois, pour bien comprendre ces résultats, il est nécessaire de garder en tête la distribution de corpulence propre à la population de chaque pays.

Ainsi le fait que la médiane française pour les hommes ait une valeur moyenne par rapport aux autres pays montre que la pression exercée sur la corpulence des hommes y est moins forte qu'aux Pays-Bas ou en Italie. Dans ce pays où la corpulence est faible,

Graphique 3. Distribution de l'IMC des individus qui ont changé leur alimentation pour maigrir, selon le pays



Note : l'ordre de lecture de la légende (haut en bas) correspond à l'ordre des graphiques de gauche à droite.
 Source : Commission européenne, Eurobaromètre 59.0

la distribution moyenne des hommes qui ont modifié leur alimentation pour maigrir est étalée et elle prend même des valeurs plus élevées que les Danois, pourtant plus corpulents en moyenne, dans la même situation.

A l'inverse, les IMC des Françaises qui ont changé leur alimentation afin de perdre du poids sont faibles. Si la pression exercée sur la corpulence des femmes est encore plus importante en Italie, elle paraît également forte en France. La distribution française prend des valeurs très basses, comme celles de la distribution portugaise. Pour d'autres pays, en particulier, les Pays-Bas, elles prennent des valeurs beaucoup plus élevées, signe que ceux qui entreprennent des régimes sont de corpulence plus élevée et que donc la pression sur les corpulences les plus faibles est moins importante.

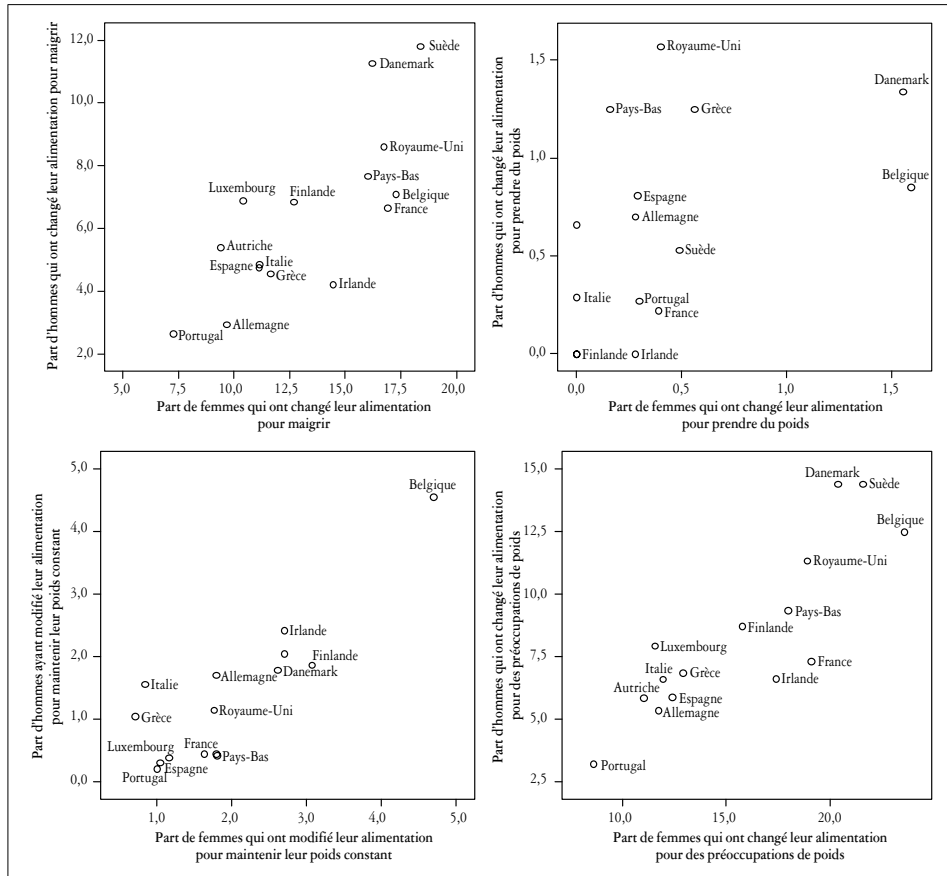
Si on complète cette analyse par l'observation des effectifs nationaux (*cf.* graphique 4 en haut à gauche), il apparaît que la proportion de femmes qui ont modifié leur alimentation pour perdre du poids est partout supérieure, et même souvent très supérieure, à celle des hommes. Toutefois les Portugais, hommes comme femmes, modifient peu leur alimentation pour maigrir. C'est aussi le cas des Allemands. En revanche, c'est une pratique plus répandue en Suède et au Danemark. Il semble que la part d'individus qui modifient leur alimentation pour perdre du poids soit plus élevée dans les pays nordiques et plus faible dans les pays du Sud de l'Europe. La France se caractérise par une part assez importante de femmes qui ont modifié leur alimentation pour maigrir, tandis que cette proportion est faible chez les hommes. Cette situation va dans le même sens que les conclusions auxquelles nous avait conduit l'étude de la distribution de l'IMC de ces individus. Il semble que la France se caractérise par une forte pression exercée sur la corpulence des femmes, et une pression un peu moins forte sur celle des hommes.

3.3. Modifier son alimentation pour augmenter ou maintenir son poids

Toutefois, comme nous l'avons vu, modifier son alimentation peut également viser à prendre du poids ou à le maintenir constant. Les individus qui déclarent avoir changé ce qu'ils mangent pour l'un de ces buts sont cependant moins nombreux.

Le Royaume-Uni, le Danemark, les Pays-Bas et la Grèce se distinguent par la proportion élevée d'hommes qui ont modifié leur alimentation pour prendre du poids. De même pour les femmes danoises et belges. Ce taux plus important d'individus souhaitant prendre du poids peut être lu comme un indice de la dévalorisation des corpulences trop faibles dans ces pays. La France présente au contraire des proportions faibles pour les hommes comme les femmes. La Belgique se distingue particulièrement des autres pays européens par l'importance des individus qui ont modifié leur alimentation pour maintenir constant leur poids. Aussi bien pour les hommes que pour les femmes, près de 5 % de la population a modifié son alimentation dans ce but. Si l'on compare ce pourcentage aux 8 % d'hommes et aux 17 % de femmes qui l'ont fait pour maigrir, ce résultat marque l'importance dans ce pays de cette préoccupation un peu particulière puisqu'il ne s'agit pas tant de perdre du poids au travers de ce qu'on mange que de ne pas en prendre.

Graphique 4. Part d'hommes par rapport à celle de femmes ayant modifié ce qu'ils mangent ou boivent au cours des trois dernières années selon le pays (%)



Source : Commission européenne, Eurobaromètre 59.0

Si on s'intéresse à l'ensemble des individus qui ont modifié leur alimentation pour des raisons relatives au poids (*cf.* graphique 4 en bas à droite), qu'il s'agisse de le diminuer, l'augmenter ou de le maintenir à son état, on retrouve l'importance des préoccupations pondérales au Danemark, en Suède et en Belgique. Ces trois pays correspondent à trois situations moyennes du point de vue de la corpulence et ne figurent en aucun cas parmi les pays à la corpulence moyenne la plus élevée. Cette attention portée au poids ne vient donc pas d'une corpulence plus élevée.

A l'autre extrême, on retrouve le Portugal, pays avec une corpulence moyenne pourtant élevée pour les femmes, qui se caractérise par un faible recours à l'alimentation pour intervenir sur le poids. Par ailleurs, les résultats nationaux masculins et féminins pour l'ensemble des pays semblent corrélés puisqu'ils s'ordonnent sur une droite. On dispose ainsi en quelque sorte d'une échelle de la préoccupation pondérale au travers de l'alimentation. La France y occupe une situation moyenne avec 19 % des femmes et 7 % des hommes qui ont changé ce qu'ils mangent au cours des trois

dernières années pour des préoccupations de poids. Cette dénomination mélange actions sur le sous-poids et sur la surcharge pondérale, ce qui explique sans doute la position moyenne sur cet axe de la France, qui apparaît plutôt caractérisée par une forte dévalorisation de la surcharge pondérale et pas du tout du sous-poids. Il convient ainsi de prolonger notre analyse par la prise en compte des sources du régime et notamment du lien avec la corpulence de la personne qui suit un régime.

4. Les sources du régime alimentaire

4.1. Les sources déclarées

Qu'est-ce qui pousse à suivre un régime alimentaire ? Dans 64 % des cas², les régimes sont entrepris suite à une décision personnelle, signe de la sortie de ces pratiques du champ strictement médical et que ces régimes relèvent sans doute pour une part non négligeable de préoccupations esthétiques. Seuls 27 % des régimes ont été proposés par un médecin, même si une part des régimes entrepris suite à une décision personnelle vient sans doute également d'une préoccupation de santé. Seuls 2 % des régimes ont été directement proposés par les médias, d'après les déclarations des enquêtés, mais le rôle de ces derniers est plus important, notamment au niveau de la constitution de standards esthétiques de référence, et intervient sans doute de manière beaucoup plus large dans les motivations personnelles³.

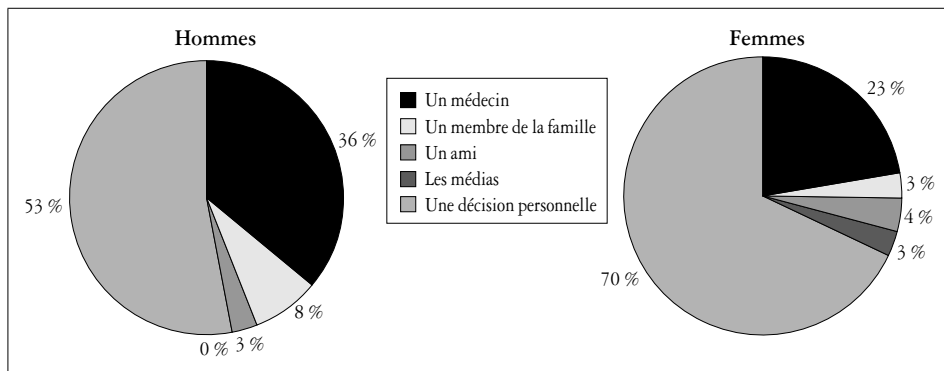
Les sources du régime sont en effet assez différentes selon le sexe (*cf.* graphique 5). Le rôle du médecin est beaucoup plus important chez les hommes que chez les femmes. En outre, le régime a été plus souvent proposé par un membre de la famille pour les hommes (8 % contre 3 %), sans doute son conjoint lorsqu'il ne vit pas seul. En revanche, les amis jouent un peu moins et les médias presque pas. Le rôle des médias est un peu plus fort pour les femmes. Mais le régime provient pour elles dans 70 % des cas d'une décision personnelle, ce qui amène à faire l'hypothèse d'un régime qui proviendrait plutôt de motivations de santé pour les hommes et de motivations plus souvent esthétiques chez les femmes.

Que signifie toutefois l'expression « décision personnelle » ? Le fait que la majorité des individus déclarent avoir décidé « personnellement » d'entamer un régime ne signifie en aucun cas que la famille, les amis ou les médias n'ont joué aucun rôle dans cette décision. Bien au contraire, cette décision a été prise dans un cadre dans lequel ces autres acteurs interviennent et peuvent peser sur cette décision. Cependant le choix d'entreprendre un régime est revendiqué comme une décision individuelle. Parce qu'elle engage l'individu dans ce qu'elle a de contraignant, cette décision est vécue comme « personnelle ».

² Des réponses multiples étant possibles, le total dépasse légèrement 100 %. Mais seuls 2 % des régimes ont été attribués à plusieurs sources.

³ Sur la question des prescripteurs de régimes, en particulier la référence aux médecins ou aux médias, se reporter à l'article de Faustine Régnier et Ana Masullo de ce même numéro, partie 2, « Les parcours du régime : prescripteurs, vecteurs et relais ».

Graphique 5. Source déclarée du régime selon le sexe



Source : Commission européenne, Eurobaromètre 44.3

Ces différences évoluent toutefois avec l'âge : l'influence du médecin augmente très nettement au fil des années. A l'inverse, le rôle des amis est d'autant plus important que l'individu est jeune, comme la part de décision personnelle. On peut ainsi supposer que les régimes entamés pour des raisons esthétiques sont plutôt le fait des plus jeunes, tandis que les motivations de santé, en particulier quand un médecin intervient directement dans cette décision, deviennent de plus en plus importantes avec l'âge. On ne doit toutefois pas oublier que la corpulence augmente avec l'âge et évidemment ne pas négliger les liens entre corpulence et régime.

4.2. Régime et corpulence

Plus la corpulence est élevée, plus le taux de régime alimentaire est élevé (cf. tableau 1), résultat qui nous encourage à penser que les régimes dont il est ici question sont pour une part importante des régimes amaigrissants. En outre, quelles que soient leurs classes de corpulence, les femmes sont plus nombreuses à suivre un régime alimentaire que les hommes. On observe un taux de régime non négligeable chez les personnes en sous-poids au sens médical. Il peut s'agir de prendre du poids ou simplement de rester en bonne santé, voire même de suivre une prescription médicale suite à un problème de santé. On peut penser qu'une part de ces personnes en sous-poids selon les critères médicaux continuent à chercher à perdre du poids. La part des individus en sous-poids

Tableau 1. Part des individus qui ont suivi un régime au cours des 12 derniers mois en fonction de leur classe de corpulence (en %)

	Hommes	Femmes
Sous-poids	7,9	11,6
« Normal »	8,1	18,7
Surpoids	16,2	35,0
Obésité	28,4	44,6

Source : Commission européenne, Eurobaromètre 44.3

non satisfaits de leur corpulence est en effet importante. Toutefois, cette insatisfaction ne vient pas forcément de la perception de leur insuffisance pondérale, mais est l'expression de la volonté de maigrir encore plus.

Comme on pouvait s'y attendre, plus l'insatisfaction pondérale est grande, plus le taux de régime est important. Ainsi 50 % des femmes et 33 % des hommes se déclarant « pas du tout satisfaits de leur poids » ont suivi un régime au cours des douze derniers mois. On notera également qu'une part des individus « plutôt satisfaits de leur poids » ont suivi un régime (17 % chez les femmes et 10 % chez les hommes) et que c'est même le cas pour ceux se déclarant « tout à fait satisfaits » (9 % et 7 %).

Si, pour les hommes comme pour les femmes, plus l'individu est âgé, plus il est fréquent que le régime ait été proposé par un médecin, l'influence de la famille augmente avec la corpulence et le rôle des amis diminue. Famille et amis jouent donc un rôle différent dans la pression exercée sur la corpulence, et ce quel que soit le sexe. La famille pousse à suivre un régime alimentaire quand la corpulence est véritablement élevée, alors que les amis le font quand elle l'est moins. La part de décisions personnelles comme origine du régime augmente avec la surcharge pondérale chez les hommes et diminue chez les femmes. La décision personnelle de mise au régime dans la population masculine, lorsqu'il vise à perdre du poids, semble donc résulter d'une prise de conscience du niveau élevé de la corpulence, alors qu'elle ne vient pas forcément de cette corpulence élevée pour les femmes. Il convient cependant de rappeler que les régimes étudiés dans cette partie ne visent toutefois pas uniquement à maigrir.

4.3. L'influence du milieu social

De la même manière que les corpulences sont différentes d'un groupe social à l'autre, les pratiques de régime ne sont pas également réparties dans la société. Toutefois, ce ne sont pas les groupes sociaux les plus corpulents qui sont les plus nombreux à suivre un régime alimentaire. Cela apparaît très nettement lorsqu'on s'intéresse à l'occupation actuelle des personnes interrogées. Chez les hommes, les ouvriers qualifiés et les agriculteurs exploitants sont en Europe ceux qui sont les moins nombreux à avoir suivi un régime au cours de l'année précédente, alors que ce sont les plus corpulents en moyenne. Les cadres moyens, contremaîtres et agents de maîtrise sont les professions qui en suivent le plus. Chez les femmes, on retrouve un taux de régime très faible chez les agricultrices en Europe, alors que les femmes cadres supérieures, chefs d'entreprise, commerçantes et artisans en suivent beaucoup plus souvent⁴. Ces résultats témoignent de rapports aux corps différents selon le milieu social⁵. La pression exercée sur la corpulence est sans doute également très différente selon l'usage social et professionnel qui est fait du corps, notamment pour les professions en contact direct avec des clients ou dans lesquels l'apparence joue plus particulièrement (commerçantes, hôtesses...).

⁴ Ces tendances se retrouvent dans l'ensemble des pays européens, mais les catégories professionnelles par sexe n'étant pas parfaitement comparables d'un pays à l'autre, on ne s'intéressera pas aux montants précis de ces écarts dans le cadre de cet article.

⁵ La question de la différenciation des rapports au corps selon le milieu social est également abordée, dans ce même numéro, dans les contributions de Thomas Depecker, d'une part, et de Faustine Régnier et Ana Masullo, d'autre part.

Mais quelle que soit l'occupation considérée, les femmes restent bien plus nombreuses à suivre des régimes que les hommes, signe de la pression plus forte exercée sur leur corpulence.

Le fait de suivre un régime ou de changer son alimentation ne sont toutefois que des indicateurs de comportements beaucoup plus complexes. Les pratiques, comme leurs motivations, peuvent être différentes et les données quantitatives sont bien sûr insuffisantes pour expliquer à elles seules ces phénomènes. Par exemple, lorsqu'une personne change son alimentation, notamment lorsqu'il s'agit de maigrir, elle peut jouer sur les quantités, mais aussi changer la nature même des aliments ingérés. Il s'agit alors de savoir si la différence entre hommes et femmes se retrouve aussi au niveau des changements effectués.

5. Que changent les Européens dans leur alimentation pour maigrir ?

La différence entre hommes et femmes touche en effet jusqu'à la nature même du changement alimentaire effectué pour maigrir⁶. Si les fruits et légumes sont les aliments qui bénéficient en Europe le plus largement de l'image de produits sains (Fischler et Masson, 2008), chercher à maigrir ne signifie pas forcément manger plus sainement et recourir donc plus fréquemment à de tels aliments : diminuer la graisse ingérée, et donc ce qui semble directement lié à la prise de poids, est en effet la première modification évoquée par les hommes comme par les femmes pour perdre du poids⁷ (cf. tableau 2). Ces dernières privilégient ensuite la diminution des calories (71 %) alors que cet item n'arrive qu'en troisième position pour les hommes et rassemble beaucoup moins d'individus (59 %). De manière plus générale, les femmes sont plus nombreuses à privilégier la diminution de la graisse, des calories, ainsi que l'augmentation des fruits et légumes, la diminution de l'eau et du sucre. Au contraire, les hommes sont plus nombreux que les femmes à diminuer l'alcool, élément qui caractérise l'alimentation masculine (pour la France, voir de Saint Pol, 2008c). Aux États-Unis, Amy Middleman et ses collègues trouvaient que les femmes souhaitant modifier leur poids changeaient les quantités ingérées pour divers produits (moins de hamburgers et de frites pour perdre du poids, ou moins de salade verte et plus de frites pour en gagner), tandis que les hommes se contentaient de manger plus ou moins de sucreries (« *cookies, doughnuts, pie or cake* ») selon qu'ils voulaient perdre ou gagner du poids (Middleman *et al.*, 1998). Le rapport des hommes et des femmes à ce qui fait grossir et à la manière de maigrir n'est pas le même.

⁶ Les individus qui ont effectué un changement alimentaire dans le but de perdre du poids constituent un échantillon (10 % environ de la population de l'Eurobaromètre 59.0) suffisamment important pour être étudié seul.

⁷ Il ne s'agit pas ici de facteurs de prise de poids au sens médical, mais des changements opérés par les personnes interrogées, parfois sans véritable fondement scientifique. Plusieurs modifications sont souvent réalisées en même temps (moins de calories, plus de fruits et légumes et moins d'eau, par exemple).

Tableau 2. Principaux changements effectués par ceux qui ont changé leur régime alimentaire pour perdre du poids (en %)

	Hommes	Femmes
Moins de graisse	68,2	73,7
Plus de fruits et légumes	64,8	67,1
Moins de calories	59,1	71,3
Boire moins d'eau	49,9	55,9
Manger moins de sucre	45,5	52,3
Moins d'alcool	28,1	20,4
Moins de sel	26,6	26,9
Moins de viande	22,1	23,3

Source : Commission européenne, Eurobaromètre 59.0.

Les modifications alimentaires varient également fortement selon le milieu social. Si on prend la profession comme indicateur d'appartenance, des différences apparaissent nettement. Les ouvriers non qualifiés sont plus nombreux que les autres à réduire leur consommation de sucre. Les artisans commerçants augmentent leur consommation de fruits et légumes et réduisent plus souvent que les autres la quantité de viande qu'ils mangent. Ils sont, par contre, moins nombreux à réduire leur consommation de graisse. Les employés de bureau et les chefs d'entreprise réduisent quant à eux le nombre de calories. Les chefs d'entreprise sont aussi plus nombreux à réduire leur consommation d'alcool et de viande. Les directeurs et les contremaîtres mangent moins de graisses et plus de fruits et légumes pour maigrir. Les cadres supérieurs sont, par contre, moins nombreux que les autres à manger plus de fruits et légumes et moins d'alcool, peut-être parce que leur marge de manœuvre sur ces produits est moins grande que pour d'autres professions qui consomment moins de fruits et légumes et plus d'alcool. On peut également noter le cas des retraités qui sont plus nombreux à déclarer manger moins de sel. Ces résultats portent sur l'ensemble des pays de l'Eurobaromètre, mais montrent déjà qu'il existe une forte différenciation des pratiques selon les milieux sociaux. Il est toutefois nécessaire de différencier les pays et de voir quelles sont les modifications privilégiées dans chaque pays.

Les changements alimentaires effectués pour maigrir varient en effet selon les pays. Au Danemark, l'éventail des modifications est large. Les Danois pour maigrir mangent moins de graisses, moins de calories, plus de fruits et légumes, moins de sucres et moins d'alcool, mais sont par contre peu nombreux à décider manger moins de sel ou de viande. Dans d'autres pays, une modification est privilégiée sur les autres. C'est le cas de l'ingestion de moins de calories en Italie choisie par 4/5 des individus qui ont changé leur alimentation pour maigrir au cours des trois dernières années.

Les pratiques sont ainsi assez différentes d'un pays à l'autre : manger moins de calories est une solution choisie par peu de Grecs et très peu de Portugais. Manger moins de sucre est peu pratiqué en Allemagne, par contre manger moins de viande l'est plus que dans les autres pays. De même, les Espagnols et les Irlandais sont moins nombreux que leurs voisins à manger moins de graisses pour maigrir. Ces différences

sont évidemment liées aux spécificités de l'alimentation dans chaque pays, même si celles-ci tendent à disparaître. Ainsi, le fait que boire moins d'eau pour maigrir soit une pratique peu fréquente en Grèce peut se comprendre comme une conduite s'intégrant dans les habitudes alimentaires et les représentations de ce pays méditerranéen. La France occupe quant à elle une position moyenne et ne se distingue de ses voisins par aucune sur- ou sous-représentation dans l'une de ces pratiques. Manger moins de graisses est la première modification alimentaire effectuée par ceux qui veulent perdre du poids, devant la réduction du nombre de calories. Les graisses, plus que les sucres, apparaissent bien comme responsables de la prise de poids et sont l'ennemi par excellence d'une alimentation saine dans les sociétés contemporaines devenues « lipophobes » (Fischler, 1990). Le rapport des individus à ce qu'ils ingèrent apparaît essentiel pour comprendre le rapport à leur corps. Le lien entre alimentation et santé devient plus prégnant dès lors que chacun est responsable de son corps et est appelé à devenir son propre médecin. Il s'agit de ne pas manger n'importe quoi en n'importe quelle quantité. Mais les régimes alimentaires ne peuvent être compris sans la prise en compte du jugement porté sur la corpulence.

Tableau 3. Principaux changements effectués par ceux qui ont changé leur alimentation pour perdre du poids selon le pays (en %)

	Moins de graisse	Moins de calories	Plus de fruits et légumes	Manger moins de sucre	Boire moins d'eau	Moins de sel	Moins d'alcool	Moins de viande
Danemark	93	81	89	64	72	16	34	20
Finlande	91	79	75	60	62	44	33	31
Luxembourg	82	65	50	51	53	24	19	30
Suède	82	71	88	59	69	19	20	17
France	77	70	59	56	53	25	25	18
Autriche	75	70	55	49	56	33	32	38
Royaume-Uni	73	63	70	53	54	31	30	17
Allemagne	72	65	73	39	53	23	11	43
Italie	71	81	73	51	57	29	25	23
Pays-Bas	71	61	57	47	55	21	20	25
Grèce	70	57	51	48	30	27	17	25
Portugal	64	36	46	40	42	34	22	14
Belgique	61	60	50	47	58	21	21	26
Espagne	55	65	61	44	48	28	15	12
Irlande	54	59	71	50	65	31	19	21
<i>Ensemble</i>	72	68	66	50	54	27	23	23

Source : Commission européenne, Eurobaromètre 59.0

6. Une piste pour comprendre les pratiques de régime : comment les Européens jugent-ils leur poids ?

6.1. Près de la moitié des Européens se dit insatisfaite de son poids, mais la situation est très différente selon le sexe

La décision d'entreprendre un régime amaigrissant provient généralement d'un décalage entre le poids de l'individu et son poids idéal. La manière dont est perçue la corpulence est donc essentielle pour comprendre les régimes. Ainsi, 45 % des Européens déclarent ne pas être satisfaits de leur poids⁸. Ils sont 40 % à le trouver trop élevé et 5 % trop faible. Cette observation cache en réalité une grande disparité en fonction du sexe. Les hommes sont en effet beaucoup plus satisfaits de leur poids que les femmes, et ce bien qu'ils aient plus souvent qu'elles une corpulence « anormale » au sens de l'OMS. Seules 49 % des femmes se disent satisfaites contre 61 % des hommes. Le motif d'insatisfaction n'est pas exactement le même : les hommes sont en effet un peu plus nombreux (6 %) que les femmes à trouver leur poids trop faible. Ces dernières sont par contre 46 % à trouver leur poids trop élevé, c'est-à-dire presque autant que le pourcentage de femmes satisfaites de leur poids, contre seulement 33 % des hommes en Europe. Cette plus grande insatisfaction des femmes se retrouve tout au long de la vie. Une étude finlandaise réalisée sur plus de 60 000 adolescents âgés de 14 à 16 ans fait ainsi apparaître que 25 % des garçons obèses⁹ déclarent être satisfaits de leur poids contre seulement 13 % des filles (Mikkila *et al.*, 2003). Une corpulence excessive est une plus grande source d'insatisfaction chez ces dernières que chez leurs homologues masculins. La même étude établit que, parmi les adolescents insatisfaits de leur poids mais de corpulence « normale », 81 % des filles pensaient être en surpoids, voire très en surpoids, contre seulement 48 % des garçons. Les filles ont ainsi plus souvent tendance à se croire en surpoids alors qu'elles ne le sont pas. La perception subjective d'un poids excessif sur laquelle se fonde principalement le fait d'être satisfait ou non de son poids est ainsi différente selon le sexe.

Cet écart se retrouve à l'âge adulte. Aux Etats-Unis, 28 % des femmes et 30 % des hommes se trompent dans le classement de leur poids dans les standards médicaux (Chang et Christakis, 2003). Ainsi 38 % des femmes de poids « normal » pensent être en surpoids. A l'inverse, 33 % des hommes en surpoids pensent qu'ils ont à peu près le bon poids, voire même qu'ils sont en sous-poids. Etre une femme, mais aussi avoir un plus grand revenu ou niveau d'éducation, ne jamais avoir été marié ou encore être âgé de plus de 54 ans augmentent la probabilité de se classer dans une catégorie de poids supérieure à sa catégorie réelle, c'est-à-dire de se juger plus gros qu'on ne l'est en réalité. Toutes ces caractéristiques individuelles entraînent une plus forte sensibilité à un IMC élevée et jouent ainsi sur la dévalorisation de leur corpulence.

⁸ Les pays pris en compte ici sont toujours les 15 pays de l'Union européenne en 2000, pondérés par le poids de leur population respective.

⁹ La définition de l'obésité n'est pas ici fondée sur l'usage des seuils d'IMC, mais sur un seuil de 120 % des moyennes pondérales par âge et sexe, ce qui est légèrement différent.

6.2. Satisfaction et corpulence idéale

Le fait qu'un individu soit insatisfait de son poids vient du décalage entre son poids réel, du moins tel qu'il le perçoit, et le poids qu'il souhaiterait avoir. Le poids idéal est donc un élément essentiel du jugement porté sur la corpulence. Appréhender cet idéal à l'échelle d'une société est toutefois difficile, en particulier parce que cette notion est très subjective.

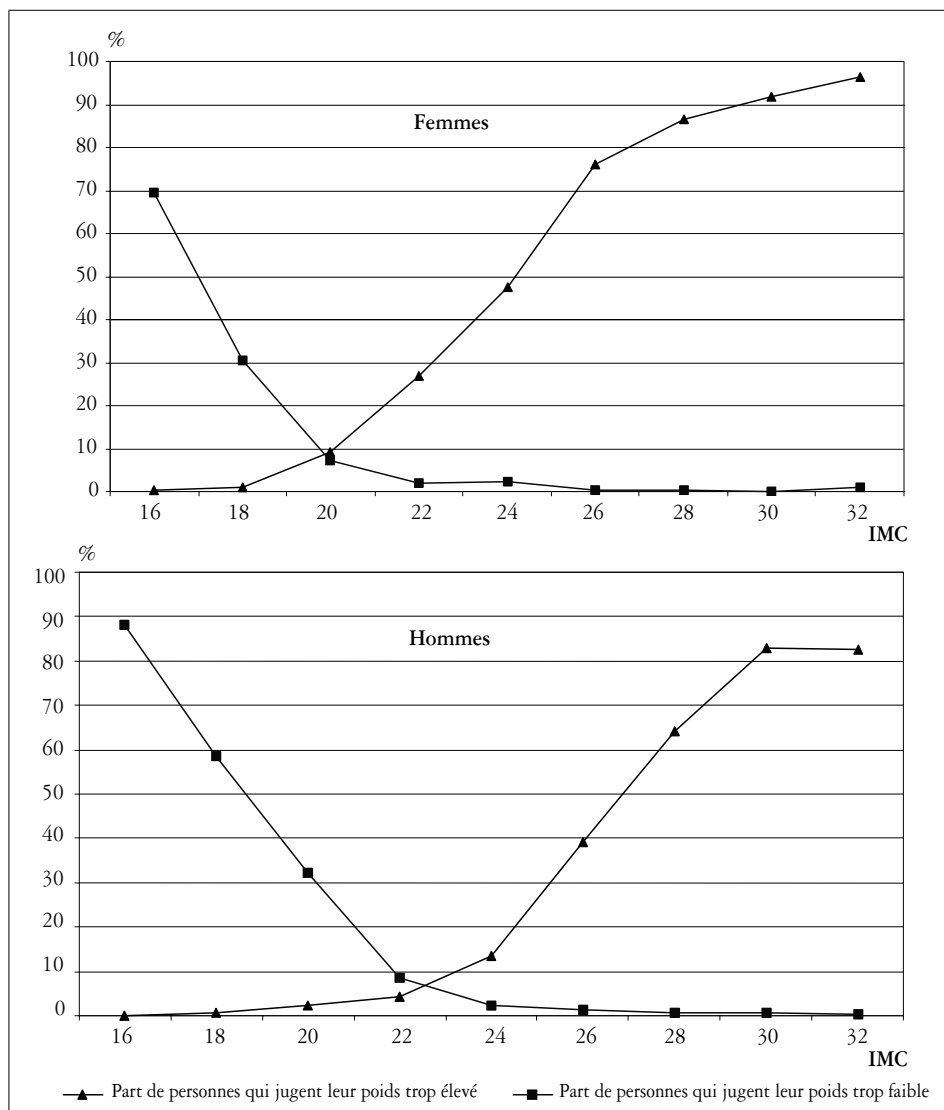
Il est pourtant possible de faire apparaître cette norme en considérant l'IMC pour lequel autant d'individus jugent leur poids trop élevé que d'individus le jugent trop faible (cf. graphique 6). En effet, plus l'IMC augmente, plus la proportion d'individus qui trouvent leur poids trop faible diminue. À l'inverse, la part de ceux qui le trouvent trop élevé augmente. Ces deux courbes se croisent en un point qui représente l'équilibre pondéral pour lequel autant de gens jugent la corpulence insuffisante et excessive. Cet équilibre s'établit à 22,6 pour les hommes et à 19,8 pour les femmes. L'écart est considérable : la corpulence idéale pour les femmes serait ainsi inférieure à 20 alors qu'elle est supérieure à 22,5 pour les hommes. Les mêmes données donnent un IMC déclaré en moyenne de 24,5 pour les femmes et 25,5 pour les hommes. L'écart entre corpulence moyenne et corpulence idéale est donc plus important pour les femmes (4,7 contre 3 points pour les hommes). Cela explique que l'insatisfaction des femmes soit beaucoup plus importante, malgré leur corpulence en moyenne plus faible. On notera par ailleurs que les pentes des courbes autour de l'équilibre sont plus fortes pour les femmes. L'insatisfaction augmente plus vite autour de cet idéal pour elles. Enfin, 9 % des femmes s'accordent à trouver ce poids ou trop élevé ou trop faible, contre 7 % des hommes. Autrement dit, 82 % des femmes trouvent leur poids satisfaisant à cet équilibre, contre 86 % des hommes : plus de femmes restent insatisfaites à cette valeur qui fait pourtant figure d'idéal. Mais l'insatisfaction n'est pas liée qu'à la corpulence et d'autres facteurs entrent en ligne de compte.

6.3. L'importance du contexte national et des normes pondérales

S'interroger sur le rapport entre la part d'individus qui jugent leur poids insuffisant et la part d'individus qui se trouvent réellement en sous-poids d'après les critères médicaux de l'OMS apporte une information intéressante sur la manière dont est perçue la corpulence dans les contextes nationaux. Confronter ainsi les jugements individuels et les critères médicaux permet de faire apparaître la situation particulière de certains pays en Europe. Dans tous les pays européens, les hommes qui jugent leur poids insuffisant sont plus nombreux que les hommes en sous-poids au sens médical, signe supplémentaire de la dévalorisation du sous-poids masculin. Pour les femmes, les situations sont différentes d'un pays à l'autre. En France, il y a deux fois moins de femmes qui jugent leur poids trop faible que de femmes en sous-poids, signe que cette situation est valorisée. Au Portugal, c'est l'inverse : une très faible corpulence est moins satisfaisante pour une femme, d'où le faible taux de régime des Portugais.

En outre, le Portugal et l'Espagne se distinguent par la forte dépréciation du sous-poids masculin : la part d'hommes qui jugent leur poids insuffisant est très forte par rapport à la part d'hommes en sous-poids. À l'inverse, l'Autriche, l'Allemagne, l'Irlande ou encore la Belgique et le Royaume-Uni ont une faible proportion d'hommes

Graphique 6. Satisfaction pondérale en fonction de l'IMC



Source : Commission européenne, Eurobaromètre 59.0

trouvant leur poids trop faible relativement à leur part d'hommes en sous-poids. Ce paradoxe est le signe d'une valorisation du sous-poids masculin, ou plutôt du fait qu'il y est moins déprécié que dans d'autres pays européens.

Pour les femmes, la situation est beaucoup plus hétérogène. Nous avons déjà évoqué la France et le Portugal, mais il est possible d'être plus précis : un groupe se distingue en premier lieu par sa faible proportion de femmes en sous-poids combiné à une proportion importante d'individus qui jugent leur poids insuffisant et contient le Portugal, mais aussi l'Espagne ou le Royaume-Uni.

Cette situation est le signe d'une plus faible valorisation du sous-poids féminin. On observe par ailleurs des pays pour lesquels ces deux grandeurs sont assez faibles, comme la Grèce ou l'Irlande, ou moyenne comme pour le Luxembourg ou l'Italie. L'Autriche se caractérise quant à elle par un sous-poids féminin plutôt important et une faible proportion d'individus qui jugent leur poids insuffisant, signe d'une valorisation plus importante du sous-poids des femmes.

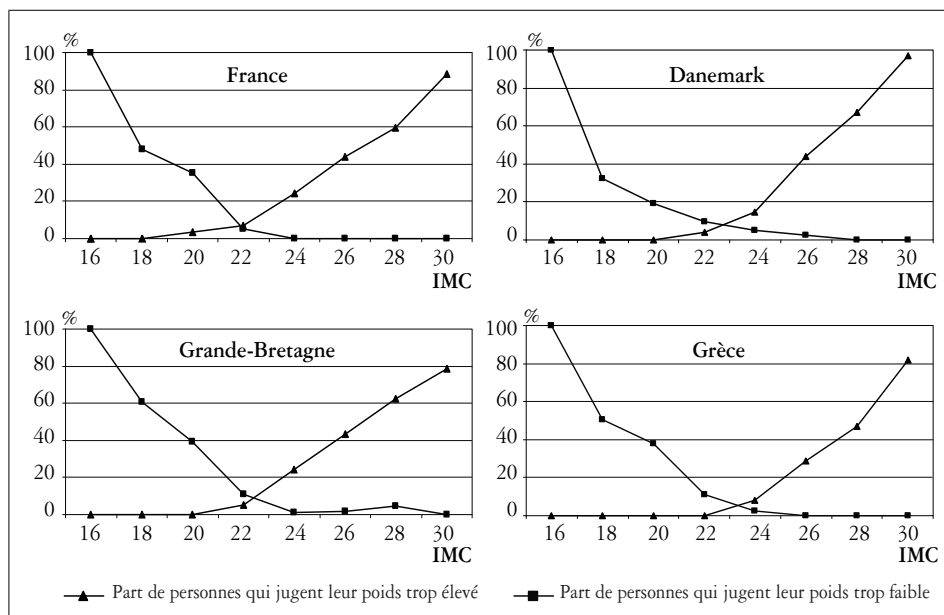
La France constitue ainsi un cas très particulier. Pays européen qui compte le plus de femmes en sous-poids (11 %), elle compte aussi beaucoup de femmes qui jugent leur poids insuffisant. Le Portugal, l'Espagne ou le Royaume-Uni ont une proportion plus élevée de femmes qui jugent leur poids trop faible malgré une part de femmes en sous-poids plus de trois fois moindre, signe que le sous-poids féminin est moins dévalorisé en France que dans ces pays. La corpulence moyenne plus faible des Françaises et, par conséquent, l'existence d'une norme de poids inférieure peut permettre d'expliquer qu'il y ait aussi peu d'insatisfaction liée à une insuffisance pondérale en France que dans des pays avec beaucoup moins d'individus en sous-poids. La situation française se caractérise ainsi par une plus forte valorisation de la minceur.

La satisfaction pondérale apparaît déconnectée du niveau moyen de la corpulence du pays. En effet, les Autrichiens par exemple se déclarent en moyenne plus satisfaits de leur poids que les Français alors que leur IMC moyen est bien supérieur. Un même niveau de corpulence est ainsi perçu différemment selon le pays : un individu qui se trouve trop gros en France dans un environnement où la corpulence moyenne est assez faible se satisfera du même poids dans un pays où la corpulence moyenne est plus élevée.

Ce phénomène apparaît très nettement sur les graphiques 7a et 7b. Le jugement du poids en fonction de l'IMC y est présenté pour quatre pays, différents aussi bien par leur situation géographique que par leur corpulence moyenne. Pour les hommes, c'est pour un IMC de 22,0 que les Français qui trouvent leur poids excessif sont aussi nombreux que ceux qui le trouvent insuffisant. Cet équilibre s'établit pour une valeur beaucoup plus faible qu'en Grande-Bretagne (22,5), qu'au Danemark (22,8) et surtout qu'en Grèce (23,4).

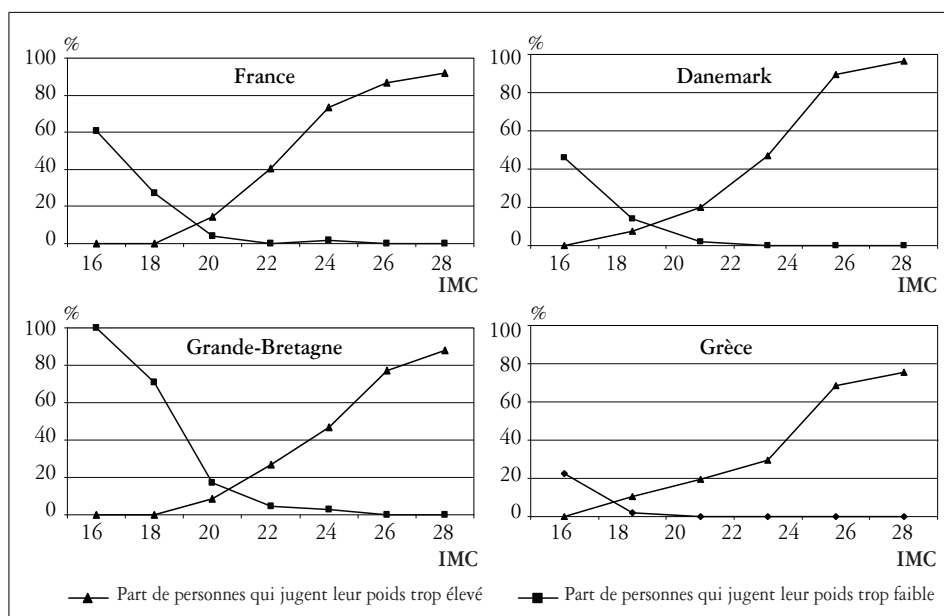
Pour les femmes, la situation est un peu différente. L'équilibre s'obtient toujours pour une valeur faible en France (19,5), mais c'est aussi le cas pour la Grèce (19,6) qui avait la valeur la plus élevée pour les hommes. La Grande-Bretagne (20,4) et le Danemark (20,5) obtiennent des valeurs plus élevées, mais qui restent en-deçà de celles de la population masculine. Il semble donc bien que les Français aient une corpulence idéale plus faible que leurs voisins, signe d'une pression plus forte exercée sur la corpulence dans ce pays. Ce pourrait être une piste d'explication de la faible corpulence moyenne des Français. Il convient également de noter que la Grande-Bretagne qui a la corpulence moyenne la plus élevée n'a pas la corpulence idéale la plus forte et que les spécificités du jugement pondéral par rapport au contexte national ne sont donc pas seulement liées au niveau de la corpulence dans le pays. La prise en compte de la norme pondérale, différente entre les hommes et les femmes, apparaît essentielle pour comprendre la corpulence et les pratiques de régimes dans chacun des pays européens.

Graphique 7a. Satisfaction pondérale des hommes en fonction de l'IMC pour quatre pays



Source : Commission européenne, Eurobaromètre 59.0

Graphique 7b. Satisfaction pondérale des femmes en fonction de l'IMC pour quatre pays



Source : Commission européenne, Eurobaromètre 59.0

7. Limites et perspectives

Si les Eurobaromètres fournissent des données originales, il ne faut pas oublier que celles-ci reposent sur des déclarations. La taille et le poids en particulier ne sont pas mesurés, mais déclarés par l'enquêté. Il en résulte un écart avec la valeur réelle du fait des arrondis et de la tendance des hommes à se rajouter quelques centimètres et des femmes à s'enlever quelques kilos (Dauphinot *et al.*, 2003). Toutefois si c'est une limite importante lorsque l'on cherche à mesurer le nombre de personnes qui peuvent être considérées comme obèses, elle est moins essentielle pour notre étude.

Par ailleurs, les questions posées dans les différents pays font l'objet d'une attention minutieuse. Elles sont traduites dans la langue nationale par une première personne, puis rétro-traduite par une seconde personne en anglais, afin de vérifier qu'il n'y a pas eu de glissement de sens. Toutefois, la comparabilité des indicateurs dans les différentes langues n'est pas totale, malgré tout le soin que l'on peut prendre pour assurer de bonnes traductions (Bréchon, 2002). Ainsi en français, le terme « régime » renvoie généralement plutôt aux régimes amaigrissants, alors que le mot *diet* employé dans le questionnaire de référence en anglais englobe des pratiques plus larges. Même si un effort particulier est consacré à la traduction des questionnaires dans les différentes langues, on ne peut supprimer totalement les connotations des termes employés qui peuvent influencer les réponses des enquêtés. Malgré ces défauts, ces deux enquêtes sont à ce jour la meilleure source pour obtenir une information comparable d'un pays à l'autre.

Nous avons ainsi fait apparaître que le genre est une dimension essentielle à l'appréhension des pratiques de régime en Europe, comme de tout ce qui touche à la corpulence. Limiter par exemple l'étude du sous-poids à la population féminine conduirait à négliger l'importance de la dévalorisation de cette situation chez les hommes en Europe et, en particulier, en France. De même, l'obésité n'est pas qu'un problème de santé et sa gestion ne se fera qu'en prenant en compte la question de l'apparence des individus. Cette étude milite donc pour la mise en place de politiques publiques plus ciblées, qui chercheraient à tenir compte des différences de pratiques et de représentations entre milieux sociaux et entre hommes et femmes.

Enfin, il apparaît nécessaire de ne pas négliger les effets pervers des politiques touchant à la corpulence, comme les dérèglements alimentaires ou le développement de produits paramédicaux profitant des angoisses créées par l'omniprésence de ce thème dans les discours médiatiques. Ce phénomène explique sans doute en grande part la contradiction apparente entre l'idéal de minceur dans les sociétés contemporaines et l'augmentation de la corpulence moyenne. On a ainsi observé qu'une part non négligeable de personnes en sous-poids suivait des régimes alimentaires. La médicalisation des critères esthétiques s'accompagne d'une confusion entre santé et beauté. Si le corps passe pour s'être affranchi au cours du XX^e siècle des corsets moraux et physiques qui pesaient sur lui, hommes et femmes sont en réalité moins que jamais libérés de leur corps (Détrez, 2002). Chacun apparaît désormais responsable de son propre corps, devenant par là-même coupable de ses imperfections, avec l'idée que chacun a le corps, et en particulier la corpulence, qu'il mérite. L'analyse des pratiques de régime fait apparaître que le contexte national joue un grand rôle et que la pression sociale ne pèse pas

également sur tous. L'affirmation d'un rapport libéré au corps est en réalité l'expression d'un nouveau mode de domination sociale, domination qui touche surtout les femmes et qui est d'autant plus forte qu'elle passe pour un affranchissement et une valorisation des caractères naturel et singulier des corps.

Bibliographie

- Basdevant A. (2001) Obésité 2001, *Revue française des Laboratoires* 334, 37-40.
- Bréchon P. (2002) Les grandes enquêtes internationales (Eurobaromètres, valeurs, ISSP) : apports et limites, *L'année sociologique* 52 (1), 105-130.
- Chang V.W., Christakis N.A. (2003) Self-perception of weight appropriateness in the United States, *American Journal of Preventive Medicine* 24(4), 332-339.
- Darmon M. (2003) *Devenir anorexique. Une approche sociologique*, Paris, La Découverte, 348 p.
- Dauphinot V., Naudin F., Gueguen R., Perronnin M. et Sermet C. (2003) Ecart entre morbidité déclarée et morbidité diagnostiquée : l'exemple de l'obésité, de l'hypertension artérielle et de l'hypercholestérolémie, *Questions d'économie de la santé* 114, IRDES, 4 p.
- Détrez C. (2002) *La construction sociale du corps*, Paris, Seuil, 257 p.
- Fischler C. (1990) *L'honnivore : le goût, la cuisine et le corps*, Paris, Odile Jacob, 414 p.
- Fischler C., Masson E. (2008) *Manger. Français, Européens et Américains face à l'alimentation*, Paris, Odile Jacob, 336 p.
- Komlos J., Baur M. (2004) From the tallest to (one of) the fattest: The enigmatic fate of the American population in the 20th century, *Economics and Human Biology* 2, 57-74.
- Middleman A.B., Vasquez I. and Durant R.H. (1998) Eating patterns, physical activity, and attempts to change weight among adolescents, *Journal of Adolescent Health* 22, 37-42.
- Mikkila V., Lahti-Koski M., Pietinen P., Virtanen S.M. and Rimpela M. (2003) Associates of obesity and weight dissatisfaction among Finnish adolescents, *Public Health Nutrition* 6 (1), 49-59.
- Peretti C. de, Castet-Bon K. (2004) Surpoids et obésité chez les adolescents scolarisés en classe de troisième, *Etudes et Résultats* 283, DREES, 8 p.
- Saint Pol T. de (2008a) Obésité et milieux sociaux en France : les inégalités augmentent, *Bulletin épidémiologique hebdomadaire* 20, Institut de veille sanitaire, 175-179.
- Saint Pol T. de (2008b) Corpulence et genre en Europe. Le poids des inégalités d'apparence et de santé, Thèse de doctorat en sociologie, Paris, Ecole doctorale de Sciences Po, 433 p.

- Saint Pol T. de (2008c) La consommation alimentaire des hommes et des femmes vivant seuls, *INSEE Première* 1194, 4 p.
- Saint Pol T. de (2007) Comment mesurer la corpulence et le poids « idéal » ? Histoire, intérêts et limites de l'indice de masse corporelle, *Notes & Documents* 2007-01, Paris, OSC, Sciences Po/CNRS, 22 p.
- Saint Pol T. de (2006) Corps et appartenance sociale : le cas de la corpulence en Europe, *INSEE, Données sociales*, 649-656.
- Sobal J., Stunkard A. (1989) Socioeconomic status and obesity: A review of the literature, *Psychological Bulletin* 105(2), 260-275.
- Swinburn B., Egger G. (2004) The runaway weight gain train: Too many accelerators, not enough brakes, *British Medical Journal* 329, 736-739.
- Villar J.G., Quintana-Domeque C. (2009) Income and body mass index in Europe, *Economics and Human Biology* 7(1), 73-83.