



# Pratiques alimentaires de femmes vivant à Saint-Martin en 2013

Approche qualitative





# Pratiques alimentaires de femmes vivant à Saint-Martin

---

## Une approche qualitative

### Contribution à l'étude :

- Les femmes interviewées au Centre hospitalier et à la cantine scolaire de Saint-Martin
- Mme BOUCAU de l'Agence de santé de Guadeloupe, Saint-Martin et Saint-Barthélemy pour l'organisation d'un entretien collectif auprès de professionnels de l'île
- Mme TABERLY et Mme DENUX pour la rencontre des femmes en entretiens individuels lors de la réunion d'information du personnel de la cantine scolaire
- Drs MESSERSCHMITT et LEBORGNE pour la rencontre de femmes en entretiens individuels au centre hospitalier LC Fleming de Saint-Martin
- Mme JEFFRY pour son expertise et ses connaissances de l'histoire de l'île

### Analyse des résultats

Emmanuelle VAIL, chargée d'études à l'ORSaG

### Rédaction du rapport

Emmanuelle VAIL, chargée d'études à l'ORSaG

### Relecture, validation du rapport

Vanessa CORNELLY, directrice de l'ORSaG

Céline LECLERC, directrice de l'ORS Centre

### Financement de l'étude

Agence de santé de Guadeloupe, de Saint-Martin et de Saint-Barthélemy



# Table des matières

---

CONTEXTE .....	7
OBJECTIFS .....	8
POPULATION ET METHODOLOGIE D'ETUDE .....	8
RESULTATS .....	10
LES ENTRETIENS .....	10
LES REPRESENTATIONS LIEES A L'ALIMENTATION .....	16
LA RELATION ENTRE L'ALIMENTATION ET LA SANTE .....	20
LES APPORTS DES SCIENCES HUMAINES A LA COMPREHENSION DES COMPORTEMENTS ALIMENTAIRES .....	22
POIDS DE LA CULTURE ET DES REPRESENTATIONS .....	22
LE POIDS DES EMOTIONS .....	26
LE POIDS DES CONTRAINTES EXTERIEURES .....	29
CONCLUSION .....	31
QUELQUES PISTES DE REFLEXION EN TERMES DE PREVENTION .....	32
BIBLIOGRAPHIE .....	34



Cinquième facteur de risque de décès au niveau mondial, le surpoids et l'obésité sont un enjeu majeur de santé publique aussi bien dans le champ de la prévention, du dépistage que de la prise en charge.

La Collectivité d'outre-mer de Saint-Martin est particulièrement touchée par la problématique de la surcharge pondérale. D'après deux études menées en milieu scolaire [1], parmi deux générations de jeunes saint-martinois âgés de 5 à 6 ans, la prévalence de surcharge pondérale est de l'ordre de 25 à 30 % et celle de l'obésité de 10 à 13 %. De plus, une enquête réalisée auprès de personnes bien portantes vues à l'hôpital lors de séances de vaccination et des consultations de l'office français de l'immigration [2] montre que 58% des personnes étudiées sont en surcharge pondérale, 28% en surpoids et 30% sont obèses.

L'évolution des pratiques alimentaires et la sédentarisation expliquent en grande partie cette situation. Dans ce contexte, la France s'est dotée depuis 2011 d'une politique nutritionnelle, le Programme national nutrition santé (PNNS), visant à améliorer l'état de santé de la population en agissant sur l'un de ses déterminants majeurs, la nutrition.

La prise en compte des caractéristiques des alimentations dans les régions ultrapériphériques constitue un axe majeur de la déclinaison du PNNS <sup>3</sup> au niveau régional. Les risques d'inefficacité de certaines prescriptions ne prenant pas en compte les dimensions sociales et culturelles de l'alimentation peuvent, en effet, avoir d'éventuelles répercussions : « conséquences de l'anxiété alimentaire consécutive à la diffusion de messages difficilement tenables parce qu'en contradiction avec un ensemble de normes sociales » [3].

« L'alimentation ne se réduit pas à un ensemble de nutriments, elle met en jeu des associations d'aliments : support de représentations mentales et culturelles, elle fait partie d'un ensemble de comportements individuels et collectifs et s'inscrit dans un contexte d'évolutions démographiques et de modifications des modes de vie » [4].

Ainsi, le PNNS 3 recommande d'adapter la communication et renforcer l'éducation nutritionnelle en développant une communication particulièrement adaptée tenant compte des spécificités linguistiques dans la communication du PNNS avec la conception de messages et d'outils spécifiques au contexte local.

À Saint-Martin, deux caractéristiques fortes semblent pertinentes à prendre en compte la précarité d'une partie de la population et le multiculturalisme.

- La précarité s'illustre par un taux de chômage de 24 %, 39 % de non diplômés parmi la population non scolarisée et 21% de précaires parmi les assurés [5]. Partout dans le monde, l'espérance de vie et la mortalité suivent un « gradient socio-économique », l'état de santé est d'autant meilleur que le statut socio-économique est élevé. Ces inégalités sociales de santé concernent notamment les maladies directement liées à la nutrition telles que le diabète et les maladies cardiovasculaires. Selon l'étude ObEpi 2009 [6], appartenir à une catégorie socio-professionnelle défavorisée, avoir un faible niveau de revenu et peu de qualification scolaire sont des facteurs déterminants des pratiques alimentaires favorisant le surpoids et l'obésité.

- Le multiculturalisme est une autre caractéristique de Saint-Martin étant donné le rôle clé des migrations dans son développement démographique et économique. En 2009, 35,7 % des habitants de Saint-Martin sont de nationalité étrangère. Selon le recensement de population et 70 nationalités sont représentées [7]. Au-delà du fait que ces populations immigrées soient davantage concernées par le chômage, des chercheurs se sont interrogés sur l'impact du processus d'immigration sur les comportements alimentaires. Une étude en Polynésie Française [3] montre comment l'occidentalisation créant des pertes de repères concernant les modèles alimentaires a entraîné le développement de pratiques alimentaires favorisant l'obésité.

---

<sup>1</sup> Pour en savoir plus : [http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/PNNS\\_2011-2015.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/PNNS_2011-2015.pdf)

# Objectifs

---

## Objectif principal

Identifier les pratiques et les représentations liées à l'alimentation des femmes vivant à Saint-Martin afin d'adapter au mieux les recommandations nutritionnelles au contexte local.

## Objectifs stratégiques

- Repérer les facteurs sociaux associés aux comportements alimentaires
- Repérer les facteurs culturels associés aux comportements alimentaires
- Caractériser les représentations liées à l'alimentation en lien avec le corps et la santé

# Population et méthodologie d'étude

---

## Population étudiée

La population étudiée est constituée de femmes.

Trois raisons motivaient ce choix. Les problématiques de surcharge pondérale concernent davantage les femmes à Saint-Martin. Le plus souvent, les femmes décident, des choix alimentaires de leur foyer et assurent la transmission des valeurs à leurs enfants.

## Méthodologie

Les objectifs de l'étude nécessitant une démarche compréhensive, l'approche qualitative par la conduite d'entretiens semi-directifs a été privilégiée. Ces entretiens n'ont pas vocation à être représentatifs mais permettent d'approfondir et d'affiner des problématiques à partir de thématiques préétablies.

### 1. Les entretiens

Au préalable, un entretien exploratoire avec une historienne de l'île a permis d'appréhender les caractéristiques de l'île.

Un entretien collectif auprès de différents professionnels (nutritionnistes, médecins...) a été organisé afin de recueillir leurs connaissances et leurs analyses en raison de leur proximité avec la population concernée. Cet entretien a également permis d'arrêter les procédures de recrutement des femmes à interroger.

Des entretiens individuels et un focus group en milieu associatif étaient prévus auprès de femmes vivant à Saint-Martin.

### 2. Le guide d'entretien

Le guide d'entretien était composé de trois parties : les pratiques alimentaires, les représentations et croyances liées à l'alimentation et enfin, le rapport alimentation/santé et le rapport au corps.

#### a. Les pratiques alimentaires

- La description d'une « journée normale » : Nombre et composition des repas, personnes présentes, horaires...
- Les lieux et fréquences d'approvisionnement : Où ? Pourquoi ? Qu'est-ce qui détermine le choix ?
- La fréquence et la signification des repas pris à l'extérieur



## b. Les représentations et croyances liées à l'alimentation :

- Une « bonne alimentation » : Qu'est-ce qu'une bonne alimentation ? Existe-t-il de bons et mauvais aliments ? Que doivent apporter les aliments ? ...
- Les freins à une « bonne alimentation » : Selon vous, pensez-vous avoir une bonne alimentation ? Pourquoi ? Si non, qu'est-ce qui vous en empêche ?

## c. Le rapport alimentation/santé et le rapport au corps

- La notion de santé dans l'alimentation : Selon vous, l'alimentation agit-elle sur la santé ? L'argument « santé » d'un aliment est-il important pour vous ?
- Les recommandations nutritionnelles : Connaissez-vous les principales recommandations ? Qu'en pensez-vous ? Cela vous intéresse-t-il ? Les suivez-vous ? Pourquoi ? ...
- Le rapport au corps : Selon vous, qu'est-ce qu'un beau corps ? Pourquoi ? Pensez-vous qu'il soit important d'être mince ?

## 3. Quelques définitions

Le terme de « pratiques » est souvent utilisé dans les travaux de recherche sur l'alimentation mais recoupe de nombreuses notions [8].

- Les pratiques observées : Elles correspondent à des comportements réellement mis en œuvre par les mangeurs. Elles sont enregistrées par l'observation ou à l'aide de techniques audiovisuelles.
- Les pratiques objectivées : Ce sont également des comportements réels, mais ils sont objectivés de façon indirecte par les traces qu'ils laissent (flux économiques, flux de déchets...)
- Les pratiques reconstruites : Elles sont obtenues en demandant à une personne de se remémorer ses propres pratiques. Cette reconstruction peut s'opérer sur une échelle de temps variable, elle peut s'intéresser à des fréquences de consommation, des pratiques d'achat...
- Les pratiques déclarées : Elles correspondent à ce que les sujets prétendent faire ou avoir fait quand ils répondent de façon spontanée à un questionnaire. Par rapport aux pratiques réellement mises en œuvre par l'individu, les réponses sont souvent l'objet de transformations et déformations mais présentent l'intérêt de conduire vers des paradoxes qui sous-tendent les pratiques.

Dans le cadre de l'étude, les voies d'entrée pour appréhender les pratiques alimentaires sont les pratiques déclarées et reconstruites. Des travaux font souvent apparaître un décalage entre les normes sociales de repas (ce qu'un individu considère comme un vrai repas) et les pratiques mises en œuvre mais aussi entre les pratiques réelles et les pratiques déclarées. Il convient de donner une définition précise de ces notions.

- Les normes : Ce sont des règles, des modèles de conduite largement suivis dans une société ou un groupe donné. Elles correspondent à des pratiques considérées comme « convenables ». Les normes alimentaires sont soumises à de nombreuses influences (principes gastronomiques, diététiques, symboliques...) et c'est pourquoi il est nécessaire de distinguer la norme sociale de la norme diététique.
- Les opinions : Elles correspondent à ce que déclare « penser » un individu d'une pratique ou d'un objet.
- Les valeurs : Ce sont des représentations positives ou négatives associées à une pratique ou à un objet social.
- Les attitudes : Elles correspondent à l'ensemble des prédispositions individuelles à l'égard d'un objet ou d'une pratique. Elles se distinguent de l'opinion par le fait qu'elles ne peuvent pas toujours être verbalisées ni même conscientes, mais déterminent tout de même les comportements.

- Les symboles : Ce sont des ensembles de significations structurées et organisées en systèmes de représentation. Ils échappent souvent à la conscience des mangeurs mais participent à l'expression du lien social et du sentiment d'appartenance ou de différence sociale.

La présentation des résultats se décomposera en deux parties :

- Dans un premier temps, la restitution des entretiens suivra les thématiques abordées du guide d'entretien : les pratiques alimentaires, les représentations liées à l'alimentation et la relation entre l'alimentation, la santé et le corps.
- La deuxième partie mobilisera les connaissances actuelles des sciences humaines sur les comportements alimentaires afin d'aider à l'interprétation des résultats de l'enquête et de compléter ce qui n'a pas été abordé ou traité.

## Résultats

---

*Le but initial de notre enquête était de rencontrer des femmes vivant à Saint-Martin issues de la population générale. Malheureusement, le focus group regroupant des femmes nées à Saint-Martin initialement prévu n'a pu être organisé malgré l'insistance et les relances de l'ORSaG.*

Les femmes ayant contribué à la réalisation de cette étude ont été « recrutées » à l'issue d'une journée d'information auprès du personnel de la cantine scolaire de Saint-Martin et au Centre Hospitalier LC Fleming de Saint-Martin. Ces entretiens ont été possibles grâce aux professionnels rencontrés lors de l'entretien collectif.

Quinze femmes vivant à Saint-Martin ont accepté de participer aux entretiens individuels semi-directifs. La majorité a été vue en milieu hospitalier à l'issue de consultations.

Elles étaient âgées de 19 à 66 ans, la majorité ne vivait pas en couple (4/15 étaient mariées ou en couple) et avait des enfants (2/15 sans enfant). Une femme sur deux avait un emploi au moment de l'enquête (7/15). Elles étaient d'origine étrangère (12/15) le plus souvent originaires d'Haïti (7/15).

Ces entretiens se sont déroulés du 18 au 21 juin 2013 et ont duré entre 30 minutes et 1 heure. Ils ont été enregistrés et ont fait l'objet d'une analyse thématique.

La grande majorité des entretiens se sont déroulés dans des conditions garantissant la confidentialité. Certains freins sont apparus tels que la barrière de la langue limitant les échanges ou une posture parfois défensive probablement motivée par la peur du jugement. Le malaise était palpable quand une femme présentait une surcharge pondérale ou souffrait d'une maladie en lien la corpulence.

## Les entretiens

---

Reprenant les trois thématiques du guide d'entretien, cette première partie permettra de mettre en lumière « ce que disent faire les femmes », mais aussi l'existence d'un certain décalage entre les pratiques déclarées, celles supposées réelles et les valeurs. Ce décalage repose en grande partie sur les interactions parfois contradictoires et incompatibles entre les normes régissant la société : normes culturelles et médicales.

## Les pratiques alimentaires

Si les entretiens réalisés ne peuvent refléter l'ensemble des pratiques alimentaires des femmes de Saint-Martin, ils ont permis d'identifier certaines pratiques qui semblent communes aux femmes rencontrées. En effet, malgré la diversité des profils, certaines réponses sont récurrentes. Cependant, certaines femmes se distinguent par leurs réponses. Cette partie est avant tout descriptive, basée sur la déclaration des femmes.

### 1. Certaines pratiques éloignées des recommandations nutritionnelles du PNNS

Les entretiens ont mis en lumière de nombreuses pratiques éloignées des recommandations alimentaires du PNNS :

#### a. Le rythme et la composition des repas

Le PNNS recommande la prise quotidienne du petit-déjeuner, du déjeuner/dîner et d'une collation/goûter. Le petit-déjeuner devrait être composé d'un produit céréalier (pains, céréales...), d'un produit laitier (lait, yaourt, fromage blanc...), d'un fruit et d'une boisson (café, thé, chocolat). Le déjeuner et le dîner peuvent avoir la même structure et devraient comprendre : une portion de légumes, des protéines (de la viande, du poisson ou des œufs), des féculents, une portion de produits laitiers et un fruit. Enfin, un produit laitier, céréalier ou un fruit peuvent constituer un goûter ou une collation afin d'aider à patienter jusqu'à l'heure du repas.

La majorité des femmes rencontrées décrit un rythme et une composition des repas bien différents :

#### - 2 repas par jour

À la question, « combien de repas prenez-vous par jour ? », la majorité des femmes répond en faire deux. De même, en approfondissant les questionnements, on se rend compte qu'il s'agit, « de la collation de 10 heures » et « le repas du midi », bien souvent pris plus tard. Cependant, même pour les femmes ayant déclaré la prise de trois repas, la composition de ceux-ci ne correspond pas à « la norme » du PNNS.

#### - un petit-déjeuner incomplet

Si certaines femmes mangent du pain, très peu mentionnent consommer un produit laitier. Seules deux femmes indiquent manger des céréales avec du lait ou du fromage. Un fruit accompagné d'un thé semble être le petit-déjeuner de nombreuses femmes, souvent pris tôt (entre 6 heures et 7h30).

*« Le matin quand je me lève, je bois un thé et je mange un fruit.*

*C'est tout ?*

*Oui, le matin il faut manger les fruits, car après je ne les digère pas et puis avec mon diabète je ne peux pas manger autre chose. »*

*« Au petit-déjeuner je bois un thé mais je ne mange pas, car je n'ai pas faim et je n'ai pas le temps. »*

#### - des sandwiches en collation

Si très peu de femmes prennent un petit-déjeuner complet au réveil, beaucoup prennent une collation vers 10 ou 11 heures. En effet, plus qu'un encas « permettant de patienter jusqu'au repas », cette collation constitue davantage un « repas ». Cette collation est d'ailleurs davantage perçue par les femmes comme tel. Ce sont souvent des sandwiches (pain viande ou jambon, saucisson) achetés à l'extérieur, voire des repas selon le lieu où l'on se trouve.

*« Si je travaille, je vais prendre un sandwich vers 10-11 heures, mais si je suis chez moi ou le week-end, je peux manger aussi des ignames, des patates ou des bananes. »*

*Pour les enfants, des chips ou des biscuits peuvent aussi constituer cette collation.*

*« Et vos enfants, ils mangent aussi un sandwich vers dix heures ?*

*Oui, je leur prépare avant d'aller à l'école ou alors je leur mets un petit paquet de chips »*

*« Le matin, je ne mange pas, mais je pars à l'école avec des biscuits. »*

*(adolescente présente avec sa mère lors de l'entretien)*

*« Le matin, je bois une tasse de thé avec une baguette et de la confiture vers 7 heures.*

*À 9 heures à la récréation, je prends un biscuit avec un jus. »*

#### **- une faible consommation de produits laitiers**

Hormis pour quelques femmes, la consommation de yaourts et de fromages semble assez faible. Cependant, peu de femmes pourtant consommatrices de ces produits les ont évoqués spontanément, surtout lorsque les produits laitiers constituent le dessert. De manière générale, la prise de dessert est souvent « oubliée ». On peut également supposer que le dessert n'est pas considéré comme faisant partie de la composition d'un repas, ce qui pourrait expliquer en partie l'évocation faible de produits gras et sucrés.

*« Le midi je vais prendre la viande avec les légumes.*

*C'est tout ?*

*Oui.*

*Vous ne prenez pas de dessert ?*

*Si je vais prendre un yaourt avec un peu de raisin ».*

*« Le midi, on va manger du poulet avec des frites et une salade (le dimanche).*

*C'est tout, pas de dessert ?*

*Si on va prendre un yaourt ou une glace.*

*Et c'est que le dimanche que vous prenez un dessert ?*

*Non, tous les jours*

*(alors que ce dessert n'était pas mentionné précédemment lors de la description d'une « journée normale »).*

#### **- un dîner « grignotage »**

Une minorité de femmes déclare dîner. Le repas de l'après-midi semble constituer le dernier considéré comme tel. Ce dernier est souvent composé de viande, féculents (riz, gratin) et salade.

*« Et après je mange le repas du midi puis c'est tout.*

*Vous ne mangez plus de la journée ?*

*Non.*

*Même pas le soir ?*

*Si je peux manger des céréales avec du lait, ou une soupe, ou un bout de fromage ».*

*« On ne mange pas le soir particulièrement, car dans la journée on va manger un petit quelque chose quand on a faim »*

Pour d'autres, manger le soir ne serait pas indiqué.

*« Après 18 heures, je ne peux pas manger, car ce n'est pas bon pour la santé ».*

*« Avant j'avais l'habitude de manger le soir un repas comme dans la journée mais je m'efforce d'arrêter.*

*Je vais prendre des tomates ou de la salade ».*

Lors de la quasi-totalité des entretiens, les femmes ont eu du mal à décrire tous les aliments consommés lors d'une journée. En effet, il a fallu des relances pour obtenir une description complète. Toutes les femmes se limitaient à la description du plat principal.

*« Pour commencer, je vais vous demander de me décrire ce que vous mangez habituellement.*

*J'imagine que ce n'est pas tous les jours pareils, mais un exemple de journée normale.  
 Alors le matin je mange du pain. Puis vers 10 ou 11 heures je vais manger un petit quelque chose...  
 Excusez-moi de vous interrompre, le matin vous ne mangez que du pain ? Sans rien d'autre ?  
 Je vais prendre un thé avec.  
 Et pas de beurre ou de la confiture ?  
 Si je vais mettre un peu de confiture ou la pâte à tartiner.  
 D'accord, donc vous disiez qu'à 10-11 heures vous mangez un petit quelque chose, ça va être quoi ?  
 Ça dépend, ça peut être un fruit, ou un sandwich.  
 Quel type de sandwich ?  
 Un petit bout de pain avec un petit bout de viande ou de morue ou de fromage, ça dépend.  
 Et ensuite ?  
 Dans la journée, je vais préparer le repas.  
 Il y a la viande avec du riz ou des macaronis pour les enfants avec de la salade et puis voilà.  
 C'est tout ?  
 Oui.  
 Pas de dessert ?  
 Si des fois je vais prendre un petit dessert.  
 Quoi par exemple ?  
 Un fruit ou un yaourt ou une glace, ça dépend.  
 D'accord et après ?  
 Après c'est fini.  
 Vous ne mangez plus de la journée ?  
 Non, ou bien un fruit, ou des céréales... »*

Cet échange montre bien que tous les « à côté » du repas ne sont pas pris en considération tout comme l'ajout de beurre, confiture ou encore de sauce. Les boissons, alcoolisées ou non, ne sont également jamais mentionnées.

Les différents entretiens ont permis de dresser une « journée alimentaire type »

- au réveil : thé, fruits
- à 10-11 heures : sandwich (pain, viande)
- de midi à 15 heures, selon l'activité : viande-salade-féculent
- dans l'après-midi jusqu'au soir : pain, fromage, soupe, lait-céréale, chips, gâteau...

Cette composition de repas d'une journée classique diffère pour les enfants . En effet, ces derniers mangent le midi à la cantine mais, au lieu d'un goûter « traditionnel » à la sortie de l'école, prennent souvent le repas de « l'après-midi ».

*« Et votre fille, elle mange en rentrant de l'école ? Elle prend un goûter ?*

*Oui, elle va manger aussi quelque chose.*

*Quoi par exemple ? Un fruit, des gâteaux ?*

*Non, elle va prendre son repas.*

*Il est quelle heure ? Elle ne mange pas à l'école ?*

*Si mais elle ne mange pas beaucoup, ce n'est pas très bon alors quand elle rentre elle mange son repas. »*

## b. Une faible diversité alimentaire

La diversification alimentaire, autre recommandation du PNNS, semble peu fréquente.

En effet, les entretiens ont mis en lumière :

### - Des repas relativement monotones, notamment le midi

Le poulet et le porc sont les viandes les plus consommées, souvent servies avec du riz ou éventuellement des gratins (pomme de terre- pâtes- bananes). Peu de femmes consomment du poisson, ou alors de manière ponctuelle. Quelques femmes évoquent une consommation régulière de pois et de racines, notamment les Saint-Martinoises. De même, comme nous le verrons plus tard, le riz, considéré comme « un aliment interdit » est souvent banni de l'alimentation des femmes diabétiques mais constitue l'accompagnement privilégié des autres femmes. Si le poulet les pâtes et les macaronis sont les aliments le plus souvent demandés et appréciés des enfants, cette base est souvent associée à des légumes (salade verte, carottes, haricots verts) ou à des petits pois. Les raisins, les pommes et les bananes sont les fruits les plus souvent cités.

### - L'environnement des repas liés à la structure familiale

Si les femmes vivant en couple mangent plus régulièrement en présence de tous les membres du foyer lors du repas, les femmes seules mangent le plus souvent après leurs enfants, en particulier le soir.

*« Vous mangez ensemble ? »*

*« Ça dépend, pas toujours. Souvent le matin je mange après avoir emmené les enfants à l'école et l'après-midi chacun mange surtout quand il a faim... On n'a pas tous les mêmes horaires.*

*Et le midi, ils ne sont pas là alors je mange souvent seule.*

*Et le week-end ? »*

*Oui le week-end le midi on va plus souvent manger ensemble mais ce n'est pas toujours le cas ».*

Le week-end reste un moment privilégié de partage familial autour d'un repas, souvent différent de ceux de la semaine et surtout plus « préparé ». Les plats plus traditionnels sont alors privilégiés.

*« Le week-end, c'est différent c'est mieux que la semaine.*

*En quoi ? »*

*Ce sont des plats plus élaborés, plus cuisinés »*

Deux types de repas sont privilégiés à ce moment-là :

- les grillades : *« Le week-end c'est grillade à volonté ! Porc, boeuf, tout ! »*

- les plats traditionnels : *« Le week-end c'est court bouillon de poisson, gratin d'ignames, de bananes jaunes... J'ai plus le temps de cuisiner et tout le monde est là », « Le week-end, je fais le poisson avec le maïs. »*

Cependant, si le week-end semble propice à plus de convivialité et à la préparation de plats plus élaborés, c'est l'occasion de se faire plaisir sans restriction *« Le week-end, tout est permis !*

*C'est-à-dire ? »*

*Ben on mange de tout, tout est autorisé. On va faire des grillades, des macaronis, on va prendre des desserts »*

Cette ambiance conviviale est plus rare pour les femmes seules à la tête de familles monoparentales :

*« Non, le week-end ça ne change pas, je suis seule alors c'est pareil que la semaine ».*

De plus, si certaines vont évoquer des moments de fêtes, la majorité des femmes rencontrées semblent avoir une vie sociale très restreinte et des sorties limitées.

« Et le week-end, vous mangez quoi ?

*Ben pareil...*

*Il n'y a rien de particulier ?*

*Non*

*Et quand vous sortez manger dehors vous mangez quoi en général ?*

*Je ne mange pas dehors.*

*Jamais ?*

*Non, on est nombreux alors ça revient vite cher...*

*Ça reste vraiment exceptionnel mais de toute façon, je préfère cuisiner moi-même.*

*Et quand c'est la fête, qu'est-ce que vous préparez ?*

*Ben... Rien de spécial.*

*Il n'y a pas de plats particuliers ?*

*De toute façon, on ne fait pas la fête ».*

De manière générale, la prise de repas à l'extérieur s'inscrit dans une certaine routine.

*« Oui, ça m'arrive d'acheter le poulet, ou les pizzas, les grillades toutes préparées.*

*C'est pour une occasion particulière ? Le week-end ?*

*Non pas forcément, c'est plus si je n'ai rien à la maison, ou pas envie de faire à manger.*

*Alors, soit je vais chercher soit on va manger sur place. »*

## 2. Des modes d'approvisionnement contraints par le budget et les modes de transports

La majorité des femmes rencontrées font leurs courses en grande surface pour deux principales raisons :

- La diversité de l'offre : *« Dans les grandes surfaces, il y a plus de choix, on trouve tout ce dont on a besoin »*
- Le prix : *« C'est moins cher qu'au marché et dans l'ensemble que dans les petites épiceries, mais ça dépend pour quoi ».*

Au regard des entretiens réalisés, il n'est pas possible de réellement établir des comportements types quant aux conditions d'approvisionnement. Cependant, il semblerait que :

- La grande majorité des femmes n'établissent pas de liste de course : *« Non je n'en fais pas, ça va être en fonction de ce qu'il y a, de ce que j'ai envie »*
- La régularité de l'approvisionnement dépend du budget. Les femmes évoquant le plus des contraintes liées aux difficultés financières semblent faire moins régulièrement leurs courses en grande surface. *« Non moi j'y vais en général une fois par mois... Une fois que je suis payée on va acheter tout ce dont a besoin, les produits ménagers et les conserves pour le mois ! ».* Cette pratique ne favorise alors pas l'achat de produit frais. *« Je ne vais pas trop prendre de légumes ou de viande, ou juste pour les jours à venir... »* De manière générale, l'achat de produits surgelés étant privilégié notamment pour les légumes mais aussi la viande. La conservation mais aussi le fait que certains produits ne soient pas accessibles que sous cette forme expliquent en grande partie cette pratique.
- La régularité de l'approvisionnement dépend en partie du mode de transport. En effet, pour les femmes n'ayant pas de véhicule, l'approvisionnement est plus espacé. *« Je ne sais pas en général, j'essaie de prendre le maximum d'un coup... J'y vais en bus alors ce n'est pas pratique ! J'emmène mes enfants et on prend ce qu'on peut ! »*

Les petites épiceries servent généralement d'appoint en complément des courses effectuées en grande surface, *« après pour certains produits ou quand il manque quelque chose on va à l'épicerie ».*

Pour les quelques femmes seules et sans enfants, l'épicerie constitue le lieu principal d'approvisionnement (*« C'est plus prêt, plus pratique »*) et la grande surface utilisée uniquement en cas de nécessité (*« Et si vraiment je ne trouve pas un produit, je vais aller en grande surface »*).

Si les difficultés financières sont difficiles à aborder et peu mises en avant spontanément par les femmes, quelques-unes semblent toutefois particulièrement restreintes par leur budget.

*« Combien de fois par semaine ou par mois vous allez faire vos courses, de manière générale ?  
Quand il y a l'argent ! »*

## Les représentations liées à l'alimentation

---

*Le fait de manger est certes, déterminé en grande partie par la faim. Cependant au-delà des besoins physiologiques, les choix et les pratiques alimentaires reposent sur des déterminants économiques, physiques et sociaux mais aussi sur les attitudes, les croyances et les connaissances sur l'alimentation.*

*Dans une société donnée, la question de la représentation de l'alimentation est essentielle pour comprendre les pratiques et leurs décalages par rapport aux normes. Mettre en relation les réponses à des questions du type « Pour vous, qu'est-ce que bien manger ? » ou « Qu'est-ce qu'une alimentation saine ? » confrontées aux pratiques déclarées éclairaient sur la représentation de l'alimentation, des décalages entre les intentions et les actes des consommateurs.*

### 1. Équilibre, plaisir et prix : des 3 notions difficilement compatibles

#### a. L'équilibre plébiscité

À la question « Qu'est-ce que bien manger ? », la notion d'équilibre est la plus souvent citée, traduisant une intégration des normes nutritionnelles et médicales. Sont particulièrement concernées des femmes devant suivre un régime en raison d'une surcharge pondérale ou d'une maladie associée. Ainsi, à la question « Décrivez-moi votre alimentation ? », toutes sans exception ont d'abord et spontanément cité « des fruits et des légumes ». Le fait de les avoir en majorité rencontrées à l'hôpital, dans un environnement médical, a sûrement induit cette réponse normative.

À l'inverse, aucune ne mentionne spontanément la consommation de produits gras et sucrés ainsi que l'alcool. C'est pourquoi on peut estimer une probable sous-déclaration de la consommation de ces produits, comme cela est souvent le cas dans les études sur les pratiques alimentaires. Il faut plusieurs questions, les plus neutres, pour que cette consommation soit consentie, mais elle peut alors être minimisée (« *Oui bien sûr ça peut m'arriver comme tout le monde, mais pas beaucoup* » « *si j'en mange (des chips, gâteaux apéritifs) c'est très peu !* »), mais aussi admise pour « les autres ». « *J'achète mais pour les enfants* », ou « *pour ma famille* ». Cette réticence à évoquer ce type de consommation témoigne de la stigmatisation de ces produits, rendus responsables de leurs situations.

*« Avant (la maladie) j'en mangeais beaucoup mais t'as vu j'étais grosse et je ne faisais pas attention à moi ».*

Cette notion d'équilibre se traduit principalement par un plat qui doit être composé de protéines, de légumes et de féculents.

*« Une bonne alimentation c'est quand il y a la viande, les légumes et les féculents, il faut un équilibre ».*

*« Bien manger ? C'est quand il y a plus de légumes que de féculents, avec un peu de viande »*

L'assaisonnement, le mode de cuisson, la qualité (par exemple le label « bio ») ou encore la fraîcheur et la provenance du produit ne sont jamais évoqués, contrairement à ce que l'on retrouve dans les études sur les comportements et discours en France hexagonale [4, 8].



## b. La satiété recherchée...

Si les réponses à la question « Que doit apporter un repas ? » furent plus difficiles à donner, la satiété semble être la principale « fonction » attribuée au repas.

*« Ce que doit apporter un repas ?... Je ne sais pas... Ne plus avoir faim, être rassasié, pour tenir jusqu'au prochain ! »  
« Il faut que ça cale quand même... »*

Pour cela, la quantité et la consistance de l'aliment jouent.

*« C'est pour ça aussi qu'il faut des féculents, du riz ou des patates, car que des légumes, ça ne cale pas... T'as encore faim » ;*

*« Bon, moi je fais attention à ce que mange, ça ne va pas être trop gras  
mais par contre, il me faut une bonne assiette quand même... Sinon je vais avoir faim ! »*

Recherche de satiété également constatée par les professionnels qui expliquent que « dans une situation économique et sociale qui se dégrade, on cherche à manger « ce qui va tenir » ».

La notion de force est également évoquée, souvent associée à la consommation de viande.

*« Un repas, ça doit t'apporter la force ! C'est pour ça il faut manger la viande aussi.  
On dit qu'il ne faut pas manger les ribs ou même les grillades c'est gras... Mais il en faut aussi ».*

Si quelques femmes indiquent le plaisir, pour la majorité cet aspect est secondaire, voire incompatible avec la notion de santé.

*« Ce n'est pas forcément un moment de plaisir, c'est important mais pas essentiel ».  
« De toute façon, on ne peut pas avoir le plaisir et la santé dans le même repas ! ».*

## c. Le prix et le plaisir

À la question « Qu'est-ce qui détermine votre choix au moment des courses ? », la problématique du prix est très importante.

*« Je regarde ce dont j'ai besoin, ce que je peux acheter et je prends l'essentiel ».  
« J'essaie surtout d'acheter ce qui est le moins cher... »  
« Entre deux produits, je vais prendre le moins cher pour en prendre plus ».*

La recherche de produits « bon marché » est donc privilégiée, or ceux-ci sont souvent nutritionnellement moins intéressants.

De même, si le plaisir était rarement évoqué à la question précédente sur l'apport du repas, celui-ci est très souvent cité pour cette question, comme une évidence au moment de l'achat.

*« Ben j'achète que ce que j'aime ! »  
« Pourquoi vous achetez tel ou tel produit ?  
Je prends ceux que j'aime ».*

Ces différents constats illustrent la complexité des pratiques alimentaires et de ses déterminants : une recherche d'équilibre qui, si elle peut être associée à la notion de satiété, semble incompatible avec ce qui détermine l'achat des aliments, à savoir les prix et le plaisir. En conclusion, pour les femmes interrogées, un bon repas pour la santé ne peut pas apporter de plaisir. Cette conviction constitue un frein important à l'achat de produits considérés comme « sains ». Il existe alors deux types de « bons » aliments : ceux qui seraient bons pour la santé principalement les fruits et les légumes et ceux qui apporteraient du plaisir principalement les produits sucrés.

Cette incompatibilité est parfois exprimée par les femmes elles-mêmes qui souhaitant toutes adopter une alimentation équilibrée reconnaissent des difficultés dans la mise en œuvre.

## 2. Les facteurs influant sur l'adoption d'une « bonne alimentation »

### a. Les freins repérés

#### - L'offre alimentaire

o La cherté des fruits et des légumes, la rareté du poisson frais

Constat partagé par les femmes et les professionnels, les prix élevés des fruits et des légumes n'incitent pas à leurs consommations d'autant plus que ces aliments ne sont pas spécialement appréciés. La faible production locale expliquerait en grande partie cette situation. Il semblerait toutefois que cela n'ait pas toujours été le cas.

*« Avant à Saint-Martin on avait beaucoup de pommes-cannelles, on mangeait beaucoup de goyaves, corossols...  
Mais maintenant, il n'y en a plus ! Les cyclones ont terrassé les manguiers » (femme).*

Pour les légumes, l'achat de surgelé est toutefois une solution pour pallier ce manque.

*« C'est vrai que le problème est qu'on ne trouve pas beaucoup de légumes frais. Mais en surgelés, on trouve de tout et ce n'est pas si cher donc si on veut on peut manger des légumes quand même (professionnel) ».*

Au-delà du prix des légumes, l'absence de saveur est également évoquée.

*« Ici ce sont des légumes qui viennent des États-Unis d'Amérique, ils n'ont pas de goût,  
ce n'est pas pareil qu'en Guadeloupe (professionnel) ».*

Le poisson, autre aliment « santé » dont la disponibilité a diminué sur l'île est peu consommé alors qu'il était pourtant une composante incontournable de l'alimentation à Saint-Martin. La raréfaction de ce produit frais est regrettée

*« Avec les constructions massives, la pollution engendrée maintenant on ne peut plus pêcher à Saint-Martin »  
(femme)*

Cependant, l'évolution de l'alimentation liée au bouleversement sociétal est nuancée par certaines femmes.

*« On a toujours mangé comme ça, ce n'est pas l'alimentation qui a changé  
c'est moi qui maintenant ai modifié mes habitudes (femme) ».*

o La disponibilité de produits gras et sucrés bon marché

La question de l'offre alimentaire est un autre facteur essentiel à la compréhension des pratiques alimentaires. Contrairement aux produits nutritionnellement plus intéressants et souvent plus chers les produits gras et sucrés sont généralement peu coûteux. Ils sont accessibles avec une offre très diversifiée en partie française mais aussi néerlandaise, où ils sont importés des États-Unis d'Amérique.

*« Ici, on a accès aux produits américains et ça, ce n'est pas bon pour nous, pas bon pour la santé » (femmes).*

Ce verbatim rejoint l'opinion des professionnels qui soulignent la part de responsabilité de l'industrie agroalimentaire dans l'augmentation de la surcharge pondérale des populations.

#### - Une méconnaissance des recommandations

Si l'objectif de l'étude n'était pas de mesurer le niveau de connaissances des femmes en matière de nutrition, les entretiens ont souligné une méconnaissance des recommandations alimentaires du PNNS. Ainsi, hormis les fameux « cinq fruits et légumes par jour », aucune autre recommandation n'est citée. Si la majorité des femmes se disent suffisamment informées, quelques-unes ressentent un manque de connaissances dans le champ nutritionnel qui serait en partie, responsable de leurs pratiques.

*« Pensez-vous avoir une bonne alimentation ?*

*Non, je ne crois pas.*

*Pourquoi selon vous ?*

*Je n'ai jamais été voir quelqu'un pour qu'on me dise comment il faut faire. Si on m'explique, je ne dis pas que je  
vais tout bien faire mais je vais essayer ».*

## - Des facteurs individuels

### o La solitude, l'isolement

La solitude est un facteur souvent mis en avant pour expliquer une mauvaise alimentation, elle est associée au fait de ne pas cuisiner. La cuisine renvoie à la convivialité et aux échanges.

*« Bon, déjà moi, je ne cuisine pas parce que je suis seule »*

*« Et le week-end, est-ce que ça change ou vous mangez pareil ?*

*C'est pareil, je suis seule alors ça ne change pas. Je n'ai pas de famille, personne qui vient spécialement donc je ne change pas mes habitudes ».*

L'existence d'un soutien social, et notamment la responsabilité familiale, est généralement un facteur favorisant le recours aux soins et à prendre soin de soi.

### o Le stress, le mal-être.

*« Avant j'avais beaucoup de stress, alors je mange je mange, car quand mon mari est tombé malade puis il est décédé il m'a laissé avec quatre enfants... Mais quand moi je suis tombée malade en 2010, j'ai réfléchi à beaucoup de choses et j'ai commencé à faire attention à moi ».*

### o L'inactivité professionnelle, notamment pour les femmes ne travaillant pas et les plus jeunes

Si l'inactivité professionnelle pourrait supposer d'avoir plus de temps pour soi, cette situation entraînerait davantage un repli sur soi. L'absence d'horaires et la perte de rythmes quotidiens expliqueraient, en effet, le manque d'intérêt pour la cuisine [10].

*« Je reste à la maison et je suis seule... Donc, je mange plus quand j'ai faim ou en fonction de ce que je fais. Je ne fais pas vraiment de repas »*

Pour les plus jeunes, le grignotage est la conséquence de ce manque d'occupation.

*« Quand je ne fais rien, je grignote... Surtout devant la télé ».*

### o Être en bonne santé

Être en bonne santé peut également conférer un sentiment de protection et d'invulnérabilité.

*« Je ne sais pas... Tant qu'on n'est pas malade, on n'y pense pas tout simplement ! On profite, on fait des excès sans penser aux conséquences, car on n'est pas concerné ».*

## b. Autres déterminants

### - La maladie

L'apparition d'une maladie liée à la surcharge pondérale entraîne une prise de conscience propice à l'adoption de nouveaux comportements alimentaires : *« maintenant, je mange bien »*. Il arrive toutefois que le poids des habitudes constitue un frein au changement, car mieux manger mais différemment est vécu comme une contrainte.

*« C'est dur quand même de changer... Je ne sais pas pourquoi c'est si dur mais on a nos habitudes, c'est plus simple... Et puis ce n'est pas toujours facile avec les autres aussi ! Moi maintenant même quand je suis invitée je ne peux pas tout manger ».*

### - La présence d'enfants

Pour quelques femmes interviewées, ayant pour caractéristiques d'être jeunes et concernées par la nutrition, la présence d'enfants renvoie à un devoir de transmission : *« aussi parce que j'ai des enfants et c'est dès petits qu'il faut leur donner des bonnes habitudes. En plus, dans la famille, il y a le diabète alors je ne veux pas qu'ils soient malades et ça passe par une bonne alimentation »*.

Le plus souvent, les enfants semblent avoir le dernier mot dans le choix des produits alimentaires. *« Le problème c'est que comme les enfants n'aiment pas, les parents ne vont pas choisir. Les enfants, ils aiment les pâtes, la viande hachée, le poulet, le riz donc les parents ils achètent ça » (femme).*

*« Comment choisissez-vous les aliments que vous achetez ? Qu'est-ce qui détermine ce choix ?  
Je ne sais pas... Si ma fille est là, elle me dit « maman je veux ça ou prends ça » » (femme).*

## La relation entre l'alimentation et la santé

---

Les avancées de la recherche établissent aujourd'hui des relations entre l'alimentation, l'activité physique et la santé. En France, dans le PNNS, les campagnes de santé publique promeuvent «le manger-bouger» pour être en bonne santé depuis 2001. Ces campagnes diffusent des recommandations sur les comportements alimentaires associés à une bonne santé et sont un canal important de diffusion des normes nutritionnelles (4). L'évolution de ces discours agissent alors sur les représentations mentales du « bien manger », comme le montrent les enquêtes « Comportements Alimentaires en France » du Centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie (9). Jusqu'en 2003, la dimension du plaisir partagé est en France encore prédominante dans les représentations du bien manger. En 2007, un changement de tendance est observé. À la question « Si je vous dis bien manger, à quoi pensez-vous ? », la réponse la plus citée est le mot « équilibre ». Constat que l'on retrouve à l'échelle de cette étude lors des entretiens.

### Une relation souvent établie entre l'alimentation et la santé

La relation entre l'alimentation et la santé est clairement établie par les femmes rencontrées et paraît même « évidente ». Les femmes interrogées évoquent ce lien spontanément. Le fait que la majorité des femmes aient déclaré une maladie et soient suivies à l'hôpital constitue certainement un biais.

Deux catégories de femmes étaient particulièrement sensibilisées à cette question :

#### - Les femmes diabétiques devant suivre un régime alimentaire :

Le lien de causalité entre alimentation et santé est clairement posé par les femmes elles-mêmes. Ces dernières justifient leurs pratiques alimentaires par la maladie. *« Moi je mange beaucoup de légumes, car je suis diabétique ».* Ces pratiques relèvent alors plus de prescriptions médicales que d'un véritable choix.

*« Ce que mange ? ... Ce que j'ai le droit ! (...)*

*Et c'est facile ou dur à suivre les recommandations ?*

*Ben... Ce n'est pas facile mais bon je n'ai pas vraiment le choix ! »*

L'arrivée de symptômes ou l'aggravation de la maladie peuvent alors provoquer une prise de conscience encore plus importante.

*« Si c'est dur ? Ça va... Au début, ce n'était pas facile et je ne faisais pas tout bien mais quand j'ai dû commencer à prendre de l'insuline là je me suis dit qu'il fallait vraiment faire attention et que ma vie était en jeu.  
Donc maintenant je fais très attention et finalement ça va. J'ai même appris à aimer les légumes !  
Parfois, je me demande même comme je faisais pour manger comme je faisais ».*

#### - Les plus jeunes :

Au-delà de la relation entre l'alimentation et la santé, les plus jeunes se démarquent par le lien qu'elles établissent entre la santé et le sport. Ces dernières appréhendent la nutrition dans ses deux composantes : alimentation et activité physique.

*« Oui, bien sûr, l'alimentation joue sur la santé. Mais il n'y a pas que ça,  
il faut faire du sport aussi, bouger ! C'est un ensemble »*

*« C'est vrai qu'il faut bien manger, pas trop de féculents, pas trop gras mais ce n'est pas suffisant  
pour être en bonne santé, il faut aussi marcher, faire du sport ».*

Très peu de femmes semblent toutefois pratiquer un sport de manière régulière. Des problèmes de temps sont mis en avant, mais aussi des difficultés liées à leurs conditions physiques (mal au genou, au dos).

De plus, les campagnes d'information grand public sont, mises à part quelques femmes septiques (*« c'est bien mais je ne pense pas que cela soit très utile réellement »*) dans l'ensemble bien perçue (*« c'est bien » « c'est intéressant »*).

On peut toutefois apporter deux limites à ce constat : un intérêt relativement superficiel et une évaluation binaire des aliments. En effet, outre le désormais célèbre « cinq fruits et légumes par jour », les autres recommandations sont peu ou pas connues. De même, la totalité des femmes, à une exception près disent ne pas lire les étiquettes ou s'informer sur la qualité nutritionnelle d'un produit. De plus, les différents groupes d'aliments semblent méconnus et la notion de nutriments n'est pas abordée.

Cette connaissance approximative se traduit une classification binaire des aliments où il y aurait d'un côté les « bons » aliments (principalement les légumes) et de l'autre les « mauvais » (les produits gras et sucrés mais aussi le riz et les bananes pour les diabétiques). Cette approche est alors assez déconnectée de l'information et de l'éducation nutritionnelle sur les aliments.

Cette catégorisation provoque souvent un « effet de halo » qui « limite les capacités d'appréciation de la qualité nutritionnelle d'un plat complexe » [4]. Associer un « bon » aliment à un « mauvais » a tendance à minimiser la vision négative du second. Par exemple, l'étude de l'INRA [4] montre que d'associer une salade à un hamburger a pour conséquence de diminuer la vision négative de celui-ci mais aussi de perturber l'appréciation de la valeur énergétique de l'association alors qu'en réalité la ration de lipides apportée par le hamburger a été augmentée par les lipides de la sauce accompagnant la salade.

On retrouve clairement ce mode de pensée lors des entretiens. Presque toutes les femmes précisent « mais toujours avec une salade » quand elles évoquent manger des grillades. Ainsi, à la question « Selon vous, avez-vous une bonne alimentation » certaines femmes répondent « oui, car je mange beaucoup de légumes » et non, car elles ne mangeraient pas tels ou tels aliments déconseillés.

## Un rapport au corps différent des « normes occidentales »

En Europe, l'intérêt pour la nutrition du grand public à partir des années 1970 correspond en partie à l'apparition du culte de la minceur [9]. Les entretiens ont cependant montré un rapport au corps différent de cette norme « d'occidentale ».

D'un côté, la perte de poids plus que la minceur est recherchée et reconnue comme bénéfique mais davantage pour des raisons de bien-être que d'esthétisme.

*« Je trouve qu'il faut maigrir, car le poids c'est difficile à porter ».*

*« Maigrir c'est important pour sa santé, pour être bien dans son corps.*

*Moi depuis que j'ai maigri je respire mieux, j'arrive mieux à marcher, je me sens mieux ». «*

*Tu te sens plus légère, avec du poids tu te sens lourd, tu te fatigues beaucoup ».*

De l'autre, les critères de beauté semblent davantage privilégier les formes et les rondeurs, sans distinction d'âge. De même, les femmes ont conscience de ce décalage par rapport aux normes européennes et assument cette caractéristique culturelle.

*« Un beau corps ? Faut avoir des formes quand même !*

*« C'est quand il y a ce qu'il faut, là où il faut ».*

*« Ici, on aime les filles avec des rondeurs ! »*

Cependant, la notion de fermeté est également utilisée et certaines dérives dénoncées.

*« Faut des formes mais ça ne veut pas dire forcément gras non plus, faut pas confondre gros et rondeurs, on peut avoir des formes, ne pas être toute maigre mais ferme ».*

*« Ici, on préfère les femmes plus rondes mais c'est vrai que maintenant c'est trop aussi...*

*Car avant il n'y avait pas autant de gros ! »*

Ces normes de bien-être et d'esthétisme peuvent alors être difficilement conciliables.

Les rondeurs sont certes valorisées mais aussi clairement assimilées à la maladie ou du moins à la mauvaise alimentation. En effet, à la question « Pensez-vous avoir une bonne alimentation ? » beaucoup de femmes répondent négativement en justifiant cette réponse par leurs poids et leurs apparences.

*« Pensez-vous avoir une bonne alimentation ?*

*Non.*

*Pourquoi ?*

*Regarde-moi ! »*

*« Non je ne pense pas...*

*Pourquoi ?*

*Ben, à cause de mon poids ».*

## Les apports des sciences humaines à la compréhension des comportements alimentaires

---

Le traitement des entretiens a permis de caractériser certaines pratiques alimentaires (absence de petit-déjeuner, encas, dîner grignotage...) et aussi l'existence d'un décalage entre les normes revendiquées et les pratiques, ou encore entre les pratiques déclarées et celles supposées réelles. D'un côté, les normes médicales sont plutôt reconnues et acceptées mais d'un autre côté, les pratiques sont relativement non conformes aux recommandations. Des freins à l'adoption d'une bonne alimentation (cherté des fruits et légumes, accès à des produits malsain, isolement...) sont repérés par les femmes et les professionnels. Les connaissances actuelles des sciences humaines viendront préciser et compléter ces éléments d'explication. Trois principaux facteurs seront traités : les facteurs culturels, psychosociaux et physiques.

### Poids de la culture et des représentations

Les facteurs culturels ont dans la plupart des pays une très grande influence sur ce que les gens mangent, sur la manière dont ils préparent les aliments et sur leurs habitudes et leurs préférences alimentaires. De même, la culture influence la perception du corps et de ces critères de valorisation.

# 1. Les modèles alimentaires : les normes sociales régissent les préférences et les pratiques alimentaires

La culture est au sens général, le système de représentation qui permet aux individus de décoder les éléments de leur environnement en donnant du sens aux stimuli liés à la nature, aux objets et aux individus [11]. Les individus évoluent depuis leur plus jeune âge dans des environnements naturels, techniques, économiques et sociaux qui constituent les bases de leurs systèmes de représentation. Cet environnement est mémorisé et constitue une « sorte d'encyclopédie d'images mentales qui sont à la base de nos pensées, stockées sous de représentations potentielles » [12].

## a. Les goûts alimentaires

Tous les peuples ont des préférences et des aversions alimentaires ainsi que des croyances sur les aliments. Cependant, aucun critère objectif ou rationnel ne permet de définir ce qui est comestible ou non, ce qui est goûteux ou non. En effet, un plat considéré comme normal ou réputé par une société peut être jugé immangeable ou répugnant par une autre. De nombreux exemples en témoignent : consommation de cheval, de singe, d'insectes... La religion joue aussi un rôle important en interdisant certains aliments : les musulmans et les juifs ne mangent pas de porc alors que les hindous ne consomment pas de bœuf.

Le goût du mangeur n'est alors pas inné mais construit socialement. L'histoire, notamment à travers l'étude des livres de recettes, permet de pointer ces particularités [13]. Le goût des Français par exemple se distinguait de ces voisins au 14<sup>e</sup> siècle en ce qui concernait l'acide et le sucré : 63% des recettes de Viander de Taillevent comprenaient des ingrédients acides alors qu'on en trouve moins de 20% dans les livres anglais de la même époque et 19% dans les livres italiens. Les ingrédients doux, en revanche, étaient presque absents des livres français : sucre et miel apparaissaient dans moins de 8% des recettes, contre 19 à 50% dans les livres italiens et 49 à 68% dans les livres anglais analysés.

Dans le cadre de l'étude, le fait « d'aimer ou non » les légumes est souvent évoqué et interprété comme une préférence culturelle ou du moins d'éducation.

*« C'est vrai qu'avant de travailler à la cantine scolaire je ne pensais jamais à mettre des légumes dans le plat, ici, ça ne se fait pas trop ».*

*« Mais je me dis que c'est aussi une question d'éducation, car je vois bien, à la cantine, quand il y a des légumes et surtout les petits pois, il n'y a que les petits blancs qui en mangent... Donc je me dis que ça s'apprend aussi, il n'y a pas de raisons qu'ils aiment ça plus que nous ».*

L'apprentissage est en effet un moment décisif dans la construction du goût de l'individu. Comme la langue et d'autres apprentissages corporels, les apprentissages et la constitution des représentations alimentaires se font en grande partie au cours de l'enfance [14]. L'apprentissage de l'enfant s'effectue par observation des adultes (et en particulier de la mère) par imitation des pairs et par respect des normes dans un souci d'identification sociale.

Ainsi, le « goût » souvent considéré comme personnel et individuel résulte aussi de la culture et de préférences culinaires qui ne sont pas innées.

*« Moi je ne mange pas à la cantine, car je n'aime pas la manière dont c'est cuisiné. Ça n'a pas de goût, il n'y a pas d'épices, pas de couleurs (femme)».*

Dans tous les programmes visant à modifier un comportement alimentaire, il est important de se rappeler le contexte de l'enfance des individus qui a contribué à former leurs préférences. Il est ainsi plus facile d'accroître une consommation de légumes chez des adultes qui en ont beaucoup consommé dans leur enfance que chez des jeunes âgés de moins de 20 ans qui en ont peu mangé [15].

## b. Les formes et le nombre de prises alimentaires

Si aucun critère rationnel ne peut définir ce qui est bon ou mauvais, aucun critère scientifique ne permet de privilégier les formes (combinaison des aliments formant un repas) et le nombre de prises alimentaires. De nombreuses études ont cherché à savoir s'il existait un modèle optimal du point de vue nutritionnel, s'il existait une façon « idéale » d'organiser sa journée alimentaire ou encore de définir si le nombre de repas quotidiens était important. À l'heure actuelle, aucun argument décisif n'émerge en faveur d'une forme particulière de combinaison des prises alimentaires ni du point de vue de l'impact sur la prise de poids ou des effets sur la santé. « Les arguments expérimentaux et cliniques ne permettent pas actuellement de promouvoir ou déconseiller un plus grand nombre de repas si l'apport énergétique est identique » [16].

Un autre préjugé à déconstruire est alors le grignotage, souvent dénoncé et fortement culpabilisé, mais qui ne refléterait aucune réalité concrète. « Quand les repas sont simplifiés, les consommations hors repas n'ont pas de conséquences directes sur le poids » [17].

Ainsi, la norme des « trois repas par jour » du PNNS résulterait davantage du modèle français traditionnel construit sur plusieurs siècles que sur de normes médicales.

La sociologie a souvent « posé la question du savoir scientifique comme le résultat d'une série d'interactions entre les milieux de la recherche et les différents groupes de pressions politiques, économiques, consuméristes... » [18]. Pour cette raison, les fluctuations du discours nutritionnel doivent être renvoyées aux contextes sociaux de leur production et de leur diffusion.

Ce constat ne remet pas en cause la légitimité des prescriptions actuelles mais permet d'éviter une approche trop ethnocentrique (tendance, plus ou moins consciente, à privilégier les valeurs et les formes culturelles du groupe ethnique auquel on appartient). De ce fait, les conseils nutritionnels aux immigrés doivent intégrer qu'ils peuvent être interprétés comme une perte d'identité et donc rejetés [15], d'autant plus que les normes du pays d'accueil peuvent être contradictoires avec celles du pays d'origine. Le souci du maintien d'identité se traduit d'ailleurs généralement par un abandon des habitudes alimentaires d'origine à la seconde voire à la troisième génération et souvent après l'abandon de la langue.

Cependant dans le cadre de l'étude, les références culturelles étaient peu évoquées et on pouvait plutôt constater une certaine homogénéité des pratiques de femmes pour la plupart originaires de la Caraïbe (Haïti, République dominicaine et la Dominique).

## 2. Les dimensions sociales de l'obésité

De la Nouvelle-Zélande avec les Maoris à la Mauritanie où il existe des maisons d'engraissement et même une corporation de « gaveuse » [19], de nombreux exemples permettent de relativiser le modèle d'esthétique de minceur des sociétés dites développées. Cependant, l'image du « gros » et sa valorisation varient aussi dans le temps et à l'intérieur des cultures occidentales, ce qui pose donc la question de la construction sociale de l'obésité et de ses dérivés.

### a. L'évolution du rapport au corps : des rondeurs à la minceur idéale

Les perceptions du corps ont évolué au cours du temps. Au Moyen-âge, leur rareté fait des aliments un bien précieux et la rondeur signifie alors avoir de l'argent mais aussi être capable de résister aux famines. Les rondeurs sont donc valorisées et un idéal à atteindre. Le modèle de la minceur émerge au moment où se profile puis s'installe de façon durable l'abondance. Être gros devenant accessible à tout le monde, les valeurs s'inversent et l'obésité devient syno-



nyme de laisser-aller. Suivant le principe de différenciation sociale, la minceur devient alors le signe de prospérité, voire de richesse.

Avec la mise en place des congés payés en 1936, les départs massifs vers les plages et l'explosion des loisirs et des vacances, les normes corporelles sont redéfinies par rapport à un corps dénudé. Par la suite, peu à peu se développe l'association de la minceur et de la forme. Il ne suffit plus d'être mince, il faut être dynamique, plein de vitalité, bien dans son corps et dans sa tête.

Le corps devient le support personnel de l'individu et « pour distinguer un individu d'un autre, il faut un acteur d'individuation et c'est le corps qui va jouer ce rôle » [20]. Par le biais de son corps et la façon dont il le modèle, l'individu va montrer son identité, faire ressortir ses caractéristiques. La forme est souvent associée à la finesse, à la jeunesse et au dynamisme alors qu'être gros signifie la négligence et le manque de raffinement.

## b. De l'obésité comme problème moral à l'obésité comme problème médical : un risque de stigmatisation croissant

L'obésité a donc d'abord été posée comme un problème moral : le gros est celui qui mange plus que sa part, celui qui ne se contrôle pas [11]. Ensuite, face à son augmentation et au développement d'études épidémiologiques établissant des liens statistiques entre obésité et morbidité, celle-ci est devenue un problème médical. Les risques de l'obésité et du surpoids sur la santé viennent alors justifier la lutte contre l'obésité. Si la médicalisation peut être considérée comme une tentative de sortir de l'obésité d'une lecture moralisatrice, elle risque aussi de participer à la légitimation de phénomène de stigmatisation [21].

En effet, dès lors que l'obésité est une maladie, la personne devient un « malade », ce qui la place en position d'infériorité par rapport au groupe dominant « en bonne santé ».

Comme l'a décrit le sociologue américain E Goffman, la stigmatisation devient un véritable cercle vicieux lorsque la personne accepte et considère comme normaux les jugements négatifs qu'elle reçoit. S'engage alors une dépréciation personnelle qui débouche sur une altération de l'image de soi [22].

Le fait que, dans les études, les personnes obèses soient celles qui déclarent le plus manger équilibré et ne pas grignoter témoigne de cette intériorisation des normes et la culpabilité engendrée de ne pas les respecter. Cette culpabilité qui expliquerait alors ce discours contradictoire. Dans le cadre de l'étude, nous avons pu constater une sous-déclaration évidente des consommations admises comme « mauvaises » pour la santé, mais aussi du lien établi entre le corps gros et une mauvaise alimentation.

Cette stigmatisation ne relève pas uniquement du ressenti des personnes et des études ont mis en évidence des liens statistiques significatifs défavorables entre l'obésité et l'accès à l'enseignement supérieur, l'accès à l'emploi, le niveau des revenus et la promotion professionnelle [18].

### c. Limites et paradoxe de la médicalisation de l'obésité

Au-delà des risques liés à la stigmatisation des personnes considérées comme obèses, différents travaux mettent en avant les limites de cette médicalisation de l'obésité :

o **L'indice de masse corporel (IMC)** : un bon outil de communication pour les chercheurs mais pas toujours adapté. Face à la diversité des méthodes de mesure de l'obésité qui rendait difficile la réalisation de méta-analyses, le calcul de l'IMC<sup>2</sup> est devenu la référence internationale choisie par l'Organisation mondiale de la santé. Cependant, s'il est reconnu que cet indice est valide uniquement pour « les Caucasiens », de nombreuses études l'utilisent pour des populations d'autres types physiques ce qui a pour conséquence « d'écraser les variations anthropologiques qui constituent l'objet même de l'anthropologie » [23]

o **La courbe de mortalité cardiovasculaire** : Les arguments scientifiques les plus forts légitimant la médicalisation de l'obésité sont la mise en évidence des liens statistiques entre obésité et morbidité et surtout entre obésité et mortalité cardiovasculaire. Cependant, selon certaines études, l'état actuel des connaissances ne permettrait encore de bien faire la part avec les « facteurs confondants », c'est-à-dire des facteurs associés susceptibles d'agir simultanément voire même à la place de l'obésité : le tabagisme, l'alcoolisme, la sédentarité [18]. De même la précarité serait également un facteur à prendre en compte. L'obésité touche massivement les femmes les plus précaires. Les catégories présentent les taux de mortalité les plus importants (suivant un « gradient social ») et la sociologie de la santé a montré que les difficultés d'accès aux soins de cette population expliquaient en partie cette surmortalité [24]. De plus, la perte de poids a certes des effets immédiats pour certaines maladies comme le diabète mais il n'a pas été prouvé que perdre du poids inverse la probabilité de mortalité. Enfin, le succès très relatif sur le court terme et nettement mauvais sur le long terme des différents traitements visant la perte de poids et surtout les multiples formes de régimes (restrictions cognitives) constitue une autre limite [25]. Aussi, certains chercheurs s'interrogent sur la pertinence d'un discours de santé publique sur la perte de poids, notamment pour les personnes en surpoids uniquement et non obèses. Selon eux, le risque est « de passer de la lutte contre l'obésité, à la lutte contre le surpoids et de voir le discours médical venir légitimer une recherche obsessionnelle de la perte de poids » [18]. Risque renforcé si l'on estime que l'apparition des troubles alimentaires est notamment liée à la coexistence paradoxale de la profusion alimentaire et du culte de la minceur. À l'heure actuelle, il y a, en France hexagonale, autant de personnes « maigres » ou de « poids normal » (46%) que de personnes « en surpoids » ou « obèses » (54%) parmi les personnes qui souhaitent maigrir [15].

## Le poids des émotions

La psychologie du mangeur est également un élément important expliquant la variabilité des comportements alimentaires. Si les travaux existant sur ce sujet attestent de l'influence décisive des facteurs psychologiques, cette influence est aussi modulée par d'autres caractéristiques individuelles de chaque individu. C'est pourquoi les relations de causes à effet restent difficiles à établir [4].

### a. Le stress et l'angoisse, facteurs de dérégulation des comportements alimentaires

Face à des situations de stress et/ou d'angoisse, le fait de manger peut diminuer une tension émotionnelle mais aussi combler un manque affectif. Ce système de régulations des émotions peut alors provoquer une impulsivité de consommation et aboutir à une prise de poids. Cependant si l'alimentation peut calmer les angoisses, elle peut aussi en générer.

<sup>2</sup> Calculé en divisant le poids (en kilogramme) par la taille (en mètre) au carré

La médiatisation de l'alimentation (renforcée ces dernières années avec l'accumulation de crises sanitaires) participe à ce que Fischler appelle « la cacophonie alimentaire », caractérisée par l'inflation d'injonctions contradictoires [11]. En parallèle, une autre caractéristique de la modernité alimentaire est la transformation du processus de décision avec une individualisation du choix. Cet espace de liberté peut alors générer des angoisses, les personnes devenant responsables de leurs choix et par conséquent de ce qu'ils sont.

La surconsommation de produits se porte prioritairement sur des aliments palatables (c'est-à-dire agréable au goût), car ces produits sont susceptibles d'apporter rapidement une récompense qui aura tendance à diminuer le stress. Les aliments gras et surtout sucrés (et à moindre mesure salés) sont alors privilégiés et agissent comme un « système en boucle où le plaisir perçu entraîne le désir de consommation, avec une atténuation de la perception des signaux du rassasiement, et donc une surconsommation de ces produits très énergétiques » [4].

En effet, la composition nutritionnelle de l'aliment a un impact sur la satiété et la texture de l'aliment influence la quantité ingérée. Un aliment à indice glycémique fort aura tendance à stimuler l'appétit et favorise alors un apport énergétique important. De même, plus un aliment est facile à consommer et nécessite une faible mastication, plus l'apport énergétique est important. Les aliments gras et sucrés ont alors tendance à provoquer un cercle vicieux de consommation.

Les propriétés des aliments peuvent alors perturber les régulations physiologiques de l'individu, principalement la faim et la satiété.

Cette relation à ce type d'aliments est clairement ressortie des entretiens. Une fois, leurs consommations « consenties », les femmes leur ont attribué trois principales caractéristiques :

**o Des aliments « plaisirs » :** agréable au goût, manger des produits gras et/ou sucrés apporte avant tout une satisfaction sensorielle (« *c'est bon tout simplement !* »), mais peut aussi être associé à des moments de convivialité (« *Le week-end, quand on va être tous ensemble on va prendre un gâteau* ») ou marqué une temporalité (« *Le dimanche, après l'église, je vais me prendre une glace* »).

**o Des aliments « accessibles » :** la disponibilité d'un produit favorise son achat, d'autant plus quand ils sont peu coûteux. Ainsi, dans une situation de difficultés financières, acheter ce type de produits est aussi un moyen de se faire plaisir à moindre coût. (« *Et puis ce n'est pas très cher aussi... Alors on ne va pas forcément se restreindre. On fait déjà attention sur plein de choses...* »)

**o Des aliments « réconforts » :** si cet aspect ne vaut pas pour l'ensemble des femmes, certaines le citent comme élément d'explication à leurs consommations, notamment en situation de stress (« *Quand je suis stressée ou pas bien je vais plus manger des sucreries* »), mais aussi en lien avec une certaine forme de nostalgie. En effet, la consommation de ces produits, principalement dans l'enfance, est associée à des moments de joie et en manger rappelle ces souvenirs. (« *Et puis ça me rappelle quand j'étais petite. À l'époque on ne pouvait pas en manger beaucoup, car on n'en trouvait pas si facilement et c'était plus cher alors c'était la fête !* »). Ces produits pourraient alors certes être réconfortants mais aussi combler des frustrations antérieures. (« *Il n'y en avait pas à la maison quand j'étais petite alors quand j'ai pu en acheter, je me suis rattrapée !* »).

Les éléments d'explication donnés par les femmes illustrent bien ce cercle vicieux : la difficulté de résister à des aliments jugés bons et réconfortants à moindre coût, d'autant plus quand la situation économique et sociale mais aussi personnelle est dure à vivre. Ce raisonnement à tendance à renvoyer au « manque de motivation » évoquée par les femmes. Si la tentation existe pour tout le monde, nous ne sommes cependant pas tous égaux pour y résister. Les compétences psychosociales des individus jouent un rôle essentiel.

## b. L'importance des compétences psychosociales

L'organisation mondiale de la santé (OMS<sup>3</sup>) définit des compétences psychosociales comme la capacité d'une personne à répondre avec efficacité aux exigences et aux épreuves de la vie quotidienne. C'est l'aptitude d'une personne à maintenir un état de bien-être mental, en adaptant un comportement approprié et positif, à l'occasion des relations entretenues avec les autres, sa propre culture et son environnement. Les compétences psychosociales ont un rôle important à jouer dans la promotion de la santé dans son sens le plus large, en termes de bien-être physique, mental et social. Plus particulièrement quand les problèmes de santé sont liés à un comportement, et quand le comportement est lié à une incapacité à répondre efficacement au stress et aux pressions de la vie, l'amélioration de la compétence psychosociale pourrait être un élément dans la promotion de la santé du bien-être, puisque les comportements sont de plus en plus impliqués dans l'origine des problèmes de santé ».

Une liste de dix compétences psychosociales, ayant la prétention d'être transculturelle, a été établie et ces compétences sont présentées par couple :

- Savoir résoudre les problèmes - savoir prendre des décisions
- Avoir une pensée créatrice - avoir une pensée critique
- Savoir communiquer efficacement - être habile dans les relations interpersonnelles
- Avoir conscience de soi - avoir de l'empathie pour les autres
- Savoir gérer son stress - savoir gérer ses émotions

Cette approche éducative entend redonner une dimension sociale souvent oubliée dans les programmes de santé publique, notamment en renforçant l'estime de soi.

Quand on vise la modification d'un comportement, cette question est essentielle, car elle détermine en partie ce comportement, principalement en santé. L'estime de soi indique dans quelle mesure un individu se croit capable, valable et important. Un manque d'estime de soi est une expérience subjective qui se traduit verbalement mais aussi par des comportements significatifs, tels que les processus de désaffiliation ou disqualification sociale. Ces problématiques inhérentes à la précarité sont des processus de décrochage par rapport aux grandes régulations collectives qui mettent les individus dans des situations « d'incapacité à agir » [26]. La crise du statut social qu'entraîne l'entrée dans la précarité peut se traduire par des sentiments d'infériorité sociale, de dévalorisation sociale qui n'incitent pas à prendre soin de soi. De même, selon l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES), la relation entre le médecin et le patient est l'un des quatre facteurs de renoncement aux soins [27]. Les discours médicaux peuvent également être différemment bien appréhendés selon le niveau d'éducation. En effet, selon le sociologue Boltanski « la fréquence et l'intensité des relations que les malades entretiennent avec le médecin croissent quand on s'élève dans la hiérarchie sociale, c'est-à-dire quand diminue la distance sociale entre le médecin et son malade. Ainsi, les membres des classes supérieures qui appartiennent par définition, à la même classe que leur médecin ou encore au même « milieu »... entretiennent avec lui des rapports de familiarité. Ils parlent le même langage, ont les mêmes « habitudes mentales », utilisent des catégories de pensées similaires, bref ont subi l'influence de la même « force formatrice d'habitude » qui est en l'occurrence le système d'éducation » [28].

Le niveau de diplôme est notamment le principal facteur dans la détermination des pratiques alimentaires favorables à la santé : le taux d'obésité est en effet, trois fois plus élevé chez les personnes d'un niveau d'instruction équivalent à l'école primaire (24%) que chez les diplômés d'un troisième cycle d'études supérieures (7%) [6].

De manière générale, l'expérience de la précarité est un frein majeur aux comportements positifs de santé et aux recours aux soins. Si la notion de santé est aujourd'hui souvent associée à celle d'un « capital » qu'il faudrait préserver, celle-ci peut ne pas être une priorité pour les personnes précaires. Les impératifs du quotidien, notamment le logement et la nourriture, passent au premier plan.

<sup>3</sup> Pour en savoir plus : <http://www.who.int/fr/>

## Le poids des contraintes extérieures

Enfin, il est nécessaire de replacer les comportements alimentaires dans leur contexte (temps, lieu, espace...). En effet, ces derniers dépendent aussi de contraintes extérieures auxquelles ils ne peuvent échapper : la disponibilité des aliments, les contraintes budgétaires et temporelles.

### a. La disponibilité alimentaire

Les choix d'approvisionnements et de préparations culinaires dépendent de l'offre provenant du système de distribution qui détermine les produits disponibles (quantités selon le lieu, les saisons...) et leurs caractéristiques (qualités, prix...). De même, l'approvisionnement dépend aussi de la proximité et du type de lieux d'achat présents dans l'environnement de la personne : marchés, supermarchés...

Ces contraintes ressenties et exprimées par les femmes et les acteurs rencontrés sont les éléments d'explication aux freins à l'adoption d'une bonne alimentation.

Saint-Martin est notamment caractérisée par la coexistence avec la partie néerlandaise où l'importation de produits venant des États-Unis d'Amérique est importante. Certains produits interdits en France sont donc accessibles à Saint-Martin, comme certaines boissons énergisantes.

De plus, il y a beaucoup de ventes à emporter, de structures proposant des grillades et d'alimentation type fast-food. Une étude réalisée auprès de 500 000 jeunes californiens a permis de démontrer de manière significative le lien entre la présence de fast-food à proximité des écoles et la probabilité d'être obèse [4].

Le marketing employé par la grande distribution affecte également le consommateur à court terme. L'effet de présentation, la marque, le format, l'information présente sur l'emballage, le placement du produit sur le lieu d'achat sont autant d'éléments qui vont favoriser le choix d'acheter tel ou tel produit.

La responsabilité de l'industrie agroalimentaire est pointée par les professionnels qui regrettent un manque de contrôle des pouvoirs publics sur la qualité, la composition et la fabrication des produits.

### b. Les contraintes budgétaires

Le revenu du ménage et le coût des aliments sont des facteurs importants influençant le choix des aliments, en particulier pour les consommateurs à faible revenu. Les consommations alimentaires restent en France socialement inégalitaires.

La faiblesse des revenus est en effet un autre facteur déterminant l'adoption de pratiques alimentaires néfastes à la santé or Saint-Martin s'illustre par une précarité importante. En France hexagonale, l'obésité concerne 18% des adultes vivant dans un foyer aux revenus inférieurs à 1200 euros contre 5% de ceux qui ont un revenu mensuel supérieur à 5031 euros [6].

Le coût des denrées alimentaires est effectivement plutôt défavorable à l'équilibre alimentaire : les aliments dont il est conseillé d'augmenter la consommation pour préserver sa santé (fruits, légumes, poissons) sont chers alors que les produits gras et/ou sucrés caloriques sont peu coûteux [29]. À partir de données des ménages, des études montrent également que « lorsque le prix moyen des produits dans un groupe d'aliments donné varie, sa part budgétaire est affectée et cela se traduit par un report vers d'autres catégories aux attributs nutritionnels similaires » [4]. Lorsque le prix augmente, sa consommation diminue et inversement. Une expérience américaine a alors démontré que la baisse du prix des fruits frais proposés dans les distributeurs automatiques à l'école a augmenté leur vente [4].

Cet argument a souvent été employé pour justifier les choix alimentaires. Si les professionnels indiquaient davantage la cherté des fruits et légumes comme frein à leurs consommations, les femmes expliquaient plutôt qu'elles achetaient « ce qui n'est pas cher ».

Des travaux basés sur des simulations indiquent que « confrontés à la triple contrainte d'absorber suffisamment d'aliments à un coût raisonnable en respectant les normes sociales en matière de goûts alimentaires, les ménages les plus pauvres n'ont d'autres choix que d'adopter un régime composé d'aliments denses en calories, riches en graisse et sucres ajoutés, et relativement pauvres en micronutriments » [4]. Ce propos illustre bien les attentes parfois paradoxales des femmes évoquées en première partie : un équilibre souhaité, une satiété recherchée mais déterminée par le prix et le plaisir.

### c. Les contraintes liées au temps

Si les choix des consommateurs sont limités par leur budget et leur appartenance sociale, ils sont également contraints par le temps consacré aux achats, à la préparation des repas et à l'acte même de manger. L'organisation du travail impacte alors indirectement ces choix. En effet, la hausse du travail féminin, corrélée à l'industrialisation de l'alimentation, a fortement contribué aux modifications des pratiques alimentaires : repas pris « hors domicile », plats préparés...

Certaines femmes évoquent cette contrainte, « *La semaine, je travaille alors je n'ai pas vraiment le temps de cuisiner... Mais le week-end, j'essaie de me rattraper !* »

À l'inverse, on a pu constater que l'inactivité professionnelle, couplée à une situation d'isolement, pouvait également être un frein à l'acte de cuisiner. L'absence de motivation, la déstructuration des repères et le désintérêt des repas induit par cette situation expliquent alors cette situation.

## Conclusion

---

Soumises à de nombreuses influences et contraintes, les pratiques alimentaires d'une société sont complexes à définir. L'acte de manger ne répond pas uniquement au besoin de satisfaire un besoin biologique, mais se trouve « au carrefour de l'affectif, du culturel et du social » [30]. De nombreux facteurs influencent les choix alimentaires : des déterminants biologiques (la faim), des déterminants culturels (le goût, les formes et prises alimentaires), des déterminants psychologiques (le stress, l'émotion), des déterminants sociaux (l'isolement, l'éducation), mais aussi des déterminants économiques (le revenu, le coût) et physiques (l'accessibilité, la disponibilité).

Cette étude devait cibler une population de femmes saint-martinoises plutôt précaires. Finalement, notre étude s'est déroulée en milieu hospitalier sur des femmes vivant à Saint-Martin majoritairement d'origine étrangère. Un tiers de la population de Saint-Martin est d'origine étrangère. Ciblant les femmes vivant à Saint-Martin en situation de précarité, l'étude a permis d'identifier certaines pratiques alimentaires de cette catégorie de la population dont les principales caractéristiques sont une composition et un nombre de repas différents des recommandations nutritionnelles par le PNNS et une alimentation peu diversifiée.

Les entretiens ont également montré l'existence d'un certain décalage entre les normes (ce que les femmes pensent devoir faire) et les pratiques (ce qu'elles font). Le poids des normes médicales imprègne la façon de penser des femmes (nécessité de manger équilibré), mais peut être difficilement conciliable avec leurs besoins (être rassasié), leurs envies (se faire plaisir), et les contraintes extérieures (le prix, la disponibilité). Ces difficultés sont renforcées quand les valeurs associées à cette norme médicale (être mince) ne correspondent pas à celles des femmes (les rondeurs). La probable sous déclaration des produits gras et sucrés et le fait d'associer une image valorisée (un corps rond) à un comportement négatif (avoir une mauvaise alimentation) traduisent la complexité des relations entre l'alimentation, la santé et le rapport aux corps et induisent la stigmatisation et la culpabilité ressenties par ces femmes.

Cette situation témoigne également de la difficulté de modifier ces comportements alimentaires. Les diverses recommandations nutritionnelles postulent de manière implicite de l'existence d'un mangeur « libre de ses choix » et rationnel dans ces décisions. Or les décisions alimentaires ne sont « ni des décisions individuelles ni des décisions rationnelles et simples » [16], mais dépendent de nombreux autres facteurs.

Les principaux facteurs sociaux associés à des comportements jugés néfastes pour la santé sont nombreux et principalement liés à la précarité : les limites économiques, l'isolement et la déstructuration sociale, le fait d'accorder une moindre importance à la santé, le manque d'estime de soi et de projection dans l'avenir et une plus forte exposition et sensibilité à la publicité [4].

Plus complexes, les facteurs culturels ont été plus difficilement identifiables et nécessiteraient une étude plus approfondie. Cependant, les traditions culinaires (faible présence de légumes, utilisation de la friture...) et le rapport au corps évoqué précédemment favorisant la rondeur pourraient être des éléments d'explication.

Face à ces constats (relativisme des normes d'esthétisme et des pratiques alimentaires) et à la médicalisation croissante de l'alimentation (tendance à réduire l'alimentation à sa seule dimension nutritionnelle), les études sur ce sujet préconisent la prise en compte de la dimension culturelle et sociale dans les recommandations nutritionnelles. De même, afin de lutter contre toute forme de stigmatisation, il convient de ne pas confondre connaissances scientifiques et représentations morales.

# Quelques pistes de réflexion en termes de prévention

---

L'impact des campagnes de promotion de la santé nutritionnelle est difficile à évaluer, mais quelques limites sont désormais reconnues :

- Les campagnes d'information « grand public » atteignent surtout les catégories déjà sensibilisées au lien nutrition et santé
- La connaissance des messages de prévention ne suffit pas à la modification de comportement

Deux principales visions se sont opposées concernant la part de responsabilité des individus et celle liée aux déterminants extérieurs dans l'adoption de pratiques alimentaires. Cette opposition s'est traduite par des stratégies d'interventions différentes : actions ciblant les facteurs individuels (améliorer les connaissances, changer les attitudes, motivations...) ou l'environnement de l'individu (prise en compte des particularités, améliorer la disponibilité des produits favorables à la santé, mettre en place des politiques de prix...).

Cependant, la diversité des facteurs déterminants les comportements alimentaires fournit de nombreux outils d'intervention et des leviers compatibles entre eux : les campagnes d'information génériques, les interventions ciblées prenant en compte les individus et leur contexte socioculturel, mais aussi les interventions sur l'offre alimentaire.

Il est alors conseillé :

## **- D'adopter des stratégies de communication combinant ces différents outils :**

- Les campagnes « grand public » relevant du PNNS et des relais locaux auxquels s'identifient les habitants de Saint-Martin.
- Dans le contexte multiculturel saint-martinois, il est utile de tenir compte des origines de chacun et d'adapter une vision occidentale du « bien manger » à un environnement caribéen souvent influencé par le modèle alimentaire américain.
- L'éducation thérapeutique des patients ou le marketing social. L'éducation thérapeutique du patient vise à aider de maladies chroniques (tel le diabète) à acquérir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec la maladie. Les aspects de confiance en soi sont essentiels et la gestion du stress importante. Les résultats à long terme semblent probants.

**- D'encourager l'amélioration de la qualité nutritionnelle des aliments :** L'intervention publique sur l'offre alimentaire reste rare, mais le PNNS 2 a notamment permis de proposer aux entreprises de s'engager dans des chartes de progrès nutritionnel. Comment intervenir efficacement dans la configuration de l'île où les échanges entre les parties hollandaise et française sont constants ?

**- D'améliorer la disponibilité des produits favorables à la santé (fruits et légumes) :** Les actions consistant à mettre en évidence ces produits directement auprès du consommateur sont concluantes, particulièrement auprès des enfants dans le cadre scolaire parmi lesquels une augmentation de la consommation de fruits frais semble s'amorcer. Cependant, deux nuances doivent être apportées : ces actions modifient rarement la consommation de légumes et sont globalement plus efficaces lorsqu'elles sont menées sur des sites clos (lieu de formation, travail).



Quelques exemples d'actions pour améliorer l'alimentation en direction des populations défavorisées dont certaines sont issues d'un rapport de l'INRA [4] :

**- S'adresser à de groupes cibles :** La technique des « focus groups » est largement employée dans les pays anglo-saxons et permet d'identifier les attentes et les perceptions d'un groupe cible d'adapter le message en conséquence. Les interventions auprès des femmes agissent sur le comportement alimentaire familiale et notamment celui des enfants. Il est important d'agir et de sensibiliser le plus tôt possible, car les habitudes alimentaires une fois établies, deviennent plus résistantes aux changements.

**- Diffuser des messages appropriés en s'inspirant d'expérimentations réussies :** Par exemple, à l'issue d'une étude réalisée chez 1826 sujets il apparaît que cibler la diminution de consommation d'aliments très énergétiques (snacking, boissons sucrées) ait un impact plus fort qu'une stratégie ayant pour objectif l'augmentation de fruits et légumes.

**- S'appuyer sur les réseaux et relais de proximité :** En améliorant le taux d'adhésion des personnes ciblées au programme proposé, les actions centrées sur l'alimentation sont plus efficaces si elles s'inscrivent dans une approche de santé communautaire, car elles intègrent les valeurs et les représentations de la communauté en s'appuyant sur les réseaux (formels ou informels) existants.

- Développer en milieu associatif et dans les communautés des ateliers-cuisine. Organisés en Guadeloupe par les structures intervenant dans l'aide alimentaire, ils permettent aux bénéficiaires de sortir de leur isolement de rencontrer d'autres femmes et donner de la valeur ajoutée parfois insoupçonnée aux aliments tout alliant plaisir et respect de l'équilibre nutritionnel.

**- Agir sur le prix des produits alimentaires :** les politiques de taxation globales (comme la « fat tax ») visant à augmenter le prix des corps gras ou une politique visant à baisser le prix des produits qualifiés de « sains » (fruits et légumes frais) ne semblent pas efficaces pour les catégories les plus défavorisées. Une étude expérimentale en France a en effet permis de constater que la baisse du prix des fruits et légumes améliorerait certes la qualité nutritionnelle des choix alimentaires des personnes défavorisées, mais avec un impact moindre que pour le reste de la population. De même, les politiques d'aide directe aux familles pauvres menées aux États-Unis d'Amérique entraînent une augmentation de la consommation des produits céréaliers, mais pas des aliments reconnus comme « sains ». Cependant, les bons d'achat distribués spécifiquement pour les fruits et légumes donnent des résultats probants.

# Bibliographie

---

1. Observatoire régional de la santé de Guadeloupe. Surcharge pondérale, surpoids et obésité à l'entrée au cours préparatoire- Guadeloupe et Iles du Nord- Année scolaire 2011-2012, ORSaG, 2013, 6p
2. Ricour JM., Cornely V. Approche de la surcharge pondérale, du surpoids et de l'obésité à Saint-Martin (et Saint-Barthélemy), Janvier 2012, 4p
3. Poulain JP. Combien de repas par jour ? Normes culturelles et normes médicales en Polynésie Françaises, Journal des anthropologues, 2006, 16p
4. Etievant P., Bellisle J., Etite F., Guichard E., Pallida M., Romon-Rousseaux (éditeurs). Les comportements alimentaires : quels sont les déterminants ? Quelles actions, pour quels effets ? INRA, Expertises collectives, Juin 2010, 277 p
5. Observatoire régional de la santé de Gaudeloupe. La CGSS et la protection sanitaire et sociale à Saint-Martin. ORSaG, Juillet 2012.
6. Inserm/ TNS Healthcare/ Roche. ObEpi 2009. Enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité. Inserm/ TNS Healthcare/ Roche. 2009, 56p
7. Benhaddouche A., Valadou P. Saint-Martin, une communauté riche de sa diversité, Antiane, n°72, Janvier 2010, 4p
8. Brousseau A., Gaignier C. Les pratiques alimentaires des français : du discours à la réalité. Crédoc. Cahier de recherche n° 179. Novembre 2002, 83p
9. Mathé T., Pilorin T., Hébel P. Du discours nutritionnel aux représentations de l'alimentation, Crédoc, Cahier de recherche n° 252, Décembre 2008, 68p
10. Poisson D. L'alimentation des populations modestes et défavorisées. État des lieux dans un contexte de pouvoir d'achat difficile, www.lemangeur-ocha.com, mise en ligne le 19 novembre 2009, 21p
11. Fischler C. L'H'omnivore : le goût, la cuisine et le corps. Odile Jacob, 1990
12. Damasio A. L'erreur de Descartes : la raison des émotions, Paris, Odile Jacob, coll. Sciences, 1995
13. Flandrin J-L. Histoire du goût. www.lemangeur-ocha.com, 2p
14. Birch L., Fischer A. The role of experience in the development of children's eating behavior. The psychology of eating, Etats-Unis, British Library, 1996
15. Lambert J-L., Poulain J-P. Les apports des sciences humaines et sociales à la compréhension des comportements alimentaires. La santé de l'homme, n° 358, mars-avril 2002, 4p
16. Poulain J-P. Manger aujourd'hui. Attitudes, normes et pratiques. Editions Privat, Paris, 2002
17. Apeldorfer G. Je mange donc je suis. Surpoids et troubles alimentaires. Paris, Editions Payot, 1991
18. Inserm. Obésité : dépistages et prévention chez l'enfant. Rapport, Expertise collective Paris, Les éditions Inserm, 2000, 96p
19. Chipeeaux C. Des mutilations, déformation, tatouages rituels et intentionnels chez l'homme. Histoire des mœurs, Poirier J, Editions Gallimard, Paris, 1990
20. Boltanski L, Les usages sociaux du corps, in Annales, n°1, 1971
21. Conrad P., Schneider JW. Deviance and medicalization : from badness to sickness. Temple University Press, Philadelphia, 1992
22. Goffman E. Stigmates, les usages sociaux des handicaps, Edition de Minuit, Paris, 1975
23. Hubert A. Adaptabilité humaine : biologie et culture. Du corps pesant au corps léger : approche anthropologique des formes. Diét méd, 1997
24. Drulhe M. Santé et société. Le façonnement sociétal de la santé. PUF, Paris, 1996
25. Apfeldorfer G. Maigrir, c'est fou, Odile Jacob, Paris, 2000
26. De Gaujelac V. Les sources de la honte. Edition Desclée de Brouwer, 1996, 315p
27. Despres C., Dourgnon P., Fantin R., Jusot F. Le renoncement aux soins : une approche socio-anthropologique. Question d'économie de la santé, n°169, Octobre 2011, 8p
28. Rode A. Le non-recours aux soins des populations précaires. Construction et réception des normes. ODENORE. IEP Grenoble (thèse), 2010, 507p
29. Darmon N. Manger équilibré pour 3,5 euros par jour : un véritable défi, la santé de l'homme n°402, Juillet 2009, p13-15
30. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. Alimentation atout prix, Saint-Denis, Ineps, 2005, 16p





Observatoire régional  
de la santé de Guadeloupe

1301, Cité Grain d'Or  
Circonvallation  
97 100 Basse-Terre  
Tel : 0590 387 448  
Fax : 0590 387 984

Courriel : [orsag@wanadoo.fr](mailto:orsag@wanadoo.fr)  
Site internet : <http://www.orsag.fr/>

FINANCEMENT



MARS 2015