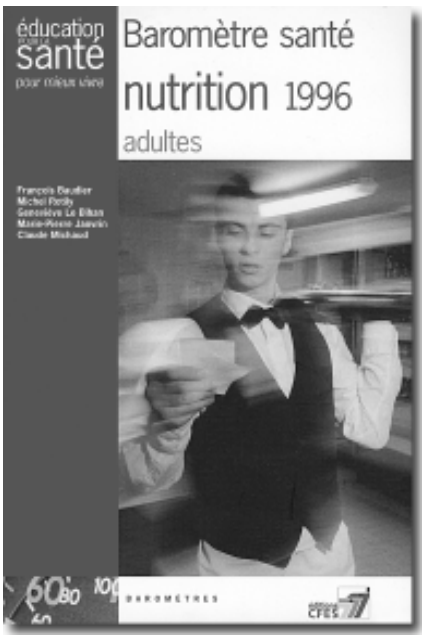
études

Baromètre santé nutrition adultes 1996 **Principaux résultats**

De la variété des choix alimentaires dépend l'équilibre de notre assiette. En la matière, les Français bénéficient d'une offre riche et diversifiée. Mais, concrètement, que mangent-ils tous les jours ? Comment organisent-ils leurs repas ? Où mangent-ils, avec qui, en combien de temps ? De l'épicerie rurale aux hypermarchés de la périphérie urbaine, quels sont leurs lieux d'achat ? Que savent-ils sur ce qu'ils mangent ? Comment s'informent-ils ? Que croient-ils ? Qui croient-ils ? Entre tradition et nouveauté, comment s'opèrent leurs choix et leurs préférences ?



Dans le contexte spécifique aux pays du Nord, la France a toujours eu une place particulière. Riches de leur patrimoine alimentaire et de la diversité de leurs habitudes[1], les Français ont, en effet, des comportements nutritionnels qui interrogent la majorité des observateurs[2].

D'un diagnostic alarmiste (les Français mangent et boivent en dépit du bon sens en transgressant les règles élémentaires de santé), on est donc passé à un discours très conservateur et protecteur, mettant en avant la solidité des traditions alimentaires dans notre pays et l'absence de preuves scientifiques décisives pour promouvoir de nouvelles habitudes alimentaires[3].

Face à une telle situation, les décideurs politiques et la population sont en attente. Attente d'une vision plus claire de :

1. la réalité alimentaire des Français,
2. quelques repères simples pour équilibrer au quotidien leur nourriture,
3. une culture scientifique et technique qui leur permettrait d'avoir une autonomie de jugement sur l'information.

Les objectifs du Baromètre nutrition sont donc les suivants :

- apprécier la qualité et la périodicité des aliments consommés,
- déterminer le rythme et la structure des repas,
- mesurer quelques comportements alimentaires liés à l'environnement : l'attachement à la tradition, la convivialité, le grignotage…
- permettre de dégager parmi la population française certains profils alimentaires,
- explorer quelques thèmes liés à la perception de l'alimentation,
- relier les variables nutritionnelles à d'autres comportements de santé, et à d'autres éléments de la santé globale.

Méthodologie

La méthodologie retenue est celle d'une enquête téléphonique auprès de personnes choisies de manière aléatoire. Les procédures d'échantillonnage et

Réalisation

Le Baromètre santé nutrition 1996 a été réalisé à l'initiative du Comité français d'éducation pour la santé (CFES) en collaboration avec le Centre de recherche et d'information nutritionnelles (Cerin). Les équipes qui ont travaillé sur cette étude sont :

- le département Stratégie et Études du Comité français d'éducation pour la santé,
- l'Observatoire régional de la santé de Provence-Alpes-Côte-d'Azur (ORS Paca),
- le Comité régional d'éducation pour la santé du Languedoc-Roussillon (Cres Languedoc-Roussillon),
- le Comité départemental d'éducation pour la santé du Doubs (Cdes 25).

L'Institut BVA a effectué le recueil des données et l'association Safrane (sensibilisation, animation, formation, recherche en alimentation et nutrition en rapport avec l'environnement) a assuré la codification des aliments.

d'enquête sont communes aux différents Baromètres[4, 5, 6, 7].

Le questionnaire se composait principalement d'un rappel de 24 heures (consommation alimentaire des personnes interrogées au cours des dernières 24 heures), de questions de fréquence de consommation de certains aliments et d'une exploration des opinions, attitudes et connaissances des Français sur la santé et la nutrition.

Le terrain a eu lieu du 22 janvier 1996 au 16 février 1996 auprès d'un échantillon national représentatif constitué de 1 984 adultes âgés de 18 à 75 ans. Le taux de refus global s'est élevé à 28 %.

Au total, mille heures d'interviews ont été réalisées, trois cent mille questions ont été posées et plus de vingt-cinq mille aliments ont été codifiés.

Principaux résultats

La lecture des principaux résultats du Baromètre santé nutrition peut se faire de deux manières : en mettant systématiquement en relief soit les facteurs favorisant un certain déséquilibre alimentaire et une modernité mal comprise (par exemple, des repas moins structurés parmi les plus jeunes, des apports moins importants en fruits et en légumes …) ou, au contraire, ceux qui soulignent la permanence de certaines habitudes de vie et enracinent les Français dans un conservatisme paradoxal (par exemple, le repas de midi pris très majoritairement à la maison, la soupe consommée tous les jours par plus d'un tiers des Français…) (figure 1).

Entre ces deux extrêmes, il est certainement possible de trouver une voie médiane qui soit plus conforme à la réalité des choses et situe l'alimentation des Français dans une trajectoire qui, tout en intégrant la tradition, laisse place à certaines évolutions.

« Dans ce contexte, la dichotomie classique traditionnelle/modernité n'est pas opérante. La société française, pour évoluer dans le sens qui lui est propre, a intégré une part de valeurs traditionnelles en les revalorisant, en les réactualisant et en les resignifiant »[8].

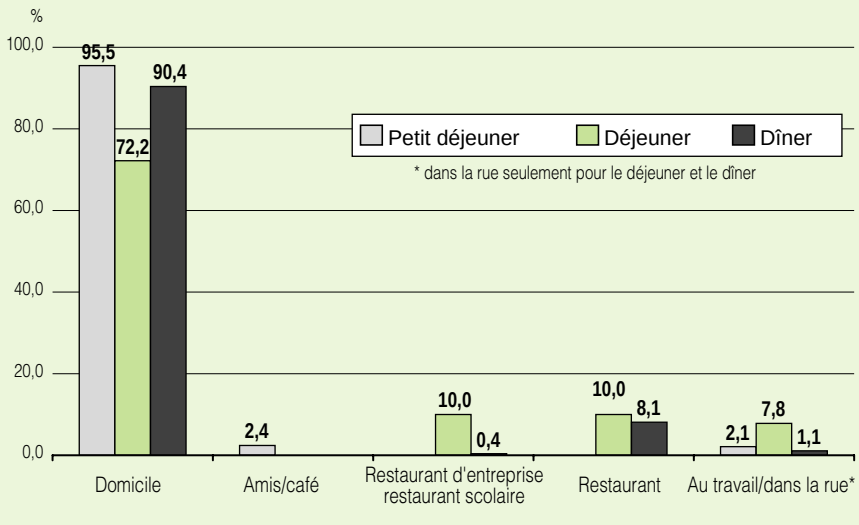
Le sexe

Être « un homme » ou « une femme » est un fort déterminant par rapport à ces pratiques alimentaires[9].

Les femmes ont une approche plus pragmatique de l'alimentation. Elles se sentent à la fois plus concernées par tout ce qui relève des aspects très concrets de la nutrition (faire les courses, préparer à manger, tenir le budget, etc.), mais elles ont aussi des connaissances plus précises dans ce domaine. Elles intègrent plus fortement que les hommes la dimension santé. D'ailleurs, ces connaissances théoriques (savoir) et cette pratique (savoir-

Figure 1

Principaux lieux où les Français prennent habituellement leurs trois repas (matin, midi et soir) (pourcentage de Français)



faire) se traduisent dans les faits par un modèle de consommation alimentaire (savoir être) plus en accord avec les recommandations concernant la prévention, par exemple des maladies cardio-vasculaires et du cancer (moins de viandes et d'alcools, plus de poissons et de produits végétaux…)[10, 11].

L'âge

L'autre facteur qui apparaît comme fortement discriminant est l'âge.

Pourtant, l'interprétation que l'on peut donner de ces analyses doit être très prudente. En effet, les variations de certaines pratiques alimentaires, en 1996, selon qu'il s'agit des jeunes, de leurs parents ou de leurs grands-parents, sont-elles liées à « l'âge » ou à « la génération » ?

En d'autres termes, une structuration plus forte des repas selon que l'on avance en âge correspond-elle à un phénomène récurrent que l'on observe génération après génération, ou à une évolution caractéristique de ces dernières années ? (figure 2).

Seule l'observation barométrique de l'évolution des habitudes alimentaires des Français permettra de répondre à cette question essentielle[12].

Il est certain que les jeunes ont à la fois des connaissances plus solides en matière de nutrition, et une vision plus hédoniste et moins médicalisée. Par ailleurs, ils mangent moins de fruits (surtout parce qu'ils finissent moins systématiquement leurs repas par ce groupe d'aliments)[13] (figure 3) et sont plus attirés par certains produits à forte teneur en matières grasses ou en sucre (figure 4). Cette consommation se fait dans un contexte où les repas occupent certes une place encore très importante (et donc très certainement structurante sur le plan de l'équilibre alimentaire), mais assez différente de celle qu'elle occupe chez les autres générations[14] : le petit déjeuner, lorsqu'il est pris, est plus diversifié (figure 5), les aliments « tout prêts » sont plus utilisés, les deux principaux repas comportent moins souvent une succession de quatre plats (entrée, plat principal, fromage et dessert) (figure 2), la collation de l'après-midi est plus fréquente (survivance du goûter ou multiplication des grignotages ?), le repas du soir est pris dans un contexte plus convivial et sur une durée plus longue, les repas pris à l'extérieur de la maison sont plus fréquents (par exemple, 28 % des 18-29 ans sont allés au moins une fois dans un fast-food au cours des quinze derniers jours), le vin est pratiquement absent et les apéritifs (surtout le soir et en fin de semaine) prennent une place plus grande (figure 6).

Figure 2

Nombre de plats pris au déjeuner suivant l'âge
(pourcentage de consommateurs la veille)

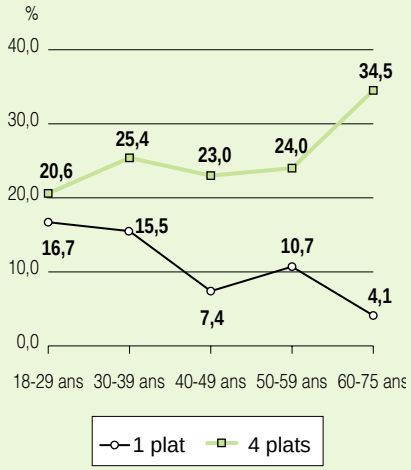


Figure 3

Consommation de fruits suivant l'âge (au moins une fois au cours de la journée) (pourcentage de consommateurs la veille)

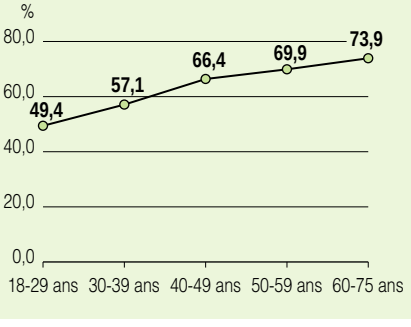


Figure 4

Consommation de viennoiseries suivant l'âge
(pourcentage de consommateurs la veille)

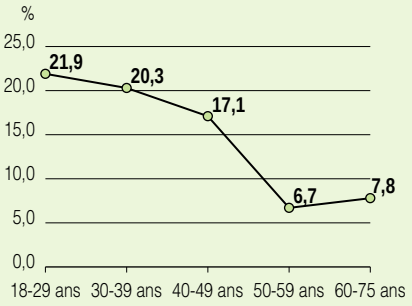


Figure 5

Composition idéale d'un petit déjeuner suivant l'âge
(pourcentage de Français ayant pris un petit déjeuner la veille)

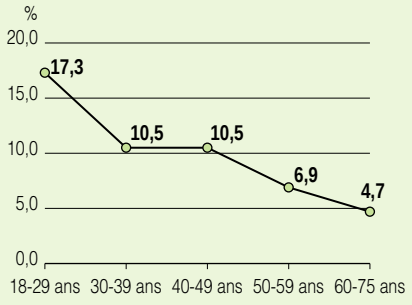
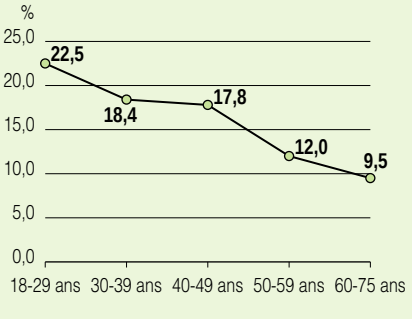


Figure 6

Prise d'un apéritif alcoolisé avant le dîner suivant l'âge
(pourcentage de consommateurs la veille)



Le niveau socio-économique

Un autre facteur semble avoir une certaine importance dans les comportements alimentaires des Français : le niveau social.

Si la pratique de régimes de type végétarien et la consommation de fibres, de minéraux ou d'oligo-éléments ne varient pas en fonction des niveaux d'études ou de revenus, l'obésité est plus fréquente parmi les populations socialement défavorisées (figure 7). Ce constat est à mettre en relation avec des habitudes de vie (activité physique) et une consommation alimentaire plus conforme aux recommandations nutritionnelles chez les personnes ayant de hauts revenus (petit déjeuner plus équilibré, consommation plus élevée de poisson et de fruits…). Seule particularité, les produits sucrés. En effet, si les personnes ayant un faible niveau de revenus consomment plus de boissons sucrées (figure 8), il n'a pas été retrouvé dans cet échantillon — contrairement à d'autres études — que la population adulte plus défavorisée consommait plus d'autres produits sucrés[15, 16].

Le type de boissons consommées est d'ailleurs assez caractéristique de l'appartenance sociale. Par exemple, le thé, l'eau minérale, les jus de fruits, les apéritifs ont plus souvent la faveur de personnes ayant un niveau social élevé, alors qu'à l'inverse les sujets ayant un niveau social plus faible optent plus volontiers pour le café, la chicorée, les sodas ou les sirops.

La surveillance de l'évolution de l'indice corporel de certains groupes de la population française semble donc d'autant plus nécessaire que certains indicateurs laissent à penser que le pourcentage d'obèses est en progression en France aussi bien chez les enfants que chez des adultes[17, 18].

Figure 7

Pourcentage d'obèses de sexe féminin (indice de Quetelet) suivant les revenus (pourcentage de Français)

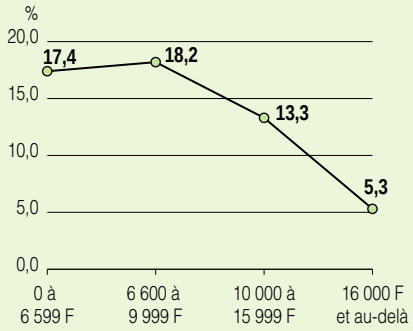
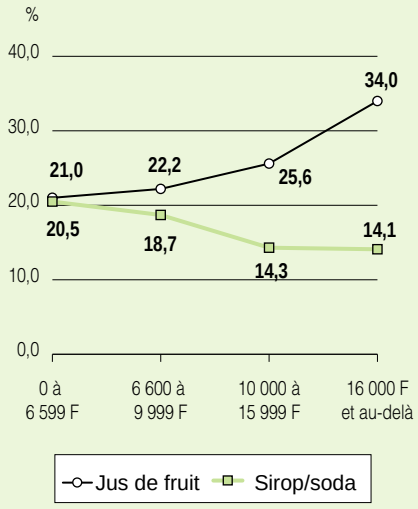


Figure 8

Consommation de jus de fruits et de sirop/soda suivant le niveau de revenus (pourcentage de consommateurs la veille)



La zone géographique

Le Baromètre santé nutrition met en évidence la persistance de certains particularismes régionaux : très forte consommation d'huile d'olive en Provence, de crustacés ou de coquillages dans les régions proches de la mer, de pommes de terre et de bière dans le Nord de la France, de beurre dans l'Ouest, de volailles dans le Sud-Ouest …

Mais au-delà de ces spécificités liées à chaque région française, la circulation facilitée et accélérée des produits et des idées en matière de nutrition est à la fois un facteur de diversification et de nouveauté (qui connaissait le beaufort il y a vingt ans en Bretagne ?), mais aussi un risque d'uniformisation et peut-être d'appauvrissement de nos habitudes de vie (combien y avait-il de fast-foods franchisés il y a dix ans en Alsace ?)[19, 20].

Discussion

Face à cette situation paradoxale, deux dangers sont à éviter :

- une dramatisation excessive : elle exacerberait les sentiments d'inquiétude en stigmatisant, à partir d'informations partielles ou largement interprétatives, l'alimentation des Français de cette fin du xx^{e} siècle ;
- un repli sur un patrimoine alimentaire et culinaire figé : toutes les valeurs positives appartiendraient au passé, et les liens entre alimentation et santé seraient trop fragiles pour que des conseils précis soient donnés aux Français.

Il est donc important de proposer une autre voie. Elle doit s'élaborer à partir des valeurs hédonistes et patrimoniales de notre alimentation, mais aussi d'une éducation nutritionnelle qui doit devenir un domaine d'intervention privilégié et exemplaire en santé publique.

Le rapport *La Santé en France*[21] propose d'ailleurs un certain nombre d'objectifs à développer dans ce domaine.

Il insiste sur la nécessité de conforter les acquis et exprime deux recommandations prioritaires.

Tout d'abord, trouver dans notre patrimoine alimentaire la source principale de notre équilibre nutritionnel, les repas structurés étant des facteurs essentiels de cet équilibre. Il précise que l'organisation des prises alimentaires autour des trois principaux repas est à maintenir, quel que soit l'âge des individus. Elle permet une plus grande diversité des sources nutritionnelles et favorise la convivialité ainsi que le bien-être des personnes.

Ce rapport encourage aussi une approche populationnelle adaptée aux réalités de publics spécifiques. Pour cela, quatre populations doivent bénéficier d'une attention particulière en termes de prévention et d'équilibre alimentaire : les adolescents et les jeunes femmes, les per-

sonnes âgées et les publics les plus démunis.

Cette politique devrait se construire à partir d'une culture de santé qui intègre « un socle de références » solide sur le thème de la nutrition. L'absence dans le passé de grandes actions nationales sur ce sujet renforce la fragilité de l'acquis. L'éducation nutritionnelle doit donc s'établir dans un cadre qui développe une véritable démarche de promotion de la santé[22]. Les connaissances apportées par le Baromètre santé nutrition devraient pouvoir contribuer utilement à renforcer cette cohérence et à établir des priorités d'actions mieux adaptées pour l'avenir. ■

Références

1. M. Cuny. *Le goût du patrimoine*. Textes et documents pour la classe (TDC) 1994 ; 681 : 6-17.
2. M.-H. Criqui, B.-L. Riingel. *Does diet or alcohol explain the French paradox ?* Lancet 1994 ; 344 : 1719-23.
3. A. Defrance. *To eat or not to eat… 25 ans de discours alimentaire dans la presse*. Les cahiers de l'OCHA 1994 ; 4 : 136.
4. F. Baudier, C. Dressen, F. Alias (sous la dir. de). *Baromètre santé 92*. Vanves : CFES, 1994 : 168.
5. F. Baudier, C. Dressen, D. Grizeau, M.-P. Janvrin, J. Warszawski. *Baromètre santé adultes 93/94*. Vanves : CFES, 1995 : 172.
6. J. Arènes, F. Baudier, C. Dressen, M. Rotily, J.-P. Moatti (sous la dir. de). *Baromètre santé médecins généralistes 94/95*. Vanves : CFES, 1996 : 137.
7. F. Baudier, J. Arènes (sous la dir. de). *Baromètre santé adultes 95/96*. Vanves : CFES, 1997 : 288.
8. T. Rochefort. *Valeurs et comportements alimentaires des Français*. Note d'information du CIDIL. Séminaire CIDIL, 6 octobre 1997.
9. F. Bellisle. Hommes et femmes devant l'alimentation. *La lettre scientifique de l'IFN*, octobre 1997 ; 51 : 1-6.
10. E. Riboli et le groupe d'experts du Cnerna. *Alimentation et cancer. Évaluation des données scientifiques*. Paris : Tec & Doc Lavoisier, 1996 : 534.
11. J.-M. Lecerf. *Nutrition et maladies cardio-vasculaires*. Cah. Nut. Diét. ; 31 (5) : 283-91.
12. J. Scali, M.-H. Avallone, C. Teisson, M. Gerber. Medhea : une enquête nutritionnelle dans les pays méditerranéens. Premiers résultats. *Revue d'épidémiologie et de santé publique* 1997 ; S 115 ; P 069.
13. V. Noce. Les fruits et légumes frais ne font plus le poids. *Libération*, 8 avril 1997 : 16.
14. C. Fischler. Le repas familial vu par les 10-11 ans. *Cahier de l'Ocna* 1996 ; 6 : 64.
15. J. Adrian. Quelques remarques sur la consommation de sucre en France. *Médecine et nutrition* 1996 ; 32 (5) : 215-7.
16. J.-M. Normand. Les consommateurs retombent en enfance. *Le Monde*, 1er août 1997.
17. Y. Lehingue, M.-C. Picot, I. Millot, F. Fassio. Accroissement de la prévalence de l'obésité chez les enfants de 4-5 ans dans un département français entre 1988 et 1993. *Revue d'épidémiologie et de santé publique* 1996 ; 44 : 37-46.
18. M.-F. Rolland-Cachera, M. Deheeger. Apports en nutriments et risque d'obésité. *Information diététique* 1997 ; 1 : 20-3.
19. M.-M. Cao, P. Preziosi, A. Paul-Dauphin et al. Variations régionales de la consommation d'aliments d'origine animale en France. Une analyse à partir des données de l'enquête SU. VI. MAX. *Revue d'épidémiologie et de santé publique* 1997, S 118, P 074.
20. D.-E. Corpet, M. Gerber. Alimentation méditerranéenne. *Médecine et nutrition* 1997 ; 4 : 129-54.
21. Haut Comité de la santé publique. *La santé en France*. Paris : La Documentation française, 1994 : 333.
22. F. Baudier, L. Barthélémy, C. Michaud, L. Legrand (sous la dir. de). *Éducation nutritionnelle : équilibres à la carte*. Vanves : CFES, 1995 : 334.

François Baudier
Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, département santé publique
Michel Rotily
Observatoire régional de la Santé de Provence-Alpes-Côte-d'Azur
Geneviève Le Bihan
Comité régional d'éducation pour la santé du Languedoc-Roussillon
Marie-Pierre Janvrin
Comité français d'éducation pour la santé, département Stratégie et Études
Claude Michaud
Comité départemental d'éducation pour la santé du Doubs