



Enquête sur les comportements et styles de vie associés à l'alimentation

René Patesson

► To cite this version:

René Patesson. Enquête sur les comportements et styles de vie associés à l'alimentation. 2006. hal-00133595

HAL Id: hal-00133595

<https://hal.science/hal-00133595>

Submitted on 26 Feb 2007

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Université Libre de Bruxelles

CREATIC/CPSO

50, avenue F.Roosevelt – CP124
B-1050 Bruxelles
+32 475 890 39 56
rpatess@ulb.ac.be

Enquête sur les comportements et styles de vie associés à l'alimentation

RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE

RAPPORT FINAL

Janvier 2006

Professeur R.PATESSON

1 Table des matières

1	Table des matières	2
2	Avant-propos : objet et limites de ce rapport	4
3	Fiche enquête	6
3.1	<i>Période de l'enquête</i>	6
3.2	<i>Enquêteurs</i>	6
3.3	<i>Technique d'enquête</i>	6
3.4	<i>Échantillon</i>	7
3.5	<i>Confiance statistique – marges d'erreur</i>	8
3.6	<i>Traitement des données</i>	8
3.7	<i>Remarques concernant l'analyse des données dans le rapport</i>	8
4	La construction du questionnaire et les limites de l'enquête	10
4.1	<i>Modèle adopté</i>	10
4.2	<i>La construction du questionnaire</i>	12
4.3	<i>Limites de l'enquête.</i>	12
5	Répartition de la population interrogée	15
6	L'indice de masse corporelle et l'obésité	16
6.1	<i>Analyse de l'IMC dans l'échantillon étudié : IMC Total</i>	17
6.2	<i>Analyse de l'IMC dans la population étudiée : répartitions selon différents critères</i>	18
6.2.1	<i>Selon le sexe et l'âge</i>	18
6.2.2	<i>Selon les autres indicateurs</i>	19
7	État général des personnes	20
7.1	<i>Perception de son poids</i>	20
7.2	<i>Perception de son état de santé</i>	22
7.2.1	<i>État de santé</i>	22
7.2.2	<i>Stress</i>	22
7.2.3	<i>Sommeil</i>	23
7.3	<i>Comportements et événements associés</i>	24
7.3.1	<i>Se peser</i>	24
7.3.2	<i>Suivre un régime</i>	25
7.3.3	<i>Présence d'événements ayant eu une influence sur le poids</i>	26
7.3.4	<i>Se nourrir en suffisance</i>	27
7.3.5	<i>S'informer sur les risques du surpoids et de l'obésité</i>	28
7.3.6	<i>L'attitude des parents dans l'enfance</i>	29
7.3.7	<i>L'externalité, l'internalité et le contrôle social</i>	29
7.3.7.1	<i>Internalité/externalité générale : le locus of control</i>	30
7.3.7.2	<i>Le contrôle social</i>	30
8	Styles de vie	32
8.1	<i>Styles alimentaires</i>	33

8.1.1	Les aliments que l'on consomme.	34
8.1.2	Les repas	36
8.1.2.1	Nombre de repas par jour	36
8.1.2.2	Repas principaux	37
8.1.2.3	Lieu des repas	38
8.1.2.4	Le moment des repas	39
8.1.2.5	Le temps consacré aux repas	39
8.1.2.6	La durée de la prise des repas (quel que soit le lieu)	40
8.1.2.7	Le temps consacré à la préparation des repas (à la maison)	41
8.1.3	Les repas dépendant de la restauration	41
8.1.3.1	Les repas pris dans les snacks et restaurants rapides	42
8.1.3.2	Les repas préparés commandés pour le bureau ou la maison	44
8.1.3.3	Les repas et plats préparés achetés dans les grandes surfaces et commerces de détail	45
8.1.4	Les repas pris ou commandés tard le soir	47
8.1.5	Le grignotage et ce qui l'accompagne	48
8.1.5.1	Le grignotage en général	48
8.1.5.2	L'impatience devant les sensations de faim.	50
8.2	<i>Le tabac et l'alcool</i>	52
8.2.1	Le tabac	52
8.2.2	L'alcool	53
8.2.2.1	Consommation en général	53
8.2.2.2	Quantité consommée	54
8.3	<i>Les activités physiques</i>	56
8.3.1	La pratique d'un sport	56
8.3.2	Les promenades	57
8.3.3	La marche à pieds	58
8.3.4	L'usage des escaliers.	59
8.3.5	Usage d'un vélo pour les déplacements (autres usages que sportifs).	60
8.4	<i>Les autres loisirs</i>	61
8.4.1	Les hobbies	61
8.4.2	Les loisirs hors domicile	62
8.4.3	La télévision	63
8.4.3.1	Caractéristiques de l'usage de la télévision	63
8.4.3.2	La consommation d'aliments et la télévision	64
8.4.4	Les consoles de jeux.	67
8.4.5	L'usage d'Internet	68
9	Opinions	70
9.1	<i>Les causes du surpoids et de l'obésité.</i>	70
9.1.1	Causes présentes à l'esprit : réponses libres.	70
9.1.2	Causes selon les items proposés	71
9.2	<i>Les remèdes au surpoids et à l'obésité.</i>	74
9.2.1	Remèdes présents à l'esprit : réponses libres.	74
9.2.2	Remèdes selon les items proposés	75
9.3	<i>Opinions concernant certains aspects de l'alimentation</i>	77
10	Conclusions	80
11	Bibliographie et documents consultés	84
12	Annexe 1 : questionnaire en français	86
13	Annexe 2 : questionnaire en néerlandais	108

2 Avant-propos : objet et limites de ce rapport

L'obésité gagne progressivement la population belge, en particulier les enfants et adolescents. On considère aujourd'hui que plus de 32%¹ des personnes présentent un surpoids. Des risques pour la santé en découlent, telles les maladies cardiovasculaires, diabètes (en particulier de type 2) et résistance à l'insuline, dyslipidémies, hypertension, cancers,... qui conduisent le ministre de la santé à s'en préoccuper, ne fut ce que par le coût qu'elles représentent dans son budget².

L'obésité résulterait en grande partie des modifications des modes de vie des personnes, mais aussi d'une évolution des comportements alimentaires des consommateurs. L'OMS parle d'une alimentation devenue trop riche en graisse et en sucre, donc en calories, alors que parallèlement, l'individu bouge de moins en moins.

À côté de ces facteurs nutritionnels incriminés dans le surpoids, d'autres relevant des styles de vie sont aussi à considérer et à examiner. Ils peuvent être vus comme des leviers par lesquels on doit pouvoir agir pour limiter le problème mais aussi, en corollaire, il importe d'examiner leur contribution au surpoids.

L'étude se justifie aussi dans la perspective du Plan national « Nutrition-santé » (PNNS) amorcé par le conseil des ministres en mai 2004, qui devrait voir le jour en 2006, les groupes de travail mis en place dans ce cadre ayant amorcé leur mission récemment. La stratégie belge étant ici de s'aligner sur les recommandations internationales, en particulier sur les aspects nutritionnels de la stratégie de l'OMS et le projet Eurodiet de 2000.

La FEVIA qui appuie cette étude veut, pour sa part, mieux comprendre les différents facteurs qui contribuent au surpoids en vue de l'élaboration d'une stratégie destinée à ses affiliés pour lutter contre ce problème. En tant que porte-parole des industries alimentaires, elle cherche à montrer que ses affiliés sont aussi préoccupés des problématiques de la santé liée à l'alimentation que ne le sont les autorités sanitaires du pays. Par là, elle tend à assumer ses responsabilités devant la mise en cause des industries alimentaires. Ceci d'autant plus qu'un certain nombre de personnes averties attribueraient l'accroissement des problèmes à l'industrie agro-alimentaire et à sa « machine publicitaire ».

Dans cet esprit, l'enquête menée par le CPSO de l'ULB a donc pour objet l'examen, par questionnaire et sondage, de certaines caractéristiques des styles de vie des personnes en relation à leur poids corporel, en particulier dans le cas du surpoids et l'obésité.

Ce rapport reprend les résultats de l'enquête par sondage menée en 2005 auprès de la population belge de 18 à 55 ans.

¹ Selon la « grande enquête belge de santé publique - 2002 » et en fonction de la valeur seuil de l'IMC (BMI) retenu. Cette enquête mentionne 12% d'obèses. D'autres auteurs considèrent que le surpoids affecte 30% des adultes nord-américains (IMC ≥ 28) et 12% sont obèses. En Europe, d'autres chiffres apparaissent comme celui de 20% (IMC ≥ 28) dans le Nord de la France. L'étude produirait des données utilisables sur ce plan.

² Le coût s'élèverait en 2000 à 600 millions d'€, soit 6% du budget de l'INAMI.

L'enquête menée selon une méthodologie scientifique rigoureuse vise à explorer, dans la population étudiée, différentes facettes des styles de vie pour les corréler avec le poids corporel et procéder à une analyse de leurs interactions.

L'enquête doit dès lors être considérée comme une photographie des habitudes et comportements étudiés en rapport avec l'alimentation et le poids. Elle n'est pas une étude des causes du surpoids et de l'obésité telle qu'une étude épidémiologique longitudinale pourrait l'établir.

Les résultats doivent être lus comme un examen comparatif des styles de vie en fonction d'une catégorisation du poids des personnes (IMC).

Ce rapport n'est donc pas une étude sur l'obésité en Belgique, mais bien celle des styles de vie, dont le style de vie alimentaire, en relation avec l'IMC.

Pour faciliter la lecture des résultats de l'enquête, le rapport a été structuré autour des différents thèmes présents dans les questionnaires.

**Étude réalisée d'avril 2005 à janvier 2006
par le CREATIC / CPSO de L'Université Libre de Bruxelles
Avec l'appui de la Fédération de l'Industrie Alimentaire (FEVIA)**



3 Fiche enquête

3.1 Période de l'enquête

L'enquête auprès de la population belge s'est déroulée du 27 avril au 29 mai 2005.

3.2 Enquêteurs

Au total 23 enquêteurs professionnels ont été mobilisés (14 néerlandophones et 9 francophones). L'âge des enquêteurs se situait entre 25 et 55 ans. Il n'a pas été fait appel à des étudiants de l'Université (comme c'est habituellement la norme dans notre centre de sondage travaillant avec des enquêteurs professionnels) mais bien à des enquêteurs familiarisés avec les techniques d'enquête en face à face. Ils ont été sélectionnés sur la base d'un dossier et de leurs expériences. La majorité avait déjà travaillé avec nous, certains travaillant par ailleurs pour d'autres organismes de sondage (dont l'INS).

Il y a eu 3 briefings collectifs avec les enquêteurs dont le premier s'est déroulé le 25 avril 2005.

Chaque enquêteur a été débriefé ce qui nous a permis d'avoir leurs impressions sur la manière dont l'enquête s'est déroulée et de recueillir certains autres commentaires.

3.3 Technique d'enquête

Les enquêtes se sont déroulées en face à face.

Cette technique est adaptée à la fois à la nature de l'enquête et à la fois à la longueur du questionnaire (74 questions).

Du fait que l'enquêteur est face à la personne chez elle, celle-ci peut être plus facilement mise en confiance, l'enquêteur étant « visible », en relation directe. La personne interviewée peut facilement vérifier son identité, la crédibilité de l'enquête et du commanditaire, de même elle peut s'assurer de la confidentialité effective ce qui n'est réalisable au téléphone. L'enquêteur peut également tenir compte du contexte et de l'environnement dans lequel se déroule l'enquête (présence de tiers, d'enfants, distractions,...), ce qui est impossible par téléphone. Par ailleurs l'enquêteur peut observer directement les réactions (non-verbales, changements d'attitudes, mimiques,...) de la personne interrogée et en tenir compte dans le questionnement. On s'aperçoit de cette manière des difficultés de compréhension d'une question ou d'un item, l'embarras éventuel causé, et l'enquêteur peut apporter les précisions ou adaptations voulues et passer plus de temps selon le cas.

Dans ce contexte l'enquêteur peut produire d'autres documents que le questionnaire : fiche reprenant la liste de certains items sur lesquels le questionné aura à se prononcer (l'enquêteur disposait d'un jeu de 25 fiches).

De même l'enquêteur pourra plus facilement recueillir les commentaires qui étayent les réponses structurées. Dans ce contexte, les personnes interrogées traduisent

souvent le fait qu'une enquête menée de cette façon offre l'avantage (l'opportunité) de pouvoir s'exprimer sur un sujet qui les concerne. Les digressions en cours de questionnement sont d'ailleurs fréquentes tout comme les exemples auxquels pensent les personnes sondées.

L'enquêteur disposait d'une attestation de l'ULB et d'une carte d'enquêteur avec photo.

Ces différents éléments sont de nature à permettre des réponses beaucoup plus fiables que par des enquêtes téléphoniques. Par exemple, l'identité de l'enquêteur est invérifiable par téléphone et on note une méfiance plus grande, de fréquents abandons en cours d'enquête, des réponses plus standardisées, ainsi qu'une lassitude plus rapide, ce qui dans le cas de cette étude aurait constitué un biais important.

Cette technique du face à face et la méthode d'échantillonnage adoptée minimise les taux de refus de participer à l'enquête, qui sont inférieurs à 3%.

3.4 Échantillon

L'échantillon de 610 personnes a été sélectionné selon la méthode des quotas.

Le nombre de personnes interrogées se répartit comme suit :

Province	nombre
Province d'Anvers	100
Brabant flamand	60
Flandre orientale	80
Flandre occidentale	70
Limbourg	40
Brabant wallon	20
Hainaut	70
Province de Liège	55
Luxembourg	15
Province de Namur	25
Bruxelles-Capitale	75

Tableau I : répartition des personnes interrogées selon les provinces

Les échantillons représentatifs des sous-populations visées (Région wallonne, Région flamande et Bruxelles) ont été déterminés ensuite selon trois autres critères distinctifs à partir des statistiques les plus récentes de la population des ménages belge (données INS « Composition des ménages et noyaux familiaux au 1er janvier 2004 »). Les critères de sélection suivants étaient : l'âge, le sexe et la taille du ménage.

Méthode des quotas : chaque enquêteur disposait d'une feuille de route spécifiant le nombre de personnes à interroger et ses caractéristiques de base : classe d'âge, sexe, taille du ménage, langue et commune.

Un enquêteur interviewait entre 20 et 30 personnes.

3.5 Confiance statistique – marges d'erreur

La marge d'erreur statistique dans un échantillon de 610 personnes (échantillon total) avec une confiance statistique de .9545 (probabilité de ne pas se tromper) peut être évaluée de la sorte :

Si un caractère « dichotomique » est présent (résultat chiffré) dans une proportion de 10%/90%, l'intervalle de confiance autour de la valeur sera de $\pm 2,43\%$.

Si un caractère « dichotomique » est présent (résultat chiffré) dans une proportion de 30%/70%, l'intervalle de confiance autour de la valeur sera de $\pm 3,51\%$.

Si un caractère « dichotomique » est présent (résultat chiffré) dans une proportion de 50%/50%, l'intervalle de confiance autour de la valeur sera de $\pm 4,05\%$.

Exemple : 44,4% des personnes déclarent pratiquer un sport. La proportion réelle dans la population totale pourrait se situer entre (environ) 48,05 % et 40,35% % avec une probabilité de se tromper de .0455 (statistiquement faible). La probabilité de se tromper signifie donc que la proportion réelle de personnes pratiquant un sport dans la population ne serait pas dans cet intervalle avec environ 5 (mal)chance sur 100.

D'une manière générale on calcule la marge d'erreur d'un sondage en prenant le % d'erreur sur une proportion de 50% avec une confiance de .95, soit dans ce cas-ci, environ 4,05% (sur 610 personnes et qui serait donc la marge d'erreur la plus forte)

3.6 Traitement des données

Les données ont été encodées avec le logiciel EXCELL et traitée avec SPSS (Statistical Package for Social Sciences), version 11.0. sur Macintosh.

3.7 Remarques concernant l'analyse des données dans le rapport

La quantité de données et d'informations issues du questionnaire est très importante.

Pour les analyses contenues dans ce rapport nous nous sommes limités aux résultats significatifs ou parlants en rapport avec l'objectif de l'enquête. De même seuls les chiffres intéressants ont été repris dans le texte. Il aurait été fastidieux de présenter, même en annexe, tous les traitements des données effectués (plusieurs centaines de pages et milliers de tableaux en petits caractères issus de SPSS).

D'autres résultats sont donc disponibles mais non-développés ici.

Pour certaines variables (ou réponses à certaines questions du questionnaire) des regroupements de réponses ont été effectués selon le cas. Ceci pour obtenir des effectifs marginaux suffisant pour que les tests statistiques soient valides (dont le χ^2 de Pearson afin qu'il satisfasse aux conditions de Cochran, concernant les fréquences attendues (peu ou pas d'« expected » inférieures à 5) dans les cellules des tableaux).

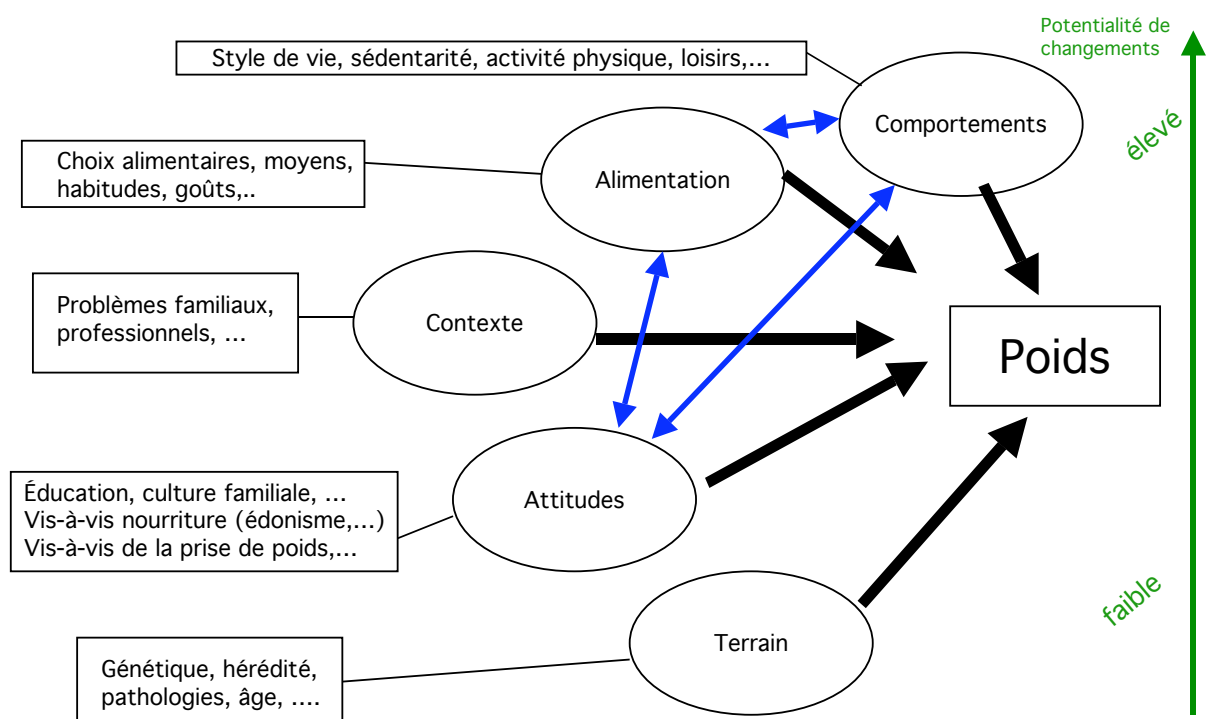
4 La construction du questionnaire et les limites de l'enquête

4.1 Modèle adopté

Un questionnaire d'enquête par sondage, loin d'être un filet de pêche, est un instrument de mesure construit pour vérifier une ou plusieurs hypothèses et/ou quantifier dans une population déterminée l'importance de la présence ou de l'absence d'une caractéristique, d'un comportement, d'une attitude, d'une opinion,

Pour ce questionnaire, nous nous sommes documentés sur les questions de société renvoyant à l'obésité. Plusieurs ouvrages ont été consultés et plusieurs autres enquêtes menées en Belgique ont également servi de référence (Dargent, 2005. Fondation Hodie Vivere, 2002. Gisle L, Buziarsist J. & all, 2002. ISP, 2004. OMS, 2003.).

Sur cette base nous avons développé le modèle qui sera abordé dans le questionnaire.



Graphique 1 : modèle systémique des facteurs influençant le poids corporel

Le poids corporel est déterminé par 5 groupes de facteurs, qui l'influencent tous dans des proportions variables. En d'autres termes, le poids ne dépend pas uniquement de l'un d'eux. Ce modèle est systémique dans la mesure où ces facteurs interagissent, le poids corporel pouvant lui-même modifier l'importance de l'un ou de plusieurs (par exemple : une prise de poids peut modifier l'attitude que l'on a à l'égard de l'activité physique et entraîner un accroissement (ou une diminution) de cette activité).

Tout d'abord le terrain. Il est constitué principalement des éléments génétiques, l'hérédité, certaines pathologies et l'âge. Il s'agit d'éléments constitutifs sur lesquels il est difficile d'agir. La potentialité de changements touchant ce facteur est donc faible.

L'OMS (OMS 2005) considère d'ailleurs que le facteur « terrain » est déterminant dans le développement de l'obésité : « *Le développement de l'obésité est en grande partie conditionné par des facteurs génétiques. Une prédisposition héréditaire à l'obésité est un facteur largement répandu dans la population. Chez les individus génétiquement prédisposés, des facteurs liés au mode de vie (tels que régime et exercice physique) et les facteurs sociaux, comportementaux, culturels et résultant de l'appartenance à une communauté déterminent l'apparition ou non de l'obésité* ».

Puis les attitudes. L'attitude, construite par les expériences et l'éducation, est l'état dans lequel l'individu se trouve lorsqu'il reçoit un signal, un stimulus, une sollicitation et qui le pousse à donner une réponse orientée dans un certain sens et donc modulant ou influençant son activité et ses comportements observables. En psychosociologie, il s'agit d'une disposition interne qui sous-tend les réponses favorables ou défavorables de l'individu à un objet ou à une classe d'objets du monde social. L'expression verbalisée d'une attitude est une opinion. L'aspect évaluatif de l'attitude serait central. On considère généralement que ce qui distingue les individus dans leurs comportements différents face à une même cause, serait l'attitude. Les attitudes résultent donc à la fois de l'éducation mais aussi des expériences rencontrées dans la vie. Les attitudes sont construites sur des fondements qui, éprouvés par les individus, seraient considérés comme correspondant à des bases cognitives relativement stables et donc plus difficiles à modifier (même si cette hypothèse trouve ses contradicteurs, notamment Wilson en 1987). On pense par exemple à l'attitude face au tabac qui paraît souvent malaisée à modifier chez les fumeurs même avec des arguments scientifiques étayés.

Un questionnaire est donc aussi un instrument de mesure directe ou indirecte des attitudes, notamment au travers de certains comportements déclarés. En particulier dans le questionnaire, on s'intéressera aux attitudes vis-à-vis de la nourriture et de l'alimentation, mais aussi des loisirs, de la prise de poids, etc.

Ensuite le contexte. Il est constitué d'un certain nombre d'événements et/ou de contraintes sur lesquels l'individu a peu de prises : les difficultés ou les contraintes professionnelles (par exemple : le stress, la nécessité des rencontres au restaurant,...), les difficultés ou pratiques familiales (mésententes, divorce (voir plus loin), santé, réunions et visites fréquentes,...), les déplacements professionnels ou touristiques, etc.

L'éducation à l'alimentation et les pratiques alimentaires constituent ensuite un groupe de facteurs qui vont déterminer le poids : la valeur hédonique de l'alimentation et de la nourriture, les choix alimentaires et les types d'aliments favorisés, les manières de se nourrir, les goûts, les habitudes culinaires, Ces facteurs sont plus susceptibles d'être modifiés. Pour, par exemple, perdre du poids, on pense généralement qu'il sera un peu moins difficile d'agir à ce niveau.

Enfin, les comportements. Nous avons vu que les comportements sont, pour la plupart, conditionnés par des attitudes moins faciles à faire évoluer. On pense néanmoins que certains comportements peuvent être rapidement et plus facilement

modifiés. À titre d'exemples simples : prendre l'escalier à la place de l'ascenseur pour monter un seul étage, se garer au fond du parking du supermarché, plutôt que se battre pour la place près de l'entrée du magasin, aller chercher le pain ou le journal à pieds, ne pas prendre systématiquement un snack dès la moindre sensation de faim, ne pas se resservir, etc.)

4.2 La construction du questionnaire

Différentes questions se rapporteront aux principaux facteurs développés dans le modèle, mais selon une traduction adaptée au questionnement et à la représentation concrète ou quotidienne que peuvent en avoir les personnes. Et aussi selon une terminologie appropriée.

Concrètement :

- Une première retraduction « opérationnelle » des données de la littérature a été effectuée et un canevas d'enquête mis au point.
- Puis une version de base (version 1) a été soumise à différentes personnes « experts » du problème.
- Ensuite plusieurs adaptations en fonction des remarques des personnes (5 itérations, soit 5 versions successives du questionnaire).
- L'avant dernière version a été prétestée sur 8 personnes. Le prétest est destiné à évaluer la compréhension des questions et des termes, l'enchaînement des questions, les difficultés éventuelles d'émettre une réponse dans le cadre fixé, la longueur et le temps moyen de passation,...
- Traduction du questionnaire en néerlandais.
- Le questionnaire définitif³ comporte 74 questions soit 322 unités d'informations récoltées au maximum par questionnaire (double tableau Excel de 322 colonnes).

4.3 Limites de l'enquête.

Comme toute enquête par questionnaire destinée à récolter des informations en interrogeant des personnes au hasard, les données recueillies sont de type déclaratives.

Elles font appel à la subjectivité⁴ des interviewés, c'est-à-dire qu'elles consistent en données qui ne peuvent être pratiquement pas récoltées autrement qu'avec leur

³ La copie des questionnaires français et néerlandais est jointe en annexe du rapport.

⁴ En psychologie la subjectivité renvoie à ce qui n'est pas observable par une instrumentation appropriée directement de l'extérieur du sujet. C'est ce qui appartient en propre au sujet qui doit le communiquer et n'est donc pas mesurable (selon un critère de faisabilité) par d'autres dispositifs particuliers que dans ce cas-ci le questionnement direct. Le terme ne signifie donc ni partial, ni aléatoire, ni même hasardeux, douteux ou flou. La psychologie a mis au point diverses méthodes éprouvées de mesure de la subjectivité (comme les méthodes de Thurstone, Likert ou Guttman, pour ne citer que celles-là), utilisées dans les questionnaires et qui permettent d'« objectiver la subjectivité ».

participation volontaire, consciente et introspective.

La valeur des réponses doit être appréciée selon ce critère. À titre d'exemple : la question concernant le grignotage montre que les personnes en surpoids et obèses grignoteraient moins que les autres. Plusieurs interprétations doivent être envisagées et recoupées : le grignotage est-il compris de la même manière par tous ? La quantité d'aliments grignotés par épisode de grignotage est-elle comparable ? Les aliments grignotés sont-ils de valeur nutritionnelle égale ? Certaines personnes ont-elles honte de grignoter et répondent-elles en fonction d'une norme qu'elles idéalisent ? Ces différents aspects du grignotage doivent alors être considérés, ce qui montre que le problème est loin d'être simple et les méthodologies qui permettraient d'objectiver au mieux la question du grignotage sont lourdes et délicates à mettre en œuvre. Dans le cas de notre étude, et comme cela se fait généralement dans les études comparables, on considérera que toutes les choses sont égales par ailleurs.

Les grandes enquêtes sur la Santé des belges menées, par exemple par l'ISP (Gisle L, Buziarsist J. & all, 2002. ISP, 2005. etc.), même de nature épidémiologiques⁵, ne font pas appel à d'autres méthodes de récolte des données de base que celles, subjectives, utilisées dans cette enquête-ci. D'ailleurs certaines de nos questions sont identiques dans leur forme et leur contenu avec celles de ces enquêtes, dans un but d'uniformisation et de comparaison des données⁶.

Même si elle s'en rapproche, nous considérons que notre enquête ne peut être qualifiée de strictement épidémiologique, dans la mesure où d'une part, elle ne se répète pas et surtout d'autre part, elle n'est pas assortie de mesures et examens cliniques de recoupement tels qu'on les pratique dans des enquêtes habituelles de ce type. Par exemple, l'IMC (Indice de masse corporelle) dont il sera question plus loin est calculé sur la base du poids et de la taille des personnes. Nous avons du nous contenter de la déclaration de ces valeurs par la personne interviewée, même face à l'enquêteur. Il n'y a donc aucune vérification des déclarations des personnes interrogées (pas de balance, pas de toise, etc.). En effet on imagine mal un enquêteur non médecin pratiquer directement des mesures sur le corps des personnes comme cela se ferait dans une enquête épidémiologique menée avec rigueur. L'enquêteur avait été formé pour néanmoins évaluer la justesse des valeurs déclarées et contrôler, avec la personne, si une discordance le faisait douter.

Ensuite il faut rappeler que le principe de cette enquête est celui d'une participation volontaire de la personne à l'interview. Notre taux de refus est faible, de l'ordre de 5%, et pourrait constituer un léger biais. Toutefois la technique des quotas utilisée ici permet de récupérer ce biais. Il demeure qu'une fraction de la population est résolument réfractaire à ce genre de collaboration. On retrouve donc, quelle que soit l'enquête menée et le commanditaire, des personnes qui refusent systématiquement de participer. Réfractaires aux enquêtes, on ne peut non plus connaître leurs caractéristiques qui conduiraient à en tenir compte dans les résultats, par exemple en appliquant des redressements adaptés. On parlera dans ce cas de « biais irrémédiable » que la technique des quotas permet néanmoins de contourner en grande partie.

⁵ Discipline étudiant les différents facteurs qui interviennent dans l'apparition des maladies, leur fréquence, leur mode de distribution, leur évolution et la mise en œuvre des moyens nécessaires à leur prévention.

⁶ Au moment de la rédaction de ce rapport nous ne disposons pas encore des résultats chiffrés et détaillés qui nous auraient permis une comparaison des réponses entre les études item par item.

Ce qui rend d'autant plus comparables nos résultats avec d'autres enquêtes confrontées aux mêmes biais qui peuvent être considérés comme identiques partout.

Pour des questions pratiques et économiques, notre échantillon est restreint à la population adulte des personnes de 18 à 55 ans. Une étude sur les jeunes est spécifique et ne peut être abordée avec le même outil. Ce segment étudié constitue également une cible importante pour des actions ou recommandations éventuelles en considérant que les personnes plus âgées auraient plus de difficultés à s'adapter malgré que le fait de l'obésité est plus critique au delà de ces âges (tant au niveau de l'accroissement de l'obésité avec l'âge, que celui des conséquences sur la santé). Néanmoins les recommandations que l'on peut extraire de nos résultats sont aussi applicables à des personnes plus âgées.

Enfin la représentativité tout en étant satisfaisante pour les objectifs de l'enquête (soit une étude générale des styles de vie associée au poids corporel) reste limitée : ne figurent pas dans la population de référence les personnes institutionnalisées (prisons, hôpitaux, structures d'accueil), les communautés (abbayes, couvents, pensionnats,...), les SDF, les clandestins, les réfugiés,

5 Répartition de la population interrogée

Type d'habitat	Maison	69,8
	Appartement, chambre, studio	28,4
	Autre cas	1,8
Sexe du répondant	H	53,0
	F	47,0
Langue de base du répondant	Français	43,0
	Néerlandais	55,5
	Autre	1,5
Age du répondant	18 - 19 ans	4,6
	20 - 24 ans	11,5
	25 – 29ans	12,1
	30 – 34 ans	13,9
	35 – 39 ans	15,7
	40 – 44 ans	14,3
	45 – 49 ans	15,6
	50 – 55 ans	12,3
Nombre de personnes du ménage	1 personne	19,2
	2 personnes	24,9
	3 personnes	20,8
	4 personnes	20,0
	5 personnes	8,9
	6 personnes et +	4,3
	Sans réponse	2,0
Activité professionnelle	OUI	81,0
	NON	18,5
	Sans réponse	0,5
Situation familiale	Marié	38,2
	Vit en couple	23,0
	Célibataire	27,7
	Veuf	1,1
	Séparé, divorcé	9,3
	Sans réponse	0,7
Niveau des revenus mensuels	Jusqu'à 1250€	14,8
	De 1251€ à 2500 €	34,4
	Plus de 2501€	19,5
	Refus de répondre	13,4
	Pas de revenus	1,6
	Ne sait pas / sans rép	16,2

6 L'indice de masse corporelle et l'obésité

L'indice de masse corporelle (IMC – en anglais : BMI – Body Mass Index) ou indice de Quetelet (1835), est aujourd'hui l'indicateur le plus couramment adopté (dont par l'OMS) pour établir le degré de poids relatif de l'individu en rapport avec sa taille.

Il se calcule en divisant le poids exprimé en kilos, par la taille en mètres élevée au carré :

$$\text{IMC} = P/T^2$$

Par exemple, un adulte de 75kg mesurant 1,75m aura un IMC de :

$$\text{IMC} = 75/(1,75)^2 = 24,5 \text{ kg/m}^2 \text{ } ^{(7)}$$

L'obésité est souvent définie comme une accumulation anormale ou excessive de graisse dans les tissus adipeux, pouvant engendrer des problèmes de santé .

On considère néanmoins que l'IMC reste une mesure grossière (mais utile) de l'obésité notamment parce qu'elle ne tient pas compte de la répartition de la masse grasse dans l'organisme considérée également comme un facteur de risque. L'IMC ne permet pas non plus de différencier le rapport entre masse grasse et masse musculaire, ce qui complique son interprétation et les comparaisons entre populations différentes. On y adjoint alors l'indication du périmètre abdominal (surtout pour les hommes) et/ou du rapport entre le tour de hanche et le tour de taille (surtout chez les femmes).

Les études épidémiologiques menées depuis plus de cent ans par des compagnies d'assurance américaines (notamment les études de la Metropolitan Life Insurance Company) mettent en évidence une corrélation entre les degrés d'obésité et une surmortalité.

Classification	IMC	Risque de morbidité associée
Dénutrition		
Grade V	< 10	Risque de problèmes cliniques
Grade IV	10,0-12,9	Risque accru d'autres problèmes cliniques
Grade III	13,0-15,9	Risque accru d'autres problèmes cliniques
Grade II	16-16,9	Risque accru d'autres problèmes cliniques
Insuffisance pondérale ou Grade I	17,0-18,5	Faible (mais risque accru d'autres problèmes cliniques)
Éventail normal	18,5-24,9	moyen
Surpoids - préobèse	25,0-29,9	Accru
Obésité	≥ 30	
Grade I	30,0-34,9	Modéré
Grade II	35,0-39,9	Important
Grade III	40,0	Très important

Tableau II : classification des adultes selon l'IMC (source : OMS 2003)

⁷ Par simplification, comme cela se pratique habituellement, nous mentionnerons les valeurs de l'indice par leur nombre sans spécifier à chaque fois qu'il s'agit de kg/m².

Remarquons ici que l'OMS considère que la relation entre l'IMC et le risque de morbidité associée tel que présenté dans ce tableau est « simpliste » dans la mesure où ce risque peut-être modifié par toutes sortes de facteurs, notamment la nature du régime alimentaire, le groupe ethnique et le degré d'activité. Elle insiste sur le rôle de la répartition de la masse grasse comme un des facteurs déterminant les risques.

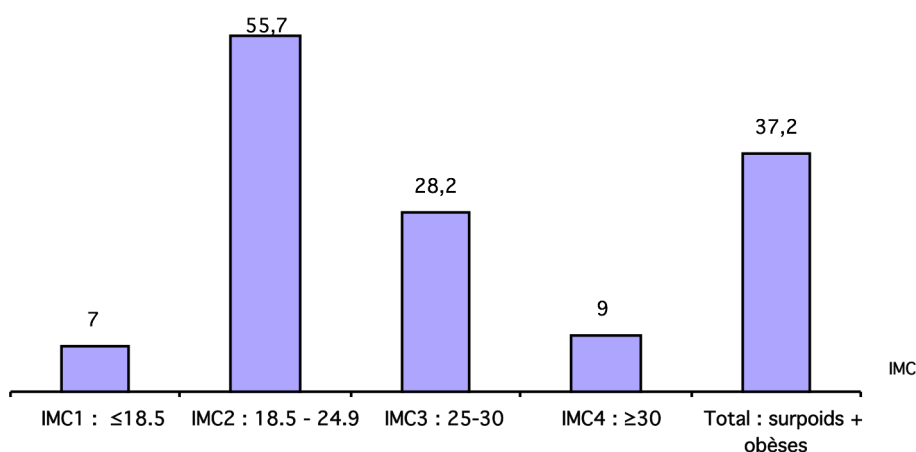
6.1 Analyse de l'IMC dans l'échantillon étudié : IMC Total

Rappelons ici que l'enquête ne vise pas à étudier l'obésité dans la population belge mais bien explorer les rapports existants entre certains aspects des styles de vie en fonction d'un « indicateur » du surpoids et de l'obésité.

Comme nous l'avons déjà évoqué, l'enquête n'est pas non plus une étude strictement épidémiologique. Une étude épidémiologique porte sur des maladies. L'obésité ou le surpoids sont-ils considérés aujourd'hui comme tels ? Pas par tous. L'épidémiologie se réfère généralement à un dénombrement des cas et à un diagnostic médical. Les études actuelles concernant l'obésité sont statistiques et axées sur la technique des sondages menées par des enquêteurs non-médecins.

Nous nous en sommes tenus à confronter les styles de vie à l'indicateur IMC, le plus usité, malgré les défauts et limites qu'il comporte⁸. Il s'agit d'ouvrir des pistes permettant de mettre en relation ces deux aspects des comportements (styles de vie et poids corporel) et l'IMC est apparentée ici à une variable intermédiaire⁹.

L'IMC est calculé ici à partir des réponses données par les personnes interrogées aux questions 30 et 31 du questionnaire. C'est donc bien après d'autres questions concernant des aspects des styles de vie que la taille et le poids sont demandés.



Graphique 2 : valeur des IMC¹⁰ dans l'échantillon étudié

⁸ Par exemple ce indice ne tient pas compte de la répartition entre masse musculaire et adipeuse. Il ne tient pas compte, non plus, d'une typologie des morphologies.

⁹ Une variable intermédiaire n'est pas un [phénomène](#) en soi, mais un concept qui a pour but d'établir une relation entre deux ou plusieurs phénomènes. S'apparente au rôle d'une [fonction](#) en mathématique, dont le rôle est d'établir une relation logique entre un domaine et un co-domaine. Notons également la tendance chez de nombreux auteurs à [réifier](#) certaines variables intermédiaires, c-à-d à les traiter comme s'il s'agissait d'un phénomène en soi.

¹⁰ Pour la suite du rapport nous adoptons la dénomination **IMC1** pour les valeurs < 18,5, **IMC2** valeurs comprises entre 18,5 et 24,9, **IMC3** entre 25 et 30 et **IMC4** >30 ; soit IMC1 : personnes maigres ou en sous-charge pondérale, IMC2 personnes de poids normal, IMC3 personnes en surpoids et IMC4, personnes obèses.

L'indice moyen de masse corporelle calculé sur l'échantillon total est de 24,02 (population de référence : belges de 18 à 55 ans). L'enquête Santé, Belgique (1997) établissait un indice moyen pour la population belge de 24,7 (belges ≥18 ans).

L'échantillon montre que 37,2% des personnes interrogées sont en surpoids (28,2%) ou obèses (9%).

Une comparaison avec d'autres données récentes obtenues par des enquêtes comparables¹¹ effectuées en Belgique donne des résultats voisins :

Enquête de Santé par Interview – Belgique 2001 :

IMC moyen dans la population belge de plus de 18 ans	24,9
Surpoids	33%
Obésité	12%

Tableau III : valeurs de l'IMC dans l'enquête de Santé par Interview – 2001

6.2 Analyse de l'IMC dans la population étudiée : répartitions selon différents critères

La répartition des différentes catégories de l'IMC dans la population étudiée est-elle aléatoire ou certaines particularités apparaissent-elles selon différents segments sociodémographiques ?

Nous avons examiné la répartition de l'IMC selon le sexe, l'âge,

6.2.1 Selon le sexe et l'âge

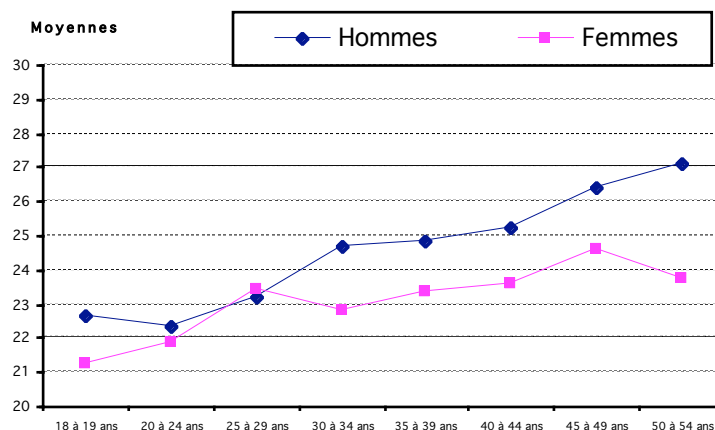
Sexe	IMC moyen	Intervalle de confiance (95%)	Min	Max
Femme	23,31	23,85 - 23,78	15,62	42,56
Homme	24,81	24,36 - 25,26	17,24	40,09
Total	24,02	23,69 - 24,36	15,62	42,56

Âge	IMC moyen	Intervalle de confiance (95%)	Min	Max
18 à 19 ans	21,80	20,79 – 22,81	16,51	28,13
20 à 24 ans	22,12	21,27 – 22,98	17,51	40,55
25 à 29 ans	23,31	22,22 – 24,39	15,78	42,56
30 à 34 ans	23,62	22,75 – 24,48	17,04	34,52
35 à 39 ans	24,05	23,28 – 24,82	15,99	37,35
40 à 44 ans	24,38	23,66 – 25,09	15,76	34,41
45 à 49 ans	25,35	24,42 – 26,28	15,62	40,09
50 à 54 ans	25,60	24,62 – 26,59	17,36	38,47
Total	24,02	23,69 – 24,36	15,62	42,56

Tableau IV : valeurs de l'IMC selon l'âge et selon le sexe des personnes interviewées

On observe une augmentation constante de l'indice de Quetelet selon l'âge (F. sign. <.001). De même une différence moyenne significative (t sign.<.001) entre hommes (24,81) et femmes (23,31). Cette différence croît significativement en fonction de l'âge. Les hommes plus âgés devenant plus « lourds » que les femmes.

¹¹ Adoptant une méthodologie de questionnement comparable pour recueillir la taille et le poids : soit des questionnaires administrés en face à face (par exemple : partie questionnaire oral - par interview - de l'enquête de santé par interview 2001) et réponses personnelles consignées par l'enquêteur, sans autre forme de vérification.



Graphique 3 : valeurs de l'IMC selon l'âge et selon le sexe dans l'échantillon étudié

6.2.2 Selon les autres indicateurs

L'examen de l'IMC selon un indicateur du niveau socio-économique (le revenu mensuel équivalent du ménage), le niveau d'instruction, la langue (combinant les régions), l'exercice d'une activité professionnelle, la taille du ménage montrent de légers écarts.

Niveau socio-économique (revenu équivalent)	IMC moyen	Intervalle de confiance (95%)
< 1.250€	23,77	22,80 – 24,74
1.250 – 2.500 €	24,40	23,83 – 24,97
2.500 € et +	24,47	23,75 – 25,20
Niveau socio-culturel (degré d'instruction)		
Primaire	23,84	20,95 – 26,72
Secondaire inférieur	24,74	23,78 – 25,71
Secondaire supérieur	24,05	23,50 – 24,60
Supérieur (non universitaire + universitaire)	23,66	23,19 – 24,12
Refus de répondre	25,50	20,39 – 30,61
Ne sait pas	30,97	22,42 – 39,53
Activité professionnelle		
Oui	24,20	23,84 – 24,56
Non	23,29	22,47 – 24,10
Langue (Région)		
Néerlandais	24,22	23,77 – 24,67
Français	23,79	23,30 – 24,28
Taille du ménage		
Une personne	23,70	22,91 – 24,49
Deux	23,98	23,34 – 24,61
Trois	23,99	23,22 – 24,75
Quatre	24,65	24,00 – 25,30
Cinq	23,69	22,55 – 24,83
Six et plus	24,43	22,10 – 26,76

Tableau V : valeurs de l'IMC selon différents indicateurs socio-démographiques

Au niveau de notre échantillon les différences (légères) observées selon le niveau socio-économique, le niveau d'études, la taille du ménage et la langue sont non significatives (Anova). Seule la différence entre actifs et non actifs est significative (t sign.03).

7 État général des personnes

7.1 Perception de son poids

Synthèse

- ◆ *Plus de personnes maigres pensent plus souvent avoir un poids normal.*
- ◆ *De même, plus de personnes obèses pensent seulement être en surpoids.*
- ◆ *Cette mauvaise auto-perception de son poids dans les classes extrêmes (IMC1 et IMC4) pourrait être un facteur renforçant les comportements inadaptés.*
- ◆ *Il peut aussi exister un écart entre la perception de son poids et la perception qu'on pense que les autres en ont, ou allo-perception. Ainsi, par rapport à la moyenne, plus de personnes en surpoids pensent que les autres les considèrent comme obèses. L'image de son poids sur les autres pourrait donc être un facteur complémentaire pour éviter les dérives pondérales.*

Les personnes ont-elles une perception de leur poids en rapport avec les indicateurs définis ci-dessus ?

53,1% des personnes pensent avoir un poids normal, 34,3% être en surpoids, 2,5% être obèse, 6,9% avoir un poids au-dessous de la normale.

En comparant avec l'indice IMC, on obtient les résultats suivants :

Pensent	IMC1	IMC2	IMC3	IMC4	TOTAL
Avoir un poids normal	60,5	71,3	30,6	5,5	53,1
Être en surpoids	2,3	18,3	62,9	69,1	34,3
Être obèse	0,0	0,0	1,8	21,8	2,5
Avoir un poids au dessous de la normale	32,6	7,7	1,2	0,0	6,9
Ne pas savoir	0,0	2,7	3,5	3,6	3,2

Tableau VI : auto-perception de son poids selon les catégories de l'IMC

Les personnes obèses et les personnes maigres ont une mauvaise perception de leur poids : les unes s'estiment plus souvent en surpoids (qu'obèses), les autres pensent plus souvent avoir un poids normal.

Par contre les personnes en surpoids auraient une meilleure perception (et conscience) de leur poids malgré le fait que 30,6% pensent avoir un poids normal.

Donc :

- Une majorité d'obèses auraient une mauvaise perception de leur poids ;
- Tout comme les personnes « maigres » ou personnes en insuffisance pondérale qui en ont, en général, également une mauvaise perception ;
- Seule une majorité des personnes en surpoids auraient une bonne perception d'eux-mêmes sur ce point.
- Il est à remarquer également que certaines personnes de poids normal se considèrent en surpoids.

Une partie de ces résultats pourraient s'expliquer par une mauvaise information chez un bon nombre de personnes concernant les classes de poids, surtout sur l'obésité elle-même.

Pourtant l'image qu'en ont les autres devrait permettre, parfois, d'ajuster ses propres perceptions.

On a examiné en quoi les auto-perceptions du poids correspondaient à l'image que leur renvoyait les autres : ainsi une personne se considérant en surpoids peut être vue comme obèse ou comme de poids normal par les autres. Dans le premier cas elle sous-évalue pour elle la perception qu'en ont les autres et dans l'autre cas elle la surévalue pour elle-même. Une personne se considérant de poids normal peut être considérée comme maigre par les autres. On considérera que dans ce cas là également elle surévalue pour elle-même son propre poids. Il y a donc surévaluation par soi-même quand on se place dans une classe inférieure à celle dans laquelle les autres vous classent et sous-évaluation par soi-même quand on se place dans une classe supérieure.

Pensent	IMC1	IMC2	IMC3	IMC4
Que leur poids correspond à ce qu'en pensent les autres	62,8	64,4	62,2	70,8
Sur-évaluation	0,0	11,5	18,6	9,1
Sous-évaluation	23,3	16,8	12,2	12,7
Ne savent pas	13,9	7,3	7,0	7,4

Tableau VII : surévaluation ou sous-évaluation de son poids par rapport à l'opinion qu'en aurait les autres

On constate que c'est surtout parmi les personnes d'IMC1 (maigres) qu'il y a le plus grand écart en terme de sous-évaluation. Plus de personnes (23,3%) étant maigres se considèrent comme « de poids normal » alors qu'elles sont effectivement vues comme maigres par les autres. De même, 18,6% des personnes en surpoids (IMC3) se considèrent de poids normal alors que les autres les trouvent en surpoids.

Plus de personnes obèses semblent avoir une perception de leur poids plus souvent en harmonie avec celle qu'en ont les autres.

En résumé donc, ce serait parmi les personnes d'IMC1 et IMC3 qu'il y aurait un plus grand nombre de personnes qui sous-estimeraient la perception qu'ont les autres de leur apparence pondérale.

Cette perception par les autres de son propre état pondéral et la manière dont la personne concernée en tient compte pourrait donc constituer un élément intéressant de lutte contre le surpoids et l'obésité.

7.2 Perception de son état de santé

Synthèse

- ◆ Ce sont les personnes de poids normal qui sentent le plus souvent en meilleur état de santé.
- ◆ Plus de personnes obèses évaluent leur état de santé moins bon que la moyenne. Ce résultat traduirait chez elles la conscience de la relation entre les deux : obésité et santé.
- ◆ Dans la perception qu'en ont les personnes, il n'y aurait pas de facteur systématique reliant le stress au poids.
- ◆ Les personnes obèses déclarent dormir moins en rapport avec la moyenne observée. Ce résultat confirme le lien connu entre obésité et manque de sommeil ainsi qu'entre le « bon-poids » et le sommeil équilibré.

7.2.1 État de santé

La perception de son propre état de santé, globalement et selon l'indice IMC est reprise dans le tableau suivant :

Pensent que leur santé est	IMC1	IMC2	IMC3	IMC4	TOTAL
Excellente	11,6	12,4	8,1	1,9	10,2
Très bonne	25,6	37,6	28,5	20,4	32,6
Bonne	46,5	46,2	56,4	66,7	50,9
Médiocre ou mauvaise	16,3	3,8	7,0	11,1	6,2

Tableau VIII : perception de son état de santé selon les classes d'IMC (χ^2 sign. <.001).

Ce sont surtout les personnes d'IMC2 qui se sentent le plus en meilleure santé.

Par contre plus de personnes d'IMC4 ont une perception un peu moins bonne de leur santé que la moyenne. On remarquera également une proportion de 16,3% des personnes d'IMC1 ayant un sentiment de santé médiocre ou mauvaise (dans certains cas une perte de poids peut-être la conséquence d'un mauvais état de santé, mais l'objet de notre étude ne nous permettait pas d'aborder la santé sous tous ses aspects).

7.2.2 Stress

La perception de l'état de stress par le répondant est la suivante :

Êtes-vous quelqu'un de stressé	IMC1	IMC2	IMC3	IMC4	TOTAL
Tout le temps	16,7	10,1	9,9	10,9	10,6
Souvent	52,4	39,7	44,2	36,4	41,6
Rarement	28,6	39,1	34,9	43,6	37,6
Jamais	2,4	11,0	11,0	9,1	10,3

Tableau IX : perception de son état de santé selon les classes d'IMC (χ^2 non sign.).

Il n'y a pas, dans notre échantillon, de différences significatives selon les classes d'IMC.

Pourtant la corrélation directe ou indirecte est souvent établie dans ce domaine. Certaines personnes maigres attribuant leur maigreur au stress, certaines personnes en surpoids aussi, ou certaines personnes obèses justifiant des grignotages

immodérés à cause du stress. Si des cas précis tels ceux évoqués ici sont observés et confirmés, nous ne mettons pas en évidence ici de facteur systématique.

Il n'y aurait donc pas de facteur systématique reliant le stress au poids, alors que les effets du stress sur le poids pourraient jouer indirectement selon les cas et d'une manière non linéaire.

7.2.3 Sommeil

Plus de 6 personnes sur 10 (61,2%) dorment 7h et plus par nuit.

	IMC1	IMC2	IMC3	IMC4	TOTAL
Moins de 6h	9,3	8,0	11,0	7,3	8,9
De 6h à moins de 7h	44,2	26,0	30,8	40,0	29,9
De 7h à moins de 8h	27,9	43,1	34,9	45,5	39,9
Plus de 8h	18,6	23,0	23,3	7,3	21,3

Tableau IX : proportion de personnes déclarant dormir d'une durée moyenne par nuit précisée dans le tableau selon les classes d'IMC (χ^2 sign. =.04).

Les personnes ayant des poids situés dans les classes extrêmes (IMC1 et IMC4) dormiraient significativement moins (χ^2 sign. =.04) que les autres.

D'une manière générale plus l'IMC croît, moins les personnes dormiraient (Anova F.sign. = .04).

On constate aussi que les hommes en surpoids et obèses dorment moins (χ^2 sign. =.02) que les femmes des mêmes catégories.

Les personnes obèses, déclarent donc dormir moins souvent que 8 heures. Ce résultat montre et confirme le lien entre l'obésité et le manque de sommeil ainsi qu'entre le « bon-poids » et le sommeil équilibré.

7.3 Comportements et événements associés

Synthèse

- ◆ Les personnes obèses vérifient leur poids moins souvent que la moyenne et les personnes maigres plus souvent.
- ◆ Les personnes obèses et en surpoids ont, en général, déjà suivi un régime alimentaire pour perdre du poids. Cela se traduirait par la conscience chez elles d'une forme d'anormalité ou même de morbidité liée au surpoids.
- ◆ Toutes choses étant égales par ailleurs, ce sont surtout les femmes qui suivent ou qui ont suivi un régime. L'homme en surpoids ou obèse s'ignore-t-il ? S'accepte-t-il ou se résigne-t-il ?
- ◆ Près de la moitié des personnes interrogées déclarent qu'il leur est arrivé dans l'existence un événement identifiable ayant eu un effet significatif sur leur poids. De plus la prise de poids ou la perte de poids lié à cet événement aurait été plus conséquent pour les femmes.
- ◆ Les personnes en surpoids et obèses estiment – et ont donc conscience – qu'elles mangent trop. L'hypothèse d'une augmentation progressive et involontaire du poids par des aliments aux calories cachées est donc contredite par ce résultat.
- ◆ En corollaire ce sont les personnes de poids normal qui estiment le plus souvent manger normalement.
- ◆ Pratiquement tout le monde (86,5%), que ce soit dans les classes à risque ou non, déclare avoir déjà été informé des risques et conséquences du surpoids et de l'obésité.
- ◆ Si une grande majorité des personnes (80,3%) estime que leurs parents étaient stricts sur le déroulement des repas et prises alimentaires en dehors de ceux-ci, aucune différence significative n'apparaît entre les classes d'IMC. Donc les personnes en surpoids ou obèses ne semblent pas – dans leurs souvenirs – avoir été soumis à un contrôle parental plus ou moins strict que les autres.
- ◆ Les personnes en surpoids et obèses auraient un moins bon contrôle de leur alimentation par des signaux internes (sensation de faim ou de satiété) et seraient plus souvent dépendantes de signaux externes (abondance des aliments mis à disposition, comportements des autres, socialisation des repas). L'image du bon vivant, enveloppé, mangeant par plaisir et par convivialité autant ou plus que par faim, trouverait donc ici une forme de vérification.

7.3.1 Se peser

Vous pesez-vous	IMC1	IMC2	IMC3	IMC4	TOTAL
Régulièrement, tous les jours	60,5	43,0	45,3	37,0	44,4
Rarement	18,6	43,6	43,0	46,3	41,9
Jamais	20,9	13,4	11,6	16,7	13,7

Tableau X : fréquence de vérification de son poids selon les classes d'IMC (χ^2 sign. = .06).

Un peu moins d'une personne sur deux vérifie régulièrement son poids. Cette fréquence est moindre chez les personnes obèses et supérieure chez les personnes maigres.

Elle est surtout beaucoup plus fréquente chez les femmes que chez les hommes (χ^2 sign. <.001) et est indépendante de l'âge.

7.3.2 Suivre un régime

Plus de 3 personnes sur 10 déclarent avoir déjà suivi un régime alimentaire pour perdre du poids.

Déjà suivi un régime alimentaire	IMC1	IMC2	IMC3	IMC4	TOTAL
OUI	19,0	26,1	36,1	57,4	31,2
NON	81,0	73,9	63,9	42,6	68,8
Suit actuellement un régime	2,4	3,9	13,6	18,5	7,8

Tableau XI : régime déjà suivi pour perdre du poids selon les classes d'IMC (χ^2 sign. < .001).

Il existe une relation linéaire entre l'IMC et le fait d'avoir fait un régime : plus l'IMC est élevé plus on trouve de personnes ayant fait régime. Cette même relation est constatée pour les personnes effectuant un régime au moment de leur interview dans le cadre de l'enquête.

Ce sont les personnes en surpoids et obèses (près de 6 sur 10) qui ont le plus souvent déjà suivi un régime alimentaire. Actuellement 18,5% parmi les obèses suivent un régime et 13,6% parmi les personnes en surpoids.

Ce sont surtout les femmes qui sont concernées par les régimes alimentaires : 46,1% d'entre elles en ont déjà suivi un contre 14,5% des hommes (χ^2 sign. < .001). L'âge de la personne interviewée ne jouerait pas¹².

Déjà suivi un régime alimentaire	Femmes		Hommes		Autres cas
	IMC3	IMC4	IMC3	IMC4	
OUI	57,7	76,0	17,6	41,4	25,3
NON	42,3	24,0	82,4	58,6	74,7
Suit actuellement un régime	24,4	32,0	4,4	6,9	3,7

Tableau XII : régime déjà suivi pour perdre du poids selon le sexe et les classes d'IMC3 et IMC4 (χ^2 sign. < .001).

En rapport avec l'indice d'IMC : 3 femmes obèses sur 4 ont suivi un régime (près de la moitié moins pour les hommes). En outre les femmes en surpoids suivent plus souvent un régime (57,7%) ce qui n'est le cas pour les hommes de cette classe d'IMC où l'on n'observe que 17,6% de régimes.

Les résultats concernant les personnes qui suivent actuellement un régime sont également parlants sur ce point : à côté d'une faible proportion de personnes en surpoids ou obèse qui suivent actuellement un régime et qui interpelle, la différence homme/femme est très importante : une plus grande proportion d'entre elles accusant un surpoids suivent une régime (de 24,4% à 32,0%); la proportion d'hommes restant faible (de 4,4% à 6,9%). L'homme en surpoids ou obèse s'ignore-t-il, s'accepte-t-il ou ne fait-il rien ?

¹² la question de savoir à quel âge le régime (ou le premier régime) entrepris a été réalisé n'a pas été posée.

Régime et état de santé

On constate également que ce sont les personnes qui déclarent un état de santé médiocre ou seulement « bon » qui ont le plus souvent suivi un régime (44,7%).

Mais aussi les personnes les plus stressées : 51,6% (χ^2 sign. <.001). Est-ce à dire que certaines personnes en surpoids et obèses qui, parce que non stressées, accepteraient leur état et n'entreprendraient rien pour l'éviter au contraire des personnes stressées. L'état de stress de la personne serait alors, dans ce cas, une variable pouvant déclencher une réaction de prise en charge de son surpoids. Les liens entre stress et surpoids méritent donc une attention particulière.

7.3.3 Présence d'événements ayant eu une influence sur le poids

46,4 % des personnes estiment qu'il leur est arrivé dans l'existence un événement qui a eu une influence sur leur poids. 24,9% ont grossi, 18,7% maigri et 2,8% grossi et maigri selon l'événement. Parmi les événements qui font grossir ou maigrir le plus, la palme revient au « divorce-séparation », cité le plus souvent par une personne sur trois.

	IMC1	IMC2	IMC3	IMC4	TOTAL
OUI - grossir	4,8	19,1	35,5	42,6	24,9
OUI - maigrir	47,6	20,6	13,4	1,9	18,7
OUI – les deux	45,2	57,9	48,3	50,0	53,6
NON	2,4	2,4	2,9	5,6	2,8

Tableau XIII : occurrence d'un événement dans l'existence ayant eu pour effet une diminution ou un accroissement du poids

La corrélation entre le poids et l'évocation des événements ayant une influence sur ce poids est importante (χ^2 sign. <.001).

Au cours de la vie, on peut grossir ou maigrir pour différentes raisons, mais ce résultat montre que le vécu émotionnel (joie, peine, stress, tristesse,...) associé à un événement déterminé joue un rôle clé dans la variation de poids.

Faut-il penser l'accompagnement psychologique éventuel (psychiatrie, psychothérapie, ...) de certains états pénibles de la vie en termes des conséquences sur le poids ?

Ainsi l'impact d'un événement chez les personnes obèses (IMC4) serait très fort (χ^2 sign. <.001). et aurait pour près de la moitié influencé leur poids.

Plus particulièrement ce seraient les femmes obèses et en surpoids qui encaisseraient le coup de l'événement par une prise de poids : 51% des femmes en surpoids et obèses contre 24,4% des hommes (χ^2 sign. <.001).

D'une manière plus générale d'ailleurs, la prise de poids ou la perte de poids chez les femmes (respectivement 31,2% et 23,3%) lié à un événement serait beaucoup plus importante que chez les hommes (respectivement 17,8% et 13,6%).

7.3.4 Se nourrir en suffisance

Il importe de connaître dans le cadre de cette étude le sentiment que peuvent avoir les personnes sur les quantités de nourriture qu'elles absorbent. En effet on attribue parfois le surpoids à des aliments énergétiques dont les calories cachées seraient absorbées sans que la personne ne s'en aperçoive ce qui expliquerait l'augmentation de son poids sans qu'elle ne s'en sente responsable. Remarquons aussi que cette hypothèse des calories cachées et subies pourrait être abordée d'une autre manière que dans cette étude-ci.

Toutefois nos résultats ne la confirment pas en première approximation comme on l'examine ci-après.

Les personnes estimant le plus souvent manger normalement et en suffisance sont aussi celles dont l'IMC correspond à la normale (IMC2 : 62,1%).

C'est parmi les personnes en surpoids et obèses qu'on observe une majorité de celles qui estiment manger trop. Ces personnes attestent donc ici de leur conscience de trop manger en relation avec leur statut pondéral (χ^2 sign. <.001).

Estimez-vous	IMC1	IMC2	IMC3	IMC4	TOTAL
Manger normalement et en suffisance	53,5	62,1	49,4	32,7	55,2
Manger trop	2,3	9,7	27,9	38,2	16,9
Manger trop peu	18,6	2,9	2,9	0,0	3,8
Manger des quantités irrégulières, parfois trop, parfois pas assez	25,6	25,3	19,8	29,1	24,1

Tableau XIV: perception de la quantité de nourriture absorbée selon les classes d'IMC (χ^2 sign. <.001).

Remarquons aussi qu'une personne obèse sur trois estime manger normalement (au moment du questionnement) et une sur deux parmi les personnes en surpoids.

Les différences selon le sexe sont non significatives. Autant d'hommes que de femmes estiment manger trop (17,8% / 16,1%), normalement ou trop peu.

En relation avec l'état de santé, les personnes stressées comptent aussi celles qui déclarent plus souvent (37,5%) manger des quantités irrégulières % (χ^2 sign. =.001) tandis que les personnes non-stressées sont celles déclarant plus souvent manger normalement et en suffisance (63,7%).

La corrélation entre la perception de son état de santé et la quantité de nourriture absorbée est également révélatrice (χ^2 sign. =.05):

État de santé	Excellent	Très bon	Bon	Médiocre, mauvais	TOTAL
Estimez-vous					
Manger normalement et en suffisance	69,4	55,1	55,0	34,2	55,2
Manger trop	14,5	16,7	15,5	31,6	16,8
Manger trop peu	0,0	4,0	4,5	2,6	3,8
Manger des quantités irrégulières, parfois trop, parfois pas assez	16,1	24,2	24,9	31,6	24,2

Tableau XV : corrélation entre l'état de santé estimé et la quantité de nourriture absorbée (χ^2 sign. =.05)

Ce sont les personnes estimant leur état de santé médiocre ou mauvais qui présentent le plus d'irrégularités par rapport au profil moyen de l'échantillon : elles estiment moins « manger normalement » que les autres, plus que les autres « manger trop ou en quantités irrégulières ».

7.3.5 S'informer sur les risques du surpoids et de l'obésité

À la question de savoir si les personnes ont déjà été informées des risques et conséquences du surpoids et de l'obésité, 86,5% répondent « oui ». Aucune distinction n'apparaît globalement entre les classes de l'IMC. Les groupes à risque semblent donc être tout aussi informés que les autres.

De même, 86,8% pensent qu'il est utile d'être informé des risques. Ici aussi, globalement, aucune différence significative entre les classes de l'IMC n'apparaît.

Avez-vous déjà été informés ...	IMC1	IMC2	IMC3	IMC4	TOTAL
OUI	88,4	85,6	86,6	90,6	86,5
NON	11,6	14,4	13,4	9,4	13,5
Estimez-vous utile d'être informés ...					
OUI	85,7	86,9	88,4	81,5	86,8
NON	14,3	13,1	11,6	18,5	13,2

Tableau XVI : Proportion des personnes ayant déjà été informées et estimant utile d'être informées sur les risques du surpoids et de l'obésité

Néanmoins, il apparaît une différence dans la classe IMC4 entre le fait d'avoir été informés et le fait qu'il est utile d'être informé. Plus de personnes IMC4 estiment inutile d'être informé des risques. Pour ne plus devoir penser à leur problème ...ou connaissent-elles trop bien les conséquences des risques liés à leur embonpoint ? La différence est minime mais significative.

Par contre en comparant le point de vue des hommes et des femmes, des différences apparaissent. Une plus forte proportion de femmes (92,9%) que d'hommes (79,4%) déclare déjà avoir été informée (χ^2 sign. <.001). Les résultats vont dans le même sens en ce qui concerne l'utilité de cette information : 93,1% des femmes la pense utile contre 79,7% d'hommes (χ^2 sign. <.001).

Le surpoids et l'obésité semblent aussi plus préoccupants pour une plus grande proportion de femmes que d'hommes concernés directement par le surpoids et l'obésité (χ^2 sign. =.008).

La pression culturelle ou sociale joue sans doute ici un rôle important. L'image de la femme mince est plus développée dans la publicité et véhiculée dans les médias que celle de l'homme mince, même si on assiste à une évolution sur ce plan, vers un homme plus attentif à son apparence physique. On pense par exemple au courant « métrosexuel »¹³.

¹³ **Métrosexuel** (de l'anglais *metropolitan sexual*) est un terme désignant un homme (souvent **hétérosexuel**) qui adopte les codes vestimentaires des **homosexuels** (extravagant, classé ou chic). On utilise ce terme pour qualifier des personnes qui font très attention à elles, prennent soin de leur corps, de leur alimentation, etc. Ce qualificatif est donné à de nombreuses personnalités telles que [David Beckham](#) ou [Robbie Williams](#). Métro = par rapport à l'homme métropolitain. Sexuel = l'homme (dans le contexte de séduction et d'attraction sexuelle).

7.3.6 L'attitude des parents dans l'enfance

Une hypothèse, notamment selon Birch en 1994, serait que le contrôle parental le plus fort sur les prises alimentaires (obligation de ne manger qu'à table, de finir son assiette, etc.) entraînerait une moindre sensibilité des enfants à la densité calorique des aliments. L'enfant est capable de réguler la quantité d'aliments qu'il consomme en fonction de leur densité énergétique et de ses besoins (Birch et Fisher, 1998). De plus, selon les mêmes auteurs, un contrôle trop strict des parents, destiné par exemple à favoriser la consommation de fruits et de légumes et à limiter celle des sucreries, peut avoir l'effet inverse.

Pour éprouver cette hypothèse, nous avons posé une question dans ce sens.

80,3 % des personnes estime que leurs parents étaient stricts sur le déroulement des repas. Par contre 51,8% estime que leurs parents ne permettaient pas de manger sans attendre l'heure du repas, alors que pour 48,2%, ils le permettaient.

En relation avec l'indice IMC, aucune différence significative n'apparaît globalement. Les personnes en surpoids ou obèses d'aujourd'hui ne semblent pas avoir été plus soumises, dans leurs souvenirs, à un contrôle parental plus strict que les autres. Il en est de même en ce qui concerne la liberté de manger avant l'heure des repas.

Une seule différence (χ^2 sign. =.01) apparaît, entre hommes et femmes : un peu plus d'hommes (57,4%) en surpoids ou obèses que de femmes (47,6%) auraient pu plus facilement avoir été autorisés à manger avant l'heure du repas.

7.3.7 L'externalité, l'internalité et le contrôle social

Une autre hypothèse testée aussi par Birch en 1994, portait sur le fait qu'on considèrerait qu'une forte norme d'internalité, c'est-à-dire la capacité de reconnaître facilement les signaux biologiques envoyés par son organisme, entraînait une bonne adaptation aux sensations de faim et de rassasiement conduisant à n'entamer le repas que lorsque la faim apparaît et le terminer lorsque qu'on éprouve la sensation d'être repu.

Sur ce plan DARGENT (2005) souligne : *« comme de nombreux mécanismes physiologiques, la satiété est tributaire de facteurs déclenchant ou signaux : réplétion gastrique, neurotransmetteurs agissant sur des centres nerveux centraux, etc. Chez l'obèse, tout ou partie de ces signaux ne fonctionne plus. »*

Dans ce modèle, l'externalité entrainerait que la quantité d'aliments ingérée serait largement conditionnée par des signes extérieurs aux repas comme des pressions sociales, culturelles ou le contenu même de l'assiette, les aliments appréciés étant consommés même en l'absence de sensation de faim.

7.3.7.1 Internalité/externalité générale : le locus of control

Nous examinons au préalable l'internalité /externalité générale appelée « locus of control ». Cette notion est due à J.B Rooter (1966). La cause d'un événement agréable ou désagréable est recherchée par certains sujets à l'extérieur d'eux-mêmes (sujets externes) et par d'autres surtout en eux-mêmes (sujets internes). On pense alors dans ce modèle que les personnes en surpoids ou obèses estimeraient plus que les autres « subir » leur sort et leur poids (externalistes) tandis que les personnes de poids normal, plus souvent le maîtriser par eux-mêmes (internalistes). Ce modèle pourrait aussi être mis en correspondance avec certaines attributions du surpoids : une des causes du surpoids serait, entre autre dans cette vision des choses, le résultat de calories surnuméraires cachées dans les aliments sans que les personnes ne s'en sentent responsables. Les personnes attribueraient alors plus facilement leur surpoids ou leur obésité à des causes qu'elles subiraient (externalité).

L'internalité/externalité générale est mesurée ici, en première approximation, avec un test que nous avons développé par ailleurs et se matérialisant par les questions suivantes et aboutissant au calcul d'un score d'internalité (de 0 à 3) et d'externalité (de 0 à 3). Le total des deux scores obtenus étant toujours égal à 3.

**Voici 6 idées concernant la réussite dans la vie.
Choisissez les trois avec lesquelles vous êtes le plus d'accord**

1. Dans la vie ceux qui sont arrivés ont été aidés	EXT.
2. On est toujours responsable de ce qui nous arrive dans la vie	INT.
3. Pour réussir dans la vie il faut surtout avoir de bonnes relations	EXT.
4. Avec de la volonté on arrive toujours à réussir	INT.
5. Dans la vie on n'obtient que ce qu'on mérite	INT.
6. Celui qui ne réussit pas dans la vie, c'est la faute à pas de chance	EXT.

Tableau XVII : questions posées pour la mesure de l'internalité/externalité

En corrélant le score combiné avec l'indice IMC, on n'obtient pas de différences significatives (Anova). La proportion d'internaliste/externaliste étant comparable quelle que soit la valeur de l'IMC.

À ce stade, ces hypothèses (surpoids ou obésité plus souvent « subi », poids normal plus souvent « maîtrisé») ne seraient donc pas vérifiées.

7.3.7.2 Le contrôle social

Le contrôle social tel que décrit plus haut en termes de signaux, dans une perspective proche de la notion d'internalité et d'externalité de Rooter, présente dans le modèle de Birch est abordée par les questions suivantes :

Parmi les situations suivantes est-ce toujours, souvent, rarement, ou jamais le cas ?

	Toujours	Souvent	Rarement	Jamais
1. Quand je suis en compagnie d'autres j'ai tendance à moins bien contrôler ce que je mange et me laisser emporter	4	3	2	1
2. Je ne mange que quand j'ai vraiment faim, même aux repas	1	2	3	4
3. J'ai tendance à toujours finir mon assiette, quelle que soit la quantité servie	4	3	2	1
4. Je ne me refuse jamais un dessert même après un repas copieux	4	3	2	1
5. Quand j'ai sous la main des aliments que j'aime, j'ai tendance à les consommer même si je n'ai plus faim	4	3	2	1
6. Quand je sens que je n'ai plus faim, je m'arrête de manger même si peux continuer ou qu'on me propose d'autres plats	1	2	3	4
7. Quand c'est l'heure du repas je mange, quel que soit mon appétit ou ma faim	4	3	2	1

Tableau XVIII : questions posées pour la mesure du contrôle social(les chiffres mentionnés dans les cases reprennent la pondération appliquée aux réponses)

Le score¹⁴ obtenu en termes de signaux extérieurs auxquels répondrait ou non la personne est calculé selon la grille ci-dessus. Un sujet qui obtient 28 est dominé par des signaux externes et 7 par des signaux internes. Nous avons ensuite ramené le score en 3 catégories : de 7 à 14, de 15 à 21 et de 22 à 28.

Score contrôle social	IMC1	IMC2	IMC3	IMC4	TOTAL
7 à 14 (faible)	32,6	21,8	13,4	10,9	19,2
15 à 21 (moyen)	65,1	69,1	76,2	74,5	71,3
22 à 28 (fort)	2,3	9,1	10,5	14,5	9,5

Tableau XIX : proportion des personnes ayant obtenu un score donné à la mesure du contrôle social selon leur IMC

L'hypothèse de Birch est vérifiée ici (χ^2 sign. =.02) : les personnes en surpoids et obèses auraient un moins bon contrôle de leur alimentation par des signaux internes et seraient plus souvent soumis aux signaux externes. Le résultat est indépendant du sexe (χ^2 non sign.).

On trouve aussi une confirmation par le calcul moyen de l'IMC (Anova F. sign. =.002) dans ces trois catégories.

L'image du « bon vivant », bien enveloppé, mangeant par plaisir et par convivialité autant, ou plus, que par faim trouverait donc ici une forme de vérification.

Ce résultat rejoint en partie les résultats obtenus par Birch sur une population d'enfants.

¹⁴ Dans ce cas le score est compris entre 7 et 28, mais on peut lui appliquer une transformation linéaire pour, par exemple, le faire varier de 0 à n sans que cela ne change les résultats.

8 Styles de vie

Nous examinerons à partir d'ici les relations qui existent entre l'IMC et différents indicateurs subjectifs des styles de vie, dont principalement :

- Les styles de vie alimentaires
- L'usage du tabac et la consommation d'alcool
- Les styles de vie reliés aux activités physiques et aux loisirs

8.1 Styles alimentaires

Synthèse

- ◆ Les personnes obèses et en surpoids se différencient sur la consommation de certains aliments : plus de viande, fromages et aliments frits chez les personnes en surpoids mais moins d'aliments frits, chips et snacks salés, biscuits et boissons aux sucres ajoutés chez les personnes obèses. De même ces dernières consomment moins de fruits et légumes. Elles consomment plus de chocolat (et produits chocolatés), friandises et bonbons, charcuteries mais aussi plus de boissons et produits lights, édulcorants artificiels, poissons et fruits de mer.
- ◆ On constate que les personnes maigres et de poids normal prennent en moyenne plus de repas par jour que les personnes en surpoids et obèses. Cela appuierait l'hypothèse selon laquelle les obèses et surtout les personnes en surpoids sautent des repas. Chez elles c'est le repas du matin et/ou du midi qui est le plus souvent sauté.
- ◆ Les personnes obèses sont également celles qui prennent plus souvent leur repas du midi à la maison ou, lorsqu'elles le prennent ailleurs, c'est moins souvent sous la forme de sandwiches et encore moins souvent dans des cafeterias extérieures aux entreprises ou dans des fast-foods. Ces personnes prennent donc plus souvent le midi des repas chauds traditionnels et complets.
- ◆ La régularité ou l'irrégularité horaire dans la prise des repas n'est corrélée avec l'IMC.
- ◆ Les personnes obèses seraient aussi celles qui, quel que soit le repas pris au cours de la journée, estimeraient avoir le plus souvent suffisamment de temps pour le prendre. En d'autres termes, elles passeraient plus de temps que la moyenne pour prendre un repas.
- ◆ La préparation des repas différencie aussi significativement les personnes selon les classes de l'IMC. Plus celui augmente, plus on consacre du temps dans le ménage à la préparation des repas. En corollaire, on cuisine plus souvent qu'on achète et consomme des plats déjà préparés chez les personnes en surpoids et obèses.
- ◆ Les maigres s'alimenteraient-ils plus souvent sans se faire plaisir ? Peut-être pas mais ces résultats mettent néanmoins l'accent sur la satisfaction recherchée par l'alimentation et l'importance accordée aux repas et à ce qui les entoure que leur attribueraient plus souvent les personnes en surpoids et obèses.
- ◆ La fréquentation, en général, des snacks et restaurants rapides ne distingue pas les personnes selon les classes de l'IMC. On trouve donc les mêmes proportions de personnes fréquentant ou non ce genre de restaurants dans toutes les catégories de poids. En d'autres termes, et contrairement à ce qu'on aurait pu croire, les personnes en surpoids ou obèses ne sont pas plus adeptes que les autres de ces restaurants rapides.
- ◆ Certaines différences apparaissent en termes des fréquences de fréquentation : le nombre de restaurants rapides fréquenté par mois diminue selon les classes de l'IMC. Ce sont les personnes de la classe IMC1 qui fréquentent le plus souvent ces restaurants.
- ◆ De la même manière on n'observe pas de différence selon l'IMC en ce qui concerne le recourt au « take home » ou au « take away ». Cette pratique se distribue uniformément dans la population.
- ◆ Concernant plus généralement l'usage de plats « tout préparés » (achetés en grande surface ou dans le commerce de détail) on constate aussi une distribution uniforme dans la population, aucune classe d'IMC n'étant plus adepte de ce mode de repas.
- ◆ Une différence apparaît concernant la fréquence du recours à cette pratique : elle est plus fréquente chez les personnes d'IMC1 que d'IMC4. Ce résultat recouperait celui concernant la préparation à domicile des repas plus importante lorsque l'IMC croît.

- ◆ Une hypothèse sous-jacente serait aussi que les plats confectionnés à domicile sont plus consistants et copieux que ceux achetés tout préparés. Dans le premier cas on se resservirait et/ou on viderait les plats pour éviter les gaspillages.
- ◆ Indépendamment des remarques formulées précédemment concernant la difficulté d'aborder sous tous ses aspects la question du grignotage, on ne différencie pas sur cette pratique les personnes en fonction des classes de l'IMC à part le fait que celles de la classe IMC1 s'y adonneraient un peu plus souvent. En d'autres termes le comportement de grignotage n'apparaît pas ici comme caractérisant spécifiquement les personnes en surpoids ou obèses.
- ◆ On constate aussi que l'éducation dans l'enfance jouerait un rôle chez certaines personnes dans la pratique du grignotage à l'âge adulte.
- ◆ Le grignotage est aussi associé aux sensations de faim. On constate que la maîtrise de ses sensations de faim avant le repas n'est pas corrélée avec l'IMC mais dépendrait plus de l'éducation dans l'enfance. On voit aussi que plus de personnes en surpoids qui éprouvent des sensations de faim avant le repas, semblent plus souvent l'attendre et évitent de grignoter ce qui peut être interprété comme une forme d'attention ou de vigilance vis-à-vis de leur poids. Ce serait moins vrai pour les personnes obèses.

8.1.1 Les aliments que l'on consomme.

Les aliments consommés permettent-ils de distinguer les personnes selon leur IMC. En d'autres termes, certains aliments sont-ils plus ou moins consommés selon le niveau de poids. Rappelons ici que cette enquête est une photographie et non une étude des relations de cause à effet. L'aliment consommé aujourd'hui, analysé selon le poids, ne peut être considéré comme une cause du poids actuel. Il est plus intéressant d'examiner, selon le poids actuel, quelles sont les habitudes de consommation d'aliments. Surtout si l'on se réfère aux clichés qui entourent habituellement les attributions alimentaires en fonction du poids apparent comme : « les gros mangent trop de frites et de matières grasses », « ils consomment trop de sucre », etc.

	Tous les jours ou presque	Un jour sur deux	Un jour par semaine	Jamais
mangez-vous des légumes crus ou préparés	77,8	18,4	3,4	0,3
mangez-vous des fruits	47,2	31,1	18,7	3,0
mangez-vous des aliments complets (riz, blé, pâte, pain,...)	65,3	18,9	10,9	4,8
mangez-vous du poisson ou des fruits de mer	4,1	25,3	64,4	6,2
mangez-vous des charcuteries	34,9	33,6	21,7	9,9
buvez-vous des boissons aux sucres ajoutés (sodas, thé sucré, café sucré,...)	47,0	13,8	15,9	23,3
buvez-vous des boissons « light »	23,6	11,9	13,2	51,3
consommez-vous des produits « light » (allégés) autres que des boissons	18,8	14,0	17,9	49,3
utilisez-vous des édulcorants artificiels	12,9	3,0	7,9	76,3
buvez-vous des boissons alcoolisées (bière, vin, alcool,...)	27,5	23,0	34,5	15,0
mangez vous des aliments lactés (yaourts, fromage blanc, actimel,...) autres que des fromages	44,1	27,2	20,8	7,9
mangez vous des fromages	45,9	35,0	15,8	3,3
mangez vous des aliments frits (frites, croquettes, poissons panés, ...)	6,6	25,0	64,8	3,6
consommez-vous du chocolat ou des produits chocolatés	28,7	27,4	34,7	9,2
consommez-vous des chips et autres snacks comme des cacahuètes, etc.	6,4	18,4	56,4	18,6

consommez-vous des friandises et bonbons.	12,2	19,4	41,8	26,5
consommez-vous des biscuits, gaufrettes, pain d'épices, etc...	22,7	28,9	35,7	12,7
mangez-vous de la viande	63,8	28,1	5,9	2,1
ajoutez-vous du sel à vos repas	42,6	9,9	8,6	39,0

Tableau XX: proportion des personnes consommant l'aliment en fonction de la fréquence de cette consommation

D'une manière générale, une majorité de personnes déclarent manger chaque jour ou presque des légumes crus ou préparés (77,8%), des aliments complets (65,3%) et de la viande (63,8%). Un peu moins des fruits (47,2%). On mange relativement peu souvent du poisson.

Par contre peu d'entre eux déclarent manger régulièrement des aliments frits, des chips, des friandises et des bonbons.

Nous avons examiné en rapport avec les objectifs de l'enquête quelles sont les réponses qui différencient significativement les personnes selon les classes d'IMC.

	plus que la moyenne	moins que la moyenne
mangez-vous des légumes crus ou préparés		IMC4
mangez-vous des fruits		IMC1 IMC4
mangez-vous des aliments complets (riz, blé, pâte, pain,...)	IMC1	
mangez-vous du poisson ou des fruits de mer	IMC1 IMC4	
mangez-vous des charcuteries	IMC4	IMC1
buvez-vous des boissons aux sucres ajoutés (sodas, thé sucré, café sucré,...)		IMC4
buvez-vous des boissons « light »	IMC3 IMC4	IMC1 IMC2
consommez-vous des produits « light » (allégés) autres que des boissons	IMC1 IMC4	
utilisez-vous des édulcorants artificiels	IMC4	
buvez-vous des boissons alcoolisées (bière, vin, alcool,...)	IMC3	
mangez vous des aliments lactés (yaourts, fromage blanc, actimel,...) autres que des fromages		IMC1
mangez vous des fromages	IMC3	
mangez vous des aliments frits (frites, croquettes, poissons panés, ...)	IMC3	IMC4
consommez-vous du chocolat ou des produits chocolatés	IMC4	
consommez-vous des chips et autres snacks comme des cacahuètes, etc.		IMC1 IMC4
consommez-vous des friandises et bonbons.	IMC4	IMC1
consommez-vous des biscuits, gaufrettes, pain d'épices, etc...		IMC4
mangez-vous de la viande	IMC3	IMC1
ajoutez-vous du sel à vos repas	IMC1	

Tableau XXbis: consomment significativement plus ou moins que la moyenne

En résumé, par rapport à la moyenne,

les personnes de **IMC1** consomment :

Moins de fruits, de charcuteries, de boissons lights, d'aliments lactés, de chips et snacks salés, de friandises et bonbons, de viande.

Plus d'aliments complets, de poissons et fruits de mer, de produits lights (autres que boissons), de sel ajouté.

Les personnes de **IMC2** consomment **moins** de boissons lights.

Les personnes de **IMC3** consomment :

Plus de boissons lights, de boissons alcoolisées, de fromages, d'aliments frits et de viande.

Les personnes de **IMC4** consomment :

Moins de légumes crus ou préparés, de fruits, de boissons aux sucres ajoutés, d'aliments frits, de chips et autres snacks salés, de biscuits, gaufrettes, etc.

Plus de poissons et fruits de mer, charcuteries, boissons lights, produits lights, édulcorants artificiels, chocolat et produits chocolatés, friandises et bonbons.

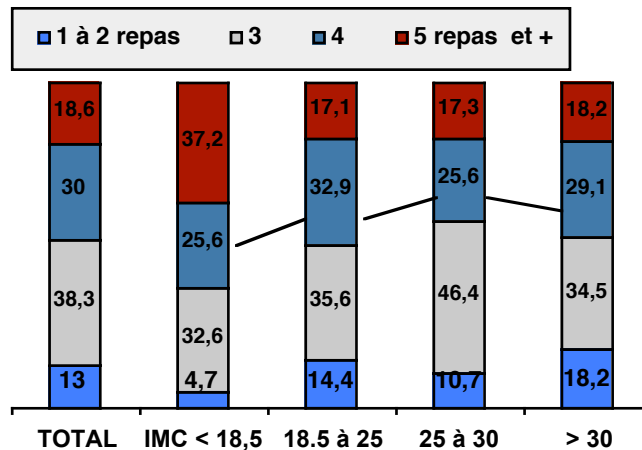
8.1.2 Les repas

Les modes selon lesquels les repas sont pris ou préparés seront examinés sous plusieurs aspects :

- Le nombre de repas par jour
- Le lieu où les repas sont pris et la forme
- Le moment des repas
- Le temps consacré à la prise des repas
- Le temps consacré à la préparation des repas

8.1.2.1 Nombre de repas par jour

D'une manière générale, une majorité de personnes prennent de 3 à 4 repas (ou en-cas) par jour (38,3% - 30,0%). 13,0% ne mangent que deux fois et moins, tandis 18,6% prennent plus de 5 repas ou en-cas.



Graphique 4 : répartition du nombre de repas pris par jour, au total et en fonction de l'indice IMC (χ^2 sign. =.02).

On constate des différences significatives selon l'IMC :

- Le nombre moyen de repas pris par jour selon les classes d'IMC décroît significativement jusqu'à IMC3 (Anova. F sign.=.03).

Il en résulte que :

- Les personnes « plus maigres » (IMC1) mangent plus souvent.
- Plus de personnes de poids normal auraient une tendance à prendre un plus grand nombre de repas (IMC2).

Cela appuierait l'hypothèse selon laquelle les « obèses » sautent des repas. En outre, les personnes en surpoids se démarquent significativement des obèses et seraient celles qui sauteraient le plus souvent un repas.

Rappelons que nous ne disposons d'aucun élément précis permettant de connaître la quantité de nourriture absorbée par repas mais nous avons vu plus haut que les personnes en surpoids et obèses avaient de sentiment de manger plus que nécessaire.

8.1.2.2 Repas principaux

En général :

- pratiquement tous les jours :
 - 65,8% des personnes prennent un petit déjeuner
 - 84,4% un repas de midi
 - 94,8% un repas du soir
- sautent en moyenne un repas sur deux :
 - 13,8% le matin
 - 10,0% le midi
 - 3,9% le soir
- ne prennent pas ou pratiquement pas de repas :
 - 20,4% le matin
 - 5,6% le midi
 - 1,4% le soir

Le repas du soir est celui qui est le plus souvent « pris » ou plus rarement sauté.

Le petit-déjeuner est le repas qui est le plus souvent « sauté » par environ une personne sur trois.

Prise d'un petit-déjeuner	IMC1	IMC2	IMC3	IMC4	TOTAL
Jamais ou très rarement	16,3	20,7	18,6	27,3	20,4
Une fois sur deux	18,6	13,0	13,4	16,4	13,8
Pratiquement tous les jours	65,1	66,3	68,0	56,4	65,8
Prise d'un repas de midi					
Jamais ou très rarement	2,3	5,6	5,8	7,3	5,6
Une fois sur deux	9,3	8,8	11,6	12,7	10,0
Pratiquement tous les jours	88,4	85,6	82,6	80,0	84,4
Prise d'un repas du soir					
Jamais ou très rarement	0,0	1,5	1,7	0,0	1,3
Une fois sur deux	7,0	2,9	4,1	7,3	3,9
Pratiquement tous les jours	93,0	95,6	94,2	92,7	94,8

Tableau XXI : proportion des personnes prenant ce type de repas selon l'IMC

Même si une tendance se dessinerait conduisant à montrer que les personnes obèses sauteraient plus souvent le petit-déjeuner que les autres personnes, les effectifs sont insuffisants pour y accorder une confiance statistique.

On déduit de l'analyse de la fréquence des prises des repas principaux selon les classes d'IMC (alors que nous avons vu que les personnes d'IMC3 et IMC4 sauteraient plus souvent des repas) que ce ne seraient pas systématiquement des repas déterminés de la journée, mais des repas sautés selon le cas, le matin ou le midi, plus rarement le soir.

En d'autres termes, on observerait plus souvent chez les personnes d'IMC3 et IMC4, selon les circonstances, un repas sauté le matin ou le midi.

8.1.2.3 Lieu des repas

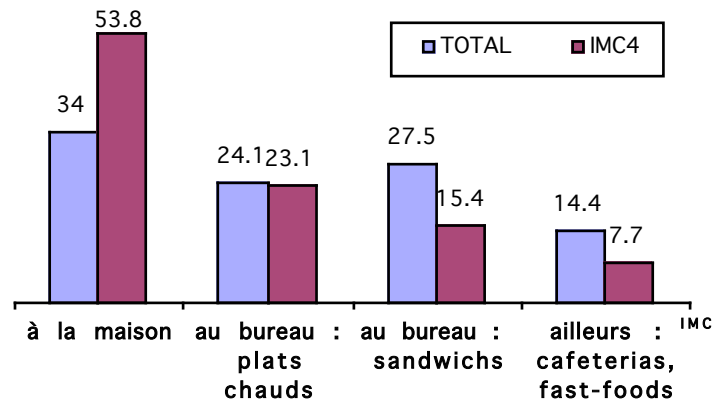
Les repas du matin, lorsqu'ils sont pris, le sont dans 86,5% des cas à la maison.

Les repas du midi :

- 34,0% le prennent à la maison
- 51,6% le prennent au bureau ou dans l'établissement d'enseignement dont
 - 24,1% un repas chaud au restaurant de l'entreprise ou dans l'établissement d'enseignement
 - 27,5% sous la forme de sandwiches ou de plats préparés
- 14,4% ailleurs (cafeteria, fast food, sur le pouce et en marchant, ...)

Le repas du soir est, pour une très large majorité de 94,5% des personnes, pris à la maison.

L'analyse selon l'IMC montre une différence significative (χ^2 sign. =.046) en ce qui concerne essentiellement les repas du midi pris à la maison. Les personnes obèses (IMC4) prennent plus souvent leur repas de midi à la maison ou, lorsqu'ils le prennent ailleurs, c'est moins souvent sous la forme de sandwiches et moins souvent dans les cafeterias extérieures aux entreprises ou dans des fast-foods.



Graphique 5 : comparaison entre l'échantillon total et IMC4 du lieu et de la forme principale des repas de midi (χ^2 sign. = .046).

8.1.2.4 Le moment des repas

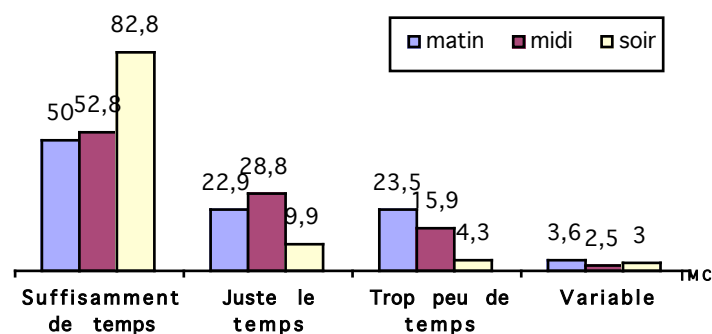
Les repas sont-ils pris avec régularité (aux mêmes heures), ou non ?

La régularité des repas est observée chez 79% des personnes. Rarement régulier pour 14,8% et d'une irrégularité permanente chez 6,2%.

Aucune différence significative n'est observée selon les classes de l'IMC¹⁵.

8.1.2.5 Le temps consacré aux repas

Les personnes mangent-elles « trop vite » ? Ont-elles suffisamment le temps pour leurs repas ?



Graphique 6 : Estimation du temps disponible par l'ensemble de l'échantillon pour prendre le repas en question selon le moment de la journée

C'est le repas du matin pour lequel le temps manquerait le plus, même si 72,9% estiment avoir le temps, ou tout juste le temps, pour prendre ce repas. 15,9%, soit une personne sur 6 n'aurait pas assez de temps le midi. Le repas du soir serait

¹⁵ Même si une légère tendance pourrait montrer, si elle est confirmée, une plus grande irrégularité dans la prise des repas pour IMC4 (72,7%). Nous rappelons ici que le seuil de signification statistique est sensible à la taille de l'échantillon et/ou aux totaux marginaux dans les segments considérés.

« récupérateur », la grande majorité des personnes y consacrant suffisamment de temps.

Ici aussi, aucune différence significative n'est observée aux différents repas de la journée selon les classes de l'IMC.

Globalement toutefois, les personnes de la classe IMC4, quel que soit le moment de la journée, seraient celles qui auraient, selon elles, plus souvent « suffisamment de temps » (70,3%) que la moyenne des autres (64,9%) (χ^2 sign. =.02).

8.1.2.6 La durée de la prise des repas (quel que soit le lieu)

51,7% des personnes consacrent en moyenne moins d'une demi-heure par jour à la prise du repas principal (le plus souvent le soir). 48,3% plus d'une demi-heure dont 7,3% plus d'une heure.

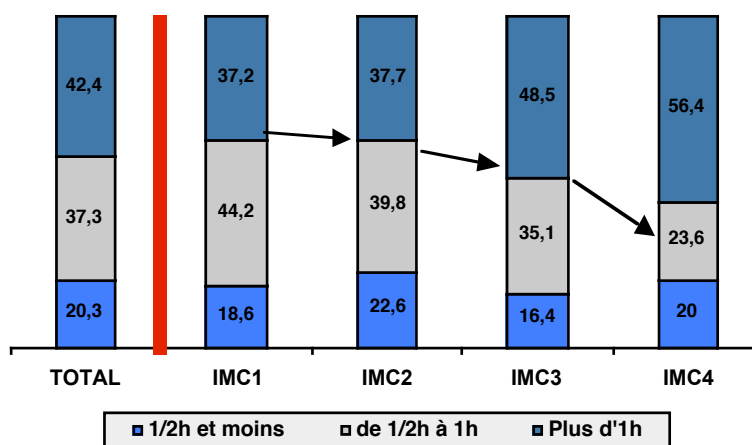
Idéalement, « seuls » 37,8% estiment qu'il faudrait y consacrer moins d'une demi-heure, 41,1% entre une demi-heure et une heure et 7,3% plus d'une heure.

Plus spécifiquement, 34,5% pensent qu'il ne faut pas y consacrer plus d'une demi-heure et n'y consacrent pas plus. 45,3% pensent qu'il faut y consacrer plus d'une demi-heure et le font. 17,3% estiment ne pas y consacrer suffisamment de temps et 2,9% trop de temps. Ce sont aussi un peu plus souvent les personnes ayant des enfants qui, plus que les autres, estiment ne pas consacrer suffisamment de temps à la prise des repas (χ^2 sign. =.06).

Le sens des résultats montre donc qu'une certaine proportion de personnes pensent qu'elles ne consacrent pas suffisamment de temps à la prise des repas.

Toutefois, aucune différence significative n'est observée selon les classes de l'IMC. En d'autres termes les personnes en surpoids ou obèses n'estiment pas plus ou moins que les autres prendre leurs repas rapidement ou trop rapidement.

8.1.2.7 Le temps consacré à la préparation des repas (à la maison)



Graphique 7 : temps consacré par le ménage à la préparation du repas principal selon les classes de l'IMC (χ^2 sign. = .050).

42,4% des personnes consacrent, dans leur ménage, 1/2 heure et moins à la préparation du repas principal, 37,3% de 1/2 heure à 1heure et 20,3% plus d'une heure.

Le graphique montre que plus l'IMC augmente, plus on consacre du temps dans le ménage à la préparation des repas. Les personnes plus « enveloppées » ont donc tendance aussi à consacrer plus de temps à la préparation des repas ce qui peut laisser entrevoir qu'elles se nourrissent aussi plus souvent de repas cuisinés dans le ménage et donc de moins d'aliments tout fait comme nous l'examinerons plus loin.

Ce résultat renvoie à la question du plaisir de manger ? Il relierait l'hédonisme au surpoids et à l'obésité : plaisir à manger et à cuisiner.

Les maigres s'alimenteraient-ils plus souvent sans se faire plaisir ? Peut-être pas mais les résultats précédents mettent l'accent sur la satisfaction recherchée par l'alimentation et l'importance accordée aux repas et à ce qui les entoure qu'attribueraient plus souvent les personnes en surpoids et obèses. Ceci rejoint aussi les résultats observés concernant le contrôle social développés plus haut dans ce rapport.

8.1.3 Les repas dépendant de la restauration

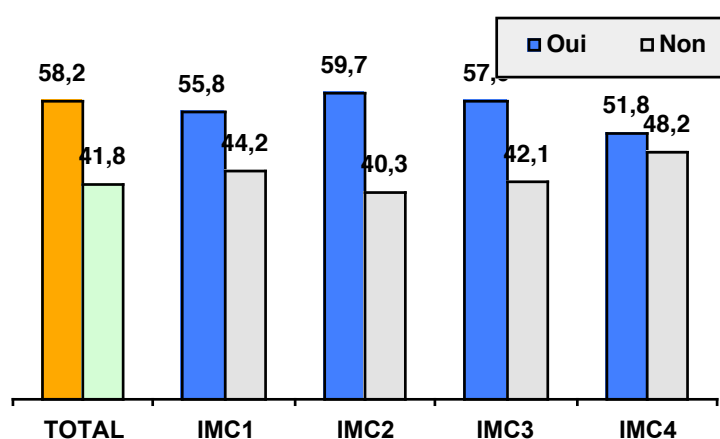
Plusieurs points concernant la prise d'aliments liés à la restauration sont abordés dans l'enquête :

- La prise de repas dans des snacks et restaurants rapides
- Les plats préparés à l'avance
- Les repas commandés
- Les plats préparés et achetés

8.1.3.1 Les repas pris dans les snacks et restaurants rapides

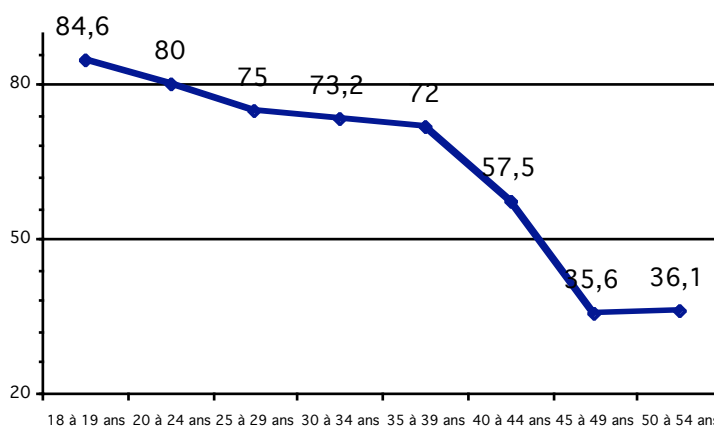
À la question de savoir si les personnes fréquentent ou non les snacks et restaurants rapides, un peu moins de 6 personnes sur 10 répondent « oui ».

Aucune différence n'apparaît selon les classes de l'IMC. On trouve les mêmes proportions de personnes fréquentant ou non ce genre de restaurants selon leur indice. En d'autres termes, contrairement à ce qu'on aurait pu croire, les personnes en surpoids ou obèses ne fréquentent pas davantage que les autres ce type de restaurants rapides.



Graphique 8 : proportion de personnes qui fréquentent des snacks et fast-foods selon l'IMC (χ^2 non sign.).

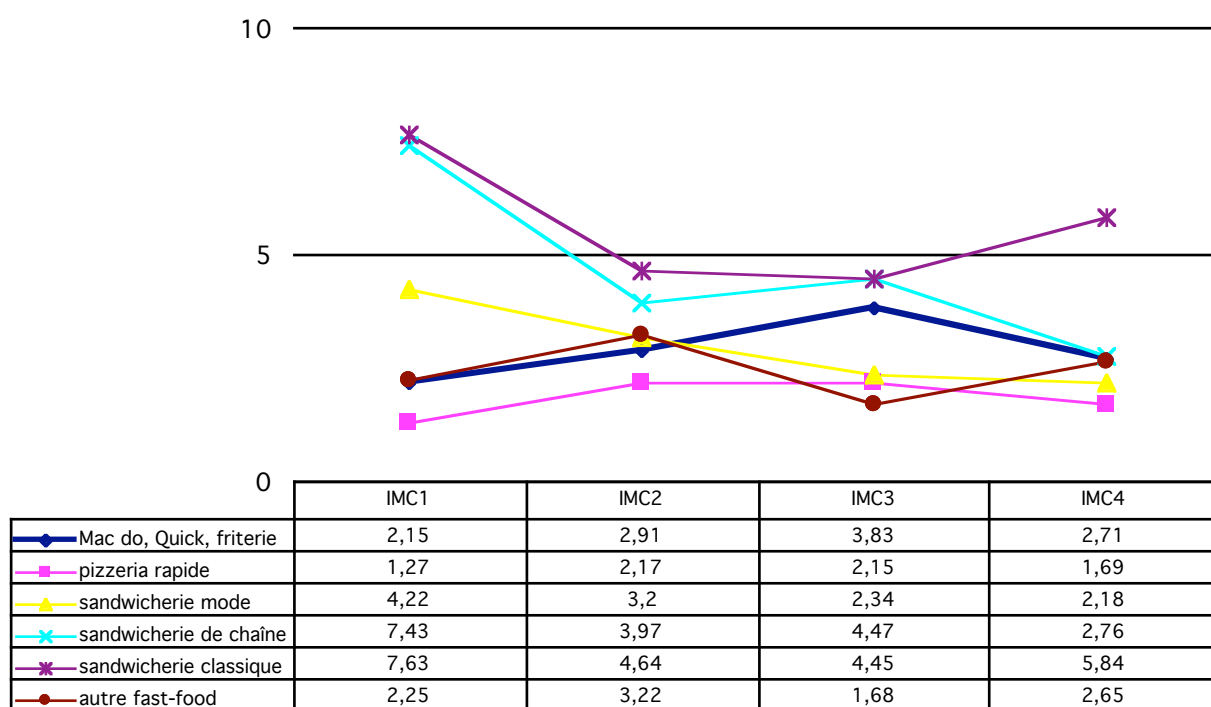
Une différence est néanmoins observée selon le sexe (fréquentent : hommes 66,3%, femmes 58,2%) (χ^2 sign. = .05) et surtout selon l'âge (χ^2 sign. < .001).



Graphique 9 : proportion de personnes de la classe d'âge concernée qui fréquentent des snacks et fast-foods (χ^2 sign. < .001).

Plus on est jeune plus on fréquente les snacks et fast-foods. À partir de 40 ans, la baisse de fréquentation serait très importante.

Parmi les personnes qui fréquentent ce type de restaurant et selon le type de snacks fréquenté on trouve les résultats suivants :



Graphique 10 : nombre moyen de visites mensuelles des snacks et fast-foods parmi les personnes qui les fréquentent.

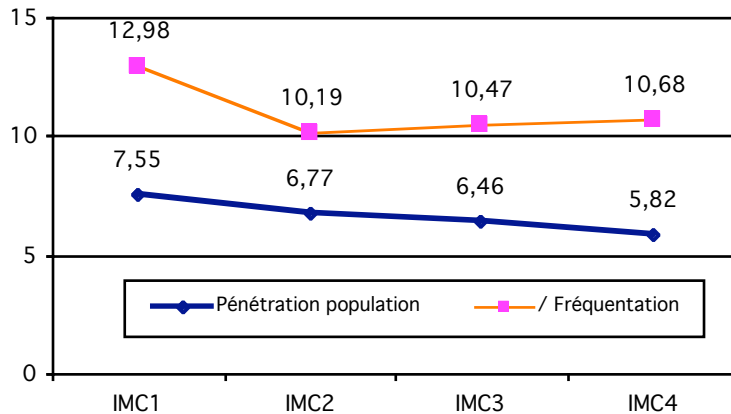
Les snacks le plus souvent fréquentés seraient les sandwicheries.

Les plus classiques d'abord (traiteurs, boulangers, bouchers, petits commerces...) puis les sandwicheries de chaîne (type Panos, Croissanterie, etc.). En troisième position on trouve les fast-foods type Mac Donald, Quick, etc. Les sandwicheries « mode » (type Exki, Tout-prêt) offrant des produits se qualifiant de lights ou diététiques arrivent en 4^{ème} position avant les pizzerias rapides.

On constate une répartition des fréquentations de ces snacks selon les classes de l'IMC relativement homogène à l'exception des fast-foods (à hamburgers) un peu plus fréquentés par les personnes en surpoids, les personnes obèses se retrouvant dans la moyenne (Anova : F sign. = .042). Une autre différence apparaît en ce qui concerne les sandwicheries de chaîne plus fréquentées par les personnes d'IMC1 (Anova : F sign. = .064).

Toutefois, le nombre moyen de restaurants ou snacks rapides fréquentés par mois décroît significativement (Anova : F sign. = .001) selon l'IMC dans l'ensemble de la population. Plus l'IMC est important moins les personnes fréquentent ce genre de restaurants (voir graphique 11).

Par contre parmi les personnes qui les fréquentent, la fréquence mensuelle est beaucoup plus importante pour celles de la classe d'IMC1 (t. sign. = .01 entre IMC1 et les autres) et moins fréquente et homogène selon les autres classes d'IMC (Anova : Non sign.).



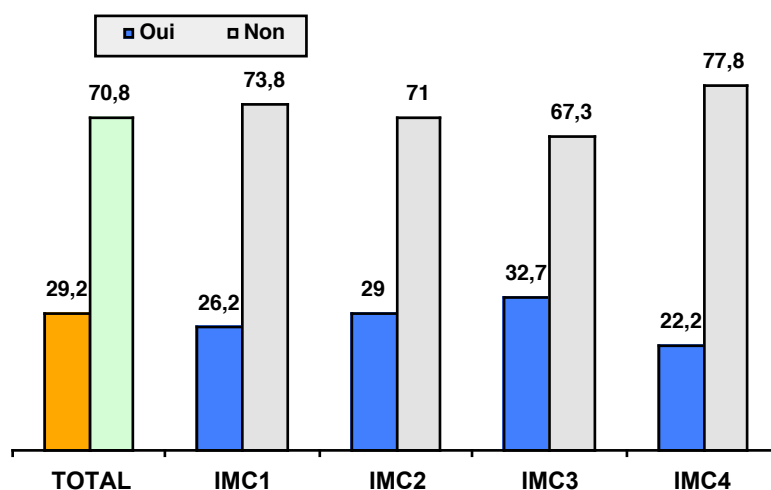
Graphique 11 : nombre moyen de visites mensuelles des snacks et fast-foods par classe d'IMC dans la population (pénétration) et par personnes fréquentant un ou des snacks et/ou fast-food(s).

Slow-food ?

Ce résultat et les précédents renvoient également à la notion récente de « slow food¹⁶ », née en Italie il y a une quinzaine d'années. Ce mouvement créé en opposition aux fast-foods prône que tout ce que nous mangeons devrait être cultivé, cuisiné et consommé tranquillement. Les personnes en surpoids et obèses seraient-elles dès lors des adeptes du slow food ? On pourrait imaginer d'aborder cette question en termes de relation de cause à effet.

8.1.3.2 Les repas préparés commandés pour le bureau ou la maison

Un peu moins d'une personne sur trois (29,2%) recourt au « take home » ou au « take away ». Aucune différence significative n'apparaît selon l'IMC, ou selon d'autres critères tels l'âge ou le sexe. Cette pratique répandue se distribue donc uniformément dans la population (selon les critères retenus).



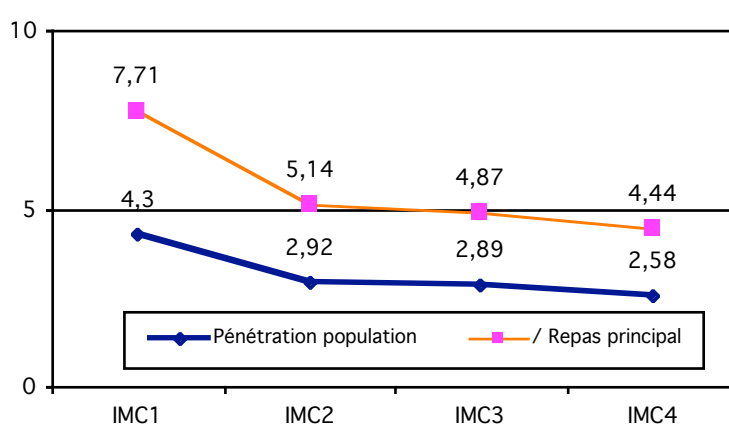
Graphique 12 : Proportion des personnes ayant recours au « take home » ou « take away » selon les classes d'IMC

¹⁶ Voir bibliographie Carl Honoré (2005)

8.1.3.3 Les repas et plats préparés achetés dans les grandes surfaces et commerces de détail

En général, près de deux personnes (61,4%) sur trois déclarent acheter des plats préparés pour la maison (lasagnes, pizzas, plats complets surgelés, boîtes,...). Aucune différence significative n'apparaît selon l'IMC, ou selon d'autres critères tels l'âge ou le sexe. Ce mode d'achat se distribue donc uniformément dans la population (selon les critères retenus).

On constate par rapport aux classes de l'IMC que cette pratique est d'autant plus répandue que celui-ci est moins élevé : en moyenne 7,71 fois par mois pour les IMC1 contre 4,44 fois pour les IMC4 (Anova : F sign. = .05). Ce sont donc les personnes d'IMC1 qui sont les plus adeptes de cette pratique.



Graphique 13 : nombre moyen par mois de plats préparés achetés et consommés comme plat principal selon les classes de l'IMC.

Ce résultat recouperait ce qui a été montré plus haut en ce qui concernait le temps de préparation des repas, où l'on constatait que plus l'IMC croît, plus les personnes passent du temps à la préparation. Il est clair que les repas tout préparés demandent moins de préparation. On peut alors s'interroger sur les relations qui existent entre les repas préparés à partir d'aliments de base et/ou ceux achetés tout préparés, et la masse pondérale. L'hédonisme et le plaisir associés à la préparation seraient corrélés avec l'appétit et la prise de poids.

Une autre hypothèse sous-jacente est celle des portions : celles-ci pourraient être plus importantes, semblerait-il, en cas de préparation des repas et moindres en cas de plats achetés déjà préparés. À titre d'illustration, certains sujets citent l'exemple du chou-fleur. Dans les plats préparés comportant cette denrée, la quantité est limitée à la portion. En cas de préparation à partir d'un légume de base entier, généralement c'est tout le chou-fleur qui est préparé (souvent avec des sauces riches) et qui sera consommé. La proportion de ce légume sur l'assiette sera beaucoup plus importante, d'autant plus qu'on se resservira. Et peut-être même que pour éviter le gaspillage, on videra le plat.

Remarquons aussi ici qu'en cas de plats préparés (notamment en portions individuelles), on ne se ressert pas.

On peut penser également à une attitude plus générale traduisant chez certains la moindre d'importance accordée aux repas, se marquant par l'achat de plats préparés et rapidement consommés. Ce qui ne serait pas le cas lorsqu'on prépare ses repas à partir de produits de base.

Toujours est-il que la corrélation entre l'achat et la consommation de plats préparés avec l'IMC est inverse de celle à laquelle on aurait pu s'attendre si on accordait un certain crédit aux rumeurs.

Les mérites et défauts de ces plats préparés ont été examinés dans l'enquête.

L'opinion d'une grande majorité des personnes (90,5%), comme on devait s'y attendre, serait que ces plats sont plus faciles et plus rapides. On trouve aussi une importante fraction qui ne pense pas que ces plats soient équilibrés (68,9%) ou meilleurs (83,3%).

	Échantillon total			D'accord	
	D'accord	Pas d'accord	Ne sait pas	Utilisateurs	Non utilisateurs
1. C'est plus facile, c'est plus rapide	90,5	3,9	5,6	97,1	80,3
2. C'est fait pour ceux qui n'ont pas le temps de cuisiner	77,9	16,4	5,7	78,8	76,9
3. C'est équilibré	17,9	68,9	13,3	21,4	12,0
4. C'est meilleur	8,0	83,3	8,7	10,5	3,8
5. On grossit avec ce genre de nourriture	48,7	31,6	19,7	46,4	53,0
6. Cela s'adresse à ceux qui n'aiment pas cuisiner	68,9	23,4	7,7	63,8	77,8
7. On gaspille moins avec ce genre de plats	31,5	55,7	12,8	31,5	31,5
8. On mange moins avec ce genre de plats	20,2	65,2	14,6	21,7	17,9
9. Les enfants préfèrent	29,8	45,6	24,6	34,0	23,1
10. C'est moderne	58,5	29,8	11,6	60,1	56,8
11. C'est bon marché	10,7	76,7	12,6	14,2	5,1

Tableau XXII : proportion des personnes d'accord ou pas d'accord avec le mérite attribué aux plats préparés achetés dans le commerce

Certains de ces résultats sont néanmoins surprenants si on les rapporte aux constats précédents. On n'observe aucune différence significative entre les classes de l'IMC quelle que soit la question. Tout le monde émet donc un avis allant plus ou moins dans le même sens, alors que certains en achètent et en consomment plus que d'autres.

Ceci renforcerait l'idée d'une dichotomie entre les « hédonistes » et les autres. Par exemple, si dans toutes les classes d'IMC une même proportion de personnes n'est pas d'accord avec le fait que ces plats sont meilleurs ou équilibrés, alors que dans la classe IMC1 on en achète et on en consomme significativement plus que dans la classe IMC4, c'est que dans la classe IMC1 on attache moins d'importance à ces caractéristiques (organoleptiques notamment) de l'alimentation que dans la classe IMC4.

8.1.4 Les repas pris ou commandés tard le soir

14,9% des personnes prennent fréquemment ou souvent un repas supplémentaire tard le soir, par exemple après une émission de télévision. Pour 15,1 % cela leur arrive rarement et 69,9% jamais.

	IMC1	IMC2	IMC3	IMC4	TOTAL
Souvent	22,0	16,9	9,8	13,5	14,9
Rarement	17,1	12,7	15,9	26,9	15,1
Jamais	61,0	70,5	74,4	59,6	69,9

Tableau XXIII : proportion des personnes prenant fréquemment ou non un repas supplémentaire tard le soir, selon les classes de l'IMC

Ce sont surtout les personnes d'IMC1 et IMC2 qui prennent ces repas supplémentaires, celles d'IMC3 n'y recourant que rarement ou jamais. (χ^2 sign. =.04).

Cette pratique est plus fréquente chez les hommes (19,5%) que chez les femmes (10,9%) (χ^2 sign. =.006).

De même plus on est jeune, on y recourt (32,1% pour les 18-24 ans ; 7,1% pour les 50-55 ans - χ^2 sign. =.001). L'âge charnière dans ce cas-là semble être 40 ans où la chute de cette pratique diminue de moitié la proportion de ceux qui y recourent.

Quand on y recourt, dans 7,8% des cas ce sont des plats commandés à l'extérieur, 28,1% des plats déjà préparés et réchauffés et 49,7% des plats préparés au moment même (sandwichs, pâtes,...). Sur ce plan, aucune distinction n'apparaît entre les classes d'IMC ou selon d'autres critères.

8.1.5 Le grignotage et ce qui l'accompagne

8.1.5.1 Le grignotage en général

Les personnes étaient invitées à choisir l'une des quatre propositions formulées de la sorte :

Je ne mange qu'aux repas, je ne grignote pratiquement jamais entre les repas	28,4%
Certains jours, il m'arrive de grignoter entre les repas, mais généralement je mange aux repas	51,8%
Je grignote sans cesse entre les repas, mais je mange normalement aux repas	17,0%
Je ne fais que grignoter et je mange peu ou pas du tout aux repas	2,8%

Tableau XXIV : proportion des personnes déclarant grignoter selon l'une des modalités décrite

La majorité (71,6%) des personnes grignote mais selon des intensités variables.

Il est à remarquer ici la difficulté d'aborder la question du grignotage par des enquêtes subjectives. En effet, même si le terme « grignoter » semble connu et représenter une situation particulière de l'alimentation, tout le monde ne lui attribue pas nécessairement le même sens. Par exemple, prendre quelques chips ou dés de fromage avec un apéritif ne serait pas grignoter pour certains. Prendre une collation entre les repas (un « dix heures » pour les jeunes) serait, au contraire pour d'autres grignoter.

Nous avons pu nous rendre compte au travers des restitutions des enquêteurs qu'une variable clé était la quantité de nourriture grignotée. Certaines personnes déclarent grignoter lorsqu'elles mangent un ou deux chips, et d'autres lorsqu'il s'agit de tout le paquet. La différence est importante. Une étude spécifique du grignotage devrait comporter une mesure plus précise des fréquences et quantités consommées, selon d'autres méthodes d'observation (par exemple par carnet).

En outre, si la personne se sent culpabilisée par le grignotage, il se peut qu'elle l'« oublie » (entre la répression¹⁷ mentale et le refoulement d'un souvenir), le minimise ou même n'identifie plus ce type de comportement alimentaire¹⁸.

Donc certains grignotent mais n'en ont pas, ou plus, conscience. D'autres grignotent, mais en ont honte et mentent. Enfin, la quantité grignotée en une fois (accompagné d'un sentiment de ne pas grignoter tout le temps) est importante et peut constituer un repas supplémentaire. Pour mieux saisir la place du grignotage dans l'alimentation, les diététiciens demandent souvent à leurs patients de noter tout ce qu'il mangent et selon quelle quantité.

L'analyse de cette question du grignotage selon certaines variables d'identification, montre qu'il n'existerait pas de différence entre les sexes : les hommes (70,0%) déclareraient grignoter autant que les femmes (73,1%).

¹⁷ En psychologie de langue française, le terme est employé pour désigner « un rejet conscient et volontaire » d'une motivation mais aussi d'un sentiment et d'un souvenir par opposition au « refoulement » entendu comme « un rejet inconscient et involontaire ».

¹⁸ Par analogie, on pourrait parler d'une forme d'agnosie qui toucherait le grignotage.

Par contre le grignotage serait fortement corrélé avec l'âge (χ^2 sign. =.001). 10,7% des 18 à 24 ans déclarent grignoter rarement alors que 36,0% des 50 à 55 ans le déclarent. La pratique du grignotage augmenterait donc avec l'âge. Ce pourrait également être une question de génération ou d'évolution des pratiques alimentaires.

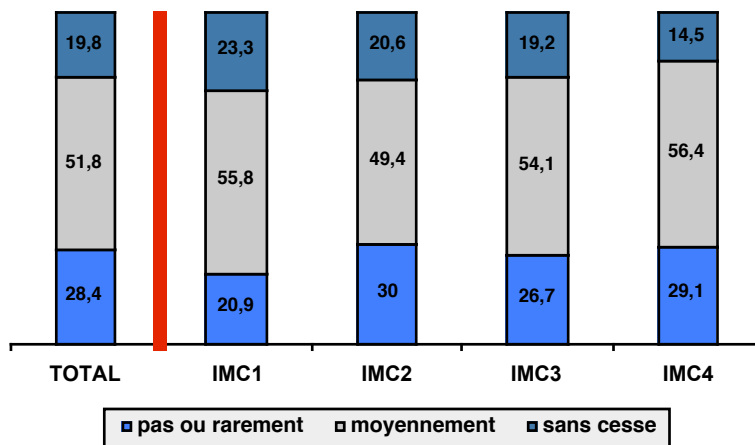
L'attitude des parents, dans l'enfance, semble exercer une influence sur ce comportement. Deux questions (Q18 et Q19) sont posées en ce sens. L'une concerne le caractère strict du déroulement des repas (heure fixe, tous ensemble, finir son assiette), l'autre la permission de manger, en cas de faim de l'enfant, sans attendre le repas.

Les résultats montrent une corrélation entre le grignotage et, d'une part le caractère strict des parents sur le déroulement des repas (χ^2 sign. =.008), d'autre part le caractère permissif des parents sur la possibilité de manger sans attendre l'heure (χ^2 sign. =.045).

Attitude des parents dans l'enfance concernant >	Le déroulement des repas		La permission de manger avant le repas	
	Parents stricts	Parents peu stricts	Parents permissifs	Parents non-permissifs
Grignotage actuellement				
Jamais ou rarement	28,3	29,2	26,6	30,2
Moyennement	54,3	41,7	49,5	54,0
Sans cesse	17,4	29,2	23,9	15,9

Tableau XXV : proportion des personnes déclarant la manière dont le déroulement des repas et la permission de manger avant ceux-ci était de rigueur dans leur enfance

En d'autres termes, l'éducation dans l'enfance jouerait un rôle chez certaines personnes sur le grignotage à l'âge adulte.



Graphique 14: fréquence du grignotage selon les classes de l'IMC (χ^2 non sign.).

Par contre, l'analyse selon l'IMC ne montre pas de différences. Les personnes obèses ou en surpoids ne déclarent pas plus grignoter que les autres. Les personnes d'IMC1 auraient même une tendance à plus grignoter que les autres.

8.1.5.2 L'impatience devant les sensations de faim.

37,6% des personnes déclarent attendre le repas même si elles ont faim. Au contraire, 23,7% mangent si elles ont faim, sans attendre le moment du repas. 34,6% attendent ou non selon les circonstances.

La corrélation est très nette avec le grignotage (χ^2 sign. <.001).

Impatience	Attend toujours le repas	Mange même si le repas n'est pas prêt	Variable selon les circonstances	Autres cas
Grignotage				
Jamais ou rarement	53,9	10,4	11,9	36,0
Moyennement	39,9	46,5	68,6	52,0
Sans cesse	6,1	43,1	19,5	12,0

Tableau XXVI : proportion des personnes déclarant attendre ou non le moment du repas lorsqu'ils ont de sensations de faim

53,9 % qui attendent le repas, même s'ils ont faim, déclarent également ne jamais (ou très rarement) grignoter. Par contre ceux qui mangent même si le repas n'est pas prêt sont aussi des grignoteurs moyens (46,5%) ou intenses (43,1%).

Le grignotage est donc associé fortement aux sensations de faim et surtout à leur maîtrise par la personne. Dès lors peut-il être considéré comme une réponse immédiate à la sensation de faim et à l'impatience de la combler.

L'éducation doit sans doute influencer cette pratique. L'analyse de cette question par la question 19, où il est demandé aux personnes si dans leur enfance leurs parents permettaient de manger sans attendre l'heure du repas, montre une corrélation significative (χ^2 sign. =.004).

L'effet de l'éducation est donc aussi sensible sur ce comportement de patience ou d'impatience à combler la sensation de faim avant le repas.

Attitude des parents face aux sensations de faim de l'enfant	Parents permissifs	Parents non-permissifs
Impatience actuelle		
Attend toujours le repas	32,6	42,4
Mange même si le repas n'est pas prêt	27,8	20,1
Variable	33,3	35,4
Autre cas	6,2	2,2

Tableau XXVII : proportion des personnes déclarant attendre ou non le moment du repas en fonction de la permissivité forte ou faible de leurs parents dans leur enfance

Ici aussi, et globalement, l'analyse selon l'IMC ne montre pas de différences statistiquement significatives.

Certains indices conduiraient néanmoins à penser qu'une plus petite proportion de personnes obèses déclarent attendre les repas si elles ont faim et développent plus souvent des stratégies de contournement (parfois n'attend pas, autre cas,...).

Indice de l'IMC	IMC1	IMC2	IMC3	IMC4	TOTAL
Impatience actuelle					
Attend toujours le repas	34,9	35,8	44,4	29,1	37,6
Mange même si le repas n'est pas prêt	30,2	23,1	22,2	27,3	23,7
Variable	34,9	37,3	29,2	34,5	34,6
Autre cas	0,0	3,8	4,1	9,1	4,1

Tableau XXVIII : proportion des personnes déclarant attendre ou non le moment du repas en fonction de l'IMC

Plus de personnes en surpoids (44,4%) semblent attendre le moment du repas même si elles éprouvent des sensations de faim ce qui peut être interprété comme une forme d' « attention » ou de « vigilance » vis-à-vis de leur poids.

8.2 Le tabac et l'alcool

Synthèse

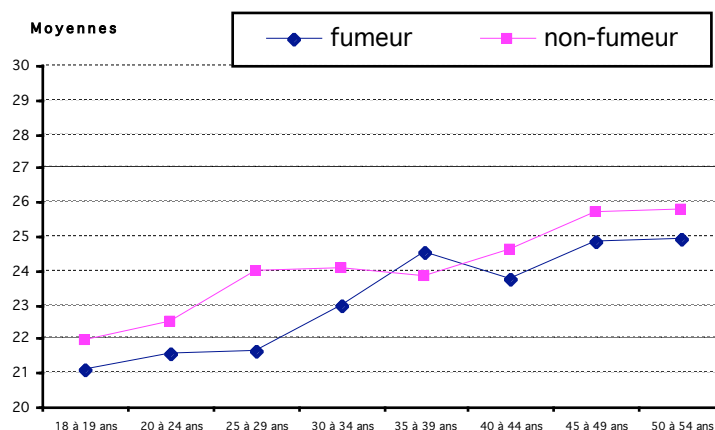
- ♦ On observe une différence statistiquement significative entre la valeur moyenne de l'IMC des fumeurs et non-fumeurs, généralement quel que soit l'âge.
- ♦ Globalement les consommateurs de boissons alcoolisées se répartissent selon toutes les classes de l'IMC, avec une très légère proportion moindre pour la classe IMC4.
- ♦ En prenant en compte la quantité de boissons alcoolisées consommées (par semaine) par classe d'IMC, les différences sont particulièrement frappantes. La quantité d'alcool consommée semble donc être corrélée très fortement avec le poids chez les consommateurs.

8.2.1 Le tabac

33,1% de notre échantillon (de 18 à 55 ans) fume actuellement.

L'IMC moyen des fumeurs est de 23,41 et des non-fumeurs, 24,30. La différence est significative (t sign. = .01).

Cette différence pourrait être due au fait que plus de jeunes fument. Mais d'une manière générale la différence entre fumeur et non-fumeur reste significative selon l'âge (Anova : F.sign. <.001), une plus forte différence étant observée dans la classe des 25 à 29 ans.



Graphique 15: proportion des fumeurs et des non-fumeurs par tranche d'âge

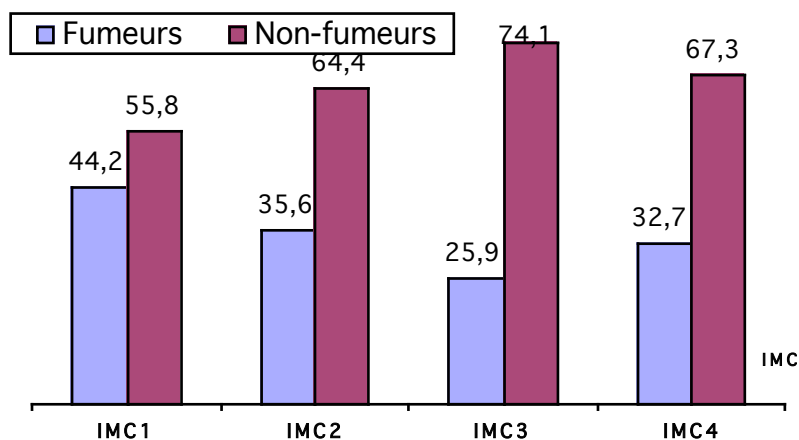
La différence significative (Anova : F.sign. <.001) s'observe aussi selon le sexe :

Sexe	fumeur	non fumeur
Homme	24,21	25,18
Femme	22,46	23,63

Tableau XXIX: IMC moyen des fumeurs et non-fumeurs par sexe

L'usage du tabac est donc un facteur en corrélation avec le poids.

En corollaire de ce résultat, la proportion de non-fumeurs croît selon les classes de l'IMC, jusqu'à IMC3, mais descend pour IMC4.



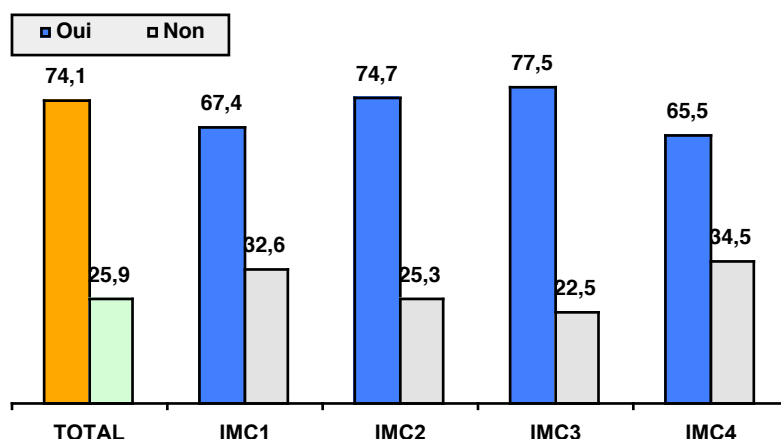
Graphique 16: proportion des fumeurs et des non-fumeurs par classe d'IMC

En examinant les résultats par rapport à l'ensemble des fumeurs, 8,9% d'entre eux sont dans la classe d'IMC4 et 9,1% des non-fumeurs alors qu'ils sont respectivement 59,9% et 53,9% dans la classe d'IMC2. Ce qui pourrait signifier que proportionnellement et relativement à la proportion des fumeurs classe par classe, un plus de personnes fumeraient dans la classe IMC4 (χ^2 sign. =.06).

8.2.2 L'alcool

8.2.2.1 Consommation en général

Près de 3 belges sur 4 consomment modérément ou régulièrement des boissons alcoolisées. Globalement, on ne trouve pas de différences significatives (χ^2 non significatif) même si le graphique montre que moins de personnes obèses (IMC4) en consommeraient. En comparant les personnes de IMC4 aux autres, la différence devient significative avec un seuil élevé (χ^2 sign.=.08).



Graphique 17: des consommateurs d'alcool par classe d'IMC

La différence homme (84,1%) / femme(65,2%) est significative (χ^2 sign.<.001).

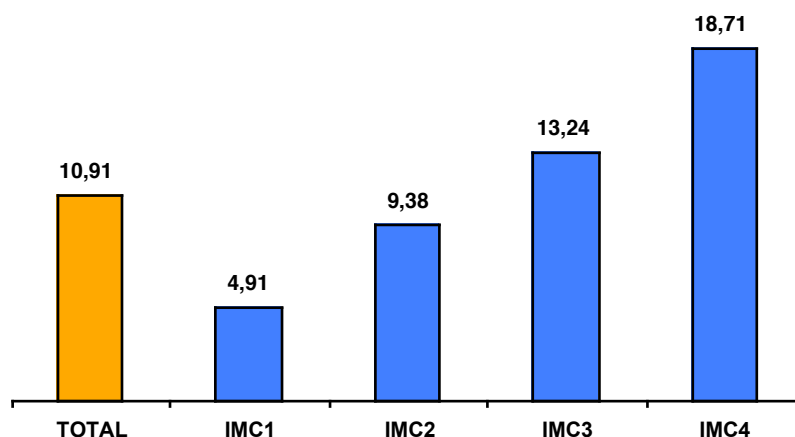
La différence entre homme en surpoids et obèses (84,3%) et femmes en surpoids et obèses (63,1%) est aussi significative (χ^2 sign.=.001).

8.2.2.2 Quantité consommée

Mais quand les personnes consomment des boissons alcoolisées, la quantité est beaucoup plus importante lorsque l'IMC croît (Anova : F.sign. <.001).

Pour l'ensemble des personnes d'IMC4 consommatrices d'alcool (soit environ 2 sur 3), on obtient une moyenne de 18,71 verres de boissons alcoolisées par semaine.

Cette tendance à consommer plus de boissons alcoolisées que la moyenne de l'échantillon se retrouve aussi chez les personnes en surpoids (13,24 verres par semaine).



Graphique 18: nombre moyen de verres de boissons alcoolisées consommés par semaine chez les consommateurs d'alcool par classe d'IMC

La différence entre homme (15,39 verres/semaine) et femme (6,27 verres/semaine) est particulièrement importante (t.sign. <.001) et sans doute culturelle.

Elle se retrouve et s'accroît en valeur absolue (t.sign. <.001) lorsqu'on compare les hommes en surpoids et obèses (19,93 verres/semaine) et les femmes en surpoids et obèses (5,88 verres/semaine). En d'autres termes les femmes en surpoids et obèses feraient plus attention à leur consommation d'alcool que les hommes.

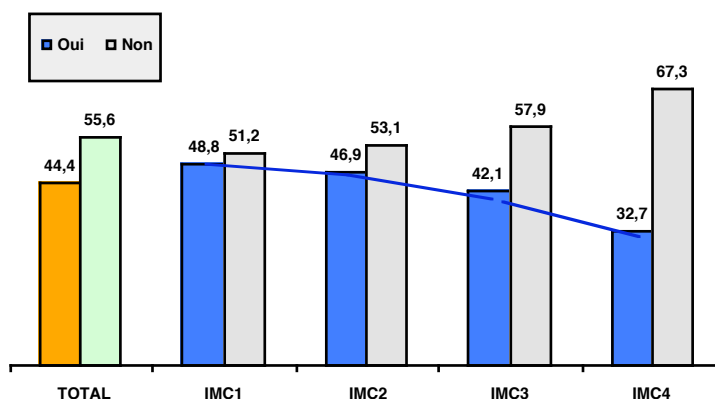
La quantité d'alcool consommée semble donc être corrélée très significativement avec le poids - chez ceux qui en consomment, c'est-à-dire en ayant néanmoins à l'esprit que certaines personnes obèses ou en surpoids ne sont pas consommatrices d'alcool (respectivement 34,5 et 22,5%).

8.3 Les activités physiques

Synthèse

- ♦ On observe que moins de personnes d'IMC3 et IMC4 pratiquent un sport ce qui traduit une moindre activité physique organisée.
- ♦ Lorsqu'elles en pratiquent un, en moyenne il s'agit de sports moins durs ou intenses (tels que peuvent l'être la course à pieds, le vélo, les sports de raquettes et de ballon), au profit des sports plus doux comme l'aérobic, la danse ou la natation.
- ♦ L'activité de promenade est également moins importante que la moyenne chez les personnes obèses.
- ♦ Par contre, la marche à pieds nécessaire (faire les courses, se rendre au travail, se déplacer chez soi, ...) ne présente pas de différences entre les personnes selon les classes d'IMC.
- ♦ Pour gravir peu d'étages, l'usage des escaliers à la place de l'ascenseur peut être une manière facile d'effectuer une activité physique. On constate que les personnes en surpoids et obèses le pratiquent moins que les autres lorsque c'est possible.
- ♦ On n'observe pas de différence selon l'IMC dans l'usage de vélos pour des déplacements (autres que loisirs sportifs).

8.3.1 La pratique d'un sport



Graphique 19: proportion de personnes déclarant pratiquer un sport selon les classes d'IMC

Un peu moins d'un belge sur deux (44,4% des 18 à 55 ans) pratiquerait un sport.

Ce sont plus de personnes d'IMC1 (48,8%) et IMC2 (46,9%) qui pratiqueraient un sport. Par contre moins de personnes en surpoids (42,1%) et surtout obèses (32,7%) en pratiqueraient un (χ^2 sign.=.05).

L'âge est un facteur déterminant (χ^2 sign.=.015): 63% des 18-24 ans pratiquent un sport contre 33,7 % des 45-49 ans.

		IMC1	IMC2	IMC3	IMC4	TOTAL
2	Course à pieds, jogging, marche à pieds <u>de type sportive</u>	14,0	14,7	12,2	5,5	13,1
9	Vélo, bicyclette, VTT, etc. (attention comme sport et non comme moyen de déplacement)	4,7	12,4	11,6	7,3	11,1
5	Natation	4,7	8,8	12,8	14,5	10,2
3	Tennis, squash, badmington,...	11,6	9,4	7,0	3,6	8,4
12	Danse, aerobics, fitness	16,3	7,6	7,6	9,1	8,4
1	Gymnastique, taï chi, yoga,	14,0	7,4	5,2	5,5	7,0
7	Football, basket-ball, volley-ball, hand-ball et autres sports de ballon	2,3	7,9	4,1	1,8	5,9
13	Autres sports :	0,0	2,4	3,5	1,8	2,5
6	Equitation	2,3	1,2	1,2	0,0	1,1
11	Sports de combat (type judo, karaté, haïkido,)	0,0	1,8	1,2	0,0	1,1
4	Golf, hockey,...	0,0	0,9	1,2	1,8	1,0
8	Armes (arc, chasse, tir,...), escrime, ...	0,0	0,9	1,2	0,0	0,8
10	Rollers et autres sports « à roulettes »	0,0	0,6	0,6	1,8	0,7

Tableau XXX: proportion des personnes pratiquant le sport en question selon l'IMC

En ce qui concerne les sports pratiqués, les trois premiers selon la fréquence, sont dans l'ordre les activités de course à pieds et de marche, le vélo et la natation.

- Le vélo trouve plus d'adeptes que la moyenne en IMC2 et IMC3.
- La course à pieds et la marche en IMC1 et IMC2.
- La natation serait le sport favorisé par les personnes en surpoids et obèses.
- La danse et l'aérobic en IMC1 et IMC4.

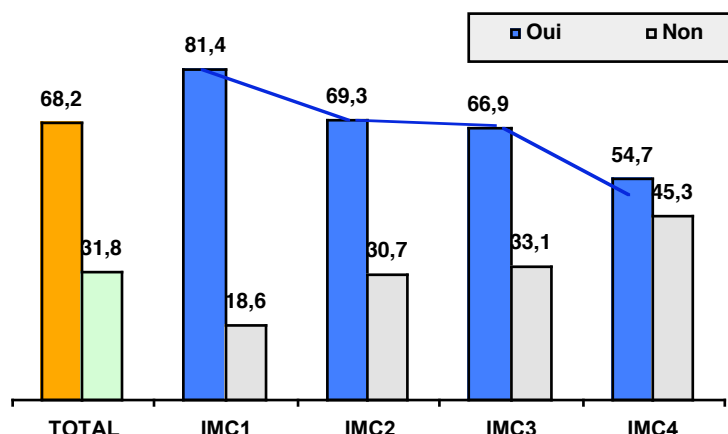
D'une manière générale, certains sports sont beaucoup moins souvent choisis par les personnes d'IMC4 que la moyenne. Ils semblent correspondre à des activités sportives aux efforts plus « violents » comme la course à pied (et la marche), le vélo, les sports de raquette (tennis, badminton, squash) et les sports de ballon. Ceci au profit des sports plus « doux » comme la natation, la danse et l'aérobic.

Dans cet ordre d'idées, les personnes d'IMC3, par contre, favorisent autant ou plus que la moyenne plus de sports « durs » comme la course à pied et le vélo. Mais aussi la natation qui semble favori.

Remarquons en outre sur le plan psychologique que la natation est un sport où il faut se montrer presque nu ; malgré cela elle emporte la cote parmi les personnes plus ou très enveloppées. Mais c'est aussi un des rares sports où le poids n'est pas un handicap.

8.3.2 Les promenades

Par promenade, nous entendons la marche sans autre but que celui d'aller dans différents endroits pour le plaisir, se détendre, prendre l'air c'est-à-dire pour l'activité de marche en elle-même. Nous différencions cette activité de la marche « utile » ou nécessaire à la réalisation d'un objectif comme se déplacer à pieds pour faire ses courses, pour se rendre au travail ou en visite, etc.



Graphique 20: proportion de personnes déclarant se promener selon les classe d'IMC

Environ deux personnes sur trois effectuent des promenades. Mais plus l'IMC croît, moins les personnes déclarent se promener (χ^2 sign.=.04). (Seulement) un peu plus d'une personne sur deux d'IMC4 pratique cette activité.

C'est surtout le week-end que l'on se promène (environ 37,5 % des cas WE et autres jours – et uniquement le WE, 24,7%), deux à quatre fois par semaine (20,1%), une fois par semaine (18,4%) et moins souvent (24,2%).

On n'observe pas de différences statistiques sur cet aspect des périodes de la semaine choisies pour se promener selon les classes d'IMC.

	IMC1	IMC2	IMC3	IMC4	TOTAL
Nombre moyen de minutes par semaine	160,61	123,95	116,28	108,97	123,76

Tableau XXXI: nombre moyen de minutes consacrées à la promenade par semaine selon l'IMC

En moyenne les personnes qui se promènent le font deux heures par semaine. On observe néanmoins une décroissance de la durée de promenade en fonction de l'IMC. Les différences entre IMC1 et IMC4 et entre IMC1 et IMC3 sont significatives (t sign.=.006). De même plus généralement entre IMC1+IMC2 et IMC3+IMC4 (t sign.=.04).

Les personnes en surpoids et obèses, quand elles se promènent, le font donc pour une durée moindre que les personnes d'IMC inférieur.

8.3.3 La marche à pieds

La marche à pieds est considérée dans l'enquête comme toute activité de marche quotidienne incluant les déplacements finalisés, comme ceux vers le travail, sur les lieux de commerce, pour les visites, etc. y compris les déplacements dans et à la maison.

En moyenne les personnes déclarent se déplacer en marchant un peu plus de deux heures par jour (132,85 minutes).

	IMC1	IMC2	IMC3	IMC4	TOTAL
Nombre moyen de minutes par jour	120,26	134,17	135,41	126,06	132,85

Tableau XXXII: nombre moyen de minutes consacrées à la marche à pieds par jour selon l'IMC

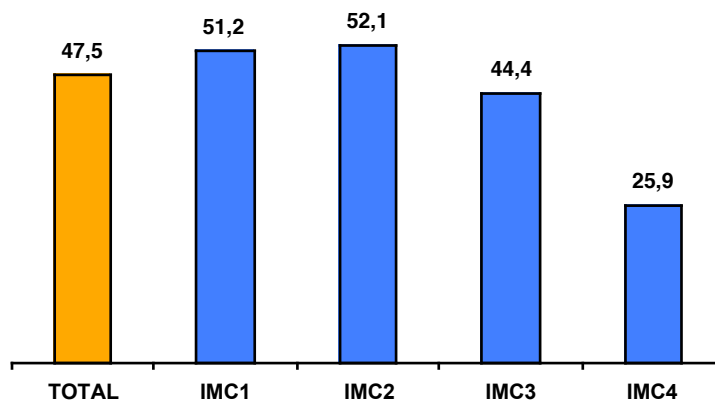
Aucune différence significative n'apparaît entre les classes d'IMC, les personnes en surpoids ou obèses ne se déplaceraient en marchant ni plus ni moins que les autres.

Une différence significative (t sign.<.001) apparaît entre hommes (117,99') et femmes (149,47'), ce qui correspondrait aux idées connues selon lesquelles celles-ci passeraient plus de temps debout, notamment dans le cadre de la maison et des tâches ménagères. Cette différence se répercute chez les personnes en surpoids et obèses : pour les femmes de ces deux catégories, le temps de déplacement quotidien (152,25') est aussi très supérieur au temps de déplacement des hommes (110,91') - (t sign.<.001).

8.3.4 L'usage des escaliers.

Certains peuvent considérer que l'usage des escaliers à la place des ascenseurs quand c'est possible, est préférable dans le cadre d'une activité physique quotidienne, non « coûteuse » et facile.

Près d'une personne sur deux prend les escaliers lorsque c'est faisable.



Graphique 21: proportion de personnes déclarant utiliser les escaliers chaque fois que c'est possible à la place d'un ascenseur selon les classe d'IMC

Selon l'IMC, cette pratique diminue significativement (χ^2 sign.=.005) surtout pour les personnes d'IMC4 (χ^2 sign.<.001). On trouve aussi une différence (χ^2 sign.=.07) entre les femmes en surpoids et obèses (44,2% utilisent l'escalier) et les hommes (36,4%).

8.3.5 Usage d'un vélo pour les déplacements (autres usages que sportifs).

Plus d'une personne sur trois (34,1%) utilise un vélo pour des déplacements (hors sport). Aucune différence significative n'apparaît entre les classes de l'IMC, cette pratique semble répartie d'une manière homogène selon ce critère de segmentation.

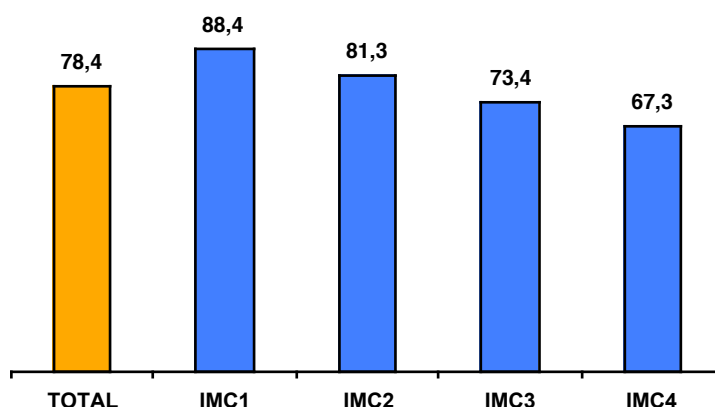
8.4 Les autres loisirs

Synthèse

- ◆ Les personnes en surpoids et obèses pratiqueraient moins souvent un hobby que les autres.
- ◆ Cela se marque surtout au niveau des loisirs « hors domicile » où les différences sont importantes : les personnes d'IMC3 et IMC4 sortent moins que ce soit pour des spectacles ou des visites.
- ◆ Par contre, et en corollaire, ces personnes passent aussi plus de temps devant la télévision.
- ◆ On ne constate néanmoins pas de relation entre l'indice IMC et le fait de prendre ses repas en regardant la télévision. Une hypothèse entendue selon laquelle on serait « absorbé » par la télévision de telle sorte qu'on ne ferait plus attention aux quantités consommées ne se vérifierait pas de cette manière ici.
- ◆ Le fait de consommer des « plateaux télé » en regardant la télévision n'est pas caractéristique du surpoids ou de l'obésité. Ce serait même le contraire dans la mesure où cette pratique serait plus répandue chez les personnes d'IMC1 et IMC2 et rejoindrait ici un résultat précédent en rapport avec la préparation des repas.
- ◆ Il en est de même de la consommation des snacks et en-cas devant la télévision. Ceux-ci seraient plus souvent consommés par des personnes maigres ou obèses, les personnes de poids normal ou en surpoids y recourant moins.
- ◆ On constate néanmoins que le critère principal qui détermine la prise de boissons ou d'aliments en regardant la télévision est le temps passé devant l'écran : manger devant la télévision pour avoir le temps de la regarder.
- ◆ Ce résultat se retrouve en ce qui concerne Internet où le temps passé à surfer est directement corrélé avec la consommation alimentaire indépendamment de l'IMC.

8.4.1 Les hobbies

Plus des 3/4 des personnes déclarent pratiquer un hobby.



Graphique 22: proportion de personnes déclarant avoir un hobby selon les classe d'IMC

Selon l'IMC cette pratique est différente. Elle tend à diminuer significativement (χ^2 sign.=.015) selon l'indice. Les personnes en surpoids et obèses pratiqueraient donc moins souvent (χ^2 sign.=.004) un hobby que les autres.

Si on n'observe pas de différences globales significatives entre hommes et femmes, par contre les femmes en surpoids et obèses (67,0%) pratiquent moins souvent un hobby que les hommes (76,3%) (χ^2 sign.=.004). Peut-être que les femmes sont aussi plus accaparées par des tâches ménagères, qu'elles ne considèrent pas comme des hobbies, pendant que les hommes peuvent s'occuper à des activités de ce type et les valoriser en tant que tels.

Cette pratique décroît également avec l'âge (χ^2 sign.=.03)

Lecture	53,1
Musique	15,6
Autre(s) : préciser	8,0
Jeux vidéo/internet	6,7
Bricolage, réparation, réalisation de maquettes	4,6
S'occupe de : club sportif, association, scolaire, quartier,...	4,0
Membre actif d'une association, club sportif, scolaire, quartier,... (pétanque, carte, ...)	3,8
Dessin, peinture, sculpture...	2,9
Collections (timbres, etc.)	1,3

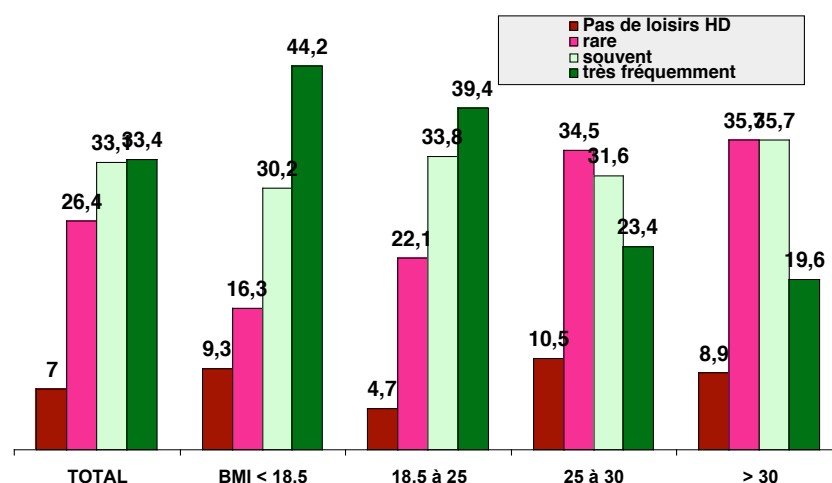
Tableau XXXIII: proportion de personnes déclarant avoir un hobby, selon le type de hobby.

Les hobbies les plus fréquemment cités sont la lecture (53,1%) et la musique (15,6%). Remarquons que le bricolage (mais est-ce bien aujourd'hui un hobby ?) est rarement cité en tant que loisirs (4,6%).

Les seules différences selon les classes d'IMC portent sur les clubs sportifs et autres associations où l'on trouve une plus grande proportion de personnes d'IMC3 et IMC4 (influence des rapports sociaux et/ou des buvettes ?). Par contre les personnes de ces classes seraient moins tentées par le bricolage.

8.4.2 Les loisirs hors domicile

D'une manière générale, 7% des personnes ne pratiquent aucun loisir hors domicile, 26,4% en pratiquent un au moins une fois par mois, 33,1% deux, 33,4% trois et plus.



Graphique 23: répartition de la proportion des personnes pratiquant des loisirs hors domicile selon la fréquence et les classe d'IMC

Ces loisirs se répartissent comme suit.

	Au moins une fois par mois	Plus rarement	Jamais
1. Théâtre, opéra	5,4	42,0	52,6
2. Cinéma	23,6	56,2	20,2
3. Visite expositions, musées, ...	6,1	52,6	41,3
4. Tourisme rapproché	8,7	50,5	40,8
5. Soirée en ville, soirée au restaurant, au café...	62,1	25,9	12,0
6. Sorties en boîte, etc.	13,8	22,1	64,1
7. Clubs de rencontre, de cartes, ...	5,6	8,7	85,7
8. Visites familiales, chez des amis	83,4	12,3	4,3

Tableau XXXIV : Répartition de la proportion des personnes ayant des loisirs hors domicile selon le type de loisirs

Les soirées et le cinéma semblent être les loisirs favoris.

La répartition selon les classes d'IMC montre des différences importantes en termes de fréquence.

	IMC1	IMC2	IMC3	IMC4	TOTAL
Pas de loisirs hors domicile	9,3	4,7	10,5	9,1	7,4
Au moins un loisirs hors domicile par mois ou plus souvent	16,3	22,1	34,9	34,5	26,4
Au moins deux loisirs hors domicile par mois ou plus souvent	30,2	33,8	31,4	36,4	33,1
Trois et plus de loisirs hors domicile par mois ou plus souvent	44,2	39,4	23,3	20,0	33,4

Tableau XXXV: proportion des personnes ayant des loisirs hors domicile et leur fréquence de selon l'IMC

Les personnes en surpoids et obèses ont beaucoup moins de loisirs hors domicile que les autres (χ^2 sign.<.001). Par exemple 23,3% et 20% d'entre eux ont au moins trois loisirs par semaine contre 39,4% des IMC2 et 44,2% des IMC1.

Alors que la différence hommes/femmes n'est pas significative globalement, celle combinant le sexe et le surpoids + l'obésité, l'est. Ainsi ce sont surtout les hommes en surpoids et obèses qui ont, en moyenne, moins de loisirs hors domicile que les femmes de ces mêmes catégories d'IMC (χ^2 sign.<.001). L'âge n'influence qu'indirectement (Anova).

8.4.3 La télévision

8.4.3.1 Caractéristiques de l'usage de la télévision

Dans les ménages des personnes interrogées on en trouve 2,4% qui n'auraient pas de téléviseur, 56,6% un seul, 28,9% deux et 12,2% trois et plus.

Aucune différence n'apparaît sur le nombre de téléviseurs par ménage selon l'IMC.

Elle est regardée dans les proportions suivantes par les personnes ayant répondu à

l'enquête :

Moins d'une heure	14,0
De une à moins de deux heures	37,8
De deux à moins de 3 heures	28,3
De trois à moins de 4 heures	12,2
Plus de 4 heures	7,8

Tableau XXXVI: Répartition du temps passé devant la télévision parmi ceux qui la regardent

Et le plus souvent le soir :

Dans le living ou dans une pièce où se trouve la télé	86,2
Dans la chambre (dans le lit)	12,1
Autre cas :	1,7

Tableau XXXVII: Répartition des lieux où est regardée le plus souvent la télévision le soir

Le temps moyen passé devant la télévision croît avec l'IMC (χ^2 sign.=.001). Les personnes d'IMC3 et IMC4 regardent plus la télévision que les autres (χ^2 sign.=.005).

Cette différence est aussi significative pour les IMC4 par rapport aux autres. Ces personnes d'IMC important passeraient donc plus de temps devant la télévision et donc ils consacraient moins de temps aux autres activités, dont les loisirs.

	IMC1	IMC2	IMC3	IMC4	TOTAL
Moins de deux heures par jour	51,3	57,6	45,2	37,0	51,8
De deux à quatre heures par jour	38,5	36,1	48,8	42,6	40,5
Plus de quatre heures par jour	10,3	6,2	6,0	20,4	7,8

Tableau XXXVIII: Répartition du temps passé devant la télévision selon l'IMC

Plus les personnes sont jeunes, plus elles semblent prendre l'habitude de regarder la télévision le soir au lit. On passe ainsi de 30,8% chez les 18-24 ans, à 5,6% chez les 45-49 ans. Ce résultat est significatif (χ^2 sign.=.003) .

Une petite différence apparaît dès lors en ce qui concerne la pratique de la télévision le soir au lit entre les personnes d'IMC1 + IMC2 (13,7%) contre IMC3 + IMC4 (10,1%).

8.4.3.2 La consommation d'aliments et la télévision

Les repas à table

On constate que 50,3% des personnes qui regardent la télévision disent la voir en prenant leur repas du soir. Ce serait aussi le cas pour 15,2% le midi et même 7,1% le matin (pour mémoire : échantillon de personnes adultes de 18 à 55 ans).

	Total OUI dont >	Souvent	Parfois	Jamais
Matin (100%)	7,1	2,8	4,3	92,8
Midi (100%)	15,2	4,4	10,8	84,7
Soir (100%)	50,3	22,0	28,3	49,7

Tableau XXXIX: Répartition des personnes regardant la télévision en prenant leur repas, selon le repas pris.

Cette pratique semble être indépendante d'une relation avec l'IMC. Pas plus de personnes d'IMC3 ou IMC4 ne prennent l'un ou l'autre, ou plusieurs, repas devant la télévision que les autres. Cette pratique se distribue donc uniformément au travers de toutes les classes, que ce soit globalement (le fait de manger à un moment ou à un autre devant la télé allumée) ou repas par repas.

Une hypothèse entendue selon laquelle on serait « absorbé » par la télévision de telle sorte qu'on ne ferait plus attention aux quantités consommées ne se vérifierait pas ici de cette manière.

Les plateaux télé

Plus d'une personne sur trois (37,3%) déclare prendre un repas sous la forme d'un plateau télé dans le fauteuil, ou dans le lit, en regardant la télévision.

Selon l'IMC, cette pratique serait plus fréquente chez les personnes d'IMC1 et IMC2 (40,7%) par rapport aux IMC3 et IMC4 (31,7%) (χ^2 sign.=.02). Le minimum s'observe en IMC3 (30,1%).

Ce résultat est à mettre en correspondance avec certains résultats précédents. Les plateaux repas sont souvent constitués de plats tout préparés, froids ou réchauffés. Or on constate que les plats tout préparés sont plus souvent achetés et consommés par des personnes d'IMC1 et IMC2. On rejoint ici une des conclusions déjà portée sur l'hédonisme alimentaire. Ces plats ne sont pas ceux qui apportent le plus de plaisir à être consommés. Or plus de personnes d'IMC1 accordent moins d'importance à cet aspect de l'alimentation et sont donc plus enclines à y souscrire ce qui permet de les consommer devant la télévision. Au contraire plus de personnes d'IMC3 et IMC4 accordant plus d'importance à ce plaisir et cuisinant aussi plus souvent leurs repas, les prendront sous une forme habituelle et donc moins souvent sous celle d'un plateau repas.

Parmi les autres critères analysés, la différence selon l'âge est significative (χ^2 sign.=.001). Plus on est jeune, on souscrit à cette pratique : 50% des moins de 30 ans contre 27,8% des plus de 45 ans.

La consommation de snacks devant la télé

Près de deux personnes sur trois (63%) regardant la télévision déclarent consommer des snacks pendant ce temps là. Très fréquemment (chaque fois) pour 14,1%, une fois sur deux pour 24,3%, rarement (42,4%) et d'une manière variable pour 19,1%.

1. Chips, cacahuètes, autres salés du même type	53,5
2. Barres chocolatées, chocolats, autres sucrés	18,1
3. Fruits	14,5
4. Yaourts, crèmes, riz au lait, .et autres en pots	6,1
5. Pain, sandwichs,...	1,9
6. Gaufres, gaufrettes, biscuits, tartes, pâtisseries, ...	2,5
7. Fromages, charcuteries,	1,9
8. Autre :	1,4

Tableau XL: Répartition de la proportion des personnes selon les snacks le plus souvent consommés devant la télévision

Ce sont surtout les chips et autres snacks salés qui sont favorisés (53,5%) devant la télévision.

	IMC1	IMC2	IMC3	IMC4	TOTAL
OUI : snacks devant la télé	75,6	63,9	56,7	67,3	63,0
NON	24,4	36,1	43,3	32,7	37,0

Tableau XLI: Répartition de la proportion des personnes consommant des snacks devant la télévision selon l'IMC

Les snacks et en-cas consommés devant la télé le sont surtout par les personnes « maigres » (75,6%) et les obèses (67,3%) (χ^2 sign.=.09). Les personnes en poids normal (63,9%) et surtout en surpoids (56,7%) (χ^2 sign.=.02) y recourent moins souvent.

L'âge est également un critère de distinction : ce sont les personnes plus jeunes qui consomment plus souvent des snacks : 80% des moins de 30 ans contre 52% des plus de 45 ans (χ^2 sign.<.001).

Lorsque des snacks sont consommés, la fréquence de consommation plus ou moins importante selon l'IMC ne montre pas de différences significatives.

On n'observe pas de différences sur ce critère de l'IMC entre les types de snacks consommés.

La seule différence significative (χ^2 sign.=.001) est observée entre hommes et femmes sur certains produits consommés : les femmes mangent plus souvent des fruits (21,8% contre 6,4% des hommes) et les hommes des chips (58,5% contre 48,9% des femmes).

La consommation de boissons devant la télé

Près de neuf personnes sur dix (86,7%) qui regardent la télévision déclarent consommer des boissons pendant ce temps-là. Très fréquemment (chaque fois) pour 41,4 %, une fois sur deux pour 28,8%, rarement (19,0%) et d'une manière variable pour 10,9%.

1. Bière, vin et autres boissons alcoolisées	34,3
2. Sodas, boissons sucrées froides	29,9
3. Eaux non sucrées ou édulcorées	23,8
4. Café, thé	11,4
5. Lait, yaourt à boire, ...	0,2
6. Autre	0,4

Tableau XLII: Répartition de la proportion des personnes selon les boissons le plus souvent consommées devant la télévision

Ce sont les boissons alcoolisées (34,3%) puis les boissons sucrées (29,9%) qui sont le plus souvent consommées. Les eaux et boissons non sucrées arrivent en troisième lieu en termes de fréquence.

En général les boissons sont un peu plus souvent prises par les personnes maigres (IMC1 : 92,7%) et obèses (IMC4 : 89,1%).

L'âge est aussi ici un critère qui différencie les pratiques : plus de 94% de jeunes de moins de 30 ans prennent des boissons contre 77% des plus de 50 ans (χ^2 sign.=.004).

Lorsque des boissons sont consommées, la fréquence de consommation plus ou moins importante selon l'IMC ne montre pratiquement pas de différences significatives. Seule la proportion de personnes d'IMC4 (53,5%) diffère des IMC3 (37,1%) pour la réponse « chaque fois que la télé est regardée » (χ^2 sign.=.01).

Globalement on n'observe pas de différences sur le critère de l'IMC entre les types de boissons consommées.

Par contre la différence hommes/femmes est très importante (χ^2 sign.<.001) sur ce plan. Les boissons alcoolisées sont préférées par 47,0% des hommes contre 23,2% des femmes. C'est le contraire pour les eaux et boissons non énergétiques (Femmes : 31,3% ; hommes 15,3%). Les catégories d'IMC accentuent ce phénomène : la différence se marque encore plus dans le cas des personnes en surpoids et obèses. Les boissons alcoolisées sont préférées par 47,6% des hommes de ces classes d'IMC contre 17,2% des femmes. Pour les boissons non énergétiques, les valeurs sont 12,6% pour les hommes et 40,2% pour les femmes.

Les prises alimentaires et le temps passé devant la télévision.

In fine, le temps passé devant la télévision détermine significativement la consommation de snacks (χ^2 sign.<.001) et de boissons (χ^2 sign.=.003), et moins (donc non significativement) dans le cas des plateaux repas (comme si c'était une question de temps : manger devant la télévision pour avoir le temps de la regarder).

8.4.4 Les consoles de jeux.

Les mêmes questions exploratoires des comportements associés à leur usage que pour celui de la télévision ont été posées pour les consoles de jeux.

27,1% des personnes interrogées déclarent détenir des consoles de jeux. Mais seulement 7,4% les utilisent personnellement et parmi les plus jeunes.

Cet effectif est insuffisant pour procéder à des analyses détaillées et statistiquement valides.

8.4.5 L'usage d'Internet

64,7% des personnes disposent d'une connexion Internet à leur domicile et 63,4% l'utilisent personnellement.

Le temps quotidien d'usage d'Internet est le plus fréquemment de moins d'une heure par jour (74,9%).

Moins d'un quart d'heure	41,3
De 1/4h à moins d'une heure	33,6
De une à moins de deux heures	14,7
Plus de 2 heures	10,3

Tableau XLIII: Répartition du temps passé quotidiennement sur Internet parmi ceux qui l'utilisent

Parmi ceux qui utilisent Internet, 9,5% peuvent prendre un repas pendant ce temps-là (soit 6,2 % de la population générale) et/ou des snacks (23,0% des utilisateurs ou 13,6% de la population générale). 46% des utilisateurs prennent des boissons.

Il est intéressant de remarquer l'absence de différences significatives concernant l'usage général d'Internet (des différences apparaissent néanmoins selon la fréquence et la durée). En d'autres termes cet usage général est réparti selon les mêmes proportions dans les différentes classes d'âge, selon les deux sexes, ou selon les catégories d'IMC. Internet ne serait donc pas à ce stade le privilège de l'un ou l'autre de ces segments de la population.

En ce qui concerne ces différences évoquées, on constate d'une manière générale que les femmes utilisent moins souvent Internet que les hommes (χ^2 sign.<.001) et pour des durées moins longues (moins d'une heure : 56,9% alors que les hommes passent à plus 75,7% plus d'une heure). Il en est de même selon l'âge : les plus jeunes passent beaucoup plus de temps sur Internet que les personnes plus âgées (χ^2 sign.<.001).

De ce fait, les femmes en surpoids et obèses utilisent aussi moins fréquemment Internet que les hommes (χ^2 sign.=.006)

On n'observe pas de différences dans la prise de repas pendant Internet selon les classes d'IMC.

Par contre cela arrive significativement moins souvent pour les femmes (χ^2 sign.=.06), ce qui bien entendu recoupe les résultats concernant à la fois la fréquence et la durée : comme elles passent moins de temps sur Internet, il est logique qu'elles prennent aussi moins souvent un repas.

Il en est de même selon l'âge, comme les plus jeunes passent plus de temps, ils prennent aussi plus souvent un repas (χ^2 sign.=.009).

Le temps passé sur Internet semble donc être le seul critère déterminant la prise d'un repas dans ces conditions (χ^2 sign.<.001).

Par contre aucune différence générale n'apparaît dans la consommation de snacks.

Elle n'est ni plus fréquente selon les classes d'IMC, ni selon le sexe. Mis à part l'âge.

Ici aussi la consommation de snacks est essentiellement déterminée (χ^2 sign.<.001) par le temps passé sur Internet indépendamment des autres critères. Comme les plus jeunes passent aussi plus temps, ils sont aussi ceux qui consomment le plus souvent des snacks sur Internet (χ^2 sign.<.001).

Les résultats sont identiques ce qui concerne la prise de boissons. Pas de différences selon l'IMC ou le sexe mais bien selon l'âge (χ^2 sign.=.003) conditionnée par le temps passé sur Internet (χ^2 sign.<.001).

In fine, c'est donc, comme on pouvait le supposer, le temps passé sur Internet qui est le seul élément déterminant la prise de repas, snacks ou boissons.

9 Opinions

Une partie de l'enquête porte sur les opinions concernant les causes et conséquences du surpoids et de l'obésité, ainsi que sur les mesures appropriées pour les combattre ou les éviter.

9.1 Les causes du surpoids et de l'obésité.

Synthèse

- ♦ *D'une manière générale la majorité des personnes mettent en cause la responsabilité individuelle des personnes en surpoids et obèses, à l'exception des cas pathologiques. Il est rare qu'une opinion attribue cette responsabilité à une cause externe (on pense ici par exemple aux calories cachées ou insidieuses qui ne sont pratiquement jamais évoquées). Si les causes les plus fréquentes concernent les déséquilibres alimentaires, on les attribue à l'exercice de la responsabilité personnelle dans les choix: mauvais choix alimentaires, abus de certains aliments faciles, trop grosses quantités absorbées, etc.*

Deux questions ont été posées aux personnes interrogées : l'une « ouverte », préalable à la suivante « fermée » pour éviter les biais liés à l'énumération des causes potentielles.

Dans la question ouverte, on leur demandait quelle(s) étai(en)t à leur avis les causes du surpoids et de l'obésité chez les personnes atteintes.

Dans la question fermée, une liste de 19 items était proposée pour chacun desquels les personnes avaient à se prononcer sur le fait que l'élément influençait ou non (énormément, beaucoup, peu, pas du tout) le surpoids et l'obésité.

9.1.1 Causes présentes à l'esprit : réponses libres.

Les réponses libres ont été analysées selon leur contenu et regroupées en différentes catégories. Nous reprenons ici les réponses émises par plus de 50% des personnes et selon l'ordre d'importance déterminé par la fréquence des évocations. Il est à noter que les personnes pouvaient donner autant de causes qu'elles le souhaitaient. Toutes les causes évoquées ont été reprises dans les analyses.

On attribue le surpoids et l'obésité aux causes suivantes :

- 1) Causes les plus fréquentes (plus de 80% des répondants) :
 - a. la mal-bouffe
 - b. les mauvaises habitudes alimentaires
 - c. la mauvaise alimentation (manque de diversité)
 - d. le déséquilibre alimentaire

- e. l'alimentation trop riche, trop grasse, trop sucrée (abus de...) ou trop importante (quantité).
- 2) Causes très fréquentes (plus de 75% des répondants)
- a. Le manque d'activités physiques
 - b. la sédentarité
 - c. le manque de sport
 - d. l'abus de la télévision
- 3) Causes fréquentes (plus de 60 % des répondants)
- a. La mauvaise éducation à l'alimentation
 - b. le manque d'informations et de connaissances sur les dangers de l'obésité
 - c. le manque de respect de son corps.
- 4) Causes fréquentes (plus de 50 % des répondants)
- a. le mode de vie,
 - b. les difficultés de la vie (y compris l'état de santé, l'hérédité et la maladie)
 - c. le stress

D'une manière générale au travers des réponses enregistrées la majorité des personnes mettent en cause la responsabilité individuelle des personnes en surpoids et obèses, à l'exception des cas pathologiques. Il est rare qu'une réponse attribue cette responsabilité à une cause externe (on pense ici par exemple aux calories cachées ou insidieuses qui ne sont pratiquement jamais évoquées - 3 fois seulement). Si les causes les plus fréquentes concernent les déséquilibres alimentaires, on les attribue à l'exercice de la responsabilité personnelle dans les choix: mauvais choix alimentaires, abus de certains aliments faciles, trop grosses quantités absorbées, etc.

L'internalité au sens de Rooter (voir plus haut) dominerait donc les attributions faites aux autres personnes des causes de leur surpoids.

9.1.2 Causes selon les items proposés

Les réponses influence « énormément » et « beaucoup » ont été regroupées dans ce tableau.

	IMC1	IMC2	IMC3	IMC4	TOTAL
4. Une alimentation déséquilibrée, trop riche	97,7	95,9	97,1	100,0	96,7
7. Manger trop de graisses et de produits gras	97,7	95,3	98,2	89,1	95,7
2. Le manque d'exercice	90,7	94,4	92,9	92,7	93,6
6. Manger trop de produits sucrés	79,1	89,3	89,5	81,8	88,0
10. Une mauvaise éducation familiale à la nourriture	76,7	82,2	79,4	83,6	81,2

Ci-dessus : plus de 75% des opinions

19. La publicité	67,4	70,4	75,7	76,4	72,2
1. Des problèmes génétiques, une nature propice à l'obésité	76,7	69,6	72,2	69,1	70,8
8. Des problèmes de santé, hormonaux, ...	72,1	69,9	68,6	72,7	70,0
12. Trop de possibilités offertes de manger partout et tout le temps	58,1	65,8	70,0	63,6	66,2
14. Un manque d'action et d'informations à l'école ou au cours de la scolarité	67,4	61,7	61,4	60,0	61,9
3. Des soucis, des problèmes personnels, familiaux, financiers,...	62,8	58,6	61,2	67,3	60,4
11. Un manque de connaissance des conséquences du surpoids	42,9	56,1	53,5	58,2	54,6
5. Un choix personnel de vie	55,8	52,1	45,5	63,6	51,6
16. Le stress au travail	48,8	47,9	51,8	61,8	50,3

Ci-dessous : moins de 50% des opinions

15. Manger trop de viande	44,2	33,4	40,0	34,5	36,1
13. Un manque d'actions concrètes des pouvoirs publics pour informer ou contrôler	44,2	32,6	34,1	34,5	34,1
18. Un manque de législation concernant la composition des aliments	33,3	29,6	34,9	38,2	32,1
9. Des portions trop grandes dans les restaurants,	39,5	25,7	33,3	36,4	29,8
17. Une volonté de paraître bien portant et fort	18,6	16,7	18,5	29,1	18,4

Tableau XLIV: Proportion de personnes souscrivant à la cause selon l'IMC

Les causes premières au surpoids et à l'obésité sont attribuées par une large majorité des personnes (de 81,2% à 96,7%) à l'alimentation (déséquilibrée, trop de graisses, trop de produits sucrés), au manque d'exercice et à la mauvaise éducation à la nourriture. On trouve donc une bonne convergence entre les opinions émises à ce sujet sur la liste d'items préétablie et la présence à l'esprit (voir point précédent) des causes du surpoids.

Ce sont également des items qui mettent l'accent sur les responsabilités et la maîtrise personnelle de l'alimentation et de l'activité dans le poids corporel. Au travers de ceux-ci transparaît le fait que l'opinion pense surtout : « on est responsable de son poids ».

Par contre seule une minorité (de 18,4% à 36,1%) attribue une cause possible du surpoids à la viande, au manque d'actions des pouvoirs publics (dont la législation sur la composition des aliments), aux portions trop grandes dans les restaurants. Il est à remarquer que ce sont des items qui, pour 3 d'entre eux, attribueraient le surpoids à une cause extérieure et peu maîtrisable par les personnes.

Il est intéressant de constater la place accordée à l'item « *un manque de législation concernant la composition des aliments* » par environ une personne sur trois (32,1%).

Une législation forte sur la composition des aliments (on pense par exemple à son pouvoir calorique aux 100gr ou par « portion », aux sucres qu'il contient, ...) serait de portée surtout qualitative (comparaison interne ou ipsative - l'un par rapport à l'autre dans un même produit - des composants d'un aliment) et n'empêcherait pas, à qui veut, d'en consommer des quantités plus importantes et donc dériver vers le surpoids comme l'on rapporté plusieurs personnes lors de l'enquête. Cela montre aussi (si on considère en plus les réponses à l'item : « *un manque d'actions concrètes des pouvoirs publics pour informer ou contrôler* ») la considération qu'accorde une minorité de personnes à la législation en regard des responsabilités personnelles sur ce plan.

On peut trouver ici une relative bonne homogénéité des opinions dans la population, notamment sur la base des critères de poids (Anova non sign.). On aurait pu s'attendre à des différences selon que la personne est concernée ou pas, notamment pour les personnes obèses qui pourraient avoir une autre vision des causes que les autres.

L'analyse globale selon les classes de l'IMC montre une différence significative pour un seul item : le stress (Anova : F. sign.=.049). Plus les personnes présentent un IMC élevé, plus elles attribuent les causes du surpoids et l'obésité à ce facteur.

En affinant quelque peu les analyses on trouve 4 résultats partiels significatifs :

- Plus de femmes en surpoids et obèses attribuent une cause du surpoids ou de l'obésité aux items :
 - « *soucis, problèmes familiaux, financiers,...* » (71,8%) (χ^2 sign.=.024).
 - « *trop de possibilités offertes de manger partout et tout le temps* » (76,0%) (χ^2 sign.=.059).
 - « *le stress au travail* » (65,0%) (χ^2 sign.=.004).
- Plus de personnes obèses et en surpoids attribuent plus souvent (34,1%) que la moyenne à l'item : « *portions trop grandes dans les restaurants* » une cause du surpoids ou de l'obésité (χ^2 sign.=.048). Ce sont surtout les femmes de cette catégorie qui expliquent cette différence. Il est à remarquer que la valeur totale de l'item reste faible puisqu'il est mis en cause par environ une personne sur trois.

9.2 Les remèdes au surpoids et à l'obésité.

Synthèse

- ◆ *La grande majorité des personnes pensent que le combat contre l'obésité et le surpoids passe avant toute chose par l'éducation et l'information. Le rôle de l'éducation serait primordial : on apprend à se nourrir correctement et à ne pas grossir. Ceci met également l'accent sur le fait qu'on attend avant tout des instruments pour renforcer l'exercice des responsabilités individuelles dans ce domaine.*
- ◆ *Ensuite les activités physiques et sportives : les renforcer à l'école, les promouvoir et les faciliter dans la vie quotidienne tant privée que professionnelle.*

Ici aussi, deux questions ont été posées aux personnes interrogées : l'une préalable à la suivante, ouverte, et l'autre fermée. Dans la question ouverte, on leur demandait ce qu'il fallait faire à leur avis pour réduire le surpoids et l'obésité chez les gens. Dans la question fermée, une liste de 19 items était proposée pour chacun desquels les personnes avaient à se prononcer sur le fait que l'élément aurait une influence ou non (Très grande, certaine, peu, pas du tout) sur le surpoids et l'obésité.

9.2.1 Remèdes présents à l'esprit : réponses libres.

Les réponses libres ont été analysées selon leur contenu et regroupées en différentes catégories. Nous reprenons ici les réponses émises par plus de 50% des personnes et selon l'ordre d'importance déterminé par la fréquence des évocations. Il est à noter que les personnes pouvaient donner autant de remèdes qu'elles le souhaitaient. Tous les remèdes évoqués ont été repris dans les analyses.

On pense que le surpoids et l'obésité pourront être réduits par :

- 1) Remèdes les plus souvent envisagés (par plus de 80% des répondants) :
 - a. L'éducation des enfants surtout à l'école
 - b. Campagne d'information pour tous (jeunes et grand public)
 - c. Des cours sur l'alimentation et les risques de l'obésité
 - d. Le développement des activités sportives tant pour les jeunes que pour les adultes
 - e. La promotion de l'exercice physique
- 2) Remèdes souvent cités (par plus de 60% des répondants)
 - a. L'exercice physique milieu professionnel
 - b. Une meilleure information sur l'alimentation
 - c. Une information plus claire et mieux utilisable sur les aliments eux-mêmes

Il est clair que la grande majorité des personnes pensent que le combat contre l'obésité et le surpoids passe avant toute chose par l'éducation et l'information. Le rôle de l'éducation serait primordial : on apprend à se nourrir correctement et à ne pas grossir. Ceci met également l'accent sur le fait qu'on attend avant tout des instruments pour renforcer l'exercice des responsabilités individuelles dans ce domaine.

Ensuite les activités physiques et sportives : les renforcer à l'école, les promouvoir et les faciliter dans la vie quotidienne tant privée que professionnelle¹⁹.

9.2.2 Remèdes selon les items proposés

Les réponses indiquant une influence « très grande » et « certaine » ont été regroupées dans ce tableau.

	IMC1	IMC2	IMC3	IMC4	TOTAL
12. Plus de sport à l'école	90,7	90,3	88,8	89,1	89,8
5. Une promotion du sport et de l'exercice physique	90,7	86,1	80,5	80,0	84,3
15. Une information des enfants à l'école par affiche, dépliant ou conférence	88,4	79,0	82,8	90,9	81,8
10. Des cours de diététique dans tous les enseignements	79,1	80,4	76,3	67,3	77,9
1. Une information du grand public	76,7	76,2	81,7	74,5	77,6

Ci-dessus : plus de 75% des opinions

8. Le développement d'activités physiques et sportives en milieu professionnel (par exemple pendant les pauses)	69,8	75,7	63,9	83,3	72,7
6. Un remboursement partiel par la sécurité sociale du coût des activités sportives	67,4	69,2	59,5	58,2	65,4
17. Des chèques sport distribués par l'employeur	72,1	64,5	54,2	69,1	62,6
11. Une législation limitant la publicité pour des produits caloriques ou qui font grossir (comme pour le tabac)	62,8	58,6	60,4	52,7	58,9
14. Une réduction des taxes sur les produits peu caloriques (comme les fruits, légumes, eaux minérales, ...)	58,1	53,7	58,0	56,4	55,5
2. Une législation concernant la composition des aliments	44,2	48,7	57,4	54,5	51,3
13. Un meilleur étiquetage des produits alimentaires	55,8	47,1	54,4	49,1	50,0

Ci-dessous : moins de 50% des opinions

7. Un remboursement partiel par la sécurité sociale du prix des aliments fonctionnels	48,8	43,5	41,7	46,3	43,6
16. Une prime ou un avantage financier accordé pour le maintien d'un poids normal	37,2	32,4	29,6	33,3	32,1
3. Une réduction des taxes sur les produits allégés	20,9	30,4	32,0	29,1	30,0
4. Une augmentation des taxes sur les produits caloriques	27,9	24,3	26,0	25,5	25,1
9. Une taxation ou une pénalisation (comme l'assurance hospitalisation, etc) du surpoids	23,3	25,3	24,3	16,7	24,1

Tableau XLV: Proportion de personnes souscrivant au remède selon l'IMC

Les remèdes au surpoids et à l'obésité attribués par une large majorité des personnes (de 77,6% à 89,8%) concernent principalement l'éducation à l'école, l'activité physique et l'information : la promotion du sport, de l'activité physique, le sport à l'école, l'information des enfants et du grand public, notamment les cours de

¹⁹ Certains citent dans leurs commentaires, et pour exemple, certaines populations asiatiques (Vietnam, Japon, ...) où le temps consacré à l'exercice physique quotidien est intimement ancré dans les mœurs et se matérialise tant dans la vie privée que professionnelle. On évoque par là l'image de peuples où le surpoids et l'obésité ne sont pas des caractéristiques physiques moyennes et bien apparentes telles qu'elles peuvent l'être dans la société nord-américaine.

diététique. On trouve ici aussi une convergence importante entre les réponses libres à la question précédente et la liste d'items préétablie.

Ce sont surtout des remèdes centrés sur l'éducation et l'information.

Par contre une minorité de personnes (de 24,1% à 43,6%) prend en compte ou croît à l'efficacité des incitants financiers directs ou indirects comme des primes à l'alimentation saine ou au maintien du poids normal, ou une taxation appropriée, motivante ou dissuasive. Ces résultats recoupent les précédents en termes d'une perception négative de l'influence possible des pouvoirs publics par des mesures drastiques et réglementaires. Au contraire on interpréterait ici les résultats en y voyant de la part de ces instances la mise en place de mesures pro-actives dans le domaine de l'éducation et de l'information.

On observe également un résultat en ce qui concerne la composition des aliments et l'étiquetage des produits, pour lesquels la moitié du public y croît.

On trouve ici aussi une très bonne homogénéité des opinions dans la population, notamment sur la base des critères de poids (Anova non sign.). On aurait pu s'attendre à des différences selon que les personnes concernées ou pas, notamment les personnes obèses, auraient pu avoir une vision différente des remèdes compte tenu de leurs expériences vécues.

L'analyse globale selon les classes de l'IMC ne montre donc aucune différence significative quel que soit l'item.

En affinant quelque peu les analyses on trouve 4 résultats partiels significatifs :

- Un peu plus de personnes obèses pensent à un effet positif du développement d'actions sportives et physiques dans le cadre professionnel :
 - Des chèques sport distribués par l'employeur (69,1%) (χ^2 sign.=.041).
 - Le développement d'activités physiques et sportives en milieu professionnel (83,3%) (χ^2 sign.=.01).
- Un peu moins de personnes obèses et en surpoids (59,2%) croient à l'effet positif d'un remboursement partiel par la sécurité sociale du coût des activités sportives (χ^2 sign.=.017), en particulier les hommes (54,2%) qui sont dans le cas (χ^2 sign.=.012).
- Un peu moins d'hommes en surpoids et obèses (80,4%) croient à l'effet d' « une promotion du sport et de l'activité physique (χ^2 sign.=.028).
- Un peu plus de femmes en surpoids et obèses (63,1%) pensent à l'effet positif d'une législation concernant la composition des aliments (χ^2 sign.=.027).

9.3 Opinions concernant certains aspects de l'alimentation

Synthèse

- ◆ *On estime en majorité que le surpoids et l'obésité sont bien un problème pour notre société et son avenir.*
- ◆ *L'item sur lequel les personnes manifestent le plus leur accord est celui par lequel « les consommateurs sont responsables de leur alimentation et de leur style de vie ». Sur ce plan, les personnes manifestent majoritairement (81,6%) que les choix alimentaires et même le style de vie alimentaire doit rester libre et sous le contrôle de la responsabilité personnelle.*
- ◆ *En parallèle on considère comme positif l'augmentation de l'offre alimentaire et sa diversité qui doit permettre d'arriver à varier et à équilibrer son alimentation. Cela rendrait aussi nécessaire dans ce contexte une information adaptée. Les produits allégés n'étant pas nécessairement vus comme bons pour la santé.*

Les opinions ont été demandées sur certains aspects généraux concernant l'alimentation.

Les réponses tout-à-fait d'accord et d'accord ont été regroupées. Elles s'opposent au désaccord avec la proposition énoncée.

	IMC1	IMC2	IMC3	IMC4	TOTAL
12. Les consommateurs sont responsables de leur alimentation et de leur style de vie	83,7	91,8	94,2	90,9	91,8
2. La publicité pousse les enfants à manger des choses qui ne sont pas toujours bonnes pour la santé quoique fassent les parents	83,7	88,8	91,3	87,3	89,0
9. Le surpoids et l'obésité sont un problème pour l'avenir de notre société	97,6	90,2	86,0	83,6	88,9
14 L'augmentation de l'offre de produits alimentaires dans les magasins nous permet de composer une alimentation variée et équilibrée	86,0	88,5	88,8	87,3	88,3
13. Le choix de nos aliments et de notre style de vie alimentaire doit rester libre et les autorités ne doivent pas essayer de l'influencer	72,1	80,2	84,8	97,3	81,6
6. Les graisses et les produits gras sont mauvais pour la santé	76,7	75,6	77,9	72,7	76,1
7. Les restaurants fast food sont la cause de l'accroissement de l'obésité	79,1	75,0	73,5	77,8	75,1

Ci-dessus : plus de 75% d'accord

15. L'augmentation de l'offre alimentaire nous a poussé à manger plus que dans le passé.	72,1	71,6	78,2	61,8	72,6
1. La publicité pour les aliments nous pousse à manger plus que nécessaire	55,8	61,9	71,5	61,1	64,1
10. C'est l'industrie alimentaire qui est responsable de l'accroissement de l'obésité dans notre société	60,5	64,9	62,2	67,3	64,0
3. Les distributeurs automatiques de boissons et d'en cas nous poussent à manger et boire partout et tout-le-temps	44,2	66,5	64,9	60,0	63,9
5. Le sucre est mauvais pour la santé	48,8	54,4	58,7	63,6	56,1
8. Les aliments qui ne font pas grossir coûtent plus cher	46,5	49,6	54,7	56,4	51,4

Ci-dessous : moins de 50% d'accord

4. Les produits allégés sont bons pour la santé	23,8	36,5	43,5	43,6	38,2
11. Une augmentation des taxes sur les produits riches en énergie empêcherait les gens de grossir	14,0	15,5	18,8	14,8	16,3

Tableau XLVI: Proportion de personnes marquant un accord avec la proposition selon l'IMC

L'item sur lequel les personnes manifestent le plus leur accord est celui par lequel « *les consommateurs sont responsables de leur alimentation et de leur style de vie* ». Ce résultat rejoint pleinement ce qui a été observé dans les analyses précédentes et portant sur l'idée d'une responsabilité personnelle de son poids. Sur ce plan, les personnes manifestent majoritairement (81,6%) que les choix alimentaires et même le style de vie alimentaire doit rester libre et sous le contrôle de la responsabilité personnelle. Les autorités et pouvoirs publics ne doivent pas essayer de les influencer.

Les personnes sont également majoritairement d'accord avec un rôle négatif attribué à la publicité lorsqu'elle porte sur certaines choses destinées aux enfants et qui ne sont pas considérées par les parents comme étant bonnes pour leur santé. Ce résultat mettrait ici l'accent sur la nécessité d'une consultation préalable des parents par les producteurs, ou du moins par les publicitaires, sur les messages destinés aux enfants qu'ils diffusent et qui pourraient ne pas être en accord avec l'opinion des parents. Un message construit uniquement à partir de l'impact marketing sur les enfants montre ici ses limites. Les parents sont concernés et pourraient aussi être appelés et consultés, par exemple lors des tests d'impacts des messages publicitaires.

On estime aussi majoritairement que le surpoids et l'obésité sont bien un problème pour notre société et son avenir. Cela traduit le niveau des préoccupations des personnes et leur motivation à des actions pour le traiter.

On considère aussi majoritairement comme positif l'augmentation de l'offre alimentaire et sa diversité qui doit permettre d'arriver à varier et à équilibrer son alimentation. Cela rend aussi nécessaire dans ce contexte une information adaptée.

Enfin une majorité, en accord avec les diététiciens, considère que les graisses (abus ?) sont mauvaises pour la santé. 3 personnes sur 4 pense que les fast-food sont la cause de l'accroissement de l'obésité. Sur ce plan, malgré qu'on n'ait pas pu examiner l'évolution des choses en terme épidémiologique sur une longue période, ce qui aurait été la seule façon d'accorder une validité scientifique à cette allégation, nous avons vu précédemment que la corrélation entre la fréquentation actuelle des fast-foods et l'obésité n'est pas établie.

Les personnes marquent aussi leur désaccord (61,8%) avec l'idée que les produits allégés sont bons pour la santé.

Enfin, pratiquement personne (83,7% de désaccord) ne souscrit à l'idée qu'une taxe sur les produits riches en énergie pourrait empêcher les gens de grossir. Cette taxe introduirait une ségrégation supplémentaire entre ceux ayant les moyens financiers

de supporter le surcoût et les autres, avec en corollaire le fait que cela n'empêcherait personne de consommer la quantité qui lui plaît.

Remarquons dans cet ordre d'idée qu'on attribue souvent les causes de l'obésité aux USA à une forme de discrimination alimentaire par laquelle les personnes de condition sociale défavorisée se nourriraient plus souvent d'aliments standardisés et moins coûteux qui sont aussi les aliments les plus riches en sucres et matières grasses.

On mentionne aussi les automates distributeurs de boissons ou de snacks qui, pour le service offert et la facilité, pratiquent des prix très supérieurs pour les mêmes produits en regard de ce qu'ils coûtent dans le commerce, prix qui n'est pas dissuasif pour les consommateurs, quel que soit leur IMC. Une taxe supplémentaire pourrait rentrer dans un même schéma de pensée chez le consommateur.

L'analyse globale selon les classes de l'IMC montre une différence significative pour un seul item : « *les produits allégés sont bons pour la santé* » (Anova : F. sign.=.001). Plus de personnes présentant un IMC élevé (IMC3 + IMC4 = : 43,5%), souscrivent à cette idée, ce qui paraît logique. Les personnes d'IMC1 le pensent moins (23,8%).

En affinant quelque peu les analyses on trouve plusieurs résultats partiels significatifs :

- Un peu plus de personnes en surpoids et obèses (69,0%) (χ^2 sign.=.05), en particulier plus chez les femmes concernées (78,1%) (χ^2 sign.=.005) marquent leur accord avec l'idée que la publicité pour les aliments les pousse à manger plus que nécessaire.
- De même nous savons déjà qu'un peu plus de personnes en surpoids et obèses (43,5%) (χ^2 sign.=.04), en particulier plus chez les femmes concernées (51,9%) (χ^2 sign.=.007), marquent leur accord avec l'idée que les produits allégés sont bons pour la santé. Ce résultat recoupe et affine le précédent.
- Plus de femmes en surpoids et obèses (81,9%) (χ^2 sign.=.05) marquent leur accord avec le fait que les restaurants fast-foods sont la cause de l'accroissement de l'obésité.
- Paradoxalement, moins de personnes de la classe IMC4 (81,1%) (χ^2 sign.=.001) marquent leur accord avec le fait que le surpoids et l'obésité sont un problème pour l'avenir de notre société. Sans doute ces quelques personnes considèrent également que leur obésité n'est pas un problème pour elles.
- Plus d'hommes en surpoids et obèses (85,4%) (χ^2 sign.=.05) marquent leur accord avec le fait que le choix de nos aliments et de notre style de vie alimentaire doit rester libre et les autorités ne doivent pas essayer de l'influencer.

10 Conclusions

Les objectifs de l'enquête menée par le CPSO de l'ULB avaient pour objet l'examen, par questionnaire et sondage, de certaines caractéristiques des styles de vie des personnes en relation à leur poids corporel, en particulier dans le cas du surpoids et l'obésité.

Tout en confirmant certains résultats connus, l'étude met néanmoins l'accent sur la dimension déterminante des styles de vie en rapport avec le surpoids et l'obésité mais aussi sur l'origine des responsabilités que l'opinion publique attribue à ce problème de société.

Personnalisation par le grand public de la responsabilité du surpoids et de l'obésité.

Dans l'esprit du grand public, à l'exception des problèmes génétiques et de santé, les causes attribuées à l'obésité sont personnelles. Les gens qui en souffrent seraient responsables de leur surpoids et de leur obésité.

Les causes considérées comme principales seraient l'abus alimentaire, la « malnutrition » et la sédentarité.

Dès lors, le surpoids et l'obésité seraient essentiellement une conséquence des comportements individuels adoptés tant sur le plan de l'alimentation que sur celui des styles de vie.

Cette opinion est renforcée par ceux qui en souffrent : les personnes en surpoids et obèses sont conscientes et reconnaissent dans la plupart des cas manger trop et faire trop peu d'activité physique.

Difficulté d'attribuer les causes du surpoids et de l'obésité à des facteurs uniques.

La partie de l'étude portant sur les comportements et styles de vie, montre qu'il est difficile de mettre en évidence un facteur unique expliquant le surpoids et l'obésité, ou suffisamment corrélé avec le phénomène.

L'enquête montre les difficultés à distinguer sur le plan des styles et comportements alimentaires certains qui seraient spécifiquement en relation étroite avec le poids, ceci à l'exception de la quantité globale de nourriture absorbée. Pour certains obèses ou personnes en surpoids, certains facteurs reliés aux comportements alimentaires ne joueraient donc qu'un rôle aggravant et non déclenchant ou causal.

Absence de relations entre d'une part le surpoids et l'obésité constatée et d'autre part certains facteurs mis généralement en cause.

Les personnes obèses ou en surpoids ne prennent pas plus de repas que les autres. Ce serait même souvent le contraire ; elles auraient plutôt tendance à sauter un repas et donc en moyenne en prendraient moins.

Ces personnes ont aussi plus souvent tendance à prendre des repas complets, notamment le midi. Donc elles ne seraient pas particulièrement celles mangeant sur le pouce, dans des sandwicheries ou fast-foods. La fréquentation de ce type de restaurants ne différencie pas systématiquement les personnes selon leur poids corporel, les personnes maigres déclarant s'y rendre même un peu plus souvent que les autres.

Les personnes en surpoids et obèses auraient aussi plus souvent tendance à soigner la préparation de leurs repas à domicile en y consacrant plus de temps et en achetant aussi moins souvent des plats déjà préparés. En outre la confection des repas pourrait être un facteur expliquant mieux une quantité plus importante de nourriture absorbée que, par exemple, la consommation de portions achetées toutes faites : on prépare plus, cette valeur ajoutée aux aliments préparés ferait qu'on consomme plus et qu'on jette moins pour ne pas gaspiller.

Les personnes en surpoids et obèses passeraient aussi plus de temps à table.

Ces résultats sont à mettre en rapport avec la composante hédonique de l'alimentation qui semble plus importante chez ces personnes que, par exemple, chez les personnes maigres ou de poids normal.

Même si le grignotage est difficile à cerner avec précision (fréquence, moment dans la journée, portée, quantités consommées, etc.) il n'apparaît pas dans l'enquête comme caractérisant spécifiquement les personnes en surpoids et obèses. Ce seraient même les personnes « maigres » qui y recourraient plus fréquemment.

Ces résultats montrent que certaines idées toutes faites concernant des causes de l'obésité et du surpoids attribuées exclusivement à des formes particulières d'alimentation ne trouvent pas une confirmation dans les comportements alimentaires déclarés par les répondants.

Facteurs reliés au surpoids et à l'obésité mis en avant dans l'enquête.

Parmi les facteurs en relation avec le surpoids et de l'obésité constatée au moment de l'enquête on épinglera surtout :

- Le manque de contrôle « personnel et/ou social » des personnes en surpoids et obèses serait un facteur qui influence négativement le poids (comme terminer son assiette, ne pas refuser un aliment ou un dessert, manger quand c'est l'heure du repas quel que soit l'appétit, manger plus ou ne pas pouvoir se contrôler quand on est en compagnie,...).

- La quantité d'alcool consommée serait un facteur très important accompagnant l'obésité.
- La consommation de tabac serait plus importante chez les personnes en déficit pondéral et/ou ayant un poids normal.
- Bouger : l'exercice physique (dont promenades, usage des escaliers, usage de vélos pour certains déplacements...) et la pratique sportive sont fortement reliés à un poids normal. Les personnes obèses ont une activité réduite sur ce plan là.
- Se divertir : les loisirs hors domicile contribuent également à accompagner un poids mieux adapté. En d'autres termes, les personnes en surpoids et obèses seraient plus « sédentaires » sur le plan des loisirs et participent donc dans une moindre mesure à des activités « hors domicile ».
- La télévision est un facteur qui influence négativement le poids. Par contre la regarder dans son lit serait moins critique dans la mesure où les grignotages qui y sont associés sont moins faciles et/ou le contexte de consommation d'aliments moins évident.
- Le fait de consommer des aliments (plateau télé, snacks, ...) et boissons devant la TV n'est pas suffisant pour expliquer le surpoids et l'obésité. Ces pratiques sont distribuées au travers de toutes les classes de l'IMC, un peu moins chez les personnes en surpoids qui feraient plus attention.
- Internet n'est pas un facteur favorisant directement le surpoids. Les pratiques alimentaires (snacks, repas,...) associées à l'usage d'Internet montreraient un effet dans le sens contraire : ce seraient les personnes à l'IMC moins élevé qui seraient plutôt consommateurs dans ces moments là. En d'autres termes Internet entraînerait même une moindre consommation de snacks et d'en-cas chez les personnes en surpoids et obèses. La concentration nécessaire à l'activité et la motivation expliqueraient un effet favorable chez ces personnes.
- C'est surtout le temps passé devant la télévision ou sur Internet qui détermine la consommation d'aliments et de boissons lors de ces activités plus que les caractéristiques du poids corporel, ce qui est logique.

Différenciation entre les personnes obèses et les personnes en surpoids.

Les personnes en surpoids seraient plus « attentives » à leur état que ne le seraient les personnes « obèses » paraissant plus résignées.

Les premiers développent des stratégies d'évitement du rapprochement de la barrière, les autres ne sont plus « à cela près ».

L'obésité serait perçue par la personne concernée comme un état « stable » tandis que le surpoids serait un état instable. De ce fait, les obèses se distingueraient moins

dans leurs comportement alimentaires des personnes sans problèmes que celles en surpoids adoptant des comportements d'évitement et d'attention.

Par là, l'étude montre que le surpoids ne serait pas nécessairement l'antichambre de l'obésité.

Opinions concernant les mesures à prendre pour combattre le surpoids et l'obésité.

Dans l'esprit du grand public, si des mesures doivent être prises, elles vont dans le sens de l'information, de l'éducation et de la responsabilisation des personnes.

Viendraient ensuite et en dernier ressort des mesures politiques ou réglementaires.

Le public considère aussi qu'aucun règlement ou taxe n'empêchera une personne de surconsommer des aliments.

La grande majorité des personnes pensent donc que le combat contre l'obésité et le surpoids passe avant toute chose par l'éducation et l'information. Le rôle de l'éducation serait primordial : on apprend à se nourrir correctement et à ne pas grossir. Ceci met également l'accent sur le fait qu'on attend avant tout des instruments pour renforcer l'exercice des responsabilités individuelles dans ce domaine.

Ensuite les activités physiques et sportives : les renforcer à l'école, les promouvoir et les faciliter dans la vie quotidienne tant privée que professionnelle.

11 Bibliographie et documents consultés

Birch LL. (1999) Development of food preferences. *Annu Rev Nutr*, 19 pp. 41-62

Birch LL, Fisher JO. (1998) Development of eating behaviors among children and adolescents. *Pediatrics*, 101 pp.539-548

Dargent J. (2005) , *Le corps obèse*. Obésité, science et culture, Champs Vallon, Seyssel (France), 265p.

Fondation Hodie Vivere (2004), *Alimentation, obésité et nutrition*. Rapport. 385p.

Gisle L, Buziarsist J, Van der Heyden J, Demarest S, Miermans PJ, Sartor F, Van Oyen H, Tafforeau J. (2002) *Enquête de Santé par Interview, Belgique, 2001*. Service d'Epidémiologie; Bruxelles. Institut Scientifique de Santé Publique, IPH/EPI REPORTS N° 2002 – 22.

Guiliano M. (2005), *Ces françaises qui ne grossissent pas*, Michel Lafon, Neuilly-sur-Seine (France), 283p.

Honoré C. (2005). *Éloge de la lenteur*. Éd. Marabout.

ISP (Institut Scientifique de Santé Publique) (2004). *Enquête de santé par interview, Belgique*. Service public fédéral économique, P.M.E., Classes moyennes & Énergie. Questionnaires et documents de travail.

Nève J, Guggenbühl N. (2004) Plan national Nutrition – Santé Belgique (PNNS B) 2005-2010. Service public fédéral « santé publique » - document de travail.

Quetelet A.,(1835) *Sur l'homme et le développement de ses facultés, ou essai de physique sociale*, Paris, Bachelier.

<OMS 2003> *Obésité, prévention et prise en charge de l'épidémie mondiale*, OMS rapport Technique 894, Genève.

<OMS 2005> *Rapport sur la santé en Europe 2005 – L'action de santé publique : améliorer la santé des enfants et des populations*, OMS – Bureau régional de l'Europe, Copenhague, Dk, 158p.

Rotter, J.B., & Mulray, R.C. (1965). Internal versus external control of reinforcement and decision time. *Journal of Personality and Social Psychology*, 2, 598-604.

Rotter, J.B. (1966) Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs*, 80(1, Whole no. 609).

Ventura AK., Savage JS., May AL., Birch LL. (2006) Prédicteurs comportementaux, familiaux et psychologiques précoces de la surcharge pondérale et de l'obésité. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants [sur Internet]*. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants ;1-11.

Wilson E.O. (1987). *La sociobiologie*. Éd. du Rocher, Monaco. (traduction de Sociobiology, The Belknap Press of Harvard University Press, 1975)

12 Annexe 1 : questionnaire en français



Université Libre de Bruxelles
FEVIA
Version 6 – 21/4/05

Questionnaire n° (A)

Enquêteur : contrôle préalable des quotas	Sexe		Âge	Taille du ménage						Langue		Activité		Localisation (code postal)
Numéro de l'unité à sélectionner	F	M		1	2	3	4	5	+	NL	FR	Actif	Inactif	
B	1 C	2	D	1 E	2	3	4	5	6	1 F	2	1 G	2	H

Présentation de l'enquête à la personne interviewée : L'Université Libre de Bruxelles réalise une enquête scientifique auprès des ménages en Belgique. Cette enquête concerne les habitudes alimentaires. Cette enquête n'est pas réalisée pour un fabricant ou pour une marque d'aliment en particulier. Elle vise à connaître les habitudes générales de la population sur cette question. Auriez-vous l'amabilité de répondre à quelques questions à ce propos ? Ce questionnaire est confidentiel et l'ULB garanti que personne ne sera mis au courant des réponses que vous nous donnerez. Aucun moyen n'existera après cette enquête pour retrouver éventuellement la personne qui aurait eu l'amabilité de nous aider dans cette étude en répondant aux questions. Néanmoins nous précisons bien ici que cette étude est une étude statistique pour connaître l'évolution en Belgique des questions concernant les habitudes des personnes dans ce domaine et vos réponses personnelles ne seront utilisées que pour établir ces statistiques. Etes-vous d'accord de répondre ?

1. À quelle fréquence ?

(enquêteur : fiche n°1)	Tous les jours	5 à 6 fois par semaine	2 à 4 fois par semaine	1 fois par semaine	1 à 3 fois par mois	jamais	
1. prenez vous un petit déjeuner le matin	1	2	3	4	5	6	I
2. prenez vous un dîner le midi	1	2	3	4	5	6	J
3. prenez vous un souper le soir	1	2	3	4	5	6	K
4. mangez-vous des légumes crus ou préparés	1	2	3	4	5	6	L
5. mangez-vous des fruits	1	2	3	4	5	6	M
6. mangez-vous des aliments complets (riz, blé, pâte, pain,...)	1	2	3	4	5	6	N
7. mangez-vous du poisson ou des fruits de mer	1	2	3	4	5	6	O
8. mangez-vous des charcuteries	1	2	3	4	5	6	P
9. buvez-vous des boissons aux sucres ajoutés (sodas, thé sucré, café sucré,...)	1	2	3	4	5	6	Q
10. buvez-vous des boissons « light »	1	2	3	4	5	6	R
11. consommez-vous des produits « light » (allégés) autres que des boissons	1	2	3	4	5	6	S
12. utilisez-vous des édulcorants artificiels	1	2	3	4	5	6	T
13. buvez-vous des boissons alcoolisées (bière, vin, alcool,...)	1	2	3	4	5	6	U
14. mangez vous des aliments lactés (yaourts, fromage blanc, actimel,...) autres que des fromages	1	2	3	4	5	6	V
15. mangez vous des fromages	1	2	3	4	5	6	W
16. mangez vous des aliments frits (frites, croquettes, poissons panés, ...)	1	2	3	4	5	6	X
17. consommez-vous du chocolat ou des produits chocolatés	1	2	3	4	5	6	Y
18. consommez-vous des chips et autres snacks comme des cacahuètes, etc.	1	2	3	4	5	6	Z
19. consommez-vous des friandises et bonbons .	1	2	3	4	5	6	AA
20. consommez-vous des biscuits, gaufrettes, pain d'épices , etc...	1	2	3	4	5	6	AB
21. mangez-vous de la viande	1	2	3	4	5	6	AC
22. ajoutez-vous du sel à vos repas	1	2	3	4	5	6	AD

2. Combien de fois mangez-vous en moyenne par jour ? (un repas et/ou un en-cas)

1 fois	2 X	3 X	4 X	5 X	6X	Plus de 6 fois
1	2	3	4	5	6	7

AE

3. Où chacun des repas principaux de la journée sont-ils pris le plus souvent ?

(enquêteur : fiche n°2)	1. À la maison	2. Au bureau ou à l'école : cantine, restaurant d'entreprise	3. Au bureau ou à l'école: tartines, sandwiches, plats réchauffés,...	4. À l'extérieur : snacks, fast food, friture, self-service, cafétéria	5. À l'extérieur : restaurant avec service à table	6. Sur le pouce (en marchant, en voiture, ...)	7. Autre
Matin	1	2	3	4	5	6	7
Midi	1	2	3	4	5	6	7
Soir	1	2	3	4	5	6	7

AF

AG

AH

4. Sous quelle forme chacun des repas principaux de la journée sont-ils pris le plus souvent?

(enquêteur : fiche n°3)	1.Repas froid, plat froid	2.Repas chaud, plat chaud	3. Repas à base de pain (sandwich)	4. Snacks (chips, barre protéinée,...)	5. Autre
Matin	1	2	3	4	5
Midi	1	2	3	4	5
Soir	1	2	3	4	5

AI

AJ

AK

5. Lorsque vous prenez vos repas principaux dans la journée et en semaine, avez-vous suffisamment, juste le temps ou trop peu de temps?

	Suffisamment de temps	Juste le temps qu'il faut	Trop peu de temps	Variable
Le matin	1	2	3	4
Le midi	1	2	3	4
Le soir	1	2	3	4

AL

AM

AN

6. Vous prenez vos repas principaux toujours, souvent, rarement ou jamais aux mêmes heures de la journée ?

Toujours	1
Souvent	2
Rarement	3
Jamais	4

AO

7. Pour prendre le repas principal de la journée, combien de temps pensez « qu'il est normal » d'y consacrer chaque jour de la semaine en moyenne à table (pas pour la préparation) ?

Moins d'1/4h	1
De 1/4h à moins d'une 1/2h	2
D'une 1/2h à moins d'1 h.	3
Plus d'une heure	4

AP

8. Dans la pratique et en moyenne, combien de temps consacrez-vous quotidiennement à ce repas principal pendant la semaine ?

Moins d'1/4h	1
De 1/4h à moins d'une 1/2h	2
D'une 1/2h à moins d'1 h.	3
Plus d'une heure	4

AQ

9. Quel cas se rapproche le plus de vous ?

(enquêteur : fiche n°4)

1. Je ne mange qu'aux repas, je ne grignote pratiquement jamais entre les repas	1
2. Certains jours il m'arrive de grignoter entre les repas, mais généralement je mange aux repas	2
3. Je grignote sans cesse entre les repas, mais je mange également normalement aux repas	3
4. Je ne fais que grignoter et je mange peu ou pas du tout aux repas	4

AR

Enquêteur : Si la personne déclare « grignoter », demandez-lui ce qu'elle « grignote » ?

	AS
--	----

10. Quel cas se rapporte le mieux à vous ?

(enquêteur : fiche n°5)

1. Même si j'ai faim, j'attend le repas	1
2. Je mange quand j'ai faim, même si le repas n'est pas prêt	2
3. Quand j'ai faim, parfois j'attend le repas, parfois je mange avant le repas	3
4. Aucun de ces cas	4

AT

11. Estimez-vous ?

(enquêteur : fiche n°6)

1. Manger normalement et en suffisance	1
2. Manger trop	2
3. Manger trop peu	3
4. Manger des quantités irrégulières selon les moments : parfois trop, parfois pas assez	4

AU

12. Vous arrive-t-il de lire les étiquettes ou informations sur les emballages des aliments que vous achetez et/ou que vous consommez ?

Toujours	1
Souvent	2
Rarement	3
Jamais (passez ensuite à la Question 14)	4

AV

13. Si la personne n'a pas répondu « jamais » à la question précédente : Qu'est ce qui retient le plus souvent votre attention sur ces étiquettes ?

(enquêteur : ne pas suggérer – écouter et cocher les réponses dans la catégorie de réponse – possibilité de réponses multiples . Si la personne dit « tout », demander des précisions comme le plus important, ...)

Prix	1
Composition nutritionnelle (lipides, protides, glucides, valeur énergétique, calories, ...)	2
Liste des ingrédients (pour additifs, allergies, interdictions,...)	3
Date de péremption	4
Marque	5
Provenance	6
Labels spécifiques (bio, ...)	7
Autre :	8

AW
AX
AY

14. Vous arrive-t-il de prendre des repas dans des snacks ou restaurants rapides de type fast-food ?

Oui	1
Non	2

AZ

Si oui, lesquels et à quelle fréquence ?

(enquêteur : fiche n°7)	1. Macdonald, Quick, friterie,...	2. Pizzeria rapide, Pizza-hut	3. Sandwicherie « mode » type EXKI, TOUT PRÊT,...	4. Sandwicherie de chaîne de type Panos, Croissanterie, etc	5. Sandwicherie classique de type petit commerce boulangerie, boucher,	6. Autre fast-food
Plusieurs fois par semaine	1	1	1	1	1	1
Une fois par semaine	2	2	2	2	2	2
Une fois tous les 15 jours	3	3	3	3	3	3
Une fois par mois	4	4	4	4	4	4
	5	5	5	5	5	5
	BA	BB	BC	BD	BE	BF

15. Vous arrive-t-il de commander (par exemple par téléphone), pour vos repas au bureau ou à la maison, des repas que l'on fait livrer ou des repas préparés à l'avance et les emporter, pour les consommer ensuite ? (enquêteur : s'assurer qu'on entend bien qu'il s'agit de « take home » ou « take away ») ?

Oui	1
Non	2

BG

Si oui, où et principalement quel type de repas préparé ?

(enquêteur : fiche n°7 bis)	1. Repas chaud ou à réchauffer	2. Repas froids (salades, plats préparés)	3. Sandwichs (ou autre base pain)	4. Pizzas	5. Autre
Bureau	1	2	3	4	5
Domicile	1	2	3	4	5

BH

BI

À quelle fréquence cela arrive-t-il ?

	Plusieurs fois par semaine	Une fois par semaine	Une fois tous les 15 jours	Une fois par mois	Moins d'une fois par mois
Bureau	1	2	3	4	5
Domicile	1	2	3	4	5

BJ

BK

16. Chez vous, vous arrive-t-il de prendre ou commander tard le soir un repas supplémentaire ? (par exemple après 22hrs ou après la fin d'une émission de TV)

Fréquemment	1
Parfois	2
Rarement	3
Jamais (passez ensuite à la Question 14)	4

BL

Si la personne n'a pas répondu « jamais » à la question précédente : de quel type de repas s'agit-il le plus souvent ?

Plat commandé à l'extérieur et livré à domicile	1
Plat déjà préparé (congelé, etc) et réchauffé	2
Plat préparé au moment même (type pâtes, sandwiches, ...)	3
Autre :	4

BM

17. Parmi les situations suivantes est-ce toujours, souvent, rarement, ou jamais le cas ?

(enquêteur : fiche n°8)	Toujours	Souvent	Rarement	Jamais
1. Quand je suis en compagnie d'autres j'ai tendance à moins bien contrôler ce que je mange et me laisser emporter	1	2	3	4
2. Je ne mange que quand j'ai vraiment faim, même aux repas	1	2	3	4
3. J'ai tendance à toujours finir mon assiette, quelle que soit la quantité servie	1	2	3	4
4. Je ne me refuse jamais un dessert même après un repas copieux	1	2	3	4
5. Quand j'ai sous la main des aliments que j'aime, j'ai tendance à les consommer même si je n'ai plus faim	1	2	3	4
6. Quand je sens que je n'ai plus faim, je m'arrête de manger même si peux continuer ou qu'on me propose d'autres plats	1	2	3	4
7. Quand c'est l'heure du repas je mange, quel que soit mon appétit ou ma faim	1	2	3	4

BN

BO

BP

BQ

BR

BS

BT

18. Dans votre enfance, vos parents étaient-ils très stricts sur le déroulement des repas : par exemple : heure fixe, tous ensemble, toujours finir son assiette ?

Toujours	1
Souvent	2
Rarement	3
Jamais	4

BU

19. Dans votre enfance, vos parents vous permettaient-ils de manger quand vous aviez faim sans attendre l'heure du repas ?

Toujours	1
Souvent	2
Rarement	3
Jamais	4

BV

20. Avez-vous déjà été informé des risques et conséquences du surpoids ou de l'obésité ?

Oui	1
Non	2

BW

Si oui, par qui principalement ?

émission de télévision	1
article dans une revue	2
association des consommateurs	3
diététicien	4
médecin	5
autre	6
ne sait plus	7

BX

BY

BZ

21. Estimez-vous utile d'être informé des risques et conséquences du surpoids ou de l'obésité ?

Oui	1
Non	2

CA

22. En moyenne combien de temps dormez-vous chaque jour (chaque nuit) ?

Moins de 6h	1
De 6h à moins de 7h	2
De 7h à moins de 8h	3
De 8h à moins de 9h	4
Plus de 9h	5

CB

23. Dans l'ensemble, votre santé est-elle ?

Excellente	1
Très bonne	2
Bonne	3
Médiocre	4
Mauvaise	5

CC

24. Êtes-vous quelqu'un de stressé ?

Tout le temps	1
Souvent	2
Rarement	3
Jamais	4

CD

25. Au cours de votre vie avez-vous connu un événement à la suite duquel vous-vous êtes mis soit à grossir, soit à maigrir. Et si oui, lequel ?

Oui - grossir	1
Oui - maigrir	2
Non	3

CE

(enquêteur : ne pas suggérer)

Ne sait plus	1
Grossesse	2
Perte d'emploi	3
Autre problème professionnel :.....	4
Rencontre	5
Décès	6
Divorce, séparation	7
Mariage	8
Autre problème familial :	9
Dépression	10
Maladie	11
Autre problème de santé :	12
Ennuis avec la justice	13
Ennuis financiers	14
Autres problèmes personnels :	15
Vacances	16
Autre événement :	17

CF

26. Voici 6 idées concernant la réussite dans la vie. Choisissez les trois avec lesquelles vous êtes le plus d'accord

(enquêteur : fiche n°9)

1. Dans la vie ceux qui sont arrivés ont été aidés	1
2. On est toujours responsable de ce qui nous arrive dans la vie	2
3. Pour réussir dans la vie il faut surtout avoir de bonnes relations	3
4. Avec de la volonté on arrive toujours à réussir	4
5. Dans la vie on n'obtient que ce qu'on mérite	5
6. Celui qui ne réussit pas dans la vie, c'est la faute à pas de chance	6

CG
CH
CI

27. Fumez-vous actuellement ?

Oui	1
Non	2

CJ

28. Consommez-vous actuellement des boissons alcoolisées ?

Oui	1
Non	2

CK

Si oui, un total de combien de verres par jour (semaine, mois) en moyenne ?
(bière, vin, alcool, apéritif, premix,...)

< Verres par jour Ou > < Verres par semaine Ou > < Verres par mois

CL

29. Vous êtes quelqu'un de ?

(enquêteur : fiche n°10)

1. Très prudent	1
2. Prudent	2
3. Qui calcule ses risques	3
4. Qui prend parfois des risques	4
5. Qui prend souvent des risques	5
6. Ne sait pas	6

CM

30. Quel est votre âge ?

ans

CN

31. Quel est votre taille sans chaussures ?

cm

CO

32. Quel est votre poids sans vêtements et sans chaussures ?

kg

CP

33. Pour les autres membres de votre ménage (les personnes qui vivent régulièrement sous votre toit) connaissez-vous leur taille et leur poids ? Combien ?

Entourer le nombre total de personnes	1	2	3	4	5	6
Âge						
Sexe (F ou M)						
Taille en cm						
Poids en kg						

CQ

CR/CS/CT/CU

CV/CW/CX/CY

CZ/DA/DB/DC

DD/DE/DF/DG

DH/DI/DJ/DK

DL/DM/DN/DO

34. Vous pesez-vous ?

Tous les jours	1
Régulièrement	2
Rarement	3
Jamais	4
Ne sait pas	5

DP

35. Avez-vous déjà suivi un régime alimentaire pour perdre du poids ?

Oui	1
Non	2
Sans réponse	3

DQ

Si oui, suivez-vous actuellement un régime pour perdre du poids ?

Oui	1
Non	2

DR

Combien de kilos avez-vous déjà perdu avec ce régime ?

kg

DS

36. Quelqu'un de votre ménage suit-il actuellement un régime alimentaire pour perdre du poids ?

Oui	1
Non	2
Ne sait pas, sans réponse	3

DT

37. On pense de vous que vous êtes :

Très gros	1
Un peu gros, un peu enveloppé	2
Ni gros, ni maigre	3
Un peu maigre	4
Très maigre	5
Ne sait pas	6

DU

38. Pensez-vous :

Avoir un poids normal	1
Etre en surpoids	2
Etre obèse	3
Avoir un poids en dessous de la normale	4
Ne sait, ne me préoccupe pas	5

DV

39. Pratiquez-vous un sport ?

Oui	1
Non	2

DW

Si oui,

- lequel ?
- à quelle fréquence ?
- dans quel cadre ?
- pendant combien de temps par semaine ?

(enquêteur : fiche n°11)	Cocher si ce sport est pratiqué	Tous les jours	Uniquement le week-end	2 à 4 fois par semaine	1 fois par semaine	Moins d'une fois par semaine	Club association	Solo, famille	Nombre d'heures par semaine	
Gymnastique, taï chi, yoga,	☐	1	2	3	4	5	6	1	2	DX DY DZ
Course à pieds, jogging, marche à pieds <u>de type sportive</u>	☐	1	2	3	4	5	6	1	2	EA EB EC
Tennis, squash, badmington,...	☐	1	2	3	4	5	6	1	2	ED EE EF
Golf, hockey,...	☐	1	2	3	4	5	6	1	2	EG EH EI
Natation	☐	1	2	3	4	5	6	1	2	EJ EK EL
Equitation	☐	1	2	3	4	5	6	1	2	EM EN EO
Football, basket-ball, volley-ball, hand-ball et autres sports de ballon	☐	1	2	3	4	5	6	1	2	EP EQ ER
Armes (arc, chasse, tir,...), escrime, ...	☐	1	2	3	4	5	6	1	2	ES ET EU
Vélo, bicyclette, VTT, etc. (attention comme sport et non comme moyen de déplacement)	☐	1	2	3	4	5	6	1	2	EV EW EX
Rollers et autres sports « à roulettes »	☐	1	2	3	4	5	6	1	2	EY EZ FA
Sports de combat (type judo, karaté, haïkido,)	☐	1	2	3	4	5	6	1	2	FB FC FD
Danse, aerobics, fitness	☐	1	2	3	4	5	6	1	2	FE FF FG
Autres sports :	☐	1	2	3	4	5	6	1	2	FH FI FJ

40. Toutes activités confondues, combien de temps estimez-vous marcher à pieds chaque jour ?

minutes FK

41. Vous arrive-t-il de vous promener ?

Oui	1	FL
Non	2	

Si oui, à quelle fréquence ?

Tous les jours	1	FM
Uniquement le week-end	2	
2 à 4 fois par semaine	3	
1 fois par semaine	4	
Moins d'une fois par semaine	5	

cela représente en moyenne combien de temps de promenade par semaine ?

minutes FN

42. Avez-vous plutôt tendance à éviter de prendre les escaliers chaque fois que c'est possible ou au contraire à prendre les escaliers même si vous pouvez monter par d'autres moyens ?

Évite les escaliers	1
Prend les escaliers	2
Dépend des cas	3
Ne sait pas	4

FO

43. Vous arrive-t-il d'utiliser un vélo pour vos déplacements ? (attention usages non sportifs – pour les usages sportifs voir plus haut) ?

Oui	1
Non	2

FP

Si oui, est-ce ?

Vers travail, bureau,...	1
Vers gare,...	2
Courses, commissions,	3
Visites, ...	4
Pour tous les déplacements	5
Autre :	6

FQ

44. Avez-vous un ou des hobbies?

Oui	1
Non	2

FR

Si oui, lequel(s)

Lecture	1
Jeux vidéo/internet	2
Musique	3
Dessin, peinture, sculpture...	4
Collections (timbres, etc.)	5
S'occupe de : club sportif, association, scolaire, quartier,...	6
Membre actif d'une association, club sportif, scolaire, quartier, ... (pétanque, carte, ...)	7
Bricolage, réparation, réalisation de maquettes	8
Autre(s) : préciser	9

FS
FT
FU

45. Parmi les loisirs hors de votre domicile, lesquels pratiquez-vous et à quelle fréquence?

(enquêteur : fiche n°12)	Une fois par semaine ou plus	De 3 à une fois par mois	De 2 à 6 fois par an	Plus rarement	Jamais
1. Théâtre, opéra	1	2	3	4	5
2. Cinéma	1	2	3	4	5
3. Visite expositions, musées, ...	1	2	3	4	5
4. Tourisme rapproché	1	2	3	4	5
5. Soirée en ville, soirée au restaurant, au café...	1	2	3	4	5
6. Sorties en boîte, etc.	1	2	3	4	5
7. Clubs de rencontre, de cartes, ...	1	2	3	4	5
8. Visites familiales, chez des amis	1	2	3	4	5
9. Autre(s) : préciser	1	2	3	4	5

FV

FW

FX

FY

FZ

GA

GB

GC

GD

46. Dans votre ménage, fait-on généralement les courses pour l'alimentation plutôt rarement (par exemple une fois par semaine), 2 ou 3 fois par semaine ou plus fréquemment.

Rarement, une fois par semaine	1
De 2 à 3 fois par semaine	2
Rarement, une fois par semaine	3

GE

47. Est-ce plutôt dans les grandes surfaces ou dans les petits commerces ?

(enquêteur : fiche n°13)	
1. Pratiquement tout est acheté en grandes surfaces	1
2. Beaucoup est acheté en grande surface, mais certaines choses dans les petits commerces	2
3. Peu d'achats en grandes surfaces, beaucoup dans les petits commerces	3
4. Pratiquement tout est acheté dans les petits commerces	4

GF

48. Vous arrive-t-il d'acheter des plats tout préparés pour la maison.

Il peut s'agir de plats frais, congelés ou en conserve, généralement à réchauffer (par exemple : lasagnes, pâtes préparées, pizzas, plats complets et portions congelées, plats complets en boîte, ...)

Oui	1
Non	2

GG

Si oui, - ces plats sont consommés comme repas principal ou comme en cas ?
- combien de fois consommez-vous ce genre de plats par semaine ?

	Un ou plus par jour	2 à 4 fois par semaine	Une fois par semaine	Une fois par 15 jours	Moins d'une fois par 15 jours
Comme repas principal	1	2	3	4	5
Comme en-cas	1	2	3	4	5

GH

GI

49. On dit parfois certaines choses concernant ces plats tout préparés. En ce qui vous concerne êtes-vous tout-à-fait d'accord, d'accord, pas d'accord ou pas du tout d'accord avec cela ?

(enquêteur : fiche n°14)	Tout-à-fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Ne sait pas
1. C'est plus facile, c'est plus rapide	1	2	3	4	5
2. C'est fait pour ceux qui n'ont pas le temps de cuisiner	1	2	3	4	5
3. C'est équilibré	1	2	3	4	5
4. C'est meilleur	1	2	3	4	5
5. On grossit avec ce genre de nourriture	1	2	3	4	5
6. Cela s'adresse à ceux qui n'aiment pas cuisiner	1	2	3	4	5
7. On gaspille moins avec ce genre de plats	1	2	3	4	5
8. On mange moins avec ce genre de plats	1	2	3	4	5
9. Les enfants préfèrent	1	2	3	4	5
10. C'est moderne	1	2	3	4	5
11. C'est bon marché	1	2	3	4	5

GJ

GK

GL

GM

GN

GO

GP

GQ

GR

GS

GT

50. Dans votre ménage, combien de temps consacre-t-on chaque jour de semaine en moyenne à la préparation des repas (tous repas confondus)

1/4h ou moins	1
de 1/4h à < 1/2h	2
de 1/2h à < 1h	3
Entre 1 et 2 heures	4
Plus de deux heures	5

GU

51. De combien de postes de télévision disposez-vous à domicile ?

postes

GV

52. Qui, dans votre ménage regarde habituellement la télé et quand?

	Vous-même	Conjoint, ...	Enfants
Le matin	1	1	1
Le midi	2	2	2
Le soir	3	3	3

GW

GX

GY

Si vous regardez la télé : Combien de temps passez-vous personnellement en moyenne chaque jour devant votre télé (y compris visionnage de DVD, Vidéo, etc). Pour mémoire, un programme de soirée commence par exemple à 19 hrs et peut se terminer à 23hrs, soit un total de 4 heures.

Moins d'une heure	1
De une à moins de deux heures	2
De deux à moins de 3 heures	3
De trois à moins de 4 heures	4
Plus de 4 heures	5

GZ

53. Si vous regardez la télé le soir est-ce le plus souvent

Dans le living ou dans une pièce où se trouve la télé	1
Dans la chambre (dans le lit)	2
Autre cas :	3

HA

54. Vous arrive-t-il de prendre un repas à table en regardant la télé ?

	Souvent	Parfois	Jamais
Le matin	1	2	3
Le midi	1	2	3
Le soir	1	2	3

HB

HC

HD

55. Vous arrive-t-il de prendre un repas sous la forme d'un plateau télé ? (par exemple dans le fauteuil devant la télé ou dans le lit)

Oui	1
Non	2

HE

Si oui à quelle fréquence en moyenne ?

Tous les jours	1
De 2 à 3 fois par semaine	2
Une fois par semaine	3
Une fois tous les quinze jours	4
Tous les jours	5

HF

56. Vous arrive-t-il de manger des snacks ou des en-cas en regardant la télé ?

Oui	1
Non	2

HG

Si oui à quelle fréquence en moyenne ?

Chaque fois que vous regardez la télé	1
Une fois sur deux	2
Plus rarement	3
Variable	4

HH

Si oui, quoi ?

1. Chips, cacahuètes, autres salés du même type	1
2. Barres chocolatées, chocolats, autres sucrés	2
3. Fruits	3
4. Yaourts, crèmes, riz au lait, .et autres en pots	4
5. Pain, sandwichs,...	5
6. Gaufres, gaufrettes, biscuits, tartes, pâtisseries, ...	6
7. Fromages, charcuteries,	7
8. Autre :	8

HI
HJ
HK

57. Vous arrive-t-il de prendre des boissons en regardant la télé ?

Oui	1
Non	2

HL

Si oui à quelle fréquence en moyenne ?

Chaque fois que vous regardez la télé	1
Une fois sur deux	2
Plus rarement	3
Variable	4

HM

Si oui, quoi ?

1. Bière, vin et autres boissons alcoolisées	1
2. Sodas, boissons sucrées froides	2
3. Eaux non sucrées ou édulcorées	3
4. Café, thé	4
5. Lait, yaourt à boire, ...	5
6. Autre	6

HN
HO
HP

58. Disposez-vous à domicile d'une console de jeux (playstation, X-box, ...)

Oui	1
Non	2

HQ

Si vous disposez à votre domicile d'un console de jeux, y jouez-vous ?

Oui	1
Non	2

HR

Si vous y jouez, vous arrive-t-il de manger des snacks en utilisant la console de jeux ?

Oui	1
Non	2

HS

Si oui à quelle fréquence en moyenne ?

Chaque fois que vous jouez sur la console	1
Une fois sur deux	2
Plus rarement	3
Variable	4

HT

Si oui, quoi ?

1. Chips, cacahuètes, autres salés du même type	1
2. Barres chocolatées, chocolats, autres sucrés	2
3. Fruits	3
4. Yaourts, crèmes, riz au lait, .et autres en pots	4
5. Pain, sandwichs,...	5
6. Gaufres, gaufrettes, biscuits, tartes, pâtisseries, ...	6
7. Fromages, charcuteries,	7
8. Autre :	8

HU
HV
HW

Si vous y jouez, vous arrive-t-il de prendre des boissons en utilisant la console de jeux ?

Oui	1
Non	2

HX

Si oui à quelle fréquence en moyenne ?

Chaque fois que vous jouez sur la console	1
Une fois sur deux	2
Plus rarement	3
Variable	4

HY

Si oui, quoi ?

1. Bière, vin et autres boissons alcoolisées	1
2. Sodas, boissons sucrées froides	2
3. Eaux non sucrées ou édulcorées	3
4. Café, thé	4
5. Lait, yaourt à boire, ...	5
6. Autre	6

HZ
IA
IB

59. Disposez-vous à domicile d'une ligne Internet (ADSL ou modem) ?

Oui	1
Non	2

IC

Si vous disposez à votre domicile d'une connexion Internet, combien de temps passez-vous en moyenne chaque jour à votre domicile devant Internet ?

Moins d'un quart d'heure	1
De 1/4h à moins d'une heure	2
De une à moins de deux heures	3
Plus de 2 heures	4

ID

Vous arrive-t-il de prendre un ou des repas pendant que vous êtes connecté avec Internet ?

Oui	1
Non	2

IE

Vous arrive-t-il de manger des snacks en utilisant internet ?

Oui	1
Non	2

IF

Si oui à quelle fréquence en moyenne ?

Chaque fois que vous êtes sur Internet	1
Une fois sur deux	2
Plus rarement	3
Variable	4

IG

Si oui, quoi ?

1. Chips, cacahuètes, autres salés du même type	1
2. Barres chocolatées, chocolats, autres sucrés	2
3. Fruits	3
4. Yaourts, crèmes, riz au lait, .et autres en pots	4
5. Pain, sandwiches,...	5
6. Gaufres, gaufrettes, biscuits, tartes, pâtisseries, ...	6
7. Fromages, charcuteries,	7
8. Autre :	

IH
II
IJ

Vous arrive-t-il de prendre des boissons en utilisant internet ?

Oui	1
Non	2

IK

Si oui à quelle fréquence en moyenne ?

Chaque fois que vous êtes sur Internet	1
Une fois sur deux	2
Plus rarement	3
Variable	4

IL

Si oui, quoi ?

1. Bière, vin et autres boissons alcoolisées	1
2. Sodas, boissons sucrées froides	2
3. Eaux non sucrées ou édulcorées	3
4. Café, thé	4
5. Lait, yaourt à boire, ...	5
6. Autre	6

IM
IN
IO

60. Etes-vous tout-à-fait d'accord, d'accord, pas d'accord, pas du tout d'accord avec les idées suivantes ?

(enquêteur : fiche n°17)	Tout-à-fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	
1. La publicité pour les aliments nous pousse à manger plus que nécessaire	1	2	3	4	IP
2. La publicité pousse les enfants à manger des choses qui ne sont pas toujours bonnes pour la santé quoique fassent les parents	1	2	3	4	IQ
3. Les distributeurs automatiques de boissons et d'en cas nous poussent à manger et boire partout et tout-le-temps	1	2	3	4	IR
4. Les produits allégés sont bons pour la santé	1	2	3	4	IS
5. Le sucre est mauvais pour la santé	1	2	3	4	IT
6. Les graisses et les produits gras sont mauvais pour la santé	1	2	3	4	IU
7. Les restaurants fast food sont la cause de l'accroissement de l'obésité	1	2	3	4	IV
8. Les aliments qui ne font pas grossir coûtent plus cher	1	2	3	4	FEUILLE B 2
9. Le surpoids et l'obésité sont un problème pour l'avenir de notre société	1	2	3	4	C
10. C'est l'industrie alimentaire qui est responsable de l'accroissement de l'obésité dans notre société	1	2	3	4	D
11. Une augmentation des taxes sur les produits riches en énergie empêcherait les gens de grossir	1	2	3	4	E
12. Les consommateurs sont responsables de leur alimentation et de leur style de vie	1	2	3	4	F
13. Le choix de nos aliments et de notre style de vie alimentaire doit rester libre et les autorités ne doivent pas essayer de l'influencer	1	2	3	4	G
14 L'augmentation de l'offre de produits alimentaires dans les magasins nous permet de composer une alimentation variée et équilibrée	1	2	3	4	H
L'augmentation de l'offre alimentaire nous a poussé à manger plus que dans le passé.	1	2	3	4	I

61. En ce qui concerne les distributeurs automatiques de boissons (sodas, café,...) ou d'en-cas (barres chocolatées, chips, ...) pensez vous qu'ils devraient être totalement supprimés, autorisés mais limités, réglementés pour leur contenu, autorisés librement dans les cas suivants :

(enquêteur : fiche n°18)	1. Supprimés	2. Limités	3. Réglementation du contenu	4. Autorisés	5. Pas d'avis	
Distributeur de boisson type « sodas »						
A l'école						J
Au bureau						K
Dans les lieux publics (métro, magasins, rue, ...)						L
Distributeur de boisson type café, potage, ...						
A l'école						M
Au bureau						N
Dans les lieux publics (métro, magasins, rue, ...)						O
Distributeur d'en cas, confiserie, ...						
A l'école						P
Au bureau						Q
Dans les lieux publics (métro, magasins, rue, ...)						R

62. À votre avis, à quoi est du principalement l'obésité ou le surpoids chez les gens ?

	S
--	---

63. On parle de différentes causes possibles de l'obésité et du sur-poids. Pour chaque élément pensez qu'il influence énormément l'obésité, beaucoup, peu ou pas du tout

(enquêteur : fiche n°19)	Enormément	Beaucoup	Peu	Pas du tout	
1. Des problèmes génétiques, une nature propice à l'obésité	1	2	3	4	T
2. Le manque d'exercice	1	2	3	4	U
3. Des soucis, des problèmes personnels, familiaux, financiers,...	1	2	3	4	V
4. Une alimentation déséquilibrée, trop riche	1	2	3	4	W
5. Un choix personnel de vie	1	2	3	4	X
6. Manger trop de produits sucrés	1	2	3	4	Y
7. Manger trop de graisses et de produits gras	1	2	3	4	Z
8. Des problèmes de santé, hormonaux, ...	1	2	3	4	AA
9. Des portions trop grandes dans les restaurants,	1	2	3	4	AB
10. Une mauvaise éducation familiale à la nourriture	1	2	3	4	AC
11. Un manque de connaissance des conséquences du surpoids	1	2	3	4	AD
12. Trop de possibilités offertes de manger partout et tout le temps	1	2	3	4	AE
13. Un manque d'actions concrètes des pouvoirs publics pour informer ou contrôler	1	2	3	4	AF
14. Un manque d'action et d'informations à l'école ou au cours de la scolarité	1	2	3	4	AG
15. Manger trop de viande	1	2	3	4	AH
16. Le stress au travail	1	2	3	4	AI
17. Une volonté de paraître bien portant et fort	1	2	3	4	AJ
18. Un manque de législation concernant la composition des aliments	1	2	3	4	AK
19. La publicité	1	2	3	4	AL

64. À votre avis, que faudrait-il faire pour réduire l'obésité ou le surpoids chez les gens ?

	AM
--	----

65. Parmi les mesures suivantes qui pourraient être prises pour éviter le surpoids ou l'obésité, pensez-vous qu'elle aurait une très grande influence, une certaine influence, peu d'influence ou pas du tout d'influence ?

(enquêteur : fiche n°20)	Très grande	Certaine	Peu	Pas du tout	
1. Une information du grand public	1	2	3	4	AN
2. Une législation concernant la composition des aliments	1	2	3	4	AO
3. Une réduction des taxes sur les produits allégés	1	2	3	4	AP
4. Une augmentation des taxes sur les produits caloriques	1	2	3	4	AQ
5. Une promotion du sport et de l'exercice physique	1	2	3	4	AR
6. Un remboursement partiel par la sécurité sociale du coût des activités sportives	1	2	3	4	AS
7. Un remboursement partiel par la sécurité sociale du prix des aliments fonctionnels	1	2	3	4	AT
8. Le développement d'activités physiques et sportives en milieu professionnel (par exemple pendant les pauses)	1	2	3	4	AU
9. Une taxation ou une pénalisation (comme l'assurance hospitalisation, etc) du surpoids	1	2	3	4	AV
10. Des cours de diététique dans tous les enseignements	1	2	3	4	AW
11. Une législation limitant la publicité pour des produits caloriques ou qui font grossir (comme pour le tabac)	1	2	3	4	AX
12. Plus de sport à l'école	1	2	3	4	AY
13. Un meilleur étiquetage des produits alimentaires	1	2	3	4	AZ
14. Une réduction des taxes sur les produits peu caloriques (comme les fruits, légumes, eaux minérales, ...)	1	2	3	4	BA
15. Une information des enfants à l'école par affiche, dépliant ou conférence	1	2	3	4	BB
16. Une prime ou un avantage financier accordé pour le maintien d'un poids normal	1	2	3	4	BC
17. Des chèques sport distribués par l'employeur	1	2	3	4	BD

Profil du répondant

66. Quel est le niveau des études (diplôme) le plus élevé que vous avez terminé ?

Primaire	1	BE
Enseignement général > Secondaires inférieures terminées	2	
Secondaires supérieures terminées	3	
Enseignement technique > Secondaires inférieures terminées	4	
Secondaires supérieures terminées	5	
Enseignement professionnel Secondaires inférieures terminées	6	
Secondaires supérieures terminées	7	
Etudes supérieures non universitaires cycle court	8	
Etudes supérieures non universitaires cycle long	9	
Universitaires	10	
Refus de répondre	11	
Ne sait pas	12	

67. Situation familiale actuelle ?

Marié	1	BF
Vit en couple	2	
Célibataire	3	
Veuf	4	
Divorcé, séparé	5	

68. Quelle est votre profession actuelle ?

Sans profession	01	BG
Manoeuvre, ouvrier non spécialisé	02	
Ouvrier qualifié, contremaître	03	
Technicien, cadre technique	04	
Appointé du secteur privé	employé de bureau	05
	Cadre moyen	06
	Cadre supérieur	07
Appointé du secteur public ou parastatal	Agent de l'état, employé communal	08
	Fonctionnaire	09
	Militaire, gendarme	10
Enseignant du niveau	inférieur (primaire)	11
	secondaire (humanités)	12
	supérieur non universitaire	13
	universitaire	14
Commerçant, artisan, entrepreneur travaillant à son compte propre	15	
Profession libérale	16	
Chef d'entreprise	17	
Autre indépendant	18	

69. Si pas de profession pour quelle raison n'exercez-vous pas une activité professionnelle ?

pensionné, retraité	1
chômeur, sans emploi	2
malade	3
invalidé	4
étudiant	5
rentier	6
autre	7

BH

70. Quel est le montant des revenus mensuels nets de votre ménage (incluant tous vos revenus, y compris allocations familiales)?

En FB	En EURO	
> 30.000	≤ 750 €	1
31 à 50.000	751 à 1.250 €	2
51 à 80.000	1.251 à 2.000 €	3
81 à 100.000	2.001 à 2.500 €	4
101 à 150.000	2.501 à 3.000 €	5
> 150.000	≥ 3.000 €	6
Refus de répondre		7
Pas de revenus		8
Ne sait pas		9

BI

71. Etes vous propriétaire ou locataire de votre logement ?

Propriétaire	1
Locataire	2
Autre :	3

BJ

72. De quel type est votre habitation?

Chambre	1
Flat, studio	2
Appartement vétuste	3
Appartement ancien	4
Appartement moderne	5
Maison mitoyenne	6
Maison 3 façades	7
Maison 4 façades, villa	8
Autre :	9

BK

73. Avez-vous un jardin privé ?

Oui	1
Non	2

BL

74. De combien de voitures personnelles (Différencier voitures personnelles et de société) dispose votre ménage ?

	Personnelle	Société
Aucune	0	0
Une	1	1
Deux	2	2
Trois	3	3

BM
BN

Fiche infos :

Date de l'enquête :

.....BO

Coordonnées de la personne

Nom et prénom :

Adresse :

Téléphone et GSM :

.....BP

Nom de l'enquêteur :

BQ