

C'est parfois une question
de valeurs sociales

Cholestérol, rillettes et habitudes de classe

par Christine Quélier

Dans leur pratique, les médecins bénéficient de l'autorité et de la légitimité qui est généralement accordée aux représentants de la science. Mais le pouvoir médical ne se réduit pas à la seule capacité d'imposer un savoir scientifique, c'est aussi le pouvoir de gens qui occupent une position sociale déterminée dans la société, un certain niveau d'études, de revenus, etc., qui ont une façon de penser et de vivre qu'ils partagent avec les catégories sociales supérieures.

La prévention de la maladie, qui consiste pour le médecin à agir sur les attitudes et les comportements des patients (en matière de tabagisme, d'alcoolisme, de sexualité ou d'alimentation) constitue une

activité qui se prête particulièrement à l'exercice d'un pouvoir fondé à la fois sur la morale et sur la science. En effet, quand il s'agit de modifier des habitudes de vie, le médecin emprunte parfois tout autant aux données scientifiques qu'à son propre modèle culturel de conduite. La pratique médicale qui en découle peut alors correspondre à une forme de diffusion de normes, de valeurs qui sont généralement propres aux couches dominantes.

C'est la dimension sociale du pouvoir médical qui est examinée ici à travers l'étude des réactions d'une population rurale face à la prévention de l'athérosclérose. Elle a été réalisée dans un canton de l'ouest de la France.

Les accidents cardiovasculaires constituent en France, comme dans beaucoup de pays industrialisés, la première cause de mortalité. La principale pathologie à l'origine de cette mortalité est l'athérosclérose qui, en détériorant les artères, provoque l'infarctus du myocarde, l'hémiplégie, ou encore la gangrène. Face à la menace qui pèse sur les artères, la médecine propose d'agir de façon préventive, en combattant, suffisamment tôt dans la vie de l'individu, les facteurs qui favorisent l'athérosclérose. Parmi ces facteurs de risque : l'excès de cholestérol dans le sang. Lorsque ce facteur est dépisté, par une analyse de sang, le médecin prescrit généralement un régime alimentaire hypolipidémiant (sans graisses), éventuellement associé à un traitement médicamenteux et recommande un suivi médical régulier.

Surveiller son taux de cholestérol est aujourd'hui une forme de prévention très répandue : c'est ce qu'on observe dans un canton rural du bocage où tout le monde parle du cholestérol ou en a entendu parler. Il est devenu une sorte de fourre-tout qui sert à désigner un état de santé général. Dans les conversations ordinaires, il est courant d'entendre : « Et comment ça va ton cholestérol ? » ou dans les mises en garde rituelles de l'épouse à son mari : « Fais attention à ton cholestérol ! »

Les personnes que nous avons rencontrées ont manifestement acquis une certaine connaissance sur l'hypercholestérolémie, connaissance qui n'est autre qu'une reformulation de la connaissance médicale. Pour elles, « avoir du cholestérol » c'est « avoir de la graisse dans le sang » ou « avoir le sang épais » et c'est risquer l'infarctus ou la paralysie. L'infarctus est en effet perçu comme le résultat de l'occlusion d'une artère, conséquence d'un excès de graisse entravant la circulation du sang. C'est parce qu'on perçoit le mécanisme pathogène de l'excès du cholestérol que l'on considère qu'« il faut suivre ça », particulièrement à partir de 40/45 ans, âge où les inquiétudes à l'égard de la santé et de la vieillesse apparaissent. Pratiquement toute la population de plus de 40 ans se trouve ainsi touchée par le dépistage de l'hypercholestérolémie, soit à l'instigation du médecin, soit dans le cadre

d'examen de santé de la médecine du travail, ou encore à la demande du patient. On ne s'étonne plus alors que le cholestérol soit un sujet de conversation très courant. Il y a là une pathologie familière et même populaire, dans le sens où elle connaît un véritable succès, où elle passionne la communauté locale qui suit l'évolution des connaissances sur le sujet comme une affaire à rebondissements.

En effet, les individus qui, parfois depuis plus de dix ans, souffrent d'excès de cholestérol, ont assisté à de nombreuses remises en question des explications et des prescriptions médicales. Certains médecins déconseillaient il y a quelques années, la consommation de pommes ou de pain et sont revenus sur ces interdits (« Les toubibs, ils disaient au début qu'il fallait pas de pain, et puis non, finalement, c'est pas vrai » remarque une agricultrice de 57 ans). Il y a eu aussi la découverte du « bon » et du « mauvais » cholestérol qui a captivé les esprits. Cette nouvelle donnée a rendu plus complexe le problème : certaines personnes qui étaient soumises jusque-là à un régime alimentaire très strict ont appris qu'elles avaient un « bon » cholestérol. Inversement, on a découvert que certains patients qui présentaient un taux global modérément élevé, avaient en fait beaucoup de « mauvais » cholestérol. Cependant, cette complexité nouvelle a été très bien intégrée et le « cholestérol » a même acquis un intérêt supplémentaire.

Mais la « popularité » du cholestérol tient aussi au fait qu'il s'agit d'un phénomène lié à la nourriture et au sang, deux éléments essentiels d'explication de la santé et de la maladie dans les représentations traditionnelles¹. On a coutume de penser dans ce milieu que ce qui est « nourrissant » donne du sang (c'est-à-dire la force, la vigueur) et que si l'on ne mange pas assez « nourrissant », « on n'a plus de sang » (c'est-à-dire : on devient anémié, sans force, sans énergie). Mais le problème du cholestérol introduit l'idée que la « bonne nourriture » peut être cause de morbidité, ce qui s'intègre néanmoins dans la structure des représentations préexistantes : le cholestérol condamne l'excès de nourriture — grasse notamment — et les gens reconnaissent ici, non sans satisfaction, un principe moral qui leur est cher : l'excès en toute chose est néfaste !

Les personnes concernées savent interpréter les résultats des analyses... mais l'application de la thérapie proposée, quant à elle, bute sur des habitudes alimentaires, sur des goûts profondément enracinés dans cette culture rurale.

A une alimentation riche en viande et en féculents, à une cuisine qu'ils jugent « lourde » et « grasse », parce qu'elle recourt libéralement au beurre et à la graisse de porc, les médecins opposent — et prescrivent — une alimentation plus « légère », plus facile à digérer : des crudités, des légumes cuits à la vapeur et consommés sans addition de corps gras, des viandes grillées ou rôties sur lesquelles on parseme des plantes aromatiques au lieu d'y ajouter de la sauce, etc.

Un médecin local parle des habitudes alimentaires de la population en ces termes : « Ici, c'est une cuisine assez lourde, assez grasse qui est évidente à base de saindoux, à base de graisse de porc. Ils vont vous cuire des pommes de terre avec la Cocotte-Minute et puis après ils vont les faire rissoler dans du saindoux ».

Ajouter du beurre ou de la sauce à tous les plats, laisser le pain, le beurre, les rillettes sur la table, à la disposition des convives, sont autant de « mauvaises habitudes ». Il faut en finir avec le relâchement diététique dont témoignent les menus traditionnels. Les médecins prêchent un ordre nouveau qui invite à se restreindre et qui, donc, doit faciliter l'application du régime.

Ce que le régime prescrit remet en cause, à la fois un ensemble de manières de table et l'abondance de la nourriture consommée, notamment de viande, de charcuterie, de matières grasses : en somme, ce qui caractérise le repas rural et populaire.

Appliquer le régime revient presque inévitablement à manger moins, ce qui se traduit très souvent par une perte de poids. Or, chez les hommes surtout mais aussi chez les femmes qui ne se préoccupent pas de l'idéal de la minceur (parfois après avoir essayé de s'y conformer), elle est souvent perçue comme un signe de plus grande vulnérabilité physique et psychologique : on « n'aime pas » perdre du poids, « ça rend faible », « ça atteint le moral ». La normalisation du poids qu'occasionne un régime suivi de manière prolongée

et continue est mal vécue. On conçoit le régime comme une thérapeutique temporaire ou intermittente et non comme une habitude à prendre. Ce régime que l'on suit à la lettre pendant quelques temps constitue alors, en tant que période de privations consenties, une sorte de moment d'ascèse, tout comme le carême : on dit d'ailleurs que suivre le régime c'est « faire maigre » ou « être au régime maigre ».

Pourtant, privations et sacrifices sont des comportements valorisés par les paysans (fortement liés à la morale chrétienne), tout comme le sens de l'effort en général. Mais on avait perdu l'habitude de se priver sur la nourriture, l'objet des privations se situant plutôt du côté des besoins « secondaires » (acheter une nouvelle voiture, changer les meubles...). Les fluctuations ou la faiblesse des revenus ne remettent généralement plus en cause cet acquis que constitue l'accès à une alimentation abondante et relativement variée, caractéristique des pays industrialisés occidentaux depuis la Seconde Guerre mondiale.

C'est en effet dans un contexte où l'accès à un meilleur niveau de vie semble combler une génération qui a connu et garde en mémoire les dures conditions d'existence « d'avant », qu'intervient la remise en cause de l'abondance par la médecine. Tout se passe comme si on s'attendait à ce que l'État-providence, la société moderne, apportent à la fois la Sécurité sociale, de meilleures conditions générales de vie et la santé sans contraintes. On ne pensait pas, en somme, que la santé (en tant qu'objectif) viendrait remettre en cause l'amélioration du niveau de vie alors qu'auparavant la maladie et la mort trouvaient pour une part leurs causes dans les mauvaises conditions de vie et que le paiement des soins (non remboursés) aggravait la situation financière des familles. C'est pourquoi certains voient dans la prévention de l'athérosclérose une sorte d'idéologie répressive élaborée par le corps médical. Ainsi, cet agriculteur de 64 ans qui refuse de se soumettre au dépistage du cholestérol (en dépit des conseils insistants de sa femme) exprime sa révolte : « Toutes ces histoires de cholestérol, on n'en entendait pas parler avant ! Ils ont inventé ça pour nous rendre la vie impossible oui ! »

Selon une étude française publiée dans « The Lancet »

Une alimentation de type « méditerranéen » permet de prévenir efficacement les maladies cardio-vasculaires

Le Monde, 11 juin 1994

Le goût pour le gras

Le régime suppose un renversement des valeurs attachées aux notions de gras et de maigre puisque le gras, incriminé par la médecine, doit désormais être identifié à ce qui est « mauvais » et le maigre à ce qui est « bon ». Ce renversement est le point le plus douloureux du régime car il va à l'encontre des goûts et des représentations de la population : « Moi, le gras ça a toujours été dans mon goût » dit un agriculteur célibataire de 66 ans.

La notion de gras est ainsi investie de propriétés positives (le nourrissant mais aussi le doux, le chaud) ; le maigre, à l'opposé, renvoie à l'austérité (faire maigre) et à la sécheresse³ : on dit par exemple d'un vent sec qu'il est « maigre », ou de quelqu'un qui est maigre qu'il est « sec comme une trique ». L'emploi des catégories du sec, du maigre mais aussi du fade par la population, pour désigner une nourriture de régime, manifeste bien des goûts distincts de ceux qui qualifient l'alimentation paysanne de « lourde et grasse » et l'alimentation de régime, plus conforme aux normes diététiques, de « légère, saine et équilibrée ».

Ne manger que le maigre de la viande est encore perçu comme un comportement de « riche » : ce sont les châtelains, grands propriétaires terriens et notables locaux qui, à une époque connue de cette génération, pouvaient se permettre de ne manger que le maigre de la viande et jeter le gras car « ils avaient les moyens » et « ils ne faisaient rien », ils ne travaillaient pas dur comme leurs fermiers.

« ... Celui qui travaille ne peut pas suivre le régime à la lettre, il a besoin de manger du gras sinon il a pas de force⁴. Moi, j'ai

dit au médecin : je veux bien suivre votre régime mais trouvez-moi un boulot où y'a rien à faire ! J'en connais un qui suit le régime à la lettre, mais faut voir, il a pas de force non plus. » (charpentier, 48 ans)

« N'empêche que quand on fait un régime, on mange moins et on doit être moins solide... Pourquoi que dans les pays froids faut qu'ils mangent beaucoup de graisse, beaucoup d'huile de phoque et de tout ça ? Pour arriver à résister contre le froid ! » (agricultrice de 62 ans)

La mise en évidence d'un « bon » cholestérol est, pour la population, la confirmation scientifique des propriétés bénéfiques de la graisse.

Le goût pour le porc

Mais il est aussi d'autres obstacles au changement des représentations du gras : c'est la tradition, le poids d'un héritage multiséculaire qui favorise la consommation de porc dans la société paysanne. En effet, dans cette région, lorsque l'on parle de gras de viande il s'agit essentiellement du gras de porc, le seul véritablement comestible et entrant dans la composition de nombreux mets.

Le porc n'a jamais été un animal utile pour le travail de la ferme ; il était donc essentiellement destiné à la consommation, contrairement au cheval ou au bœuf. Cette consommation très ancienne implique un savoir-faire transmis de génération en génération. Il concerne l'élevage (encore aujourd'hui où l'élevage prend des formes industrielles, le porc que l'on réserve à la consommation familiale est élevé à part), mais surtout l'abattage (l'épo-

que de l'année, la façon de tuer...) et la transformation (saucisses, rillettes, pâtés, andouilles, jambonneaux). Tout se mange, il n'y a pas de « mauvais morceaux », tout est consommé : les pattes et la queue avec du gros sel, la tête en rilles de tête, les entrailles en tripes, en andouilles, le sang en boudin, etc. Les morceaux les plus difficiles à conserver sont consommés en ragoût le soir de l'abattage.

« L'autre jour, quand on a tué le cochon, on a mangé la saignée, avec une grillade après quand même, eh bien pour moi, c'est un repas de nocés ! » (agriculteur, 47 ans)

Ce goût pour la viande de porc et pour le gras n'avait jusqu'alors jamais été réprouvé (si ce n'est à cause du ténia), il était même légitimé par la tradition, que l'on évoque encore : « Nos ancêtres mangeaient t-y pas du cochon et ils étaient ben moins malades qu'on ne l'est à c't'heure ! ».

Le régime : un compromis

Mais la mise en cause d'une façon de se nourrir n'est pas acceptée facilement car l'autorité du médecin et de la médecine s'oppose à la tradition. Comme on ne veut pas se montrer ouvertement récalcitrant devant son médecin, ni céder facilement à ses injonctions en renonçant à ses propres goûts, on compose, on cherche un compromis.

Il s'agit d'abord de rester à l'affût d'informations stratégiques permettant de minimiser l'importance du problème de l'hypercholestérolémie. Les informations glanées dans les journaux ou à la télévision circulent, les gens confrontent leurs expériences, les différents discours des médecins, on discute le pour et le contre, on échange des « trucs » à essayer pour faire baisser le taux de cholestérol, on rapporte des cas particuliers qui finissent par jeter le doute sur la prescription médicale (« La Simone, plus elle mange de margarine⁵, plus elle a de cholestérol ! Elle a été obligée de se remettre au beurre ! »). Les personnes qui captent toutes les petites anecdotes passent pour des spécialistes, ils ont la réputation de « s'y connaître ». De fait, pour leurs interlocuteurs, leur point de vue a souvent plus de poids que celui du médecin.

C'est en dehors du cabinet médical que se

définit ce compromis : on aménage ainsi des prescriptions draconiennes (« Si on les écoutait, on ne mangerait que des pierres ! ») en prescriptions viables, adaptées à ses goûts et aux exigences de la vie sociale car on ne peut pas toujours refuser de boire et de manger avec quelqu'un sous prétexte que l'on doit suivre un régime. « Faire des chichis », c'est marquer une distance qui empêche toute convivialité. Aussi forte que soit parfois leur volonté de suivre le régime, les personnes interviewées avouent s'écarter des prescriptions médicales chaque fois qu'elles sont invitées ou qu'elles invitent quelqu'un : « Quand on va chez des gens, on peut pas suivre son régime, c'est pas possible, ce serait pas poli » explique-t-on généralement.

Un régime mieux accepté sera donc un régime qui tolère les « écarts » et qui n'implique pas une diminution importante de la quantité de nourriture consommée habituellement. Les gens ressentent un besoin de manger en grande quantité qui dépasse la stricte nécessité énergétique, un besoin qui correspond au plaisir de satisfaire des appétits, de retrouver un bien-être consécutif à l'ingestion de nourriture, et ceci, le plus souvent, collectivement.

Comment suivre son régime sans manger moins ? La manœuvre peut consister à adopter des produits de substitution et à modifier certaines recettes pour métamorphoser un produit fortement déconseillé afin qu'il ne tombe plus sous le coup de l'interdiction.

Les principaux produits de substitution à adopter sont les huiles de tournesol ou de maïs — à la place de l'huile d'arachide — et surtout la margarine ou plus exactement le « Fruit d'or » (marque particulière de margarine au tournesol) à la place du beurre. Le « Fruit d'or » est un véritable don des dieux pour cette population car c'est de la graisse, c'est bon, et bien qu'on ne comprenne pas très bien pourquoi, ce n'est pas interdit. Utilisé dans la cuisine mais surtout sur les tartines de pain, il ne fait pas figure d'ersatz, c'est un produit noble qui a sa place à côté du beurre et c'est un produit familial que les enfants apprécient. Mais il est des produits irremplaçables, comme les rillettes. Un ancien éboueur revenu à l'agriculture a trouvé une solution : il a supprimé les rillettes le matin (il mange désormais du hareng) et a proposé à son médecin de lui prescrire des médicaments qui font baisser le taux de cholestérol, « pour pouvoir man-

ger des rillettes et puis un peu n'importe quoi ».

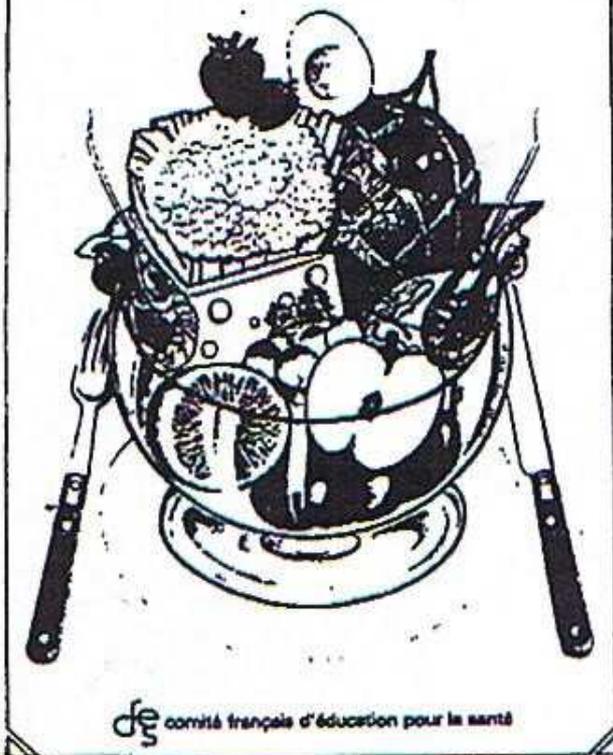
Cette utilisation des médicaments est toutefois assez peu répandue. La solution la plus généralement adoptée pour résoudre le douloureux problème que posent les rillettes fut suggérée par un des médecins locaux : « Vous n'avez qu'à faire des rillettes au lapin. » Cette idée ingénieuse a été bien vite connue et appliquée.

Ainsi transforme-t-on, par un tour de passe-passe un aliment « interdit » en aliment « permis ». Ces aménagements des prescriptions, ce jeu avec l'interdit et le permis, sont continus et dénotent une certaine maîtrise du problème par la population.

A force de faire des analyses régulièrement et d'observer les poussées et les baisses de son taux de cholestérol, on peut ajuster son régime alimentaire en fonction des résultats de sa dernière analyse et on tente parfois des expériences, pour voir si cela a des conséquences : on boit un verre de whisky la veille de la prise de sang (« ça brûle les graisses »), on mange des pommes (dont les vertus bénéfiques ont été soupçonnées par des études scientifiques) sans faire de régime. Cette expérimentation artisanale de l'efficacité de certains trucs qui permettent d'échapper au régime constitue aussi un moyen de tricher, de faire croire à son médecin que l'on a bien suivi son régime, comme on le lui avait promis.

Ainsi, certains ont découvert qu'un régime entrepris seulement huit jours avant la prise de sang suffisait à réduire son taux de cholestérol : « Ce qu'il y a c'est que, avec la prise de sang, on sait quand on va la faire, alors on fait le régime avant, si on la faisait maintenant ce serait autre chose ! C'est idiot hein, je sais que c'est idiot de faire ça mais je peux pas m'en empêcher, quand je vois qu'il va falloir y aller, je me dis zut ! je vais encore en avoir trop (de cholestérol)... ! dit une femme d'artisan. Dans la conversation transparait une des motivations de son comportement : elle a peur qu'avec un taux trop élevé de cholestérol son médecin lui rappelle que ses parents sont tous les deux paralysés et que, par conséquent, elle court de gros risques. Au contraire, elle veut à tout prix dédramatiser la situation et rit de la manière dont elle se nourrit, si peu conforme au régime. Elle ne cache pas le plaisir qu'elle éprouve à transgresser

LA SANTÉ DANS L'ASSIETTE



aussi les interdits en mangeant des rillettes par exemple (« Ça me tente tellement ! »).

Transgresser les interdits, tricher, essayer des « trucs », tout ceci relève d'une sorte de jeu. Ce jeu est essentiel, il permet de prendre le problème « du bon côté » alors qu'il pourrait empoisonner la vie si l'on n'exorcisait l'angoisse que provoque l'omniprésence de l'idée de régime au moment de chaque repas, l'idée qu'un bon repas serait lié à la maladie ou à la mort. Les médecins affirment ne pas être dupes de ce petit jeu. Ils s'insurgent devant ce qu'ils interprètent comme « une façon de masquer son désintérêt pour sa santé », comme « une fuite devant ses propres responsabilités ». De tels comportements faus-

sent leur pratique, car ils sont un partenaire forcé et se trouvent pris dans un rapport qu'ils ne voulaient pas. Le médecin fait figure d'autorité que l'on redoute et que l'on cherche néanmoins à déjouer alors qu'ils souhaiteraient être un conseiller.

« Menacée » d'infarctus ou d'hémiplégie, la population que nous avons étudiée n'en conserve pas moins ses habitudes alimentaires. Si elle les aménage ponctuellement — pour ménager ses relations avec les médecins —, elle ne renonce pas à consommer les aliments incriminés.

On peut interpréter ce comportement comme une forme de résistance à une domination culturelle : à travers la prescription du régime, les médecins cherchent en effet à imposer une conduite alimentaire qui correspond davantage à leur propre façon de se nourrir et, plus largement, au type d'alimentation qui caractérise les classes supérieures et moyennes⁶. Or, les agriculteurs sont parmi les derniers à adopter les normes dominantes en matière d'alimentation⁷ comme si, à travers la nourriture, ils manifestaient leur attachement intime à une culture, à une identité paysanne ou rurale alors qu'ils semblent par certains signes extérieurs se conformer au mode de vie urbain (habitat, équipement ménager, voiture...). Au moment où l'identité paysanne semble condamnée, parce que la catégorie qui en est porteuse est marginalisée, et parce qu'il existe une pression à la déculturation, l'alimentation apparaît comme un point de résistance, un des derniers refuges où elle s'exprime et donc un enjeu fondamental dans la lutte symbolique qui oppose une partie de la population à ces représentants d'une culture dominante (savante) que sont les médecins. Cette lutte est d'autant plus cruciale que, derrière la prescription apparemment anodine d'un régime contre le cholestérol, se profile la défense d'une conception de la vie, elle aussi marquée socialement, comme l'exprime un des médecins locaux : « La qua-

lité de la vie, c'est aussi profiter de certaines choses et donc de l'évolution de la médecine, de la médecine préventive, ne pas trop fumer, ne pas trop boire et éviter de manger trop de graisses (...), c'est un plaisir d'être en bonne santé, de ne pas avoir trop de graisses dans le sang, de se sentir en bonne forme. »

Mais à l'heure où la recherche biomédicale redécouvre les vertus préventives de la cuisine à l'huile d'olive ou à la graisse d'oie, on peut se demander si, finalement, l'histoire ne donnera pas raison aussi aux mangeurs de rillettes !

Christine QUÉLIER

1. Sur les représentations traditionnelles de la France rurale, on peut se référer à F. Loux, P. Richard, *Sagesses du corps, santé et maladie dans les proverbes régionaux français*, Paris, Maisonneuve et Larose, 1978.

2. Des réunions d'information sur la santé sont organisées par la Mutualité Sociale Agricole dans les communes intéressées : les médecins généralistes locaux sont sollicités pour faire un exposé sur un thème déterminé (maladies cardio-vasculaires, cancer...) et répondre aux questions de l'assistance. Toute la population locale est invitée à ces réunions par voie d'affiches, par la presse, voire par le bulletin paroissial. On peut évaluer à environ 10 % le taux de participation.

3. Sur les liens entre les catégories de la médecine et de la diététique populaires, voir Luc Boltanski, « La maladie en représentation », *Autrement*, mars 1981, pp. 88-94.

4. Sur la valorisation de l'idée de force dans les classes populaires, voir Luc Boltanski, « Les usages sociaux du corps », *Annales Economies, Sociétés, Civilisations*, n° 1, janvier-février 1971, pp. 220-221.

5. La margarine est conseillée par les médecins comme produit de substitution du beurre.

6. Voir à ce propos les analyses de Claude Grignon, « Les modes gastronomiques à la française », *L'Histoire*, 1986, n° 85, pp. 129-134.

7. Ces normes correspondent aux produits « légers et modernes ». Source : INSEE Première, « 20 ans de consommation alimentaire 1969-1989 », n° 188, avril 1992.