



HAL
open science

Faire bon poids, bonne figure : Sociologie des suivis diététiques en libéral

Etienne Bard

► **To cite this version:**

Etienne Bard. Faire bon poids, bonne figure : Sociologie des suivis diététiques en libéral. Sociologie. Université Paris-Nord - Paris XIII, 2019. Français. NNT : 2019PA131024 . tel-03020238

HAL Id: tel-03020238

<https://theses.hal.science/tel-03020238v1>

Submitted on 23 Nov 2020

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 PARIS 13

U.F.R. SANTÉ, MÉDECINE, BIOLOGIE HUMAINE

ECOLE DOCTORALE ERASME

NUMÉRO ATTRIBUÉ PAR LA BIBLIOTHÈQUE :

Thèse

pour obtenir le grade de DOCTEUR DE L'UNIVERSITÉ PARIS 13

Discipline : **sociologie**

Présentée et soutenue publiquement par **Etienne Bard**

Faire bon poids, bonne figure.

Sociologie des suivis diététiques en libéral

Thèse dirigée par : Marie Jaisson, Professeur de sociologie à l'Université Paris 13

et Anne Lhuissier, Chargée de recherche à l'INRA

Date de soutenance : le 12 octobre 2019

Rapporteuses

Mme Christine Détrez, Professeure de sociologie à l'ENS de Lyon

Mme Sylvie Fainzang, Anthropologue, Directrice de recherche à l'Inserm

Jury

Mme Hélène Bretin, Maîtresse de conférence en sociologie à l'Université Paris 13

Mme Muriel Darmon, Sociologue, Directrice de recherche au CNRS

Mme Christine Détrez, Professeure de sociologie à l'ENS de Lyon

Mme Sylvie Fainzang, Anthropologue, Directrice de recherche à l'Inserm

M. Nicolas Larchet, Maître de conférence en sociologie à l'Université Le Havre Normandie

Remerciements

Si la thèse est un exercice parfois trop solitaire, sa réussite doit beaucoup aux différents et précieux soutiens apportés par les entourages. Je dois reconnaître qu'en la matière j'ai eu une chance considérable. Je me suis enrichi de tous vos soutiens et je dois reconnaître mes dettes innombrables. Je commence donc par remercier tous ceux que j'ai oublié de nommer sur cette page. . .

Je souhaite en premier lieu remercier mes deux directrices de thèse, Marie Jaisson et Anne Lhuissier. La co-direction s'est admirablement bien passée. Je suis très heureux d'avoir fait ma thèse avec vous. Je pense sincèrement que je ne pouvais pas trouver meilleures directrices. Je vous remercie pour tout le travail de direction, de relectures et de soutien sans faille dont vous avez fait preuve à mon égard durant ces trois années. Je vous remercie Anne de m'avoir suivi depuis le master et d'avoir toujours été de bon conseil et très compréhensive. Je vous remercie également Marie pour l'engagement remarquable dont vous avez fait preuve pour me diriger dans mes recherches. Je tiens aussi à vous remercier pour le séminaire-cours sur la sociologie des professions médicales. Je pense qu'il s'agit du cours le plus intéressant et surtout le plus vivant, et donc passionnant, auquel j'ai assisté depuis la fin de mes années prépa. Je ne l'oublierai jamais.

Je ne peux également que remercier le collectif de travail dans lequel je me suis inscrit au 48 Boulevard Jourdan. Il m'a été très précieux durant ces années de pouvoir aller « au boulot » quotidiennement avec la certitude d'y trouver des amis doctorants. Je peux citer Camille, Hugo, Lucas, Iva, Diana, Léa, Marine, Camille, Elza, Julien, et tous les autres. Je remercie tout particulièrement Camille pour son aide précieuse concernant LaTeX. J'avais le même sentiment vis-à-vis des doctorants AGPR, Pauline en particulier. Je remercie aussi les collègues titulaires du troisième étage avec qui j'ai pu partager des moments très conviviaux. Je pense en particulier à Florence.

Un collectif de travail est très dépendant de l'institution au sein de laquelle il s'inscrit et des personnels administratifs qui la font vivre. Je ne peux donc que remercier le CMH et l'IRIS, ainsi que l'ensemble de leurs membres dont j'ai pu faire la connaissance. J'ai eu le plaisir quotidien de côtoyer notamment Nicole et Nadine qui sont toujours présentes pour nous remonter le moral, et Arlette dont l'efficacité et la disponibilité ont été précieuses.

Je tiens également à remercier tout particulièrement les membres de l'ancienne équipe « Solal » de l'INRA, équipe au sein de laquelle j'ai débuté ma thèse avant la fusion avec le

CMH. Vous m'avez beaucoup aidé et appris, en particulier lors des séminaires, du colloque à Edinbourg et des divers événements festifs et conviviaux dont vous avez le secret. Nous formons une très belle équipe. Je remercie aussi les collègues du séminaire des doctorants de l'IRIS et les autres membres de l'IRIS que j'ai pu rencontrer lors des séminaires du laboratoire auxquels j'ai participé.

Je veux remercier tout particulièrement mes relecteurs : Marie et Anne, bien évidemment, mais également Angèle, Marie-Joséphine, Amine, Annick, Sylvie et Elaine. Je remercie également tout spécialement les membres de mon comité de suivi, Muriel Darmon, Nathalie Ferré et Nicolas Larchet, dont les deux réunions ont été l'occasion d'effectuer des bilans critiques précieux et de préparer l'avenir.

J'adresse également mes plus chaleureux remerciements à toutes celles et tous ceux qui ont pu me faire oublier la thèse durant de précieux moments : les camarades militants socialistes de Cachan bien-sûr, les admirables danseurs du club-rock et les passionnés du ciné-club !

La réussite de ces trois années n'aurait pas du tout été envisageable sans la présence chaleureuse de mes amis de l'ENS Cachan, parfois doctorants avec moi au CMH ou à la PSE. Je ne saurais jamais exprimer suffisamment ma gratitude envers vous : Amine, Benjamin, Antonin, Adrien, Angèle et Clément, Léa, Marine, Mathis, Sophie et Margot.

Enfin, comment ne pas remercier mes parents, Annick et Patrick, qui ont toujours été présents pour moi et qui sont les premiers artisans de mon épanouissement scolaire, professionnel et personnel. Je remercie également ma sœur, Justine, dont la bonne humeur aide à passer les moments difficiles. Je tiens aussi à adresser une pensée à mes grand-parents et à Nina, auxquels je pense souvent, ainsi qu'à Elios, Scuba, Gribouille, Tigana, Pedro et Odessa.

Il va sans dire que je remercie la famille Coupry-Viallefond et Jordan. J'adresse tout particulièrement mes remerciements à Marie-Joséphine, la première source de mon bonheur au quotidien, qui m'a tant aidé à traverser les moments d'incertitude radicale.

Je termine en remerciant tous mes enseignants de l'Ecole publique avec une mention toute particulière pour René. J'avais déjà très fermement la vocation de l'enseignement en entrant en prépa au lycée Carnot à Dijon. Tu fais cependant partie de ces rares personnes qui peuvent susciter des vocations, en l'occurrence pour les SES. C'est très précieux. Tu as en outre grandement contribué à rendre possible la concrétisation de ma passion-vocation dans les meilleures conditions !

Résumé

Ce travail de thèse est consacré aux suivis diététiques en libéral. Il repose sur une enquête qualitative qui associe entretiens, avec des praticiens et des patients, et observations de consultations diététiques. Nous nous attachons dans un premier temps à caractériser les trajectoires, positions sociales et conditions de travail des enquêtés diététiciennes et diététiciens. Dans un second temps, la thèse analyse le déroulement des consultations et des suivis, du point de vue des praticiens et de leurs patients. Alors qu'ils sont principalement formés à l'administration de régimes thérapeutiques ou de rations équilibrées, les praticiens libéraux, confrontés à des patients sains désirant maigrir, doivent adapter leurs recommandations aux attentes de leurs patients.

Dans le cadre d'un marché diététique sur lequel les prix mais également les normes et les représentations, notamment, régulent la rencontre entre les offreurs et les demandeurs de services d'accompagnement à l'amaigrissement, nous observons comment les diététiciennes et diététiciens font valoir leurs différences pour accroître ou préserver la taille de leur patientèle. Ces derniers sont cependant confrontés à un impératif de résultats. La perte de poids effective, mesurée lors de chaque consultation à l'occasion de « la pesée », apparaît comme le principal critère d'évaluation auquel recourent les patients. Or, le recours aux régimes amaigrissants est stigmatisé et pensé comme inefficace. Les praticiens libéraux mettent donc en oeuvre des méthodes alternatives. Ces dernières, sous couvert d'une efficacité naturelle et universelle, s'avèrent cependant situées socialement et potentiellement inefficaces pour les patients appartenant aux classes populaires. Les diététiciennes et diététiciens rencontrés doivent alors composer avec les propriétés sociales, parfois hétérogènes, de leurs patientes et patients.

Abstract

This Ph.D. Thesis focuses on self-employed dietitians, the aftercare they provide and their patients. It is based on the result of a qualitative investigation which combines interviews with dietitians and patients and observations of consultations. Firstly, we attempt to characterize career paths, social positions and working conditions of the dietitians that we met. Secondly, the thesis focuses on the progress of consultations and the follow-up procedure, from both the point of view of dietitians and their patients. They have to bear in mind when dealing with healthy patients who simply desire to lose weight, that they have to adjust their recommendations according to the expectations of their patients.

In the context of a dietetic market in which prices but also social norms and representations regulate the encounter between suppliers and seekers of weight-loss follow-up services, I have observed how dietitians highlight their variations in order to develop their patient base. However, self-employed dietitians have to deal with an outcome obligation. Effective weight-loss, determined during each consultation on the occasion of « la pesée » (the weigh in), appears to be the main way through which patients evaluate the effectiveness of their aftercare. This investigation shows that going on a diet is currently stigmatized and considered as ineffective. Therefore, self-employed dietitians have to use alternative methods. These methods pretend to be naturally and universally effective. In fact, they would appear to be socially situated and thus potentially counter-effective for patients who belong to working class. The dietitians encountered on the fields have to take into account the social properties of the patients, which are sometimes quite diverse and heterogeneous.

Sommaire

Remerciements	3
Résumé	5
Abstract	6
Sommaire	8
Table des sigles	10
Introduction	11
1 Étudier la relation diététique	37
1 Comment saisir la relation diététique?	37
2 Être là où l'on ne devrait pas	50
3 Conclusion	68
2 Exercer la diététique, s'installer en libéral : entre goût et pragmatisme	69
1 Entrer en diététique. Des trajectoires en ruptures	70
2 S'installer en libéral : nécessité, opportunité ou ressources?	106
3 Logiques marchandes et euphémisation du commerce	147
1 Les diététiciennes et diététiciens : des acteurs du marché diététique	149
2 Le suivi diététique comme liens d'interdépendances	187
3 Le suivi diététique comme commerce euphémisé	201
4 Conclusion	221
4 Changer les habitudes des patientes et patients : instruire ou accompagner	223
1 Spécificités de la prise en charge de patientes et patients sains	224
2 Pratiques instructives	233

3	Pratiques comportementales	255
4	Conclusion	273
5	Pourquoi les régimes ne font-ils plus recette ?	277
1	Les patientes et patients s'attendent à être mis à la diète tandis que les diététiciennes et diététiciens s'y refusent	279
2	La pratique du régime amaigrissant	297
3	Stigmatisation et délégitimation professionnelle de la pratique du régime	318
4	Le régime ne fait plus recette	345
6	Faire maigrir : les limites sociales à la naturalisation de la contrainte	355
1	Maigrir. La balance comme « juge de paix »	356
2	Le « bien maigrir ». Incorporer et naturaliser la contrainte énergétique	387
3	Faire avec sa patientèle	427
4	Conclusion	452
	Conclusion	455
	Bibliographie	460
	Table des matières	468
1	Présentation	476
2	Tableaux présentant les diététiciennes et diététiciens interrogés.	476
3	Tableaux présentant les patientes et les patients interrogés et les consultations observées.	487
	Annexes	476

Table des sigles

ACT : Acceptance and Commitment Therapy (*thérapie d'acceptation et d'engagement*).

ADL : Association des Diététiciens Libéraux.

AFDN : Association Française des Diététiciens Nutritionnistes.

BTS : Brevet de Technicien Supérieur.

DUT : Diplôme Universitaire de Technologie.

G.R.O.S. : Groupe de Réflexion sur l'Obésité et le Sur-poids.

IUT : Institut Universitaire de Technologie.

NH : Natur House[®].

WW : Weight Watchers[®].

Introduction

Lors d'un entretien exploratoire¹, j'ai demandé à Pauline Malon, une diététicienne libérale âgée alors de trente-deux ans qui exerce à Mélieu², un pôle urbain au sein d'un territoire rural, et qui est devenue par la suite mon enquêtée principale, ce que ses patientes et patients attendaient d'elle³. Elle m'a alors répondu ceci : « les femmes veulent maigrir . . . mais ce qu'elles attendent vraiment de moi, c'est "changer toute leur vie" . . . »⁴. La réponse de Pauline Malon met en exergue les premiers questionnements qui ont motivé l'élaboration d'un projet de thèse. Je désirais savoir ce qu'attendaient les patientes et patients en recourant à un service, au sens économique du terme, de suivi diététique et comment les diététiciennes et diététiciens pouvaient répondre à ces demandes. Faire maigrir une patiente ou un patient ne me semblait pas être aisé. Changer toute la vie d'une patiente paraissait être une attente irréaliste.

Ce travail de thèse décrit et analyse la rencontre, au cours des suivis diététiques, entre des diététiciennes et diététiciens libéraux offrant principalement des services d'accompagnement à l'amaigrissement et des personnes désireuses de perdre du poids. Il croise le point de vue de ces personnes, que les praticiens appellent des patientes et patients, avec celui des diététiciennes et diététiciens afin de rendre compte des enjeux symboliques, économiques et esthétiques que les parties prenantes engagent dans cette rencontre que constitue un suivi diététique en ville. Les diététiciennes et diététiciens doivent à la fois satisfaire leurs patientes et patients, se distinguer de différents types de concurrents, et accorder dans une certaine mesure leurs pratiques professionnelles aux normes et valeurs légitimes en cours au sein du

1. L'entretien a été effectué par téléphone à l'automne 2015.

2. Il s'agit d'un toponyme de mon invention afin de garantir l'anonymat des enquêtés.

3. L'entretien exploratoire a été effectué par téléphone à l'automne 2015.

4. Il est intéressant de remarquer que les attentes qu'une partie des patientes et patients peuvent avoir par rapport à leur suivi diététique ne sont pas nécessairement spécifiques. « changer toute [sa] vie », c'est ce qu'on attend aussi d'un psychanalyste, ou encore d'un psychologue ou encore d'un conseiller conjugal.

corps des diététiciennes et diététiciens libéraux. De leur côté, les patientes et patients souhaitent bénéficier d'un service en rapport avec leurs espérances, notamment en terme de perte de poids, et satisfaisant, relativement au coût du service⁵. Des variables institutionnelles et socio-économiques déterminent les conditions de réalisation de cette équation entre une offre et une demande. Ce travail de thèse doit les mettre en évidence et les analyser.

Des journalistes aux diététiciennes et diététiciens

Des recommandations génériques aux recommandations individualisées *en acte*

L'idée de la recherche qui a donné naissance à cette thèse s'est construite initialement à partir d'une enquête menée en Master 2, sous la direction d'Anne Lhuissier et avec la collaboration de Dominique Memmi⁶. Cette étude portait sur les transformations du traitement de la thématique des régimes au sein de la revue *Elle* depuis 1945. « L'hebdomadaire de la femme » est analysé dans ses différentes dimensions (articles, photos, publicités ...) comme un vecteur de normes diététiques, c'est-à-dire de règles, principalement alimentaires, à suivre pour perdre du poids ou rester en bonne santé, produites principalement par et pour des femmes. Ce discours normatif s'est avéré explicitement ou implicitement pétri de contradictions et façonné par des normes de genre socialement situées, notamment en matière de « corps désirable⁷ ». C'est l'énonciation de règles diététiques, en l'occurrence en matière de régimes amaigrissants, leur caractère socialement situé, ainsi que leurs transformations au cours du temps, qui était au cœur de mon mémoire de recherche de M2. Un important « point aveugle » est cependant apparu au cours de ce travail. A travers l'analyse du traitement de la thématique des régimes, je n'avais accès, indirectement, qu'aux représentations, en matière de régime, des journalistes spécialisées dans la rubrique minceur et à l'appréciation qu'elles avaient des attentes de leur lectorat. Je n'avais cependant pas accès à la réception des recommandations. Le caractère hémiplegique, si l'on voulait utiliser un terme un peu provocateur,

5. Une consultation de suivi, qui dure entre une demi-heure et une heure, est facturée, selon le territoire d'exercice, entre 30€ et 60€.

6. BARD, ETIENNE (2016), « Quel régime pour Elle? Sociologie de la thématique des régimes dans la revue Elle depuis 1945. », Mémoire de M2, Paris : ENS Ulm, EHESS.

7. Thibaut de SAINT-POL (2010), *Le corps désirable : hommes et femmes face à leur poids*, Presses universitaires de France, Paris.

de cette enquête a constitué un des éléments fondateurs de mon projet de recherche doctorale. La thèse déplace la focale vers des agents spécialisés sur les questions alimentaires, socialement plus proches du foyer scientifique de production des normes nutritionnelles, et simultanément confrontés directement aux agents profanes désirant perdre du poids, à savoir leurs patientes et patients.

Cette recherche doctorale vise à élargir le regard sociologique en embrassant conjointement la production et la réception de conseils ou recommandations diététiques. En effet, si je me situe dans cette enquête résolument du côté de la production, de l'offre de recommandations diététiques, celle-ci ne peut prendre sens que par rapport à la réception, à la demande de telles normes. Déplacer le regard sociologique de l'analyse d'une revue vers celle des professionnels de la diététique permet ainsi de mieux saisir l'articulation entre l'offre et la demande de recommandations diététiques. En effet, alors qu'au sein de la revue cet appariement s'effectue de façon virtuelle et différée, lors des consultations diététiques en libéral⁸, l'articulation a lieu *en acte*. D'autre part, alors qu'au sein de la revue *Elle* l'adaptation des recommandations se réalise en fonction de catégories générales⁹, celle-ci est, par construction, individualisée lors des consultations diététiques. La façon dont est effectuée cette individualisation, les négociations qui peuvent exister entre les patientes et patients et les diététiciennes et diététiciens notamment, a constitué le premier intérêt soutenant l'engagement dans l'élaboration d'un projet de recherche.

Le métier de diététicien et son exercice en libéral

Création de la filière, diversification et essor numérique

Le sociologue Thomas Depecker¹⁰, ainsi que la diététicienne Anne-Marie Dartois¹¹, ont précisément décrit l'apparition des premières écoles de diététique, à partir de 1949, puis

8. Pour une justification de la limitation, qui n'est pas une limite mais un parti pris heuristique, du sujet aux suivis diététiques en libéral, voir la section page 28.

9. L'appariement s'effectue selon le sexe et l'âge, selon des attentes génériques (simple « régime détox », « perte de poids rapide », . . .), ou selon son « profil » (« la femme intellectuelle », « la sportive », « la gourmande »).

10. Thomas DEPECKER (2014), « La loi des tables : quantification du besoin alimentaire et réforme des conduites de vie XIXe-XXe siècles », Thèse de doctorat, Paris : Centre de recherches historiques, chap. 7.

11. Anne-Marie DARTOIS (2000), « Les Diététiciens : un peu d'histoire. », *L'Information diététique*, n° 3, pp. 36-42.

le développement numérique de la filière. Le premier établissement d'enseignement de la diététique est une école privée fondée en 1949 à Marseille. Deux années après, en 1951, est fondée la première filière publique dans un lycée technique à Paris puis à Lyon en 1953. Le BTS diététique est créé en 1952-1953¹². La formation se déroule sur deux années et s'effectue sous la double tutelle du ministère de l'Enseignement technique et de la Santé publique. La durée de formation n'a pas changé. Elle demeure en outre sous la double tutelle du ministère de la Santé et de l'Éducation Nationale. Dès l'origine, les diététiciennes et diététiciens comme les étudiants en diététique sont très majoritairement des femmes. Anne-Marie Dartois, dans son témoignage¹³, évoque ainsi l'exposé « grandiose » d'une de leur professeur, dans la première filière parisienne de diététique, Lucie Randoïn, devant « ces étudiantes que nous étions ».

Le développement de l'enseignement scolaire de la diététique est marqué par une diversification des filières et un essor démographique jusqu'à la période contemporaine. En 1964, année qualifiée de « faste » par A-M.Dartois¹⁴, trois nouvelles sections BTS publiques sont créées à Bordeaux, Strasbourg, et Montpellier. Le département de génie-biologique de l'IUT de Nancy propose la première option diététique. La multiplication des filières de formation et leur diversification (public et privé, IUT, correspondance, alternance) s'est poursuivie jusqu'à la période contemporaine. Selon le rapport du professeur Krempf sur « l'évolution du métier de diététicien¹⁵ », on dénombrait en 2002 huit sections diététiques au sein de lycées publics, six établissements privés sous contrat, sept hors contrat, une formation par correspondance proposée par le CNED, une formation en alternance et un contrat formation permanente. A cela s'ajoute, selon A-M.Dartois, neuf IUT¹⁶. Aujourd'hui, selon l'ONISEP, il existe dix IUT proposant l'option diététique, quatre formations en alternance, et soixante-quatre lieux de formation au BTS diététique. Cette dernière filière est très majoritairement constituée d'établissements privés.

12. D'après DEPECKER, « La loi des tables », *op. cit.*, p. 598, « Parallèlement se met en place le brevet de technicien de diététique, un diplôme délivré par le ministère de la Santé publique et le secrétariat d'État à l'Enseignement technique. Les études et le programme du concours, spécifiés par les arrêtés du 30 décembre 1952 et du 14 septembre 1953, font que la première année d'étude est réservée à l'alimentation de l'homme en bonne santé, alors que la seconde année est plus spécifiquement réservée à l'alimentation du malade. »

13. DARTOIS, « Les Diététiciens : un peu d'histoire. », *art. cit.*, p. 37.

14. *Ibid.*, p. 37.

15. Michel KREMPF (2002), *Rapport sur l'évolution du métier de diététicien*, Commande du PNNS, CHU de Nantes, p. 15.

16. DARTOIS, « Les Diététiciens : un peu d'histoire. », *art. cit.*, p. 37.

Parallèlement à la multiplication et à la diversification des établissements d'enseignement de la diététique, le succès de la formation initiale est attesté par la forte croissance du nombre d'étudiants candidats au BTS de diététique. En 1953, la France comptait ainsi seulement vingt-cinq diplômées en diététique¹⁷. En 1989, selon les statistiques du ministère de l'Éducation Nationale publiées dans *Information diététique*¹⁸, deux cent soixante-seize candidats se sont inscrits au BTS de diététique cette année là, et cent soixante-deux ont été admis. De même, en 1991¹⁹, on dénombrait cent quatre-vingt douze admis pour trois cent vingt-cinq présents, soit un taux de réussite à l'examen parmi les présents de 59%. Il est à noter que ce taux moyen de réussite pour l'année 1991 dissimule des effets de structure dans la mesure où 78% des étudiants issus des filières publiques, les plus sélectives, ont obtenu leur BTS contre seulement 47% des étudiants ayant suivi un cursus dans une école privée et 19% des ex-scolaires et étudiants par correspondance. En ce qui concerne les IUT option diététique, cent trente diplômes ont été délivrés en 1992 : quatorze à Créteil, vingt-six à Lille, vingt-trois à Lyon, dix-huit à Montpellier, vingt-trois à Nancy et vingt-six à Tours. En 2001²⁰, on dénombrait trois-cent deux admis pour cinq-cent cinquante deux inscrits avec le maintien des disparités entre les établissements publics et privés. A titre d'exemple, deux filières souvent empruntées par les diététiciennes parisiennes rencontrées²¹ symbolisent cette divergence avec d'une part le lycée public François Rabelais, situé dans le 18^e arrondissement de Paris, et d'autre part l'école privée ICOGES située dans un quartier moins populaire, le 15^e arrondissement de Paris. Parmi les étudiants reçus au BTS diététique, cinquante l'avaient préparé au lycée public, pour soixante-trois inscrits, soit un taux de réussite de 79%. A l'inverse, seul un petit tiers (31%) des vingt-neuf étudiants de ICOGES inscrits au BTS diététique cette même année ont été reçus. Ainsi, la filière se caractérise par un succès croissant, une diversification des voies d'accès au diplôme et la persistance de fortes inégalités, d'une part entre les IUT, où le taux de réussite est très élevé, et les établissements préparant au BTS, et d'autre part entre les établissements de formation publics et privés.

17. *Ibid.*

18. EDUCATION NATIONALE (1989), « Statistiques nationales du BTS de Diététique, session 1989 », *L'Information diététique*, n° 4, p. 29.

19. RAVARY, Y. (1992), « BTS diététique, statistiques nationales », n° 1, p. 39.

20. EDUCATION NATIONALE (2002), « Résultats BTS session 2001 par académie et par établissement », *L'Information diététique*, n° 1, p. 20.

21. C'est le cas par exemple Diana Pardieu et Katia Valey pour le lycée public François Rabelais situé dans le 18^e arrondissement de Paris et de Marie le Roux et Sylvie Maurice, qui a été refusée dans les lycées publics, à cause d'un bac, littéraire de surcroît, passé il y a vingt ans, pour ICOGES.

L'essor du libéral

Le recensement, par le ministère de la Santé, des diététiciennes et diététiciens en exercice n'a débuté qu'en 2009. Les résultats de celui-ci ont fait l'objet d'une publication en 2010, qui dresse l'état des lieux démographique des professions médicales au 1^{er} janvier 2009²². Des données plus récentes sont directement accessibles sur le site Internet du ministère de la Santé et des Solidarités. Nous résumons les principales caractéristiques des diététiciennes et diététiciens libéraux aujourd'hui, en les comparant à celles de 2009, dans le tableau qui suit.

TABLE 1 – Répartition et évolution des effectifs des diététiciens selon le recensement du ministère de la Santé et des Solidarités. J'ai effectué les calculs.

Diététiciens libéraux	Effectifs 2009	Effectifs 2018	Répartition 2018	Taux de variation entre 2009 et 2018
Femmes	1384	4235	92,4%	306%
Hommes	95	349	7,6%	367%
Moins de 40 ans	857	2979	65%	348%
Plus de 40 ans	622	1605	35%	258%
Île-de-France	257	719	15,7%	280%
Département enquête rurale	16	50	1,1%	313%
Ensemble	1479	4584	100%	310%

Il apparaît notamment que la métier est très féminisé et que la croissance démographique du secteur libéral est remarquablement soutenue entre 2009 et 2018. Nous reviendrons sur ces éléments plus loin. Ensuite, de cette croissance découle le rajeunissement de la population des diététiciennes et diététiciens actuellement en exercice puisque la part des diététiciennes et diététiciens âgés de moins de quarante ans est passée de 57% en 2009 à 65% en 2018. Cette jeunesse biologique et parfois professionnelle, en terme d'expérience, caractérise également les diététiciennes et diététiciens rencontrés.

Les diététiciennes et diététiciens travaillent actuellement dans deux principaux secteurs : en milieu hospitalier et en ville. En effet, selon le recensement du ministère de la Santé²³, en 2010, 3689 diététiciennes et diététiciens travaillaient dans le secteur hospitalier, public ou privé, soit 51,5% des diététiciennes et diététiciens en emploi. Ils étaient 5138 en

22. SICART, DANIEL (2010), *Les Professions de Santé Au 1er Janvier 2010*, séries statistiques 144, Paris : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques ,DREES, p. 89.

23. Ces données statistiques se fondent sur l'activité principale déclarée dans la base ADELI. Ces données excluent les actifs inoccupés ainsi que les inactifs, ou encore les travailleurs bénévoles (voir Daniel SICART (2011), *Les Professions de Santé Au 1er Janvier 2011*, séries statistiques 158, Paris : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques ,DREES, p. 90).

2018 soit 42% de l'ensemble des diététiciennes et diététiciens en emploi. La quasi exclusivité des diététiciennes et diététiciens exerçant leur activité principale dans le secteur hospitalier sont salariés. A l'inverse, la plupart des diététiciennes et diététiciens exerçant en cabinet individuel ou collectif²⁴ ont un statut de travailleur libéral²⁵. Ces diététiciennes et diététiciens exerçant leur activité principale au sein d'un cabinet étaient 1666 en 2010, soit 23.2% des diététiciennes et diététiciens en emploi. De même, la grande majorité des diététiciennes et diététiciens libéraux exercent au sein d'un cabinet. Il y avait en effet 1781 diététiciennes et diététiciens libéraux en exercice en 2010 et 92% d'entre eux exerçaient en cabinet. En 2018, on comptait 4584 diététiciennes et diététiciens libéraux, soit, désormais, 37% des diététiciennes et diététiciens en exercice tout secteur et statut confondus. Ainsi, le secteur hospitalier et l'exercice en ville concentraient les trois quarts des diététiciennes et diététiciens en emploi en 2010²⁶. En 2018, ces deux secteurs concentraient 79% des diététiciennes et diététiciens en emploi, soit un peu plus des trois quarts. La transformation majeure réside cependant dans le fait que le secteur libéral s'est développé nettement plus rapidement que le secteur hospitalier.

Le secteur libéral s'est développé plus tardivement, relativement au secteur hospitalier et à l'exercice du métier de diététicienne ou diététicien au sein d'une collectivité (école, société de restauration collective, établissement de cure, *etc*). Les premiers cabinets de diététique sont apparus au début des années 1960²⁷. C'est en juillet 1984 que paraît le premier article consacré à l'exercice libéral de la diététique dans *Information diététique*²⁸, la revue de l'Association des Diététiciens de Langue Française (ADLF), l'association professionnelle des diététiciennes et diététiciens, rebaptisée Association Française des Diététiciens Nutritionnistes (AFDN) au milieu des années 2000. Il s'agit du témoignage de Monique Dumay,

24. C'est en particulier le cas dans les territoires peu denses comme en témoignent les cas des diététiciennes et diététiciens rencontrés exerçant en zones rurales. Ainsi, Pauline Malon, notre enquêtée principale qui exerce à Mélieu, un petit pôle urbain au sein d'un territoire très rural, reçoit ses patientes et patients au sein d'un centre médical regroupant notamment des kinésithérapeutes partageant l'accès à une piscine. De même, Cassandra Rosset et Juliette Poudale, les deux autres diététiciennes rencontrées exerçant en territoire rural, travaillent toutes les deux au sein d'une maison de santé.

25. Cela n'est pas le cas pour seulement 1.4% des diététiciennes et diététiciens exerçant en cabinet.

26. Les autres diététiciennes et diététiciens exercent principalement (outre la catégorie « autre ») dans « l'administration et le contrôle », dans un « établissement social », dans le secteur de la « prévention », dans un « organisme humanitaire », dans la « communication, marketing, media », ou bien encore dans « l'enseignement », SICART, *Les Professions de Santé Au 1er Janvier 2011, op. cit.*, p. 90.

27. DARTOIS, « Les Diététiciens : un peu d'histoire. », *art. cit.*, p. 39.

28. DUMAY, MONIQUE (1984), « La consultation privée de diététique », *L'Information diététique*, n° 3, pp. 7-8.

diététicienne libérale à Paris, par ailleurs présentée par A-M.Dartois²⁹ comme étant l'une des pionnières de la diététique libérale en France. Ce premier article, publié au sein de l'organe d'expression de l'association professionnelles des diététiciennes et diététiciens, peut se concevoir comme le symptôme d'une prise de conscience, de la part des représentants de la profession³⁰, de l'importance croissante, ne serait-ce que démographiquement, du secteur libéral. Il s'agit d'une première prise de conscience de la part des professionnels les plus investis dans la construction d'un collectif de l'importance émergente du secteur libéral. La croissance rapide du secteur libéral n'a par la suite pas été démentie. Elle s'est notamment avérée fulgurante depuis le début des années 2010 (*cf* section page 24).

Avant de restituer auprès du lecteur les intérêts qui ont soutenu cette recherche et les interrogations qui ont nourri la construction de l'objet de ce travail de thèse, je souhaite évoquer mon rapport à l'objet de recherche.

Objet de recherche : approche réflexive

La description des conditions concrètes de mon entrée sur les différentes composantes du terrain est proposée au sein du premier chapitre de la thèse, consacré à la méthode d'enquête. Cette introduction doit cependant être le lieu de deux réflexions. Une première relative à mon rapport à l'objet d'enquête. Une seconde relative à la question de la désignation des enquêtés.

Un objet inconnu mais familier

Évoquer mon rapport à cet objet de recherche s'est révélé être un exercice coutumiers au cours de l'enquête. Cela s'explique par la relative originalité du sujet de cette thèse. La surprise de mes interlocuteurs, lorsque j'étais amené à présenter mon travail dans des contextes informels, entraînait systématiquement une même question : pourquoi ce sujet de thèse ? Or, pour répondre à cette question, au-delà d'un parcours de recherche qui s'inscrit dans une continuité avec le sujet de mon mémoire de Master 2, il faut nécessairement évoquer

29. DARTOIS, « Les Diététiciens : un peu d'histoire. », *art. cit.*, p. 39.

30. Les administrateurs de la revue sont en tout cas des diététiciennes et diététiciens investis dans une forme de représentation des professionnels au sein de l'ADLF. Ils sont donc davantage disposés à adopter un regard plus englobant sur leur métier que celui des diététiciennes et diététiciens moins engagés au sein d'organisations collectives professionnelles.

le rapport à son objet. On ne choisit pas un objet par hasard, encore moins s'il est inhabituel, c'est-à-dire non investi depuis plusieurs décennies par des sociologues. S'interroger sur son rapport à l'objet constitue en outre un réflexe intellectuel indispensable au sociologue. Une fois explicités, les biais pouvant être induits par son rapport à l'objet ont en effet plus de chance d'être contrôlés.

C'est un rapport paradoxal aux suivis diététiques en libéral, qui m'étaient à la fois inconnus et familiers, qui a été à l'origine de cette recherche. Le monde de la diététique professionnelle m'était personnellement tout à fait inconnu. Je n'ai jamais été suivi par une diététicienne ou un diététicien hospitalier ou libéral. Je n'avais même jamais rencontré de professionnel de la diététique avant d'entamer cette enquête. J'étais pourtant déjà familier avec cet univers. J'entretenais premièrement une familiarité intellectuelle avec la diététique et la nutrition. Sans avoir une formation poussée en nutrition, je disposais, avant de débiter cette enquête, d'un socle de connaissances nutritionnelles et diététiques relativement important. Ce socle a été acquis en particulier au cours de l'histoire familiale (*cf infra*), grâce également à un goût pour la cuisine, que je partage avec nombre d'enquêtés, une formation scientifique générale, *etc.* Mon socle de connaissances diététiques avait été accru par mon travail de Master sur le traitement de la thématique des régimes dans la revue *Elle*. Il avait auparavant été constitué par mon intérêt pour tout ce qui a trait à l'alimentation, à la cuisine et à la composition des aliments en particulier. Me nourrir « sainement », c'est-à-dire avec le souci constant de diversifier mes consommations alimentaires et de restreindre, par exemple, les apports énergétiques issus de produits particulièrement gras, sucrés ou salés, était et demeure un exercice quotidien.

Plus fondamentalement, et surtout plus spécifiquement, la familiarité que j'entretenais avec cet objet inconnu me venait de ma mère. Cette dernière, dont il est question à une ou deux reprises au cours de cette thèse, a en effet débuté un suivi diététique en libéral, alors que j'étais au collège, en 2005. Elle a consulté, à Mélieu, Coralie Pinto. Cette diététicienne apparaît indirectement dans l'enquête. Je ne l'ai pas rencontrée car elle n'exerce plus à Mélieu. En revanche, j'ai mené un entretien avec Simone et Paul Liseron, un couple de retraités modestes ayant été suivis par Coralie Pinto en 2007. Ma mère a donc été suivie, durant plusieurs années par cette diététicienne. Cette dernière a ensuite été remplacée, en 2008, par Pauline Malon. Coralie Pinto ne reprenant pas son poste après son congé maternité, Pauline Malon s'est installée durablement dans son cabinet à Mélieu. Et c'est avec elle que

ma mère a poursuivi son suivi diététique. Elle est toujours, plus de dix ans après, suivie régulièrement. Ainsi, j'ai pu constater les effets de ce suivi diététique en libéral, par exemple sur les habitudes alimentaires, plus réglées, au sein du foyer familial. Le suivi diététique en libéral m'est devenu familier, par l'intermédiaire de ma mère, parce qu'il s'est, en quelque sorte, introduit au sein de la sphère familiale.

Enfin, cette familiarité indirecte m'a permis d'appréhender sans *a priori* négatif, cet objet de recherche qui pourrait sembler un peu léger, insignifiant, voire ridicule. Bien au contraire, sachant l'importance relative qu'a pu revêtir pour ma mère le suivi diététique qu'elle a entrepris, je ne pouvais que considérer avec sérieux la perspective d'en faire un objet de recherche. En outre, cette familiarité m'a offert une opportunité de terrain très appréciable dès le début de mon travail de thèse. J'ai pu sans difficulté solliciter Pauline Malon, notamment pour observer des consultations au sein de son cabinet³¹. Cela fut précieux car les matériaux recueillis se sont avérés particulièrement riches. De plus, cette opportunité est apparue considérable relativement aux difficultés rencontrées plus tard auprès des autres diététiciennes et diététiciens pour obtenir l'accès à l'observation de consultations au sein de leurs cabinets.

Désigner les enquêtés

Féminisation

Un point de détail mais qui a son importance doit désormais être précisé. J'ai connu de nombreuses hésitations dans le choix de la façon la plus appropriée de désigner les enquêtés, c'est-à-dire les diététiciennes et diététiciens et les patientes et patients. La façon de nommer les enquêtés influence le rapport que je peux entretenir à mon objet mais également la manière dont le lecteur se représente les enquêtés.

Les diététiciens sont, dans la grande majorité des cas, des diététiciennes, et les patients des patientes³². En 2018, par exemple, selon les données collectées sur le site du ministère de la Santé et des Solidarités, plus de 92% des diététiciens libéraux étaient des diététiciennes.

31. Une description détaillée de l'accès au terrain est proposée au sein du chapitre 1.

32. Le raisonnement qui suit a été sensiblement le même concernant les patientes et patients. Pour avoir une idée de la féminisation des patientèles, consulter la section page 29.

Cette proportion était sensiblement la même (93,6%) en 2009³³. Parmi les diététiciennes et diététiciens interrogés ne figurent que deux hommes sur vingt-trois entretiens effectués. Dans ces conditions il me semblait impensable d'appliquer la règle grammaticale habituelle qui veut que le masculin l'emporte. Mais parler des diététiciens alors qu'il s'agit pour l'essentiel de diététiciennes aurait pu contribuer à invisibiliser une caractéristique singulière de ces professionnels de la diététique. Ne pas féminiser la façon dont je désigne les enquêtés aurait ainsi pu atténuer la prise en considération des effets de genre.

Afin de rendre le plus visible possible la réalité genrée du métier, j'avais décidé, dans un premier temps, de systématiquement féminiser ma façon de désigner les enquêtés, qu'il s'agisse d'hommes ou de femmes. Je m'inspirais ainsi directement du choix effectué par Delphine Serre. Dans la première note de bas de page d'un article consacré au travail des assistantes sociales dans le domaine de la protection de l'enfance³⁴, elle justifie ainsi son choix de désignation :

« La dénomination d'assistante sociale est utilisée de préférence à celle d'assistant de service social afin de rendre compte de la réalité statistique de cette profession (92% de femmes en 2004 d'après l'INSEE). »

La féminisation de la profession justifie la féminisation de la dénomination, et ce d'autant plus qu'un taux de féminisation aussi élevé ne saurait être délaissé dans l'analyse à cause des effets de genre qu'elle peut susciter. Désigner mes enquêtés par le terme de « diététiciennes » constituait un appel à la vigilance du lecteur. Elle s'est cependant révélée impossible à tenir pour plusieurs raisons.

Premièrement, d'innombrables problèmes d'écriture se sont posés. En particulier, si la féminisation du terme « diététicienne » présentait l'intérêt de décrire adéquatement la réalité statistique du métier, fallait-il pour autant féminiser l'ensemble des dénominations afférentes ? Parler des enquêtées, des praticiennes, des personnes interrogées, *etc*, faisait moins sens d'un point de vue sociologique dans la mesure où j'ai parfois interrogés et rencontrés des hommes. Le deuxième et principal problème provenait du fait que cette désignation féminisée était en rupture avec la taxonomie indigène³⁵. Si cela peut constituer une première étape for-

33. SICART, DANIEL, *Les Professions de Santé Au 1er Janvier 2010*, *op. cit.*

34. Delphine SERRE (2010), « Les assistantes sociales face à leur mandat de surveillance des familles. Des professionnelles divisées. », *Deviance et Societe*, vol. 34, n° 2, p. 149.

35. Il conviendrait d'interroger à l'avenir cet usage de la masculinisation des dénominations indigènes, en contradiction avec la réalité démographique des professionnel(le)s et des personnes venant consulter. Il y a peut-être une volonté de rompre avec le sens commun, dévalorisant, qui veut que la diététique soit une

melle d'objectivation, cela complique l'écriture et la lecture. Les diététiciennes elles-mêmes parlent des diététiciens pour faire référence à leurs collègues. Je ne pouvais pas féminiser leurs propos. Cela constitue la principale différence avec l'enquête de Delphine Serre. La féminisation du terme désignant les « assistants de service social » rompt certes avec les règles formelles de la grammaire française mais coïncide pleinement avec la taxonomie indigène. Cela rend l'usage de la dénomination « assistantes sociales » plus aisé que celle de « diététiciennes ».

J'ai finalement décidé, après avoir sollicité l'avis de mes directrices de thèse et d'autres doctorants, de combiner la dénomination masculine et féminine, pour désigner les diététiciennes et diététiciens ainsi que les patientes et patients. Cela permet d'attirer l'attention du lecteur sur la forte présence des femmes parmi les diététiciens et les patients. Cela permet également de neutraliser l'effet d'étrangeté qu'induirait un décalage entre une désignation savante et une désignation profane. Enfin, positionner les diététiciennes avant les diététiciens permet à la fois de rappeler leur majorité numérique et d'appliquer une règle d'accord au masculin pluriel dans la suite de la phrase. Ce compromis permet également d'éviter, la plupart du temps, d'alourdir le propos en recourant à l'écriture inclusive ou à l'usage de marques du féminin mises entre parenthèses.

Les patients

La question de la désignation des enquêtés, outre les hésitations concernant la féminisation, s'est également posée à propos des patientes et patients. Le terme de « patients » a été retenu aux dépens de celui de « clients » ou des « personnes qui consultent ». Ce choix s'explique par le caractère indigène du terme de « patient ». Les diététiciennes et diététiciens n'emploient jamais le terme de « client ». Cela fait partie de l'euphémisation de la dimension commerciale des suivis diététiques en libéral (*cf* chapitre 3).

J'aurais pu parler de « clientes et clients ». Cela aurait été l'occasion d'une prise de distance, d'une rupture, dans l'écriture, avec l'euphémisation du commerce que permet l'usage du terme de « patientes et patients ». Cela aurait également permis de rompre avec l'ensemble des représentations qu'infèrent implicitement le terme de « patients ». Parler de patients permet en effet aux diététiciennes et diététiciens d'ancrer symboliquement leur

affaire de femmes exclusivement.

métier et leur travail dans le champ du médical ou du paramédical. Cela leur semble valorisant puisqu'ils revendiquent leur appartenance au domaine du paramédical. Cependant, renoncer à l'usage du terme « patients », au profit de celui de « clients » par exemple, reviendrait à trop insister sur la dimension économique des suivis diététiques. A l'inverse, conserver la terminologie indigène donne à voir, si l'on garde à l'esprit les représentations implicites véhiculées par le terme, les décalages et tensions qui apparaissent entre les pratiques de suivi pratiquées quotidiennement par les diététiciennes et diététiciens, et les prétentions symbolique au médical, au soin, à la prévention. Ces prétentions reviennent à revendiquer implicitement la prise en charge de patients conformes aux attributs communément associées au statut de « patient », c'est-à-dire des personnes atteintes de pathologies nécessitant le traitement reçu. Les décalages qui existent entre ces représentations et aspirations et la réalité quotidienne du métier de diététicienne ou diététicien libéral génère des tensions perceptibles dans les discours des diététiciennes et diététiciens libéraux.

Anonymisation

J'ai procédé à une anonymisation systématique du prénom et du nom des enquêtés. Les prénoms ont été choisis par rapport à l'âge et à l'appartenance de classe des enquêtés, tant il est vrai que le prénom est un marqueur social³⁶. Les patientes et patients rencontrés uniquement lors d'observations sont désignés par un seul prénom. Les patientes et le patient avec qui j'ai effectué un entretien, et parfois une observation de consultation, sont désignés par un prénom suivi d'un nom de famille, à l'instar des diététiciennes et diététiciens. Cela permet de faire le départ entre ces deux catégories d'enquêtés.

Enfin, les toponymes ont également été anonymisés, à l'exception de la ville de Paris, ce territoire étant suffisamment dense pour garantir l'anonyma des personnes interrogées ou observées. En outre, le fait d'exercer à Paris est parfois pertinent dans l'analyse et ne peut donc pas être « anonymisé ». L'anonymisation consiste parfois en une périphrase (« une commune aisée limitrophe de Paris », par exemple). Les lieux ont parfois été renommés. Cela est notamment le cas en milieu rural. Ce nouveau toponyme facilite la fluidité de la lecture et désigne précisément un lieu attaché à un ou plusieurs enquêtés bien identifiés. Le choix du toponyme s'effectue en fonction des sonorités répandues dans le territoire considéré³⁷.

36. Baptiste COULMONT (2011), *Sociologie des prénoms*, la Découverte, Paris.

37. Par exemple, de nombreux toponymes du département rural où exerce Pauline Malon se terminent

Intérêt contextuel et disciplinaire

Étudier les suivis diététiques

Le sujet de cette thèse s'inscrit donc dans la continuité de mes intérêts de recherche. Le contexte historique semble en outre venir appuyer la pertinence de ce travail. Premièrement, le développement économique, en France notamment, qui a cours depuis la révolution industrielle, a progressivement transformé le rapport qu'entretiennent les individus à l'alimentation. Ce processus apparaît favorable au développement de préoccupations diététiques pouvant nourrir une demande de services d'accompagnement à l'amaigrissement ou d'éducation nutritionnelle. En effet, il a été observé une transition progressive d'une société de sous-alimentation chronique vers une société de (sur)abondance alimentaire³⁸. Parallèlement, les sociétés occidentales ont connu un développement sans précédent des maladies chroniques, cardio-vasculaires par exemple, dû en partie à l'évolution des modes de vie. Enfin, concomitamment à un amincissement genré du corps désirable depuis l'après-guerre³⁹, selon certains auteurs, nous sommes entrés dans une « société lipophobe⁴⁰ » au sein de laquelle l'obésité a été récemment constituée comme un problème social^{41 42}. Les enjeux scientifiques et le traitement médiatique de la question de l'accroissement de la prévalence de l'obésité, aux États-Unis notamment, attise les peurs en assimilant cet accroissement à une « épidémie⁴³ ». Enfin, la sociologue étasunienne Abigail Saguy montre également comment les médias mettent l'accent, dans leur traitement du problème de l'obésité, sur les facteurs explicatifs simples, sinon simplistes, incriminant les comportements et la responsabilité individuels, plutôt que sur le rôle de l'industrie agroalimentaire, des perturbateurs endocriniens, de la publicité, *etc.* Cela contribue à renforcer la stigmatisation⁴⁴ et les processus de dis-

en « ieux ».

38. Derek J. ODDY et al., dir. (2009), *The Rise of Obesity in Europe : A Twentieth Century Food History*, Routledge, Farnham.

39. De SAINT-POL, *Le corps désirable*, *op. cit.*

40. Claude FISCHLER (1990), *L'omnivore : le goût, la cuisine et le corps*, O. Jacob, Paris.

41. Abigail C. SAGUY (2012), *What's Wrong with Fat ?*, Oxford University Press, Oxford.

42. Matthieu GROSSETÊTE (2015), « Deux poids deux mesures », *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol. 208, n° 3, pp. 62–73.

43. Abigail C. SAGUY et Rene ALMELING (2008), « Fat in the Fire? Science, the News Media, and the “Obesity Epidemic” », dans : *Sociological Forum*, t. 23, Wiley Online Library, pp. 53–83.

44. Erving GOFFMAN (1975), *Stigmate : les usages sociaux des handicaps*, trad. par Alain KIHM, les Éditions de Minuit, Paris.

crimination et d'exclusion sociale des personnes en situation d'obésité⁴⁵. L'ensemble de ces processus tendent à renforcer le rôle que pourraient être appelés à jouer les diététiciennes et diététiciens et à soutenir la demande de services diététiques.

Il s'agit ainsi du second point relatif au contexte soutenant la pertinence de ce travail. Les diététiciennes et diététiciens libéraux sont en plein essor démographique. Le nombre de diététiciennes et diététiciens libéraux s'accroît en effet très rapidement depuis la fin des années 2010. A l'instar de nombreux métiers de la rééducation, notamment les orthophonistes et les kinésithérapeutes, qui connaissent une croissance démographique régulière et soutenue depuis les années 1990⁴⁶. Le ministère de la Santé ne dispose des données pour les diététiciennes et diététiciens que depuis 2009. Depuis cette date, la croissance du nombre de diététiciennes et diététiciens en exercice est vigoureuse. D'après les données collectées sur la base AMELI, accessible sur le site du ministère de la Santé et des Solidarités, le nombre de diététiciennes et diététiciens en exercice a donc presque doublé depuis 2009. Ces derniers sont passés de 6254 praticiens en 2009 à 12442 aujourd'hui. Plus encore, parmi les diététiciennes et diététiciens, ce sont les diététiciennes et diététiciens libéraux qui ont vu leur population s'accroître le plus rapidement. Elle est passée de 1781 en 2011 à 4584 en 2018, soit une hausse de 157% en seulement cinq ans. Ainsi, la contribution du secteur libéral à la croissance des effectifs des diététiciennes et diététiciens entre 2011 et 2018 s'élève ainsi à 92%. Autrement dit, la quasi-totalité de la croissance depuis 2011 du nombre de diététiciennes et diététiciens exerçant en France s'explique par l'augmentation du nombre de diététiciennes et diététiciens libéraux. Cette croissance démographique exponentielle ne peut qu'attirer le regard du sociologue.

L'intérêt purement disciplinaire s'ajoute à l'intérêt contextuel pour motiver cette recherche. L'étude des suivis diététiques en libéral se situe au carrefour de différents domaines que j'affectionne particulièrement, la sociologie de l'alimentation, du corps, du genre et de la santé en particulier. Il s'agit en outre d'un métier très peu exploré en sociologie. A ma connaissance, seule une diététicienne canadienne, Jacquie Gingras⁴⁷, s'est intéressée aux dié-

45. SAGUY et ALMELING, « Fat in the Fire ? », *op. cit.*

46. Julie ROCHUT (2014), *Métiers de la rééducation : des professionnels toujours plus nombreux*, 895, Paris : Drees, p. 6.

47. Jacquie Gingras était diététicienne avant d'entamer une carrière universitaire. Elle s'est par exemple intéressée à la formation des diététiciennes et diététiciens, voir Jacqui GINGRAS et al. (2012), « New Dietetic Practitioners' : Perspectives on Their Education and Training. », *Canadian Journal of Dietetic Practice and Research*, vol. 73, n° 3, pp. 117-121.

téticiennes et diététiciens. Étant donnés les préoccupations diététiques actuelles et le développement démographique du métier, il semblait opportun de s’y intéresser. Enfin, je me suis attaché à adopter une double perspective, celle des diététiciennes et diététiciens et celle des patientes et patients, sur un même objet, les suivis diététiques en libéral. Cette complémentarité de points de vue, sans doute assez originale en sociologie, s’est appuyée principalement sur la combinaison d’entretiens et d’observations de consultations⁴⁸. La complémentarité des points de vue permet de s’interroger sur la relation, les échanges, les attentes réciproques, *etc*, qui unissent un diététicien ou une diététicienne et un patient ou une patiente. La relation médecin/patient a été explorée, dans le contexte très différent, celui de suivis hospitaliers de personnes atteintes d’un cancer, par Sylvie Fainzang⁴⁹. Cette dernière analyse de la relation médecin/patient à travers le prisme de la circulation, et, le cas échéant, de la rétention, d’informations. Elle s’intéresse aux deux côtés de la relation et montre ainsi les stratégies informationnelles mises en place de part et d’autre. Elle montre par exemple comment la circulation de l’information est fonction du statut socio-culturel du patient. A l’instar des diététiciennes et diététiciens qui peuvent adapter leurs recommandations au statut social des personnes venant les consulter (*cf* chapitre 6) dans un souci d’efficacité, les médecins justifient un accès différentiel à l’information médicale par la volonté d’assurer une meilleure observance des traitements - observance devant favoriser, pour le bien du malade, la réussite du traitement. La volonté d’interroger la relation diététique figurait parmi les priorités de mon projet de recherche doctorale. En particulier, une hypothèse de « co-construction » des recommandations diététiques, issue d’un processus de négociations et de pondération entre le souhaitable et le faisable, était émise. Cette hypothèse n’a pas été explicitement reprise suite au travail de terrain. La mise à l’écart de celle-ci ne résulte pas d’une invalidation empirique. Au contraire, elle s’applique sans doute à la relation diététique dans la mesure où l’observance des recommandations, leur caractère réaliste, faisable, est apparue comme une préoccupation majeure des diététiciennes et diététiciens. Cependant, il ne m’a pas paru opportun, au fil de mon travail, d’exprimer les choses ainsi. En outre, ce sont d’autres aspects de la relation diététique qui ont émergé du traitement du matériel empirique et ont ainsi attiré mon attention.

Les suivis diététiques présentent également l’intérêt de constituer un terrain et un

48. Pour une présentation détaillée et une description de la méthode d’enquête, voir le chapitre 1.

49. Sylvie FAINZANG (2015), *La relation médecins-malades : information et mensonge*, Presses Universitaires de France, Paris.

objet de recherche que l'on peut situer au cœur de questionnements sociologiques classiques. En particulier, la question de la stratification sociale des pratiques culturelles et des inégalités dont ces phénomènes sont porteurs est retravaillée à l'aune des observations de suivis diététiques en libéral. Les consommations alimentaires, tout comme les pratiques d'amaigrissement, peuvent être appréhendées comme des pratiques culturelles. Elles sont très différenciées socialement⁵⁰. Or, l'enjeu des suivis diététiques en libéral réside souvent dans la mise en pratique de méthodes permettant aux patientes et patients de perdre du poids⁵¹ et, dans une certaine mesure, la transformation des pratiques alimentaires ou sportives des patientes et patients. Les diététiciennes et diététiciens doivent donc proposer aux patientes et patients, au cours des consultations, des mises en pratiques de principes ou méthodes devant leur permettre de perdre du poids. La question de l'adaptation, ou individualisation, des recommandations, en pratique, se pose d'autant plus que le public est volontaire et qu'il achète ce service. Les diététiciennes et diététiciens imposent-ils leurs méthodes de suivi ou bien assiste-t-on à des négociations, voire à une co-construction avec les patientes et patients des recommandations ? Les patientes et patients cherchent peut-être à bénéficier des connaissances des diététiciennes et diététiciens en matière d'alimentation et de nutrition. Cependant, les politiques publiques⁵² et les nouvelles technologies de l'information et de la communication⁵³ diffusent les savoirs fondamentaux bien que leur réception soit socialement différenciée notamment en fonction du niveau de diplôme des individus⁵⁴. La consultation diététique en libéral se trouve être, la plupart du temps, l'échange d'un service d'accompagnement à l'amaigrissement contre une rémunération conséquente ne faisant pas l'objet d'une prise en charge par la Sécurité Sociale. Les diététiciennes et diététiciens se doivent donc d'adapter leurs recommandations aux attentes des patientes et patients, ou d'influer sur ces attentes, afin de se constituer une clientèle permettant de leur assurer des revenus suffisants. Les diététiciennes et diététiciens doivent faire face à la concurrence de différents

50. Pierre BOURDIEU (1979), *La distinction : critique sociale du jugement*, les Éditions de Minuit, Paris.

51. La très grande majorité des patientes et patients consultent en effet pour perdre du poids.

52. On pense, par exemple, à la mise en place du Plan National Nutrition Santé en 2001.

53. De nombreuses informations nutritionnelles sont gratuitement accessibles sur Internet. Nous avons également observé des patientes et patients recourant à des applications comptant la valeur énergétique et établissant un bilan nutritionnel des prises alimentaires quotidiennes. Ces applications, gratuites, qui permettent une auto-quantification sont par ailleurs l'objet de recherches actuellement menées par Faustine Reignier.

54. Thomas DEPECKER (2010), « Les cultures somatiques : usages du corps et diététique », *Revue d'Etudes en Agriculture et Environnement-Review of agricultural and environmental studies*, vol. 91, pp. 153–184.

acteurs (par exemple les centres et les sociétés tels Natur House[®], Weight Watchers[®], médecins généralistes spécialistes de nutrition, *etc*) au sein du marché diététique⁵⁵. Mon travail de thèse s'attache à mettre en évidence les éléments sur lesquels s'appuient les diététiciennes et diététiciens pour construire leur plus-value relativement aux autres offreurs de services d'accompagnement à l'amaigrissement. Cette plus-value doit s'observer dans les pratiques de suivi, c'est-à-dire dans la façon dont les diététiciennes et diététiciens mettent en place puis mènent des suivis diététiques.

Des enjeux professionnels et sociologiques spécifiques à la diététique de ville

J'ai décidé de limiter le sujet de cette recherche au seul exercice de la diététique en libéral. De nombreux arguments peuvent justifier ce choix. Premièrement, étant donné que j'ai mené une enquête à la fois auprès de diététiciennes et diététiciens et de patientes et patients et que j'avais pour projet de mener ce travail de thèse en trois ans, le risque semblait grand à vouloir élargir le terrain aux diététiciennes et diététiciens hospitaliers. A cette contrainte matérielle s'est ajouté un souci d'homogénéité de notre objet de recherche. Les conditions d'exercice, les patientes et patients suivis et donc les enjeux professionnels divergent considérablement selon qu'il s'agisse de suivis diététiques effectués en ville ou en milieu hospitalier. Afin de conserver une cohérence dans l'analyse, il fallait assurer une homogénéité suffisante de l'objet d'enquête. Troisièmement, l'homogénéité de l'objet de recherche facilite les comparaisons entre les données recueillies sur différents segments du terrain. En particulier, j'ai veillé à ce que soit assurée une diversité des profils de patientes et patients et de diététiciennes et diététiciens rencontrés (*cf* chapitre 1). Une attention particulière a été portée à la diversité des territoires d'exercice, et donc des patientèles, des diététiciennes et diététiciens interviewés.

La principale raison pour laquelle cette recherche porte exclusivement sur les suivis diététiques en libéral réside cependant dans les enjeux professionnels et sociologiques spécifiques à ces suivis. Ces enjeux spécifiques sont principalement la conséquence du fait que les patientes et patients consultent volontairement les diététiciennes et diététiciens libéraux et prennent en charge le coût du suivi. Il en découle un rapport particulier entre la dié-

55. La notion de « marché diététique » est travaillée au sein du chapitre 3.

téticienne ou le diététicien et sa patiente ou son patient. Les diététiciennes et diététiciens doivent prendre en compte les attentes des patientes et patients, non seulement pour des raisons éthiques, mais également économiques. Ils doivent également constituer et fidéliser leur patientèle. Les patientes et patients attendent, de leur côté, une prestation de service satisfaisante relativement à son coût. Enfin, la plupart des patientes et patients qui consultent des diététiciennes et diététiciens libéraux ne souffrent pas de pathologie. Il est donc rarement question d'observer ou de faire observer un régime strict, sans sel par exemple, pour des raisons de santé. Au contraire, les soucis esthétiques des patientes et patients semblent appeler une relation moins verticale entre le praticien et la patiente ou le patient. En l'absence d'enjeux médicaux impératifs, comme la suppression du sel, d'autres considérations peuvent se concurrencer pour présider à l'établissement des recommandations. Il peut s'agir, par exemple, des attentes et de la satisfaction des patientes et patients ou de l'efficacité attendue des changements recommandés en terme de perte pondérale. Il peut s'agir également de considérations éthiques ou relatives aux normes professionnelles définissant les bonnes façons de faire maigrir les patientes et patients. La gestion d'objectifs multiples et leur mise en pratique lors des suivis, conditionnées aux attentes des patientes et patients, rend singulièrement intéressante l'exploration de ces enjeux professionnels spécifiques à l'exercice de la diététique en libéral.

L'intérêt que j'ai trouvé dans cet objet de recherche réside ainsi principalement dans la rencontre entre les diététiciennes et diététiciens et leurs patientes et patients, et inversement. Ces derniers sont, dans la grande majorité des cas, ce qui constitue une des spécificités du libéral, des patientes et patients sains qui souhaitent perdre du poids.

Une patientèle saine voulant maigrir

Les patients avec lesquels doivent travailler les diététiciennes et diététiciens sont la plupart du temps des patientes. La quasi totalité des diététiciennes et diététiciens rencontrés déclarent avoir une patientèle constituée à plus de 80% de femmes⁵⁶. De même, au cours de mes observations de consultations, je n'ai eu l'occasion de voir que cinq hommes, contre plus de vingt femmes. En outre, parmi ces cinq hommes, seuls deux sont venus pour un rendez-vous les concernant directement, et pas seulement leur enfant. La plupart de ces patientes et

56. Pour une description détaillée du terrain et des populations enquêtées, voir le chapitre 1.

patients consultent pour perdre du poids. Seuls 5% à 10% des patientes et patients des diététiciennes et diététiciens rencontrés, sauf exception, consultent exclusivement ou principalement pour maigrir. La motivation première déclarée par les patientes et patients rencontrés est esthétique. Les diététiciennes et diététiciens libéraux sont donc des travailleurs appartenant au secteur para-médical devant prendre en charge des patientes et patients sains. Ainsi, je n'évoque, à quelques exceptions près⁵⁷, que les patientes et patients consultant pour perdre, et non prendre, du poids, et des patientes et patients sains⁵⁸, au cours de ce travail de thèse, pour deux raisons. Premièrement, se concentrer sur un type de patientes et patients permet d'effectuer des comparaisons entre patientes et patients relativement homogènes en ce qui concerne leurs motifs de consultation. Deuxièmement, concentrer l'enquête sur les patientes et patients sains ne constitue pas un choix délibéré *a priori*. Bien au contraire, ne s'intéresser qu'aux patientes et patients souffrant d'anorexie, ou de pathologies rénales par exemple, qui sont parfois suivis en libéral, aurait été un choix *a priori* exigeant d'orienter spécifiquement l'enquête de terrain. A l'inverse, je ne me suis jamais efforcé de choisir parmi les enquêtés des diététiciennes et diététiciens non spécialisés sur des pathologies ou des patientes et patients sains. Le resserrement de l'analyse sur les patientes et patients sains consultant pour maigrir est la résultante de l'enquête de terrain et non l'inverse. La démarche ayant présidé à l'élaboration de l'argumentation au sein de ce travail de thèse a été prioritairement inductive.

La demande d'accompagnement à l'amaigrissement est singulièrement intéressante en raison du contexte de construction sociale des problèmes d'obésité comme une « épidémie » mondiale⁵⁹. Elle est également singulièrement intéressante si l'on a à l'esprit les inégalités sociales qui caractérisent les consommations alimentaires et les corpulences⁶⁰, les pratiques du corps⁶¹, ainsi que la perception sociale du corps⁶². En ce qui concerne plus spécifiquement

57. La principale exception est constituée par le cas de Sophie Bricou. Il s'agit d'une étudiante souffrant d'anorexie. Elle consulte Fany Lebois, une de mes enquêtées principales, une diététicienne parisienne. Je n'ai jamais exclu de l'analyse les patientes ou patients souffrant d'une pathologie ou les diététiciennes ou diététiciens prenant en charge des personnes ne désirant pas perdre de poids ou atteintes d'une pathologie justifiant leur démarche. Lorsque ces situations se présentent sur les terrains je les ai prises en compte. Elles se sont cependant avérées très rares.

58. J'entends par « patientes et patients sains » des personnes venant consulter pour perdre du poids, sans être atteints par ailleurs d'une affection (diabète, reins, *etc*) qui justifierait par ailleurs leur suivi diététique. Ces patientes et patients sains ne sont en outre pas tous en situation de « sur-poids ».

59. SAGUY et ALMELING, « Fat in the Fire? », *op. cit.*

60. BOURDIEU, *La distinction*, *op. cit.*

61. Luc BOLTANSKI (1971), « Les usages sociaux du corps », *Annales*, vol. 26, n° 1, pp. 205-233.

62. Pierre BOURDIEU (1977), « Remarques provisoires sur la perception sociale du corps », *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, vol. 14, n° 1, pp. 51-54.

l'exercice libéral de la diététique, faire maigrir des patientes et patients est une tâche qui peut être effectuée auprès de patientes et patients bien portants et de corpulence « normale », au sens de l'indice de masse corporelle⁶³ (IMC), ou en léger sur-poids. La plupart des patientes et patients rencontrés ne souffrent pas d'obésité. Ces éléments éloignent les diététiciennes et diététiciens libéraux de l'aspect paramédical qu'ils s'attachent à associer à la définition de leur métier. Par conséquent, il est intéressant d'observer les suivis de patientes et patients sains, non seulement parce qu'ils constituent l'essentiel de la patientèle des diététiciennes et diététiciens rencontrés, mais également parce que ces suivis très majoritaires confrontent les diététiciennes et diététiciens à la question de la raison d'être de leur métier, et à celle de leur utilité sociale⁶⁴. Plus prosaïquement, ne pouvant que faiblement valoriser des compétences médiales, préventives, d'ordre nutritionnel, cela oblige les diététiciennes et diététiciens libéraux à s'interroger sur leur spécificité par rapport aux autres offres, commerciales notamment, de services rémunérés d'accompagnement à l'amaigrissement.

Du côté des patientes et patients sains, il est intéressant d'expliciter les raisons pour lesquelles ils consultent une diététicienne libérale ou un diététicien exerçant en ville. Leurs motivations pourraient accréditer les aspirations des diététiciennes et diététiciens à assurer des missions relevant de la médecine préventive. La plupart des diététiciennes et diététiciens rencontrés souhaitent jouer un rôle dans la lutte contre la croissance rapide de la prévalence des maladies chroniques telles que le diabète ou l'obésité. A l'inverse, les attentes des patientes et patients peuvent éloigner encore davantage le travail des diététiciennes et diététiciens libéraux du domaine du paramédical, en étant construites principalement autour d'aspirations esthétiques. De même, l'engagement dans le suivi est contraignant. Il l'est financièrement, mais également en terme de temps et éventuellement de modifications de ses habitudes alimentaires ou sportives. On peut donc s'interroger sur ce qui détermine la durée du suivi diététique, ou l'engagement même dans un suivi. En particulier, son inscription, pour une partie des patientes et patients rencontrés, notamment en milieu rural, dans une temporalité particulièrement longue, parfois plus de dix ans, ne peut qu'aiguïser le questionnement sociologique.

63. Pour une présentation historicisée et critique des outils statistiques permettant la mesure de la corpulence, voir **de_saint_pol_comment_2007-1**

64. On reconnaît dans cette interrogation une question fondamentale dans une société complexe dans laquelle le processus de division du travail est très approfondi et dont l'intégration sociale repose prioritairement sur des formes de « solidarités organiques » (Émile DURKHEIM (1893), « De la division du travail social », Thèse de doctorat, Paris : Faculté des lettres)

Les enjeux d'une rencontre

J'ai évoqué comment la double spécificité de l'objet, celle de l'exercice en libéral de la diététique et celle des patientes et patients, volontaires, très majoritairement non suivis principalement en raison d'une pathologie et voulant perdre du poids, nourrit des interrogations. Ces spécificités du secteur libéral, couplées aux contextes d' « épidémie » d'obésité et de vif essor démographique du secteur⁶⁵, appellent d'autant plus l'attention des sociologues qu'elles se situent au carrefour de nombreuses interrogations sociologiques classiques.

La croissance démographique du secteur et la relation de dépendance qui existe entre la taille de la patientèle, c'est-à-dire le nombre de patientes et patients, et le chiffre d'affaire des diététiciennes et diététiciens, et donc leurs revenus, situe les suivis diététiques en libéral à la croisée d'interrogations en matière de trajectoires professionnelles, de conditions de travail et de réalisation d'une activité économique dans un contexte concurrentiel qu'il faut préciser. Certes, les diététiciennes et diététiciens rencontrés diversifient parfois leurs activités, en proposant par exemple des prestations pour des associations, des entreprises ou des collectivités, comme des maisons de retraite, ou effectuent des vacations en clinique ou à l'hôpital pour bénéficier d'un complément de revenus. Ils demeurent cependant, pour la grande majorité d'entre eux, dépendants de l'activité générée par les suivis individuels de patientes et patients. La rencontre entre les patientes et patients et leur diététicienne ou diététicien, au cours des consultations de suivi, est donc primordiale financièrement du point de vue des diététiciennes et diététiciens. De plus, on peut penser que les caractéristiques du territoire d'exercice et la trajectoire antérieure des diététiciennes et diététiciens sont déterminantes. Les conditions d'accès à la diététique et d'installation en libéral doivent donc être analysées pour comprendre les pratiques de suivi mises ensuite en place dans le cadre des suivis diététiques.

Les patientes et patients, de leur côté, considèrent fréquemment la diététicienne ou le diététicien qu'ils décident de consulter comme un dernier recours. Lorsqu'un patient ou une patiente entame un suivi diététique, il dispose d'ores et déjà d'une trajectoire alimentaire et pondérale passée. Celle-ci peut se définir comme les variations passées des pratiques alimentaires, des pratiques d'entretien du corps, au sein desquelles figurent par exemple les

65. Cet essor n'est pas sans effet sur l'activité économique des diététiciennes et diététiciens.

régimes amaigrissants, et de la corpulence. Les effets d'hystérésis, voire de « scarification », pour emprunter le concept que Louis Chauvel applique aux effets durables des périodes de chômage au cours des cycles de vie même après le retour à l'emploi⁶⁶, sont nombreux chez les patientes et patients. Nombre d'entre eux peuvent être sceptiques lors des premières consultations. Leurs croyances, leurs attentes, positives et négatives, leurs attitudes en consultation, le jugement qu'ils portent sur les recommandations et sur le déroulement du suivi, ainsi que sur les résultats, c'est-à-dire la perte de poids éventuelle, doivent être recueillis et analysés.

Les tensions qui peuvent émerger des enjeux qu'investissent dans les suivis diététiques les deux parties prenantes de ces rencontres apparaissent. Les diététiciennes et diététiciens doivent concilier des objectifs ou injonctions sanitaires avec des attentes des patientes et patients potentiellement contradictoires. Ils doivent percevoir ces attentes pour pouvoir y répondre et ainsi préserver la rentabilité de leur activité économique. Les patientes et patients doivent apprendre à faire confiance à leur diététiciennes et diététiciens. Les recommandations de ces derniers ne coïncident pas toujours avec ce à quoi ils s'attendaient. Les questions de l'observation de ces recommandations et de la poursuite du suivi peuvent alors se poser. Les patientes et patients risquent alors d'être confrontés à un nouvel échec.

Ces enjeux et tensions propres à la rencontre qui advient au cours des suivis diététiques présentent en outre l'intérêt d'embrasser *a priori* la question classique de la stratification sociale des pratiques culturelles⁶⁷. Les recommandations diététiques émises par les diététiciennes et diététiciens s'adressent à une personne en particulier, physiquement présente lors de la consultation. Cet individu est porteur de propriétés sociales immédiatement perceptibles, comme le sexe ou l'âge, ou devant émerger au cours du long premier entretien, comme la profession, l'origine sociale et la situation matrimoniale. Il est également porteur de dispositions, de pratiques et d'une trajectoire alimentaire et corporelle particulière. Ces propriétés sociales, qui situent ces patientes et patients dans l'espace des positions sociales, ne sont pas indépendantes des pratiques et trajectoires⁶⁸, en particulier en matière de rapport au corps

66. Louis CHAUVEL (1998), *Le destin des générations : structure sociale et cohortes en France au XXe siècle*, Presses universitaires de France, Paris.

67. Nous entendons classiquement par « pratiques culturelles » l'ensemble des pratiques sociales ayant une dimension symbolique. Cela ne se restreint évidemment pas aux seules pratiques de la culture cultivée, savante. Cela inclut les pratiques alimentaires et corporelles.

68. BOURDIEU, *La distinction, op. cit.*

et à la santé⁶⁹, ou dans le domaine de l'alimentation^{70 71 72}. A cette structuration des dispositions et des pratiques du corps et de l'alimentation correspond une « perception sociale du corps⁷³ », elle-même différenciée, et des inégalités, notamment de genre, en particulier par rapport au poids. Ainsi, à partir de ces résultats classiques de la sociologie du corps et de l'alimentation, l'hypothèse selon laquelle cette stratification sociale des pratiques et de la perception du corps désirable déterminent en partie la présence des patientes et patients ainsi que leurs demandes et leurs attentes paraît réaliste. Or, transformer des habitudes alimentaires, sportives, ou autre, n'est pas aisé. Cela suppose parfois d'aller à l'encontre de dispositions sociales sédimentées dans l'habitus du patient ou de la patiente. Dès lors, les diététiciennes et diététiciens prennent peut-être en charge différemment les patientes et patients selon leurs propriétés sociales. Dans quelle mesure la position des diététiciennes et diététiciens ou de leurs patientes et patients dans l'espace social détermine-t-elle les pratiques de suivi, et en particulier les recommandations ? L'enquête doit le déterminer.

Afin de saisir ces enjeux, c'est-à-dire de les décrire pour pouvoir les comprendre et les expliquer, la thèse procède en deux mouvements scandés en six chapitres. Le premier mouvement de la thèse s'efforce de préciser la position sociale des diététiciennes et diététiciens rencontrés dans cette enquête à travers l'analyse de leurs trajectoires professionnelles et de leurs confrontations aux logiques marchandes propres au marché diététique. Le second mouvement de la thèse resserre la focale en centrant l'analyse sur les suivis diététiques. Il s'agit de décrire et expliquer ce qui se passe lors des consultations elles-mêmes. Ainsi, dans un premier temps, après avoir exposé la méthode et discuté de l'effet des conditions d'accès au terrain (chapitre 1), le chapitre 2 s'intéresse aux modes d'accès à la diététique et à son exercice en libéral. Le troisième chapitre analyse, quant à lui, les logiques marchandes, et leur euphémisation, auxquelles sont confrontés les diététiciennes et diététiciens une fois installés en libéral. Dans un second temps, le chapitre 4 brosse le tableau des différentes pratiques de suivi, de l'éducation nutritionnelle des patientes et patients aux approches comportementales. Ce chapitre est alors l'occasion d'un regroupement des pratiques en fonction du type de rapports, plutôt vertical ou horizontal, entre les diététiciennes et diététiciens et leurs pa-

69. BOLTANSKI, « Les usages sociaux du corps », *art. cit.*

70. Philippe LONGCHAMP (2014), « Goûts de liberté, goûts de nécessité : Quand la diététique s'en mêle », *Sociologie et sociétés*, vol. 46, n° 2, pp. 59–82.

71. Faustine RÉGNIER et al. (2006), *Sociologie de l'alimentation*, la Découverte, Paris.

72. Philippe CARDON et al. (2019), *Sociologie de l'alimentation*, Armand Colin, Malakoff.

73. BOURDIEU, « Remarques provisoires sur la perception sociale du corps », *art. cit.*

tientes et patients qu'elles favorisent. Le chapitre suivant (chapitre 5) focalise l'analyse sur une recommandation emblématique qui relève nettement du pôle « vertical », l'observation de régimes amaigrissants. Il s'agit de montrer et d'expliciter les raisons pour lesquelles les régimes ne font plus recette au cours des suivis diététiques en libéral. Enfin, le dernier chapitre forme une conclusion en s'intéressant à la façon dont les diététiciennes et diététiciens font maigrir leurs patientes et patients. Ce chapitre 6 traite en particulier d'une méthode comportementale d'amaigrissement très populaire auprès des diététiciennes et diététiciens rencontrés et des conditions sociales de possibilité de sa mise en pratique au cours des suivis. Enfin, les annexes présentent sous la forme de tableaux les caractéristiques des différents enquêtés.

Chapitre 1

Étudier la relation diététique

L'objet de cette thèse, développé en introduction, est la prise en charge par les diététiciennes et diététiciens libéraux de patientes et patients souhaitant, principalement, perdre du poids. Il s'agit de décrire et d'analyser la rencontre entre une patiente ou un patient, et un diététicien ou une diététicienne exerçant en libéral. Cette rencontre a lieu au cours d'un suivi, plus ou moins durable, et singulièrement à l'occasion des consultations au cabinet de la diététicienne ou du diététicien¹. Étudier ces rencontres, et ce qui en résulte, c'est étudier une relation que l'on peut nommer « la relation diététique ».

1 Comment saisir la relation diététique ?

1.1 Où placer la focale ?

Les travaux sociologiques embrassent souvent un point de vue plutôt qu'un autre en se plaçant, par exemple, d'un côté du guichet, de l'usine, ou du bureau. Si l'on s'attache parfois à décrire, par des enquêtes successives, les différents niveaux hiérarchiques qui déterminent *in fine* les conditions de travail d'une catégorie de salariés, les caissières au sein d'une grande enseigne de distribution par exemple², rares sont les enquêtes qui ont pour parti pris d'explorer et de mettre en relation deux points de vue relatifs à une même rencontre. C'est

1. Des consultations peuvent avoir lieu au domicile des patientes et patients mais cela constitue une exception.

2. Marlène BENQUET (2013), *Encaisser ! : Enquête en immersion dans la grande distribution*, La Découverte, Paris.

ce que je me suis efforcé de proposer à l’occasion de ce travail de thèse. Certes, la quantité de matériaux est plus fournie du côté des diététiciennes et diététiciens, notamment parce qu’il est plus aisé d’entrer en contact avec ces enquêtés qui ont fait publiquement de la diététique leur métier. Cela m’a conduit à développer davantage le point de vue des diététiciennes et diététiciens. J’ai cependant déterminé la méthode employée en fonction de ce projet initial. Je dispose donc de matériaux suffisants pour permettre une rencontre sociologique fructueuse entre les patientes et patients et les diététiciennes et diététiciens au fil du développement de la thèse.

1.2 Méthode d’enquête

L’objectif premier de l’enquête était d’être en mesure de restituer et d’analyser à la fois le point de vue des patientes et patients et celui des diététiciennes et diététiciens sur le déroulement des suivis diététiques en libéral. Pour ce faire, la méthode choisie allie à la fois des entretiens semi-directifs, d’une à deux heures, réalisés auprès de diététiciennes et diététiciens ($n=21$) et de patientes et patients ($n=8$)³, et des observations de consultations ($n=23$). Ce dispositif d’enquête permet de recueillir les représentations et discours sur les pratiques des patientes et patients et des diététiciennes et diététiciens, et d’observer *en acte* les consultations⁴, les pratiques de suivi, bref la prise en charge effective des patientes et patients par leurs diététiciennes et diététiciens. Vingt-deux des vingt-trois observations de consultations ont été effectuées au sein de deux cabinets diététiques. Nous avons effectué *a posteriori* des entretiens avec les deux diététiciennes concernées, Pauline Malon, qui exerce en milieu rural dans la région lyonnaise, et Fany Lebois, qui exerce dans un arrondissement cosu parisien. Cela a été l’occasion d’évoquer, en entretien, des consultations préalablement observées. De la même façon, plusieurs patientes rencontrées en consultation ont accepté d’effectuer ensuite un entretien, permettant ainsi un recoupement fructueux des données du terrain. Ces éléments constituent la majeure partie de nos données d’enquête. Nous avons également collecté des statistiques descriptives auprès du ministère de la Santé pour saisir la répartition, l’importance et la croissance démographiques des diététiciennes et diététi-

3. Pour une présentation détaillée des enquêtés, consulter les annexes.

4. La durée des consultations est très variable. Les premières consultations auxquelles nous avons pu assister sont particulièrement longues, entre une heure et une heure et demi. La plupart des consultations de suivi observées durent entre trente et quarante-cinq minutes. Certaines consultations enfin n’ont pas pu être observées dans leur intégralité. Cette censure partielle, ses raisons et ses conséquences sont discutées plus loin (*cf* section 2.1 page 51)

ciens installés en libéral. Enfin, la revue professionnelle trimestrielle, organe d'expression de l'association des diététiciennes et diététiciens, *L'information diététique*, a été explorée de sa création, en 1964, jusqu'en 2016. Les articles traitant spécifiquement de l'exercice libéral de la diététique ont été sélectionnés et analysés. L'objectif de cette enquête complémentaire était de recueillir des données statistiques⁵ et d'appréhender le regard porté par les diététiciennes et diététiciens, et notamment leurs représentants, sur un mode d'exercice de leur métier émergent, le libéral.

Il s'agit donc d'une enquête qualitative. N'ayant pas vocation à viser la représentativité, le choix des terrains et des enquêtés s'est effectué selon un principe de diversité afin de permettre un certain nombre de comparaisons. Je me suis en particulier attaché à construire une diversité sociale et géographique parmi les enquêtés. Les deux principaux lieux d'observations, par exemple, sont situés sur deux territoires très opposés socialement et économiquement. Les caractéristiques socio-démographiques des patientes et patients observés à l'occasion de ces consultations sont très hétérogènes et divergent nettement entre les deux cabinets. Parmi les vingt et uns praticiens interrogés se trouvent deux hommes, onze diététiciennes et diététiciens exerçant à Paris mais au sein de différents arrondissements, quatre exerçant en milieu rural, et six diététiciennes et diététiciens disposant d'un cabinet en petite ou grande couronne parisienne. L'âge et l'ancienneté dans le métier sont assez diversifiés. De même, l'origine sociale et l'âge des patientes et patients interrogés sont hétérogènes, même si les patientes et patients d'origines populaires et rurales sont sur-représentés. J'ai par exemple rencontré en entretien une patiente étudiante dans une grande école de commerce parisienne, une assistante maternelle en retraite, ou encore une vendeuse dans un magasin de grande distribution âgée de vingt-huit ans. Cela s'explique par la dépendance envers les enquêtées principales, et notamment envers Pauline Malon, qui exerce à Mélieu⁶, un petit pôle urbain au sein d'un territoire rural (*cf* section 2.2 page 60).

Enfin, il est important de préciser que l'ensemble des entretiens ont été enregistrés puis ont fait l'objet d'une retranscription intégrale, ainsi que les observations de consultations. Si la retranscription des entretiens ethnographiques est une pratique désormais courante, celle des observations l'est peut-être moins. Le principal intérêt de l'enregistrement et de la retranscription des observations réside dans l'accumulation d'informations que la seule prise

5. Les séries statistiques du ministère de la Santé ne débutent en effet qu'à la fin des années 2000.

6. Mélieu est un pseudonyme désignant une petite ville situé à proximité du lieu de résidence de mes parents, dans un territoire rural de la région lyonnaise.

de notes rendrait impossible. Cela permet également à l'observateur de prendre des notes concernant d'autres éléments que les seuls échanges verbaux. Je ne peux que recommander le recours à une telle méthode lorsque le terrain s'y prête, en particulier lorsqu'il s'agit d'observer des consultations, des réunions, des conférences, *etc.* L'inconvénient cependant est que la richesse du matériel recueilli par l'intermédiaire du dictaphone m'a incité à concentrer mon analyse sur le verbatim des observations aux dépens peut-être d'autres aspects plus corporels. L'enregistrement et la retranscription systématique des observations, si elle est chronophage, est cependant garante, il me semble, d'une certaine rigueur scientifique.

1.3 Accès aux professionnels et aux patients

La méthode précédemment décrite n'aurait évidemment pas pu être mise en œuvre sans un accès aux terrains. Avant d'analyser les conditions de cet accès, il convient de décrire les terrains de l'enquête.

1.3.1 Recrutement des enquêtés

Pour cette enquête, accéder au terrain, c'est d'abord recruter des enquêtés. Une première entrée évidente sur le terrain a été pour moi la diététicienne de Mélieu, Pauline Malon. En effet, cette diététicienne, diplômée de diététique depuis novembre 2001 et installée en libéral depuis mai 2002, dispose depuis 2008 d'un cabinet au sein d'un centre de kinésithérapie à Mélieu en région lyonnaise. Ma mère est suivie par Pauline Malon depuis cette date. C'est donc cette diététicienne que j'ai sollicité en premier lieu, à l'automne 2015, afin d'effectuer un entretien exploratoire préalable à la rédaction d'un projet de thèse. Par la suite, grâce à la relation de confiance qui s'était établie entre ma mère et Pauline Malon, j'ai pu assister à une première série de consultations à son cabinet, sur deux journées, en décembre 2016.

Parallèlement, j'ai débuté un terrain en région parisienne. Il s'agissait dans un premier temps de rencontrer des diététiciennes et diététiciens pour effectuer des entretiens. Dans un second temps, j'espérais pouvoir rencontrer une partie de leurs patientes et patients et pouvoir éventuellement assister à des consultations. S'il s'est avéré relativement aisé d'obtenir des entretiens avec des diététiciennes et diététiciens, les observations, en revanche, de même que les mises en relation avec des patientes et patients, ont été nettement plus difficiles à obtenir (*cf* section 2.1 page 51). Pour recruter des diététiciennes et diététiciens pour

des entretiens, nous avons eu recours à deux annuaires en ligne. Le premier fut celui de l'Association Française des Diététiciens Nutritionnistes (AFDN), qui est la seule association professionnelle s'adressant à l'ensemble des diététiciennes et diététiciens. Cet annuaire en ligne recense, commune par commune, l'ensemble des diététiciennes et diététiciens libéraux adhérent à l'association. L'entrée en contact avec les diététiciennes et diététiciens parisiens fut facile dans la mesure où près de la moitié des praticiens contactés répondaient positivement à une demande d'entretien. Le second annuaire utilisé, selon le même procédé et avec les mêmes résultats, fut celui de l'Association des Diététiciens Libéraux (ADL). Par ailleurs, la méthode dite de « boule de neige » a également été employée pour recruter certains enquêtés. J'ai ensuite élargi le terrain parisien à la petite et la grande couronne, selon la même méthode, afin d'accroître la diversité de la population enquêtée. Enfin, deux praticiens, Katia Valley et Arthur Malère ont été recrutés en raison de leurs partis pris théoriques, de leur participation aux débats qui peuvent exister entre diététiciennes et diététiciens libéraux au sujet de la détermination des bonnes pratiques pour accompagner les patientes et patients dans leur démarche visant une perte de poids.

Le recrutement de patientes et patients a d'abord eu lieu en milieu rural, à partir des mises en relation effectuées par Pauline Malon. Les appariements ainsi proposés par la diététicienne de Mélieu, et d'autres, ont été efficaces. A l'inverse, j'ai tenté, la plupart du temps sans succès, de recruter directement des patientes et patients dont j'avais pu assister à la consultation. J'ai ainsi distribuer des cartes de visites aux patientes et patients rencontrés sur le terrain. Seules deux patientes ont ainsi été recrutées pour un entretien suite à l'observation de leur consultation. Il s'agit de Virginie Arcan, au cabinet de Cassandra Rosset, et de Sophie Bricou, au cabinet parisien de Fany Lebois. Une patiente résidant en petite couronne, ainsi qu'un couple de patients retraités résidant à proximité de la ville de Mélieu ont également été recrutés par inter-connaissance. Une patiente, Laura Barjou, a été interviewée suite à un entretien effectué avec sa diététicienne, Sara Perrier, en grande banlieue parisienne. Gisèle Pommier, une patiente d'origine populaire et âgée de soixante quinze ans au moment de l'entretien, en décembre 2017, a également été recrutée par l'intermédiaire de sa diététicienne, Juliette Poudale. Cette dernière nous avait communiqué les coordonnées de Gisèle Pommier suite à un entretien effectué à son cabinet, situé en zone rurale dans la région lyonnaise.

Le travail empirique de diversification des enquêtés a été plus difficile en milieu ru-

ral. Pauline Malon, l'enquêtée principale, m'a communiqué les coordonnées de trois de ses collègues exerçant dans le même département. Deux d'entre elles n'ont cependant jamais répondu à mes sollicitations réitérées à plusieurs reprises. Seule Cassandra Rosset, une diététicienne installée depuis quelques mois seulement dans une ville voisine a répondu favorablement. Un entretien et l'observation d'une consultation à son cabinet ont ainsi pu être effectués. J'ai également contacté l'ensemble des diététiciennes et diététiciens répertoriés dans l'annuaire départemental de l'AFDN et de l'ADL. En espérant obtenir un taux de réponse élevé, j'ai adressé des demandes par courrier postal. Cependant, une seule diététicienne, Juliette Poudale, a répondu positivement à ma requête.

Les observations ont quant à elles eu lieu au sein de trois cabinets. Il a été très difficile d'obtenir de telles observations qui supposaient ma présence. Ma présence en consultation a été acceptée par Pauline Malon à quatorze occurrences réparties sur cinq journées. Une quinzième consultation a été enregistrée par la diététicienne elle-même. Le fichier m'a ensuite été transmis. Ensuite, c'est par l'intermédiaire de Pauline Malon que j'ai pu convaincre Cassandra Rosset d'effectuer un entretien puis d'accepter l'observation d'une de ses consultations. Les sollicitations postérieures aux entretiens se sont cependant avérées être des échecs dans les autres situations. Les observations auprès de Fany Lebois ont été obtenues selon une stratégie différente. Après avoir effectué, au printemps 2017, près de vingt entretiens avec des diététiciennes et diététiciens, j'ai ressenti une impression de saturation relative m'incitant à privilégier désormais les observations de consultations. J'ai donc contacté des diététiciennes et diététiciens parisiens sans demander d'entretien mais en sollicitant d'emblé explicitement l'accès à des consultations pour effectuer des observations dans le cadre d'une recherche doctorale. Fany Lebois a répondu positivement. Sept consultations ont alors été observées, au cours de deux journées, en mai et juin 2017, au sein de son cabinet situé dans un arrondissement parisien bourgeois. Un entretien, quelques mois plus tard, m'a ensuite été accordé sans difficulté. Au bilan, vingt-trois observations de consultations ont ainsi pu être effectuées et la plupart ont été enregistrées et retranscrites intégralement.

1.3.2 Déroulement des observations

Avant de proposer une description synthétique des entretiens et observations effectuées, je propose une description du déroulement des observations effectuées au sein du cabinet de Pauline Malon. Il s'agit de notre terrain principal. Cette description est envisagée

comme une étude de cas méthodologique rédigée à partir de mon journal de terrain.

Pauline Malon est originaire du département du Nord. Elle a effectué une préparation au BTS diététique après l'obtention d'un baccalauréat scientifique. Elle obtient le diplôme en deux ans, en 2003. Elle s'installe alors en libéral auprès d'un médecin généraliste dans la préfecture du département dans lequel elle exerce toujours actuellement. Elle est installée depuis 2008 au sein d'un centre de kinésithérapie qui regroupe essentiellement des kinésithérapeutes, dont son compagnon, avec qui elle a deux enfants. L'établissement dispose d'une spacieuse salle d'attente avec un bureau d'accueil où travaillent plusieurs secrétaires. Le cabinet de Pauline Malon est situé tout de suite à gauche en entrant. Le cabinet est un peu plus grand que ceux que j'ai pu voir à Paris. Il doit faire environ quinze mètres carrés. Il y a un évier et des placards pour les dossiers, une chaise juste derrière la porte, une cuisinière en plastique, pour enfants (avec four, des rangements, des plaques et un évier en plastique, ainsi que des aliments et une poêle). Il y a un bureau avec un ordinateur dessus et du côté de la diététicienne une fenêtre et un petit meuble sur lequel est posée l'imprimante. Nous n'y sommes pas du tout à l'étroit. Il y a une chaise de bureau de type *gamers* pour la diététicienne et deux chaises un peu moins confortables côté patients. Il y a également une chaise pour enfants en plastique vers la cuisinière. Enfin, il est possible d'emprunter une chaise dans la salle d'attente en cas de besoin - ce que j'ai fait lorsque une famille de quatre personnes est venue consulter. Il y a également une étagère tout à la verticale, avec du thé et du café ainsi que plusieurs posters sur les murs.

Les premières observations ont eu lieu en décembre 2016, une semaine avant Noël. La négociation de l'entrée sur le terrain a été assez facile puisque j'étais entré en contact avec Pauline Malon dès l'élaboration du projet de thèse à l'automne 2015. C'est la diététicienne de la famille, de longue date, d'où cette facilité d'accès.

C'est elle qui m'a proposé de venir sur deux jours. Il y a eu des rendez-vous de suivi, puis le dernier jour, deux premiers rendez-vous. Les patientes et patients ne sont pas prévenus à l'avance, d'où une certaine surprise de leur part. Cela me mets un peu mal à l'aise parfois. Une famille, suivie par le secours populaire, pensait que j'étais diététicien stagiaire. « il faut bien qu'il apprenne le métier ! », disaient-ils. Pauline Malon me présentait au début comme « sociologue ». Je lui ai dit qu'il valait peut-être mieux me présenter comme étant un « étudiant en sociologie », cela fait moins impressionnant, ce qu'elle a globalement fait.

Je viens dans son bureau un peu en avance, cinq à dix minutes avant la première

consultation en moyenne. Nous discutons un peu, de choses générales et des consultations qui viennent. Elle me présente les patients : (*à propos d'une famille*) « tu verras, ils sont un peu particuliers ». Elle me précise parfois des caractéristiques de leur personnalité : « c'est une patiente de longue date, elle a vraiment pas eu de chance, elle est très seule » et « très bavarde », *etc.* Souvent, elle survole le dossier regroupant les informations relatives à la patiente en question en me disant cela, c'est-à-dire en me rappelant l'historique du suivi et le contexte plus immédiat. Nous discutons parfois jusqu'à dépasser de dix minutes l'horaire du rendez-vous, à tel point qu'une fois, durant les vacances de printemps 2017, une femme a pensé s'être trompée d'horaire.

Ensuite, Pauline sort appeler les patients ou la patiente⁷, assis(e) dans la salle d'attente qui jouxte le cabinet de consultation. Je la suis. Elle dit qu'elle est aujourd'hui « avec un sociologue » ou « étudiant en sociologie ». Je salue la patiente ou les patients. Pauline Malon enchaîne : « ça ne vous dérange pas s'il assiste au rendez-vous ? ». Non, cela ne la ou les dérange pas. Je n'ai en effet essuyé aucun refus au cabinet de Pauline Malon. On voit ainsi que le filtre vient pour l'essentiel du praticien et non du patient qui se retrouve, pour ainsi dire, placé devant le fait accompli. On entre ensuite dans le cabinet et je demande si cela ne dérange pas si j'enregistre, m'empressant de préciser que « c'est pour pouvoir retranscrire ». Cette deuxième demande, peut-être aussi parce qu'elle émane directement de moi, est parfois plus difficilement acceptée. Elle l'est cependant toujours. La plupart du temps, les patientes et patients disent que cela ne les dérange pas du tout. J'ai parfois ressenti néanmoins une gêne qui se manifestait par une hésitation à répondre pour donner son accord. Une patiente qui venait pour une première consultation, donc non familière du lieu, peut-être un peu tendue, Françoise, une professeur des écoles, a émis une réserve sans s'opposer formellement à l'enregistrement en indiquant, avec un peu d'humour, que cela faisait beaucoup.

Je suis situé à l'entrée du cabinet, au fond, à proximité de la porte, à l'opposé du bureau. La patiente ou les patients me tournent le dos. Le dictaphone est sur la table. Je suis face à Pauline Malon. C'est étrange : on se sent être comme un corps étranger, un intrus. Lorsque la pesée arrive, je dois sortir. La diététicienne dit en effet : « On va demander à Étienne de sortir ? ». J'obtempère bien-sûr dans la foulée. D'une part parce que je ne souhaite pas du tout contrarier Pauline Malon, car sa coopération est précieuse pour mon enquête.

7. Je n'ai jamais assisté à une consultation d'un homme seul au sein du cabinet de Pauline Malon. Les hommes consultent rarement, et généralement avec leur conjointe selon Pauline Malon. Au sein du cabinet de Fany Lebois, j'ai observé une consultation consacrée à un patient venu seul.

D'autre part parce que je ressens moi-même une vraie gêne à l'idée d'être présent lors de la pesée alors que je suis en position d'observateur étranger. J'ai le sentiment que ma présence est tolérée. Je dois obtempérer d'autant que la principale raison invoquée implicitement tient du fait que les patientes se mettent en sous-vêtements pour procéder à la peser. Étant un homme, les corps à moitié nus des femmes se trouveraient, par un effet de genre, sexualisés en ma présence. Pauline Malon interrompt le dictaphone lorsque que je sors. En outre, elle discute avec sa patiente et oublie de venir me chercher, tant et si bien qu'il a pu m'arriver de passer plus d'une demi-heure dans le couloir à attendre, souvent entre dix et vingt minutes. Ainsi, je perds une part importante de la consultation. Pauline Malon me fait rentrer soit quand la pesée est terminée, soit lorsque la patiente est déjà en train de procéder au règlement de la consultation. Cela a changé lors de la seconde séquence d'observations, évoquée plus loin, au cours des vacances de printemps 2017. Les temps morts entre les consultations sont l'occasion de riches discussions avec Pauline Malon, généralement sur le rendez-vous qui vient de se terminer, puis sur le prochain. J'essaie, par la suite, de prendre en notes ces discussions.

La deuxième séquence d'observations a eu lieu durant les vacances de printemps 2017. Suite à une réflexion collective lors de la présentation, à un séminaire de recherche en janvier 2017⁸, de mes premières avancées sur le terrain, il m'a été conseillé de siéger si possible aux côtés de la diététicienne. J'ai envoyé un mail à Pauline Malon vers la mi-mars afin de lui en demander l'autorisation en arguant du fait qu'elle se sentirait ainsi sans doute moins observée et que cela paraîtrait moins étrange aux patientes et patients. Elle m'a répondu qu'il n'y avait aucun problème. En outre, je lui ai demandé par la suite, lors de notre première nouvelle observation, si je pouvais, tout en sortant pendant la pesée, continuer à enregistrer, car le moment m'intéressait particulièrement. Elle a accepté sans problème. Cette situation présentait deux avantages. Premièrement, je reprenais la main, au sens propre comme au figuré, sur le dictaphone. Deuxièmement, je m'intégrais mieux dans le cabinet, je semblais moins étranger, bref j'étais plus à mon aise. Le seul inconvénient que présentait cet accord nouveau était que prendre des notes pouvait devenir gênant. Par exemple, lorsqu'une patiente parlait de choses très personnelles, je me sentais gêné d'écrire quoi que ce soit sur mon carnet, même si cela n'avait rien à voir, puisque la patiente ne pouvait s'en assurer. Je retrouvais là un peu le sentiment connu lors des séances d'observations, en Master 1, aux *Gamblers*

8. Il s'agit du séminaire « Solal » consacré aux sciences sociales de l'alimentation, qui avait lieu à Ivry-sur-Seine dans les locaux de l'INRA.

*Anonymous*⁹.

Il en est résulté, il me semble, des observations plus riches parce que non interrompues, et un terrain plus agréable car je me sentais plus à l'aise, à tel point que la manifestation de formes de connivences intellectuelles avec Pauline Malon, qui peut passer par le regard, la sollicitation ou le rire, voire avec les patientes et patients, se faisait assez régulièrement. Enfin, le seul changement contrariant de cette seconde séquence, étalée sur trois jours, a résidé dans le fait que Pauline Malon sélectionnait les consultations pour lesquels elle me proposait de venir. Je ne faisais plus de journées complètes. Elle m'a envoyé un mail une semaine à l'avance en me demandant si cela me convenait, ce que j'avais accepté. Plus tard, elle a justifié de vive voix son choix en m'expliquant que, par exemple, elle ne pouvait pas me faire venir le vendredi matin puisque c'était des patientes qui avaient besoin de leur moment à elles, qu'elle ne voulait donc pas compromettre par ma présence, que c'était parfois très dur, à tel point qu'elle pleure parfois avec ces patientes là, qu'il était question de diverses choses et peu de diététique, voire pas du tout. Elle en concluait que cela ne devrait pas m'intéresser. Je lui ai répondu que tout m'intéressait, que cela faisait partie du métier, sans parvenir toutefois à la faire changer d'avis.

Il est arrivé une fois qu'un rendez-vous a été annulé à la dernière minute. Elle m'a convié à la place à un autre premier rendez-vous, ayant lieu un peu plus tard dans l'après-midi. Elle m'a alors fait part de son vif agacement suscité par cette défection de dernière minute, qui signifiait pour elle, même si elle ne l'explicitait pas ainsi, une perte de revenus.

J'ai offert un repère intitulé *Sociologie de l'alimentation* à Pauline Malon parce que je pensais que cela l'intéresserait, ce qui fut le cas apparemment, et que c'était un moyen d'explicitier un peu la relation d'échange entre enquêteur et enquêté. Elle m'a semblé d'ailleurs plus engagée par la suite. C'est ainsi qu'elle s'est dite par la suite désolée de ne pas trouver « d'autres créneaux pour [me] faire venir cette semaine ». Elle m'a ensuite proposé, après avoir pris conseil auprès de son conjoint, qui exerce également en libéral, d'enregistrer elle-même des consultations de suivi avec des personnes que j'avais pu voir en consultation, et me faire ensuite parvenir le fichier d'enregistrement. Elle le fera une fois avec une patiente qui venait pour une seconde consultation début mai. Cela me fut très utile, d'autant que

9. Les *Gamblers Anonymous* sont une organisation construite sur le modèle des alcooliques anonymes. L'objectif poursuivi est d'aider les joueurs à sortir de leur dépendance envers les jeux d'argent par une totale abstinence. Les réunions des joueurs anonymes rassemblent également, dans une pièce séparée, les familles, les conjointes notamment, des joueurs, qui partagent ainsi leurs expériences et peuvent s'entre-aider.

j'avais assisté à la première consultation, en avril, de Jennifer. Je lui ai par ailleurs précisé que mon laboratoire de recherche (IRIS) avait financé mon billet de train pour venir faire du terrain à Mélieu, ce qui a permis d'accréditer, en la rendant plus importante, plus officielle, ma démarche.

1.4 Éléments statistiques

Avant d'évoquer le traitement des données auquel j'ai procédé, il semble pertinent de proposer une présentation synthétique statistique, sous la forme de trois tableaux, des entretiens et observations effectués. Le lecteur trouvera par ailleurs, en annexes, une présentation détaillée individualisée de tous les enquêtés rencontrés au cours de ce travail de thèse. Les présentations en annexes permettent ainsi un accès facilité aux informations personnelles de chaque enquêté. Les tableaux qui suivent ont quant à eux pour vocation de proposer un panorama synthétique sur le matériel d'enquête.

Le premier tableau (1.1) présente les entretiens effectués avec des diététiciennes et diététiciens. Le fait d'exercer la diététique en libéral depuis plus de quinze ans témoigne d'une relativement longue expérience professionnelle. La « reconversion professionnelle » fait référence à un élément important de la trajectoire d'une partie conséquente des diététiciennes et diététiciens rencontrés. Ces reconversions sont analysées au sein du chapitre 2. L'origine sociale des diététiciennes et diététiciens, saisie à partir des professions de leurs parents, peut déterminer en partie la manière dont les diététiciennes et diététiciens considèrent leur activité professionnelle. Enfin, le fait de recevoir en moyenne plus de quinze patientes et patients par semaine témoigne d'un niveau d'activité relativement important. Le découpage spatiale permet d'effectuer des comparaisons. La catégorie « Couronne » regroupe l'ensemble des diététiciennes et diététiciens exerçant en Île-de-France mais en dehors de Paris.

TABLE 1.1 – *Caractéristiques des diététiciennes et diététiciens interrogés.*

Diététiciens interrogés	Paris	Couronne	Rural	Total
Nombre	11	6	4	21
Femmes	11	5	3	19
Exerce depuis plus de 15 ans	4	1	1	6
Reconversion professionnelle	5	2	2	9
Plus de 15 patients par semaine	6	3	3	12
Origine classe supérieure	5	1	0	6

Le second tableau (1.2 page suivante) présente les caractéristiques des patientes et

patients avec lesquels j'ai effectué un entretien. La plupart des personnes rencontrées étaient des femmes. Si les patientes et patients de plus de quarante ans sont majoritaires, trois patientes âgées de moins de trente ans ont été interviewées. La moitié de la population enquêtée était suivie depuis plus d'une année par une diététicienne. Enfin, la plupart des patientes et patients rencontrés habitant en zone rurale appartiennent aux classes populaires, l'appartenance de classe étant déduite de l'occupation professionnelle.

TABLE 1.2 – *Caractéristiques des patientes et patients interrogés.*

Entretiens patients	Rural	Couronne	Paris	Total
Nombre	5	2	1	8
Femme	4	2	1	7
Couple	1	0	0	1
Plus de 40 ans	3	2	0	5
Premier suivi diététique	3	1	1	5
Suivi depuis plus d'un an	2	1	1	4
Classe populaire	4	0	0	4

Enfin, le dernier tableau (1.3 page suivante) présente les caractéristiques des patientes et patients dont nous avons pu observer une consultation, deux pour ce qui concerne Jennifer, une patiente de Pauline Malon. La majeure partie des consultations est caractérisée par la rencontre entre une patiente et sa diététicienne. Une seule consultation observée, au sein du cabinet parisien de Fany Lebois, a été consacrée à un patient non accompagné d'une conjointe ou d'enfants. Les classes populaires sont très fortement sur-représentées parmi les patientes et patients observés en consultation aux cabinets de Pauline Malon et Cassandra Rosset, qui exercent au sein d'un même territoire à dominance rurale dans la région lyonnaise, par rapport aux patientes et patients observés au cabinet de Fany Lebois. A l'inverse, les classes supérieures sont nettement sur-représentées au sein du cabinet de la diététicienne parisienne. Les patientes et patients sont considérés comme appartenant aux classes populaires s'ils sont ouvriers ou employés. Ils sont considérés comme appartenant aux classes supérieures dès lors qu'ils exercent un métier correspondant à la catégorie socio-professionnelle « cadres ou professions intellectuelles supérieures ». Le métier n'était cependant pas systématiquement abordé durant les consultations observées. La classe sociale est alors déduite, lorsque cela est possible, de nombreux indices comme le langage ou encore le type de loisirs ou les consommations alimentaires déclarées, en vertu du pouvoir classant de ces pratiques culturelles.

Avant d'entamer un développement plus réflexif sur la méthode d'enquête, la description de celle-ci peut être complétée en abordant la question du traitement des données.

TABLE 1.3 – *Caractéristiques des patientes et patients observés en consultation.*

Consultations	Pauline Malon	Fany Lebois	Cassandra Rosset	Total
Nombre total	15	7	1	23
Dont une patiente	11	4	1	16
Dont un patient	0	1	0	1
Dont une famille	4	1	0	5
Dont un couple	0	1	0	1
Classes populaires	8	0	1	9
Classes supérieures	1	4	0	5
Suivi supérieur à un an	8	1	0	9
Première consultation	4	2	0	6
Âge supérieur à 40 ans	8	1	0	9

1.5 Traitement du matériel empirique

Les entretiens et les observations ont été retranscrits dans leur intégralité. Les notes manuscrites issues du carnet de terrain ont également été l’objet d’une transcription tapuscrite. Étant confronté à une quantité relativement importante de données brutes, la question de leur traitement et de leur ordonnancement s’est posée. J’ai alors décidé de procéder à une thématization des informations recueillies. En septembre 2017, j’ai établi « un protocole de thématization » qui se voulait strict, rigoureux et systématique. Sans être parvenu à le respecter scrupuleusement, la thématization des entretiens et des observations a cependant été très approfondie. Ce second travail, s’ajoutant à la retranscription, s’il s’est avéré très chronophage, a permis de faire émerger les thèmes principaux, à partir des données de terrain, qui devaient orienter le plan de la thèse. Ce travail facilite en outre la valorisation effective des entretiens et observations effectués puisqu’il rend plus aisé la collecte des informations et extraits les plus pertinents devant soutenir l’argumentation. Il m’a semblé préférable, dans le temps relativement court qui m’était imparti, de privilégier l’exploitation rigoureuse et approfondie plutôt que la multiplication, gage formel de scientificité, des entretiens et observations.

La thématization des entretiens et des observations a consisté à repérer les thèmes abordés dans chaque unité (entretien ou observation) retranscrite ainsi que les thèmes abordés dans chaque extrait. Le travail commençait par une immersion dans l’entretien ou l’observation à partir des remarques notées en préambules de la retranscription. La lecture de la retranscription brute pouvait alors débuter. Je me suis attaché à classer chaque extrait dans une ou plusieurs thématiques. Un fichier de traitement de texte a été créé pour chaque

nouvelle thématique. Chaque extrait se rapportant dans la suite de l'entretien ou de l'observation à cette thématique y était ensuite ajouté. Un même extrait peut se rattacher à plusieurs thématiques. Il était alors ajouté à plusieurs fichiers. Une fois la thématisation d'une unité terminée, l'ensemble des fichiers thématiques issus de la thématisation de cette unité étaient rassemblés dans un dossier, prêts à être facilement explorés et exploités par la suite. La retranscription brute de l'unité en question était par ailleurs conservée, de telle sorte que le contexte plus large d'où étaient tirés les extraits thématiques fusse aisément consultable en cas de nécessité. La plupart des grands thèmes, comme celui des régimes, se sont retrouvés dans l'ensemble des entretiens du même type. Cela s'explique notamment par la similitude des grilles d'entretien utilisées. De la même manière, de nombreux thèmes communs ont émergé entre les différentes consultations, permettant ainsi des rapprochements, des comparaisons, des oppositions.

La principale limite de ce travail de thématisation réside dans le choix du ou des thèmes associés à chaque extrait d'entretien ou d'observation. Un certain arbitraire est évidemment possible. Afin de limiter les biais que peuvent apporter des jugements subjectifs, deux principes ont été observés. Premièrement, un même extrait, d'une demi page par exemple, a très souvent été associé à deux ou trois thèmes différents. Cela permis d'éviter de devoir trancher presque définitivement entre un thème principal et un thème jugé secondaire par exemple. En effet, même si le découpage en extraits des entretiens répondait à une logique narrative, une longue réponse d'un enquêté, par exemple, pouvant constituer un extrait, plusieurs thèmes pouvaient être abordés au sein d'un même extrait. Deuxièmement, le ou les thème(s) adossé(s) à un extrait émergeai(en)t la plupart du temps d'un terme employé par un enquêté. La thématisation devait ainsi être très descriptive et inductive.

Une fois décrite la méthode, une analyse réflexive sur les conditions de l'enquête s'impose. C'est ce que je me propose de faire à l'occasion de la seconde partie de ce chapitre consacré à la méthode.

2 Être là où l'on ne devrait pas

Cette seconde partie entend entrer plus en détails dans le déroulement concret de l'enquête. Je souhaite en particulier proposer quelques réflexions sur les observations au sein de cabinets en ville. Je ne devrais pas être présent lors des consultations par rapport au

déroulement normal, au sens d'habituel, de la vie sociale. Cette légère incongruité de ma présence n'est pas sans effets, sur moi-mêmes, sur les enquêtés et plus globalement sur les interactions au cours des consultations.

2.1 Intrusion sociologique

Ma présence au sein des cabinets de consultations, souvent assez exigües, peut s'apparenter, même si elle est autorisée par la diététicienne et les patientes et patients observés, à une intrusion dans la mesure où je suis un intrus au sens neutre du terme. Il ne s'agit pas d'un jugement de valeur mais d'un constat. Ma présence étant inhabituelle, anormale, non attendue, c'est-à-dire non anticipée, par les patientes et patients, je suis comme un intrus lorsque j'assiste à une consultation diététique.

Il est à noter que cet effet d'intrusion sociologique est accentué par le fait qu'il s'agit de consultations diététiques en ville et non à l'hôpital. Je ne peux ainsi pas m'appuyer sur une institution, et ses codes vestimentaires imposés notamment, comme la blouse blanche, pour camoufler mon intrusion sociologique et en limiter la perception et les effets auprès des patientes et patients. L'observation s'effectue ainsi nécessairement à découvert et sans protection évidente.

2.1.1 S'introduire sur le terrain

L'observation s'apparentant à une intrusion, en particulier lorsqu'elle prend place au sein d'un cabinet diététique en ville, la première difficulté rencontrée a été de parvenir à s'introduire sur le terrain. L'accès au terrain pour observer des consultations s'est révélé difficile, à l'exception de celui effectué au cabinet de Pauline Malon, en raison de la relation de longue durée qui unissait cette diététicienne à ma famille. Après avoir effectué un entretien exploratoire, Pauline Malon a sans difficulté accepté ma présence au sein de son cabinet, durant deux journées complètes pendant les vacances de Noël 2016. J'ai par la suite pu assister à trois autres consultations en avril 2017, dont deux premières consultations. Pauline Malon a ensuite enregistré pour moi la deuxième consultation de Jennifer et m'a fait parvenir le fichier de l'enregistrement. La principale difficulté, à partir du mois d'avril 2017, a été de savoir dans quelle mesure il m'était possible de solliciter mon enquêtée principale, Pauline Malon, sans compromettre mes chances d'obtenir un entretien avec elle, que j'es-

timais précieux, par la suite. J'ai donc préféré ne pas la solliciter davantage pour observer ses consultations. Si les observations en avril s'étaient très bien passées, elle avait préféré ne m'inviter qu'à certaines consultations plutôt qu'à venir observer l'ensemble des consultations effectuées au cours d'une journée. Le nombre de consultations observées avaient ainsi été sensiblement plus faible et je sentais que ma présence pouvait être dérangeante.

Ainsi, si l'accès au cabinet de Pauline Malon, dans une certaine mesure, m'a été facile, quoique limité, Il n'en a pas du tout été de même pour l'accès à des observations au sein de cabinets parisiens. Je sollicitais et j'obtenais assez facilement un entretien avec des diététiciennes et un diététicien exerçant en Île-de-France. Les entretiens se sont presque toujours effectués au sein du cabinet des praticiens rencontrés. Lors de ma sollicitation initiale, je n'évoquais jamais la possibilité de rencontrer des patientes et patients ni d'assister à une consultation. Je désirais cependant avoir accès, parallèlement aux entretiens, à un certain nombre de consultations afin de pouvoir effectuer des comparaisons avec le terrain entamé dans la région rurale de Mélieu. A la fin des entretiens, j'abordais ces questions. Je sollicitais enfin mes enquêtés pour être mis en contact avec des patientes et patients ou pour assister à une consultation. J'ai cependant été systématiquement confronté à un refus pour les consultations et à de vagues promesses rarement tenues concernant la mise en relation avec les patientes et patients. Ayant été confronté à une succession de refus au cours des neuf premiers entretiens effectués entre novembre et décembre 2016, je ressentais un malaise de plus en plus prononcé à l'idée de devoir solliciter, après l'entretien, un accès à des consultations. Je décidais donc de me concentrer sur les entretien avec les diététiciennes et diététiciens et le recrutement de patientes et patients. Afin d'obtenir des observations en région parisienne, une fois un nombre d'entretiens effectué relativement important, je changeai de stratégie. Il s'est alors s'agit de requérir directement et exclusivement l'accès à des consultations pour observations. J'ai envoyé des demandes en ce sens, par courriers électroniques, à plusieurs diététiciennes libérales parisiennes. J'ai obtenu une réponse positive. Fany Lebois acceptait de m'accueillir dans son cabinet, un mardi après-midi du mois de mai 2017. J'ai ainsi pu assister à quatre consultations d'affilée. Solliciter directement un accès aux consultations s'est ainsi avéré plus efficace que la stratégie alternative. Cette dernière reposait sur l'idée que la réalisation d'un entretien était l'occasion de débiter une relation d'enquête qui pourrait ainsi plus aisément se poursuivre par l'accès, que j'estimais plus contraignant et donc plus difficile à obtenir, à des consultations. La confiance établie grâce à l'entretien devait favoriser l'acceptation d'une intrusion sociologique plus envahissante. Cela s'est avéré infructueux

contrairement à la stratégie inverse qui a consisté à expliciter immédiatement la requête la plus conséquente, puis demander un entretien par la suite, qui m'a facilement été accordé.

2.1.2 Réactions face à l'intrusion

Une fois l'accès au terrain négocié, de nouveaux effets de l'intrusion sociologique sont à prendre en considération. La présence d'un individu extérieur au cours normal des interactions durant la consultation peut en effet susciter des réactions. Deux réactions semblent en particulier avoir un impact sur les données brutes recueillies. Il convient d'explicitier ces biais pour en tenir compte le plus possible lors du traitement et de l'analyse des données. Premièrement, la conscience de l'intrusion, c'est-à-dire d'être observé(e), entraîne une modification comportementale. Cet « obstacle épistémologique¹⁰ » n'est pas propre aux observations de consultations en ville. Il a en effet notamment été mis en évidence dans un contexte très différent par Claude Lévi-Strauss¹¹. Deuxièmement, la réaction des patientes et patients face à l'intrusion peut également prendre la forme, au-delà de la conscience d'être observés, de l'expression plus ou moins marquée de formes de réticences.

La conscience d'être observés modifie nécessairement chez les enquêtés leur comportement. Il s'agit d'une contrainte inhérente aux méthodes d'observation directe « à découvert ». Les sciences sociales ayant pour objet des êtres doués de conscience et étant pratiquées par des individus dotés d'une même conscience réflexive, celle-ci, parce qu'elle modifie le comportement des enquêtés et des enquêteurs, apparaît comme « l'ennemie secrète des sciences de l'homme ». En effet, selon l'anthropologue Claude Lévi-Strauss, « la conscience apparaît ainsi comme l'ennemie secrète des sciences de l'homme, sous le double aspect d'une conscience spontanée, immanente à l'objet d'observation et d'une conscience réfléchie – conscience de la conscience – chez le savant¹² ». C'est la conscience « immanente à l'objet d'observation » qui nous intéresse plus particulièrement. La « conscience » dite « réfléchie », celle du « savant », a pu favoriser le sentiment de gêne lié à l'intrusion sociologique. Pauline Malon, quant à elle, avait bien évidemment conscience d'être observée. Elle a en conséquence modifié son comportement et m'en a fait part. Cette modification suppose d'adopter dans le courant de l'action une attitude réflexive puisqu'il ne faut plus seulement penser, comme dans le cours

10. Gaston BACHELARD (1938), *La formation de l'esprit scientifique : contribution à une psychanalyse de la connaissance objective*, Librairie philosophique J. Vrin, Paris.

11. Claude LÉVI-STRAUSS (1973), *Anthropologie structurale*, Plon, Paris, p. 344.

12. *Ibid.*

ordinaire des consultations, qu'aux patientes et patients mais également au regard porté par un étudiant en sociologie sur son travail. La modification de son comportement est une réaction face à mon intrusion sociologique. Ayant moi-même conscience de cela, il est probable que je me sois exagéré un peu la gêne occasionnée, ce qui a pu avoir pour conséquence une forme d'auto-censure en m'incitant à clore le terrain plus tôt que je n'aurais peut-être pu. J'ai de même tardé à demander des enregistrements complets, non coupés au moment de la pesée (*cf* section 2.1.3 page 58).

Pauline Malon m'a fait explicitement part de la modification de son comportement, dont elle était consciente, en raison de ma présence. La conscience d'être observée s'accompagne d'une crainte, celle d'être jugée par un regard extérieur. Ce sentiment est accentué sous l'effet de mécanismes de domination sociale puisque je suis placé, par la situation d'enquête, en position d'observateur savant extérieur dont le jugement est censé être objectif. La diététicienne de Mélieu m'a confié très rapidement ses craintes, dès le premier jour passé à son cabinet, le mardi 20 décembre. D'après mon carnet de terrain, elle s'est adressée à moi durant la pause entre le premier et le second rendez-vous de la matinée :

Pauline Malon m'a dit, entre les deux rendez-vous, qu'être observée « la dérange un peu » dans le sens où elle « essaie de parler plus diététique » et a peur de mon jugement sur ses pratiques, *etc.*

Pauline Malon essaie de correspondre davantage aux attentes qu'elle me prête. Tout se passe comme si je jouais le rôle d'un inspecteur venant juger la qualité de son travail. La conscience chez les enquêtés d'être jugés relativement à « une norme » est, selon Gérard Mauger, une constante de la situation d'enquête : « la situation d'enquête doit être analysée comme une situation d'examen, une sorte de procès, où les enquêtés sont et se savent toujours mesurés à une norme¹³ ».

Ma présence « dérange un peu » Pauline Malon dans la mesure où elle doit s'efforcer de « parler plus de diététique » et moins de choses annexes qui pourraient être jugées frivoles. Elle s'efforce de correspondre davantage au modèle professionnel qu'elle s'imagine être le plus valorisant et celui que je dois m'attendre à observer. Elle ne peut pas faire « comme si » je n'étais pas présent d'autant qu'elle admet avoir « peur de mon jugement sur ses pratiques ». Si le biais induit par la conscience d'être observée et la modification du comportement qui en

13. Gérard MAUGER (1991), « Enquêter en milieu populaire », *Genèses. Sciences sociales et histoire*, vol. 6, n° 1, p. 131.

découle est à prendre en considération, il ne rend pour autant pas complètement artificielle et caduque l'observation. En effet, Pauline Malon ne peut pas modifier radicalement ses pratiques, ne serait-ce que parce qu'elle est en interaction avec de vrais patientes et patients, les siens. Ses actions ont de véritables conséquences pour elle, pour son travail. La consultation est payée par les patientes et patients, qui n'ont pas été prévenus en amont de ma présence, au même titre qu'une consultation habituelle.

Cependant, afin de procéder à des observations moins invasives, et en espérant ainsi contenir le biais induit par la conscience d'être observée, j'ai procédé différemment avec la consultation observée au cabinet de Cassandra Rosset. Cette diététicienne âgée de trente ans lors de l'enquête exerçait depuis six mois dans une maison de santé située à une dizaine de kilomètres de Mélieu, la petite ville où exerce Pauline Malon. Les deux diététiciennes se sont connues lors de remplacements à la clinique de Mélieu et déjeunent ensemble depuis une fois par mois. C'est Pauline Malon qui m'a recommandé auprès de Cassandra Rosset. Celle-ci était cependant réticente à l'idée d'avoir un observateur extérieur présent dans son cabinet. Il a donc été convenu que je resterais dans la salle d'attente pendant que la consultation se déroulerait. J'aurais pris soin auparavant de disposer le dictaphone discrètement sur un coin du bureau de la diététicienne. La patiente, Virginie Arcan, que j'ai interviewé par la suite, était, tout comme Cassandra Rosset, consciente d'être observée. La discrétion du dispositif d'observation, un simple enregistrement sonore, si elle ne me permet pas d'assister à la consultation, et si donc cette discrétion suppose l'absence de collecte des éléments non sonores, corporels ou autre, elle permet d'atténuer, chez la diététicienne et sa patiente, la conscience d'être observées. Cela a même pu aller jusqu'à l'oubli. Cassandra Rosset m'a en effet avoué en sortant avoir oublié la présence du dictaphone. Elle n'avait ainsi plus conscience d'être sur écoute. Elle a alors ajouté espérer « ne pas avoir dit trop de bêtises » au cours de la consultation.

Ainsi, il ne faut pas nécessairement et systématiquement chercher à vouloir contrôler entièrement les conditions d'observation. Il peut parfois être préférable de « laisser la main » aux enquêtés. Dans le cas de l'enregistrement effectué au cabinet de Cassandra Rosset, accepter mon absence et le seul enregistrement audio m'a permis d'avoir accès à ce terrain et de limiter considérablement le biais comportemental induit par la conscience d'être observée. Il en a été de même avec l'auto-enregistrement effectué par Pauline Malon. La diététicienne de Mélieu m'a en effet proposé d'enregistrer elle-même une consultation effectuée à son ca-

binet. En acceptant ainsi de lui « laisser la main », c'est-à-dire le contrôle, jusqu'à l'outil d'enregistrement, j'obtenais en échange un accès au terrain qui m'aurait sinon été inaccessible. La consultation enregistrée début mai était la seconde de Jennifer, une patiente âgée de vingt-huit ans et dont nous avons pu observer la première consultation quelques semaines plus tôt. Étant en région parisienne, je ne pouvais assister à cette consultation qui pourtant m'intéressait particulièrement¹⁴. L'accès au terrain m'était donc impossible sans recourir à l'auto-enregistrement. En outre, c'est Pauline Malon qui m'avait proposé de procéder ainsi. Ce faisant, elle préservait la relation d'enquête, tout en établissant un nouveau compromis plus confortable pour elle. En effet, en recourant à l'auto-enregistrement, elle me proposait toujours un accès au terrain tout en rendant beaucoup plus discret, et donc moins dérangeant pour les patientes et patients notamment, le dispositif d'intrusion sociologique.

Les diététiciennes et diététiciens ne sont évidemment pas les seuls enquêtés à réagir face à l'intrusion sociologique. Les patientes et patients réagissent parfois en exprimant des formes de réticences. Certes, l'intrusion est préalablement autorisée par la diététicienne, ce qui suffit la plupart du temps pour que les patientes et patients acceptent ma présence et l'enregistrement de la consultation. Une partie des patientes et patients, qui peuvent avoir le sentiment que la qualité du service, qu'ils s'offrent, c'est-à-dire qu'ils achètent, se voit dégrader par ma présence intrusive, expriment diversement une forme de réticences. La forme la plus radicale d'expression de la réticence à laquelle j'ai été confronté ne s'est produite qu'une seule fois, au sein du cabinet parisien de Fany Lebois. A deux occasions, une première lors de la troisième consultation d'un couple de trentenaires et une seconde lors de la première consultation d'une femme âgée de trente-cinq ans, les patientes et patients, tout en concédant ma présence au sein de la salle de consultation, ont catégoriquement refusé de me voir procéder à un enregistrement audio du rendez-vous. Malgré mon insistance sur l'anonymat et le sérieux scientifique de ce travail de recherche, l'intrusion associée au dictaphone a été jugée inacceptable. Dans ces deux situations, le matériel recueilli lors des observations est beaucoup moins riche car nettement moins fourni, beaucoup moins précis et détaillé. Si la qualité des données en pâtit, il était tout de même préférable de rester. Des éléments importants ont ainsi pu être recueilli lors de ces consultations chez Fany Lebois. Il ont en outre pu être complétés par la retranscription intégrale des cinq autres consultations

14. Il s'est révélé en effet très heuristique de disposer de l'enregistrement d'une seconde consultation faisant suite à une première observée également.

que nous avons pu à la fois observer et enregistrer dans ce cabinet.

J'ai également été confronté à des formes plus euphémisées d'expressions de réticences chez les patientes et patients. Ma présence en consultation, grâce à l'autorisation de la diététicienne qui légitime et accrédite le sérieux de ma présence, a toujours été acceptée. Cette première demande d'acceptation a lieu dans la salle d'attente. La diététicienne sort pour inviter sa patiente ou son patient à entrer dans la salle de consultation. Je sors alors avec elle. Pauline Malon ou Fany Lebois me présente ainsi et demande au patient ou à la patiente si cela les dérange que je sois présent durant la consultation « pour [mes] recherche ». La réponse est toujours la même. Non, cela ne les dérange pas. Une moue un peu sceptique accompagne parfois l'acceptation explicite. Une fois dans le cabinet cependant, je m'empresse de demander si le patient ou la patiente ne trouve pas dérangeant le fait que j'enregistre la consultation avec un dictaphone. C'est à cette occasion que des formes euphémisées, lorsqu'elles ne se traduisent pas par un refus explicite de l'enregistrement, d'expression de la réticence apparaissent chez une partie des patientes et patients. L'expression euphémisée de la réticence peut prendre la forme d'exclamations soulignant l'accumulation des contraintes engendrées par mes sollicitations. Le patient ou la patiente accepte alors l'enregistrement après s'être exclamé(e) : « ah, en plus ! » ou « ça fait beaucoup ! ». L'expression de la réticence peut s'avérer plus subtile par l'intermédiaire du ton sur lequel le patient ou la patiente concède l'enregistrement de la consultation. Plus généralement, une partie des patientes et patients ont pu manifester implicitement une petite gêne liée à ma présence. Ces formes implicites d'expression des réticences sont perçues par Pauline Malon, par exemple. Cela a pu accroître ses réticences à m'accueillir davantage en consultations pour des observations. En particulier, Pauline Malon s'est efforcée de toujours éviter de me faire venir à deux consultations d'une même patiente. L'occasion aurait par exemple pu se présenter durant les vacances de printemps 2017. Françoise¹⁵, une patiente dont la première consultation avait fait l'objet d'une observation le jeudi 22 décembre 2016, avait un rendez-vous durant une journée où j'étais présent au cabinet de Pauline Malon pour effectuer des observations. Cette dernière m'a cependant explicitement demandé de venir plus tard dans l'après-midi afin de ne pas

15. Les patientes et patients désignés par leur seul prénom, anonymisé, sont les patientes et patients observés au cours d'une ou deux consultations n'ayant pas été interviewés par la suite. J'ai systématiquement invité ces personnes à me contacter afin d'effectuer un entretien relatif à leur suivi diététique. J'ai cependant rencontré peu de succès dans cette entreprise. Les patientes interviewées ont la plupart du temps été recrutées avec le concours de leur diététicienne. Celle-ci me communiquait par exemple leurs coordonnées et je leur envoyais une demande d'entretien par mail. La diététicienne, de son côté, leur parlait généralement de moi lors d'une consultation pour les inviter à accepter l'entretien.

être présent pour le rendez-vous de Françoise. Pauline Malon l'avait en effet sentie perturbée par ma présence lors de son premier rendez-vous. Si l'observation de cette consultation aurait été intéressante car elle aurait permis de constater l'évolution du suivi diététique de cette patiente, l'accès au terrain m'a été refusé car l'intrusion était jugée trop dérangeante pour Françoise. Il n'y avait aucune marge de négociation possible¹⁶ d'autant que la gêne induite par ma présence me semblait compréhensible, surtout à l'occasion d'une première consultation. Il fallait prendre en compte les réticences de cette patiente. Les éventuelles réticences des patientes par rapport à la présence d'un observateur extérieur, sont par ailleurs anticipées par Pauline Malon à l'occasion d'une séquence particulière au cours de la consultation : la pesée.

2.1.3 Intrusion masculine

Au cours de chaque consultation Pauline Malon invite ses patientes et patients à procéder à la pesée. Il s'agit d'une séquence particulière au cours de laquelle le patient ou la patiente se déshabille partiellement, jusqu'à ne plus être vêtu(e) que de sous-vêtements, puis est mesuré(e) avant de monter sur la balance de la diététicienne. Fany Lebois pèse également ses patientes et patients, sauf exception lorsque ceux-ci ne souhaitent pas procéder à la pesée, mais elle ne demande pas à ces derniers de se dévêtir. J'ai pu assister à toutes les consultations chez Fany Lebois dans leur intégralité. A l'inverse, Pauline Malon me demandait systématiquement de sortir avant la pesée : « On va demander à Étienne de sortir ».

Sophia Rosman, à l'occasion de la restitution d'une enquête ethnographique sur « les pratiques de prescription des médecins généralistes », au cours de laquelle elle a assisté à plusieurs dizaines de consultations médicales au sein de plusieurs cabinets, précise qu'elle n'assistait jamais à « l'examen clinique¹⁷ ». La raison invoquée par les médecins généralistes pour justifier son renvoi au moment de l'examen clinique était le caractère inviolable du secret médical. Cet argument n'a jamais été avancé par Pauline Malon pour motiver mon exclusion au moment de la pesée. En outre, la caractéristique inaltérable du secret médical aurait dû, sous cette hypothèse, conduire tout autant à mon exclusion des consultations de Fany Lebois. Or,

16. Sinon peut-être laisser mon dictaphone sans être présent au cours de la consultation, mais cette possibilité ne m'était pas encore parvenue à l'esprit.

17. Sophia ROSEMAN (2010), « Les pratiques de prescription des médecins généralistes. Une étude sociologique comparative entre la France et les Pays-Bas », dans : *Singuliers généralistes : sociologie de la médecine générale*, Presses de l'École des hautes études en santé publique, Rennes, p. 121.

cela n'a jamais été le cas. A l'inverse, il paraît raisonnable de supposer que mon exclusion repose sur un effet du genre. Si le regard du médecin homme, gynécologue par exemple, est déssexualisé sous l'effet de son statut professionnel¹⁸, le regard d'un doctorant en sociologie, par effet de genre, est assimilé non pas au regard neutre du scientifique mais au regard d'un homme. La présence du regard d'un homme constitué en tant que regard d'homme et non de médecin, sexualise en retour, par un effet du genre, le corps dénudé des patientes. Ma présence est donc anticipée par Pauline Malon comme induisant cette sexualisation du corps de ses patientes au moment de la pesée. L'effet dérangeant de cette intrusion sociologique, qui se mue plus spécifiquement à cette occasion en une intrusion sociologique masculine, serait décuplée. Elle préfère donc, par prévention, me demander de « sortir » afin d'éviter cette intrusion masculine.

Cette interprétation est soutenue par plusieurs constats. Premièrement, mon exclusion au moment de la pesée ne s'est produite qu'au sein du cabinet de Pauline Malon. Or, contrairement à Fany Lebois, qui ne demande à ses patientes de n'ôter que leurs chaussures, cette dernière demande à ses patientes de se dévêtir à l'occasion de la pesée. Deuxièmement, j'ai observé en direct quatorze consultations chez Pauline Malon, dont trois sans exclusion au moment de la pesée. Or, ces trois consultations ont pour point commun d'être les seules non consacrées à des patientes. Il y avait une consultation consacrée à un enfant. Pauline Malon ne demande aux enfants de ne retirer que leurs chaussures. Les deux autres consultations étaient consacrées à des familles et dans les deux cas seuls une enfant et le père se sont pesés. Ainsi, il s'agissait d'enfants, non dévêtus qui plus est, et d'un homme en sous-vêtement. Or, l'hétéronormativité induite par le genre tend à ne sexualiser sous le regard des hommes que les corps des femmes. Ces exceptions n'en sont donc pas et elles viennent conforter l'hypothèse d'un effet de genre venant constituer l'intrusion sociologique en une intrusion masculine. Enfin, troisièmement, désirant accéder, au moins partiellement, à ce qu'il se passait durant la pesée, en particulier en matière d'interprétation du résultat, j'ai demandé à Pauline Malon, durant les observations effectuées pendant les vacances de printemps 2017, s'il était possible de laisser fonctionner le dictaphone durant la pesée. Auparavant en effet, elle coupait le dictaphone, qui se trouvait sur son bureau, au moment où elle me demandait de sortir. Pauline Malon a accepté très facilement, ne voyant aucun inconvénient à ce que le dictaphone poursuive l'enregistrement durant la pesée. Il apparaît ainsi que le sens incriminé

18. Pierre BOURDIEU (1998), *La domination masculine*, Seuil, Paris.

n'était pas l'ouï, mais bien le regard que l'observateur porte, par sa présence, sur le corps partiellement dévêtu, des patientes. La présence du dictaphone ne saurait sexualiser le corps des patientes contrairement à celle de l'observateur. Ainsi, durant la pesée, si l'intrusion en tant que telle est tolérée, l'intrusion masculine est rejetée.

Être un homme sur un terrain où se rencontrent très majoritairement des femmes peut être un atout considérable. Le genre, dans cette situation, appuie le sérieux associé à une recherche doctorale. En outre, qu'un homme s'intéresse à la diététique et aux diététiciennes peut être remarquable car inhabituel. Cela a pu, parfois, faciliter mon accès au terrain¹⁹. A l'inverse, l'observation directe de la pesée des patientes chez Pauline Malon m'a été interdite, impossible, en raison de mon appartenance de sexe. L'accès à ce terrain spécifique m'a ainsi été refusé.

A travers la description de l'accès plus ou moins difficile aux observations de consultations, commence à apparaître la dépendance envers les enquêtées principales.

2.2 Dépendance envers les enquêtées principales

La dépendance envers les enquêtées principales a déterminé dans une certaine mesure mon accès au terrain, aux enquêtés, et donc en partie le type de données récoltées. L'accès au terrain a été partiellement contrôlé, filtré, par les enquêtées principales.

Je désigne par enquêtées principales les cinq diététiciennes qui sont partie prenante, directement ou indirectement, de plus d'une unité de données. Une unité de données est un entretien ou l'observation d'une consultation. Ces enquêtées principales ont accepté d'effectuer avec moi un entretien et m'ont en outre orienté vers une de leurs patientes ou ont accepté ma présence à au moins une consultation. Lorsque j'évoque mon « enquêtée principale », je désigne Pauline Malon, la sociologue de Mélieu, qui est la plus présente, directement et indirectement, dans nos données, et avec qui nous avons pu nouer une relation d'enquête privilégiée. Nous y reviendrons plus loin (*cf* section 2.3 page 65).

La dépendance vis-à-vis des enquêtées principales se manifeste par un pouvoir de filtrage, c'est-à-dire un contrôle de l'accès au terrain. Les enquêtées principales ont accepté de

19. En anthropologie ou dans les enquêtes ethnographiques (de monographies par exemple), la dépendance envers les « informateurs » a été mise en évidence. Voir par exemple William Foote WHYTE (1996), *Street corner society : la structure sociale d'un quartier italo-américain*, La Découverte, Paris

collaborer à l'enquête davantage que la plupart des diététiciennes et diététiciens rencontrés. Leur participation ne s'est pas limitée à un entretien. Ces diététiciennes m'ont donc offert un accès plus large au terrain, à leur pratiques, *etc*, en me mettant en relation avec une de leurs patientes ou en me laissant assister à une ou plusieurs de leurs consultations. Cet accès n'est cependant pas laissé à ma propre initiative. Il reste sous le contrôle des diététiciennes.

2.2.1 Les entretiens

L'exemple des entretiens effectués avec des patientes est révélateur. Si l'on excepte les cas de Simone et Paul Liseron et de Marie-Laure Jacques, qui ont été recrutés par interconnaissance, il m'a fallu le concours des diététiciennes pour recruter une de leurs patientes en vue de procéder à un entretien. Il s'est en effet révélé très difficile de contacter des patientes et patients sans passer par leurs diététiciennes et diététiciens. Il n'existe pas, en effet, à ma connaissance, d'association de patientes et patients de diététiciennes et diététiciens libéraux. Je n'ai donc pas pu trouver de registres en ligne de patientes et patients à contacter. Les patientes et patients ne recherchent pas de visibilité. Ils sont consommateurs et non offreurs de services diététiques. Alors qu'il y a des enjeux professionnels pour les diététiciennes et diététiciens à pouvoir être aisément contactés, en étant visibles sur Internet notamment, les patientes et patients préfèrent au contraire être discrets. Une diététicienne parisienne, Marie Le Roux, précisait même en entretien qu'elle ne pouvait pas espérer recruter efficacement des patientes et patients par recommandations interpersonnelles profanes, c'est-à-dire sans intervention d'un médecin, par « bouche-à-oreilles » :

Étienne : vous pensez qu'il y a du bouche-à-oreilles ?

Marie : Y a du bouche-à-oreilles mais je dirais que ce n'est pas non plus comme on se transmet les coordonnées quand on est content d'un bon dentiste. Parce que quand même, les gens se livrent à travers les consultations. Le rapport avec son poids, son image, est quand même quelque chose d'assez personnel. Donc je pense qu'il y a un peu quand même, vis-à-vis d'un psychologue, ou, voilà . . . déjà on ne le dit pas forcément à quelqu'un. (. . .) Le bouche-à-oreille marche mais ce n'est pas . . .

E : Mais on peut garder ça secret. C'est ça que vous voulez dire ?

M : Ouais.

E : Et puis on ne demande pas forcément à ses voisins . . .

M : Bien-sûr.

Les patientes et patients de Marie Le Roux sont réticents à l'idée de parler de leurs

suivis diététiques à leurs proches ou leurs « voisins ». « On ne dit pas forcément à quelqu'un » que l'on est suivi par une diététicienne ou un diététicien, ce qui limite la possibilité de recruter des patientes et patients par un effet de « bouche-à-oreilles ». Les coordonnées d'une bonne diététicienne ne se transmettent pas comme celle d'un bon dentiste. Cela s'explique par la spécificité des suivis diététiques, à l'instar des suivis psychologiques, au cours desquelles il est questions de thèmes « assez personnels » comme le « rapport [à] son poids ». « Les gens se livrent à travers les consultation » et ne souhaitent pas nécessairement que cela se sache. Le fait de consulter une diététicienne libérale pour perdre du poids semble donc s'apparenter à une forme de stigmat. Il convient donc pour les patientes et patients de couvrir, de cacher, cette déviance. Le secret, la dissimulation, est une des stratégies possibles de gestion du stigmat. Cela est particulièrement efficace pour ce type de stigmates non corporels, « discréditables » au sens de Goffman²⁰.

La discrétion recherchée par la plupart des patientes et patients à propos de leur suivi diététique rend délicat le recrutement direct de patientes et patients. Il n'y a pas, par exemple, d'association à contacter. Il m'a donc fallu, mis à part les deux cas de recrutement par interconnaissance, solliciter la coopération des diététiciennes et diététiciens interviewés. Or, le recrutement de patientes, car mise à part un couple il ne s'agit que de femmes, n'a été effectif que lorsque des diététiciennes m'ont directement mis en relation avec des patientes choisies à leur discrétion. Trois patientes ont ainsi été recrutées suite à l'observation d'une de leurs consultations. Elles m'ont contacté après la consultation. Les consultations auxquelles j'ai pu assister ont cependant, dans une certaine mesure (*cf* section 2.2.2 page suivante), été filtrées à la discrétion des diététiciennes. Les trois autres patientes recrutées par l'intermédiaire direct de diététiciennes, Laura Barjou, Alyssa Ravelli et Gisèle Pommier, m'ont été recommandées par leur diététicienne. En aval de l'entretien effectué avec les diététiciennes de ces patientes, ou durant les observations de consultations au sein du cabinet de Pauline Malon en ce qui concerne Alyssa Ravelli, je les ai sollicité pour obtenir les coordonnées d'une de leurs patientes ou d'un de leurs patients afin d'effectuer un entretien. La demande adressée par la suite était ciblée, comme l'était la recommandation. Ces demandes se sont donc avérées efficaces parce qu'appuyées, presque décidées, par des diététiciennes. A l'inverse, lorsque des diététiciennes ont accepté de diffuser auprès de leurs patientes et patients un mail générique, au sens d'impersonnel, préalablement rédigé par mes soins, invitant leurs patientes et patients à me

20. GOFFMAN, *Stigmat*, *op. cit.*

contacter en vue de faire une interview, je n'ai obtenu aucune réponse intéressée.

Ainsi, le pouvoir de filtrage des diététiciennes sur les entretiens effectués avec des patientes et patients a donc été considérable. Cela n'invalide pas pour autant les données d'enquête. Ces entretiens se sont révélés particulièrement riches et il m'a semblé heuristique de croiser les points de vue dans l'analyse. En outre, le croisement des données permet également de comparer et parfois de recouper des informations, sur les pratiques de suivi par exemple, à partir de plusieurs sources. Il convient cependant de conserver à l'esprit les conséquences de l'exercice par les diététiciennes de leur pouvoir de filtrage. Les patientes ainsi interviewées se sont révélées être, du fait de leur mode de recrutement, très satisfaites de leur suivi diététique et de leur diététicienne. Cela n'est pas forcément contrariant dans la mesure où ce travail de thèse n'a pas pour objectif de juger de la pertinence des suivis diététiques en libéral. En revanche, les patientes interviewées étaient toutes engagées dans un suivi de longue durée, généralement plus d'un an, puisque satisfaisant. La diversité de la population rencontrée en pâtit dans la mesure où tout un ensemble de patientes et patients, qui ne consultent une diététicienne que sur une courte durée, n'effectuant qu'un à quelques rendez-vous, n'apparaissent pas parmi la population enquêtée par entretiens. Cependant, cette catégorie de patientes et patients est présente dans les consultations puisque j'ai pu observer, par exemple, six premières consultations.

2.2.2 Les consultations

L'accès aux observations de consultations est, d'une façon peut-être contre-intuitive, moins filtré par Pauline Malon et Fany Lebois. Mon enquêtée principale et Fany Lebois exercent d'une façon plus limitée un pouvoir discrétionnaire de filtrage. Le contrôle dans l'accès au terrain existe puisque je dois négocier avant chaque période d'observations au cabinet. Les diététiciennes décident ainsi du jour et de l'heure à laquelle je suis convié. Cependant, j'ai à quatre reprises été invité à venir observer l'ensemble des rendez-vous ayant lieu sur une journée. Le pouvoir discrétionnaire de filtrage ne s'est ainsi effectué, dans la majorité des cas puisque ces quatre journées regroupent dix-neuf des vingt-trois consultations observées, qu'au niveau de la journée et non des consultations. J'ai ainsi pu assister à une grande diversité de consultations, tant au niveau de la situation dans le suivi que du type de patientes et patients concernés.

Le pouvoir de filtrage a donc été exercé d'une façon limitée. Il a en particulier été

effectif à l'occasion de mes observations au cours des vacances de printemps 2017 au sein du cabinet de Pauline Malon. Je n'ai pu assister, au cours de cette semaine consacrée à l'enquête de terrain, qu'à trois consultations au sein de son cabinet. La diététicienne de Mélieu ne me conviait que pour des consultations précises choisies. Elle m'invitait cependant principalement en fonction de son emploi du temps. J'aurais dû assister à deux autres consultations mais cela n'a pas été possible à cause d'une annulation de dernière minute de la part de la patiente concernée. Le biais induit par le filtrage n'est pas évident à déterminer dans la mesure où une diversité des profils est présente au sein même des trois consultations effectuées durant ces vacances scolaires. J'ai assisté à deux premières consultations, d'une secrétaire âgée de trente ans et d'une ingénieure âgée de trente-cinq ans, ainsi qu'à une consultation routinière d'une patiente d'une quarantaine d'années suivie de longue date pour des questions esthétiques et un suivi post opératoire. Pauline Malon ne connaissait pas les deux patientes venant pour une première consultation. En outre, le premier rendez-vous est déterminant pour le déroulement et notamment la pérennité du suivi. Inviter un observateur extérieur à ces deux occasions semble donc risqué. L'effort consenti par Pauline Malon est donc conséquent ce qui tend à soutenir l'idée d'un usage très limité du pouvoir discrétionnaire de filtrage.

Ce dernier a cependant été explicitement employé en une occasion. J'ai été invité à n'observer aucune consultation le vendredi 14 avril 2017. Mes notes sur mon journal de terrain expliquent comment la diététicienne de Mélieu a justifié ce refus de terrain :

« Pauline Malon ne souhaite pas me proposer de venir à certains de ses rendez-vous, notamment ceux du vendredi matin, car ce sont des femmes au bout du rouleau, qui pleurent systématiquement en consultation, qui ne souhaitent pas pour autant aller voir des psy, et pour qui la consultation est un moment privilégié de soulagement où elles peuvent se décharger d'un poids. Elle dit avoir peur que ma présence les empêche de profiter de leur moment. En outre, elle dit être elle-même parfois gênée par les « révélations » que peuvent lui confier ces femmes (sous-entendu « alors moi », je le serais bien davantage). »

Le confort des patientes est invoqué par Pauline Malon pour m'interdire l'accès aux consultations du vendredi matin. Les consultations avec Pauline Malon constituent pour ces patientes un « moment privilégié ». Ma présence les empêcherait d'éprouver un soulagement complet. Elles seraient entravées, conscientes d'être observées, dans leurs confidences voire leurs « révélations ». L'intrusion sociologique altérerait trop radicalement le cours normal de ces consultations. Cela la rend intolérable. Il s'agit d'un argument non discutable et qui m'a

semblé tout à fait compréhensible. Il se double cependant d'un argument implicite tout à fait contestable du point de vue du sociologue. En décrivant le contenu de la consultation, Pauline Malon insiste sur le fait que l'on n'y parle pas diététique ou d'alimentation. Elle estime ainsi implicitement que cela ne doit pas être intéressant pour moi. Or, je n'ai pas construit mon objet de recherche en souhaitant exclure de l'enquête les consultations que d'aucun pourraient juger « peu sérieuses » parce que ne portant que très partiellement sur des questions en lien avec l'alimentation, le poids et la santé. Au contraire, j'aurais aimé pouvoir assister à ce genre de consultations puisque ces patientes existent et sont tout autant prises en charge par Pauline Malon que les autres patientes et patients. Cela fait partie de son travail de diététicienne. Interviewer ces patientes aurait de même été intéressant. L'accès spécifique à ce terrain m'a été refusé en observations directes. J'ai cependant pu y avoir partiellement et indirectement accès à travers les témoignages et commentaires, au cours des observations et en entretien, de Pauline Malon, à propos de ces patientes.

L'admission partielle, sélective, d'un observateur extérieur se comprend au regard des enjeux, économiques notamment, dans lesquels sont pris les diététiciennes et diététiciens rencontrés. Ils ne bénéficient pas de la condition scolastique²¹, distante du marché, qu'assure le contrat doctoral. Ces considérations ont fait l'objet de réflexions au cours du printemps 2017. Tout en désirant assister au plus grand nombre de consultations possible, je souhaitais préserver la relation d'enquête privilégiée nouée avec Pauline Malon, l'enquêtée principale. Préserver cette relation supposait de limiter l'intrusion sociologique en respectant bien évidemment les souhaits de la diététicienne, mais également en s'abstenant de trop solliciter son aide.

2.3 Solliciter l'enquêtée principale

Pauline Malon est l'enquêtée principale dans la mesure où elle est la personne qui a le plus contribué à l'enquête de terrain. J'ai effectué avec cette diététicienne un entretien exploratoire, quatorze observations directes et une indirecte auto-enregistrée, ainsi qu'un entretien. En outre, elle m'a mis en relation avec deux patientes avec lesquelles j'ai procédé à un entretien. Enfin, elle m'a recommandé auprès d'une autre diététicienne de la région de Mélieu, Cassandra Rosset.

21. Pierre BOURDIEU (1997), *Méditations pascaliennes*, Seuil, Paris.

Pauline Malon est devenue l'enquêtée principale parce qu'elle est la diététicienne de ma famille depuis 2008, l'année de son installation en libéral à Mélieu, une petite ville située en milieu rural dans la région lyonnaise. Je ne connaissais pas Pauline Malon personnellement avant le commencement de ce travail de recherche. Ma sœur a cependant effectué quelques consultations avec elle, de même que ma mère qui consulte toujours Pauline Malon environ une fois tous les deux ou trois mois. Nous nous connaissions indirectement à travers ce que nous disait de l'une et de l'autre ma mère. Surtout, j'ai sollicité Pauline Malon dès les débuts de l'enquête puisqu'elle constituait pour moi un accès privilégié, facile, à un premier terrain. La relation de travail mais également presque amicale qui unit ma mère et cette diététicienne rendait aisée la prise de contact et probable l'acceptation d'une collaboration à l'enquête. C'est la raison pour laquelle je l'ai sollicitée pour un entretien exploratoire puis pour effectuer des observations durant les vacances de Noël 2016.

Pauline Malon a ainsi occupé une position particulière, assez centrale, dans le dispositif d'enquête. La diététicienne de Mélieu étant singulièrement bien disposée à participer à mon travail de terrain, je l'ai sollicitée davantage que les autres enquêtées principales. En requérant à plusieurs reprises un accès à son cabinet pour y observer des consultations, je lui demande beaucoup. Elle est de bonne volonté mais je sais et sens que ma présence peut déranger, indisposer, certaines patientes comme Françoise. Des stratégies d'allègements ciblés de ma présence, en fonction des gênes occasionnées par l'intrusion sociologique, sont alors mis en pratique par Pauline Malon, comme en témoignent mes notes de terrain relatives au cas de la consultation de Françoise durant les vacances de printemps 2017 :

« Conversations informelles après l'observation d'une consultation de suivi le 11 avril 2017 après-midi :

Pauline Malon me parle de Françoise. J'avais assisté à son premier rendez-vous à Noël. Elle est institutrice. Elle semblait cependant gênée par ma présence puisque, par exemple, elle baissait la voix lorsqu'elle avouait manger un peu compulsivement des chocolats. C'est la raison pour laquelle elle préfère que je vienne à 16h et non 15h demain après-midi. Mais elle lui reparlera de moi et lui redonnera²² mes coordonnées en espérant qu'elle me recontactera pour un entretien. »

Pauline Malon préfère épargner à sa patiente Françoise la gêne que ne manquerait pas d'engendrer une seconde intrusion sociologique au sein de sa consultation. Elle m'invite

22. J'avais déjà communiqué une première fois mes coordonnées à Françoise à la fin de son premier rendez-vous auquel j'avais pu assister en décembre 2016.

ainsi à me rendre une heure plus tard à son cabinet le lendemain après-midi. Elle me propose cependant, pour contrebalancer cette restriction en participant différemment à mon enquête, de me recommander auprès de Françoise dans le but d'effectuer un entretien. Elle le fit « en espérant qu'elle me recontactera », mais cela n'advint pas.

Ainsi l'intrusion constitue une entrave au déroulement normal des consultations, c'est-à-dire de l'élément principal de son travail, de l'élément déterminant la satisfaction de ses patientes et patients, la pérennité de sa patientèle, et donc son niveau de rémunération. Cela m'a contraint à prendre en compte ces conséquences, auxquelles s'ajoutent le stress et la charge mentale supplémentaire qui peuvent résulter du fait d'être observée dans son travail, dans mes sollicitations adressées à mon enquêtée principale. Afin de préserver cette relation d'enquête, dans l'espoir notamment d'effectuer un entretien, qui a eu lieu en juillet 2017, j'ai dû limiter mes sollicitations. Il a fallu estimer la recevabilité des demandes exprimées dans le cadre de la relation d'enquête. Ne pas aller trop loin dans mes sollicitations adressées à l'enquêtée principale est ainsi devenu une préoccupation.

Le modeste présent offert à Pauline Malon au début de la semaine d'observations durant les vacances de printemps 2017, un petit ouvrage de la collection Repères aux éditions de la Découverte, consacré à la sociologie de l'alimentation, a constitué, comme cela a été souligné précédemment, une forme très euphémisée d'explicitation de la logique de don-contre don²³ propre à toute relation d'enquête²⁴. Dans le cadre de la relation d'enquête privilégiée construite avec Pauline Malon, une telle pratique me semble justifiée et utile. Elle m'a permis d'offrir en retour, en contre-don de sa collaboration poussée, autre chose que de simples remerciements réitérés à de nombreuses reprises. J'ai éprouvé un léger soulagement au moment de la remise du modeste présent. Il semble ainsi que j'ai pu moi-même ressentir la troisième obligation du don, celle de rendre.

23. Marcel MAUSS (2007), *Essai sur le don : forme et raison de l'échange dans les sociétés archaïques*, Presses Universitaires de France, Paris.

24. Nous ne sommes tout de même pas allés jusqu'à rémunérer nos enquêtés, ce qui constitue le degré le plus élevé d'explicitation de la relation de don-contre don. Gérard Mauger, par exemple, y a eu recours lors d'enquêtes auprès de jeunes de milieux populaires, particulièrement éloignés socialement de l'enquêteur sociologue. « Il nous est arrivé également de rémunérer des entretiens, non pas, comme on le fait ordinairement, à des enquêteurs, mais à des enquêtés. Le moyen s'est avéré efficace pour vaincre « les résistances » de certains jeunes de milieux populaires particulièrement « rétifs à l'enquête », voir MAUGER, « Enquêter en milieu populaire », *art. cit.*, p. 132

3 Conclusion

La méthode déployée au cours de cette enquête répond au parti pris adopté lors de la construction de l'objet de recherche. Il s'est agi en effet de se placer alternativement du côté des patientes et patients et du côté des diététiciennes et diététiciens, par le recours aux entretiens, et d'observer également, *en acte*, leurs rencontres au cours des consultations. Recueillir ainsi une diversité de données permet de croiser les points de vue au cours de l'analyse, soutenant ainsi son caractère heuristique. L'accès aux patientes et patients pour effectuer des entretiens, et aux consultations pour procéder à des observations, a été marqué par une dépendance envers les enquêtées diététiciennes principales. Tout se passe en effet comme si l'observation de consultations était une intrusion sociologique. L'usage par les diététiciennes de leur pouvoir de filtrage apparaît comme une réaction aux effets de ces intrusions sociologiques à répétition. Le confort des patientes et patients constitue un enjeu professionnel, économique notamment, pour les diététiciennes ayant le plus coopérées à l'enquête. L'encadrement de l'accès aux observations se justifie ainsi au regard de la dégradation potentielle du confort des patientes et patients au cours des consultations dont le prix, parfois considérable au regard de leurs ressources, est à leur charge, tant l'accès au remboursement est limité.

Chapitre 2

Exercer la diététique, s'installer en libéral : entre goût et pragmatisme

Ce chapitre entend adopter plus spécifiquement le point de vue des diététiciennes et diététiciens. Il nous est apparu nécessaire de mettre en évidence les conditions et les manières d'entrer dans la filière scolaire diététique et de s'installer en libéral. Comprendre ces choix, relatifs à une orientation scolaire professionnalisante et à la carrière professionnelle, effectués par les futures diététiciennes et diététiciens, permet dans un second temps d'éclairer certains aspects des rapports qu'entretiennent les enquêtés avec leurs patientes et patients. Si les manières d'entrer¹ en diététique puis de s'installer en libéral diffèrent, notamment selon l'âge, l'expérience professionnelle passée, les goûts et dispositions de nos enquêtés et leur position sociale, elles présentent également des similitudes. Elles sont en particulier marquées, pour la plupart, par la présence de ruptures de trajectoires professionnelles ou de réorientations scolaires, que l'on s'attache à caractériser au cours de ce chapitre. En outre, au-delà des goûts, les trajectoires d'entrée en diététique et d'installation en libéral sont également souvent caractérisées par des choix que l'on pourrait qualifier de pragmatiques² ou instrumentaux.

1. L'utilisation du terme « entrer » en diététique fait référence au sentiment de vocation et parfois à la passion qu'une partie des enquêtés a pu éprouver lors du choix qu'ils ont fait d'exercer la diététique. En outre, les difficultés durables, financières notamment, qu'ont pu rencontrer la majorité des diététiciennes et diététiciens rencontrés, lors de leur installation en libéral, peut également justifier de l'usage de l'expression « entrer en diététique » comme on entrerait en politique ou dans les Ordres.

2. Le terme « pragmatique » est employé selon son usage courant. Ainsi, il désigne le fait d'effectuer des choix guidés par des considérations matérielles, en fonction d'opportunités et de chances de succès anticipées.

S'installer en libéral signifie choisir d'exercer la diététique dans le secteur privé, par opposition au secteur hospitalier. Si la plupart des diététiciennes et diététiciens libéraux ont des activités annexes généralement sous la forme d'ateliers effectués au sein de collectivités, comme des maisons de retraite, ou des entreprises, la majeure partie de leur activité professionnelle a lieu à leur cabinet. Celui-ci peut être individuel. Il est cependant le plus souvent situé au sein d'un centre para-médical (d'autres praticiens, des psychologues par exemple, exercent ainsi dans des cabinets mitoyens) ou, en milieu rural, au sein d'une maison de santé. L'installation en libéral ne constituait pas, pour la grande majorité des diététiciennes et diététiciens rencontrés, à l'origine, le mode d'exercice envisagé. L'incertitude économique inhérente au libéral et le manque d'expérience professionnelle constituent, notamment, des entraves à l'installation en libéral. Malgré ces inconvénients, ce chapitre rend raison du choix du libéral effectués par les diététiciennes et diététiciens rencontrés. Enfin, nous verrons que les diététiciennes et diététiciens rencontrés sont inégalement dotés en ressources permettant de persévérer et de réussir en libéral, c'est-à-dire de développer sa clientèle jusqu'à permettre une rentabilité de l'activité³. Cela se traduit notamment par un rapport au temps, c'est-à-dire une projection dans le métier et un horizon temporel et donc des expériences professionnelles subjectives, très différenciés.

1 Entrer en diététique. Des trajectoires en ruptures

Nous entendons montrer dans cette section que les trajectoires professionnelles des diététiciennes et diététiciens que nous avons rencontrés sont marqués, pour la grande majorité d'entre elles, par des ruptures. Il est à noter que nos résultats qualitatifs, bien que n'ayant pas vocation à être « représentatifs » au sens statistique du terme, s'avèrent congruents avec des études quantitatives nord-américaines⁴, qui mettent en évidence le fait que la plupart des étudiantes et étudiants en diététique ont connu une reconversion scolaire, parfois d'ampleur, dans le supérieur. Ces ruptures, qu'elle soient professionnelles ou scolaires, si elles présentent un intérêt *sui generis* pour le sociologue, sont également le ferment de représentations et d'attentes ou aspirations professionnelles, et donc de choix professionnels de nature à enrichir notre compréhension des pratiques de suivi diététique en libéral. En particulier, ces ruptures

3. Pour un développement sur les questions de rentabilité économique de l'activité en libéral, voir le chapitre 3.

4. GINGRAS et al., « New Dietetic Practitioners' Perspectives », *art. cit.*

s'avèrent, au-delà des goûts et dispositions et du sens subjectif que nos enquêtés donnent à leurs trajectoires, déterminer en partie le choix de la diététique, et du secteur libéral comme nous le verrons au sein de la section suivante. Bien que pouvant parfois recourir au discours de la passion, les diététiciennes et diététiciens rencontrés ont choisi la diététique prioritairement en raison de considérations pragmatiques⁵, et parfois, mais non systématiquement, par défaut, notamment d'être en mesure de « faire médecine ».

1.1 Des trajectoires en ruptures

Au sein de cette sous-section sont détaillées les deux catégories de ruptures (professionnelles ou scolaires et familiales) ainsi que les cas de réorientations scolaires. Nous traiterons également des cas, minoritaires, de trajectoires rectilignes vers la diététique, sans véritable tournant. Il convient cependant, au préalable, de justifier l'usage du terme de « rupture ». L'ensemble des trajectoires non linéaires ne se prêtent par ailleurs pas à cet usage. Il peut ainsi s'avérer plus approprié, pour certaines trajectoires moins heurtées, de parler de « réorientation scolaire ». Cette analyse en terme de trajectoires et de ruptures s'inspire de la notion de « tournant ».

La notion de tournant, ou « *turning point* » en anglais, apparaît dans la sociologie américaine interactionniste de l'après Seconde Guerre Mondiale⁶. La notion désigne, dans une approche séquentielle de la trajectoire, professionnelle notamment, un point de bascule induisant un changement de direction, d'avenir professionnel. D'inspiration originellement simmelienne, elle a été formulée pour la première fois par E.Hugues⁷ qui l'articule avec celle de « carrière ». Dans leur article introductif à un ouvrage collectif intitulé « bifurcation », les auteurs précédemment cités dressent le bilan des usages de la notion en sociologie. En particulier, des divergences existent quant aux méthodes employées pour déterminer, délimiter,

5. Notons qu'il ne faut entendre aucun jugement de valeur dépréciatif dans cette assertion. Il s'agit bien au contraire du constat d'un choix d'orientation (scolaire et professionnelle) qui peut tout aussi bien être qualifié de rationnel, ou plutôt d'objectivement adapté aux contraintes objectives (durée des études, âge, coût financier, situation familiale, *etc*) pour emprunter à l'axiomatique de Pierre Bourdieu. Par ailleurs, notez que le terme « pragmatique » est employé dans son usage courant et non savant. Il ne fait pas implicitement référence au « courant pragmatique » en sociologie. Nous préférons expliciter son sens et l'utiliser parce qu'il décrit bien la réalité saisie par l'enquête plutôt que nous en priver en raison du fait qu'il *peut* renvoyer à un courant particulier en sociologie.

6. Marc BESSIN et al., dir. (2009), *1. Bifurcations : les sciences sociales face aux ruptures et à l'événement*, La Découverte, Paris.

7. Everett C. HUGHES (1958a), « Cycles, Turning Points, and Careers », dans : *Men and Their Work*, Free Press, pp. 11-22.

et donc définir, les tournants. Le chercheur peut par exemple, « dans la posture objectivante, [...] s'accorde[r] le droit d' "écrire l'histoire", de définir les temporalités, les événements, les bifurcations, selon ses propres critères et à partir des informations dont il dispose ». A l'inverse, nous préférons opter pour ce que les auteurs nomment⁸ le « narrativisme compréhensif ». « Le chercheur s'efforce [alors] de comprendre le sens que donnent les acteurs à des "événements" sans prendre parti lui-même sur la réalité ou la nature des événements ». Nous considérons qu'un tournant, scolaire ou professionnelle, vers la diététique, n'a de sens que s'il existe pour les enquêtés, c'est-à-dire s'il est vécu comme tel. C'est le regard rétrospectif que les diététiciennes et diététiciens portent sur leurs trajectoires, recueilli lors des entretiens, qui nous intéresse, dans la mesure où nous estimons que cette construction rétrospective nous renseigne sur le rapport qu'entretiennent ces diététiciennes et diététiciens à l'exercice professionnel de la diététique, et sur leurs représentations quant au métier et à leur avenir dans celui-ci. Ce sont ainsi les « tournants »⁹ constitués, rétrospectivement, par nos enquêtés comme des moments, ou plutôt des périodes, de basculement vers un nouveau « régime », une nouvelle « trajectoire », forcément durable relativement au point de basculement, qui nous intéressent.

Avant de clore l'introduction, il nous semble opportun de discuter des termes employés pour désigner les tournants observés dans les trajectoires des enquêtés et de proposer une définition. Le terme « tournant » nous semble trop neutre. Il est à la fois éloigné de la réalité objective des trajectoires saisies durant l'enquête, notamment en ce qui concerne les tournants professionnels tardifs et éloigné de l'expérience subjective des diététiciennes et diététiciens rencontrés. Les enquêtés ayant radicalement changé d'activité professionnelle, par exemple, ne considèrent pas avoir vécu un simple tournant dans leur trajectoire. Nous avons opté pour le terme de rupture pour désigner les tournants radicaux rapportés par les enquêtés. Les ruptures ne renvoient pas à de petits tournants au sein d'une trajectoire qui conserverait globalement les mêmes caractéristiques, la même direction. Il ne s'agit pas de simples passages d'un emploi à un autre dans un même secteur, d'un changement de filière à l'université tout en restant dans un même grand domaine (sciences, sciences sociales ou sciences humaines par exemple) et à un niveau d'études comparable. Ainsi, nous entendons par rupture, l'entrée dans une autre trajectoire significativement différente pour les enquêtés

8. BESSIN et al., *Bifurcations, op. cit.*, tableau, p.33.

9. Andrew ABBOTT (2009), « 11. À propos du concept de Turning Point », dans : *Bifurcations, La Découverte*, Paris, pp. 187-211.

(trajectoire vécue). La rupture doit en outre être observable, exister en dehors du discours des agents. Elle s'accompagne donc objectivement d'un changement de statut (par exemple : statut matrimonial ou parental, emploi/chômage, reprise d'études, changement d'occupation professionnelle, retraite, *etc.*). Les ruptures mises en évidence peuvent être de trois ordres : professionnelles, scolaires ou familiales. En ce qui concerne les tournants au sein de la trajectoire scolaire, nous préférons l'emploi du terme réorientations lorsque celui de rupture apparaît inapproprié car trop radical. Une réorientation scolaire doit s'entendre comme un changement de filière universitaire ou scolaire, qui peut supposer le passage à un niveau d'études inférieur mais sans changement radical de domaine.

1.1.1 Des réorientations scolaires

La plupart des diététiciennes et diététiciens¹⁰ que nous avons rencontrés ont connu des réorientations scolaires ou des ruptures professionnelles avant d'entrer dans une trajectoire (c'est-à-dire un régime stable, prévisible, et, dans le cas scolaire, prévu par l'institution) les conduisant au métier de diététicienne.

Dans un premier temps, nous traitons des réorientations scolaires, avant d'aborder les ruptures d'ordre professionnel. Les réorientations scolaires, qui se produisent plus en amont dans le cycle de vie que les ruptures professionnelles, sont vécues comme des tournants moins radicaux. Elles sont tout de même identifiées (*a posteriori*) comme des changements décisifs par les enquêtés, et correspondent, d'un point de vue extérieur, à un changement de trajectoire scolaire ; et donc d'avenir, de trajectoire professionnelle probable, tant le diplôme prédit, dans une large mesure, la position sociale occupée. Ces situations concernent, parmi les enquêtés, cinq diététiciennes.

Parmi ces cinq diététiciennes, trois se sont finalement orientées en diététique à défaut d'avoir été acceptées en deuxième année de médecine. Josiane Couloud, après avoir connu un parcours scolaire « toujours en zigzag » (elle a notamment été diplômée d'une école d'infirmière avant de passer son bac scientifique), à la fin des années 1960 et au début des années 1970, a tenté sans succès le concours de médecine à « Necker ». Elle « n'avai[t] pas le niveau ». C'est ainsi qu'elle s'est « dirigée vers la diététique ». Cette réorientation scolaire s'apparente à un « turning point convergeant »¹¹ lui ayant permis de passer d'une trajectoire scolaire

10. Les exceptions sont abordées un peu plus loin : cf section 1.1.3 page 83

11. ABBOTT, « 11. À propos du concept de Turning Point », *op. cit.*, p. 198.

chaotique, c'est-à-dire imprévisible à terme, vers une trajectoire stabilisée. Elle a en effet persévéré dans l'exercice professionnel de la diététique pendant une quarantaine d'années, jusqu'à son départ en retraite en 2012. Elle continue alors à suivre quelques patientes et patients sous le régime de l'auto-entrepreneur. Sara Perrier a également, après l'obtention d'un baccalauréat en 1998, suivi une première année de médecine sur Paris avant de choisir la filière diététique, sans équivalence. Enfin, Laure Blana, de près de quinze ans son aînée, a connu une réorientation subjectivement plus forte, s'approchant ainsi d'une rupture, dans la mesure où elle a échoué deux années de suite au concours de médecine au sein de la faculté de Créteil, et de très peu lors de la deuxième année. Son attachement au domaine de la médecine, et à la trajectoire qu'elle souhaitait emprunter, est manifeste dans sa justification du choix qu'elle a effectué en faveur de la diététique : « Je voulais rester dans le milieu médical ... Voilà, et je me suis orientée sur la diététique ». Notons que l'entrée dans une nouvelle trajectoire, c'est-à-dire un régime stable, prévisible, apparaît dans son récit. Elle explique en effet qu'elle « [est] rentrée à l'IUT de Créteil et [a] fait [s]es deux années à l'IUT de Créteil, *normal* »¹². Elle a en effet emprunté une trajectoire réglée, tracée, encadrée, par l'institution, qui mène sans surprise, *normalement*, au métier de diététicienne. Son attachement au domaine médicale apparaît par la suite au travers de la carrière d'une dizaine d'années qu'elle mena à l'hôpital jusqu'à la fin des années 1990. Diana Pardieu, dont la scolarité a précédé de quelques années celle de Sara Perrier, toujours en région parisienne, a connu une trajectoire comparable. Elle s'est en effet orientée vers la diététique à défaut de pouvoir persévérer dans la filière qu'elle avait initialement choisie. Après avoir obtenu une maîtrise de bio-chimie dans une université parisienne, elle n'est pas acceptée en master en raison d'un dossier trop faible scolairement. Elle entre alors en BTS de diététique. Il s'agit certes d'une filière proche de point de vue des disciplines enseignées, mais elle débute ainsi une nouvelle trajectoire, et se retrouve scolairement au niveau de la première année de licence. Il s'agit donc d'une réorientation importante parce que tardive.

Enfin, le cas de réorientation scolaire vécu subjectivement le plus nettement comme une rupture est celui de Marine Murier, une diététicienne âgée de vingt-neuf ans qui exerce en libéral depuis deux ans à Paris. Il s'agit objectivement d'une réorientation scolaire radicale puisqu'elle débute en 2012 un BTS diététique, à l'âge de vingt-cinq ans, après avoir obtenu un master 2 de droit à Paris. Cette réorientation radicale peut s'analyser comme une

12. C'est nous qui surlignons

rupture lorsqu'est prise en compte la rupture avec la tradition, et la filiation, familiale qu'elle constitue. En effet, les deux parents de Marine Murier sont eux-mêmes avocats. Son choix de réorientation rompt ainsi avec sa socialisation primaire familiale¹³. Cela accroît la radicalité, subjective et objective, de la réorientation, et en fait une rupture scolaire et familiale. Au-delà de la rupture tardive avec la filiation familiale, en choisissant de se réorienter, elle renonce aux bénéfices potentiels liés à un diplôme élevé et professionnalisant. Aussi, certains membres de son entourage lui font-ils remarquer la curiosité, le caractère inhabituel, de son choix (« avec un master en droit, c'est un petit peu particulier »). Elle s'est néanmoins radicalement réorientée. Plus encore, cette rupture constitue rétrospectivement pour elle un véritable processus de (re)conversion. Elle évoque en effet ce point de basculement en ces termes : « J'ai fait du droit à la base et je me suis reconvertie quand j'avais vingt-cinq ans ». Diplômée en 2014, elle s'installe en libéral dans un arrondissement parisien plutôt aisé où elle exerce lors de l'entretien en novembre 2016.

Ainsi, si la plupart des ruptures purement scolaires peuvent paraître peu spectaculaires, cela s'explique principalement par leur caractère précoce, à l'exception de Marine Murier et de Diana Pardieu, et assez nettement contraint, par des échecs. Les ruptures professionnelles en revanche, parce qu'elles supposent une trajectoire professionnelle préalable, et donc un certain avancement dans le cycle de vie, et, nécessairement, une réorientation scolaire également (puisqu'il faut passer par une filière professionnalisante, BTS ou IUT, avant d'exercer le métier de diététicien), sont de plus grande ampleur dans leurs conséquences, financières notamment, et donc plus atypiques socialement.

1.1.2 Des ruptures professionnelles

Il est frappant de constater à quel point sont nombreux les diététiciennes et diététiciens ayant connu des ruptures professionnelles au sein de notre échantillon. L'enquête n'ayant pas pour objectif la représentativité, nous ne sommes pas en mesure d'inférer une quelconque prévalence ou sur-représentation de ces situations au sein des diététiciennes et diététiciens libéraux. Il serait intéressant sur ce point de disposer de statistiques nationales permettant de retracer les trajectoires professionnelles des diététiciennes et diététiciens. Il n'en existe pas à notre connaissance.

13. Peter Ludwig BERGER et Thomas LUCKMANN (1989), *La Construction sociale de la réalité*, Méridiens, Paris.

L'analyse qualitative peut cependant repérer par comparaisons, des processus similaires, communs à une profession, une institution, *etc.* En ce qui concerne les ruptures professionnelles, que nous allons décrire, un mécanisme commun les relie malgré leur très grande diversité. L'ensemble des enquêtés ayant connu un tel changement de trajectoire, l'ont vécu comme une manière, une opportunité, plus ou moins contrainte structurellement, de « redonner du sens à [leur] activité professionnelle ». Il s'agit fréquemment de renouer avec des valeurs, telles que l'altruisme, par trop bafouées, selon eux, dans leur occupation professionnelle précédente. Le travail étant une institution sociale centrale influençant grandement, depuis le développement des sociétés industrielles, le processus de construction de l'identité sociale des individus¹⁴, les ruptures dont il est question dans ce développement sont également des ruptures identitaires majeures¹⁵.

Au sein de notre échantillon, nous dénombrons neuf diététiciennes et un diététicien, soit près de la moitié des enquêtés, s'étant formés et ayant connu une vie professionnelle, parfois durant plusieurs décennies, dans un domaine autre que la diététique (banque, fonctions d'encadrement dans le privé, *etc.*). Parmi ces dix praticiens, trois se distinguent par la proximité¹⁶, les liens qui existent, entre l'activité professionnelle précédant la rupture et la diététique. Ainsi, trois diététiciennes ont connu une rupture de proximité entre deux trajectoires. Anaïs Dupont, qui exerce à Paris et préside l'association des diététiciens libéraux, a obtenu son baccalauréat scientifique en 1997 à Vichy. Elle a ensuite opté pour un BTS diététique en Auvergne, sa région d'origine. Ayant obtenu rapidement son diplôme, ne trouvant aucun débouché salarié et s'estimant trop jeune pour se lancer en libéral, elle reprend, « en alternance pour changer un peu le format », une formation de deux années à la visite médicale. Elle travaille ensuite durant cinq années pour un laboratoire dans sa région d'origine

14. Nous pouvons classiquement renvoyer sur ce point aux conséquences de l'approfondissement du processus de division du travail social et d'individuation analysés par E. Durkheim (DURKHEIM, « De la division du travail social », *op. cit.*)

15. Il en va de même bien évidemment dans les cas de ruptures scolaires, suite à un échec en première année de médecine par exemple. La dimension identitaire de la rupture semble cependant, peut-être, moins conséquente dans la mesure où elle est davantage *en puissance* (identité projetée en fonction d'un avenir dans la médecine que l'on s'imagine) qu'*en acte*.

16. Il nous semble très difficile de parler de proximité/distance au sein de l'espace des positions sociales sans indicateurs objectifs. Par ailleurs, cet espace étant multidimensionnel, la construction d'un tel indicateur ne serait pas aisé. Ainsi, nous pouvons affirmer que deux occupations sont proches si elles présentent des similarités au niveau des pratiques professionnelles (par exemple le fait de délivrer des conseils minceurs) ou qu'elles appartiennent aux mêmes grands domaines classiquement définis par l'INSEE (agro-alimentaire, domaine médical, *etc.*). En ce qui concerne la mobilité verticale induite par ces ruptures, nous les saisissons de façon qualitative au cours de ce chapitre : mobilité vécue, stratégies professionnelles, conditions de vie et de travail, *etc.*

avant de profiter d'indemnités auxquelles elle a droit, suite à un plan social, pour s'installer en libéral dans un cabinet parisien en 2006, dont elle rachète la patientèle. La rupture, dans le cas d'Anaïs Dupont, est presque inexistante, sinon une rupture de contrat de travail. Il s'agit alors plutôt d'un simple tournant dans sa trajectoire. Juliette Poudale et Cassandra Rosset ont quant à elles connu des ruptures de proximité plus marquées. La première, après avoir obtenu un BTS Qualité Hygiène Environnement et Sécurité à Toulouse, au milieu des années 1990, travaille à Dijon dans l'industrie pharmaceutique, puis dans un département rural au sein de l'industrie agroalimentaire. Après avoir mené une carrière d'une dizaine d'années comme cadre du privé dans l'industrie, elle reprend des études de diététique en 2004 par le CNED (le Centre National d'Études à Distance). Elle ouvre son cabinet diététique en libéral en 2008 dans une très petite ville en milieu rural. Cassandra Rosset, quant à elle, obtient un bac général en 2005, dans un département rural près de Lyon, puis suit une première année de licence de Langues Étrangères Appliquées (LEA) à Lyon avant de se réorienter vers les métiers de l'esthétique. Elle est reçue au baccalauréat professionnel de cette filière en 2009 puis exerce en tant qu'esthéticienne salariée dans un cabinet lyonnais entre 2009 et 2011. Elle est amenée à proposer aux clientes, souvent désireuses de perdre du poids pour des raisons esthétiques, des massages minceurs ainsi que des conseils pour maigrir. Lassée des soins strictement esthétiques, mais désirant travailler dans un domaine proche, elle décide de suivre une formation au BTS diététique par le CNED entre 2011 et 2013 puis s'installe progressivement en libéral dans la maison de santé, nouvellement créée, du village de ses parents¹⁷. Il est intéressant de noter que Cassandra Rosset est la seule diététicienne de l'échantillon à s'être engagée dans la filière diététique avec une conception du métier proche de sa réalité la plus quotidienne en libéral, à savoir les conseils minceurs à vocation esthétique. Cela s'explique par sa trajectoire professionnelle précédant sa rupture. Elle fut ainsi très étonnée par la teneur du programme de formation du BTS diététique, singulièrement axé sur la physiologie et la physio-pathologie, en vue du suivi de patientes et patients malades, hospitalisés par exemple.

Les sept autres diététiciennes et diététiciens ayant connu des ruptures professionnelles travaillaient auparavant dans des domaines socialement plus éloignés de la diététique et du

17. Elle a auparavant effectué quelques consultations au domicile de patientes, souvent des anciennes clientes du salon esthétique, sur Lyon. Elle a également été chargée de la gestion du cabinet esthétique d'une amie en arrêt maternité, pendant une année, après la réussite de ses études de diététique.

paramédical¹⁸. Parmi eux, deux ont effectué leurs études au sein d'une école de commerce, Sylvie Maurice et Fany Lebois. Cette dernière, originaire du Nord-Pas-de-Calais a effectué ses études dans une école de commerce lilloise, intégrée après deux années de classes préparatoire commerciales effectuées à Paris. Recourant au verbe pronominal « se déterminer », ainsi qu'à la formulation au passif « tout s'orientait pour », Fany Lebois signifie son ancrage dans une trajectoire professionnelle subjectivement et objectivement clairement déterminée : « à l'époque je me prédestinais, tout s'orientait pour ne pas être forcément diététicienne ». L'euphémisme, « ne pas être forcément diététicienne », souligne la distance sociale séparant ces deux univers professionnels, distance éprouvée par la probabilité, très faible *a priori*, d'un passage de l'un vers l'autre. Elle travaille ainsi dans plusieurs capitales régionales en France, puis à la capitale, dans une firme transnationale de l'agroalimentaire, alternativement dans des fonctions de management ou de négociations de contrats, durant neuf années. La rudesse des négociations, très conflictuelles, la conduisent, à l'occasion d'une première grossesse, en 2009, à connaître une rupture de trajectoire professionnelle. C'est la concomitance entre un désarroi professionnel, à cause de relations conflictuelles avec ses supérieurs et d'un certain désenchantement vis-à-vis de l'utilité sociale de son travail, et l'avènement, dans la sphère familiale, d'une grossesse, qui la conduise à rompre avec sa trajectoire professionnelle antérieure :

« En fait sur mon dernier job, qui était un poste de négo pure, c'était assez compliqué pour moi. On était vraiment sur des rapports de force avec les acheteurs et en plus j'avais une relation avec mon n+1 et n+2 compliquée. Et il s'avère qu'à ce moment là je suis tombée enceinte ». ¹⁹

Elle parvient à être diplômée en diététique en octobre 2012 puis s'installe deux jours par semaine au sein d'un cabinet situé dans une commune aisée limitrophe de Paris, qu'elle partage avec une psychologue spécialisée dans les troubles du comportement alimentaire, qu'elle avait rencontrée lors d'une formation. Sylvie Maurice, née en 1964, a quant à elle connu une carrière en tant que salariée dans le privé plus longue encore, une demi-vie professionnelle, soit « une vingtaine d'années ». Après avoir mené des études supérieures au sein d'une école franco-allemande de commerce, elle a travaillé dans la communication pour un publicitaire allemand, puis dans un grand groupe français, et enfin pour un annonceur plus modeste.

18. Ils entretenaient cependant généralement des liens d'affinité anciens avec le domaine de la médecine (*cf* section 1.2.2 page 98)

19. Entretien effectué à son cabinet parisien le 11 janvier 2018.

Elle rompt alors avec sa trajectoire professionnelle, en 2003, année au cours de laquelle elle suit une formation du CNED dans le but d'acquérir les bases scientifiques lui faisant défaut²⁰, en vue d'une reconversion vers la diététique. Souhaitant suivre des cours et être intégrée au sein d'une école, afin de se sentir soutenue dans ses efforts, et n'ayant pas été acceptée dans le public, car plus sélectif, elle intègre une école privée, ICOGES, située dans le XV^e arrondissement de Paris, puis obtient un BTS diététique deux années après, en 2006. Durant les cinq années qui suivent elle allie une activité professionnelle de communication à celle de diététicienne en travaillant comme indépendante pour des entreprises²¹ mais elle se refuse à recevoir des patientes et des patients en consultation, afin de gagner en assurance, et en expérience dans le domaine de la diététique, tout en tirant parti de son expérience professionnelle passée. Elle ouvre enfin un cabinet en libéral en 2011.

Avant de décrire les cas de deux ruptures singulièrement nettes, il nous reste à évoquer les situations de trois diététiciennes ayant suivi une trajectoire scolaire et professionnelle relativement courte (moins d'une dizaine d'année au total) avant de connaître une rupture en se réorientant vers la diététique. Il en va ainsi d'Ana Mougin, diététicienne exerçant en très proche banlieue parisienne et âgée de trente ans lors de l'entretien en 2016. Elle a passé avec succès, après s'être trouvée titulaire d'un baccalauréat STL²² option chimie, un BTS de chimie, puis a exercé, en continuité avec sa trajectoire entamée depuis le lycée, pendant deux années et demi, le métier de technicienne de laboratoire, dans le domaine de l'industrie du nucléaire. Elle aurait pu persévérer dans cette trajectoire puisqu'elle explique que « plusieurs options se sont présentées à [elle] ». Elle aurait en effet pu devenir « ingénieure » (soit une promesse de mobilité professionnelle ascendante au regard de son statut de technicienne, en adéquation avec sa formation d'un niveau bac +2). Elle a néanmoins préféré « carrément reprendre des études ». L'usage de l'adverbe « carrément » souligne l'importance de la rupture dans la mesure où il ne s'agissait pas d'un simple changement au sein d'une même trajectoire professionnelle mais bien d'un changement radical de trajectoire. Le terme « carrément » souligne le caractère radical, presque irréversible et irrémédiable, et inhabituel du choix. Adeline Gastaldi a elle aussi connu une trajectoire scolaire et professionnelle relativement unifiée, cohérente d'un point de vue extérieur, et au total d'une durée relativement courte, avant de

20. Il s'agissait pour elle d'une mise à niveau, par rapport aux jeunes bacheliers scientifiques, en biologie et en chimie notamment, car elle était titulaire d'un bac littéraire, obtenu plus de vingt ans auparavant.

21. Des entreprises intéressées par des questions de communication touchant des enjeux diététiques.

22. Le baccalauréat STL, Science et Technique des Laboratoires, est un bac technologique scientifique. Il conduit principalement aux études courtes, en particulier aux BTS scientifiques.

s'orienter vers la diététique. Elle se distingue néanmoins des autres diététiciennes et diététiciens rencontrés par ses origines sociales particulièrement privilégiées. De parents architecte et psychologue exerçant en libéral, elle réside dans un arrondissement central de Paris et travaille (et est rémunérée) en effet à mi-temps pour la gestion de la SCI (Société Civile Immobilière) familiale, son grand-père étant propriétaire de plusieurs immeubles au centre-ville de Paris. Âgée d'une trentaine d'années, elle a débuté ses études par une première année de licence d'histoire de l'art à la Sorbonne (Paris 1), puis préfère quitter l'Université²³ pour intégrer une école d'art privée, parisienne, l'École de Condé, sans grand succès. Elle a alors été recrutée comme stagiaire²⁴ pendant deux ans, au sein d'un atelier de restauration, en parfait accord avec son projet professionnel : devenir « restauratrice d'art ». Elle décide cependant en 2010, à l'âge de 26 ans, après s'être « beaucoup renseignée », et avoir beaucoup hésité en raison de son âge, de débiter une formation en BTS diététique en alternance (avec la gestion de la SCI familiale). Elle obtient en 2014 son diplôme lui permettant d'exercer la diététique et, en cohérence avec son projet de carrière, de s'installer en libéral, tout en se délaissant progressivement de la gestion de la société immobilière. Enfin, Marie Le Roux a également connu une première trajectoire scolaire et professionnelle similaire sur la forme, bien que plus longue. Après avoir obtenu un baccalauréat scientifique en 1993, elle a effectué des études de droit, comme Marine Murier. Elle poursuit ses études dans une université parisienne jusqu'à l'obtention d'un master. Persévérant dans la trajectoire scolaire et professionnelle qu'elle s'était choisie, en raison notamment de sa « socialisation anticipatrice »²⁵ au métier à travers ses parents²⁶, elle fut reçue au barreau des avocats de Paris, le concours le plus prestigieux (et donc *a priori* le plus prometteur) pour embrasser une carrière d'avocat. Elle exerce alors pendant six années le métier d'avocate au sein d'un grand cabinet parisien. Elle

23. Elle justifie ce choix dans l'entretien par une inadaptation au monde de la faculté, trop impersonnel. Sans remettre en cause son sentiment, le fait de penser que « la fac » publique n'est pas faite pour soi et lui préférer une école d'art privée est un choix scolaire qui n'est pas neutre du point de vue de la reproduction des inégalités sociales.

24. Il ne s'agissait pas, d'un point de vue juridique, d'un stage : « j'ai travaillé pendant deux ans dans un atelier de restauration qui me prenait plus ou moins comme stagiaire ». Cet emploi est cependant catégorisé, en pratique, comme un stage. Il semble probable, ayant à l'esprit ses origines sociales privilégiées et les difficultés qu'elle a rencontrés dans ses études, qu'elle a bénéficié du capital social familial, entendu comme l'ensemble des relations mobilisables, pour être recrutée à un poste correspondant à ses aspirations premières, mais, on l'imagine, relativement peu rémunérateur et subalterne.

25. Robert King MERTON (1997), *Eléments de théorie et de méthode sociologique*, trad. par Henri MENDRAS, Armand Colin, Paris.

26. Elle explique avoir choisi la filière juridique parce que ses deux parents étaient avocats : « Mes parents étaient tous les deux avocats. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle j'ai commencé ma vie professionnelle en étant avocat. »

entame en 2006 une reconversion professionnelle. Elle s'est « réorientée » et est « retournée sur les bancs de l'école », à ICOGES, une école privée parisienne. En rompant avec une carrière professionnelle déjà entamée depuis plusieurs années et avec la tradition familiale, sa trajectoire est marquée par une rupture assez radicale.

Enfin, les deux ruptures les plus saillantes, pour des raisons différentes, sont sans doute celles qu'ont vécu Audrey Vernier et Benjamin Lazard. Ce dernier, après avoir commencé des études de droit entre 1989 et 1992, et obtenu un DEUG dans une université parisienne, a bénéficié six mois plus tard d'« une opportunité par cooptation » pour travailler dans le secteur bancaire. Il s'en est suivi une trajectoire professionnelle stable et ascendante durant environ dix-sept ans. S'il a débuté sa carrière en tant qu'employé de banque subalterne, en agence, en raison de ses qualifications scolaires limitées, il « [a] évolué » et a « fini en tant que responsable ». Il « avai[t] une équipe, [. . .] faisai[t] du *management* ». A l'âge de trente-huit ans, en 2008, il commence à réfléchir à une réorientation professionnelle. Les raisons de ces réflexions sont explorées en détails ci-après (*cf* encadré page 94). Deux années plus tard, il renonce aux rétributions matérielles actuelles et potentielles assurées ou promises par sa trajectoire passée au profit d'une reprise d'études à distance (par le CNED) en diététique. Il aurait en effet aisément pu poursuivre sa carrière professionnelle pendant une vingtaine d'années supplémentaires, mais a fait le choix d'y renoncer : « je me suis un petit peu demandé si j'avais envie de continuer à faire la même chose, de faire le même travail durant les vingt prochaines années ». Il s'agit d'une véritable rupture vécue subjectivement comme un changement « radical » : « ce genre de changements ça veut dire quelque chose d'extrêmement radical ». Il obtient un BTS en diététique en septembre 2013, puis suit une formation secondaire de quelques mois au cours de laquelle il rencontre l'amie d'une podologue qui se trouve être à la recherche d'un locataire pour un cabinet dans un centre pluri-disciplinaire situé sur une commune limitrophe de Paris. Aussi, Benjamin Lazard a-t-il pu ouvrir son cabinet pour effectuer des consultations en libéral à partir d'avril 2014. Il reçoit toujours dans ce cabinet ainsi qu'à son domicile parisien. Audrey Vernier a quant à elle connu une rupture de trajectoire des plus marquées, à tel point qu'elle en a subi la manifestation corporelle, physio-pathologique. Elle obtient en Algérie l'équivalent du bac D, scientifique avec une spécialisation en biologie, aux débuts des années 1990, à l'âge de seize ans. Elle s'expatrie ensuite pour étudier en France où elle tente à deux reprises, sans succès, de parvenir en deuxième année de médecine à l'Université Paris V. Elle s'oriente finalement vers la biologie puis est diplômée d'un mastère de bio-informatique à Paris VI en 1999. Elle travaille alors

comme salariée dans une entreprise de conseil informatique durant six années. Parallèlement, entre 2003 et 2005 elle suit une formation en « *management* » proposée par l'ESSEC²⁷ à temps partiel, en cours du soir les fins de semaine. Elle exerce alors, à Paris, une activité salariée toujours dans le conseil aux entreprises, mais désormais dans le domaine du *management*, jusqu'en 2014. C'est ainsi qu'en 2014 elle connaît une rupture entre deux trajectoires professionnelles. Cette rupture s'est inscrite dans son corps puisque son activité de conseil l'a épuisée « mentalement mais aussi physiquement » jusqu'au déclenchement, en mai 2014, d'un « *burn out* »²⁸ ou syndrome d'épuisement professionnel. Cette crise, qui a été pour Audrey Vernier l'occasion d'une introspection puisqu'elle « a entamé une thérapie sur ce qu' [elle] avai[t] envie de faire dans la vie, [ses] valeurs *etc* »²⁹. Elle décide ainsi de préparer par le CNED le BTS diététique. Préférant cependant, à l'instar de Sylvie Maurice, être intégrée au sein d'une classe, elle s'inscrit en deuxième année à l'IUT de Créteil où elle obtient un DUT de biologie option diététique lui donnant accès au titre protégé de diététicien.

Il convient de noter que ces ruptures s'accompagnent parfois de « *turning points* »³⁰ au sein des trajectoires familiales. En particulier, le fait de tomber enceinte ou d'être en congé maternité, et donc de s'éloigner de sa trajectoire professionnelle, de la stopper, en raison d'une charge de travail domestique considérablement accrue, peut être l'occasion d'une rupture conduisant les enquêtés vers une nouvelle trajectoire scolaire (reprise d'études, souvent à distance pour être en mesure d'assurer, simultanément, un travail domestique souvent inégalitaire, car porté par la structure du genre³¹) et professionnelle. La coïncidence (et, bien évidemment, l'inter-dépendance, l'entrelacement) des trajectoires familiales et profession-

27. L'ESSEC (École Supérieure de Sciences Économiques et Commerciales) est une école de commerce parisienne ayant l'une des meilleures réputations, après HEC (Haute École de Commerce).

28. Nous reprenons l'expression employée par Audrey Vernier.

29. Nous abordons en détails les raisons et justifications du choix d'un changement de trajectoire vers la diététique dans le développement suivant (*cf* section 1.2 page 84).

30. Nous utilisons la terminologie proposée par Andrew Abbott dans la mesure où ce dernier utilise l'exemple de la maternité pour expliquer ce en quoi consiste un « *turning point* » au crépuscule d'une trajectoire familiale. En effet, la venue d'un nouveau-né, ainsi que la découverte de son sexe par exemple, constitue l'exemple type d'un événement venant rompre (définitivement dans la mesure où il n'y a aucun retour en arrière possible) l'ancienne trajectoire familiale des individus impliqués. Il est ainsi cité par Andrew Abbott (ABBOTT, « 11. À propos du concept de *Turning Point* », *op. cit.*, p. 201)

31. Audrey Vernier par exemple, durant sa reprise d'études, devait s'occuper avec son mari de leur fille âgée de moins de trois ans. Elle a abordé sa rupture professionnelle « comme un projet familial ». Elle « avait déjà [sa] fille » et « en avait discuté avec [son] époux ». Il l'a donc « soutenue y compris dans la logistique, . . . , faire les courses, s'occuper de la maison, aller chercher [sa] fille quand [elle] ne pouvai[t] pas y aller, *etc* ». On observe cependant que les représentations de genre perdurent y compris dans les situations matériellement inhabituelles puisque l'époux ne remplace pas, c'est-à-dire ne prend pas la place de sa femme. Il la seconde occasionnellement, « quand elle ne pouvait pas », ce qui sous-entend que les tâches domestiques « logistiques » incombent encore socialement à la mère.

nelles est particulièrement nette dans les cas de Juliette Poudale ou de Fany Lebois, évoqués précédemment. En effet, la première grossesse de Juliette Poudale est l'occasion pour elle de changer de lieu de travail en raison de migrations pendulaires trop chronophages. Les horaires de travail étant cependant jugées « trop contraignantes » elle opte pour un congé parental d'une durée de trois ans, entre 2004 et 2007, à l'occasion de sa seconde maternité. Elle tire alors profit du temps ainsi libéré (et des conditions matérielles favorables) pour préparer avec les cours du CNED, ce qui lui permet d'éviter les contraintes horaires, le BTS diététique, qu'elle passe avec succès en 2007, avant de s'installer en libéral dès l'année suivante. L'arrivée d'un second nouveau-né et le long congé parental qui en a découlé ont constitué pour Juliette Poudale l'opportunité de procéder à un changement de trajectoire professionnelle. Nous voulions signifier par cet exemple qu'un même individu est bien évidemment engagé, au cours de son parcours de vie, simultanément, dans plusieurs trajectoires non indépendantes les unes des autres.

Le sens (subjectif) que les diététiciennes et diététiciens rencontrés donnent rétrospectivement à ces ruptures, plus ou moins marquées, scolaires ou professionnelles, est abordé ci-après (*cf* section 1.2.1 page 86). Avant de traiter ce point, il semble indispensable de souligner (et exemplifier) l'existence d'exceptions au sein de notre échantillon.

1.1.3 Des exceptions ?

Il existe assurément des exceptions. Tous les diététiciennes et diététiciens interviewés ne présentent pas de ruptures, au sens où nous l'avons défini plus haut. Ainsi, ce sont quatre diététiciennes sur les vingt-et-un diététiciennes et diététiciens que compte notre échantillon, soit un peu moins de 20%, qui ont connu une trajectoire professionnelle sans rupture. Il est à noter que nous ne disposons pas des informations suffisantes relatives à leur trajectoire pour les cas de Arthur Malère et de Katia Valey, parce qu'ils ont été spécifiquement interrogés en raison de leur parti pris militant concernant les pratiques de suivi diététique en libéral. Parmi les quatre diététiciennes mentionnées précédemment, deux ont opté pour des études en diététique dès leur première année dans le supérieur. Il s'agit de Pauline Malon à Lille et de Stéphanie Delpante à Lyon. Ces deux femmes ont été diplômées en deux ans puis ont exercé (parfois pas immédiatement en libéral) le métier de diététicienne. Il y a ainsi adéquation et continuité entre une trajectoire scolaire et une trajectoire professionnelle. De la même façon, Lorraine Pluche présente un parcours de vie similaire. Étant suisse d'origine, elle a mené

ses études en Suisse francophone. Le système scolaire suisse oriente plus précocement et dans une plus grande ampleur les élèves vers des formations courtes techniques. C'est ainsi que Lorraine Pluche a étudié dans une école d'assistante médicale pendant trois années après l'équivalent du collège. Elle n'exerce cependant jamais cette profession puisqu'elle est rebutée, à la suite d'un stage, par le caractère subalterne de la fonction. Elle décide alors de poursuivre en effectuant « une formation complémentaire qui se rapporte à peu près à un niveau Bac ». Cela lui permet ensuite d'étudier durant trois années la diététique au sein d'« une haute école de santé » à Genève. Il s'agit d'une formation spécialisée et technique analogue, bien que plus poussée et plus pratique, à une formation dans un lycée en France pour obtenir un BTS diététique. Elle rencontre son mari français³² au cours de sa formation. Ils déménagent à Paris puis elle s'installe rapidement en libéral, après avoir obtenu la conversion de son diplôme suisse et faute d'avoir trouvé un emploi salarié, en mars 2016. Ainsi, si l'on excepte la poursuite d'études, la trajectoire scolaire et professionnelle de Lorraine Pluche est analogue à celle des deux autres praticiennes précédemment évoqués. Enfin, si Florine Hervet a connu des hésitations scolaires, et donc une trajectoire scolaire singulièrement chaotique, elle choisit finalement la diététique et persévère dans cette trajectoire par la suite³³ : « après plusieurs revirements d'orientation scolaire j'ai fini par faire BTS diététique ».

Nous avons mis en évidence la diversité des trajectoires et ruptures scolaires et professionnelles des diététiciennes et diététiciens rencontrés. Ces parcours de vie aboutissent, par construction de l'échantillon, au choix de la diététique comme formation puis occupation professionnelle. Comment les diététiciennes et diététiciens rendent-ils compte de leurs choix, parfois radicaux, notamment dans le cas des ruptures de trajectoires professionnelles ?

1.2 Pragmatisme et sens

Les diététiciennes et diététiciens rencontrés ont été amenés à justifier leur choix, et cela pour deux raisons. La première est une conséquence de la situation d'enquête elle-même, puisque les entretiens que nous avons menés débutent par la sollicitation explicite d'un récit (auto)biographique. Revenir avec les enquêtés sur leur parcours de vie constitue l'occasion

32. Il sont mariés depuis quelques mois au moment de l'entretien, qui a eu lieu le 14 décembre 2016, au domicile de Lorraine Pluche.

33. Florine Hervet obtient un BTS diététique en novembre 2014. Elle conserve un emploi étudiant en parallèle d'une recherche d'emploi dans le secteur hospitalier puis, faute de succès dans cette démarche, elle s'installe en libéral, à son domicile, quelques mois plus tard, en mai 2015.

pour ces derniers de mener une observation réflexive de leur biographie qui appelle une justification des choix effectués, en matière d'orientation scolaire ou professionnelle notamment, afin d'en rendre compte en leur donnant du sens. La deuxième raison est qu'un tel exercice de réflexivité et de justification avait déjà préalablement eu lieu pour les enquêtés lorsque ces choix ont dû être effectués. Certes, le contenu des justifications a toute chance de se transformer avec le temps, pour des raisons que nous allons expliciter. Cela ne saurait cependant remettre en cause l'existence formelle de l'exercice de justification, en particulier auprès des proches, et singulièrement lorsqu'il s'agit de ruptures professionnelles puisque les conséquences, financières notamment, influent sur le niveau (et le style) de vie des proches. Plus généralement, les diététiciennes et diététiciens rencontrés ont dû se justifier auprès de leurs proches (parents et amis). Il suffit pour s'en convaincre de considérer, par exemple, le cas de Audrey Vernier, pour qui sa réorientation était conçue comme « un projet familial », ou encore Marine Murier qui doit justifier un choix auprès de certains de ses proches qui considèrent sa réorientation scolaire lui faisant perdre le bénéfice d'un mastère de droit comme un projet « un petit peu particulier ».

Ces justifications construisent le sens que les diététiciennes et diététiciens rencontrés donnent à leur choix et donc à leur parcours, et à leurs pratiques professionnelles. En effet, si une future diététicienne s'engage dans une filière diététique en raison d'affinités électives pour le soin et la médecine, il est probable qu'elle valorise et se projette dans l'exercice de la diététique dans le secteur hospitalier. Le secteur hospitalier est le seul mode d'exercice de la diététique qui permet aux diététiciennes et diététiciens de prendre en charge exclusivement des patientes et patients atteints de pathologies. Les diététiciennes et diététiciens ayant des affinités avec le monde médical sont probablement plus enclins à souhaiter travailler en blouse blanche, auprès de malades, plutôt qu'en libéral auprès de patientes et patients désirant perdre du poids principalement pour des raisons esthétiques. Ce sens subjectif fait partie de l'explication sociologique et le sociologue se doit de le restituer. Nous nous y employons dans cette section. Parallèlement, le choix s'effectuant parmi un ensemble de choix compossibles, c'est-à-dire également possibles, l'analyse structurale apporte un éclairage complémentaire et permet de souligner l'aspect pragmatique des choix, en faveur d'un BTS diététique plutôt qu'une première année de médecine par exemple. Enfin, on ne saurait rendre compte d'une façon satisfaisante des choix effectués par les diététiciennes et diététiciens rencontrés sans ajouter des considérations relatives à la socialisation de genre.

Ainsi, nous souhaitons rendre compte des choix des futures diététiciennes et diététiciens en faveur de la diététique en traitant ces trois dimensions au sein de cette sous-section.

1.2.1 Intérêt, dispositions et sens du choix de la diététique

Nous allons nous intéresser au sens que les enquêtés donnent à leur choix de la diététique. Préalablement, il convient de mobiliser le concept d'« illusion biographique », proposé par Pierre Bourdieu³⁴, pour deux raisons. Premièrement, s'intéresser à la manière dont les agents rendent compte du sens de leur choix pour la diététique n'implique pas de se limiter à la restitution précise des représentations que se font les agents de leur biographie. Loin de croire en la pertinence autonome des récits de vie, indépendamment des espaces et trajectoires sociales dans lesquels ils s'incarnent, il nous semble primordial de prendre en compte l'ensemble des choix possibles, c'est-à-dire la structure des opportunités, ainsi que de comprendre, une fois explicitées, ces représentations biographiques³⁵. La deuxième raison, en lien avec la précédente, est le fait que les récits de vie recueillis dans la situation d'enquête ont toute chance d'être empreints d'« illusions biographiques ». Selon Pierre Bourdieu, les récits recueillis dans la situation d'enquête « tendent ou prétendent », à la manière d'un récit, d'une histoire romanesque, à la cohérence (bien qu'ils soient souvent, en pratique, emmêlés, non chronologiques, *etc.*), à l'ordonnancement « selon des relations intelligibles »³⁶. Poussées par un « souci³⁷ de donner sens, de rendre raison, de dégager une logique à la fois rétrospective et prospective », les diététiciennes et diététiciens interviewés ont toute chance de se conformer à l'idée du « projet originel » sartrien, de la cohérence entre un début et une fin de parcours, contenu, par exemple, dans le recours aux expressions, courantes dans nos entretiens, insistant sur la continuité d'un projet, comme « j'ai toujours » (« aimé cuisiner » par exemple)³⁸. Il ne s'agit cependant pas d'accorder aux sens exprimés au sein des entretiens le statut de vérité objective des parcours de vie mais bien au contraire de les considérer

34. Pierre BOURDIEU (1986), « L'illusion biographique », *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol. 62, n° 1, pp. 69–72.

35. Ainsi, en référence à la métaphore métropolitaine employée par Pierre Bourdieu, nous entendons prendre en compte « la matrice des relations objectives entre les différentes stations » : « Essayer de comprendre une vie comme une série unique et à soi suffisante d'événements successifs sans autre lien que l'association à un "sujet" dont la constance n'est sans doute que celle d'un nom propre, est à peu près aussi absurde que d'essayer de rendre raison d'un trajet dans le métro sans prendre en compte la structure du réseau, c'est-à-dire la matrice des relations objectives entre les différentes stations » (*ibid.*, p. 71)

36. *Ibid.*, p. 69.

37. socialement encouragé

38. BOURDIEU, « L'illusion biographique », *art. cit.*, p. 69.

comme la construction subjective du sens donné à une trajectoire. Ils doivent être utilisés, de façon réflexive, comme telle, dans notre analyse. Les ruptures (notamment professionnelles) étant parfois très marquées chez nos enquêtés, elles peuvent faire l'objet, à l'instar, *mutatis mutandis* de l'apparition d'une maladie chronique, d'un « travail biographique »³⁹. Ce « travail biographique » permet de reconstituer, malgré l'irréversibilité de la rupture, qui dans un premier temps peut cliver le « moi », du sens, c'est-à-dire des continuités logiques (en recourant par exemple à l'expression « j'ai toujours »). Le « travail biographique » correspondrait ainsi à l'aspect pratique des (et anticipant les) mises en récit de soi, en particulier lors des ruptures, étant entendu que ces mises en récit sont guidées par l'« illusion biographique ». De ce point de vue, A. Abbott formule une idée similaire lorsqu'il explique que « les turning points sont des concepts centraux dans les réinterprétations subjectives du passé »⁴⁰. Ils jouent en ce sens un rôle primordial, également, dans la projection vers l'avenir (au sein du métier de diététicienne ou diététicien par exemple). Ainsi, les récits biographiques ne nous renseignent pas tant sur les raisons objectives d'une trajectoire (il est indispensable pour cela de considérer la structure objective des choix possibles) que sur le sens subjectif rétrospectif que les diététiciennes et diététiciens donnent à leur parcours. Cela constitue un objet d'analyse en soi et peut en outre s'avérer heuristique pour toute tentative de compréhension des pratiques professionnelles actuelles des diététiciennes et diététiciens et leur projection dans le métier.

Savoirs incorporés, goûts et illusion biographique Le choix que les diététiciennes et diététiciens rencontrés ont fait, plus ou moins précocement, d'étudier la diététique et d'en faire leur activité professionnelle, fait sens pour l'ensemble des enquêtés. En effet, lorsqu'on le leur demande, ils justifient leur choix par des valeurs, des intérêts, des goûts voire des passions, en lien avec l'alimentation ou la santé, et en situent généralement l'origine à l'enfance ou l'adolescence, c'est-à-dire bien en amont de leur choix. Ce dernier apparaît ainsi justifié et sensé. Il est possible de distinguer trois mécanismes à l'œuvre permettant aux enquêtés de rendre raison de leur choix. Ils peuvent invoquer des compétences acquises précédemment sous la forme de « savoirs incorporés »⁴¹, des goûts (qui sont aussi des dispositions

39. Anselm Leonard STRAUSS (1992), *La trame de la négociation : sociologie qualitative et interactionnisme*, sous la dir. Isabelle BASZANGER, l'Harmattan, Paris.

40. ABBOTT, « 11. À propos du concept de Turning Point », *op. cit.*, p. 203.

41. GINGRAS et al., « New Dietetic Practitioners' Perspectives », *art. cit.*

et prédispositions), ainsi qu'insister sur la cohérence biographique, diachronique, identitaire, de leur choix finalement effectué. Loin de s'opposer, ces arguments se combinent et se soutiennent mutuellement. Savoirs incorporés et goûts, intérêts, *etc.*, peuvent s'être forgés au cours d'un même processus de socialisation. De la même façon, l'ancrage biographique d'un choix s'appuie sur les savoirs incorporés et les goûts ou dispositions acquises précédemment.

Dans leur article paru en 2012, Brady, Lordly, MacLellan et Gingras⁴² rendent compte d'une enquête qualitative menée par entretiens auprès de douze diététiciens canadiens (dix femmes et deux hommes) au cours de leur formation initiale. L'enquête a pour objectif de mieux déterminer les raisons pouvant expliquer le choix de la diététique ainsi que d'analyser les formes de socialisations professionnelles lors de leurs études. Un intérêt précoce pour la diététique ou l'alimentation ainsi que des aspirations professionnelles orientées vers la science ou le domaine médical sont ainsi repérés comme des « facteurs qui influencent la décision des individus à poursuivre une carrière dans le domaine de la diététique »⁴³. L'attrait pour l'alimentation et une attirance pour le domaine médical se constate en effet également très majoritairement chez les enquêtés. L'attirance, le goût, pour les métiers du médical, parfois concrétisés par des tentatives infructueuses d'être reçu en deuxième année de médecine⁴⁴, concerne huit des vingt-et-un diététiciennes et diététiciens rencontrés, soit plus du tiers de la population de cette enquête⁴⁵. C'est le cas, par exemple, de Marine Murier, qui a mené des études de droit avant de se réorienter vers la diététique, avait « envie de travailler dans le domaine médical ». Lors de sa rupture professionnelle, Marie Le Roux a « hésité deux secondes à reprendre des études de médecine ». De même, lorsque Ana Mougin décide de quitter le domaine de l'industrie du nucléaire, se sont « les métiers de médecine » qui « se sont imposés dans [ses] choix ». Audrey Vernier prend conscience lors de son *burn out* que « ce qui faisait sens pour [elle] ce sont les métiers de la santé ». Josiane Couloud, qui a effectué la quasi intégralité de sa carrière en néphrologie en secteur hospitalier, avant de faire, en concomitance, des consultations en libéral, pense avoir choisi la diététique en raison « d'une vraie passion [. . .] pour soigner les gens » ainsi que pour « la prévention ». De même,

42. *Ibid.*

43. Les auteurs répondent en effet, par ces facteurs, notamment, à la question suivante : « *What factors influence people's decisions to pursue a career in dietetics?* » (*ibid.*). Cette question peut se traduire par : « quels facteurs influencent la décision des individus de mener une carrière dans la diététique ? »

44. Nous vous renvoyons au développement suivant : *cf* 1.2.2 page 98

45. Une autre diététicienne, Sara Perrier, « voulais[t] faire un métier dans l'aide des personnes », c'est-à-dire le soin au sens du *care*.

Laure Blana, qui a travaillé plusieurs années dans une clinique avant d'ouvrir un cabinet en libéral à Paris, a choisi la diététique afin de « rester dans le domaine médical » malgré son échec en première année de médecine. Benjamin Lazard (*cf* encadré page 94)) était également « attiré par tout ce qui était médecine ou paramédical ». Le goût pour le médical, qui exprime des dispositions incorporées, prédispose à choisir des études dans ce domaine. Il n'est cependant pas à même d'expliquer à lui seul le choix de la diététique. Les diététiciennes et diététiciens invoquent en réalité un faisceau d'éléments déterminants, auxquels ils donnent une cohérence biographique. En outre, le passage des métiers du médical au paramédical et plus spécifiquement à la diététique s'effectue la plupart du temps par le truchement de la valorisation de savoirs incorporés ainsi que par le recours à des considérations pratiques. Certaines enquêtées déclarent par ailleurs un intérêt, voire une passion, pour l'alimentation ou la diététique. Marine Murier par exemple « aimai[t] bien l'idée de pouvoir [se] spécialiser dans l'alimentation ». Lorraine Pluche recourt quant à elle au langage de la passion :

« Et puis la diététique m'a attirée parce que j'aime manger, j'aime parler de nourriture, c'est vraiment, dès que j'ai du temps je cuisine. Et je me suis dit j'aimerais transmettre cette passion aux autres ». ⁴⁶

On constate dans le cas de Lorraine qu'un goût pour l'alimentation, en l'occurrence une passion, peut conduire à des pratiques (« parler de nourriture », « dès que j'ai le temps je cuisine ») permettant d'acquérir des compétences pratiques sous la forme de « savoirs incorporés » ⁴⁷ ou « *embodied forms of knowledge* » ⁴⁸, qui peuvent susciter, justifier ou renforcer des choix professionnels, et dont les consultations, et suivis diététiques, peuvent être le lieu de transmissions. Le lien entre cuisine et diététique n'est pas évident. Cependant, Lorraine Pluche nous a expliqué en entretien qu'elle aimait donner des conseils culinaires au cours de ses rendez-vous. Lorraine Pluche propose par exemple un blog dans lequel elle présente des idées de recettes, qu'elle a elle-même testées, photos à l'appui. Elle donne par ailleurs des conseils culinaires, alliant considérations nutritives et gustatives, à ses patientes et patients au cours des consultations, relatifs par exemple à l'usage des huiles alimentaires. Ce « savoir incorporé » consiste en un ensemble de connaissances pratiques, de savoirs-faire, et de goûts pour ces pratiques (comme la cuisine, les aliments, les considérations esthétiques ou le

46. Entretien réalisé le 14 décembre 2016 à son domicile parisien.

47. Les « savoirs incorporés » évoqués par ces auteurs peuvent s'apparenter, par exemple, à ce que Marcel Mauss appelle « les techniques du corps », voir Marcel MAUSS (1950), *Sociologie et anthropologie*, Presses Universitaires de France, Paris

48. GINGRAS et al., « New Dietetic Practitioners' Perspectives », *art. cit.*, p. 119.

sport)⁴⁹ acquis au cours de processus de socialisations différenciés, selon le sexe notamment (sous l'effet du genre). Selon ces sociologues canadiens, la possession de savoirs incorporés est plus déterminante dans le choix d'étudier la diététique que la seule connaissance des métiers de la diététique⁵⁰. S'il peut sembler difficile de statuer sur le poids relatif d'un facteur parmi d'autres déterminants du choix de la diététique, il s'avère indéniable que l'accumulation de savoirs incorporés prédispose les futures diététiciennes et diététiciens à faire le choix de la diététique. Les exemples issus de notre terrain sont nombreux, et afin de ne pas être prolixes nous nous contentons de mettre en exergue les plus emblématiques.

C'est en premier lieu le fait d'aimer cuisiner qui peut être à l'origine de savoirs incorporés. C'est ainsi que Cassandra Rosset a renoncé à son premier métier d'esthéticienne pour étudier la diététique. En effet, elle était « une passionnée de cuisine depuis [ses] cinq ans ». Tirant profit de ses compétences pour satisfaire davantage les clients de l'institut de beauté dans lequel elle travaillait, elle entreprit de conseiller ses clients au sujet de l'alimentation (« Mes clientes je les aidais dans l'alimentation parce que j'aimais bien »). C'est ainsi, dit-elle, que l'idée d'une reprise d'études, en diététique, lui est venue. Il faut noter le caractère pratique de ce savoir incorporé, révélé par son aveux d'ignorance (« je n'y connaissais pas grand chose »), qui ne l'empêche pas de conseiller, sur le plan pratique, les clientes, par opposition à un savoir plus théorique, qu'elle acquiert davantage lors de ses études. Cette opposition entre savoir pratique incorporé et connaissance savante, renvoie à la théorie de l'action de Pierre Bourdieu⁵¹ dont l'habitus, comme système de dispositions durables et transposables, structurées par le monde social via les expériences sociales de l'individu et structurant en retour ce monde et ces expériences, est la pierre angulaire. L'accumulation de savoirs pratiques peut s'expliquer par son goût pour la cuisine et donc ses pratiques culinaires. Elle affirme ainsi que « depuis gamine » elle a « toujours aimé la cuisine » et « manger sainement », bien qu'elle se définisse comme « plutôt gourmande » et qu'elle confesse, dans la situation d'enquête, et avec un air amusé signifiant une certaine ironie envers elle-même, que parfois « cela [lui] ferait du bien qu'on la recadre ». L'exemple d'Adeline Gastaldi, diététicienne parisienne qui travaille à

49. Gingras et co-auteurs associent les « formes de savoirs incorporés » des futures diététiciennes et diététiciens à ces domaines : « [...] *about sports, food, cooking, eating, and body image issues* » (*ibid.*, p. 119), c'est-à-dire « le sport, la nourriture, la cuisine, l'alimentation, et les considérations relatives à l'image corporelle »

50. Les auteurs parlent de « *cognitive awareness of the profession* » (*ibid.*, p. 119)

51. Pierre BOURDIEU (2000), *Esquisse d'une théorie de la pratique ; précédé de Trois études d'ethnologie kabyle*, Seuil, Paris.

mi-temps pour la gestion du patrimoine familial, est également emblématique. Elle endosse en effet le rôle de conseillère en matière alimentaire, culinaire et diététique, avant même de suivre la formation théorique lui permettant d'exercer légalement, à titre professionnel, le métier de diététicienne. Adeline Gastaldi a été amenée à cuisiner dès l'adolescence (vers 11-12 ans) en raison des contraintes horaires de sa mère, psychologue exerçant en libéral, et du désintérêt de celle-ci pour la cuisine⁵². Elle explique ainsi que « c'est [sa] grand-mère qui cuisinait bien ». Sa mère en revanche « n'a jamais été une grande cuisinière ». C'est ainsi qu'elle a « un peu pris la place de [sa] mère à ce niveau là ». L'obligation s'est transformée en dispositions et en savoirs incorporés : « j'adore cuisiner, je cuisine beaucoup ». Elle partage ce savoir culinaire pratique avec ses proches et, désormais, ses patientes et patients : « dans le cadre familial et amical ça m'arrive beaucoup de donner des conseils culinaires, mais même aux patients ». La continuité entre travail ou loisir domestique (cuisine et activité de conseil) et l'activité professionnelle qu'elle exerce depuis le début de l'année 2016, c'est-à-dire onze mois avant la réalisation de l'entretien, en libéral, est frappante. En effet, si cette activité, parfois informelle, de conseil, qui reposait sur des savoirs incorporés (la prédisposant à endosser le rôle) s'est amplifiée, a pris plus d'envergure, consécutivement à l'obtention de son diplôme en octobre 2015⁵³, elle lui préexistait. Il apparaît en effet qu'Adeline Gastaldi était sollicitée par ses amis lorsque ceux-ci étaient à la recherche de conseils culinaires ou minceur :

« J'ai pensé à la diététique et je me suis beaucoup renseignée. Ma meilleure amie m'a aussi beaucoup poussée là-dedans parce que c'est vrai que quand j'avais, euh, parce que c'était toujours vers moi qu'on venait chercher les conseils sur l'alimentation, voilà, les conseils minceur. Voilà j'étais toujours à lire les petits journaux là-dessus, à lire les bouquins. »⁵⁴

Ses avis étaient donc, avant même de débiter ses études de diététique, considérés par son entourage comme de valeur, fiables. Elle jouait ainsi en la matière un rôle de « leader d'opinion »⁵⁵. On remarque que ce statut de conseillère avisée lui était attribué en raison de son

52. Elle ne précise pas durant l'entretien si son père n'assumait pas les tâches culinaires ou si sa mère, aujourd'hui divorcée et vivant avec un nouveau compagnon, élevait alors seule ses trois enfants.

53. Cette amplification peut s'expliquer à la fois par l'officialisation de ses compétences qu'autorise l'obtention du diplôme et par la diversification de celles-ci que permet l'étude de la diététique, puisque ses études lui ont permis de techniciser ses connaissances culinaires. Elle l'exprime ainsi : « [...] les gens qui savent que j'ai cette activité me le demandent plus spontanément. Et puis moi la formation m'a aussi appris beaucoup de choses, beaucoup de techniques, enfin les cours de techniques culinaires m'ont appris beaucoup de choses, sont très intéressants ».

54. Entretien réalisé à son cabinet au rez-de-chaussée d'un immeuble parisien appartenant au patrimoine familial, le 7 décembre 2016.

55. Elihu KATZ et F. PAUL (1955), *Lazarsfeld. 1955. Personal Influence : The Part Played by People*

savoir incorporé acquis, notamment, par la pratique de la lecture de la presse, que l'on imagine « féminine ». Enfin, il apparaît que ses compétences pratiques (et son rôle de « leader d'opinion » qui en découle) ont été une des causes, selon elle, de l'entrée dans sa nouvelle trajectoire professionnelle. Elle a en effet été encouragée par ses pairs, comme elle l'indique à propos de sa « meilleure amie », lorsqu'elle a envisagé la possibilité d'une reconversion scolaire et professionnelle vers la diététique.

Ainsi, le fait de nourrir un intérêt, un goût, voire une passion pour un domaine en lien avec la diététique (santé, science, alimentation, *etc.*), ainsi que le fait d'avoir accumulé des savoirs incorporés (compétences culinaires notamment) tendent à se renforcer mutuellement, une passion pour l'alimentation pouvant susciter des pratiques culinaires régulières. Ces deux éléments se combinent fréquemment avec les effets de l'illusion biographique, réponse aux injonctions sociales à la cohérence biographique, pour soutenir, au sens de justifier et maintenir, une trajectoire scolaire et professionnelle dans le domaine de la diététique.

Les effets d'illusion biographique Les injonctions sociales à la cohérence biographique concernent d'autant plus les enquêtés qu'ils ont, pour une majorité d'entre eux, été conduits à justifier leurs choix, leurs ruptures de trajectoires. Ces justifications ont été l'occasion d'une explicitation des liens reliant leur nouvelle trajectoire au passé, c'est-à-dire l'explicitation du chemin les ayant, selon eux, menés vers la diététique. Un tel exercice de mise en cohérence biographique est également attendu dans le cadre de la situation d'enquête⁵⁶. Il est intéressant de remarquer que les enquêtés se livrent à cet exercice avec une grande aisance, dans la mesure où le discours est fluide, et où ils font preuve d'une assurance particulière, venant confirmer qu'il s'agit pour eux, malgré le caractère artificiel de la situation d'enquête, d'un exercice social ordinaire, qui leur semble donc naturel c'est-à-dire allant de soi. Les diététiciennes et diététiciens interviewés manifestent en effet un « souci de donner sens, de rendre raison, de dégager une logique à la fois rétrospective et prospective » à leur histoire personnelle, à la manière d'un roman classique⁵⁷.

Ces effets d'illusion biographique (c'est-à-dire le fait de croire à un élément précur-

in the Flow of Mass Communications, The Free Press, Glencoe.

56. BOURDIEU, « L'illusion biographique », *art. cit.*, p. 69.

57. On se réfère au roman classique par opposition aux innovations narratives postérieures à la Seconde Guerre mondiale. Pierre Bourdieu se réfère, par contraste, à William Faulkner et aux auteurs du Nouveau Roman (*ibid.*, p. 70).

seur, à un « projet originel » sartrien qui s'exprime par l'usage d'expressions soulignant la continuité biographique comme « j'ai toujours ») consécutifs au travail de mise en cohérence auto-biographique, participent du sens que revêt pour les diététiciennes et diététiciens leur engagement dans la diététique. On distingue deux groupes parmi les personnes rencontrées. D'une part, il y a celles qui ancrent leur engagement dans la diététique principalement en raison d'un goût ou d'une pratique ancienne de la cuisine, d'un intérêt pour l'alimentaire voire pour les considérations esthétiques liées au poids, à l'instar d'Adeline Gastaldi qui cuisine depuis l'adolescence, et conseillait ses ami(e)s ainsi que sa mère⁵⁸. D'autre part, il y a celles qui ancrent leur engagement dans la diététique principalement en raison d'un goût particulier pour la médecine, la santé, le secteur médical. Ces diététiciennes et diététiciens ont tenté de ou sont parvenus à, dans un premier temps, travailler dans le secteur hospitalier, auprès de patientes et patients atteints de pathologies. La pratique hospitalière apparaît plus en accord avec le sens biographique que ces diététiciennes et diététiciens donnent à leur engagement. Ces deux groupes peuvent être illustrés par l'opposition (personnelle mais qui traduit des oppositions structurales entre ville et campagne notamment) entre Cassandra Rosset, passionnée de cuisine et travaillant originellement comme esthéticienne, et recevant désormais des patientes et patients en consultation au sein d'une maison de santé dans une petite ville dans un département rural de la région lyonnaise, et Laure Blana, parisienne et de vingt ans son aînée, qui voulait être médecin et qui a longuement exercé le métier de diététicienne à l'hôpital. Fany Lebois, que l'on peut apparenter au premier groupe, par exemple, semble voir dans les stages qu'elle a effectués au cours de sa scolarité au sein d'une école de commerce lilloise, comme la révélation, l'indice, de préférences cachées, en elle depuis longtemps, et donc personnelles :

« J'ai fait des stages en entreprise pendant mon cursus à l'ESC Lille, plutôt dans des boîtes alimentaires d'ailleurs parce que ça me bottait déjà cet univers à l'époque ». ⁵⁹

Ce sont ces mêmes préférences pour l'alimentaire qui l'inclinent, selon elle, une dizaine d'années plus tard, à choisir la diététique. L'ancrage temporel dans le passé et le lien qu'elle établit avec le présent sont soulignés par l'adverbe « déjà ». Cassandra Rosset, quant à elle, a accumulé un savoir incorporé, de valeur pour une diététicienne, grâce à sa passion pour la cuisine dont elle situe l'origine à l'enfance lorsqu'elle explique qu'elle « étai[t] une

58. Sa mère qui « a toujours eu un côté à combattre son petit kilo en trop alors qu'elle n'est pas du tout, ... elle est fine. Donc un petit côté obnubilée par son poids [...] »

59. Entretien réalisé à son cabinet parisien le 11 janvier 2018.

passionnée de cuisine depuis [ses] 5 ans ». Elle indique plus loin qu'elle « [a] toujours aimé la cuisine », l'adverbe « toujours » soulignant l'ancrage biographique. Audrey Vernier et Marine Murier sont deux exemples emblématiques du groupe de diététiciennes et diététiciens pour qui le sens de leur engagement professionnel repose sur l'idée de soin propre au secteur médical. Marine Murier explique en effet qu'elle « avai[t] envie de travailler dans le domaine médical depuis qu'[elle] étai[t] gamine », c'est-à-dire « depuis toujours ». Audrey Vernier, nous l'avons vu, se rend compte que « ce qui faisait sens » pour elle ce sont « les métiers de la santé ». Étant donné qu'elle avait tenté, sans succès, à deux reprises, d'être reçue en deuxième année de médecine à Paris, après l'obtention de son bac scientifique, à l'âge de seize ans, au milieu des années 1990, en Algérie, elle relie ce « sens » aux « premières choses qu'[elle] avai[t] faites », l'inscrivant ainsi dans la continuité, la cohérence du temps long. Et Audrey Vernier de conclure, à propos de sa rupture de trajectoire professionnelle, « Tout ça pour revenir un peu au début ». L'idée évoquée ainsi n'est autre que celle du retour aux origines. La première trajectoire professionnelle qu'elle a emprunté après ses échecs en faculté de médecine, trajectoire professionnelle qui l'a conduite à la rupture physiologique que fut son « *burn out* », est ainsi pensée rétrospectivement comme une déviation par rapport à sa vocation première, profonde serait-on tenté de dire, à savoir, exercer une activité professionnelle dans le secteur médical ou paramédical. Ainsi, les effets d' « illusion biographique », loin d'être un phénomène spécifique aux diététiciennes et diététiciens, constituent un mécanisme social ordinaire, mis en évidence par Pierre Bourdieu. Ils trouvent cependant une acuité toute particulière dans le discours des diététiciennes et diététiciens ayant connu une rupture de trajectoire professionnelle, et viennent soutenir le sens que ces derniers donnent à leur travail. En conclusion, il semble pertinent de considérer plus en détails le cas de Benjamin Lazard qui a connu une rupture de trajectoire professionnelle particulièrement nette (*cf* encadré *infra*). Benjamin Lazard a en effet renoncé à la poursuite d'une carrière professionnelle relativement prometteuse dans le domaine de la banque, après y avoir travaillé durant deux décennies environ, pour effectuer des études de diététique à distance puis exercer la diététique en libéral.

Encadré : Rupture et sens. Le cas de Benjamin Lazard

Benjamin Lazard, avec qui un entretien a été effectué à son domicile parisien le 7 avril 2017, exerce en libéral depuis avril 2014 à Paris (à son domicile) ainsi que dans une

commune limitrophe (dans un cabinet). Il a exercé auparavant le métier d'employé de banque, d'abord à un poste subalterne, puis d'encadrement, entre 1993 et 2010. C'est la dégradation progressive des conditions de travail, « qui avaient beaucoup évolué ces quinze dernières années » qui lui font s'interroger sur son avenir professionnel dans le secteur bancaire. C'est alors qu'il effectue « un bilan de compétences ». Il s'agit d'un retour réflexif sur sa trajectoire professionnelle passée devant permettre de déterminer les trajectoires futures envisageables, c'est-à-dire considérées comme raisonnables par « le consultant ». Une formation dans un secteur paramédical n'était pas envisagée comme réaliste car de trop longue durée. Benjamin Lazard en vient cependant à considérer cette option en raison, nous dit-il, d'un attrait pour ce secteur, attirance dont il situe l'origine à l'adolescence. « J'ai commencé à parler un peu de professions paramédicales, puisque c'était aussi un petit peu quelque chose qui me plaisait quand j'étais adolescent mais qu'en fait j'avais mis de côté ». Il semble que la cohérence biographique est d'autant plus forte, et soutient donc d'autant plus le choix (sans entrer dans un débat stérile qui chercherait à déterminer si le choix précède le travail de cohérence ou si l'inverse est vrai) du paramédical, que l'ancrage originel, en l'occurrence le goût pour ces métiers apparu dès l'adolescence, est situé en amont du cycle de vie. Et Benjamin Lazard de poursuivre : « dès le départ, dès l'adolescence, j'aimais ça, j'étais attiré par tout ce qui était médecine ou paramédical mais je ne me voyais pas du tout faire des études de médecine et même maintenant je ne me serais pas vu aller en fac de médecine ». Il considère la médecine, la santé, comme « un passe-temps qui faisait toujours partie de moi » à défaut d'être une possibilité professionnelle, peut-être en raison de son « sens pratique », du calcul intuitif des probabilités de succès. Il n'a en effet obtenu un DEUG de droit qu'après trois années d'études. Il est donc possible que ses « espérances subjectives » aient rejoint ses « chances objectives »^a. Un an après son bilan de compétences, « n'étant pas plus épanoui et ne voyant pas forcément d'évolutions en interne », il considère de plus en plus sérieusement l'idée d'une reconversion dans un métier du secteur paramédical. Considérer plus sérieusement signifie, concrètement, prendre en compte les conséquences, notamment financières, du choix, et donc la viabilité du projet. Il cherche quel « projet pouvait vraiment être viable ». Les considérations pragmatiques (les études de diététiques ne durent que deux ans, soit une durée relativement faible par rapport aux autres formations du secteur paramédical) se combinent alors avec la considération des goûts et des savoirs incorporés, dans les domaines de l'alimentation et du sport en l'occurrence, puisque Benjamin Lazard a des pratiques sportives relativement intenses depuis une quinzaine d'années. Il exerce également, en conséquence, un contrôle de son alimentation. Ainsi, les effets de mise en cohérence biographique, pour soi et pour son entourage, scellent la rupture et le sens que lui donne Benjamin Lazard. C'est ainsi qu'il explique que :

Un jour il y a eu un déclic (je ne me souviens plus comment), au niveau de la diététique : c'est que je me suis rendu compte que ça avait toujours fait partie de

ma vie. Mais c'était tellement gros, sous mon nez, que je ne le voyais pas.^b

L'usage de l'adverbe « toujours » renvoie nettement à un effet d'illusion biographique^c. Le propos n'est en aucun cas de statuer sur le caractère véridique ou erroné d'une telle affirmation. Il s'agit simplement de considérer le fait que cette mise en cohérence biographique, sous l'effet d'injonctions sociales ordinaires, particulièrement sensibles lors de ruptures de trajectoires, agit socialement. Elle est un fait social qui fait sens pour Benjamin Lazard et sa famille, et vient en cela soutenir sa nouvelle trajectoire. Benjamin Lazard n'a pas d'enfant mais il a une conjointe ou un conjoint. Il s'est également ouvert de son projet à son oncle et, sans doute, à d'autres membres de sa famille. Il est en effet conforté dans son choix et son travail de mise en cohérence biographique lorsqu'il s'ouvre de son projet à son entourage : « Finalement, j'en ai parlé à la famille et tout le monde m'a dit "mais oui, enfin, effectivement" ». Le terme « effectivement » renvoie au, et renforce, le fait que la diététique était quelque chose qui avait toujours fait partie de sa vie.

L'illusion biographique et le choix de la diététique sont renforcés par l'accumulation de savoirs incorporés qui sont alors considérés comme des ressources valorisables, et qui font sens pour un avenir dans la diététique^d, renforçant ainsi l'illusion biographique dans la mesure où leur accumulation, inséparable d'un style de vie, repose sur des dispositions et des goûts la plupart du temps stables et durables donc acquis de longue date. Benjamin Lazard se rend donc compte que « à 38 ans et habitant à Paris, avec toutes les émissions et tout ce qu'on peut lire, [il] étai[t] quelqu'un qui faisait attention à son alimentation, [il] faisai[t] du sport, *etc* ». Il fait du sport depuis « [ses] vingt-cinq ans » et a reçu « une éducation en terme d'alimentation, on peut dire "bonne", puisque [sa] maman étant à la maison, elle cuisinait beaucoup, on allait faire les courses avec elle, les produits frais, le marché, *etc* ». Le style de vie, savoir incorporé, immédiatement perceptible par les patientes et patients sous sa forme de « capital corporel »^e, transmissible (plus ou moins difficilement) lors des consultations sous sa forme pratique (pratiques culinaires et sportives en l'espèce), est une ressource pour le diététicien car c'est ce qu'il « essaie de mettre en place avec [ses] patients ».

Enfin, en guise de transition vers le développement suivant (section 1.2.2 page 98), le choix de Benjamin Lazard pour la diététique est également soutenu par des considérations pragmatiques. Pour être envisageable, l'entrée dans la nouvelle trajectoire doit, du point de vue du futur diététicien, être limitée dans ses coûts. Il faut prendre en compte les coûts directs. Ne pouvant être accepté dans un lycée public dans la mesure où ils sont très sélectifs et où le profil de Benjamin Lazard ne correspondait pas à leurs exigences, il a considéré l'inscription dans un lycée privé. Le coût direct (« entre 4000 et 5000€ par an, donc c'est un sacré investissement ») ainsi qu'un certain scepticisme quant à la qualité des cours donnés^f l'en ont dissuadé. Il a donc opté pour la formation du CNED, moins onéreuse, couplée, durant la première année, avec le recours à un professeur particulier

étudiant, par l'intermédiaire d'Academia, une entreprise privée proposant des cours particuliers à domicile. Celui-ci l'aidait à réviser, deux heures par semaine, « en bio-chimie parce que c'était pour [Benjamin Lazard] vraiment la matière, totalement nouvelle et qui était, en tout cas pour la première année, la matière la plus importante », c'est-à-dire à la fois la plus déterminante pour la validation de l'année et à la base de plusieurs disciplines abordées en deuxième années comme la « physio-pathologie ». A la prise en compte de ces coûts directs, il faut bien évidemment ajouter le « coût d'opportunité »^g que représente la perte de revenus associée à la reprise d'études. Si notre diététicien sait qu'il perd des revenus en renonçant à l'ancienne trajectoire puisqu'il aurait pu « faire le même travail durant les vingt prochaines années » et obtenir ainsi un revenu plus élevé (la différence avec les revenus tirés de son activité dans la diététique constituant, théoriquement, une partie du coût d'opportunité), il ne considère principalement, comme coût d'opportunité, qu'une partie de celui-ci, à savoir les deux années d'études sans revenu, puisqu'il est sans emploi entre 2010 et 2012. C'est donc ce coût indirect qui entre en considération lors de son choix de la diététique. Il planifie sa reconversion et anticipe donc ce coût :

« La dernière année dans le travail bah j'ai un petit peu joué les fourmis, c'est-à-dire que je mettais de côté. Je mettais principalement de côté pour pouvoir être le plus indépendant possible, sachant que pendant deux années il n'y aurait pas de revenus vraiment financiers. Et donc, voilà, le projet s'est mis en place et il a été lancé donc comme je vous l'ai dit en septembre 2010 ». ^h

La durée relativement faible des études de diététique rend plausible le projet car elle limite le coût d'opportunité que cela induit et permet donc à Benjamin Lazard de ne l'anticiper, par un comportement d'épargne, qu'une seule année en amont. En outre, il n'a ni conjoint ni enfant, ce qui lui permet d'individualiser davantage sa prise de décision, contrairement à la reconversion effectuée par Audrey Vernier. Il échoue cependant de peu à l'examen permettant d'obtenir un BTS en diététique, en octobre 2012. Afin de financer cette troisième année non anticipée, il travaille à mi-temps, trois jours par semaine, au sein du cabinet d'expert-comptable de son parrain à Paris. Il est ensuite diplômé à l'automne 2013.

a. On reconnaît dans cette expression la terminologie bourdieusienne qui conclut, par exemple, *l'Esquisse pour une théorie de la pratique* (Pierre BOURDIEU (2000), *Esquisse d'une théorie de la pratique ; précédé de Trois études d'ethnologie kabyle*, Seuil, Paris).

b. Entretien effectué à son domicile parisien le 7 avril 2017.

c. BOURDIEU, « L'illusion biographique », *art. cit.*, p. 69.

d. Il est à noter que la minceur est également une forme de savoir incorporé, un gage public et immédiat de compétence en matière diététique. Benjamin Lazard est particulièrement mince, à l'image des diététiciennes et diététiciens rencontrés qui l'étaient toutes et tous à différents degrés.

e. BOURDIEU, « Remarques provisoires sur la perception sociale du corps », *art. cit.*

f. Il explique qu'il était « difficile d'avoir toutes les infos. Quels sont les taux de réussite ? Et surtout d'avoir des infos, parce que y a à boire et à manger. Voilà, on sait pas trop qui donne les cours, parfois y a aussi de l'absentéisme, les programmes ne sont pas forcément suivis ».

g. Gary Stanley BECKER (1964), *Human Capital : A Theoretical and Empirical Analysis, with Special Reference to Education*, Harvard University Press, Cambridge.

h. Entretien réalisé au domicile parisien de Benjamin Lazard le 7 avril 2017.

Ainsi, la plupart du temps, l'intérêt pour l'alimentation et le goût pour la cuisine (ou le sport), propices à l'accumulation de savoirs incorporés, couplé parfois à une attirance pour le domaine médical ou pour les disciplines scientifiques, soutiennent subjectivement, avec en complément de fréquents effets d'illusion biographique, un choix de professionnalisation guidé également par le pragmatisme, c'est-à-dire la prise en compte dans la pratique des structures (et donc des contraintes) objectives, et des ressources à la disposition des futurs diététiciennes et diététiciens.

1.2.2 Un choix de professionnalisation pragmatique

Des considérations pragmatiques, relatives aux opportunités structurales, se combinent, et non s'opposent, aux déterminants individuels, incorporés, relatifs à l'habitus⁶⁰. Ces considérations sont davantage prégnantes dans le cas des ruptures de trajectoires scolaires ou, *a fortiori*, professionnelles, pour plusieurs raisons que l'on explicitera, sans pour autant être absentes des justifications proposées par la plupart des diététiciennes et diététiciens interviewés ayant connu une trajectoire scolaire et professionnelle sans rupture.

Dans le cas de Benjamin Lazard, nous avons vu qu'il développait des considérations pragmatiques, c'est-à-dire pratiques, induites par son projet de reconversion. Au-delà d'une transformation éventuelle des pratiques, d'épargne par exemple, par anticipation, le caractère pragmatique des réorientations peut se révéler dans le choix même de la diététique. On observe en effet que les contraintes et opportunités que font peser les structures objectives sur les trajectoires possibles ont conduit nombre des praticiens interrogés à faire spécifiquement le choix de la diététique plutôt que d'autres études et métiers du paramédical, qu'ils pouvaient subjectivement valoriser par ailleurs, kinésithérapeute notamment, ou, *a fortiori*, des métiers du domaine médical. Les diététiciennes et diététiciens qui ont connu une réorientation scolaire ou une rupture professionnelle sont les plus enclins à expliciter au cours des entretiens les déterminants pragmatiques, parmi d'autres, de leurs choix⁶¹.

60. Le concept d'habitus est employé dans l'acception que lui confère Pierre Bourdieu. L'habitus désigne l'ensemble des (pré)dispositions, aspirations, représentations biographiques, qui résultent de la sédimentation progressive des histoires sociales individuelles et collectives.

61. On peut expliquer cela par le coût d'opportunité que représente une conversion suite à une rupture, surtout si celle-ci est tardive, comme le cas de Benjamin Lazard le montre. A cela s'ajoute l'anormalité sociale

Parmi les diététiciennes et diététiciens ayant connu une réorientation scolaire ou une rupture professionnelle, plus du tiers d'entre eux, six sur quinze, ont suivi un raisonnement pragmatique similaire les conduisant à la diététique. Ces personnes ont tenté, ou voulu tenter, sans succès, à une ou plusieurs reprises, une première année de médecine, puis, souvent après une première trajectoire scolaire, et parfois professionnelle, dans un autre domaine, ont connu une rupture de trajectoire. Ces diététiciennes et diététiciens ont alors considéré une reprise d'études dans le domaine médical. Les chances de succès étant trop limitées et la durée des études trop longue, ils ont opté pour une conversion dans le secteur paramédical, plus accessible et toujours en lien avec la santé. Enfin, étant donnée la structuration des études possibles dans le paramédical, la diététique s'impose puisqu'elle permet d'être diplômé en seulement deux années contre, par exemple, cinq pour devenir kinésithérapeute. Cette procédure de choix pragmatique peut être effectuée à regret par les futures diététiciennes et diététiciens, à l'instar de Marine Murier. Celle-ci souhaite se réorienter vers une profession médicale mais choisit le secteur paramédical, puis plus précisément la diététique, en raison d'une moindre difficulté, d'autant qu'elle ne dispose pas des bases scientifiques, ayant obtenu un bac économique et social :

« C'était un peu un regret dans le sens où j'avais envie de travailler dans le domaine médical depuis que j'étais gamine. J'ai pas fait médecine parce que justement j'avais fait un bac ES. Et voilà j'ai décidé en fin de compte de me lancer. Donc c'était du paramédical parce que plus simple ». ⁶²

Marie Le Roux, qui a épousé un médecin généraliste à Paris, se dit également contrariée de ne pas avoir suivi une première année de médecine après l'obtention du baccalauréat. « Moi j'avais toujours voulu faire médecine, j'ai été un peu contrariée ». Elle s'est dirigée vers le droit, est devenue avocate et a exercé pendant plusieurs années au Barreau de Paris. Lorsqu'elle a décidé de changer de métier, elle « [a] hésité deux secondes à reprendre des études de médecine » puis c'est dit « quand même » car elle « avai[t] trente ans » passés. Cela illustre les injonctions sociales liées à l'âge et à l'avancée dans le cycle de vie. Au-delà du caractère sélectif et des probabilités de succès objectivement plus limitées en médecine, choisir de s'orienter vers les métiers de la médecine, c'est s'engager sur une trajectoire scolaire *a minima* de huit années sans ou avec peu de revenus. Cela a toute chance d'être socialement

(signalée par la rareté statistique) des reprises d'études, à un niveau baccalauréat et à plein temps qui plus est, à un âge où seule l'infime partie d'une classe d'âge est en études. Cela concerne essentiellement les diététiciennes et diététiciens ayant connu une rupture professionnelle tardive.

62. Entretien effectué à son cabinet parisien le 12 novembre 2016.

stigmatisé. Le risque de déviance est exprimé par l'usage de l'expression « quand même », qui signale comme un retour à la raison de l'ordre social par le renoncement à un projet déviant. Elle choisit donc le paramédical et en particulier la diététique, accessible en deux années d'études seulement. Ana Mougin, quant à elle, après l'obtention d'un BTS en chimie et après avoir travaillé durant un peu moins de trois ans dans la filière du nucléaire, a mieux vécu son choix de la diététique mais a tout de même envisagé de faire une première année de médecine, avant de renoncer et d'opter, parmi les professions paramédicales, pour la plus courte :

« étant donné que les études de médecine c'est très long, j'ai regardé ce que...⁶³, voilà c'était ou kiné ou diététique ». ⁶⁴

Sara Perrier a suivi, quant à elle, une première année de médecine, dans l'optique de devenir orthophoniste. Elle n'a cependant « pas eu les concours donc » elle a « regardé dans les métiers paramédicaux ce qu'il y avait » et a choisi la diététique par goût, pour l'alimentation notamment (« le côté alimentation qui me plaisait »), et parce qu'il s'agissait d'« études courtes ». Enfin, outre le cas de Benjamin Lazard, Audrey Vernier a suivi le raisonnement présenté plus haut. En effet, elle avait tenté à deux reprises, sans succès, d'intégrer une deuxième année de médecine, avant d'étudier la biologie et l'informatique à Paris et de travailler en tant que salariée dans des entreprises de conseil, jusqu'à ce qu'elle fasse un « burn out ». Elle expose ainsi le cheminement qui l'a conduite à choisir la diététique :

« Ce qui faisait sens pour moi c'est les métiers de la santé. Ce sont donc les premières choses que j'avais faites quoi. Tout ça pour revenir un peu au début. Donc je me suis renseignée pour savoir quels étaient les métiers de la santé que je pouvais exercer. Et, c'est à ce moment là que la diététique a émergé. Parce que c'est un métier qui touche à la santé, indéniablement. Qui est intégré quand même, c'est une profession paramédicale, donc c'est intégré dans le système de soin. Et également c'est un métier que l'on peut exercer, enfin la formation dure deux ans. Parce que aussi financièrement il fallait que je puisse. Bon, là y avait pas de "part time" possible, il fallait que je fasse du "full time". Mais en deux ans, sachant qu'en cas de licenciement j'avais deux ans d'indemnités, de chômage, je pouvais me former pendant mon temps de chômage ». ⁶⁵

On observe que Audrey Vernier souhaite dans un premier temps, et selon elle originellement ⁶⁶, se diriger vers « les métiers de la santé ». Elle cherche alors les trajectoires

63. « ce que je pouvais faire » est sous-entendu dans cette phrase.

64. Entretien effectué à son cabinet le 6 décembre 2016.

65. Entretien effectué à son cabinet le 23 mars 2017

66. On retrouve dans cet extrait la cohérence biographique.

envisageables parce que réalistes, c'est-à-dire adaptées aux ressources dont elle dispose et en particulier financières. On comprend alors qu'elle a éliminé du champ des possibles les métiers du médical et que, parmi ceux relevant du paramédical, « la diététique a émergé » par pragmatisme, car plus accessible, relativement aux autres choix potentiels. En effet, pour justifier son choix, elle commence par rattacher la diététique au domaine de la santé. Elle présente le métier de diététicien comme « intégré dans le système de santé » car protégé par un titre associé à un diplôme d'État et reconnu comme « une profession paramédicale ». Audrey Vernier exprime ainsi le fait que le choix de la diététique fait sens pour elle puisqu'elle assimile, au sens neutre du terme, la diététique à un « métier de la santé », elle qui a toujours été attirée par ce domaine, comme en témoigne sa double tentative de parvenir en deuxième année de médecine à l'Université Paris VI. Elle poursuit sa justification en explicitant ses considérations pragmatiques. Il ne s'agit pas seulement d'un métier idéal, qui fait sens pour elle. C'est également un métier envisageable pour elle, « que l'on peut exercer » car « la formation » ne « dure » que « deux ans »⁶⁷. Le temps, et par conséquent le coût d'opportunité, se devaient d'être pris en compte, ne serait-ce que parce qu'il s'agit d'un projet présenté comme « familial ». Elle n'est donc pas la seule personne à en supporter les coûts, son projet de reconversion pesant nécessairement sur le revenu disponible, et donc le niveau de vie, familial. Elle dispose de revenus de remplacement (indemnités de licenciement et allocations chômage) pouvant pallier durant deux années sa perte de revenus primaires liés au travail. C'est ainsi qu'elle entame ses études de diététique en 2014 sous l'égide du CNED, puis à l'IUT de l'Université Paris-Est Créteil l'année suivante, où elle devient titulaire du DUT de biologie option diététique.

Parmi les autres diététiciennes et diététiciens de notre échantillon qui ont connu une réorientation scolaire ou une rupture professionnelle, certains cas, à l'instar de Cassandra Rosset, présentent des similarités avec les cheminements pragmatiques et marqués par l'aspiration à l'exercice d'un métier relevant du secteur médical décrits précédemment. Cassandra Rosset, qui a débuté sa vie professionnelle en tant qu'esthéticienne à Lyon, par exemple, admet, après avoir avoué une préférence pour ses patientes et patients atteints d'une pathologie, car elle se sent alors « un peu soignant » et « [veut] sauver le monde », que « on est pas médecin mais bon... ». Elle assimile ainsi son activité professionnelle à une activité quasi

67. L'usage des guillemets dans ce paragraphe renvoie au fait que nous citons des extraits tirés de l'entretien effectué avec Audrey Vernier.

médicale, proche de la médecine, dans le cas des patientes et patients malades, atteints du diabète ou d'intolérances alimentaires par exemple. Nous lui demandons alors si elle avait « voulu faire médecine » par le passé. Elle répond ainsi :

« Franchement, si je n'avais pas trente-deux ans, je pense que je me lancerais. Mais peut-être pas pour faire médecine . . . mais en kiné ou des trucs comme ça. Mais plus aujourd'hui, on arrête. Y a un moment ça suffit. Mais il n'est jamais trop tard ». ⁶⁸

Au-delà de l'ambivalence de la réponse (on ne sait si « cela suffit » ou s' « il n'est jamais trop tard »), le raisonnement qu'elle propose sur une situation fictive se rapproche de ceux effectués par d'autres diététiciennes citées précédemment, comme Ana Mougin. On remarque le caractère déterminant de l'âge ⁶⁹ qui fait office de contrainte sociale. Si elle « n'avai[t] pas trente-deux ans », elle se serait lancée, donc les attentes et interdits, les déviances liées à l'âge, l'en empêchent. Elle ne se serait cependant sans doute pas lancée pour « faire médecine ». Elle aurait opté pour des études plus courtes, relevant du paramédical, pour devenir kinésithérapeute par exemple. Ayant eu des difficultés face au programme du BTS de diététique ⁷⁰, notamment en physiopathologie, ses chances objectives de succès en première année de médecine semblent faibles. Aussi, le pragmatisme ne prend-il pas simplement en compte les coûts financiers des études mais également les chances relatives de succès. Il est inutile de supposer que les agents connaissent consciemment ces données leur permettant d'effectuer un choix rationnel en finalité. Il est en effet possible de voir dans ces situations, assemblées sous le label « pragmatisme », un effet de l'habitus, comme principe générateur de stratégies objectivement réglées, adaptées aux contraintes structurelles ⁷¹.

Il est à noter que certains diététiciennes et diététiciens ayant connu des ruptures scolaires n'ont pas choisi la diététique en vertu de critères pragmatiques, au sens de pratiques, mais plus ou moins exclusivement en raison d'une volonté d'exercer un métier associé au domaine de la santé et par goût, attirance spécifique pour la diététique, plutôt que pour

68. Entretien effectué à son cabinet le 13 avril 2017.

69. L'âge ne doit pas être entendu comme une variable biologique mais comme une variable sociale, « socialement manipulée et manipulable » (Pierre BOURDIEU (1980b), « La "jeunesse" n'est qu'un mot », dans : *Questions de sociologie*, les Éditions de Minuit, Paris). Deux individus du même âge biologique ne sont pas nécessairement soumis aux mêmes normes sociales liées à l'âge, et ne « font » pas nécessairement le même âge, et n'ont donc pas, à proprement parler, le même âge social. Celui-ci est fonction de la classe sociale d'origine et d'appartenance, du niveau de diplôme, de la fonction occupée, du sexe, etc.

70. Elle a par ailleurs abandonné sa formation en première année de licence de langues étrangères appliquées pour faire un baccalauréat professionnel des métiers de l'esthétique, considéré comme scolairement moins exigeant.

71. BOURDIEU, *Esquisse d'une théorie de la pratique ; précédé de Trois études d'ethnologie kabyle*, op. cit.

d'autres domaines du paramédical. Laure Blana en constitue l'exemple emblématique. Souhaitant demeurer dans le domaine médical après son échec en première année de médecine, elle a opté, en raison d'aspirations particulières pour la diététique, pour ce domaine :

« Ah non rien à voir avec la durée des études. C'était rester dans un domaine médical, qui soit proche des patients et qui soit proche de la santé dans l'immédiat. Donc l'objectif c'était prendre soin mais pas réparer. Kiné ne m'intéressait pas, infirmière non plus ... »⁷²

Ainsi, dans les cas de rupture, on observe souvent que le choix de la diététique est en partie déterminé par des considérations que les futurs diététiciennes et diététiciens qualifieraient de pragmatiques, et qui peuvent être analysées, du point de vue extérieur du sociologue, comme étant la résultante d'un effet de la structure de l'enseignement supérieur français. Cet effet est repérable d'une part dans le discours des enquêtés lorsqu'ils explicitent rétrospectivement les raisons de leurs choix, et d'autres part par comparaison objective avec d'autres systèmes d'enseignement. Dans les pays anglo-saxons et au Canada en particulier, pays précurseur dans l'enseignement de la diététique⁷³, la diététique est exclusivement une discipline universitaire. Pour devenir diététicienne ou diététicien, les étudiants doivent obtenir une licence, en quatre années d'études, en diététique, puis effectuer une année de stage en milieu hospitalier⁷⁴. Les études de diététique ne sont ainsi pas structurellement plus courtes et moins onéreuses que celles permettant l'accès à d'autres métiers du paramédical, comme cela est le cas en France. On comprend ainsi pourquoi J.Gingras ne mentionne pas le pragmatisme comme un des facteurs explicatifs du choix scolaire effectué par les étudiants en diététique qu'elle a rencontrés⁷⁵. J.Gingras met en évidence des facteurs observables chez les diététiciennes et diététiciens de notre échantillon, tels que le fait de nourrir un intérêt précoce pour l'alimentation ou la diététique, d'avoir des aspirations professionnelles dirigées vers le secteur médical, d'être encouragé par ses proches, ou enfin de vivre une expérience déterminante⁷⁶. Elle ne mentionne cependant pas d'effet propre à l'organisation du système

72. Entretien réalisé au siège parisien du réseau de prise en charge de patients souffrant de pathologies néphrétiques, RENIF, dont elle est la coordinatrice ETP (Éducation Thérapeutique du Patient), le 15 juin 2017.

73. DARTOIS, « Les Diététiciens : un peu d'histoire. », *art. cit.*

74. Jacqui GINGRAS et Raquel DUCHEN (2014), « Ethics of Dietitians », dans : *Encyclopedia of Food and Agricultural Ethics*, sous la dir. Paul B. THOMPSON et David M. KAPLAN, Springer Netherlands, Dordrecht, p. 658.

75. GINGRAS et al., « New Dietetic Practitioners' Perspectives », *art. cit.*, p. 119.

76. J.Gingras donne en particulier l'exemple d'un « cours de professionnalisation » au lycée, expérience qui se rapproche du cas de Marion Delangre. Elle a connu une trajectoire scolaire et professionnelle sans

d'enseignement, puisque les études de diététique ne sont pas, au Canada, relativement plus courtes.

Il est remarquable cependant que la possibilité de devenir infirmière ne soit évoquée uniquement par Laure Blana. Cette dernière, après avoir échoué à deux reprises en première année de médecine, explique son choix de la diététique par une volonté de prendre soin plutôt que de réparer. Elle a en outre exclu la possibilité de devenir kiné ou infirmière, deux professions orientées vers le soin, par désintérêt pour ces activités. Les autres diététiciennes et diététiciens rencontrés cependant affirment souvent avoir songé à devenir kinésithérapeutes. Ils expliquent ensuite y avoir renoncé en raison de la durée des études. Par contraste, la possibilité de devenir infirmier ou infirmière n'est pas évoquée alors que les études sont relativement courtes, trois ans. Il s'agit en outre d'un métier qui peut, comme la diététique, s'exercer en libéral, qui est très féminisé et qui appartient, encore plus clairement, au secteur médical. Nous ne pouvons que souligner cette observation qui ne nous est apparue que tardivement. Ainsi, nous n'avons pas pu interroger davantage les diététiciennes et diététiciens sur ce point.

Pour conclure, il apparaît que le pragmatisme des futurs diététiciennes et diététiciens, conséquence subjective de la structure de l'enseignement supérieur dans le domaine médical et paramédical en France, peut également s'observer chez des diététiciennes n'ayant pas connu de rupture, c'est-à-dire chez des enquêtées jeunes, venant d'obtenir leur baccalauréat, pour qui le coût d'opportunité, de trois années d'études supplémentaires pour être kinésithérapeute par exemple, est moindre, puisqu'elles ne sont pas d'ores et déjà engagées dans une autre carrière professionnelle. C'est le cas par exemple de Pauline Malon, notre enquêtée principale qui exerce dans un département rural de la région lyonnaise, qui est partie en première scientifique parce que « ça ne fermait pas les portes ». Elle a choisi par goût pour la discipline la spécialité SVT (Science de la Vie et de la Terre). Or, bien que bonne élève, elle s'est « toujours sentie contrainte de travailler à l'école » et souhaitait terminer sa scolarité le plus rapidement possible. Aussi, lors du choix d'orientation après l'obtention du baccalauréat, ses « deux critères » étaient les suivants : « faire de la biologie et le moins longtemps possible ». La diététique répondait à ses critères. Elle avait ainsi le choix entre étudier en vue de l'obtention d'un DEUG de biologie, ou d'un DUT en biologie avec diffé-

rupture, à Lyon, car elle a découvert le métier de diététicien au collège à l'occasion d'un forum des métiers. Elle a ensuite « fait le bac et le DUT en fonction », preuve de sa détermination.

rentes options possibles, dont la diététique, permettant d'exercer le métier de diététicienne. Elle a dès lors estimé que cela devait « être bien de recevoir les gens, de les conseiller, de se sentir utile ». C'est ainsi que, par pragmatisme (la diététique se trouvant structurellement dans une position avantageuse) puis par goût, elle a étudié la diététique à l'IUT de Lille.

Ainsi, nous avons montré comment le choix de la diététique s'effectue et fait sens pour les enquêtés. Nous avons vu comment savoirs incorporés, goûts et intérêts, et effets d'illusion biographique, se combinent à des considérations pragmatiques et tendent à se renforcer mutuellement pour soutenir⁷⁷ une trajectoire scolaire et professionnelle dans le domaine de la diététique.

1.3 conclusion

Nous avons décrit les trajectoires scolaires et professionnelles des diététiciennes et diététiciens rencontrés. Loin d'être uniformes, elles présentent chacune de nombreuses spécificités. Si nous devons proposer une première analyse d'ensemble, nous soulignerions le fait que de nombreux diététiciennes et diététiciens, au sein de notre population, ont connu des ruptures scolaires ou professionnelles avant de faire le choix de la diététique. Cela ne fait pas de la diététique un choix secondaire, par défaut. Les considérations concrètes qui président fréquemment à ce choix ne sauraient pas davantage en faire un pis-aller. Les stratégies pragmatiques, suite à une rupture notamment, de réorientation vers la diététique, objectivement encouragées par la structure des études médicales et paramédicales, sont rarement vécues comme des choix par défaut. Bien au contraire, elles font sens pour les diététiciennes et diététiciens rencontrés. En effet, ces ruptures sont socialement et économiquement envisageables, même à un âge avancé, même en cas de responsabilités familiales *etc.*, et sont soutenues par des ressources accumulées sous la forme de savoirs pratiques incorporés, des goûts et des intérêts. Le choix de la diététique est en outre soutenu par des effets d'illusion biographique qui sont la réponse aux injonctions sociales de mise en cohérence (auto)biographique, particulièrement prégnantes et explicites lors des reconversions professionnelles. Enfin, nombre de diététiciennes et diététiciens interviewés entretiennent un lien particulier avec le souhait de soigner et l'univers médical. Cela peut conduire à choisir la diététique en raison d'une

77. Pour rappel, nous entendons « soutenir » dans un double sens. Les éléments cités plus haut soutiennent la trajectoire dans la mesure où ils la justifient, la fondent, et parce qu'ils favorisent l'inscription dans la durée dans cette trajectoire.

proximité réelle ou espérée au monde médical, notamment lorsque l'exercice du métier est envisagé à l'hôpital, ou paramédical. Ainsi, il est frappant de constater l'écart qui existe souvent entre les aspirations professionnelles qui nourrissent l'engagement initial en faveur de la diététique, généralement, mais non systématiquement, guidé par l'attrait pour le monde médical, et la réalité concrète de l'exercice de la diététique que connaissent ces diététiciennes et diététiciens (en libéral), réalité pratique dominée à plus de 80% par des patientes et des patients désirant perdre du poids sans souffrir de pathologie particulière. Comment cet écart est-il vécu par les diététiciennes et diététiciens rencontrés et comment se traduit-il dans leurs choix et leurs pratiques professionnelles ? La section suivante propose, notamment, des éléments de réponse à cette interrogation. La prochaine section entend en effet répondre à la question qui succède chronologiquement, dans la trajectoire des enquêtés, à celle du choix de la diététique : comment les diététiciennes et diététiciens interrogés se sont-ils installés en libéral ?

2 S'installer en libéral : nécessité, opportunité ou ressources ?

Cette section doit être le lieu du traitement de la question de l'installation des diététiciennes et diététiciens en libéral, c'est-à-dire au sein d'un cabinet individuel ou collectif où les enquêtés exercent la diététique en tant que travailleurs libéraux donc indépendants. L'hypothèse que nous allons défendre est qu'il existe une pluralité de facteurs permettant de rendre compte de l'installation en libéral. Dans un certain nombre de cas, l'installation en libéral s'apparente (en partie, tant les facteurs généralement se combinent) à une nécessité faite vertu. La possession, ou non, de ressources subsidiaires, de différents types, ainsi que l'existence d'opportunités particulières, modèlent également l'installation en libéral. Ainsi, nous verrons en quoi les inégalités sociales entre diététiciennes conditionnent l'installation (et plus généralement les premières années d'exercice) en libéral et favorisent une diversité des stratégies d'installation.

Nous entendons par « installation en libéral », la projection des diététiciennes et diététiciens dans un exercice professionnel en libéral, l'installation physique⁷⁸, et les premières

78. L'installation physique se caractérise typiquement par l'ouverture d'un cabinet, et systématiquement par le fait d'être en mesure de recevoir des patientes et patients en consultation. A une seule exception

années d'exercice, au cours desquelles, la plupart du temps, les diététiciennes et diététiciens s'efforcent et doivent s'efforcer de constituer une « patientèle »⁷⁹ afin de garantir la rentabilité économique de leur activité, c'est-à-dire la capacité d'en retirer une rétribution financière jugée satisfaisante. La nécessaire constitution d'une patientèle suffisante contraint l'ensemble des diététiciennes et diététiciens rencontrés, à l'exception des cas spécifiques, abordés dans cette section, des diététiciennes et diététiciens qui peuvent se permettre d'échapper aux contraintes économiques qui rendent nécessaire la constitution d'une patientèle, c'est-à-dire d'un ensemble de patientes et patients réguliers assurant ainsi des revenus réguliers, aux variations saisonnières habituelles près⁸⁰. Il serait par conséquent préférable de parler de processus d'installation pour souligner l'inscription dans la durée du phénomène. Cependant, afin d'alléger l'écriture, nous prions plutôt notre lecteur de bien conserver à l'esprit l'aspect dynamique de l'installation.

L'étude du processus d'installation en libéral permet d'aborder des questions et des phénomènes devenus classiques dans l'analyse sociologique : le fait de faire de nécessité vertu, la présence et les effets d'inégalités sociales, et des rapports au temps socialement différenciés. Afin de déterminer, dans un premier temps, les situations dans lesquelles l'installation en libéral est d'abord une nécessité faite vertu, il convient, en guise de prolégomènes, de rappeler ce qu'entend Pierre Bourdieu par le concept de « nécessité faite vertu ». Dans sa troisième « Étude d'ethnologie kabyle », intitulée « la parenté comme représentation et comme volonté », où il s'intéresse à la généalogie pratique des populations kabyles, Pierre Bourdieu aborde, à propos du mariage avec la cousine parallèle, présenté par les ethnologues comme idéal, presque forcé par la règle, la notion de « nécessité faite vertu »⁸¹ :

« Le mariage avec la cousine parallèle peut en certains cas s'imposer avec une nécessité qui n'est pas pour autant celle de la règle généalogique. Dans la pratique en effet ce mariage idéal est souvent un choix forcé que l'on s'efforce parfois de donner pour le choix de l'idéal, faisant ainsi de nécessité vertu ».

près (Florine Hervet, qui propose des consultations exclusivement par internet, ou au domicile de ses patientes et patients), tous les diététiciennes et diététiciens de notre échantillon reçoivent à leur cabinet, ou se rendent au domicile de leurs patientes et patients.

79. Nous mettons le terme « patientèle » entre guillemets pour signifier qu'il s'agit d'un terme indigène.

80. Les diététiciennes et diététiciens rencontrés signalent ainsi, unanimement, une diminution des demandes de consultation durant le cœur de la période estivale (juillet-août), ainsi qu'à l'approche des fêtes de fin d'année.

81. BOURDIEU, *Esquisse d'une théorie de la pratique ; précédé de Trois études d'ethnologie kabyle*, op. cit., p. 132.

La nécessité vient du fait qu'il s'agit d'un « choix forcé », notamment par des considérations d'honneur, par exemple si la cousine est délaissée, ou en raisons de stratégies matrimoniales qui peuvent comprendre des enjeux relationnels de pouvoir au sein d'une lignée. Il ne s'agit donc pas d'une nécessité légale, contraignante sur le plan juridique, mais bien d'une nécessité pratique, guidée par le sens pratique que confère l'habitus. C'est en cela un choix, bien qu'il soit forcé par la nécessité pratique. Mais de ce choix qui s'impose il est parfois fait vertu. Si l'on voulait jouer sur les mots de la sociologie, nous dirions que ce choix forcé est fait vertu car l'agent se donne, se trouve⁸², de bonnes raisons (prestige, sécurité, facilité, intérêt économique au sens restreint du terme, *etc.*) de voir dans ce choix celui de l'idéal, c'est-à-dire celui qui lui convient le mieux.

En ce qui concerne l'installation en libéral, la configuration d'une nécessité pratique, qui n'a rien de légale, à laquelle on trouve, finalement, des vertus, se présente dans le cas de plusieurs diététiciennes et diététiciens. Avant de chercher à comprendre ce qui distingue ces configurations des situations pour lesquelles l'installation se passe différemment, nous développons le raisonnement en trois temps conduisant à caractériser le choix de l'installation en libéral comme étant, pour certaines diététiciennes et diététiciens, une nécessité faite vertu. Nous verrons en effet que l'exercice de la diététique dans le secteur libéral peut apparaître comme dévalorisé relativement au secteur hospitalier. Si l'on ajoute à cet élément le fait que certains diététiciennes et diététiciens interrogés souhaitaient exercer à l'hôpital sans en avoir eu l'opportunité, mais que ces diététiciennes et diététiciens se déclarent *a posteriori* très heureux, convaincus d'avoir fait le « choix de l'idéal » en décidant (nécessairement) de s'installer en libéral, force est de constater que ces diététiciennes et diététiciens font de nécessité vertu.

2.1 Le libéral : un mode d'exercice relativement dévalorisé

2.1.1 Une dévalorisation objective

Il serait intéressant de montrer que l'exercice libéral du métier de diététicien est dévalorisé, relativement à l'exercice hospitalier, subjectivement, à partir des représentations des diététiciennes et diététiciens, et objectivement à partir de données statistiques. Si le

82. Cela exige un certain effort sur lui-même, un travail, puisqu'il « s'efforce » parfois de trouver ces bonnes raisons.

libéral s'avère moins valorisé, moins valorisant, que l'hospitalier, alors cela demande un travail de conversion, qu'il soit conscient ou inconscient, pour en sentir, sinon en construire, l'attrait, et en faire *a posteriori* « le choix de l'idéal ». Nous allons voir que s'il est difficile de mesurer une dévalorisation relative objective, celle-ci apparaît très nettement dans le discours de certains diététiciennes et diététiciens.

L'attraction, la valorisation ou encore le caractère distinctif d'une activité ne sauraient être absolus. L'attraction est relative dans la mesure où le social est relationnel : une activité n'est valorisée, valorisante, ou distinctive, que par rapport à d'autres activités comparables. Il en va ainsi par exemple des pratiques sportives, des différents sports, dont la position relative, au sein du champ des pratiques sportives, fluctue historiquement⁸³. C'est donc la position relative de l'exercice en libéral par rapport aux autres destinées possibles, au moins théoriquement, pour les diététiciennes et diététiciens, à savoir le travail salarié à l'hôpital ou en collectivité (cantines scolaires ou municipales par exemple), qui est déterminante. La dévalorisation par rapport à l'exercice hospitalier s'avère difficile à établir objectivement. Le premier réflexe du sociologue est de considérer le taux de féminisation de la profession considérée, relativement à l'autre. Un taux de féminisation relativement plus élevé ou, en perspective dynamique, qui s'accroît, peut s'interpréter comme un indice de dévalorisation, tant les deux tendent à être corrélés⁸⁴, bien que le raisonnement puisse être jugé trop hâtif et qu'il faille garder à l'esprit l'hétérogénéité des situations concernées⁸⁵. De fait, cet indicateur nous incline à penser que le secteur hospitalier est, certes très légèrement, moins prestigieux puisque le taux de féminisation du secteur culmine à 95,9%, soit plus que la moyenne de la profession (94,8%), contre seulement, si l'on ose dire, 93,1% pour le secteur libéral⁸⁶ en 2011 selon le statisticien Daniel Sicart. L'écart en matière de taux de féminisation des différents modes d'exercice de la diététique s'est globalement maintenu au cours des années suivantes. En effet, Selon les statistiques accessibles sur le site internet du ministère de la Santé et des Solidarités, les diététiciens hospitaliers étaient, en 2017, à 95,3% des diététiciennes. De même, le taux de féminisation des diététiciennes et diététiciens libéraux a légèrement diminué entre 2011 et 2017, passant de 93,1% à 92,5%.

83. Pierre BOURDIEU (1980a), « Comment peut-on être sportif? », dans : *Questions de sociologie*, les Éditions de Minuit, Paris, pp. 173–195.

84. *Idem*, *La domination masculine*, *op. cit.*

85. Marlaine CACOUAULT-BITAUD (2001), « La féminisation d'une profession est-elle le signe d'une baisse de prestige? », *Travail, genre et sociétés*, n° 5, pp. 91–115.

86. SICART, *Les Professions de Santé Au 1er Janvier 2011*, *op. cit.*

Par ailleurs, des raisons peuvent nous porter à penser que l'âge, comme proxy de l'ancienneté, de l'expérience professionnelle⁸⁷, peut, au même titre que le sexe, être une variable pertinente dans l'objectivation de la position relative d'une activité professionnelle. La structure d'opposition entre les sexes, qui fonde la présomption de dévaluation symbolique et matérielle d'une occupation professionnelle, est en effet analogue à celle qui oppose les catégories d'âges (« les jeunes et les vieux »), opposition dans laquelle il est question de « division (au sens de partage) des pouvoirs »⁸⁸. C'est ainsi qu'un mode d'exercice dans lequel les travailleurs sont plus jeunes (biologiquement et socialement) peut, selon les situations, signifier que les jeunes y sont cantonnés, relégués, avant d'accéder, par ancienneté, à un mode d'exercice plus valorisé. Il se trouve que cette variable corrobore, *a priori*, l'hypothèse d'une dévalorisation de l'exercice en libéral. En effet, toujours selon les données du Ministère de la Santé datant de 2011⁸⁹, l'écart d'âge moyen est considérable. En effet, les salariés hospitaliers se répartissent en trois sous-catégories. Les diététiciennes et diététiciens travaillant au sein d'un « établissement public de santé », qui représentent en 2011 près de 79% des effectifs (2957/3754), sont âgés en moyenne de 41,6 ans. Si l'on adjoint à cette moyenne les diététiciennes et diététiciens travaillant dans des ESPIC (Établissements de Santé Privés d'Intérêt Collectif), âgés en moyenne de 40.1 ans, et ceux qui exercent leur métier au sein d'un établissement privé à but lucratif, nettement plus jeunes (35,4 ans en moyenne), on obtient une moyenne d'âge, pour l'ensemble des diététiciennes et diététiciens salariés hospitaliers de 40,7 ans. Ces données sont présentées dans le tableau ci-après :

TABLE 2.1 – *Effectifs et âge moyen, par secteur, des diététiciennes et diététiciens salariés hospitaliers en 2011 selon la DREES.*

	Effectifs	âge moyen
Etabl. public de santé	2957	41,6
ESPIC	423	40.1
Privé à but lucratif	435	35.4
Ens. salariés hospitaliers	3754	40,7

A l'inverse, les diététiciennes et diététiciens qui exercent en libéral, en cabinet individuel ou de groupe, étaient âgés, en 2011, en moyenne, de 35 ans. En effet, parmi les

87. Il est à noter que l'âge d'un individu n'est pas systématiquement un bon indicateur de son ancienneté, *a fortiori* dans le métier considéré. Il n'est qu'à considérer pour s'en convaincre le cas des ruptures professionnelles décrites précédemment. Il permet cependant, en moyenne, d'approximer l'ancienneté professionnelle.

88. BOURDIEU, « La "jeunesse" n'est qu'un mot », *op. cit.*, p. 143.

89. SICART, *Les Professions de Santé Au 1er Janvier 2011*, *op. cit.*

1666 diététiciennes et diététiciens exerçant leur activité principale au sein d'un cabinet, la quasi-totalité (1642) d'entre eux exercent en libéral, les autres étant des salariés (hors salariés hospitaliers). L'âge moyen calculé sur ces deux sous-secteurs correspond donc presque parfaitement à celui des diététiciennes et diététiciens exerçant en libéral en cabinet. Les diététiciennes et diététiciens que nous avons rencontrés appartiennent à cette catégorie, comme la plupart des diététiciennes et diététiciens exerçant en libéral (92.2%). Il apparaît donc pertinent, par rapport à nos données de terrain, de s'intéresser aux diététiciennes et diététiciens en cabinet. On peut également considérer l'âge moyen obtenu comme une bonne approximation de celui des diététiciennes et diététiciens libéraux⁹⁰. Les statistiques énoncées en amont sont détaillées dans le tableau ci-après distinguant l'exercice privé en cabinet individuel et celui en cabinet de groupe :

TABLE 2.2 – *Effectifs et âge moyen, par secteur, des diététiciennes et diététiciens en cabinet en 2011 selon la DREES.*

	Effectifs	âge moyen
Cabinet individuel	1510	35,1
Cabinet de groupe	156	34,5
Total en cabinet	1666	35

Ainsi, l'écart d'âge moyen entre les deux modes d'exercice s'élève à plus de cinq années. En ce qui concerne les évolutions plus récentes de ces écarts d'âge, il s'est avéré impossible de procéder à de strictes comparaisons. Les données brutes accessibles sur le site du ministère de la Santé et des Solidarités, pour l'année 2017 par exemple, ne permettent pas de connaître l'âge moyen des diététiciennes et diététiciens en exercice dans les différents secteurs. Seuls des effectifs par tranche d'âge nous sont communiqués. Il apparaît cependant que la « jeunesse » du secteur libéral se confirme (voir table 2.3 page suivante). On observe ainsi que la part des diététiciennes et diététiciens âgés de moins de quarante ans est près de vingt points de pourcentage plus faible dans le secteur hospitalier qu'en libéral. Elle est également supérieure à la moyenne dans le secteur libéral.

Peut-on pour autant déduire de ces éléments une présomption objective de dévalorisation de l'exercice libéral? Cela n'est pas évident, malgré la différence considérable, en

90. Il s'agit d'une bonne approximation puisqu'elle prend en compte l'essentiel des diététiciennes et diététiciens libéraux. En outre, s'il serait possible de calculer autrement cette moyenne, puisque les effectifs divisés par statut (libéral, salarié hospitalier, autres salariés) et tranche d'âge sont communiqués dans le rapport de 2011, il reste qu'il s'agirait d'une moyenne approximative puisque calculée non pas à partir de l'agrégation de moyennes précises mais à partir d'effectif répartis par tranches d'âge de cinq ans.

TABLE 2.3 – *Part des diététiciennes et diététiciens âgés de moins de quarante ans en 2017 selon le ministère de la Santé et des Solidarités.*

	Part des moins de 40 ans
Exercice en libéral	66%
Salariés hospitaliers	47%
Ensemble	60%

raison d'un probable effet de génération dont il nous est impossible d'isoler l'effet propre. Il est probable en effet qu'une partie au moins de l'écart d'âge trouve son explication dans l'histoire du métier de diététicienne ou diététicien. Le secteur libéral, contrairement au secteur hospitalier, ne s'est véritablement développé que tardivement, et l'essor démographique du secteur est récent⁹¹. Aussi n'est-il pas surprenant que les diététiciennes et diététiciens hospitaliers soient en moyenne plus âgés puisque parmi les générations les plus anciennes rares sont celles et ceux qui se sont installés en libéral car le secteur était naissant, et donc les opportunités d'installation encore rares. L'effet de génération résulte ainsi de l'effet de la transformation des structures professionnelles du métier de diététicien principalement depuis les années 1990.

Ainsi, si nous ne sommes pas en mesure de démontrer avec certitude une dévalorisation objective du secteur libéral par rapport au secteur hospitalier, cette dévalorisation est en revanche perceptible dans le discours de certaines diététiciennes et certains diététiciens rencontrés lorsqu'ils évoquent la façon dont ils se représentaient leur avenir professionnel après l'obtention de leur diplôme. Cette dévalorisation relative se révèle pour certains par leur préférence initiale pour le secteur hospitalier comme cela sera démontré (*cf* section 2.2 page 120). Elle se donne également à voir dans les considérations pécuniaires, matérielles (*cf* section 2.1.2), et par l'expression parfois explicite d'une hiérarchisation symbolique des secteurs d'activité (*cf* section 2.1.3 page 114).

2.1.2 Incertitudes économiques

L'une des raisons exprimées par les diététiciennes et diététiciens qui ont pu les conduire, dans un premier temps, à préférer éviter d'exercer en libéral, tient aux conditions de rémunération relative de l'activité. Les deux autres principaux secteurs d'activité (hospitalier d'une part et en restauration collective d'autre part) ont, auprès des diététiciennes et diététiciens

91. Pour davantage de précisions, consulter le chapitre 4.

rencontrés, la réputation d'être nettement plus rémunérateurs durant les premières années d'exercice. Plus précisément, les diététiciennes et diététiciens rencontrés estiment tous que, sauf circonstances particulières (rachat d'une patientèle ou ouverture d'un cabinet au sein d'une maison de santé ou d'un centre pôle paramédical par exemple), il est rare d'assurer la rentabilité de leur activité, durant les trois à cinq premières années suivant l'installation. Cela signifie que selon eux, il est particulièrement difficile d'obtenir un revenu une fois déduites les charges (locatives notamment) et cotisations sociales. La perspective de disette financière, même passagère, rend moins attractif, toutes choses égales par ailleurs, l'exercice de la diététique en libéral. Anaïs Dupont, qui est Présidente de l'Association des Diététiciens Libéraux (ADL), qui à ce titre a plus de chances d'avoir un point de vue assez général sur les conditions d'installation en libéral⁹², a bénéficié d'indemnités de licenciement ayant facilité son installation à Paris, elle explique qu'en l'absence de ces ressources monétaires, « il aurait fallu qu'[elle ait] un conjoint qui puisse accepter que, pendant trois à cinq ans, [elle n'ait] pas de salaire ». Elle poursuit ainsi :

« Pas de salaire plus les dépenses du cabinet. Faut penser à ça parce que tout ce qu'on va dépenser les premiers mois, on a pas de salaire, mais parfois on a même pas assez de patients pour tout couvrir ». ⁹³

Cette représentation de la rentabilité financière des premières années en libéral est partagée par les autres diététiciennes et diététiciens interviewés. Ana Mougin, par exemple, lorsque je l'interroge sur sa patientèle, encore relativement modeste⁹⁴, se justifie en affirmant qu' « il faut quatre ou cinq ans pour se constituer une patientèle ». La première année est, hors situations particulières, difficile, parce que les nouveaux et nouvelles diététiciennes et diététiciens libéraux doivent se constituer une patientèle, ce qui exige une quantité de travail considérable, sans en retirer nécessairement une rémunération effective. Lorraine Pluche, installée à Paris depuis cinq mois également, confie ainsi que « ce n'est pas toujours facile de

92. L'ADL propose par exemple, chaque année, des ateliers de formation destinés à aider les diététiciennes et diététiciens à réussir leur installation. Les conseils portent tant sur les aspects administratifs que sur les aspects pratiques. Les futurs diététiciennes et diététiciens libéraux apprennent notamment, au cours de ces journées de formation, comment ne pas faire sentir aux patientes et patients la nécessité économique dans laquelle ils sont amenés à être dans les premiers temps, afin de les fidéliser sans stress et de renforcer ainsi leur patientèle.

93. Entretien effectué à son cabinet parisien le 8 décembre 2016.

94. Ana Mougin ne s'est installée dans son cabinet actuel, dans une commune limitrophe de Paris, que depuis cinq mois au moment de l'entretien (décembre 2016). Elle effectuait néanmoins auparavant des consultations au domicile de patientes et patients, depuis l'automne 2014, dans cette même ville, et recevait des patientes et patients les samedis matin, depuis un an, dans le cabinet d'une pédicure qu'elle louait à la journée.

ne pas avoir de revenus ». La tâche peut s'avérer à la fois longue et éreintante, puisqu'il faut démarcher les médecins alentours, se rendre visible sur internet, *etc.* Selon Benjamin Lazard, qui s'est lui aussi installé dans une (autre) ville limitrophe à Paris, en avril 2014, soit trois ans avant l'entretien, « la première année, elle est quand même relativement difficile. Il faut se faire connaître. Il faut créer un nouveau réseau ». Diana Pardieu, qui a ouvert un cabinet à Paris aux débuts des années 2000, se souvient qu' « il [lui] a fallu beaucoup beaucoup de temps, beaucoup beaucoup de temps » pour développer une patientèle et s'assurer ainsi des revenus réguliers provenant de ses consultations en libéral.

Ainsi, en l'absence de ressources subsidiaires (*cf* section 2.2.3 page 131), la perspective de mois ou d'années de labeur sans rémunération dévalue le secteur libéral respectivement aux autres. Cependant, outre la rémunération, le contenu du travail lui-même, ou les représentations que s'en font les diététiciennes et diététiciens, influe bien évidemment sur le choix du secteur d'activité. C'est la raison pour laquelle les diététiciennes et diététiciens interrogés situent tous l'exercice de la diététique en restauration collective en bas de l'échelle de valorisation symbolique des emplois, ou débouchés, après le BTS, possibles, à l'exception des emplois dans le domaine commercial. Le travail en restauration collective est ainsi stigmatisé⁹⁵ et donc disqualifié aux yeux des diététiciennes et diététiciens rencontrés.

2.1.3 Le travail disqualifié en restauration collective

La dévalorisation symbolique, dans les représentations des diététiciennes et diététiciens, de la restauration collective, par rapport aux autres secteurs, est, par exemple, exprimée par Ana Mougin. Cette dernière place par ailleurs le secteur hospitalier au sommet de l'échelle de valorisation symbolique, représentation fréquente mais non universellement partagée au sein de notre échantillon :

Étienne : Qu'est-ce que vous avez fait une fois que vous avez obtenu [votre BTS], vous avez essayé de travailler à l'hôpital ?

Ana : Alors moi je suis plus thérapeutique, je suis pas trop dans les restaurations collectives je ne voulais pas, alors Natur House® encore moins.⁹⁶

Si elle rejette l'idée de travailler dans la restauration collective, elle se refuse davantage

95. GOFFMAN, *Stigmate, op. cit.*

96. Entretien effectué à son cabinet le 6 décembre 2016.

encore à exercer la diététique au sein d'une entreprise commerciale (Natur House[®] 97), qui a très mauvaise réputation auprès de l'ensemble des diététiciennes et diététiciens rencontrés 98. Ana Mougin valorise à l'inverse le travail à l'hôpital parce qu'il est associé à l'idée de soin « thérapeutique », nous y reviendrons (cf section 2.2.1 page 120). Ainsi, l'exercice en libéral se situe entre la restauration collective et le secteur hospitalier, le secteur commercial n'étant pas véritablement envisagé comme un débouché. Parmi les deux stages que les étudiantes et étudiants en diététique doivent effectuer au cours de leur scolarité, un stage en restauration collective est obligatoire. Le souvenir de cette expérience professionnelle incline les diététiciennes et diététiciens libéraux rencontrés à se constituer une opinion négative du secteur, à l'instar de Florine Hervet pour qui « la restauration collective, n'est pas [sa] tasse de thé ».

Les témoignage d'Ana Mougin et de Marion Delangre nous permettent de comprendre les raisons (parmi d'autres) pour lesquelles le travail en restauration collective est dévalué. Ana Mougin a été amenée, plus loin dans l'entretien, à expliciter les raisons pour lesquelles elle se sentait, après avoir effectué un stage en restauration et un autre en milieu hospitalier, plus attirée par la thérapeutique :

Étienne : J'ai l'impression que la restauration collective elle a pas beaucoup de succès.

Ana : C'est-à-dire que l'on fait beaucoup d'hygiène. On fait plus la police auprès des cuisiniers qu'autre chose et du coup on a le sentiment d'embêter tout le monde. En tout cas moi je le ressens comme ça. Ça ne m'a pas trop plu le stage 99.

Ana Mougin explique que le contenu du travail demandé diffère nettement entre les différents secteurs. En particulier, travailler en restauration collective revient essentiellement à assurer une mission de contrôle, c'est-à-dire de surveillance voire de sanction (faire « la

97. Natur House[®] est une entreprise qui recrute des diététiciennes et diététiciens, généralement qui viennent d'être diplômés, pour proposer des consultations gratuites à leurs clients. Natur House[®] réalise ensuite son chiffre d'affaire grâce à la vente de produits diurétiques devant aider les personnes suivies à perdre du poids. Les diététiciennes et diététiciens sont tenus de vanter les mérites de ces produits au cours des consultations. Ana Mougin elle-même a été démarchée par Natur House[®]. Elle justifie son refus par un désaccord quant à l'utilité, d'un point de vue diététique, des produits commercialisés par cette entreprise : « vendre des compléments alimentaires à base de fruits et légumes je ne vois pas l'intérêt. Je leur avais demandé ce qu'il y avait dans leurs compléments (puisqu'ils m'avaient démarchée), c'était à base de fruits et légumes. Quel intérêt de manger une pilule plutôt que de manger des vrais? Enfin moi personnellement je suis contre ça. »

98. A titre d'exemple, lorsque je demande à Cassandra Rosset si on lui avait déjà proposé de travailler pour Natur House[®], voici la réponse que j'obtiens : « Non. Et même là, j'ai encore droit au chômage aujourd'hui, et pôle emploi quand ils m'ont appelée pour savoir si je cherchais du boulot j'ai dit oui. Franchement si j'ai un petit temps de salarié je prends parce que je trouve qu'on apprend tout le temps partout où l'on passe. Mais je lui ai dit « par contre je vous préviens, Natur House[®] faut pas venir m'en parler ». Et même elle elle m'a dit « ce n'est pas le même métier, c'est commercial ». C'est bon, on est d'accord, ça me va ».

99. Entretien effectué à son cabinet le 6 décembre 2016.

police »), en lien avec le respect des règles d'hygiène. Or, le contenu du travail et le rôle, « de police », qu'il suppose de jouer, apparaît comme peu plaisant à Ana dans la mesure où il peut susciter l'hostilité des personnes contrôlées (que l'on « embête »). Ainsi, ce sont la fonction (de contrôle en l'occurrence) et le contenu concret du travail qui l'accompagne qui déplaisent aux diététiciennes et diététiciens rencontrés. Marion Delangre rend compte de son dégoût (au sens neutre du terme) pour le travail en restauration collective pour les mêmes raisons, quoique nettement exacerbées, à cause d'une expérience particulière.

Marion Delangre, en effet, a « travaillé six mois pour une société de restauration dans une clinique privée » près de Lyon, sa région d'origine. Auparavant, après l'obtention de son DUT en biologie option diététique en 2006, elle préfère nettement¹⁰⁰ se mettre en quête d'un emploi salarié plutôt que de s'installer en libéral, car elle « ne voulai[t] pas qu'il y ait de notion d'argent entre les patients et [elle] ». Elle effectue ainsi un remplacement durant deux années au sein d'un centre de « soin de suite et de réadaptation » en Haute-Savoie. Lorsque son contrat arrive à son terme, Marion Delangre retourne habiter dans sa ville natale, une commune huppée limitrophe de Lyon, où elle devient vendeuse de fruits et légumes durant quatre mois avant de retrouver un emploi dans le domaine de la diététique, en restauration collective, au sein d'une clinique privée. L'expérience s'avère particulièrement rebutante, à tel point qu'elle démissionne au bout de six mois, parce qu'elle ne supporte plus de « [se] faire prendre pour une idiote par [ses] supérieurs ». La société de restauration l'avait embauchée sous le titre d' « assistante diététicienne » mais le travail concrètement exigé ne correspondait pas aux attentes (et anticipations) que Marion Delangre associait à l'intitulé du poste, puisqu'elle devait « faire la plonge tous les dimanches ». Cela ne correspondait « pas du tout » à ses compétences spécifiques associées à sa qualification de diététicienne et elle était, en outre, rémunérée au niveau du salaire minimum « ou à peine plus ». Elle décrit un sentiment d'irrespect pour sa personne et ses compétences et avait très nettement le sentiment (que l'on peut juger objectivement attesté par sa rémunération ainsi que les tâches effectuées) d'être en situation de sous-emploi. Marion Delangre a donc démissionné au mois de septembre 2009 afin de cesser de travailler pour des personnes qui, selon elle, « ne respectaient pas [son] travail ou qui ne [la] respectaient pas [elle] ». Du fait de sa position hiérarchique subalterne au sein de l'organisation qu'est cette entreprise de restauration collective, en tant qu' « assistante diététicienne », elle a été amenée à « jouer un peu les bouche-trous »,

100. Elle indique en effet qu'elle « ne voulai[t] pas du tout faire du libéral ».

pour emprunter ses termes, c'est-à-dire à effectuer les tâches socialement peu valorisées et peu valorisantes que ses supérieurs hiérarchiques ne voulaient pas prendre à leur charge, en raison d'un phénomène de « délégation du sale boulot »¹⁰¹. L'assistante diététicienne remplit, dans le premier exemple, une fonction sociale analogue, au sein de l'organisation, à celle des aide-soignantes à l'hôpital¹⁰².

Une autre diététicienne, Josiane Couloud, a également subi ce processus social. Le phénomène s'observe nettement moins dans le secteur libéral, puisque les diététiciennes et diététiciens sont généralement autonomes, non intégrés à une organisation hiérarchique, si ce n'est peut-être par une délégation éventuelle de la gestion des très « gros », c'est-à-dire des patientes et patients souffrant d'obésité, par les médecins généralistes, ces derniers déléguant par la même le stigmate attaché à une corpulence déviante, stigmate qui peut, par contagion sociale symbolique, affecter le praticien qui prend la personne en charge. Josiane Couloud, aujourd'hui à la retraite, qui a effectué la quasi totalité de sa carrière dans une clinique au sein d'un département de néphrologie, à Paris, raconte dans son entretien le malin plaisir que pouvaient avoir certains médecins spécialistes qui lui envoyaient des patients très sévèrement obèses. Ces cas étant voués à l'échec, les médecins se délestaient de la charge que représentait leur prise en charge et confrontaient, d'une manière caricaturale, la diététicienne à son impuissance, incapable qu'elle était de faire maigrir ces individus. Josiane Couloud l'explique dans l'extrait suivant, extrêmement riche pour qui s'intéresse au travail hospitalier et en particulier aux enjeux symboliques imbriqués dans les relations hiérarchiques au sein de l'institution :

Josiane : "bah écoute, je te le confie. Là il y a un nouveau patient qui va arriver [Josiane], alors là il est pour toi, cent cinquante kilos, un mètre dix, dialysé, il est pour toi". "D'accord pas de problème". Voilà, c'était le genre de trucs qu'on faisait. C'était gentil, c'était pas méchant mais c'était du style, "c'est peine perdue, tu n'y arriveras pas".

Étienne : Ou alors c'est le boulot qu'ils ne voulaient pas trop faire vous diriez ?

J : Alors c'était à la fois une petite *private joke*. Je savais très bien que ... mais d'un autre côté c'était un peu humiliant quelque part parce qu'on nous renvoie à notre incapacité à faire maigrir les gens.

E : Parce que c'était un cas extrême.

J : Bah bien-sûr. On est pas capable de faire maigrir les gens. [...] Et donc quand on

101. Everett Cherrington HUGHES (1958b), *Men and Their Work*, Free Press.

102. Anne-Marie ARBORIO (2001), *Un personnel invisible : les aides-soignantes à l'hôpital*, Anthropos, Paris, France.

renvoie les gens à leur incompetence et qu'on leur dit très clairement "de toute façon, ce n'est pas la peine". "Va te donner du mal". "Va nettoyer un bazar pas possible, un château dégueulassé. Ma pauvre, avec une brosse à dents". C'est ça quoi. Et c'est en ça que c'était désagréable. Mais sinon eux-même étaient incompetents parce qu'eux-mêmes ne soignaient personne puisqu'en matière de dialyse les gens meurent. Mais moi je ne pouvais pas leur dire, parce que j'étais subalterne.

A partir de la description détaillée de ces deux cas, il s'avère que la dévaluation relative du travail en restauration collective est due à la perception de la fonction et des tâches effectuées comme étant des déviations par rapport aux tâches spécifiques des diététiciennes et diététiciens, centrées sur l'alimentation diététique. Être voué à un travail de contrôle ou à des tâches ménagères (« faire la plonge ») correspond, pour ces diététiciennes et diététiciens diplômés, à une situation de sous-emploi marquée par la négation de leurs compétences spécifiques et des fonctions sociales qui peuvent y être associées (soin, prévention, conseil alimentaire, *etc.*). On peut ainsi raisonnablement supposer que ce que furent objectivement les diététiciennes et diététiciens en dévaluant subjectivement le travail en restauration collective, c'est le risque de déclassement professionnel qu'elles encourraient en s'engageant dans ce secteur d'activité.

A l'inverse, les diététiciennes et diététiciens interrogés qui valorisent particulièrement le secteur hospitalier¹⁰³ le font en raison de la recherche d'une activité professionnelle qui valorise des compétences spécifiques aux diététiciennes et diététiciens, qui leur permet d'actualiser en pratique des compétences spécifiques, en particulier une approche scientifique, chiffrée, de l'alimentation, permise par le contexte institutionnel hospitalier (accès matériel à des outils technologiques d'objectivation et patientèle traitée dans le cadre d'un suivi en raison d'une pathologie). Laure Blana, qui a débuté sa carrière à l'hôpital, rend bien compte des raisons de son choix. Lorsqu'elle devient titulaire d'un DUT de biologie option diététique, obtenu à Créteil à la fin des années 1980, les possibilités d'installation en libéral sont très limitées car le secteur est encore balbutiant. En revanche, un contrat à durée indéterminée lui avait été proposé suite à un stage en restauration collective, qui lui avait particulièrement plu, au sein d'une école de gendarmerie. Elle décline cependant l'offre et préfère travailler à l'hôpital. Elle justifie ainsi son choix :

103. La supériorité hiérarchique du secteur hospitalier par rapport au secteur libéral n'est pas une représentation unanimement partagée par l'ensemble des enquêtés. Notre propos ne concerne donc que les diététiciennes et diététiciens se trouvant dans ce cas de figure.

Laure : [...] Après j'ai fait des stages hospitaliers en diabétologie, en transplantation rénale (déjà, oui déjà). Et donc le milieu hospitalier était le truc qui m'intéressait le plus.

Étienne : Parce que c'était plus proche de la maladie, du soin, du médical ?

L : C'était plus *scientifique*. C'est-à-dire que ce que je cherchais moi, je suis quelqu'un qui est foncièrement *cartésienne, scientifique*, et donc j'avais besoin d'*avoir des vraies données* et une *vraie évaluation* derrière.

E : Donc, par rapport à quoi ? Vous dites que c'est plus scientifique ... que dans le libéral ?

L : Qui existait très très peu. Non, j'avais besoin qu'il y ait *des analyses médicales*, que l'on puisse voir ce qu'il y a à améliorer, qu'on puisse mettre en place une alimentation adaptée, qu'on puisse voir si l'on a amélioré les choses.¹⁰⁴

Laure Blana, qui avait suivi à deux reprises une première année de médecine à l'Université de Créteil, préfère le secteur hospitalier en raison de la scientificité qui lui est associée. Elle justifie cette plus grande « scientificité », pour reprendre son terme, nécessaire à son esprit cartésien, par la possibilité de proposer un suivi diététique élaboré non pas seulement à partir du récit des patientes et patients (exprimé lors de l'enquête alimentaire de la première consultation par exemple), mais également, et, on le comprend, surtout, à l'aide de « vraies données », c'est-à-dire de chiffres issus d'« analyses médicales » permises par le suivi hospitalier. Ce calibrage scientifique permet d'adapter l'alimentation des patientes et patients et d'effectuer une évaluation de l'efficacité du suivi diététique. Se faisant, les tâches effectuées par la diététicienne sont en correspondance avec les compétences et connaissances spécifiques acquises au cours de la formation initiale, axée principalement sur des disciplines proches de la médecine et de la biologie (physiologie et physio-pathologie notamment). Le travail hospitalier, s'il est effectué dans les conditions décrites par Laure Blana, a toute chance d'être valorisant relativement aux autres secteurs.

Ainsi, il apparaît que le degré de scientificité (et de proximité au monde médical), ainsi que les conditions matérielles d'exercice¹⁰⁵, tendent à constituer, chez la plupart des diététiciennes et diététiciens rencontrés, un facteur déterminant dans la hiérarchisation symbolique relative des secteurs d'activité de la diététique. Pourtant, les diététiciennes et diététiciens interrogés ont, par construction de l'échantillon, choisi, tôt ou tard, de s'installer en libéral,

104. Entretien réalisé au siège parisien du réseau RENIF, le 15 juin 2017. C'est nous qui surlignons.

105. Loin de prétendre que les revenus et conditions de travail seraient plus confortables en milieu hospitalier, nous soulignons simplement le fait que les premières années d'exercice en libéral sont réputées difficiles et peu lucratives, hors cas particuliers que nous allons voir.

et non de travailler au sein du secteur hospitalier¹⁰⁶.

2.2 Rendre raison du choix du libéral

Comment et pour quelles raisons les diététiciennes et diététiciens interrogés se sont-ils installés en libéral ? S'il peut s'agir d'un projet apparu au cours de la formation initiale, voire auparavant pour certains, d'autres se sont installés grâce à une opportunité particulière qui leur a été offerte. Ce faisant, ces diététiciennes et diététiciens renoncent la plupart du temps à l'exercice de la diététique à l'hôpital. Parmi eux, certains ont pu « faire de nécessité vertu » en ajustant « les espérances aux chances objectives »¹⁰⁷.

2.2.1 Rêve hospitalier inaccessible : quand certains enquêtés font de nécessité vertu

Pour certains diététiciennes et diététiciens, le choix du libéral s'apparente à un renoncement (au secteur hospitalier) dont on fait (parfois) vertu. Bien que minoritaires parmi la population enquêtée, il nous semble important de mettre en évidence ces situations. Ainsi, parmi les enquêtés, cinq ont un parcours qui est marqué, plus ou moins fortement, par un renoncement à l'hospitalier.

Benjamin Lazard et Audrey Vernier voulaient à la fois exercer à l'hôpital, à mi-temps, et en cabinet en libéral. Ils ont tous deux connus une rupture professionnelle après une première trajectoire de plus d'une décennie, et exercent tous deux en région parisienne. L'« objectif initial » d'Audrey Vernier, après sa reconversion, était d'exercer à l'hôpital, car elle avait « vraiment apprécié les stages » en milieu hospitalier, et elle « aime bien bosser en hospitalier ». En raison d'un goût pour le travail relationnel¹⁰⁸, pensé comme plus approfondi en libéral (parce que les consultations sont plus longues et les patientes et patients pleinement volontaires), Audrey Vernier, « dans l'idéal, aurai[t] bien voulu trouver un mi-temps hospitalier et faire un mi-temps en cabinet ». Elle justifie cette seconde préférence par le fait qu'elle « aime beaucoup le contact avec les gens », pensé comme privilégié, plus intense, en libéral,

106. Le choix du secteur de la restauration collective étant, auprès de nos enquêtés, unanimement disqualifié, le choix de professionnalisation qui s'offre, dans la pratique, aux diététiciennes et diététiciens rencontrés, se résume à un arbitrage entre secteur libéral et secteur hospitalier.

107. BOURDIEU, *Esquisse d'une théorie de la pratique; précédé de Trois études d'ethnologie kabyle*, op. cit., p. 385.

108. C'était un aspect de son travail précédent, dans le conseil en informatique, qu'elle appréciait.

ne serait-ce que parce que prolongé et établi sur la base du volontariat. Cela « [lui] rappelle le conseil », c'est-à-dire son activité passée. Benjamin Lazard, s'il était davantage disposé dès sa reprise d'études à exercer en libéral puisque « depuis le début de toute façon [son] projet c'était de [s]'installer en libéral », aurait bien aimé, s'il avait trouvé « un poste, par exemple à mi-temps, en milieu hospitalier », compléter son activité libérale par un emploi à l'hôpital. Il estime en effet que travailler à l'hôpital est très « formateur ». « On apprend beaucoup lorsque l'on est au sein d'une équipe pluri-disciplinaire et puis lorsque l'on est auprès des pathologies, avec des patients qui ont des pathologies. C'est là qu'on étoffe ses connaissances qui sont très très générales pendant le BTS ». On note également qu'il aurait apprécié le fait de suivre des patients atteints de pathologie, c'est-à-dire exercer une activité professionnelle plus directement liée au domaine médical. L'une comme l'autre cependant ont été confrontés aux contraintes qui pèsent sur le marché du travail hospitalier. Benjamin Lazard aurait ainsi travaillé à l'hôpital « s'il y avait eu un poste », ce qui ne s'est jamais produit. De même, Audrey Vernier explique qu'elle n'aurait plus désormais la possibilité matérielle d'assurer un emploi à temps partiel à l'hôpital parallèlement à son activité libérale dans l'hypothèse, hautement improbable, où elle se verrait proposer une telle offre :

Audrey : En fait c'était mon projet mais au fur et à mesure que je développe mon activité en libéral j'ai de moins en moins de temps et je me dis, si aujourd'hui on m'offre un mi-temps, ce qui n'est pas du tout ...

Étienne : Oui ça n'arrive jamais presque

L : Voilà, et bien je vois même pas où je pourrais le caser.¹⁰⁹

Ainsi, confrontés aux contraintes objectives qui pèsent sur le marché parisien des diététiciennes et diététiciens hospitaliers (rareté des postes à pourvoir, notamment relativement aux candidats), Audrey Vernier et Benjamin Lazard doivent renoncer à une partie de leur projet, tout en se satisfaisant de leur situation puisqu'ils n'espèrent plus obtenir un emploi hospitalier. Ce faisant, ils ajustent leurs « espérances » subjectives, leurs attentes ou aspirations professionnelles, aux « chances objectives » (très faibles, d'obtenir un mi-temps en secteur hospitalier).

On trouve cependant dans le cas de Florine Hervet, qui réside à une vingtaine de kilomètres de Paris environ, la meilleure description de la fermeture du marché hospitalier parisien et ainsi de la contrainte objective que cela fait peser sur les débouchés possibles et

109. Entretien effectué à son cabinet le 23 mars 2017

anticipés. C'est ainsi qu'elle exprime, lors de l'entretien, la nécessité, vécue comme telle, de renoncer à son souhait de travailler dans un hôpital de la région parisienne :

Étienne : Il paraît qu'il y a assez peu de postes à l'hôpital à Paris...

Florine : Ouais!

E : Du coup, est-ce que c'est un choix un peu par défaut de s'être installée en libéral pour vous ?

F : Complètement, oui, complètement. C'était vraiment ma dernière option. Je voulais vraiment déjà faire mes armes avec des collègues aussi pour m'épauler, me guider dans les prises en charge. Mais effectivement [il n'] y a pas de postes. Les seuls postes qu'il y a c'est pour les remplacements de quelques jours à deux ou trois semaines quand c'est les vacances. Mais évidemment tous les postes sont libérés en même temps donc voilà ce n'est pas évident. Ou alors c'est quand il y a des départs en retraite mais c'est généralement... bah y a beaucoup de pistons donc les départs en retraite on ne les voit même pas passer parce qu'ils sont comblés tout de suite. Après les postes en restauration collective, comme les cantines scolaires tout ça, ce n'est pas du tout le même boulot, pas du tout la même appréhension du métier, et moi ça ne me plaît pas du tout.

E : Oui je comprends.

F : Y a un peu plus de postes mais c'est complètement autre chose, ça n'a rien à voir.¹¹⁰

Cet extrait est très riche dans la mesure où l'on y retrouve, outre la description du marché hospitalier de la région parisienne, la dévalorisation du travail en restauration collective (travail présenté comme d'une autre nature puisqu'il ne s'agit « pas du tout du même boulot »), dévalorisation qui est aussi un facteur permettant de rendre compte de son installation en libéral. En effet, la restauration collective n'étant pas considérée comme une option, elle est contrainte, à cause de la probabilité très faible d'obtenir un emploi stable (c'est-à-dire un contrat à durée indéterminée), de choisir par défaut ce qui était « vraiment [sa] dernière option », à savoir l'installation en libéral. Elle souhaitait exercer à l'hôpital pour des raisons similaires à celles de Benjamin Lazard, c'est-à-dire afin de gagner en expérience professionnelle dans le cadre d'un travail d'équipe¹¹¹. Cependant, elle est cantonnée au marché des « *outsiders* »¹¹², sur lequel seuls des contrats précaires de remplacements de courtes durées lui sont proposés, sans perspective d'accès au marché des « *insiders* ». Diplômée à l'automne 2014, elle renonce au secteur hospitalier et s'installe en libéral à son domicile¹¹³ en mai 2015.

110. Entretien effectué par Skype le 16 novembre 2016.

111. C'est ainsi qu'est pensé, anticipé, le travail hospitalier par Audrey Vernier et Benjamin Lazard.

112. Assar LINDBECK et Dennis J. SNOWER (1988), *The Insider-Outsider Theory of Employment and Unemployment*, MIT press, Cambridge.

113. Elle effectue ses consultations par skype, depuis son domicile.

Elle devient, en parallèle, dans la mesure où elle a peu de patientes et patients, et donc peu de revenus et la possibilité matérielle (en terme de temps disponible) de compléter son activité par une autre, enseignante vacataire au sein d'un lycée professionnel entre septembre 2015 et juin 2016. Son contrat n'est pas renouvelé en septembre 2016. Lorsque cet entretien a été effectué, au mois de novembre 2016, elle avait pour seule activité professionnelle les consultations en libéral à son domicile et ne « recevait » qu'une vingtaine de patientes et patients par mois. On peut comprendre, dans ces conditions, et nous y reviendrons (*cf* section 2.3 page 139), que si Florine Hervet est contrainte par la nécessité, elle ne fait pour autant pas vertu de la situation.

Ana Mougin se distingue en cela très nettement de Florine Hervet. En effet, à l'instar de Benjamin Lazard ou Florine Hervet, Ana Mougin voulait exercer à l'hôpital dans le but de gagner en expérience professionnelle. Lorsque je lui demande si elle avait eu envie de travailler à l'hôpital, elle répond ainsi : « J'avais eu envie en sortant parce que je n'avais pas assez d'expérience et je ne me sentais pas assez en confiance pour m'installer ». Elle se dit également « plus thérapeute » et aurait donc préféré travailler à l'hôpital pour être à même de suivre des patientes et patients atteints de pathologies. Elle a cependant été confrontée à la contrainte objective d'un marché hospitalier très fermé, dual comme nous venons de le voir. « En ce moment l'hôpital, si on a pas de piston c'est vraiment bouché, les places sont très très chères ». Aussi, à cause de contraintes financières (elle explique qu'elle ne « vivai[t] plus chez ses parents »), et afin de « ne pas rester avec un CV vide pendant quelques années où [elle a] cherché »¹¹⁴, elle préfère « ne pas rester sans rien faire ». Or, étant donné qu'elle ne souhaite pas travailler en restauration collective, elle exerce en libéral, après l'obtention d'un BTS option diététique à l'automne 2014, d'abord au domicile de ses patientes et patients dans sa ville natale limitrophe de Paris, puis, parallèlement, en 2015, dans un arrondissement central de Paris, une journée par semaine pendant une année. Elle a ensuite eu « l'envie » de s'installer dans sa ville d'origine et « l'opportunité d'avoir [le] cabinet » dans lequel elle travaillait depuis quelques mois au moment de l'interview, en décembre 2016. Ainsi, alors que ses stages requis par sa formation initiale l'avaient « confortée dans l'idée qu'[elle] voulai[t] vraiment être dans le thérapeutique », elle est contrainte d'exercer en libéral. Cependant,

114. L'obtention d'un emploi au sein du secteur hospitalier en région parisienne étant chaque année peu probable, une telle recherche pourrait prendre des années et laisserait un CV vide si elle n'est pas couplée avec une activité professionnelle effective.

Ana Mougin fait de ce choix « le choix de l'idéal »¹¹⁵. Elle fait de nécessité vertu :

Étienne : Vous vous auriez envie d'aller à l'hôpital ?

Ana : J'avais eu envie en sortant parce que je n'avais pas assez d'expérience et je ne me sentais pas assez en confiance pour m'installer. Mais comme les places sont chères je n'ai pas pu. Et finalement je me rends compte qu'avec les réseaux de santé, les patients qu'on m'envoie, j'ai plus de diversité de pathologies que si j'étais à l'hôpital dans un même service. Là les patients viennent me voir parce qu'ils en ont envie. A l'hôpital, les professionnels vont dans les chambres, les gens n'ont pas forcément envie de conseils, ne sont pas demandeurs donc . . .

E : Donc là vous préférez rester en libéral ?

A : Ah oui !¹¹⁶

Confrontée à l'impératif d'activité professionnelle (ne pas demeurer inactive professionnellement trop longtemps) et au refus de travailler en restauration collective, Ana Mougin préfère, « finalement », le choix qu'elle a effectué sous la contrainte de la fermeture du marché hospitalier. Elle trouve dans la diversité des patientes et patients que lui apporte son inscription dans des réseaux de santé, et dans leur volontariat, deux raisons qui justifient sa préférence pour le secteur libéral. Ana Mougin a ainsi fait de nécessité vertu. Il ne s'agit nullement de remettre en cause la sincérité de ses justifications ou d'affirmer qu'elle s'aveuglerait et méjugerait la réalité objective de sa situation. Au contraire, faire de nécessité vertu suppose un mécanisme d'ajustement des schèmes subjectifs de perception aux réalités de la contrainte objective. L'ajustement des espérances subjectives aux chances objectives, « ici comme ailleurs »¹¹⁷ constitue peut-être un mécanisme de protection (pour éviter une trop grande « frustration relative »¹¹⁸), mais ne vient en aucun cas sanctionner un quelconque échec. Bien au contraire, cet ajustement permet de générer, chez les agents concernés, des stratégies objectivement adaptées à la structure des contraintes objectives.

Le choix de l'installation en libéral ne peut cependant généralement pas s'expliquer par un facteur, un déterminant, un concept unique. La confrontation à la nécessité, dont les diététiciennes et diététiciens rencontrés font parfois vertu, ne saurait rendre compte par elle seule de l'installation en libéral. Ce mécanisme, comme nous allons le voir, se combine

115. BOURDIEU, *Esquisse d'une théorie de la pratique ; précédé de Trois études d'ethnologie kabyle*, op. cit., p. 132.

116. Entretien effectué à son cabinet le 6 décembre 2016.

117. BOURDIEU, *Esquisse d'une théorie de la pratique ; précédé de Trois études d'ethnologie kabyle*, op. cit., p. 385.

118. Ted Robert GURR (1970), *Why Men Rebel*, Princeton university Press, Princeton.

avec d'autres facteurs tels que l'apparition d'une opportunité pouvant faciliter, concrétiser, l'installation ou la possession de ressources subsidiaires qui permettent de se distancer, au moins pendant un certains temps, de la nécessité économique la plus pressante ou qui permet de faciliter l'installation. Le cas de Marion Delangre illustre la combinaison qu'il peut exister entre une opportunité et la nécessité faite vertu et fera office de transition vers les derniers développements du chapitre. Marion Delangre, diététicienne originaire de la proche banlieue huppée de Lyon, comme il en a été question précédemment, ne souhaitait « pas du tout faire de libéral » afin qu'il n'y « ait pas de notion d'argent entre les patients et [elle] ». Elle exerce donc, dans un premier temps, comme salariée dans un centre de soin de suite et de réadaptation, puis comme commerçante avant de travailler durant six mois au sein d'une entreprise de restauration collective dans une clinique privée dans la métropole lyonnaise. Elle démissionne en septembre 2009. C'est alors qu'elle s'est « dit que le libéral ça pouvait [la] tenter ». Elle nourrissait « un désir d'indépendance ». C'est ainsi que trois années après avoir obtenu son diplôme, et après avoir été particulièrement déçue par une expérience professionnelle dans la restauration, elle considère très différemment, positivement, la perspective d'exercer en libéral. Elle fait vertu de cette perspective, qui s'avère en partie contrainte en raison de la relative précarité dans laquelle elle se trouvait à l'automne 2009, puisqu'elle était au chômage après avoir connu trois contrats de travail en trois ans, dont un dans un domaine autre que la diététique et dont le dernier s'est révélé presque traumatisant. Cependant, c'est l'advenue d'une opportunité qui permet de concrétiser la perspective dont elle commençait à faire vertu. En effet, elle apprend au début de l'année 2010 qu'une amie à elle, podologue, « cherchait à s'installer » dans la ville, limitrophe de Lyon, où elle « avai[t] toujours habité ». Aussi, lorsque la podologue lui propose de s'« installer avec elle », accepte-t-elle. C'est ainsi qu'elles « cré[ent] le cabinet ensemble ». Celui-ci se situant dans sa ville natale (dont la population, en moyenne aisée, avait toute chance de constituer une patientèle solvable et nombreuse), il s'agissait d'une opportunité particulièrement attractive, ne serait-ce que pour des raisons d'inscription facilitée dans les réseaux de sociabilité locaux, inscription susceptible de faciliter l'installation, la rentabilité de l'activité.

Ainsi, certains enquêtés doivent, au moins en partie, leur installation en libéral au mécanisme classique qui conduit à faire de nécessité vertu. Ce seul phénomène ne peut cependant rendre compte de la totalité des installations en libéral des diététiciennes et diététiciens rencontrés. Le seul cas de Marion Delangre en constitue la preuve. Il suggère le fait, que nous nous proposons d'explorer, qu'être confronté à une opportunité concrète d'instal-

lation permet de rendre crédible, matérielle, presque palpable, la perspective de l'ouverture d'un cabinet en libéral.

2.2.2 Opportunités

On observe en effet que la plupart des diététiciennes et diététiciens, au sein de notre échantillon, doivent, au moins en partie, leur installation en libéral à une opportunité. Dans le contexte de notre sujet, il faut entendre par « opportunité » la manifestation concrète, suite à une rencontre ou à l'accès à une information par exemple, d'une possibilité d'installation facilitée en libéral. Concrètement, une opportunité est une perspective ou une proposition d'installation permettant d'atténuer la contrainte économique en diminuant les charges, c'est-à-dire les coûts fixes, incompressibles, et facilitant ainsi la profitabilité, la rentabilité financière, de l'activité, que l'on sait difficile notamment durant les premières années d'exercice. Il s'agit typiquement de la possibilité d'exercer au sein d'un cabinet collectif (économie d'échelle), ou d'un bureau loué uniquement certains jours voire certaines heures dans la semaine. Une opportunité peut également, le résultat étant similaire, correspondre à des conditions d'installation facilitant la constitution d'une patientèle suffisamment nombreuse¹¹⁹, ce qui assure ainsi la rentabilité de l'activité.

Parmi les enquêtés, si l'on exclut Arthur Malère et Katia Valey, pour qui les conditions d'installation ne sont pas connues¹²⁰, seules deux diététiciennes, Sylvie Maurice et Florine Hervet, n'ont à notre connaissance ni bénéficié d'une opportunité d'installation, ni bénéficié de ressources subsidiaires (*cf* section 2.2.3 page 131).

C'est ainsi que sept personnes parmi les enquêtés ont rencontré et saisi une opportunité. Afin de montrer comment ce que nous nommons « une opportunité » peut faciliter l'installation en libéral en permettant aux diététiciennes et diététiciens concernés de faciliter sinon de s'assurer, au moins en partie, une rentabilité financière de l'activité suffisante, nous nous concentrerons sur les récits détaillés des cas de Pauline Malon, notre enquêtée principale,

119. Il s'agit, typiquement, de l'ouverture d'un cabinet de consultation au sein d'une maison de santé, comme cela fut le cas pour Cassandra Rosset. La maison de santé, située dans une zone assez peu densément peuplée, permet de concentrer l'offre médicale (médecins généralistes) et paramédicale (podologues, psychologue, kinésithérapeute, *etc.*). Elle suscite donc un flux de patientes et patients considérable. Ces patientes et patients peuvent alors spontanément consulter la diététicienne en raison de possibilités pratiques et d'un accès à la connaissance du service proposé.

120. Elles ne sont pas connues car ces deux entretiens avaient des objectifs spécifiques. En effet, l'une comme l'autre ont été interrogés en raison de leur positionnement revendiqué, presque militant, en ce qui concerne les pratiques de suivi. Cette question sera abordée plus en détails à partir du chapitre 4.

et de Fany Lebois, pour qui une opportunité lui a permis d'assurer la viabilité économique de son activité libérale tout en facilitant son arbitrage, socialement contraint, entre travail rémunéré et travail domestique. Pauline Malon a effectué un de ses stages durant sa formation initiale à l'IUT de Lille, au sein du cabinet d'une diététicienne libérale qui l'a convaincue de choisir ce mode d'exercice. Diplômée au mois de juin 2003, elle décide cependant de chercher un emploi salarié à l'hôpital pour des raisons financières. Elle souhaite obtenir sans délais une rémunération suffisante de son travail afin de ne pas dépendre de transferts monétaires de ses parents, présentés comme de conditions relativement modestes¹²¹ :

Pauline : Donc au début j'ai cherché vers chez moi mais comme en général il y a une diét' par centre hospitalier ce n'était pas évident.

Étienne : Donc au début tu cherchais d'abord à l'hôpital ?

P : Bah même si j'aimais bien le libéral, mes parents n'ont pas d'argent de base, moi encore moins. Je n'avais même pas l'idée de m'installer en libéral maintenant mais plus tard. Et en fait il n'y avait pas de poste *etc.*¹²²

Pauline Malon souhaite être autonome financièrement et recherche donc, en toute logique, un emploi salarié dans le secteur hospitalier. Elle est cependant confrontée à la rareté des postes disponibles (comme cela a été évoqué dans la section précédente, 2.2.1 page 120) puisqu'il n'y a, la plupart du temps, « qu'une diététicienne par centre hospitalier ». Elle ne pensait pas s'installer en libéral au cours de ses premières années d'exercice, préférant accumuler du capital économique avant de pouvoir se permettre, « plus tard », de choisir sa voie d'élection (depuis l'expérience enthousiasmante selon elle qu'a constitué son stage en libéral). Face à la rareté des postes disponibles, Pauline Malon étend géographiquement ses recherches à une large partie de la France. C'est ainsi qu'elle trouve au printemps 2004, alors qu'elle cherchait un emploi salarié en milieu hospitalier, une opportunité de s'installer en libéral, en partenariat¹²³ avec un médecin généraliste spécialisé dans la nutrition :

121. Les parents de Pauline Malon sont profession intermédiaire et employée de bureau au sens des PCS de l'INSEE. Ils habitent le département du Nord et son père est professeur de dessin technique dans un lycée professionnel et sa mère employée de bureau.

122. Entretien effectué à son cabinet au sein du centre de kinésithérapie de la petite ville de Mélieu (14 000 habitants environ) dans un département rural de la région lyonnaise, le 19 juillet 2017.

123. Il est à noter qu'il s'agit d'un partenariat hiérarchisé. Pauline Malon exerçait sous le statut libéral mais tout se passait comme si elle était salariée par le médecin généraliste puisque celui-ci lui fournissait à la fois du travail, c'est-à-dire des patientes et des patients, *et* des directives sur le traitement, la ration, que Pauline Malon devait leur faire suivre. Elle était en ce sens « preneuse d'ordre », pour emprunter une notion propre à l'analyse économique. C'est d'ailleurs ce manque d'indépendance, contrepartie de revenus assurés, qui a constitué une des raisons, avec la découverte de malversations de la part du médecin, pour lesquelles Pauline Malon a ouvert, avec une collègue psychologue, son propre cabinet en 2007. Celui-ci était situé au sein d'une maison médicale, dans une petite ville voisine. Elle s'installe deux années plus tard, suite à un

Pauline : Donc à partir de janvier je me suis mise à chercher plus loin et puis en mars voilà il y a un nutritionniste sur Lignon¹²⁴ qui cherchait quelqu'un mais quelqu'un en libéral.

Étienne : Tu m'avais parlé d'un poste que tu avais fait avec un généraliste. . .

P : Oui voilà c'était à Lignon. J'ai démarré le 5 juillet 2004. J'ai emménagé le 28 mai je me rappelle. J'ai débarqué et puis voilà, on a bien fait le point ensemble et puis j'ai démarré début juillet. Parce que j'ai eu l'entretien en mars, je me suis vraiment décidée au mois de mai et puis après le temps de faire les Ursaff *etc.*

E : Et donc ce médecin ça ne se passait pas très bien c'est ça ?

P : ça s'est super bien passé au départ. Il était super, j'étais en confiance. Et puis c'était un cabinet de psychologues au départ. Y avait deux ou trois psy, deux diététiciens, une secrétaire. Donc y avait une ambiance et un cabinet super super.

E : Et lui il était quoi ?

P : Lui il était nutritionniste. Enfin médecin mais qui s'était spécialisé en nutrition. Il ne faisait plus du tout de consultations généralistes. Et donc nickel. En plus moi au départ j'étais un peu frileuse. Donc il recevait les gens. Il me disait : « cette personne elle a tel métabolisme donc tu te cales sur telles calories ». Donc on fonctionnait comme ça.¹²⁵

Cette opportunité garantissait à Pauline Malon des revenus réguliers grâce aux patientes et patients que lui envoyait le médecin généraliste spécialisé dans la nutrition par qui elle avait été recrutée. Il s'agissait d'une configuration idéale pour débiter son activité en libéral puisque, alors âgée de vingt ans, cela lui assurait la rentabilité financière de l'activité tout en encadrant son activité. En effet, étant encore peu expérimentée¹²⁶ le fait de recevoir des instructions précises de la part d'un médecin, son supérieur hiérarchique de fait et nettement dominant dans la relation par ses caractéristiques sociales (diplôme, revenus, sexe, âge), permettait de contenir sa frilosité en lui retirant la responsabilité de la détermination des éléments structurants de la ration (calories en fonction du métabolisme) devant être administrés à telle patiente ou tel patient. En revanche, on constate que Pauline Malon ne dispose que de peu d'indépendance professionnelle, ce qui a constitué l'une des raisons pour lesquelles elle a quitté cet emploi pour ouvrir un cabinet, avec une collègue psychologue, au

remplacement, dans le cabinet qu'elle occupe lors de l'entretien et des observations.

124. Le nom de la ville est anonymisé. Il s'agit d'une ville moyenne (entre 40 000 et 60 000 habitants) d'un département rural situé dans la région lyonnaise.

125. Entretien effectué à son cabinet le 19 juillet 2017.

126. Son apparence physique jouait en outre objectivement contre elle dans la mesure où son corps frêle, clairement juvénile, allait généralement à l'encontre de ce à quoi s'attendaient ses patientes et patients et signifiait, à son corps défendant, son manque d'expérience. Pauline Malon confie ainsi lors de l'entretien que certains de ses patientes et patients lui exprimaient explicitement leur surprise puisqu'ils s'attendaient à être confiés à une femme plus âgée, l'âge étant, par typification, assimilé à l'expérience.

sein d'une maison de santé dans une petite ville à proximité en 2007. Ainsi, alors qu'elle avait renoncé, dans un premier temps, à exercer en libéral, pour des raisons financières, Pauline Malon a pu, grâce à cette opportunité, bénéficier de conditions de travail proches de celles d'un emploi salarié hospitalier en matière de rémunération et d'encadrement, ce qui lui convenait parfaitement (« ça fonctionnait comme ça »), tout en exerçant son activité en libéral, conformément à ses aspirations professionnelles.

Le cas de Fany Lebois, s'il est moins frappant que celui décrit précédemment, a ceci d'intéressant qu'il entre en résonance avec d'autres, ceux de Benjamin Lazard et Ana Mougin notamment, et qu'il permet de montrer l'effet de l'opportunité à la fois en matière de rentabilité de l'activité et en matière de partage entre travail rémunéré et travail domestique ou gratuit. Fany Lebois, on s'en souvient, a quitté son emploi de cadre au sein d'une multinationale de l'agroalimentaire en 2009, pour entamer des études de diététique. Elle avait alors un enfant en bas âge et était enceinte. Elle obtient son diplôme au mois d'octobre 2012. Au cours des stages effectués en deuxième année, elle fait la rencontre d'une psychologue dont le travail « s'inspirait de la méthode du G.R.O.S. »¹²⁷. C'est en participant à des ateliers qu'animait cette psychologue que Fany Lebois a pris conscience du fait que « ce genre d'approches, en BTS, on n'en parle pas », puisque la formation ne comprend « pas une heure de psychologie » alors « qu'on ne fait que ça au quotidien », sous-entendu, dans les pratiques professionnelles. Fany Lebois est conquise par cette approche qui « [lui] avait vraiment plu ». La psychologue lui propose alors de travailler, une fois diplômée, en libéral avec elle au sein de son cabinet situé à Ponton¹²⁸, une commune aisée limitrophe de Paris. Elle lui propose ainsi de louer son cabinet deux jours par semaine et de suivre ses patientes et patients souffrant de troubles du comportement alimentaire.

Fany : Elle m'avait dit : écoute moi j'exerce à Ponton, j'ai un cabinet, et le jour où tu es diplômée, si ça te tente, j'aimerais bien que l'on travaille ensemble.

Étienne : Vous pensiez être en libéral ?

F : ça m'a clairement . . . parce que je ne pense pas que je me serais mise si tôt en libéral. Néanmoins, je n'avais pas vingt ans non plus, j'avais quand même une expérience, mais j'avoue que là c'était pour moi une super opportunité. Et c'est là-bas que j'ai

127. Le GROS est un Groupe de Réflexion sur l'Obésité et le Surpoids qui prône, pour le dire succinctement, la fin des régimes restrictifs et la concentration sur les sensations alimentaires, la faim physiologique notamment, comme moyen de lutte contre le sur-poids, par la régulation des consommations alimentaires. Cette approche et sa diffusion auprès des diététiciennes et diététiciens est abordée dans les chapitres 3 et suivants.

128. Il s'agit d'un nom fictif de ville.

commencé, à Ponton, et on bossait un peu à deux notamment sur la partie troubles du comportement alimentaire où moi j'avais aussi suivi un an de séminaires à l'Institut Montsouris qui est réputé pour ça, avec le professeur C*****. Et puis bon, moi y avait aussi le fait que techniquement, je ne voulais pas trop travailler, avec les enfants. Et donc c'était super parce que je travaillais deux jours par semaine.¹²⁹

Fany Lebois reconnaît dans cette possibilité qui lui a été offerte « une super opportunité » sans laquelle, à cause d'un manque d'expérience dans le domaine de la diététique, elle ne se serait pas installée en libéral immédiatement. L'opportunité semble donc fonctionner comme un catalyseur de trajectoire professionnelle. Fany Lebois ne l'exprime pas explicitement, mais le fait de pouvoir louer un local deux jours par semaine seulement permet de réduire considérablement les charges locatives et de faciliter ainsi la rentabilité de l'activité, puisqu'il faut moins de consultations, moins de patientes et patients, pour couvrir les charges. C'est ainsi que Benjamin Lazard, par inter-connaissance, a pu sous-louer le cabinet d'un ostéopathe, dans une ville voisine, deux jours par semaine, et lancer ainsi, plus sereinement, son activité en libéral en avril 2014. La diététicienne qui a bénéficié le plus favorablement de cette réduction des charges locatives est Audrey Vernier. En effet, elle a connaissance d'un centre de bureaux à louer à l'heure dédié aux praticiens paramédicaux, dans un arrondissement central de Paris. En échange d'une obligation de location minimale de dix heures par trimestre, ce qui paraissait être une contrainte modeste pour Audrey Vernier en dépit du fait qu'elle débutait, elle peut réserver, pour une heure seulement, à partir d'un planning en ligne, une salle sur demande, dans le but de réaliser une consultation. Cela lui permet de s'assurer d'une rentabilité immédiate, qui ne dépend que du nombre de patientes et patients reçus, indépendamment des charges locatives qui de coûts fixes se transforment, par cette opportunité, en coûts variables puisque le loyer varie en fonction du nombre d'heures réservées, c'est-à-dire du nombre de consultations, et donc *in fine* en fonction du niveau d'activité. Elle décrit ces conditions ainsi : « L'accueil est professionnel. La location se faisait à l'heure. Donc j'ai des patients je paye, j'ai pas de patient je ne paie pas ». Cela a constitué une opportunité pour Audrey Vernier qui a ainsi pu, sans hésiter, s'installer sans délai en libéral. Ainsi, en ce qui concerne notre second cas détaillé, alors que Fany Lebois ne pensait pas s'installer en libéral dès l'obtention de son diplôme, cette opportunité a accéléré, et concrétisé, son projet d'installation en libéral. Cela s'explique premièrement par le fait que cette opportunité lui permet de limiter les coûts fixes ou charges, locatives notamment, inhérentes à l'installation

129. Entretien effectué à son cabinet parisien le 11 janvier 2018.

en libéral, particulièrement élevées à proximité de Paris. Deuxièmement, cela permet à Fany Lebois de bénéficier de patientes et patients souffrant de troubles du comportement alimentaire orientés vers elle par sa collègue psychologue. Enfin, troisièmement, cela lui permet de concentrer son temps de travail rémunéré sur deux journées par semaines, et de pouvoir ainsi effectuer davantage de travail domestique, celui-ci étant considérable en raison de ses deux jeunes enfants âgés de trois et cinq ans lors de son installation.

Pour conclure, tout se passe comme si les opportunités étaient des catalyseurs permettant de concrétiser rapidement un projet d'installation, notamment parce qu'elles apportent des garanties, des protections, de nature à réduire, à modérer, voire à annihiler le risque économique propre à l'activité indépendante, en libéral, de la diététique¹³⁰. Il est cependant intéressant de remarquer que certains des diététiciennes et diététiciens rencontrés au cours de cette enquête se singularisent par la possession de ressources subsidiaires leur permettant de s'extraire de la contrainte de rentabilité immédiate ou d'en faciliter le respect, sans avoir bénéficié, pour cela, d'une opportunité particulière.

2.2.3 Ressources subsidiaires

Le fait de disposer de ressources subsidiaires, autres que la seule possession d'un diplôme d'État autorisant l'exercice d'une activité professionnelle en tant que diététicienne ou diététicien, conséquentes, relativement à ce que l'on observe en moyenne chez les autres diététiciennes et diététiciens rencontrés, a constitué un déterminant prépondérant dans le choix de, et dans la détermination des conditions associées à, l'installation en libéral pour sept des enquêtés. Que sont et que permettent ces ressources subsidiaires qui singularisent un tiers des diététiciennes et diététiciens interviewés ? Ces ressources consistent principalement en une accumulation particulière, au sens où elle apparaît comme inhabituelle par rapport aux autres cas considérés dans l'enquête, de capital économique, sous la forme de revenus ou de patrimoine, ou social au sens que lui attribue Pierre Bourdieu¹³¹. L'idée principale de ce développement est que ces ressources subsidiaires, que l'on s'appliquera à décrire, permettent l'installation en libéral, soit en assurant ou en facilitant une rentabilité économique accélérée

130. Sur ces questions de rentabilité nécessaire de l'activité et des conséquences que cela peut avoir sur les suivis diététiques, voir le chapitre suivant.

131. « Le capital social est l'ensemble des ressources actuelles ou potentielles qui sont liées à la possession d'un réseau durable de relations plus ou moins institutionnalisées d'interconnaissance et d'interreconnaissance », (Pierre BOURDIEU (1980c), « Le capital social. Notes provisoires », *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, vol. 31, n° 1, p. 2)

de l'activité, soit en rendant cette rentabilité superflue, non nécessaire et donc moins voire non contraignante.

Si l'on s'intéresse en premier lieu aux ressources subsidiaires de nature immédiatement économique¹³², il apparaît que ces ressources permettent de pourvoir aux dépenses courantes, de couvrir les charges, locatives notamment, propres à l'activité libérale, avant d'être en mesure de dégager une marge bénéficiaire de son activité. En d'autres termes, elles peuvent couvrir les dépenses incompressibles durant l'intervalle de temps, qui peut durer jusqu'à cinq ans, selon Anaïs Dupont, Présidente de l'Association des Diététiciens Libéraux, durant lequel l'activité en libéral est lancée sans encore s'avérer rentable sur le plan économique, le diététicien ou la diététicienne ne dégageant pas de bénéfice¹³³. La possession de telles ressources permet également de se libérer des contraintes de rentabilité immédiates qui peuvent perturber, comme Anaïs Dupont l'indique dans son entretien, dans les premiers mois, les premières années, les pratiques professionnelles elles-mêmes, la relation avec les patientes et patients, et compromettre ainsi le développement d'une patientèle, sans laquelle la rentabilité de l'activité ne peut être assurée durablement.

Les six diététiciennes se trouvant dans cette situation (ressources subsidiaires de nature immédiatement économique) peuvent être regroupées en trois cas :

Un capital monétaire initial Marine Murier, qui avait « de l'argent de côté », qu'elle avait pu épargner pendant ses études, et Anaïs Dupont possédaient un capital monétaire initial. Cela leur a permis de ne pas se trouver dans la nécessité d'une rentabilité immédiate de l'activité. Cette rentabilité étant difficile à obtenir au cours des premiers mois ou années, cela leur a permis de concrétiser sereinement leur installation en libéral. Anaïs Dupont, auvergnate d'origine, a d'abord travaillé comme salariée d'un laboratoire¹³⁴, durant cinq années, entre 2001 et 2006. Suite à un plan de licenciement, elle bénéficie d'un capital monétaire,

132. La nature immédiatement économique du capital exclue de l'analyse, dans un premier temps, le cas de Marie Le Roux, dont la ressource subsidiaire principale consiste en un capital social. Le capital social est cependant, dans ce cas, du capital économique en puissance, potentiel, par la médiation de sa conversion.

133. Le bénéfice, notion de comptabilité, est entendu comme le chiffre d'affaire, c'est-à-dire l'ensemble des revenus d'activité issus des consultations et autres prestations éventuelles, auquel il faut retirer l'ensemble des prélèvements obligatoires, cotisations sociales notamment, ainsi que les charges ou coûts fixes inhérents à l'activité : loyer, électricité, *etc.*

134. Anaïs Dupont a fait un BTS diététique à Vichy dans la continuité de sa formation au lycée, entre 1997 et 1999. Elle suit ensuite une formation pour devenir visiteuse médicale pour un laboratoire, avec à l'esprit l'idée d'exercer plus tard dans le domaine de la diététique, lorsqu'elle aura davantage d'expérience professionnelle.

sous une forme indemnitaire, qu'elle met à profit pour s'installer en libéral à Paris :

« Et donc j'ai pu m'installer en libéral parce que je suis partie dans le cadre d'un plan social et que y avait une somme d'argent donnée qui a permis de commencer un projet de création parce que c'est indispensable quand on veut ouvrir un cabinet d'avoir un petit apport personnel. Donc j'avais cet apport personnel donc j'ai pu créer mon cabinet. »¹³⁵

Cet « apport personnel » lui a permis de faciliter, d'accélérer, la rentabilité de sa nouvelle activité de deux manières. Premièrement, elle a repris le cabinet d'une jeune diététicienne enceinte qui souhaitait mettre un terme à son activité et lui a, ce faisant, racheté sa patientèle¹³⁶. Deuxièmement, le fait de pouvoir consommer son capital initial pour pourvoir à ses dépenses courantes lui a permis à la fois de ne pas peser sur le niveau de vie de sa famille durant les premiers temps de l'installation¹³⁷, économiquement difficiles, et d'accélérer la perspective de cette rentabilité en apaisant les relations de moindre dépendance qu'elle a nouées avec ses patientes et patients, permettant ainsi un meilleur accompagnement et donc une stabilisation de la patientèle :

Anaïs : C'est pour ça que c'est compliqué de s'installer en libéral parce qu'il y a tout de suite une pression financière qui s'installe alors que pour réussir à se trouver, à accompagner de manière paisible les patients sans vouloir les voir trop vite ou trop souvent, à leur propre rythme, ça se confronte mal des fois.

Étienne : Oui, y a des intérêts divergents... (*rires*)

A : (*rires*) Voilà. D'où l'intérêt d'avoir une situation financière confortable pour s'installer pour laisser le temps au patient d'être... et donc plus on leur laisse du temps mieux les accompagnements se feront et donc mieux la patientèle se développera¹³⁸.

Ainsi, disposer d'un capital initial permet de tempérer la « pression financière », sinon immédiate, et ainsi d'« accompagner de manière paisible » les patientes et patients, ce qui constitue la condition idéale permettant de s'assurer de la rentabilité durable de son activité, puisque c'est ainsi que « la patientèle se développera ».

135. Entretien effectué à son cabinet parisien le 8 décembre 2016.

136. Le rachat de patientèle est loin d'être une stratégie fréquente au sein de notre échantillon, notamment parce que rares sont les diététiciennes et diététiciens qui possèdent un capital qu'ils souhaitent investir. Par ailleurs, la transmission d'une patientèle ne doit pas être évidente ni automatique. La thématique n'ayant pas été approfondie durant l'entretien, nous ne sommes cependant pas en capacité d'approfondir cette question.

137. Anaïs Dupont explique les choses ainsi : « Par contre si je n'avais pas eu le plan social il aurait fallu que j'ai un conjoint qui puisse accepter que pendant trois à cinq ans je n'ai pas de salaire. Pas de salaire plus les dépenses du cabinet. Faut penser à ça parce que tout ce qu'on va dépenser les premiers mois, on a pas de salaires, mais parfois on a même pas assez de patients pour tout couvrir ».

138. Entretien effectué à son cabinet parisien le 8 décembre 2016.

Une autre façon de s'extraire de la « pression financière » qui s'exerce dès l'ouverture du cabinet est de disposer d'un revenu régulier non issu de son activité de diététicien ou diététicienne. C'est le cas, particulier mais particulièrement intéressant, dans notre échantillon, d'Adeline Gastaldi.

Un revenu régulier de rente Adeline Gastaldi habite et exerce dans un quartier central de Paris. Son grand-père est un grand propriétaire foncier parisien. Elle a effectué des études d'art en vue de devenir restauratrice d'œuvres d'art. Après deux années de travail assimilables à un stage au sein d'une galerie d'art parisienne, elle se réoriente en reprenant des études, cette fois dans la filière diététique, en 2010. Elle poursuit sa formation durant quatre années car elle l'effectue sous le régime de l'alternance. En effet, elle est rémunérée par et travaille à mi-temps pour la société civile immobilière familiale. Elle est ainsi chargée de la gestion du patrimoine de sa famille. Diplômée en 2014 elle s'installe sans délai en libéral. Elle ne cherche cependant pas à développer son activité au sens où elle n'investit que peu de moyens et consacre peu de temps au développement de sa patientèle, comme en témoigne sa réponse à une question portant sur le degré de difficulté éprouvée pour le développement de sa patientèle¹³⁹ :

« Est-ce que c'est difficile . . . je vais dire que je ne sais pas parce qu'en fait je n'ai pas cherché à développer ma patientèle ». ¹⁴⁰

Dans les faits, elle ne reçoit en effet que trois à cinq personnes par mois en consultation. Elle ne dégage donc assurément pas un revenu d'activité significatif de son travail en libéral. Elle ne cherche pas non plus à ce que cela soit le cas puisqu'elle préfère dans l'immédiat laisser sa patientèle en l'état. Son indépendance vis-à-vis de la nécessité économique s'explique par le patrimoine familial. Au-delà des revenus du patrimoine qui lui bénéficient peut-être en propre¹⁴¹, elle est rémunérée, on imagine suffisamment pour satisfaire ses aspirations, par la société civile immobilière familiale, pour laquelle elle travaille à mi-temps. Le temps restant est consacré, notamment, à l'aménagement du rez-de-chaussé de l'immeuble dans lequel elle

139. Il s'agit d'une question standard au sens où elle a été posée à tous les diététiciennes et diététiciens rencontrés.

140. Entretien effectué le 7 décembre 2016 au rez-de-chaussé de l'immeuble de son grand-père dans le centre-ville de Paris.

141. Nous ne pouvons rien affirmer sur cette question puisque cela n'a pas été abordé durant l'entretien. C'est un sujet quelque peu marqué du sceau du tabou et cet entretien faisait partie des premiers réalisés pour cette enquête. En outre, la situation d'enquête se prêtait difficilement au traitement de ce sujet puisqu'Adeline Gastaldi nous dominait socialement, en particulier en matière de capital économique.

habite (possession familiale). Elle souhaite faire de ce lieu alors inhabité un « espace de co-working » au sein duquel doivent s'installer sa sœur¹⁴², photographe libéral, ainsi qu'un praticien extérieur auquel un cabinet sera loué. Elle reçoit elle-même, d'ores et déjà, ses patientes et patients en consultation dans un bureau aménagé dans ce futur espace de co-working. Au-delà des perspectives patrimoniales (dons et héritages) et de la rémunération tirée du travail de gestion qu'elle effectue, Adeline Gastaldi bénéficie de rétributions indirectes du patrimoine qui lui permettent de s'extraire de toute « pression financière » puisqu'elle ne paie pas de loyer pour son activité, celle-ci prenant place dans des locaux familiaux¹⁴³. A l'avenir, après son mariage, elle projette de mettre un terme à son activité de gestion immobilière pour se consacrer pleinement à l'exercice libéral de la diététique qu'elle exerce pour l'instant pour son plaisir, bien loin de toute préoccupation financière, à la manière d'un loisir.

Un revenu régulier d'activité Josiane Couloud exerce elle aussi, en dilettante, serait-on tenté de dire, la diététique en libéral, mais pour des raisons tout autres que celles d'Adeline Gastaldi. Josiane Couloud a effectué une carrière complète dans le secteur hospitalier, dont elle était retraitée depuis cinq années lorsque l'entretien a été effectué au printemps 2017. Elle était alors âgée de soixante-sept ans. En 2010, un an après la création du statut d'auto-entrepreneur, et deux années avant de cesser son activité hospitalière, Josiane Couloud a débuté, en parallèle, une activité de consultations diététiques indépendantes, à son domicile, situé dans une commune limitrophe de Paris, sous le régime de l'auto-entrepreneuriat. Elle présente ainsi sa situation :

« J'ai quitté la clinique il y a maintenant cinq ans et en parallèle j'étais en libéral. J'avais le droit dans cette clinique d'être à la fois salariée et auto-entrepreneure. J'ai bien profité de ce système qui m'a facilité les choses. Donc j'ai fait les deux en même temps ». ¹⁴⁴

Elle a « fait les deux en même temps » durant deux années puis elle a poursuivi son activité libérale tout en bénéficiant des revenus de transferts sociaux issus de ses droits à la

142. Adeline Gastaldi a également un frère. Elle est âgée de 33 ans au moment de l'entretien, à la fin de l'année 2016, et prépare alors son mariage, avec un « ingénieur en bâtiment », prévu pour l'été suivant. Ses parents, divorcés, exercent en libéral. Elle est psychanalyste, il est architecte. Enfin, le compagnon actuel de sa mère est psychiatre.

143. Son activité, dépourvue de coût fixe lié au loyer, ne peut donc pas être déficitaire.

144. Entretien effectué dans un café parisien le 21 avril 2017.

retraite. Elle n'a cependant jamais développé considérablement son activité qu'elle a essentiellement effectuée par goût pour les consultations en libéral, très différentes des consultations en néphrologie dont elle était chargée en clinique. Elle souhaitait en effet « voir autre chose » et « continuer », pour reprendre ses termes, un peu, son activité. C'est ainsi que sa patientèle est restée peu nombreuse au point de n'être plus composée, au moment de l'entretien, que de « trois patients par an ». Cela ne constitue cependant pas un problème pour elle puisque ses revenus, et sa carrière, ne dépendent pas de cette activité :

Étienne : Vous les recevez à domicile les patients ?

Josiane : Oui, j'ai trois patients par an, ça va.

E : Depuis le début vous avez une patientèle limitée ?

J : Bah ce n'est rien. Ce n'est pas avec ça que je gagne ma vie.

E : C'est une activité annexe.

J : Et puis je fais ça parce qu'il y a un contact. Y a des patientes qui sont venues me voir, ah bah oui on va travailler ensemble mais "ça je peux pas, ça non plus" ... bon bah au revoir madame ! Je ne vais pas perdre du temps, parce que je suis en fin de carrière maintenant je suis tranquille. Je n'ai plus de clientèle à faire. Mon tiroir caisse c'est bon¹⁴⁵.

Il apparaît dans cet extrait que Josiane Couloud ne se soucie pas du nombre de patientes et patients, c'est-à-dire du chiffre d'affaire lié à son activité, puisque « trois patients par an » est jugé suffisant et que le caractère limité, depuis le début, depuis 2010, de sa patientèle, « n'est rien », c'est-à-dire ne porte pas à conséquence, à préjudice. Cela s'explique par le fait que sa « carrière » est terminée et qu'elle ne tire pas ses revenus, estimés suffisants, de son activité libérale (« Mon tiroir caisse c'est bon »). Elle ne compte pas non plus sur les revenus d'un conjoint puisqu'elle est divorcée, d'un magistrat, mais sur sa pension de retraite. Tout se passe comme si son exercice de la diététique en libéral s'apparentait à un temps de loisir, dans la mesure où toute considération touchant à la rentabilité financière en est exclue. Il s'agit donc d'un temps improductif du point de vue des économistes, donc, en ce sens, de loisir. En outre, elle ne cherche pas à maximiser la taille de sa patientèle. Bien au contraire, elle se permet, car elle en a les moyens, le rapport de dépendance entre les patientes et patients et la diététicienne étant, sinon inversé, du moins modifié, d'avoir des scrupules concernant la qualité de ses patientes et patients. Elle choisit ses patientes et patients. Elle exige de ses patientes et patients qu'ils acceptent sa propre méthode de travail et ne souhaite pas « perdre du temps » à respecter leurs exigences (« ça je ne peux

145. Entretien effectué dans un café parisien le 21 avril 2017.

pas, ça non plus »). S'il faut choisir, elle préfère satisfaire ses envies plutôt que les besoins d'un patient-consommateur. Du fait de la déprise vis-à-vis de la nécessité financière que lui permet sa situation de retraitée, et le revenu régulier et assuré associé, Josiane Couloud peut se permettre de ne pas s'adapter à ses patientes et patients et ainsi, au total, d'exercer cette activité à sa façon, comme nous pourrions le dire trivialement. Dans les deux cas évoqués précédemment, l'activité libérale, grâce aux ressources subsidiaires dont ces deux diététiciennes disposent, est exercée en amatrice, à un titre presque extra-professionnel. Leurs caractéristiques sociales, à la marge de celles observées chez les diététiciennes et diététiciens de notre échantillon, suscitent des aspirations, représentations et pratiques, très différentes de celles des autres enquêtés. Ainsi, et singulièrement dans le cas de Josiane Couloud, il ne serait pas tout à fait infondé d'affirmer que la conception de leur activité diététique en libéral relève davantage de « l'art pour l'art » que des « affaires sont les affaires ».

Dans deux autres cas, bien différents cependant, il est possible d'attribuer, au moins en partie, l'installation en libéral à la possession de ressources subsidiaires, sous la forme d'un revenu régulier d'activité. Les exemples de Laure Blana et Juliette Poudale se distinguent cependant des deux cas cités précédemment, et de Josiane Couloud en particulier, par le fait que ces revenus d'activité non issus d'une activité libérale n'ont été que provisoirement dominants, principaux. Laure Blana, après avoir suivi à deux reprises une première année de médecine, puis obtenu un DUT en biologie option diététique à Créteil, a débuté sa carrière au sein du secteur hospitalier. Cela constitua son activité exclusive durant environ six années. Elle décide cependant en 1996 de n'exercer plus qu'à mi-temps à l'hôpital et de consacrer le reste de son temps de travail à son installation en libéral à Paris¹⁴⁶. C'est ainsi qu'elle peut débiter son activité sans être confrontée à une totale dépendance financière vis-à-vis de la rentabilité de celle-ci. De la même façon, mais dans un contexte très différent, Juliette Poudale, si elle a ouvert son cabinet dès l'obtention de son diplôme, a effectué plusieurs contrats courts dans différents hôpitaux situés à proximité de son lieu de résidence, durant deux années et demie, à partir de la fin de l'année 2008. Cela lui a permis de compléter ses faibles revenus issus de son activité libérale durant les premières années¹⁴⁷. Parallèlement,

146. Elle a également, durant la même période de temps, donné un cours de préparation au BTS au sein de l'école privée de diététique (et autres formations du supérieur dans le domaine sanitaire et social) située dans le XV^e arrondissement de Paris, Icofest, « l'école de tous les futurs », pour compléter ses revenus.

147. Les diététiciennes libérales des petites villes avoisinantes, avec qui elle était volontairement entrée en relation avant de débiter sa reconversion au cours de son congé maternité, l'avaient avertie des difficultés financières qu'elle devrait vraisemblablement rencontrer au cours des premiers temps de son activité.

pour développer sa patientèle, son activité libérale, elle recevait des patientes et patients « le soir ». Elle a ensuite « arrêté toutes [ses] activités salariées autres au bout de deux ans et demi pour ne plus faire que du libéral ». Elle s'installe alors, en 2011, au sein d'une maison de santé, dans la même ville que celle où elle exerçait auparavant, bénéficie du transfert de sa patientèle et de l'affluence propre aux maisons de santé, et reçoit ainsi « suffisamment de patients pour vivre » uniquement de son activité libérale.

Si l'on s'intéresse désormais, en second lieu, aux ressources subsidiaires de nature non immédiatement économique, en l'occurrence la possession d'un capital social spécifique, particulièrement adapté au lancement d'une activité diététique en libéral, il apparaît, à travers le cas de Marie Le Roux, que la possession de telles ressources permet de faciliter et d'accélérer la rentabilisation de l'activité libérale. L'élément déterminant qui a dû faciliter grandement la constitution d'une patientèle pour Marie Le Roux réside dans le fait que son mari est médecin généraliste à Paris. Pour se constituer une patientèle, les diététiciennes et diététiciens interrogés recourent traditionnellement à trois méthodes principales :

- démarcher les médecins, psychologues, *etc.*, alentours pour se faire connaître dans l'espoir que ceux-ci orientent des patientes et patients vers son cabinet.
- Être visible sur Internet en créant un site.
- Compter sur le bouche-à-oreilles entre patientes et patients.

Or, Marie Le Roux n'a créé que très tardivement, relativement à la plupart des autres praticiens, un site Internet¹⁴⁸. Elle est en outre très dubitative quant à l'effectivité et l'efficacité du bouche-à-oreilles¹⁴⁹. Elle a ainsi essentiellement compté sur les liens qu'elle a pu créer ou entretenir avec d'autres praticiens. Elle cite en particulier les médecins. En outre, elle habite, avec son mari, dans l'arrondissement parisien où elle a installé son cabinet. Il semble que la profession de son mari lui ait permis d'accéder à « un réseau durable de relations plus ou moins institutionnalisées d'interconnaissance et d'interreconnaissance »¹⁵⁰. Ce capital social sanctionne son appartenance à un groupe, celui des médecins généralistes ou des praticiens à qui l'on peut faire confiance, à qui l'on confie des patientes et patients. Cette apparte-

148. Elle l'exprime ainsi : « j'ai assez traîné »

149. Elle témoigne ainsi de son scepticisme : « Y a du bouche-à-oreilles mais je dirais que ce n'est pas non plus comme quand on se transmet les coordonnées quand on est content d'un bon dentiste. Parce que quand même les gens se livrent à travers les consultations. Le rapport avec son poids, son image, est quand même quelque chose d'assez personnel. Donc je pense qu'il y a un peu quand même, mais . . . vis-à-vis d'un psychologue, ou, voilà . . . déjà on ne le dit pas forcément à quelqu'un ».

150. BOURDIEU, « Le capital social. Notes provisoires », *art. cit.*, p. 2.

nance est manifeste et surprenante puisque, alors que du point de vue des diplômes (capital culturel) et de la hiérarchisation objective des métiers et professions du para-médical et du médical, Marie Le Roux est objectivement dominée, les médecins, y compris spécialistes, l'appellent « confrère », et lui envoient des patientes et patients :

Étienne : Ils ne vous envoient pas des patients ?

Marie : Si si, que ce soient les généralistes, les endocrinologues ou les gastroentérologues, ceux là gentiment ils vous appellent confrère, alors qu'on est pas confrères.¹⁵¹

Il s'agit d'une exception au sein de notre échantillon. La plupart des diététiciennes et diététiciens rencontrés font plutôt face à l'indifférence des médecins. Il semble donc que Marie Le Roux, par l'intermédiaire du capital social familial, parvienne à assurer la rentabilité de son activité. En effet, les médecins exerçant dans son arrondissement, parce qu'ils la connaissent et surtout la reconnaissent comme une praticienne sérieuse, digne de confiance, parce qu'appartenant à leur cercle de sociabilité, lui fournissent des patientes et des patients. Elle peut ainsi convertir son capital social en capital économique.

Ainsi, le processus d'installation en libéral peut résulter, chez les diététiciennes et diététiciens interrogés, de trois facteurs différents, qui peuvent parfois se combiner. Ainsi, si certaines diététiciennes ou certains diététiciens, confrontés à la nécessité de s'installer en libéral, à défaut d'avoir la possibilité de travailler à plein temps en milieu hospitalier, en font vertu, d'autres doivent leur installation, en partie au moins, à une opportunité ou à la possession de ressources subsidiaires leur ayant permis de faciliter leur installation en libéral en atténuant voire en annihilant les contraintes économiques propres à l'exercice libéral de la diététique en cabinet.

2.3 Un inégal rapport à l'avenir

Ce dernier développement doit être l'occasion de conclure ce chapitre par l'explicitation des inégalités (en terme de revenus et de ressources subsidiaires notamment) qu'il révèle, et leurs conséquences sur le développement de l'activité libérale.

Il serait erroné de subsumer sous la catégorie « diététiciens » un groupe social pensé comme homogène, composé d'individus aux propriétés sociales semblables. Bien au contraire, ce qui attire d'emblée l'attention du sociologue c'est la diversité des profils et les inégalités

151. Entretien effectué à son cabinet parisien le 21 novembre 2016.

qu'elle peut engendrer. En ce qui concerne l'installation en libéral, le lancement de son activité indépendante semble, à l'instar des statistiques proposées par l'INSEE sur la destinée des entreprises selon les caractéristiques sociales de leurs créateurs (et le capital originellement investi lors de la création)¹⁵², dépendante des ressources à la disposition de la diététicienne ou du diététicien. Cela est particulièrement net pour les cas développés à propos de la possession de ressources subsidiaires. Afin de donner à voir comment le développement de l'activité, et le rapport au temps et à l'avenir que cela implique, et la façon dont est vécue l'expérience de l'installation en libéral peuvent nettement diverger d'une diététicienne à une autre selon les ressources dont elles disposent, nous pouvons discuter en détails les cas d'Ana Mougin et Florine Hervet.

Il est intéressant en effet de faire dialoguer ces deux cas dans la mesure où, toutes deux diplômées d'un BTS diététique en septembre 2014, elles ont l'une comme l'autre, dans un premier temps, souhaité et tenté, sans succès, d'exercer en tant que salariées du secteur hospitalier avant de s'installer en libéral. Elles se sont donc toutes deux confrontées à la même fermeture du marché hospitalier parisien. Au moment de l'entretien pourtant, trois années après le terme de leur formation initiale, leurs situations objectives ont divergé, tout comme leur expérience subjective du métier. Si Ana Mougin a pu, petit à petit, s'installer dans un cabinet (au point d'exercer lors de l'entretien dans son propre petit cabinet individuel dans une commune limitrophe de Paris), Florine Hervet, qui réside et exerce dans une ville un peu plus éloignée du cœur de la région parisienne¹⁵³, n'est pas véritablement installée dans la mesure où elle n'a pas les moyens à cause des charges locatives qu'il faudrait couvrir par de nombreux patientes et patients, de louer un cabinet. Elle effectue donc des consultations par Skype depuis son domicile. Il est intéressant de remarquer que, et de chercher à expliquer pourquoi, Ana Mougin fait nettement preuve d'une plus grande assurance, dans différents domaines professionnels, que Florine Hervet. Cela s'observe en particulier dans son rapport à l'avenir, crucial dans une telle période charnière de lancement d'une activité professionnelle. Cela est d'autant plus remarquable que leur réussite, à l'automne 2016, si on devait la résumer objectivement par le seul nombre de patientes et patients reçus en consultation, est comparable. Ainsi, si Ana Mougin dispose d'ores et déjà d'un cabinet, elle ne reçoit qu'une vingtaine de patientes et patients par mois en consultation, tout comme Florine

152. [damien_richet_entreprises_2015](#).

153. Pour rappel, Florine Hervet exerce dans une ville située à une vingtaine de kilomètres environ du centre de Paris.

Hervet qui, consultant son agenda, a comptabilisé vingt-trois patientes et patients au cours du mois de novembre 2016¹⁵⁴. Ana Mougin fait cependant preuve d'optimisme quant aux perspectives d'avenir qu'elle peut, estime-t-elle, raisonnablement espérer pour son activité libérale, débutée dans les conditions actuelles de l'entretien (un cabinet personnel) depuis quelques mois seulement¹⁵⁵ :

*(A propos du développement de sa patientèle :) « Là par exemple en 2016 par rapport à 2015 j'ai triplé. Et je pense que l'an prochain je vais au moins doubler. Puisque c'est le début ça ne peut que s'améliorer. Je le vois de mois en mois ».*¹⁵⁶

Ana Mougin utilise un vocabulaire de comptabilité, qui insiste sur la forte croissance de l'activité passée et à venir (« triplé », « doublé »), à l'instar d'un communicant qui souhaiterait faire la promotion d'une entreprise pour inciter à y investir. La situation « ne peut que s'améliorer », ce qu'elle constate d'ailleurs « de mois en mois ». Ana Mougin fait ainsi preuve d'assurance dans son rapport à l'avenir. Celui de Florine Hervet, alors même que le niveau actuel de développement de leur patientèle est objectivement similaire, diffère. Si elle n'est pas radicalement pessimiste, elle semble moins assurée et ne recourt pas au même champ lexical pour rendre compte du développement de son activité. Lorsque je lui demande si elle espère un développement futur de son activité en libéral elle répond ainsi :

« Ouais je l'espère. Là je suis sur un beau petit boom depuis fin juin. Donc je me dis que ça va peut-être continuer. Donc là j'essaie de développer encore ça, de développer cette activité et puis bon, très honnêtement j'ai droit au chômage donc pour l'instant je vais essayer d'en profiter pour pouvoir développer mon activité et puis si vraiment ça bouge pas ou ça stagne, eh bah je prendrai un autre boulot à côté ».¹⁵⁷

Florine Hervet apparaît moins optimiste, moins résolue dans son activité, qu'Ana Mougin. Ensuite, elle ne recourt pas à une terminologie chiffrée, comptable, pour évoquer les

154. L'entretien avec Florine Hervet a eu lieu le mercredi 16 novembre 2016 par Skype. On peut donc penser qu'elle reçoit en moyenne une vingtaine de patientes et patients par mois en raison des annulations possibles et du fait que le mois de novembre n'est pas forcément similaire aux autres mois, puisque l'activité connaît de sensibles variations saisonnières. Toujours est-il qu'à la question de savoir combien elle reçoit de patientes et patients par mois en moyenne, Florine Hervet répond ceci : « En moyenne ... bah par exemple ce mois-ci ... je vais en avoir, si j'ai pas d'annulation, pour l'instant pour le mois de novembre j'en ai vingt-trois au total programmés. Donc comme je travaille du lundi au samedi, ça me fait en moyenne un par jour quasiment. »

155. Auparavant, elle a effectué des consultations au domicile de ses patientes et patients sur la commune dans laquelle elle est aujourd'hui installée. Elle a également exercé un jour par semaine au sein d'un cabinet dans un arrondissement central de Paris pendant une année et demie environ puis pendant un an elle a loué un samedi par semaine, entre 2015 et 2016, le cabinet d'une pédicure dans cette même ville limitrophe de Paris.

156. Entretien effectué à son cabinet le 6 décembre 2016.

157. Entretien effectué par Skype le 16 novembre 2016.

perspectives de développement de son travail. Elle estime que la croissance qu'elle a connu depuis le mois de juin « va peut-être continuer » et elle décrit cette croissance en employant un vocabulaire métaphorique (« un petit boom depuis fin juin »). Cela tranche avec la certitude et la quantification de la croissance de l'activité passée et espérée à laquelle se livre Ana Mougin. Florine Hervet semble ainsi concevoir le développement de son activité comme un phénomène plus extérieur, ou une variable exogène comme diraient les économistes, et moins prévisible et plus incertain. Lorsque la diététicienne de proche banlieue parisienne évoque un doublement à venir et un triplement passé de son chiffre d'affaire, elle induit l'idée d'un développement rapide mais linéaire, stable, explicable (« c'est le début ») de la taille de sa patientèle. A l'inverse, Florine Hervet, lorsqu'elle évoque « un beau petit boom depuis fin juin » et qu'elle dit espérer que cela va s'inscrire dans la durée, induit l'idée d'un développement certes rapide mais instable et potentiellement éphémère, comme le laisse entendre l'idée de « boom », à tel point qu'elle envisage d'exercer « un autre boulot à côté » si le développement de sa patientèle devait se révéler insuffisant. Tout se passe comme si, pour Florine Hervet, l'augmentation instantanée du nombre de patientes et patients, le « boom », était providentiel. Il faudrait espérer que cela perdure, presque prier pour, même si l'on travaille à cette réussite. Par contraste, Ana Mougin semble avoir un plan de développement, une (pré)vision claire de son activité à venir.

Pour être en mesure de bien saisir ce qui se joue dans ce rapport différencié à une situation assez proche sur le plan du nombre de patientes et patients, il faut prendre en compte les multiples inégalités sociales qui, au-delà des « ressources subsidiaires » qui ont été évoquées en amont, conditionnent le rapport au métier en général et le rapport à l'avenir, saisi en l'occurrence à travers les perspectives et prévisions de développement, en particulier. Si Ana Mougin entretient un rapport plus assuré à l'exercice de la diététique en libéral, relativement à Florine Hervet, c'est, au moins en partie, parce qu'elle bénéficie d'une position sociale plus élevée et plus assurée. Cela s'observe à différents niveaux. En ce qui concerne le niveau de vie familial, si les deux diététiciennes sont sans enfant, elles sont toutes les deux en ménage avec un conjoint actif. Leurs revenus sont cependant sans doute assez inégaux puisque tandis que le compagnon d'Ana Mougin est ingénieur, celui de Florine Hervet est pompier professionnel. Nous ne disposons pas du montant de leurs revenus respectifs. En revanche, les entretiens suggèrent que Florine Hervet est confrontée à la nécessité de tirer des revenus suffisants de son activité, *a minima* lorsqu'elle ne sera plus bénéficiaire d'allocations

chômage¹⁵⁸. Ils suggèrent à l'inverse que notre seconde diététicienne est moins confrontée aux nécessités économiques. De fait, elle dispose de moyens financiers lui permettant de louer un cabinet personnel, qu'elle ne partage avec aucun autre praticien. La modeste patientèle dont elle dispose ne saurait suffire pour couvrir ces charges. Cela suggère l'existence de revenus familiaux suffisants. En effet, les revenus de son conjoint lui permettent de se consacrer exclusivement au développement de son activité libérale qui commence à peine, deux années après l'obtention de son diplôme, à être tout juste rentable¹⁵⁹ :

Étienne : Et est-ce que vous arrivez à vivre de vos pratiques ? Ou vous avez peut-être un(e) conjoint(e) ? C'est important ?

Ana : Un conjoint. Oui c'est très important mais je commence tout juste à en vivre.

E : Donc votre conjoint il travaille ? Dans quoi ?

A : Oui, heureusement. Il est ingénieur. Mais s'il n'avait pas eu ça j'aurais été en restauration collective, j'aurais pas eu d'autre solution¹⁶⁰.

A titre anecdotique, mais cela est riche de sens, à la fois sur le statut relégué symboliquement de l'exercice du métier en restauration collective et sur la déprise (relative) d'Ana Mougin vis-à-vis de la nécessité économique, il est frappant de constater le parallèle que l'on pourrait dresser entre la situation fictive dans laquelle elle ne serait pas en union avec son conjoint ingénieur, auquel cas elle n'aurait « pas eu d'autre solution », d'autre choix, que de se faire économe, en quelque sorte, et l'expérience sociale de certains ouvriers du XIX^e et XX^e siècle, parfois contraints de descendre à la mine, n'ayant d'autre choix que d' « aller au charbon »¹⁶¹.

Ensuite, la position sociale plus assurée d'Ana Mougin vient également du fait qu'elle a eu une expérience professionnelle de deux années et demie en tant que technicienne de laboratoire dans le domaine du nucléaire, suite à son obtention d'un BTS en chimie. Surtout, elle

158. Florine Hervet a travaillé en tant qu' « assistante commerciale », un emploi qui n'avait « rien à voir avec la diététique », entre l'automne 2014, année d'obtention de son diplôme, et l'été 2015, puis en tant qu'enseignante vacataire dans un lycée professionnel, l'année suivante, pour une discipline accessible aux détenteurs du titre de diététicien. N'ayant pas été reprise l'année suivante, celle où a eu lieu cet entretien, elle a droit à des allocations chômage venant compléter ses faibles revenus.

159. Elle affirme commencer « tout juste à en vivre ». On peut douter cependant qu'elle prenne en compte les charges locatives du cabinet, même si celui-ci est particulièrement exigü, moins de dix mètres carrés. En outre, il s'agit d'une expression très vague et subjective qui peut recouper des situations objectivement très diverses.

160. Entretien effectué à son cabinet le 6 décembre 2016.

161. Il faut entendre ce parallèle comme une simple allusion rapide dans la mesure où, par exemple, la nécessité économique n'empêchait en rien, au XX^e siècle notamment, avec la syndicalisation et la constitution progressive de « la » classe ouvrière en classe pour soi, mobilisée, l'amour du métier, une très grande fierté ouvrière, mineure en particulier, qui tranche avec la façon dont Ana Mougin se représente le métier en restauration collective.

a effectué sa formation en diététique en deux années et dans une école privée parisienne. À l’opposé, Florine Hervet a eu une scolarité que l’on peut qualifier de chaotique, avec plusieurs revirements au lycée, avant d’opter pour un BTS diététique, qu’elle a préparé à distance par l’intermédiaire du CNED, et qu’elle a validé au bout de trois années. Au-delà de l’assurance que peut procurer une réussite scolaire relative, Ana Mougin a pu davantage s’insérer dans des réseaux de sociabilité, du fait qu’elle ait été scolarisée au sein d’un établissement, et a donc pu facilement nouer des liens de sociabilité avec de futurs diététiciennes et diététiciens, contrairement à Florine Heret. Cette insertion dans des réseaux informels par lesquels circule de l’information, facilitée pour Ana Mougin, est doublée de, sinon confirmée par, une insertion dans des réseaux officiels de sociabilité professionnelle. Elle siège en effet, après deux années d’exercice seulement, au conseil d’administration « du réseau de prévention de l’obésité pédiatrique », en tant que secrétaire adjointe au niveau de l’Ile-de-France. Elle bénéficie par ce réseau de reconnaissances, de la part d’autres praticiens, et de patientes et patients. Elle côtoie notamment des médecins généralistes au sein du conseil d’administration. Aussi, ses pratiques de sociabilité professionnelle contribuent-elles également à assurer davantage sa position sociale, et la viabilité de son activité professionnelle. À l’inverse, Florine Hervet apparaît très isolée professionnellement dans la mesure où elle ne garde contact qu’avec un ancien maître de stage, ainsi qu’avec Marine Murier¹⁶². Elle reconnaît ainsi que « très honnêtement [elle] n’[a] pas vraiment de contacts avec des collègues ». Il ne s’agit pas de caricaturer leurs différences, mais Ana Mougin apparaît nettement plus insérée dans des réseaux de sociabilité professionnelle. Enfin, le caractère moins assuré de sa position sociale et la sensibilité plus grande aux contraintes économiques qui l’accompagne, se donne à voir avec une netteté particulière dans le rapport à la concurrence des autres offreurs de prestations diététiques, en particulier Weight Watchers® (WW) et Natur House® (NH), qui caractérise Florine Hervet. Les questions de concurrence étant spécifiquement traitées dans le chapitre suivant nous ne faisons qu’une remarque allusive. En résumé, Florine Hervet ressent la concurrence que peuvent faire objectivement peser sur son activité les acteurs dits commerciaux comme une concurrence déloyale, presque une agression. Ana Mougin fait également partie des diététiciennes et diététiciens qui ressentent la concurrence mais elle

162. C’est Marine Murier, la première diététicienne interviewée, qui nous a indiqué les coordonnées de Florine Hervet, la seconde. Elles se sont connues sur le forum du CNED et se sont revues récemment, comme l’indique Florine Hervet : « je l’ai connue via le CNED, sur le forum de discussion du CNED. Et on a commencé à discuter un peu, puis on est allées à un salon dédié aux diététiciens, on y est allées ensemble. Et puis voilà, on s’est revues il n’y a pas très longtemps »

semble, dans l'entretien, nettement moins en souffrir. Elle s'exprime nettement moins longuement sur la question et développe une approche davantage centrée sur l'analyse que sur le ressenti. Elle explique notamment que si elle se sent actuellement en concurrence avec ses collègues diététiciennes et diététiciens, avec WW ou NH, cela ne saurait qu'être temporaire et s'explique par la faiblesse passagère de sa patientèle :

« Pour l'instant je me sens en concurrence parce que j'ai peu de patients mais le jour où j'aurai ma patientèle, enfin mes journées complètes, je ne me sentirai pas du tout en concurrence ¹⁶³ »

Ainsi, outre les conditions d'installation elles-mêmes, le vécu du processus d'installation en libéral est largement déterminé par la position sociale occupée par le diététicien ou la diététicienne. L'étude comparée et détaillée des cas de Florine Hervet, d'une part, et d'Ana Mougin d'autre part, a ainsi permis de mieux comprendre pour quelles raisons la seconde a pu faire vertu de la nécessité dans laquelle elle s'est trouvée de s'installer en libéral, en renonçant au secteur hospitalier, contrairement à la première, une position sociale plus assurée permettant d'avoir plus d'assurance dans l'exercice de la diététique en libéral, et cela indépendamment, dans cet exemple, du nombre de patientes et patients.

2.4 Conclusion

Ce chapitre a été l'occasion de mettre en évidence les similarités et la diversité des voies d'accès à la diététique professionnelle et à son exercice en libéral. Il a été souligné en particulier la fréquence des ruptures de trajectoires professionnelles et scolaires préalables à l'entrée en diététique, qui s'accompagnent d'effets d'illusion biographique, et d'une fréquente proximité avec le monde médical. L'importance des savoirs incorporés a également été mise en évidence. Une fois diplômés, les processus d'installation en libéral qu'ont connus les diététiciennes et diététiciens interrogés diffèrent nettement, tant objectivement, en ce qui concerne les conditions d'installation et le développement éventuel de la patientèle, que subjectivement, en particulier en ce qui concerne le rapport au temps et aux contraintes imposées par la nécessité économique. Ces divergences révèlent les inégalités qui traversent la population hétérogène qui se voit subsumée sous la dénomination unique de « diététiciens libéraux ». La position sociale actuelle ou d'origine, l'accès à des ressources subsidiaires, ou encore le

163. Entretien effectué à son cabinet le 6 décembre 2016.

fait d'avoir bénéficié d'opportunités particulières, jouent grandement sur le processus d'installation en libéral.

Après avoir choisi la diététique et s'être installés en libérales, les diététiciennes et diététiciens sont confrontés aux logiques marchandes du métier. L'étude de l'installation en libéral a en effet été l'occasion de mettre en évidence le rôle des variables économiques (ressources subsidiaires et revenus tirés de la patientèle notamment). Afin de pérenniser leur installation, les diététiciennes et diététiciens doivent prendre en compte les logiques marchandes et concurrentielles qui s'exercent au sein du « marché diététique ». Les tensions qui peuvent exister entre la nécessaire prise en compte des logiques marchandes propres à l'activité libérale et le rejet des pratiques commerciales sont traités au sein du prochain chapitre. Le rôle déterminant, pour la réussite et la pérennité d'une activité diététique libérale, de la constitution et du développement numérique, dans un contexte concurrentiel, de la patientèle, qui passe par la satisfaction des patientes et patients, permet de comprendre en partie l'évolution des pratiques professionnelles abordée dans les chapitres suivants, le rejet des régimes amaigrissants en particulier.

Chapitre 3

Logiques marchandes et euphémisation du commerce

Au sein de ce troisième chapitre, le suivi diététique est analysé comme un service faisant l'objet d'un commerce euphémisé. Tandis que la troisième section traite de la question de l'euphémisation, la première s'attaque aux logiques concurrentielles auxquelles sont confrontées la grande majorité des diététiciennes et diététiciens rencontrés, à savoir, ceux qui poursuivent un objectif de rentabilité économique (section 1.1 page 150), c'est-à-dire les diététiciennes et diététiciens qui souhaitent bénéficier de revenus jugés suffisants de leur activité en libéral. Les diététiciennes et diététiciens doivent ainsi, au cours de leur processus d'installation en libéral puis par leurs pratiques de suivi, prendre en compte les concurrences auxquelles est confrontée leur activité professionnelle afin de « se constituer une patientèle »¹. Comment les diététiciennes et diététiciens font-ils cela ? Par ailleurs, il est intéressant de se demander si et comment les patientes et patients font jouer la concurrence dans le cadre du suivi diététique qui se caractérise, s'il est prolongé, par la construction de liens personnels entre un patient ou une patiente et son diététicien ou sa diététicienne (section 2 page 187). En cela, et pour bien d'autres raisons, le « marché diététique » n'a rien du marché fictif des modèles micro-économiques dans lesquels les biens et services échangés sont interchangeables, tous identiques (selon l'hypothèse d'atomicité), et les liens entre offreurs et demandeurs strictement contractuels et déterminés par le seul intérêt économique instrumental. Le terme « marché » renvoie ainsi à l'existence d'une offre diversifiée de services diététiques (propo-

1. L'usage des guillemets souligne le caractère indigène de l'expression, utilisée par nombre de diététiciennes et diététiciens au sein de notre population.

sés par différents acteurs, comme Weight Watchers[®], Natur House[®], des diététiciennes et diététiciens, des médecins généralistes, *etc.*), non pas strictement interchangeables mais relativement proches et entre lesquels une partie des patientes et patients rencontrés ont dû effectuer un arbitrage. Au sein de ce marché, des formes de concurrence peuvent également exister entre diététiciennes et diététiciens d'une même zone géographique, la concurrence étant, nous le verrons, très spatialisée. Le « marché diététique » désigne, dans une première acception, l'ensemble des services d'accompagnement à l'amaigrissement proposés, contre rémunération, aux personnes souhaitant perdre du poids. Le marché diététique est une institution régulée par des normes et des valeurs, l'obligation d'être diplômé, par exemple, pour pouvoir exercer en tant que diététicien. Les activités marchandes (arbitrages, concurrence, optimisation, gestion, *etc.*) étudiées au cours de ce chapitre sont des « faits économiques considérés comme des faits sociaux »².

Ce chapitre est consacré à l'analyse des logiques marchandes et concurrentielles qui ont lieu au sein du « marché diététique » et de leur euphémisation par les diététiciennes et diététiciens. Nous considérons qu'il est sensé d'évoquer l'existence d'un « marché diététique » pour deux raisons. Premièrement, les offreurs de services diététiques que sont les diététiciennes et diététiciens sont amenés à mettre en œuvre des comportements répondant à des logiques marchandes, à cause des formes de concurrences qui peuvent s'exercer sur leur activité. Les pratiques marchandes sont parfois consciemment explicitées comme telles lors des entretiens. Plus fréquemment, elles apparaissent en tant que telles, au regard de l'observateur, après l'effort de contextualisation propre à l'analyse. Deuxièmement, les demandeurs, les patientes et patients, s'ils ne font pas systématiquement jouer la concurrence, s'avèrent généralement sensibles, par exemple, au prix du service rendu (section 2 page 187), comme des consommateurs sur un marché. La spécificité du suivi diététique rend cependant plus difficile pour les patientes et patients rencontrés la mise en pratique de logiques concurrentielles et constitue un des fondements de l'euphémisation du commerce à l'œuvre lors des suivis diététiques (section 3 page 201). La personnalisation des liens constitués au cours d'un suivi diététique peut favoriser l'attachement et la dépendance entre les protagonistes, accentuant ainsi la spécificité du service rendu et donc l'impossibilité de la concurrence. Ainsi, ce chapitre entend mettre en évidence, par les logiques marchandes qui s'y opèrent, l'existence d'un marché diététique. Le propos vise cependant à préciser l'analyse en montrant comment,

2. Philippe STEINER (2011), *La sociologie économique*, La Découverte, Paris, p. 5.

en ce qui concerne l'offre de suivis diététiques en libéral³, le commerce est euphémisé, et les formes de concurrences, qu'il faut distinguer des logiques marchandes, limitées par la spécificité du service proposé.

1 Les diététiciennes et diététiciens : des acteurs du marché diététique

La première section s'intéresse donc aux diététiciennes et diététiciens comme acteurs du marché diététique. La question à laquelle il s'agit de répondre est la suivante : en quoi les pratiques professionnelles des diététiciennes et diététiciens traduisent-elles les logiques marchandes, et éventuellement concurrentielles, à l'œuvre sur le marché diététique ? Par logiques marchandes, nous entendons le fait qu'il y ait du commerce, qu'il y ait des échanges marchands accompagnés de transactions monétaires entre offreurs et demandeurs de services de suivis diététiques en libéral. Pour qu'il y ait, en outre, des formes de concurrences, il faut que les offres soient comparables effectivement comparées, et que les acteurs aient connaissance et se soucient des prix ou de la qualité des différentes possibilités offertes.

En guise de préambule aux développements qui suivent, il convient de présenter les caractéristiques des territoires sur lesquels exercent les enquêtés (*cf* tableau 3.1 page suivante). En effet, le revenu des habitants, la densité du peuplement ainsi que le nombre d'habitants par diététicien sont des caractéristiques déterminantes du marché diététique propre à chaque territoire. Pauline Malon, Cassandra Rosset et Juliette Poudale sont installées au sein d'un territoire à dominance rurale, donc peu densément peuplé, et dont les habitants ont des revenus plus faibles que les parisiens. Cela peut contraindre la demande de services diététiques. Les charges locatives sont cependant inférieures dans le département de Mélieu⁴, ce qui limite les coûts fixes auxquels doivent faire face les diététiciennes et diététiciens du département. En outre, le prix des consultations est plus faible. Cassandra Rosset, par exemple, facture une consultation de suivi à hauteur de 30€ alors qu'il faut compter environ 50€ pour une telle consultation à Paris. Les prix inférieurs, selon la logique économique, peuvent ainsi stimuler la demande et donc accroître la taille de la patientèle.

3. Il s'agit donc d'une partie seulement du marché diététique, celle qui intéresse cette enquête.

4. Pour rappel, Mélieu est la petite ville de 14 000 habitants environ dans laquelle exerce Pauline Malon.

Le nombre d’habitants par diététicienne ou diététicien y est en revanche légèrement inférieur à celui de Paris. Le nombre potentiel de consommateurs de services diététiques est donc moindre, ce qui rend plus difficile, en moyenne, la constitution d’une patientèle nombreuse. Néanmoins, le fait que le peuplement soit deux cents fois moins dense dans le département de Mélieu qu’à Paris peut permettre aux diététiciennes et diététiciens du département d’être objectivement moins en concurrence avec les autres diététiciennes et diététiciens dans la mesure où ceux-ci sont, à l’instar de la population, dispersés sur un vaste territoire⁵. Les diététiciennes et diététiciens exerçant en milieu rural pourraient ainsi plus facilement bénéficier d’une demande, ou d’une patientèle, captive, à l’instar du monopole dans la théorie économique. Ces éléments descriptifs qui offrent un premier socle à l’analyse sont présentés dans le tableau 3.1. Le département rural dont il est question est celui où sont implantées Pauline Malon, Cassandra Rosset et Juliette Poudale. Nous comparons les données concernant ce département à celles de Paris et de la région parisienne où exercent le reste des enquêtés, à l’exception d’Arthur Malère qui dispose d’un cabinet dans une ville de 30 000 habitants dans un département limitrophe de celui de Mélieu.

TABLE 3.1 – Densité démographique, revenus et nombre de diététiciens dans les territoires des enquêtés en 2015 selon l’INSEE et les statistiques du ministère de la Santé et des Solidarités.

	Département rural	Paris	Île-de-France
habitants par kilomètre carré	110	20934	1005
Médiane du revenu disponible par unité de consommation	22020€	26431€	22639€
Nombre de diététiciens libéraux	50	151	719
Nombre d’habitants par diététicien libéral	12600	14609	16803

1.1 Un objectif de rentabilité économique

Les diététiciennes et diététiciens rencontrés ont des pratiques d’installation (choix de la localisation par exemple) et de suivi (spécialisations notamment) qui traduisent la poursuite d’un objectif de rentabilité économique de leur activité dans un cadre pensé comme

5. Cela pose la question des limites territoriales du marché diététique sur lequel opère chaque diététicien. Ces limites dépendent sans doute des caractéristiques socio-démographiques et des infrastructures présentes sur le territoire. Cette question est abordée plus en détails dans la suite du développement.

concurrentiel, ou marchand. Avant de caractériser ces pratiques, nous mettons en évidence cet objectif de rentabilité, partagé par la totalité des diététiciennes et diététiciens rencontrés, à deux exceptions près. En effet, Josiane Couloud, parce qu'elle bénéficie d'une pension de retraite, fait exception, de même qu'Adeline Gastaldi, parce qu'elle consacre l'essentiel de son temps de travail à la gestion, pour laquelle elle est rémunérée, du patrimoine immobilier familial et au projet d'aménagement d'un espace de co-working au rez-de-chaussée d'un immeuble appartenant à son grand-père. Ainsi, si l'on souhaite réellement exercer la diététique libérale à titre professionnel, alors la rentabilité économique est visée, c'est-à-dire la possibilité de tirer un revenu substantiel, suffisant⁶, de son travail.

Nous souhaitons mettre en évidence, au cours de ce développement, les manifestations concrètes, chez les enquêtés, de la poursuite de cet objectif de rentabilité économique. La première et la plus évidente de ces manifestations apparaît lorsque les diététiciennes et diététiciens sont interrogés sur les caractéristiques de leur patientèle et son caractère numériquement suffisant, satisfaisant. Une patientèle nombreuse constitue le gage d'une rémunération importante⁷. C'est ainsi que les diététiciennes et diététiciens interviewés cherchent à accroître la taille de leur patientèle. C'est le cas, par exemple, de Marie Le Roux, diététicienne parisienne, ancienne avocate, et dont le mari est médecin généraliste :

Étienne : Par rapport à vos patients. Est-ce que vous estimez que vous avez une patientèle suffisante ou bien souhaiteriez vous en avoir plus ?

Marie : Plus, bien-sûr.⁸

Marie Le Roux, installée depuis 2008, reçoit environ vingt patientes et patients par semaine, pour des consultations de suivi facturées 50€⁹. La taille de sa patientèle est tout à fait correcte relativement aux autres enquêtés parisiens, d'autant plus qu'elle a connu deux grossesses durant cette période, souhaite évidemment disposer d'une patientèle plus conséquente. L'évidence est en effet indiquée par le terme « bien-sûr », qui souligne le caractère

6. Le niveau jugé « suffisant » varie bien évidemment selon les propriétés sociales des diététiciennes et diététiciens, en particulier selon leur sexe, leur situation conjugale et familiale, leur origine sociale, *etc.* Cela n'est pas explicité dans cette argumentation car ce qui nous intéresse c'est la poursuite d'un objectif de rentabilité économique, quel que soit le niveau de revenu visé.

7. Il existe d'autres sources de rémunérations annexes, compatibles avec le statut d'exercice en libéral, comme le fait de proposer des ateliers, c'est-à-dire des interventions thématiques (cuisine, alimentation biologique, vertu des jus, *etc.*) auprès de groupes d'individus, en entreprises ou en collectivités (écoles, crèches, maisons de retraites ou associations notamment). Cela permet de diversifier les sources de revenus et d'échapper ainsi en partie à la concurrence pour les patientes et patients.

8. Entretien effectué à son cabinet parisien le 21 novembre 2016.

9. Pour obtenir des informations plus détaillées sur l'ensemble des enquêtés, vous pouvez vous reporter aux tableaux présentés en annexes de la thèse.

presque rhétorique, sinon inutile, de la question, puisque la réponse va de soi, va sans dire. Si cela va de soi, c'est parce qu'il s'agit d'une aspiration à la maximisation de la taille de la patientèle largement partagée par les diététiciennes et diététiciens.

Cela se manifeste indirectement par la volonté de minimiser les coûts fixes, les loyers notamment, comme cela a été mis en évidence lors du précédent chapitre lorsqu'il a été question du rôle des « opportunités » dans le processus d'installation en libéral. L'objectif de rentabilité économique se traduit également par la volonté de maximiser le chiffre d'affaires pour amortir les coûts fixes et dégager un revenu d'activité. Pour ce faire, les diététiciennes et diététiciens peuvent chercher à accroître le nombre de leurs patientes et patients, comme cela vient d'être évoqué, ou bien modifier leur politique tarifaire¹⁰. Pauline Malon, notre enquêtée principale, installée dans un département rural de la région lyonnaise, constitue sur ce point l'exemple le plus emblématique. Elle a en effet suivi en 2014 la formation proposée par le G.R.O.S. (Groupe de Réflexion sur l'Obésité et le Surpoids) à Paris. Cela a considérablement modifié ses pratiques lors des suivis diététiques. Or, la mise en pratique des recommandations du GROS accroît le temps nécessaire pour chaque consultation¹¹. Appliquant le percept de Benjamin Franklin qui, selon Max Weber¹², constitue l'expression la plus pure de « l'esprit du capitalisme », selon lequel il faut se souvenir que « le temps c'est de l'argent », Pauline Malon a décidé d'accroître le prix de ses consultations en raison du temps plus important qu'elle doit consacrer à chaque patiente ou patient. Elle a ainsi fait passer, quelques mois avant l'entretien, qui a eu lieu en juillet 2017, ses tarifs de 30 à 35€ pour une consultation de suivi, et de 45 à 55€ pour une première consultation devant établir un bilan nutritionnel :

« Et là depuis avril, j'ai mis le premier à 55 et le suivi à 35. Parce qu'en fait, depuis que je fais tout ça, je suis encore plus lente. »¹³

La proposition « depuis que je fais tout ça » renvoie à la mise en pratique des préconisations du G.R.O.S.. Elle est « encore plus lente », c'est-à-dire que cela est plus chronophage, raison qui justifie l'augmentation tarifaire. En l'absence d'augmentation, étant donné l'accroissement du temps moyen nécessaire par consultation, qui suppose une diminution du

10. La question de la formation du prix des consultations est traitée à la section suivante qui s'intéresse à la prise en compte des concurrences.

11. Il n'est pas nécessaire dans ce chapitre de donner les raisons pour lesquelles cela est plus chronophage qu'un suivi plus dirigiste fondé sur la mise en place de rations. Cela est abordé dans les chapitres suivants.

12. Max WEBER (1964), *L'éthique protestante et l'esprit du capitalisme : suivi d'un autre essai*, trad. par Jacques CHAVY, Plon, Paris.

13. Entretien effectué à son cabinet le 19 juillet 2017.

nombre de consultations effectuées par journée de travail¹⁴, son objectif de rentabilité aurait été contrarié, puisque la rémunération horaire de son temps de travail aurait décliné. Elle reçoit en moyenne vingt-cinq patientes et patients par semaine et ses charges fixes locatives s'élèvent à environ huit cent euros par mois.

Le second grand type de manifestations indirectes de la poursuite d'un objectif de rentabilité est la sensibilité à la concurrence qu'exprime une partie des diététiciennes ou diététiciens disposant d'une patientèle jugée très insuffisante, pour qui la concurrence, des autres diététiciennes et diététiciens ou des concurrents dits commerciaux comme Weight Watchers® ou Natur House®, est perçue comme une menace pesant sur le niveau d'activité, c'est-à-dire le nombre de patientes et patients. Cela est notamment le cas de Lorraine Pluche et Florine Hervet. Cette dernière, diplômée à l'automne 2014, s'est installée en libéral en mai 2015 à son domicile dans une ville située à une vingtaine de kilomètres de Paris. Elle ne dispose que d'une patientèle limitée, environ vingt patientes et patients par mois, et non par semaine comme Marie Le Roux, au moment de l'entretien, en novembre 2016. Les patientes et patients payent 40€ pour une consultation de suivi effectuée par Skype, 60€ si elle se rend au domicile de la personne, ce qui est très peu fréquent. Souhaitant pouvoir vivre de son activité en libéral¹⁵ elle est sensible aux effets que peuvent avoir les concurrents sur ses patientes et patients potentiels, c'est-à-dire l'ensemble des individus disposés à consommer un service diététique, principalement pour perdre du poids, contre rémunération. Elle déplore ainsi en particulier l'attractivité de ses concurrents qui pratiquent ou affichent des prix nettement inférieurs à ceux d'une consultation diététique individuelle. C'est ainsi qu'elle l'exprime en réponse à une question portant sur le fait de savoir si elle se sentait en concurrence (avec par exemple Weight Watchers®, Natur House® ou encore les hypnotiseurs) sur « ce que l'on pourrait appeler un marché diététique » :

« Bah ouais clairement ouais. L'hypnose pas trop parce que c'est encore une autre spécialité [...]. Par contre Weight Watchers®, tous les régimes en ligne, voilà ce genre de choses, Natur House® *c'est une grosse catastrophe ça pour les diététiciens en libéral* et puis pour les patients aussi d'ailleurs. Donc ouais ça *y a vraiment de la concurrence pour le coup*. Bah *Weight Watchers® c'est pas cher, c'est plutôt bon marché*. Euh, bon, c'est de la merde hein très clairement [...]. Mais *c'est moins cher* que des consultations

14. Elle travaille à mi-temps afin de pouvoir davantage s'occuper de ses deux enfants âgés de moins de cinq ans lors de l'entretien.

15. Elle disposait alors de revenus complémentaires (allocations chômage) et envisageait de compléter son activité par un emploi salarié si ses revenus tirés du cabinet s'avéraient toujours insuffisants lorsqu'elle ne bénéficiera plus de ce salaire indirect.

avec un diététicien et puis *c'est connu* aussi, y a *la pub à la télé*. Natur House[®] aussi qui *nous vole pas mal de patients* et puis toujours le même problème. Natur House[®] ils font *des consultations qui sont gratuites*, c'est-à-dire qu'on *ne paye pas la diététicienne* mais ils leurs vendent des compléments avec des poudres de perlimpinpin qui ne fonctionnent pas donc *les patients dépensent des fortunes*, 'fin . . . avec un résultat qui est médiocre ou alors avec du yo-yo encore une fois. Mais *ça attire parce qu'à première vue c'est gratuit* donc on se dit faut y aller puisque c'est *gratuit*. Mais si on fait le calcul. . . Moi j'en ai eu un y a pas longtemps, il avait fait Natur House[®], bah *parce que c'était gratuit donc ça l'arrangeait*. Mais au final il a dépensé en un mois 300€ de compléments alimentaires. Bah du coup *il aurait peut-être mieux fait de venir me voir* pour la consultation ça aurait peut-être été *plus rentable* quoi. Mais *y a pas mal de concurrence* à ce niveau là ouais. »¹⁶

On constate ainsi que Florine Hervet témoigne assez longuement de la frustration qu'elle ressent face à une concurrence de son point de vue déloyale. Dans cette acception, la « concurrence déloyale » ne renvoie pas à sa définition juridique objective mais au vécu subjectif de la diététicienne. Le jugement subjectif de déloyauté ne s'appuie pas sur le droit de la concurrence mais sur une valeur de justice et d'égalité. Il s'agit d'un jugement de valeur qui porte sur l'existence d'une concurrence objective légale, mais jugée illégitime, que semble attester les difficultés rencontrées par Florine Hervet dans la constitution de sa patientèle. En effet, les passages surlignés indiquent à la fois l'importance de la concurrence qui existe avec Weight Watchers[®] et Natur House[®], et la nature jugée inégale et déloyale de celle-ci. En effet, « il y a vraiment de la concurrence » et « c'est une grosse catastrophe pour les diététiciens en libéral ». Les conséquences dommageables sur la patientèle et donc le chiffre d'affaires sont donc selon Florine Hervet considérables, sinon catastrophiques. A l'instar des petits commerçants se battant contre les grandes surfaces, Florine Hervet semble lutter pour sa survie économique, comme le suggère le ton alarmiste qu'elle emploie. La dénonciation de cette concurrence qui entrave le développement de son activité repose sur la logique de l'opposition entre le pot de terre et le pot de fer. Il lui est difficile de lutter contre Weight Watchers[®] qui pratique des prix très concurrentiels (ou « prédateurs » pour emprunter un terme employé par les économistes) puisque l'organisation est « plutôt bon marché ». Surtout, Weight Watchers bénéficie d'une notoriété, à travers la publicité télévisuelle, inaccessible à une simple diététicienne libérale, qui permet à l'organisation d'attirer plus facilement des clients¹⁷. Pareillement, Natur House[®] exerce une forte pression

16. Entretien effectué par Skype le 16 novembre 2016. C'est nous qui surlignons.

17. Nous analyserons les enjeux symboliques que recouvre la distinction entre « patients » et « clients »

concurrentielle dans la mesure où les consultations avec une diététicienne que proposent l'organisation sont « gratuites » en apparence. Cela constitue une formidable force d'attraction des patients potentiels de Florine Hivet (« ça attire parce qu'à première vue c'est gratuit »). Cette concurrence est considérée comme déloyale puisque Florine Hivet l'assimile à de la rapine lorsqu'elle indique que Natur House[®] « vole pas mal de patients » aux diététiciennes et diététiciens libéraux. Enfin, Florine Hivet dénonce le fait qu'un certain nombre de patientes et patients consacrent des sommes importantes à ces services concurrents, dont elle critique les effets néfastes, effets yo-yo notamment. Selon la diététicienne, les sommes dépensées seraient « plus rentables » pour eux, c'est-à-dire mieux employées, mais également pour elle, si elles étaient consacrées à un suivi diététique en libéral. Ainsi, force est de constater que la dénonciation véhémement de cette concurrence déloyale et aux conséquences catastrophiques sur son chiffre d'affaire, qu'elle extrapole à celui des diététiciennes et diététiciens libéraux en général, ne peut se comprendre qu'en supposant la poursuite par Florine Hivet d'un objectif de rentabilité économique.

La patientèle de Lorraine Pluche est beaucoup plus modeste. Elle effectue environ deux consultations par semaine, facturées entre 50€ et 60€ selon qu'il s'agisse d'une première consultation ou d'un suivi. Cela résulte du fait qu'elle ne s'était installée en libéral que depuis quelques mois à Paris lorsque l'entretien a eu lieu. Si elle se sent « clairement » en concurrence avec les deux organismes précédemment évoqués, et si elle dénonce elle aussi une concurrence déloyale ou à tout le moins « étonnante », celle-ci est issue des pratiques jugées aguicheuses et irresponsables de certaines de ses collègues diététiciennes :

Étienne : Et les autres diététiciennes, est-ce que vous sentez qu'il y a de la concurrence sur Paris ?

Lorraine : Oui, il y en a, on est quand même pas mal. Et quand je vais voir les sites des autres personnes, bon niveau tarifs on s'aligne hein, ça c'est normal. Mais c'est vrai que je suis allée sur le site de certaines et les méthodes sont très, très vendeuses.

E : C'est-à-dire ?

L : Ah, bah j'ai eu vu une personne qui proposait des régimes hyper-protéinés. ça m'a un petit peu dérangé.

E : Donc là ce serait de la concurrence plutôt déloyale du coup ?

L : *Ffff* ... euh, je ne sais pas si je dirais déloyale mais étonnante en tout cas. Je me dis que quand on a fait la formation, qu'on a eu un BTS ou un DUT et qu'on arrive dans ce système là alors que finalement on a quand même une formation sur la

dans la troisième partie de ce chapitre (section 2 page 187)

physiopathologie.

E : Oui. C'est irresponsable ?

L : Ouais, ouais. Je peux pas descendre comme ça une collègue . . . C'est vrai que c'est anonyme mais de toute façon, moi ça m'a choquée. Parce qu'on sait quand même que Dukan il a été rayé de l'ordre des médecins.¹⁸

Lorraine Pluche juge ainsi « étonnante » une concurrence « irresponsable » de la part d'une diététicienne exerçant à proximité de son cabinet¹⁹. Cette diététicienne propose des « régimes hyper-protéïnés », inspirés de la très médiatisée méthode Dukan, alors même que celui-ci « a été rayé de l'ordre des médecins », donc condamné par le corps médical et paramédical auquel s'identifie, par son métier et sa formation initiale, Lorraine Pluche. Elle regrette ainsi qu'une collègue diététicienne puisse lui faire concurrence, et donc contrarier les perspectives de développement de sa patientèle, en affichant sur son site internet des méthodes jugées « très, très vendeuses », c'est-à-dire aguicheuses, susceptibles d'attirer des patientes et patients, alors que ces méthodes ont été disqualifiées du point de vue de l'éthique professionnelle médicale. Prôner une telle méthode est irresponsable, car elle peut avoir des conséquences néfastes sur la santé des patientes et patients, mais fructueuse financièrement. Cette concurrence contrarie donc, et d'une façon « étonnante » sinon déloyale, l'objectif de rentabilité économique que poursuit, de fait, Lorraine Pluche.

Il est possible de caractériser un peu plus précisément encore cette concurrence exercées par les diététiciennes et diététiciens entre eux tout en montrant, il s'agit du but de ce développement, la poursuite de la rentabilité économique dont procèdent les préoccupations exprimées en la matière. Cette concurrence se distingue par son caractère éminemment spatial : la plupart des patientes et patients rencontrés consultent une diététicienne située à proximité de leur domicile²⁰. La caractère spatial de cette concurrence est exprimé notamment par Sylvie Maurice, diététicienne parisienne qui reçoit vingt à vingt-cinq personnes par semaine pour des consultations facturées 50€ pour un suivi ou 75€ pour un bilan nutritionnel, c'est-à-dire une première consultation :

Étienne : est-ce que vous vous sentez en concurrence avec d'autres diététiciennes ou pas ?

Sylvie : C'est-à-dire que ça dépend beaucoup des arrondissements. Moi je connais des

18. Entretien effectué à son domicile parisien le 14 décembre 2016.

19. Pour rappel, elle loue un cabinet dans un arrondissement parisien deux jours par semaine, les vendredi et samedi.

20. Nous précisons ce point dans la section 2 page 187.

diététiciennes qui me disent "y a de la place pour tout le monde"... *fff*, je dirais "oui et non". C'est-à-dire qu'effectivement s'il y a une concentration plus importante, la part de chacune sera réduite, cela me semble juste logique. [...] J'en discutais l'autre jour avec une autre diététicienne, elle, ça ne la dérangerait pas d'avoir une autre diététicienne dans sa rue. Bon...

E : Oui, c'est comme une boulangerie, ça fait de la concurrence quand même.

S : Oui ... Après il peut y avoir le boulanger qui fait le super pain et l'autre ... effectivement s'il y a une complémentarité des activités pourquoi pas. Mais bon, moi je n'aimerais pas trop qu'une diététicienne s'installe à côté. Quand j'ai déménagé ici j'ai repris le cabinet d'une diététicienne qui était partie. C'est une question de respect de l'autre aussi quoi.²¹

Sylvie Maurice, diététicienne parisienne, considère l'arrondissement comme la limite spatiale pertinente d'exercice de la concurrence entre praticiens. Il s'agit donc bien d'une concurrence spatiale, spatialisée, limitée spatialement. La « part de chacune sera réduite » s'il y a une concentration plus élevée de diététiciennes et diététiciens dans un arrondissement. « La part » signifie la part de marché, la part relative de sa patientèle par rapport à la patientèle globale présente sur l'arrondissement. Le nombre total de patients étant supposé stable, lorsqu'un diététicien ou une diététicienne supplémentaire s'installe, la part de ce nouvel arrivant se constitue au détriment de la part des autres diététiciennes et diététiciens antérieurement présents. L'installation en libéral est ainsi pensée comme un moment critique car elle fait peser un risque sur l'objectif de rentabilité poursuivi par les praticiens déjà installés. Aussi, même si une complémentarité des prestations peut exister, limitant ainsi l'empiètement sur le marché des autres diététiciennes et diététiciens, Sylvie Maurice s'avoue réticente quant à l'idée qu' « une diététicienne s'installe à côté ». De même, par respect pour ses futures concurrentes, lorsqu'elle s'est elle-même installée en 2011, elle a repris « le cabinet d'une diététicienne qui était partie » afin que le nombre total de diététiciennes et diététiciens exerçant dans le quartier reste stable. Ce type de scrupules, qui témoignent implicitement de l'importance de l'objectif de rentabilité économique auquel s'astreignent les diététiciennes et diététiciens, se retrouve dans l'attitude de Cassandra Rosset lors de son installation en libéral, alors même qu'il s'agit de territoires d'exercice aux caractéristiques radicalement différentes. En effet, cette diététicienne, qui exerce dans une petite ville²², que l'on a nommé Tignieu, située dans un département rural²³, a pris soin, deux années avant son installation prévue

21. Entretien effectué à son cabinet parisien le 23 novembre 2016.

22. Tignieu, sa ville d'exercice, de résidence, et de naissance, compte un peu plus de 7000 habitants.

23. L'agglomération la plus peuplée de ce département regroupe environ 60 000 habitants.

au sein de la nouvelle maison de santé²⁴, de prévenir l'autre diététicienne, nettement plus âgée (Cassandra Rosset n'est âgée que d'une trentaine d'années au moment de l'entretien) et installée depuis plus longtemps, qui exerce également à Tignieu, au sein d'un cabinet individuel. Cassandra Rosset reçoit environ cinquante personnes par mois dans son cabinet. Elle s'est alignée sur les prix pratiqués dans la région, inférieurs de 40% aux prix parisiens, puisqu'elle facture une consultation de suivi à hauteur de 30€ :

« Il y a une autre diét' sur Tignieu, qui est installée depuis longtemps, que j'ai essayé de contacter deux ans avant de m'installer. Ben, en fait moi mon idée c'était de travailler plus comme avec [Pauline], en liaison et pas en concurrence. Et elle ne m'a jamais répondu. J'ai essayé d'appeler plusieurs fois. [...] J'ai jamais eu de réponse. C'est dommage. »²⁵

Nous avons également, à la suite de cet entretien, tenté de contacter, en tant que doctorant en sociologie, cette seconde diététicienne qui exerce à Tignieu. Nous lui avons adressé un courrier postal ainsi qu'un courriel. Nos démarches sont restées vaines.

Pauline Malon dispose d'un cabinet au sein d'un centre « kinéo » dans la ville voisine²⁶ de Mélieu, deux fois plus peuplée. Cassandra Rosset et Pauline Malon se sont rencontrées lors d'un remplacement qu'elles effectuaient à la clinique locale. Depuis, elles ont pris pour habitude de se voir régulièrement, à un rythme mensuel, pour un déjeuner de travail au cours duquel elles échangent sur leurs pratiques et sur des « cas-patients » particulièrement compliqués ou intéressants. Cette façon de travailler « en liaison et pas en concurrence » s'est avérée possible avec Pauline Malon, installée depuis environ huit ans dans cette agglomération et qui exerce en libéral depuis 2004 dans le département, mais qui est implantée dans une ville limitrophe. Elle s'est en revanche avérée impossible avec l'autre diététicienne, qui exerce dans la même ville que Cassandra Rosset. Tout se passe comme si, redoutant ou regrettant la concurrence spatiale qui peut s'instaurer objectivement entre les deux diététiciennes de Tignieu, la diététicienne expérimentée préfère ignorer sa nouvelle concurrente qui, bien qu'ayant « essayé d'appeler » à plusieurs reprises, n'a jamais obtenu de réponse.

24. Elle est partie prenante du projet de construction de cette maison de santé. Elle en effet été contactée et a accepté de faire partie des praticiens destinés à y exercer, avant même qu'elle soit diplômée, en raison des relations familiales au sein de la commune et de son projet de réorientation professionnelle, puisqu'elle était auparavant esthéticienne.

25. Entretien effectué à son cabinet le 13 avril 2017.

26. Il faut compter dix minutes de voiture pour se rendre d'une ville à l'autre. Ces deux petites villes, forme un des plus importants pôles urbanisés du département.

A l'inverse, Juliette Poudale, installée depuis 2008 dans la petite ville de Ponteau²⁷, dans ce même département, mais à quarante-cinq minutes en voiture, d'abord dans un cabinet individuel puis dans la nouvelle maison de santé à partir de 2011, a regretté, au cours de l'entretien effectué à son cabinet le 30 octobre 2017, que les nombreuses nouvelles diététiciennes s'étant installées dans le secteur²⁸ n'ont même pas daigné la tenir informée de leur installation, et ne se sont jamais présentées.

Après avoir rappelé la volonté de minimiser les coûts et de maximiser le chiffre d'affaires, après s'être intéressé à la sensibilité que peuvent avoir les diététiciennes et diététiciens aux différentes formes de concurrences spatiales, nous souhaitons, avant de préciser les pratiques des diététiciennes et diététiciens face aux concurrences, mettre en évidence un dernier symptôme de la poursuite d'une rentabilité économique de l'activité libérale de la part des diététiciennes et diététiciens de notre échantillon, exception faite, comme cela a été indiqué précédemment, de Josiane Couloud et Adeline Gastaldi. Ce dernier symptôme, cette dernière preuve indirecte de l'objectif de rentabilité économique, réside dans les réactions que peuvent susciter les cas d'annulations imprévues de rendez-vous. Pour ce faire, le cas édifiant de Benjamin Lazard mérite d'être détaillé. Benjamin Lazard, ancien employé de banque, exerce depuis trois ans dans une commune limitrophe de Paris. Il se plaint en entretien du caractère très fluctuant de sa patientèle. Selon lui, « ça peut aller d'entre une dizaine et une vingtaine de consultations dans la semaine à des fois deux ou trois, vraiment ça dépend »²⁹. Il facture une consultation de suivi 35€ dans son cabinet situé dans une commune populaire limitrophe de Paris, 45€ si la personne consulte à Paris au domicile de Benjamin Lazard. Au-delà des questionnements que les annulations soudaines de rendez-vous, les arrêts inexplicables de suivis, suscitent³⁰, la « frustration », pour reprendre le terme employé par le diététicien, provient également de la perte de revenus que cela engendre. La conséquence immédiate d'une annulation soudaine, quelques heures voire quelques minutes avant le rendez-vous ini-

27. La ville est anonymisée.

28. Il n'est pas évident de déterminer les limites du secteur dont il est question autour de la petite ville de Ponteau, située en zone très rurale mais à mi-distance de deux pôles urbains, un petit et un moyen, situés à moins d'une demi-heure de route, en voiture, chacun. Gisèle Pommier, une de ses patientes, que nous avons pu interviewer, habite à proximité du petit centre urbain situé à trente minutes au nord de Ponteau. Âgée de soixante dix-huit ans, elle effectue le trajet pour chacune de ses consultations mensuelles, depuis près d'un an lors de l'entretien effectué en décembre 2017. Nous y reviendrons à la section 2 page 187.

29. Entretien effectué à son domicile parisien le 7 avril 2017.

30. Benjamin Lazard l'exprime ainsi dans l'entretien : « Est-ce que c'est eux, est-ce que c'est vous qui ne leur avez pas apportés exactement ce qu'ils attendaient, voilà donc, euh, difficile des fois de faire des remises en questions quand vous n'avez pas d'info. »

tialement prévu, est une perte de temps, qui devient improductif, et une non augmentation du chiffre d'affaires. Cela équivaut à une perte par rapport aux revenus anticipés. A plus long terme, s'il ne s'agissait pas d'un premier rendez-vous, une annulation soudaine sans reprise immédiate de rendez-vous signifie la plupart du temps, selon Benjamin Lazard, la fin d'un suivi et donc la perte d'un patient ou d'une patiente qui ne participera plus, à l'avenir, de l'activité du cabinet. Il s'agit ainsi d'une source de revenus qui s'assèche.

Benjamin : Et c'est pareil, elle³¹, une fois on n'en avait parlé parce que je lui avais dit, c'était au début : "oh làlà, quand on a des reports ou des annulations, c'est frustrant." Elle m'avait dit "oui c'est sûr, mais on en a tous, tout le monde en a". Mais quand vous avez douze consultations dans la journée et qu'il y a quatre reports, bah vous en faites quand même huit. Moi, une fois, c'était un jeudi après-midi. Je me déplaçais à Dulin³², pour quatre consultations. Et les quatre sont tombées à l'eau. Les quatre !

Étienne : C'est horrible !

B : Voilà... Donc j'étais un tout petit peu énervé³³. J'en parlais avec une de mes collègues orthophoniste, un petit peu à la dernière minute : entre une qui m'avait prévenu le matin, une que j'ai reçu un SMS quand je faisais le chemin entre le métro et le cabinet, et ensuite les deux autres c'était quand j'étais dans le cabinet. Je suis venu, je suis resté une heure et demie ici. Je repars bredouille et c'est quatre consultations que je devais faire et que je ne fais pas. Quand on tourne à douze voire quinze consultations et qu'on en fait pas quatre dans la journée, on arrive quand même à faire une journée. Mais après c'est parce qu'il y a aussi de l'expérience. Il y a eu une patientèle qui s'est développée et on peut arriver à ce chiffre là dans la journée.³⁴

La frustration économique se donne à voir dans l'usage de nombreux chiffres qui renvoient conjointement à une comptabilité et une performance. Benjamin Lazard compte ses patientes et patients, ses rendez-vous, car ce sont des revenus si les consultations ont bien lieu. En revanche, s'il y a annulation, cet ancien employé de banque perd du temps et de l'argent. La journée qu'il décrit, au cours de laquelle les quatre consultations prévues sont progressivement annulées, au dernier moment, porte à son paroxysme la frustration économique que ces situations suscitent : « Je suis venu, je suis resté une heure et demie ici. Je repars bredouille et c'est quatre consultations que je devais faire et que je ne fais pas ». L'expression

31. Il s'agit de Anaïs Dupont, Présidente de l'Association des Diététicien Libéraux, installée en libéral à Paris depuis 2006, spécialisée dans les troubles du comportement alimentaire. Elle connaît personnellement Benjamin Lazard, qui réside dans le voisinage de son cabinet parisien, et c'est elle qui m'a indiquée son existence : je cherchais alors à rencontrer un homme diététicien.

32. Il s'agit de la ville limitrophe de Paris où il exerce.

33. Il s'agit d'un euphémisme.

34. Entretien effectué à son domicile parisien le 7 avril 2017.

« repartir bredouille » suggère l'idée d'un revenu espéré, attendu, qui lui était promis, et qu'il voit lui échapper à cause des annulations. Ensuite, l'emploi de données chiffrées ne renvoie pas simplement à des préoccupations comptables légitimes pour permettre à son activité de perdurer. Cela manifeste également l'idée d'une performance, d'un résultat qu'il faut atteindre, pour assurer l'objectif poursuivi de rentabilité économique. Selon Benjamin Lazard, Anaïs Dupont, « qui tourne³⁵ à douze voire quinze consultations » par jour³⁶, *performe* suffisamment, pourrait-on dire, pour se permettre de ne pas être trop frustrée, inquiétée, par quatre annulations. En effet, même dans cette situation assez critique, elle effectuerait tout de même huit à onze consultations dans la journée, ce qui fait dire à Benjamin Lazard qu'elle « arrive[rait] quand même à faire une journée ». « Faire une journée » signifie avoir reçu suffisamment de patientes et patients pour estimer suffisant ou satisfaisant le chiffre d'affaires de la journée. Et Benjamin Lazard de conclure qu'une telle performance, synonyme d'un objectif de rentabilité économique parfaitement atteint, suppose de « l'expérience ». « Arriver à ce chiffre là dans la journée » nécessite du temps, et de l'expérience professionnelle, car il suppose le développement d'une clientèle, à l'instar d'un commerce nouvellement installé qui doit se forger une clientèle³⁷ avant d'être rentable. Ainsi, la frustration exprimée par Benjamin Lazard est le symptôme de la poursuite d'un objectif de rentabilité économique qui suppose l'établissement d'une clientèle nombreuse, véritable protection face aux aléas économiques ou comptables que constituent les annulations soudaines de consultations.

Pour conclure, si les diététiciennes et diététiciens affirment dans les entretiens leur volonté d'être en capacité d'exercer la diététique libérale à titre professionnel, c'est-à-dire de dégager des revenus suffisants de leur activité, l'objectif de rentabilité économique qu'ils poursuivent se donne à voir indirectement, par leurs rapports aux autres diététiciennes et diététiciens de leur secteur, ou, par exemple, lors des moments critiques que constituent les annulations tardives de consultations. Aussi, le moment est-il venu de se demander comment et dans quelle mesure les pratiques professionnelles des diététiciennes et diététiciens traduisent, eu égard à leur recherche de la rentabilité, leur plus ou moins grande sensibilité aux différentes formes de concurrences auxquelles leur activité peut se voir soumise.

35. Le terme « tourner » renvoie à l'idée d'un commerce dont on dit qu' « il tourne bien », c'est-à-dire qu'il bénéficie d'un chiffre d'affaires élevé.

36. Elle travaille trois jours par semaine, notamment parce qu'elle consacre environ une journée et demi par semaine à la gestion de l'Association des Diététiciens Libéraux.

37. Le lecteur pardonnera la réification des commerçants gérant l'enseigne dont il est question. Cela facilite la lecture.

1.2 Prendre en compte les concurrences

La nécessaire prise en compte des concurrents et des effets des concurrences est l'immediate conséquence de la poursuite d'un objectif de rentabilité économique. Le suivi diététique est en effet un service qui représente une source de revenus pour les diététiciennes et diététiciens et un coût pour les patientes et patients. Le point de vue des patientes et patients sur la concurrence est abordé dans la prochaine section³⁸. Auparavant, ce sont les manières dont les diététiciennes et diététiciens interviewés pratiquent les concurrences qui doivent être analysées. Il s'agit de se demander comment les diététiciennes et diététiciens prennent en compte les concurrences dans leurs pratiques professionnelles. Sans aborder encore le contenu des suivis³⁹, qui a toute chance d'être lui-même informé par les effets des concurrences, il s'agit pour l'instant de comprendre comment, et dans quelle mesure selon les situations, les diététiciennes et diététiciens choisissent-ils leur lieu d'implantation, gèrent-ils leur cabinet, et optimisent-ils leur activité, c'est-à-dire comment les diététiciennes et diététiciens prennent-ils en compte les effets des concurrences qui s'exercent sur leur activité dans leurs pratiques fixant le cadre des suivis diététiques ? Notons enfin que le terme de « concurrences » est employé au pluriel pour signifier la pluralité des types de concurrences et des concurrents (autres diététiciennes et diététiciens du secteur, structures dites commerciales, médecins généralistes spécialisés en nutrition, *etc.*).

1.2.1 S'implanter. Choisir sa localisation c'est choisir sa patientèle potentielle et ses concurrents

Le premier choix pratique que les diététiciennes et diététiciens doivent effectuer lorsqu'ils s'installent en libéral, c'est celui du lieu d'implantation de leur cabinet. Le choix de ce lieu détermine la patientèle potentielle, c'est-à-dire le nombre et le type de patientes et patients que l'on peut espérer pouvoir suivre, et les concurrents effectifs, dans la mesure où la concurrence est spatiale puisqu'il s'agit pour les patientes et patients d'un service généralement consommé à proximité de leur lieu de domiciliation ou de travail. Le caractère déterminant du choix du lieu d'implantation n'est pas propre aux diététiciennes et diététiciens libéraux. Cela concerne vraisemblablement l'ensemble des professions libérales du domaine

38. cf section 2 page 187

39. Le contenu des suivis sera traité à partir du chapitre suivant.

de la santé et du para-médical. La perception de cette importance, par les diététiciennes et diététiciens libéraux, n'est pas non plus nouvelle. Monique Dumay, une des diététiciennes pionnières de l'exercice en libéral, dans le numéro de la revue professionnelle *l'Information diététique* daté du 1^{er} juillet 1984, conseillait déjà aux diététiciennes et diététiciens souhaitant s'installer en libéral de toujours conserver à l'esprit l'idée que « l'implantation géographique doit être bien choisie »⁴⁰. Elle soulignait ainsi le soin qui doit être apporté au choix du lieu d'implantation, en raison des conséquences que celui-ci fait porter sur l'activité. La diététicienne contemporaine qui a le mieux décrit le processus et les motivations qui l'ont conduite au choix du lieu d'implantation de son cabinet est Marie Le Roux. Précédemment avocate au sein d'un grand cabinet parisien durant six années, elle souhaite réussir sur le plan financier sa reconversion, même si elle reconnaît et s'attendait à connaître une nette perte de revenus⁴¹, acceptée en raison des confortables revenus de son conjoint, médecin généraliste à Paris. Le soin qu'elle a porté en 2009 au choix d'implantation, ainsi que la connaissance qu'elle semblait avoir du marché diététique, est sans doute liée à sa reconversion, et au souhait de préserver le plus possible son niveau de vie, ainsi qu'à la profession de son conjoint, pour qui l'implantation est également un facteur déterminant de l'activité professionnelle :

Étienne : Donc vous aviez en tête immédiatement le projet de vous installer en libéral.

Comment ça a commencé ? Est-ce que c'était difficile d'avoir une patientèle ?

Marie : Non, moi à mon époque on commençait à parler beaucoup de diététique. Si ça ne devenait pas à la mode, du moins la presse commençait à en parler beaucoup. On revenait des régimes miracles et on insistait sur les liens entre l'alimentation et le diabète, enfin... On disait que c'était super important, y avait vraiment matière à faire de la prévention et pourtant la voie est pas balisée. A Paris en tout cas. Peut-être qu'en Province, je veux dire dans les petites villes en tout cas c'est facile⁴². A Paris on a la concurrence, c'est ça évidemment, des médecins, généralistes ou autre, qui font de la nutrition en complément. Et puis il y a la concurrence à Paris de la, de tout ce qui va être gyme[nastique], *etc.*, y a des entrepreneurs qui peuvent se lancer là-dessus, et

40. DUMAY, MONIQUE, « La consultation privée de diététique », *art. cit.*, p. 8.

41. Elle explique ainsi au cours d'un entretien effectué à son cabinet le 21 novembre 2016 : « Je n'ai pas fait ce métier pour des raisons financières, ça c'est sûr. C'était plus confortable avant, surtout que là c'est moins diplômant. J'ai mon conjoint qui a un travail donc ça va ».

42. Cela n'est pas évident en réalité puisque le nombre de concurrents, de diététiciennes et diététiciens en particulier, s'accroît y compris en zones rurales comme le montre le témoignage de Juliette Poudale, restitué en amont, à propos des nouvelles implantations. Ce témoignage est en outre corroboré par les données du ministère de la Santé. En effet, dans le département rural de la région lyonnaise où exerce Juliette Poudale, on dénombrait seize diététiciennes et diététiciens libéraux en 2011, pour quinze praticiens salariés hospitaliers (selon SICART, *Les Professions de Santé Au 1er Janvier 2011, op. cit.*). En 2017, six années après, on comptait pas moins de quarante sept libéraux pour vingt-deux praticiens hospitaliers. La croissance des effectifs a donc, ici comme ailleurs, été très rapide au cours de la décennie 2010, et nettement plus vigoureuse dans le secteur libéral relativement au secteur hospitalier.

faire un tabac. Et en plus on est très nombreuses. Je crois que dans le ***e on est plus de quinze, alors qu'il n'y a pas de prise en charge par la Sécurité sociale. C'est tout sauf facile de s'installer.

E : Du coup concrètement comment vous avez fait ?

M : Je me suis posée la question du lieu. Et finalement dans le ***e⁴³, il y a peut-être une patientèle plus porteuse mais au niveau de la concurrence et puis tous les frais aussi sont plus élevés. Vivant dans le ***e j'ai cherché aussi dans ce coin là. J'ai eu la chance de tomber sur des locaux qui me plaisaient.⁴⁴

Marie Le Roux explique que malgré l'accroissement de la demande de services diététiques, accroissement qu'elle attribue à une mode médiatique qui a entraîné une prise de conscience collective⁴⁵, « la voie n'est pas balisée » à Paris en raison de « la concurrence [...] des médecins, généralistes ou autre, qui font de la nutrition en complément », des salles de sport, et autres « entrepreneurs » qui peuvent créer une activité dans la diététique, sans se revendiquer diététicien, ce pour quoi il est nécessaire d'être titulaire d'un diplôme d'État, et « faire un tabac ». Marie Le Roux décrit en détails les différents types de concurrences extérieures au corps des diététiciennes et diététiciens, auxquelles s'ajoute la concurrence exercée par les autres diététiciennes et diététiciens de l'arrondissement, « plus d'une quinzaine » au moment de l'entretien. Ces concurrences doivent d'autant plus être prises en considération lors de l'installation, et sont d'autant plus redoutables pour le niveau d'activité, que les prestations de suivis diététiques ne bénéficient pas d'une « prise en charge par la Sécurité sociale », ce qui contraint, limite, financièrement, la demande. C'est la raison pour laquelle elle s'est « posée la question du lieu ». Plus précisément, il est frappant de voir comment elle a été amenée à considérer les atouts et les contraintes propres à deux arrondissements limitrophes, de l'ouest parisien, entre lesquels elle tergiversait. L'arrondissement le plus bourgeois aurait sans doute présenté « une patientèle plus porteuse ». En effet, les patientes et patients potentiels seraient, selon Marie La Roux, plus disposés à consacrer une partie de leurs revenus, plus élevés, à la consommation d'un service de suivi diététique. Elle aurait cependant dû faire face à des concurrences plus fortes car plus dense, des concurrents plus nombreux, attirés par la perspective de profits plus abondants, et à des coûts fixes, charges locatives notamment, plus élevés en raison des caractéristiques locales du marché de l'immobilier. Elle opte finalement pour une implantation dans l'autre arrondissement, qui présentait en outre

43. Il s'agit d'un arrondissement de Paris plus bourgeois (au-delà des représentations collectives, il n'est qu'à considérer le marché immobilier pour objectiver cette hiérarchisation des arrondissements)

44. Entretien effectué à son cabinet parisien le 21 novembre 2016.

45. « On disait que c'était super important » la prévention par la diététique.

l'avantage d'être également son quartier de résidence.

Il est à noter que le choix du lieu d'implantation devient peut-être plus crucial à mesure que le nombre de diététiciennes et diététiciens exerçant en libéral augmente. En effet, la croissance des effectifs en libéral est nettement plus rapide que l'accroissement démographique de la population, et probablement plus rapidement que l'augmentation de la demande, qui peut s'expliquer, au-delà de la croissance démographique, par la transformation des préférences et aspirations des patientes et patients potentiels. Le secteur libéral est en plein essor (*cf* introduction générale), ce qui, toutes choses égales par ailleurs, accroît la concurrence entre diététiciennes et diététiciens libéraux. Une fois le choix du lieu d'implantation effectué, la prise en compte de la concurrence dans les pratiques professionnelles des diététiciennes et diététiciens transparaît dans les pratiques de gestion de la patientèle et du cabinet.

1.2.2 Gérer son cabinet : fixation des tarifs et horaires d'ouverture

Les deux principales activités de gestion reflétant la prise en compte des concurrences par les diététiciennes et diététiciens sont la fixation des tarifs des consultations et la détermination des horaires d'ouverture du cabinet. Ces pratiques de gestion mettent en évidence les contraintes qui pèsent sur l'activité libérale en raison des mécanismes concurrentiels que les diététiciennes et diététiciens rencontrés doivent ou pensent devoir prendre en compte. Leur travail est ainsi contraint par le marché diététique sur lequel est déterminé localement le prix des consultations. Leur activité est également contrainte par les patientes et patients dont il faut prendre en considération les contraintes horaires, liées le plus souvent, comme cela est très net dans les observations, aux emplois du temps professionnels. Enfin, leur activité est contrainte par les pratiques de gestion des autres diététiciennes et diététiciens. Ainsi, ces pratiques de gestion, effectuées dans un cadre concurrentiel, encadrent les conditions de travail des diététiciennes et diététiciens interviewés et les conditions dans lesquelles s'effectuent les suivis diététiques. Ainsi, loin d'être libres dans la détermination de leurs conditions de travail, comme les représentations associées au travail indépendant, *a fortiori* libéral, le suggèrent, les diététiciennes et diététiciens libéraux apparaissent contraints dans l'organisation quotidienne de leur activité. Les diététiciennes et diététiciens sont ainsi des « indépendants

dépendants » comme les artisans⁴⁶.

Les contraintes horaires L'objectif de ce paragraphe est d'illustrer la gestion du cabinet contrainte par les concurrences à travers l'exemple des horaires d'ouverture de celui-ci, c'est-à-dire les créneaux disponibles dans l'emploi du temps des diététiciennes et diététiciens pour la réception des patientes et patients en consultation. L'idée principale est que les diététiciennes et diététiciens, parce qu'ils poursuivent un objectif de rentabilité économique dans un cadre concurrentiel, sont contraints, dans une plus ou moins grande mesure selon leurs objectifs financiers et les arbitrages qui les déterminent, de proposer une grande disposition horaire pour répondre aux contraintes des patientes et patients. Une grande amplitude horaire ne garantit pas nécessairement un nombre élevé de patientes et patients reçus en consultations, tant les créneaux horaires vides sont fréquents chez les enquêtés. En revanche, une telle amplitude s'avère, comme cela doit être montré, la condition nécessaire à la constitution d'une parentèle jugée satisfaisante, puisqu'aux contraintes horaires des patientes et patients doivent correspondre la disponibilité des diététiciennes et diététiciens pour les consultations.

Il est intéressant de noter que la nécessaire grande disponibilité des diététiciennes et diététiciens en libéral était d'ores et déjà soulignée en 2004 dans un dossier spécial de la revue professionnelle, *L'Information diététique*, associée à l'ADLF (Association des Diététiciens de Langue Française). Ce dossier faisait suite à une journée d'études organisée par l'ADLF à Bordeaux en septembre 2004 intitulée « les cinquante ans de l'ADLF. Cinquante ans de la vie de l'ADLF : 1954 - 2004 ». Au cours de cette journée d'études, une diététicienne, Nicole Grunberg⁴⁷, propose une analyse des avantages et aléas liés à l'exercice de la diététique en libéral, tandis que Catherine Piat⁴⁸, diététicienne libérale alors âgée de quarante deux ans, exerçant à Montpellier depuis sept ans suite à une reconversion professionnelle, se livre au

46. Nous laissons de côté pour ce développement la dépendance qu'entretiennent les diététiciennes et diététiciens vis-à-vis de l'État. Remarquons simplement que celle-ci s'exerce par le biais de deux canaux principaux. Premièrement, en amont de l'activité, l'exercice de la diététique est fortement encadré dans la mesure où nul ne saurait se revendiquer du titre de « diététicien » s'il n'est titulaire du diplôme d'Etat s'y afférant. Deuxièmement, durant l'exercice libéral, la politique de non remboursement des consultations, menée par la Sécurité sociale, est dénoncée par les diététiciennes et diététiciens rencontrés. En effet, un changement de politique en la matière permettrait de rendre solvable une part plus importante de la demande et donc de conduire à un fort accroissement de l'activité libérale.

47. D'après nos recherches en ligne, il semble que Nicole Grunberg exerce aujourd'hui en libéral dans le département de la Seine-et-Marne.

48. Catherine Piat est toujours membre de l'AFDN (Association Française des Diététiciens Nutritionnistes), l'ADLF ayant changé de nom, et continue d'exercer en libéral dans la ville de Montpellier.

même exercice mais selon le registre du témoignage. Leurs propos sont restitués dans un article prenant place au sein du numéro spécial de *L'Information diététique* à l'occasion du cinquantième anniversaire de l'association professionnelle des diététiciennes et diététiciens⁴⁹. Au sein de cet article, Nicole Grinberg assure dans un premier temps que l'un des grands atouts du travail en libéral réside dans l' « autonomie totale de la gestion du temps de travail, avec des horaires qui peuvent s'adapter à la vie familiale et personnelle »⁵⁰. Cette autonomie pourrait cependant être qualifiée de formelle tant, en pratique, le temps de travail est contraint par la mise en disponibilité nécessaire attendue par les patientes et patients. Nicole Grinberg reconnaît en effet quelques lignes plus en aval, comme un contradictoire écho à son affirmation précédente, que l'exercice en libéral requiert « une grande disponibilité ». Par exemple, « les consultations doivent parfois être dispensées le soir tardivement »⁵¹. De même, Catherine Piat note qu'il faut « une grande disponibilité »⁵² pour travailler en libéral. Il faut, selon elle, consacrer un temps suffisant à son cabinet « pour satisfaire la clientèle, pour répondre à la demande et être là au bon moment ». Ainsi, ne pas être suffisamment disponible, c'est courir le risque de ne pas satisfaire une partie des patientes et patients, dont les horaires sont contraints par leur propre emploi du temps professionnel. Cela revient à amoindrir la qualité du service proposé, et s'exposer ainsi à une diminution du nombre de ses patientes et patients. Selon Catherine Piat, les amples horaires d'ouverture s'accompagnent fréquemment de l'impression de « perdre son temps. Mais il n'en n'est rien, [les diététiciens] y gagnent à terme »⁵³, puisque la satisfaction de la clientèle permet de fidéliser ses patientes et patients et d'en recruter de nouveaux. Ainsi, les diététiciennes et diététiciens se trouvent dans l'obligation de régler leur temps de travail en fonction des disponibilités de la clientèle, s'ils veulent préserver ou augmenter leur niveau d'activité. Cela conduit généralement les diététiciennes et diététiciens à ouvrir leur cabinet à des horaires décalés, durant la pause méridienne⁵⁴, ou, plus fréquemment, en soirée et le samedi. Les enjeux liés à la mise en disponibilité transparaissent tout particulièrement, dans les observations, lors de la prise de rendez-vous pour la prochaine consultation de suivi, qui intervient en fin de consultation.

49. GRUNBERG, NICOLE et PIAT, CATHERINE (2004), « Agréments et aléas de la diététique en libéral », *L'Information diététique*, n° 4, pp. 15–19.

50. *Ibid.*, p. 15.

51. *Ibid.*, p. 15.

52. *Ibid.*, p. 17.

53. *Ibid.*, p. 17.

54. C'était par exemple le cas au cabinet parisien de Fany Lebois.

Dans les deux extraits de consultations observées au cabinet de Fany Lebois qui sont proposés au lecteur, deux éléments principaux peuvent être dégagés relativement à la question de la gestion des horaires d'ouverture dans un cadre concurrentiel ou marchand, ce qui implique qu'il faut satisfaire les patientes et patients pour réaliser ses objectifs de rentabilité économique. On constate, premièrement, qu'être disponible, et plus généralement, être au service des patientes et patients, détermine en partie la qualité du service rendu ou vendu. Deuxièmement, la difficulté qu'il peut exister à fixer un prochain rendez-vous, et les efforts alors déployés par la diététicienne, Fany Lebois en l'occurrence, témoignent de l'importance de cette adaptation des horaires de travail aux disponibilités des patientes et patients. Ainsi, nous appelons « mise en disponibilité » ce travail de gestion des horaires de travail et notamment d'ouverture du cabinet qui consiste à se rendre le plus largement possible à la disposition des patientes et patients.

Deux consultations de Fany Lebois pour comprendre la mise en disponibilité

Le premier extrait est issu de l'observation d'une consultation avec Anabelle, étudiante parisienne. Le cabinet de Fany Lebois se situe dans un arrondissement parisien plutôt aisé, au nord de la Seine. Il s'agit du premier rendez-vous de l'après-midi dont l'horaire a été fixé à 17h30 ce mardi 30 mai 2017. Il doit durer un peu moins de quarante-cinq minutes et être rétribué à hauteur de 50€. Il s'agit du tarif fixé par la diététicienne pour une consultation de suivi au moment des observations. Cela passera à 60€ quelques mois plus tard lorsqu'est effectué l'entretien en janvier 2018. Une première consultation est facturée 70€. Fany Lebois reçoit environ quinze à vingt personnes par semaine. La diététicienne porte un chemisé blanc, une jupe et de petites chaussures de ville sans talon. Elle est âgée de quarante et un an. Elle est assise derrière son bureau. La salle de consultation, d'une douzaine de mètres carrés, se situe au sein d'un cabinet pluridisciplinaire, peuplé de pédiatres et de sage-femmes, et d'une psychologue. Les patientes et patients attendent dans le couloir, sur des chaises alignées contre un mur, puis entrent dans la salle de consultation et s'installent sur l'une des deux chaises, un peu plus confortables que celles présentes dans le couloir, placées face à Fany Lebois. La salle comprend également une table basse, utilisée à l'occasion pour des exercices à propos des familles d'aliments. Fany Lebois est assise sur une chaise de bureau mobile. Je suis installé dans le fond de la salle, sur un petit fauteuil de salon, confortable, près de l'unique fenêtre. Les volets sont fermés car la chaleur est étouffante en cette fin de mois de mai. Fany Lebois elle-même s'en plaint. Anabelle, vêtue d'un débardeur rouge, d'un pantacourt noir et de tennis roses, porte un sac à main volumineux sur le pli du coude lorsqu'elle entre dans la salle de consultation. Elle d'une taille moyenne et en léger sur-poids. Anabelle a les cheveux châtain, mi-long, et semble assez maquillée. Elle assure qu'elle n'a aucune réticence à ma présence, ni à l'enregistrement audio de la consultation. Le

dichtaphone est positionné sur la table basse par mes soins, hors de portée des protagonistes et à l'extérieur du champ de vision d'Anabelle. Il s'agit de son quatrième rendez-vous avec Fany Lebois. Elle est suivie depuis le début du mois de janvier. Anabelle, qui présente un très léger sur-poids, consulte pour maigrir, jusqu'à présent sans succès, selon les indications de présentation dont m'a faite part Fany Lebois, en aparté, avant l'entrée en scène de sa patiente. Suite à sa dernière consultation, Anabelle a accru la proportion de légumes dans son alimentation, diminué ses prises d'alcool et « supprimé les chips ». L'extrait qui suit est tiré de la fin de la consultation. Il s'agit du moment où est fixé le prochain rendez-vous, après avoir effectué le bilan de la consultation en cours :

Fany : Bon, du coup est-ce que vous voulez qu'on se revoit ou vous verrez comment vous ... Enfin c'est comme vous ...

Anabelle : Ah bah oui on peut prévoir.

F : Pareil ou ...

A : Deux mois, c'était bien deux mois, ça me laisse le temps de ...

F : Alors moi je m'arrête la troisième semaine de juillet.

A : Euh, oui.

F : Je vais vous dire exactement. Je m'arrête, je fais mon dernier jour le mardi 25 juillet.

A : Bah oui le 25 juillet

F : C'est un mardi.

A : C'est un mardi et bah c'est très bien.

F : Pareil même heure ?

A : Euh si c'est possible un peu plus tard ?

F : Quand vous voulez, quand vous voulez !

A : Euh ...

F : J'y suis jusqu'à 20h30 donc y a pas de souci.

A : Avant je venais à quelle heure ? C'était bien cet horaire. C'était pas 18h45 ?

F : Je vais vous dire ... Avant vous veniez... à 19h.

A : 19h et bah va pour 19h.

F : Le 25 juillet à 19h.

A : Donc on a dis le 25 juillet à 19h.

F : Oui.

Cette fin de consultation, qui fait suite à une discussion anodine sur les fruits d'été qui désaltèrent, et qui précède le paiement de la consultation (50€), constitue un moment crucial du suivi. Fany Lebois souhaite en effet poursuivre mais ne peut l'imposer à sa patiente. La séquence débute ainsi par « Bon, », comme pour signifier le changement du sujet de la discussion et le caractère sérieux de celui-ci, par opposition aux fruits estivaux. Le caractère délicat du moment est perceptible par les hésitations de Fany Lebois, qui se répète, ne termine pas ses phrases et laisse des temps de sus-

pension qui sont autant de temps de suspens, d'attente de la réaction d'Anabelle : « du coup est-ce que vous voulez qu'on se revoit ou vous verrez comment vous ... Enfin c'est comme vous ... » , et plus loin, « pareil ou ... ». Ces courts moments de flottements traduisent l'importance pour Fany Lebois de la poursuite du suivi, gage d'une ou de plusieurs consultations supplémentaires. C'est cette volonté de conserver cette patiente qui la rend aussi prévenante. En particulier, Fany Lebois se montre flexible sur les horaires, montrant ainsi sa grande disponibilité pour déterminer le créneau qui conviendra le mieux à Anabelle. C'est ainsi que, lorsque celle-ci lui demande s'il est possible de repousser « un peu » l'heure de la consultation, Fany Lebois s'empresse de lui répondre : « Quand vous voulez, quand vous voulez ! », faisant ainsi montre de sa large disponibilité. Elle précise ensuite l'ampleur de sa mise en disponibilité en ajoutant qu'elle prévoit d'être présente à son cabinet « jusqu'à 20h30 », ceci devant ôter tout souci ou contrariété horaire à Anabelle. Le rendez-vous est donc aisément fixé.

Le second extrait est issu de la consultation de Fany Lebois avec une patiente âgée de vingt-neuf ans, ayant passé la plus grande partie de sa vie au Mexique, que nous nommons Daniella. Cette dernière est en sur-poids sans être obèse selon les critères reposant sur l'IMC^a. En effet, elle mesure un mètre cinquante et un et pèse environ soixante-deux kilos. La consultation a eu lieu au même endroit, le 15 juin 2017, entre 14h20 et 15h10. Il s'agit d'un premier rendez-vous faisant suite à une soudaine prise de poids, d'environ sept kilos, consécutive à un changement d'emploi. En venant consulter Fany Lebois, Daniella suit la recommandation d'un médecin généraliste. Après avoir franchi les étapes classiques d'une première consultation (bilan, discussions, recommandations), Fany Lebois parvient, en fin de consultation, au moment crucial de la fixation du second rendez-vous. La prise d'un second rendez-vous est un gage de satisfaction et d'engagement dans le suivi de la part du patient. En outre, le fixer lors de la première consultation, et non hypothétiquement ultérieurement via un service de prise de rendez-vous en ligne, accroît les chances d'une poursuite du suivi, si l'on en croit, par exemple, Benjamin Lazard^b. Le cas de ce premier rendez-vous est intéressant parce que la fixation d'un second rendez-vous, malgré les efforts de mise en disponibilité de Fany Lebois, s'avère laborieuse :

Fany : Bon, de toute manière, si vous avez la moindre question, ne restez pas dans le doute, et vous m'appellez ou vous m'envoyez un petit mail. D'accord ?

Daniella : Parfait !

F : Euh ... Est-ce que vous voulez qu'on reprenne RDV tout de suite ? Ou vous pouvez le faire après sur doctolib.

D : On peut le faire après parce que je ne connais pas mon planning.

F : Ok, pas de souci.

D : Quoi que, je vais regarder. Trois semaines ça ferait ...

F : Alors, ça nous ramènerait à peu près, je vais vous dire, une, deux, trois. Faudrait qu'on se voit au maximum dans la semaine du 10 quoi.

D : 10 juillet. Alors, je regarde mon planning ...

F : Le, vous ne travaillez jamais le jeudi ?

D : Bah ça dépend.

F : Le 6 juillet par exemple ?

D : Je travaille.

F : Vous travaillez...

D : Mais vendredi 7...

F : Non, je ne travaille pas le vendredi ici.

D : Sinon ...

F : Ah non mais la semaine du 10 ça va être compliqué. Donc le 6 vous ne pouvez pas du tout ?

D : non.

F : Le 10 matin ?

D : Alors, le 10 ... Non le 10 je suis de 8h30 à 18h. J'ai le vendredi 14.

F : Le jeudi 13 ?

D : je travaille.

F : ah ! Toute la journée ?

D : De 11h à 20h.

F : Et on ne peut pas se voir le matin ?

D : Bah non parce que je mets une heure et demie.

F : Euh, le mardi 4 ?

D : Juillet ?

F : Oui.

D : Le 4, 4, 4 ... Je travaille.

F : Vous travaillez ?

D : Oui. Le vendredi 7.

F : Euh ... Alors, fff ...

D : Sinon j'ai mardi ...

F : Mardi combien ?

D : 1er août.

F : Ah je suis plus là moi ... Je suis en vacances. Attendez... Et le lundi 17 ?

D : Je travaille.

F : Mardi 18 ?

D : Je travaille.

F : Alors il n'y a que le 7 où vous pouvez ?

D : Après j'ai le 21, 22, 23, 24, 25, 26.

F : Là c'est bon ?

D : Mais je pars en vacances du 21 au 26 juillet.

F : Et le 20 ?

D : Je travaille.

F : Vous travaillez.

D : Ce n'est pas évident.

F : Et le 7 c'était bon vous m'avez dit ? Le 7 juillet.

D : Le vendredi 7. Je ne travaille pas.

F : Bon, alors je vais m'arranger. Je vais vous voir le vendredi 7. Vous préférez dans la matinée ou dans l'après-midi.

D : Comme vous le souhaitez.

F : Ah non plutôt le matin. Euh, 10h ?

D : Vous avez un stylo ? je vais noter donc le 7 07 17 à 10h.

F : Ok ?

D : Parfait ! Mais vous allez ouvrir pour moi ?

F : Non mais y a pas de souci. Et comme la psychologue normalement elle n'est pas là donc elle vient qu'après donc c'est bon.

D : Je vous remercie !

Cette seconde fin de consultation montre l'enjeu qu'il y a, pour Fany Lebois, et plus généralement les diététiciennes et diététiciens rencontrés souhaitant accroître la taille de leur patientèle, à se rendre disponible pour Daniella, et plus généralement ses patientes et patients, à être à sa disposition, en effectuant un travail de mise en disponibilité, pour signifier et concrétiser cette disponibilité. Il s'agit d'une première consultation. Après avoir interrogé Daniella sur son mode de vie (consommations alimentaires, santé, résidence, travail, activité physique) Fany Lebois présente, au cours de ce premier contact avec cette nouvelle patiente, sa méthode de travail et lui distille les premiers conseils (sur l'importance qu'il y a à être à l'écoute de ses sensations, sur le plaisir qu'il faut ressentir en mangeant, sur l'importance de l'activité physique, *etc.*). En fin de consultation, en raison de la grande quantité d'informations transmises et, pour ce qui nous intéresse, afin de signifier à sa nouvelle patiente, au moins formellement, la disponibilité qui est la sienne pour le suivi à venir, espéré, Fany Lebois invite Daniella à la contacter directement, en dehors du temps délimité et rémunéré des consultations, si elle en ressent le besoin :

« Si vous avez la moindre question, ne restez pas dans le doute, et vous m'appellez ou vous m'envoyer un petit mail ».

En communiquant un numéro de téléphone, et une adresse mail, elle signifie sa disponibilité en dehors des consultations pour répondre aux questions que pourraient se poser sa patiente au cours du suivi, entre deux rendez-vous, et exprime ainsi l'idée que son engagement dans le suivi dépasse, au moins potentiellement, formellement, le seul temps imparti aux consultations. Plus généralement, lorsque cette question apparaît dans les consultations observées ou est évoquée lors d'un entretien, les réponses recueillies insistent toujours sur la disponibilité des diététiciennes et diététiciens pour

leurs patientes et patients. C'est, à titre d'exemple, ce qu'affirme Florine Hervet, une diététicienne récemment installée dans la grande couronne parisienne, qui, nous l'avons vu, se sent concurrencée par Natur House® et Weight Watchers®, mais qui met ainsi en avant la plus-value des diététiciennes et diététiciens dans le suivi :

« Je reste accessible, joignable pour mes patients. Ils savent que s'ils ont un problème, si c'est juste un coup de mou, ils peuvent m'appeler, m'envoyer un SMS, je leurs réponds. Il n'y a pas de souci à ce niveau là, chose qui ne se fait pas à Natur House®. ils ne le font pas ça c'est sûr ! »^c

La recherche d'une date pour un deuxième rendez-vous, qui convienne à Daniella et corresponde aux horaires et dates d'ouverture du cabinet de Fany Lebois, est l'occasion d'une mise à l'épreuve de la mise en disponibilité de la diététicienne. Cette première consultation ayant lieu un jeudi après-midi, Fany Lebois commence par demander à sa patiente si le jeudi est pour elle un jour de repos hebdomadaire habituel. Cela serait la situation idéale puisque le cabinet est ouvert pour les consultations tous les jeudis et qu'une patiente qui ne travaille pas est davantage disposée, en outre, à accepter une consultation en journée. Cependant, il apparaît que l'emploi du temps professionnel de Daniella est irrégulier. L'hypothèse d'un rendez-vous le jeudi 6 juillet est donc rejetée. Daniella indique cependant sa disponibilité pour le lendemain. Fany Lebois se voit dans l'obligation de rejeter cette éventualité, puisqu'en raison du partage de son cabinet avec une psychologue, elle ne dispose pas, en principe, de la salle de consultation le vendredi. Cependant, toutes les autres possibilités sont évoquées puis immédiatement rejetées, généralement en raison d'incompatibilités de calendrier. Chaque constat d'incompatibilité calendaire rend plus probable le renvoi du prochain rendez-vous au mois de septembre. Leur accumulation crée une tension palpable. Chacune consulte son agenda. Les jours, les solutions, sont suggérés puis écartés. Les propositions s'accélèrent car chaque refus appelle une nouvelle proposition dans les plus brefs délais. Ainsi, face à l'incompatibilité des agendas, Fany Lebois se rend disponible le vendredi 7 juillet, car cela correspond à un jour chômé pour Daniella. Elle se rend disponible, alors que toute consultation est en principe exclue le vendredi, puisque son cabinet est loué par une autre praticienne ce jour là. Cependant, étant donné que sa collègue ne travaille habituellement pas le matin, elle pense pouvoir trouver, à titre exceptionnel, un arrangement avec elle pour pouvoir recevoir Daniella en consultation. Cette pratique de mise en disponibilité de la part de la diététicienne était nécessaire pour ne pas mettre en péril la pérennité de ce suivi qui débute.

a. Il s'agit de l'Indice de Masse Corporelle.

b. Celui-ci explique, dans l'entretien effectué le 7 avril 2017 à son domicile, qu'en cas d'annulation d'un rendez-vous, « lorsque généralement on vous dit "je vous recontacte", c'est que la personne elle arrête le suivi ». Cela, par ailleurs, est source de frustrations : « il y a quand même une frustration avec le fait que le patient arrête, enfin ne vienne pas à la deuxième consultation ou que vous le voyez trois fois et vous ne comprenez pas pourquoi il ne vient pas à la quatrième ».

c. Entretien effectué par Skype le 16 novembre 2016.

Nous venons de constater à partir du cas de Fany Lebois que le travail de mise en disponibilité suppose, outre la possibilité pour les patientes et patients de contacter leur diététicien ou diététicienne à distance, des plages horaires consacrées aux consultations les plus étendues possibles, à la fois sur la semaine (nombre de jours d'ouverture du cabinet) et sur la journée, afin de correspondre au mieux aux disponibilités, et contraintes, des patientes et patients. Les diététiciennes et diététiciens doivent alors procéder à un arbitrage entre travail (de mise en disponibilité)⁵⁵ et temps personnel (consacré au travail domestique, aux loisirs, *etc.*). Pauline Malon témoigne en entretien de cet arbitrage qu'elle doit effectuer entre accroître son activité rémunérée et se préserver du temps, notamment pour entretenir ses liens familiaux et assurer les tâches domestiques. Pauline Malon exerce en milieu rural, au sein d'un centre de kinésithérapie situé à vingt-cinq minutes en voiture de son domicile, dans lequel exerce également son compagnon, kinésithérapeute, père de ses deux enfants âgés de six et deux ans lors de l'entretien. Pauline Malon reçoit en moyenne vingt-cinq patientes et patients par semaine, du mardi au samedi :

Pauline : Mes deux grosses journées c'est mardi-mercredi, où je suis là⁵⁶ jusqu'à 20h s'il y a besoin. Le jeudi en temps normal je viens le matin et pas l'après-midi. (*Elle regarde son emploi du temps sur son ordinateur.*) Tu vois mardi et mercredi c'est mes journées où j'ouvre le plus possible.

Étienne : Et quand tu dis absente c'est que tu as un truc de prévu ?

P : Oui, soit c'est moi qui ai un truc, soit bah là c'est le repas. Là c'est yoga et pause l'après-midi. Et vendredi c'est journée complète aussi. Et samedi jusqu'à 13h j'essaie pas plus d'un sur deux. Je pense qu'il y aurait beaucoup plus de monde le samedi si je venais plus mais j'ai vraiment pas envie. C'est difficile pour moi.

E : Et au niveau des enfants ? Ton compagnon il travaille ?

P : Bah du coup il travaille en quinconce. C'est-à-dire que, lui, le lundi il finit à 20h. Le mardi-mercredi il finit à 18h, il les récupère à 18h30. Le jeudi il finit à 20h et le vendredi il termine à 17h30. On travaille en quinconce⁵⁷. Donc c'est vrai que la semaine on ne se voit jamais trop à quatre, parce qu'en général lui il rentre à 20h30, je suis en train de les coucher, quand moi je rentre à 8h et quart⁵⁸ selon bah il est en train de manger

55. Le temps de travail de mise en disponibilité est potentiellement consacré exclusivement aux consultations. Dans les faits, il est ouvert aux consultations, mais les emplois du temps de diététiciennes et diététiciens en libéral auxquels nous avons eu accès sont, sauf exceptions, parsemés de créneaux dédiés aux consultations non pourvus. Ces temps creux sont généralement consacrés aux tâches annexes liées au travail en libéral, en particulier les tâches administratives de comptabilité de l'activité, l'entretien du cabinet, *etc.*

56. « là » renvoie au cabinet de consultations.

57. Dans les faits, on comprend que son compagnon, kinésithérapeute dans le même centre, consacre au travail rémunéré davantage de temps, et inversement moins de temps au travail domestique que Pauline Malon.

58. Il faut comprendre 20h15.

ou ... Enfin c'est un rythme un peu particulier mais ça va.⁵⁹

Pauline Malon coordonne l'ouverture de son cabinet aux consultations en fonction des horaires de son compagnon et réciproquement pour assurer les tâches domestiques, notamment récupérer les enfants chez l'assistante maternelle le soir à 18h30 puis pour s'occuper d'eux. De même, c'est Pauline Malon qui dépose les enfants à l'école le matin à huit heures. Elle n'ouvre ses consultations qu'à partir de 8h30, tandis que son compagnon commence à recevoir des patients dès 7h30. Il s'agit d' « un rythme un peu particulier » mais un équilibre semble avoir été trouvé. Elle propose de larges plages horaires les mardis et mercredis afin notamment d'être en mesure de recevoir des patientes et patients après leur journée de travail. Elle est cependant réticente à ouvrir plus souvent ou davantage les samedis, par peur de remettre en cause l'équilibre qui semble caractériser l'arbitrage actuel. Il s'agit effectivement d'un véritable arbitrage dans la mesure où elle « pense qu'il y aurait beaucoup plus de monde le samedi si [elle] venai[t] plus [souvent ou longtemps] » puisque l'ouverture de créneaux horaires pour des consultations le samedi correspond à une demande des patientes et patients, nombreux à disposer de temps libre les samedis. D'un autre côté cependant, elle souhaite limiter son travail de mise en disponibilité afin de préserver son temps personnel et domestique, aux dépens du développement de son activité. Il est à noter, sans surprise, que cet arbitrage est fortement déterminé par la structure familiale et le travail que celle-ci exige, en particulier pour les femmes en raison des effets du genre⁶⁰. Pour s'en convaincre, il suffit, outre le fait que cela transparaît dans cet extrait, d'adopter une perspective longitudinale. Pauline Malon a en effet accouché en 2011 pour la première fois. Elle a repris une activité professionnelle assez peu de temps après, conciliant charge familiale et travail rémunéré, de telle sorte que « [ses] deux plus grosses années »⁶¹ en terme de chiffre d'affaires furent 2012 et 2013. Les termes de son arbitrage évoluent cependant une première fois puisqu'elle décide de ne plus ouvrir son cabinet le lundi matin. Elle tombe ensuite enceinte de son second enfant et accouche en 2015. Elle décide alors de ne reprendre le travail qu'à « mi-temps »⁶². Elle

59. Entretien effectué à son cabinet le 19 juillet 2017.

60. Pour une mise en évidence statistique du maintien de l'inégale répartition du travail domestique selon le sexe malgré la diffusion de « la norme d'égalité », et de l'effet aggravant de l'arrivée d'un premier enfant, voir Arnaud RÉGNIER-LOILIER et Céline HIRON (2010), « Évolution de la répartition des tâches domestiques après l'arrivée d'un enfant », *Revue des politiques sociales et familiales*, vol. 99, n° 1, pp. 5–25.

61. Extrait de l'entretien effectué le 19 juillet 2017.

62. Il s'agit de l'expression qu'elle emploie pour qualifier son emploi du temps depuis la reprise de son activité professionnelle après son second accouchement. Elle est présente à son cabinet entre trois jours et demi et quatre jours par semaine. Plus loin dans l'entretien, elle dit travailler « un tiers moins » depuis l'accouchement : « depuis ma grossesse en 2014 et mon accouchement en février 2015, je travaille un tiers

opte donc pour l'organisation de son temps de travail hebdomadaire qui continue à prévaloir au moment de l'entretien. Elle procède ainsi à un arbitrage en faveur du temps personnel et familial, aux dépens du temps de travail de mise en disponibilité, en raison de l'augmentation du travail domestique que suppose l'arrivée de ce deuxième enfant, qui plus est imprévu. A l'inverse, son arbitrage pourrait évoluer à l'avenir lorsque son fils sera scolarisé :

« Quand j'ai eu ma fille j'ai pris mon lundi matin. Et puis en fin de grossesse du deuxième je l'ai bloqué complètement et puis je ne l'ai pas remis. Je verrai bien. Il rentre en septembre 2018 à l'école, donc je vais faire encore un an comme ça et puis je vais voir. »⁶³

Pauline Malon avise, arbitre, principalement en fonction de l'importance du travail domestique dont elle a la charge. Ses arbitrages sont cependant également contraints par les charges qu'elle doit supporter, inhérentes à son activité professionnelle. Elle se doit d'avoir une patientèle suffisante dans la mesure où ses revenus nets, c'est-à-dire hors impôts et cotisations sociales, doivent *a minima* couvrir ses charges locatives qui sont particulièrement élevées. Celles-ci s'élèvent en effet à un peu moins de huit cents euros par mois. Cela s'explique par la taille relativement conséquente de son cabinet (environ douze mètres carré), l'équipement de celui-ci (local cuisine, rangements, bureau, ordinateur, *etc*), et les services annexes (secrétariat, toilettes, grande salle d'attente, *etc*) proposés par le centre Kinéo. Une consultation de suivi est facturée 35€, une première consultation 55€. Si l'on estime la part des prélèvements obligatoires à un peu moins de 50%, elle doit effectuer une quarantaine de consultations de suivi durant le mois pour couvrir ses charges locatives. Elle reçoit depuis sa deuxième grossesse environ vingt-cinq patientes et patients par semaine ce qui lui assure une certaine rentabilité de son activité. En revanche, lors de son second congé maternité, en 2014-2015, Pauline Malon a dû solliciter l'aide financière de son conjoint⁶⁴. Les allocations dont bénéficient les travailleurs indépendants en cas de congés maternité couvraient en effet à peine son loyer alors qu'elle avait cessé toute activité et n'avait donc plus d'autres rémunérations. En outre, à cause de l'ajustement du paiement des charges sociales dues au Régime Social des Indépendant (RSI), Pauline Malon a dû honorer des rappels de charge, c'est-à-dire des cotisations au titre de ses très bonnes années 2012 et 2013. Elle s'est ainsi trouvée dans une situation décrite comme désagréable de dépendance financière vis-à-vis de

moins. »

63. Entretien effectué à son cabinet le 19 juillet 2017.

64. Pauline Malon nous a expliqué cela durant l'entretien.

son compagnon, principalement en raison de charges locatives élevées. Elle a en effet comparé sa situation avec celle d'une collègue qui exerce dans une plus petite ville du département et dans un cabinet isolé pour lequel le loyer est presque quatre fois moindre. Les conditions financières offertes par les allocations du RSI étaient donc tout à fait satisfaisantes pour elle.

La seconde activité de gestion qui met en évidence l'effet des contraintes concurrentielles ou marchandes, le fait que les patientes et patients payent pour l'obtention du service, sur le travail en libéral, est la fixation du prix des consultations.

Fixation des prix Le constat d'une relative uniformité du prix des consultations des diététiciennes et diététiciens libéraux à Paris s'est imposé dès les débuts de l'enquête. Il faut compter 60€, plus ou moins 10€ selon les diététiciennes et diététiciens, pour une consultation de suivi, un peu plus pour une première consultation, plus longue, au cours de laquelle est effectué un bilan nutritionnel. Cette homogénéité géographique du prix des consultations ne résulte évidemment pas du libre choix des diététiciennes et diététiciens parisiens. Bien au contraire, lorsque l'on interroge les diététiciennes et diététiciens sur la façon dont ils déterminent leurs prix, ils répondent qu'ils observent le prix pratiqué par les concurrents, c'est-à-dire par les autres diététiciennes et diététiciens. Les prix pratiqués sont facilement accessibles sur les sites Internet des diététiciennes et diététiciens⁶⁵. C'est ainsi, par exemple, qu'a procédé Lorraine Pluche, jeune diététicienne suisse qui, venant de s'installer à Paris, avait été confrontée à cette question au cours des mois précédant l'entretien :

Étienne : Et les autres diététiciennes, est-ce que vous sentez qu'il y a de la concurrence sur Paris ?

Lorraine : Oui, il y en a. On est quand même pas mal. Et quand je vais voir les sites des autres personnes, bon niveau tarifs on s'aligne, hein, ça c'est normal.⁶⁶

L'alignement tarifaire est jugé « normal », ce qui indique le caractère courant de la pratique. Aussi, la concurrence doit-elle implicitement s'exercer, au sein de la « profession », autrement que par la pratique de prix prédateurs. A l'inverse, les diététiciennes et diététiciens ne fixent pas des tarifs supérieurs puisque cela constituerait un risque de perte de clientèle : les diététiciennes et diététiciens étant nombreux dans chaque arrondissement parisien, les patientes et patients potentiels pourraient, à l'image de consommateurs rationnels, après

65. La possession d'un site internet n'est pas systématique mais elle a souvent été observée sur le terrain.

66. Entretien effectué à son domicile parisien le 14 décembre 2016.

avoir comparé les prix, choisir un concurrent ou une concurrente. Pour se convaincre que l'alignement tarifaire résulte de l'effet des concurrences spatiales, il est également possible de considérer les prix proposés par des diététiciennes et diététiciens exerçant simultanément dans deux espaces différents, et donc sur deux marchés distincts, tant les concurrences sont spatialisées. Nous pouvons ainsi prendre les exemples d'Audrey Vernier et de Benjamin Lazard. Ce dernier reçoit des patientes et patients en consultation à la fois à son domicile parisien et à son cabinet situé au sein d'une ville populaire limitrophe de Paris. Les marchés étant distincts les prix pratiqués diffèrent. Ils sont inférieurs de dix euros dans la ville de la petite couronne par rapport à Paris *intramuros*.

De même, Audrey Vernier exerce dans un arrondissement central de Paris, où elle peut louer un bureau à l'heure selon ses rendez-vous, ainsi que dans un cabinet au sein d'une autre commune populaire limitrophe de Paris. Les prix des consultations de suivi diffèrent également puisqu'elle facture, pour une même consultation de suivi, 65€ à Paris contre 55€ à son autre cabinet. Les variations de prix pratiquées par des diététiciennes et diététiciens exerçant sur deux territoires indiquent, nous l'avons vu, l'existence de deux marchés distincts spatialement. La hiérarchisation des prix témoigne d'un autre phénomène. Les prix proposés par les diététiciennes et diététiciens s'adaptent, au moins partiellement, à la demande, c'est-à-dire aux caractéristiques socio-démographiques des populations résidant à proximité du cabinet diététique. Audrey Vernier, par exemple, oppose les caractéristiques sociales et les corps et motifs de consultations de ses deux patientèles. Les personnes qui la consultent à Paris sont majoritairement des femmes minces des classes supérieures qui désirent perdre quelques kilos ou mettre en place un régime végétarien ou végétalien. A l'inverse, les patientes et patients qu'elle reçoit à son cabinet situé au sein d'une ville populaire de la petite couronne sont décrits comme généralement plus corpulents et comme appartenant aux « classes moyennes », « des gens qui gagnent 1500, 2000€. Ils ont une famille, un loyer, donc pour eux ça représente quand même un gros effort »⁶⁷. Les données de l'INSEE nous permettent d'objectiver le caractère très populaire de la ville où exerce Audrey Vernier. Elles permettent également d'établir que les patientes et patients de cette diététicienne bénéficient de revenus supérieurs à la majorité des habitants de cette ville populaire. En effet, le revenu disponible annuel médian par unité de consommation en 2015 y était de 14361€, soit presque deux fois moins élevé qu'à Paris. Les personnes venant consulter étant moins bien dotées

67. Entretien effectué à son cabinet le 23 mars 2017

en capital économique dans cette ville qu'à son cabinet parisien, Audrey Vernier mesure l'importance relative de l'effort financier consenti à l'occasion d'un suivi diététique. Elle abaisse donc le prix de sa consultation de dix euros. Aussi, les prix pratiqués dépendent-ils pour partie du niveau de vie des ménages présents sur le marché local, et donc des caractéristiques socio-démographique du territoire considéré. Les prix pratiqués sont ainsi plus élevés à Paris qu'en petite couronne et qu'en milieu rural.

La politique tarifaire, entendue comme la fixation stratégique du prix d'une consultation, trouve plutôt à s'exprimer par la proposition de forfaits destinés à fidéliser sa clientèle. Il m'a ainsi été permis d'observer des forfaits proposant le paiement d'avance de trois consultations moyennant une remise de vingt pour cent environ. Par exemple, une diététicienne parisienne, installée depuis une quinzaine d'années, propose à ses patientes et patients trois consultations de suivi payables d'avance à un prix de 135€ pour le tarif normal, 120€ pour le tarif réduit (étudiants et chômeurs). Enfin, il est un aspect périlleux pour les diététiciennes et diététiciens de la politique tarifaire, celui de la hausse du prix des consultations. En effet, il peut s'avérer délicat de décider une hausse tarifaire touchant également les patientes et patients suivis depuis de longs mois voire depuis plusieurs années. Les suivis au très long cours, d'une durée supérieure à cinq ans, sont très rares, les suivis pour des troubles du comportement alimentaire faisant exception. Il ne m'a pas été donné, au cours de cette enquête, d'en rencontrer en région parisienne. En revanche, Pauline Malon suit cinq patientes depuis plus de cinq ans⁶⁸. Pour ces patientes particulièrement fidèles, que l'on pourrait nommer, dans un autre contexte, des « bons clients », des gestes, que l'on pourrait qualifier de commerciaux, sont effectués. En particulier, les hausses tarifaires sont différées, parfois longuement, les patientes et patients longue durée étant habitués aux anciens tarifs. De même, ces patientes et patients peuvent plus facilement obtenir des délais ou des remises voire une consultation à titre gratuit en cas de difficultés financières. Ce fut par exemple le cas d'Alyssa Ravelli, une patiente âgée de vingt-huit ans, suivie par Pauline Malon depuis une petite dizaine d'années lors de l'entretien, et d'origine et de condition populaires :

Étienne : Et au niveau du coût des consultations, ça n'a finalement jamais été un problème parce que tu y trouvais ton compte ?

Alyssa : Euh, y a des fois où c'était problématique pour moi, où financièrement c'était compliqué.

68. Parmi ces patientes figurent Alyssa Ravelli, que nous avons interviewé, ainsi que ma mère, toutes deux suivies depuis la fin des années 2000.

E : Ce n'est quand même pas donné.

A : A plus d'une reprise. Tous les quinze jours, c'était difficile à gérer⁶⁹. Mais à plus d'une reprise elle ne m'a pas fait payer.⁷⁰

Plus généralement, plusieurs diététiciennes ont confié pratiquer parfois des prix plus bas en fonction des revenus de la personnes venant consulter⁷¹. C'est le cas, par exemple, d'Ana Mougin, diététicienne travaillant dans une commune assez populaire limitrophe de Paris. Elle explique en effet que les tarifs sont « négociables dans le sens où si [elle] voi[t] quelqu'un qui a peu de moyens, [elle] peu[t] réduire, à sa demande »⁷². Marie Le Roux, diététicienne exerçant à Paris, dans un quartier plutôt aisé, pratique également des remises sur critères sociaux, mais trouve « agaçant » qu'un patient ou une patiente demande un tarif moins élevé. Elle préfère effectuer le geste d'elle-même, de faire de son propre chef du « bénévolat » pour encourager des patientes et patients ayant peu de revenus dans leur démarche salutaire. Voici la façon dont Marie Le Roux exprime cela dans l'entretien effectué à son cabinet le 21 novembre 2016 : « En principe c'est le même prix, mais y en a qui payent pour d'autres. Enfin, ou plutôt, je fais du bénévolat. Mais quelqu'un qui n'a rien, et une santé qui exige un suivi rapproché, bah voilà, je lui fais un prix. Bon, quand les gens me demandent au départ à avoir un prix, c'est un peu agaçant, mais quand, ou des jeunes, des étudiants, je ne vais pas demander le même prix ».

Ainsi, nous avons vu que les pratiques de gestions horaires et tarifaires du cabinet traduisent les effets des concurrences ou, *a minima*, du caractère marchand des échanges, qui s'exercent sur l'activité libérale et donc leur prise en compte par les diététiciennes et diététiciens. Ces pratiques visent en effet la satisfaction des patientes et patients qui achètent un service de suivi diététique en libéral. Au-delà de l'arbitrage entre temps de travail de mise en disponibilité et temps personnel, la gestion des horaires d'ouverture aux consultations et des tarifs, parfois individualisés, traduisent la recherche d'une maximisation de la taille de la patientèle, notamment par sa fidélisation, afin de permettre la rentabilisation de l'activité,

69. Elle a pendant longtemps été suivie par Pauline Malon à un rythme de deux consultations par mois. Le prix d'une consultation, aux débuts de son suivi étaient de 25€. Il est de 35€ aujourd'hui. Il faut mettre en rapport ces prix avec le niveau du salaire, que l'on imagine proche du salaire minimum, qu'elle perçoit en travaillant comme vendeuse dans une grande chaîne d'ameublement.

70. Entretien effectué au domicile de mes parents, Alyssa résidant dans la même commune, le 16 mai 2017.

71. Et des conditions de remboursement, ou non, de l'assurance complémentaire dont cette personne dispose... ou non.

72. Entretien effectué à son cabinet le 6 décembre 2016.

dans les limites horaires qui lui sont imposées selon les contraintes, ressources et arbitrages personnels. La recherche de rentabilité, dans le cadre concurrentiel ou marchand, c'est-à-dire en prenant en compte les concurrences, se manifeste également par l'optimisation et la rationalisation des pratiques de suivi.

1.2.3 Optimiser, rationaliser

D'une part, l'existence d'offres concurrentes contraint les diététiciennes et diététiciens qui souhaitent développer leur patientèle à chercher la plus grande satisfaction possible des patientes et patients. D'autre part, l'objectif de rentabilisation de l'activité libérale suppose la maximisation du nombre de consultations effectuées au cours des heures d'ouverture du cabinet⁷³, c'est-à-dire la multiplication du nombre de consultations effectuées et donc la diminution du temps consacré à chaque patient ou patiente. Les diététiciennes et diététiciens sont donc incités à améliorer, sinon optimiser, à la fois la qualité des suivis, pour satisfaire les patientes et patients, et la quantité des consultations effectuées, pour améliorer leur chiffre d'affaires. La recherche de l'optimisation du temps passé avec chaque patient est cependant une problématique qui concerne principalement les diététiciennes et diététiciens ayant une patientèle relativement importante. Lorraine Pluche, par exemple, qui ne reçoit que deux personnes par semaine en moyenne à son cabinet, indique en entretien que ses consultations durent en principe quarante-cinq minutes. La plupart du temps cependant, elle n'hésite pas à consacrer plus d'une heure à ses rares patientes et patients, dans le but de proposer un service d'une meilleure qualité et de fidéliser ainsi les personnes venant la consulter⁷⁴. Les préoccupations de gestion du temps peuvent cependant apparaître assez rapidement puisque Cassandra Rosset, qui a une patientèle relativement modeste, environ douze patientes et patients par semaine, explique en entretien chercher à « être moins bavarde » pour réduire le temps consacré à chaque consultation⁷⁵.

Si des processus d'optimisation ou et de rationalisation du suivi sont à l'œuvre chez la plupart des diététiciennes et diététiciens rencontrés⁷⁶, ils s'avèrent particulièrement frap-

73. Si l'on pousse le plus possible la logique de cet objectif.

74. Entretien effectué à son domicile parisien le 14 décembre 2016.

75. Entretien effectué à son cabinet le 13 avril 2017.

76. La volonté de répondre le mieux possible aux attentes des patientes et patients et d'être efficace dans les suivis se traduit notamment par le fait de suivre des formations secondaires. Celles-ci peuvent prendre la forme de diplômes universitaires, de formations proposées par des organismes indépendants, comme celles proposées par Arthur Malère sur ses méthodes, ou de formations proposées par l'AFDN (Association Fran-

pants dans les pratiques de suivi mises en place par Arthur Malère. Par rationalisation nous entendons l'application aux pratiques de suivi d'une rationalité instrumentale dans le but de maximiser la taille de la patientèle, en fidélisant les patientes et patients ou en recrutant de nouvelles personnes venant consulter, et en organisant son travail de telle sorte qu'un maximum de patientes et patients puissent être reçus chaque semaine⁷⁷, sans dégrader la qualité des suivis. La rationalité instrumentale est celle, selon Max Weber⁷⁸, de l'ingénieur qui, devant construire un pont, s'efforce de mettre en adéquation la fin qu'il poursuit et les moyens dont il dispose pour y parvenir. La recherche de l'optimalité, que nous appelons l'optimisation, consiste en l'application systématique du principe de rationalisation énoncé plus haut. Arthur Malère, qui est diplômé, et exerce en libéral la diététique depuis une dizaine d'années, âgé d'une trentaine d'années en 2017, ne consacre que trois journées par semaine aux consultations individuelles à son cabinet dans une ville moyenne, d'un peu moins de trente mille habitants, de la région lyonnaise. En effet, il consacre le reste de son temps de travail à ses activités de formateur auprès d'autres diététiciennes et diététiciens. Malgré ce temps de consultations limité, il dispose d'une « très grosse patientèle⁷⁹ » relativement aux autres enquêtés, puisqu'il reçoit environ quarante patientes et patients par semaine, soit environ treize patientes et patients par jour. Il facture ses consultations de suivi 35€. A titre de comparaison, Pauline Malon, qui exerce dans un territoire aux caractéristiques assez proches et de façon autonome depuis également une dizaine d'années environ, ne reçoit que vingt-cinq patientes et patients par semaine. Afin d'être en mesure de suivre autant de patientes et patients sur un nombre restreint de journées, Arthur Malère a mis en place un dispositif technique. Il filme ses consultations avec pour objectif explicite l'optimisation de ses pratiques de suivi. Il souhaite pouvoir avoir un regard objectif et rationnel, *a posteriori*, sur ses consultations, afin de permettre une meilleure efficacité clinique (c'est-à-dire, *in fine*, une plus grande satisfaction des patientes et patients) tout en limitant le plus possible le temps nécessaire à chaque consultation. Il s'agit bien, ainsi, d'une volonté d'optimisation

çaise des Diététiciens Nutritionnistes).

77. Dans la limite cependant du temps consacré au travail en cabinet. Les diététiciennes et diététiciens peuvent en effet, par exemple, arbitrer en faveur de davantage de temps de loisir ou de travail domestique, ou bien en faveur d'activités professionnelles complémentaires, comme des remplacements à l'hôpital, des interventions en collectivités, *etc.*

78. Max WEBER (1995), *Économie et société. 1, Les catégories de la sociologie*, sous la dir. Jacques CHAVY et Éric de DAMPIERRE, trad. par Julien FREUND et al., Pocket, Paris.

79. Il s'agit du qualificatif employé par Arthur Malère lors de l'entretien téléphonique effectué le 15 mai 2017 : « Moi j'ai une très grosse patientèle. Je travaille trois jours par semaine au cabinet, j'ai cent quatre-vingt patients par mois, alors c'est une très très grosse patientèle ».

puisqu'il souhaite obtenir le meilleur résultat possible au moindre coût, le coût étant en l'occurrence mesuré par le temps de consultation nécessaire pour y parvenir. Il présente son dispositif et ses objectifs au cours de l'entretien :

Étienne : On⁸⁰ m'a dit que vous filmez vos consultations. Pourquoi ?

Arthur : Alors, pourquoi ? C'est que je pense que le métier de diététicien, beaucoup de gens qui m'en parlent ne travaillent pas sur *l'efficacité clinique*⁸¹. En fait ils font beaucoup de choses qui sont bourrées de bienveillance mais qui sont totalement *inutiles*, comme laisser parler un patient de ses problèmes. En fait, moi je travaille beaucoup sur mon *efficacité clinique et relationnelle*. J'ai fait de mon ambition d'avoir des relations de confiance avec mes patients qui vont permettre de les aider de façon *efficace*. Donc en fait, pourquoi je filme mes consultations, parce que du coup je vais pouvoir faire un double visionnage derrière. Je vais pouvoir *voir tout ce qui n'a servi à rien* dans la consultation. Toutes les questions qui n'ont servi à rien, ou qui ont mis mal à l'aise le patient, ou qui ont créé des résistances chez lui. Mon but c'est qu'il y ait *le moins de résistances possible*. Donc c'est pour bien *conscientiser mes erreurs* et surtout bien conscientiser ce que je fais bien pour *faire un peu mieux* ce que je fais bien et *un peu moins mal* ce que je fais mal.

- : Oui, et vous trouvez que c'est efficace ?

- : Ben, par exemple moi je travaille parallèlement comme préparateur mental dans le sport de haut niveau. Qu'est-ce qu'il fait un sportif ? Il est filmé en permanence [...] ça a tout le temps fonctionné comme ça, à part qu'on a pas *une culture de l'efficacité*. On *évalue* même pas *l'efficacité clinique* en France. Même les psychologues ils n'évaluent pas si ce qu'ils font c'est de *qualité*. Il faut avoir *un regard un peu critique sur soi*. Se dire que « là quand j'ai posé cette question là je n'étais pas en train d'accompagner mon patient, j'étais en train de le convaincre »⁸². Cela crée chez lui des résistances. J'en prends conscience comme ça la prochaine fois je le ferai moins. C'est pour ça que je filme les consultations, c'est pour pouvoir aussi *s'auto-améliorer* et puis avoir aussi conscience de ce que l'on fait bien pour *mieux le faire*.⁸³

L'objectif de l'étude de ces enregistrements vidéos est de « s'auto-améliorer ». Il s'agit d'un dispositif d'amélioration de soi destiné à rationaliser les pratiques de suivi diététique, en les rendant plus efficaces et de meilleure qualité. En effet, le champ lexical de la quantification et de la rationalisation sont omniprésents dans cet extrait. Nous les avons surlignés. Le fait de filmer les consultations autorise, à l'instar des sportifs, un retour d'expérience sur ses pratiques de suivi. Le travail de suivi est ainsi appréhendé comme une performance que

80. C'est Pauline Malon qui m'avait indiqué qu'Arthur Malère filmait ses propres consultations.

81. c'est nous qui surlignons.

82. La distinction qu'établit Arthur Malère entre convaincre et accompagner les patientes et patients est analysée dans le chapitre suivant.

83. Entretien effectué par téléphone le 15 mai 2017.

l'on doit mesurer, quantifier, à la fois en termes de résultats pour le patient ou la patiente (« efficacité clinique ») et de temps consacré à chaque consultation. Arthur Malère prévoit des créneaux de vingt minutes par consultation, ce qui constitue un temps très limité, le plus contraint au sein de notre population enquêtée⁸⁴, au cours duquel le résultat doit être le meilleur possible. Le « double visionnage » doit permettre de « voir tout ce qui n'a servi à rien dans la consultation ». Aussi, Arthur Malère souhaite-t-il éliminer des consultations tout geste jugé superflu, toute phrase considérée comme inutile voire contre-productive. L'objectif est de ne susciter aucune résistance chez le patient ou la patiente, une telle résistance entraînant irrémédiablement la perte d'un temps précieux car compté, puisqu'il s'agit d'un obstacle dont la nécessaire levée pour instaurer un suivi satisfaisant et efficace est chronophage. Il entend ainsi se distinguer de ses collègues qui « font beaucoup de choses qui sont bourrées de bienveillance mais qui sont totalement inutiles, comme laisser parler un patient de ses problèmes ». Ses collègues, des femmes pour l'essentiel, sont donc guidées, selon lui, dans leurs pratiques professionnelles, par une bienveillance compréhensible, qui les conduit à faire inutilement, du point de vue du résultat⁸⁵, de l'efficacité clinique du suivi, preuve d'empathie pour les patientes et patients. A l'inverse, notre diététicien entend adopter une perspective rationnelle, presque scientifique, à froid (par le visionnage, *a posteriori*, des vidéos), réfléchie, sur ses pratiques. Il cherche l'amélioration continue vers l'optimalité, à l'instar des ingénieurs de l'industrie de la fin du 19^e siècle qui, sous l'impulsion de F.W.Taylor, étaient à la recherche du « *one best way* » pour les chaînes de production de leurs usines. Par ailleurs, en voulant ainsi opposer, par la pratique et par le discours sur les pratiques, d'une part un suivi bienveillant, chaleureux, bavard, chronophage, et d'autre part un suivi rationalisé, technicisé, quantifié, efficace, Arthur Malère emprunte aux stéréotypes de genre. Il semble opposer à un suivi amateur, féminin, un suivi professionnel, masculin. Au-delà de l'effectivité ou non de la rationalisation de ses pratiques de suivi, Arthur Malère met à profit son appartenance de sexe pour implicitement, et peut-être inconsciemment, cela n'est pas la question, faire reposer son discours sur les représentations produites par le genre. De la sorte, Arthur Malère tire profit de sa différence sexuelle pour se distinguer de l'essentiel de ses collègues, presque

84. A titre de comparaison, Pauline Malon consacre entre une demi-heure et une heure pour une consultation de suivi, selon le caractère plus ou moins bavard du patient ou de la patiente en question. Fany Lebois, à Paris, consacre quant à elle trois quart d'heure par patiente ou patient.

85. La façon dont on évalue le « résultat » d'un suivi n'est pas évidente et fait l'objet de développements dans les deux derniers chapitres. L'objectif du suivi diététique est également le sujet de polémiques entre professionnels. En particulier, pour Arthur Malère, il faudrait renoncer au caractère central de l'objectif de perte de poids.

exclusivement féminines⁸⁶.

Pauline Malon, qui participe au moins une fois par an à des journées de formation proposées par Arthur Malère, à Lyon, revendique à l'inverse l'utilité des bavardages, des échanges avec les patientes et patients n'ayant pas un lien direct avec les raisons du suivi (perte de poids, image corporelle, *etc*). Bien que le formateur l'y incite, elle m'a indiqué lors de mes journées d'observations de ses consultations qu'elle n'imaginerait pas les filmer. Plus généralement, elle préfère « prendre le temps [avec les patientes et patients] ». Y en a qui vont vite, moi je préfère ça⁸⁷. Pauline Malon n'adopte pas, ce faisant, un comportement irrationnel qui nuirait à la rentabilité de son activité. Au contraire, le fait de « prendre le temps » d'échanger, parfois longuement, certaines consultations de suivi pouvant durer une heure⁸⁸, contribue, par un effet de sociabilité, à renforcer les liens d'attachement entre la personne qui consulte et sa diététicienne. Cela est susceptible de fidéliser davantage la patientèle et donc d'accroître à terme sa taille. Les échanges, l'écoute dont fait preuve la diététicienne de Mélieu en consultation, sont appréciés par les patientes avec qui nous nous sommes entretenues, Alyssa Ravelli et Amandine Morin. Pauline Malon est décrite par ces patientes comme « à l'écoute » et « empathique » ce qui contribue grandement, de leur point de vue, à la qualité du suivi. Il lui arrive cependant de déplorer le caractère trop chronophage, et donc, toutes choses égales par ailleurs, moins rémunérateur, de ses pratiques. Néanmoins, son attachement aux discussions en apparence superflues avec les patientes et patients peut également s'analyser comme une façon d'euphémiser la marchandisation du service (*cf* section 3 page 201). Il s'agit en outre, pour elle, d'une protection contre la lassitude que pourraient susciter des suivis pour l'essentiel de patientes désirant perdre du poids :

Pauline : La relation n'est jamais la même. C'est pour ça, souvent j'ai des stagiaires qui me disent "je ne pourrai pas faire ça", ça discute, beaucoup. Je me souviens d'une stagiaire qui était venue. Elle était esthéticienne avant. Elle m'avait dit "oh là là on

86. Arthur Malère est connu de nombre de diététiciennes et diététiciens. Lorsque nous soumetons à Katia Valey, une diététicienne de région parisienne vice-présidente du GROS, un courant concurrencé par les méthodes proposées par Arthur Malère, l'idée que les hommes progressent plus vite généralement dans les métiers très féminisés, elle associe cela au fait que l'on estime toujours un homme, comme Arthur Malère par exemple, car il était question de lui au cours de cette séquence de l'entretien réalisé à son cabinet le 19 juin 2017, plus compétent, toutes choses égales par ailleurs. Il sera moins facilement fait crédit de compétences aux femmes. Elle l'exprime ainsi : « Oui parce qu'il y a un doute [s'agissant de la compétence des diététiciennes]. Ah lui c'est un homme, on les appelle « docteur » ! ».

87. Entretien effectué à son cabinet le 19 juillet 2017.

88. La tarification est identique. Quel que soit la durée d'une consultation de suivie, celle-ci est facturée à hauteur de 35€ par la diététicienne de Mélieu.

blablate, moi ce n'est pas mon truc, moi je veux être dans les hôpitaux, je fais des menus, tac tac tac, je ne veux pas discuter". Mais du coup ce n'est jamais pareil. Je n'ai jamais deux journées qui se ressemblent. A part quand certains patients ne parlent pas, bon, je ne m'y retrouve pas spécialement mais dans la journée y en a pas tellement. Étienne : Donc y a pas trop de lassitude ?

P : Donc, non.⁸⁹

L'objectif poursuivi par Pauline Malon ne se limite ainsi pas à la maximisation de la taille de sa patientèle. Il inclut également des considérations relatives à la satisfaction au travail. Consacrer davantage de temps, d'une manière apparemment désintéressée, à certaines personnes venant consulter répond ainsi à une double rationalisation de son activité. Premièrement, cela permet de fidéliser sa patientèle et d'accroître la qualité perçue des suivis. Deuxièmement, cela lui permet de préserver sa motivation intrinsèque, c'est-à-dire l'intérêt qu'elle trouve dans l'activité elle-même et pas seulement dans ses conséquences en terme de rémunération.

Ainsi, l'objectif de rentabilité, dans un cadre concurrentiel, contraint les diététiciennes et diététiciens exerçant à libéral à chercher la satisfaction des patientes et patients d'une part, et la maximisation du nombre de consultations, ce qui peut supposer une diminution du temps consacré à chaque patient (optimisation), ou au contraire un arbitrage en faveur d'un temps *a priori* improductif mais qui peut être porteur de satisfactions, tant pour la diététicienne, nous l'avons vu, que pour les patientes et patients, comme nous le verrons au cours de la deuxième section de ce chapitre. Il est en effet pertinent de s'intéresser au point de vue des patientes et patients puisqu'ils sont l'objet des formes de concurrences ressenties par les diététiciennes et diététiciens. Les patientes et patients rencontrés au cours de l'enquête font-ils jouer la concurrence (entre diététiciennes et diététiciens ou avec d'autres offreurs de services visant la perte de poids) ou, au contraire, manifestent-ils l'existence de liens de dépendance, d'attachement, vis-à-vis de leur diététicienne ou diététicien ?

89. Entretien effectué à son cabinet le 19 juillet 2017.

2 Concurrence ou dépendance ? Les patients et leur diététicien

Si l'ensemble des diététiciennes et diététiciens interviewés ne se sentent pas nécessairement en concurrence avec d'autres praticiens ou d'autres acteurs du marché diététique, ils mettent en place des pratiques, notamment de gestion de leur activité libérale, permettant la poursuite d'un objectif de rentabilité, notamment par le suivi d'un nombre suffisant de patientes et patients. Ces pratiques visent à séduire des patientes et patients qui pourraient, dans le cas contraire, renoncer à tout suivi, s'adresser à un autre praticien ou bien encore recourir aux services d'autres types d'offres (Weight Watchers® ou Natur House® par exemple). De leur côté, les patientes et patients rencontrés sont-ils sensibles aux autres offres de services diététiques ? Dans quelle mesure et comment font-ils jouer la concurrence ou au contraire s'attachent-ils à leur diététicienne ou diététicien sous l'effet de liens personnalisés qui se construisent au cours des suivis ? C'est à ces interrogations que cette section entend répondre.

2.1 Choisir son diététicien ou sa diététicienne

Afin d'enquêter sur la question du positionnement des patientes et patients vis-à-vis de la concurrence qui peut exister sur des marchés diététiques locaux⁹⁰, il est opportun de considérer en premier lieu le choix de son diététicien ou de sa diététicienne. En effet, alors que, comme nous le verrons, le suivi est susceptible de provoquer des liens de dépendance, d'attachement, vis-à-vis de son diététicien ou de sa diététicienne, et rendre donc plus improbable une mise en concurrence, le choix initial du praticien serait, *a priori*, l'occasion idéale d'une mise en concurrence entre diététiciennes et diététiciens ou entre le fait d'opter pour un suivi diététique ou le recours à d'autres types de services destinés à favoriser la perte pondérale.

90. Nous parlons de « marchés diététiques locaux » dans la mesure où le caractère spatialisé des concurrences a été précédemment mis en évidence.

2.1.1 Un diététicien ou une diététicienne qui s'impose

La proximité géographique est le critère de choix du diététicien ou de la diététicienne commun à la plupart des patientes et patients. Ainsi, la grande majorité des patientes et patients observés en consultations résident ou travaillent (lorsque nous disposons de ces informations) à proximité du cabinet de leur diététicienne. Il apparaît donc probable que cela ait constitué un critère prépondérant dans le choix de la diététicienne, plutôt que le prix du service de suivi ou la réputation de la praticienne. Par exemple, parmi les consultations observées au cabinet parisien de Fany Lebois, Fabrice, un homme d'une quarantaine d'années, vient en scooter, pour une séance de suivi d'une durée de quarante-cinq minutes, au cours de sa pause méridienne. Il paraît raisonnable de supposer qu'il travaille à proximité. De même, Angèle, une enfant de huit ans environ qui est venue consulter avec son père, en raison d'un léger sur-poids, est scolarisée dans l'école primaire qui jouxte le cabinet diététique. Pareillement, Pauline Malon reçoit des patientes et patients résidant pour l'essentiel à proximité. Cela est le cas, par exemple, de Jennifer, une jeune mère qui réside dans un village limitrophe de la petite ville dans laquelle exerce la diététicienne. Le critère de la proximité spatiale, plutôt que celui du prix ou de la qualité anticipée du suivi, est parfois explicitement cité comme étant le critère déterminant par les patientes interviewées. Laura Barjou, une mère de famille divorcée, âgée d'une cinquantaine d'années, qui travaille à Paris dans le secteur de l'édition, mais qui réside dans une ville à la population relativement aisée de la grande couronne parisienne, a débuté un suivi trois années avant l'entretien⁹¹ « pour perdre du poids ». Elle a choisi de consulter Sara Perrier car c'était la seule diététicienne de sa commune. Ainsi, une faible concentration spatiale des diététiciennes et diététiciens rend peu probable leur mise en concurrence par les patientes et patients, ceux-ci se dirigeant vers le praticien ou la praticienne la plus proche.

Les autres témoignages des patientes interrogées permettent de mettre en évidence l'importance d'autres facteurs les ayant conduites à choisir leur diététicienne : le fait d'avoir été orientée par un médecin généraliste ou la réputation de la diététicienne. Ce second critère, qui a décidé Gisèle Pommier, pourrait correspondre à la comparaison, la mise en concurrence, de plusieurs diététiciennes et diététiciens en fonction de leur réputation, c'est-à-dire en fonction de la qualité espérée du suivi. Dans les faits cependant, Gisèle Pommier ne fait pas jouer

91. Entretien téléphonique effectué le 31 octobre 2017.

la concurrence. En effet, alors qu'il existe d'autres diététiciennes et diététiciens exerçant plus à proximité de sa petite ville de résidence, Baillus⁹², Gisèle Pommier préfère consulter Juliette Poudale, qui exerce dans une petite ville située à plus de trente minutes en voiture, suite à la recommandation que lui a adressée une amie. Elle décide donc de consulter suite à un avis, un témoignage, auquel elle accorde crédit, en raison de la proximité sociale qui existe entre son amie et elle. La réputation de Juliette Poudale est ainsi pour Gisèle Pommier absolue. Elle ne peut la comparer à celle d'autres diététiciennes et diététiciens puisqu'elle ne dispose que d'un seul témoignage, auquel elle accorde du crédit. Lorsque nous lui demandons comment est-ce qu'elle a connu Juliette Poudale, elle répond ainsi :

« Et bien c'est quelqu'un de Baillus, parce que j'habite Baillus, qui avait perdu. Elle y va cette dame depuis à peu près dix ans. Elle y avait été et j'avais dit "waou! Mais vous avez perdu des kilos", quelqu'un que je connaissais bien. Elle m'a dit : "oui oui". Et puis je lui dit "vous avez été où" ? Elle me dit "ah si vous voulez je vous donne sa carte" donc elle m'a donnée sa carte. »⁹³

Le témoignage d'une personne qu'elle « connaissai[t] bien » convainc Gisele Pommier de consulter Juliette Poudale pour perdre du poids. Cette personne témoigne par les kilos qu'elle a perdus, qui accréditent encore davantage son témoignage en lui donnant du poids. Cela attise la curiosité et l'envie de Gisèle Pommier qui lui demande une recommandation pour un suivi diététique efficace, ce qu'elle obtient. Il n'y a pas véritablement de mise en concurrence mais simplement un effet de réputation.

Cinq patientes et patients rencontrés ont quant à eux choisi leur diététicienne suivant les conseils de leur médecin traitant. Deux patientes de région parisienne ont consulté Fany Lebois sur recommandation médicale. La diététicienne a exercé entre 2012 et 2016 dans une ville aisée limitrophe de Paris. Elle exerce depuis l'année 2016 dans un arrondissement de l'ouest parisien, situé à proximité de son domicile mais à environ trois quart d'heure en transports en commun de son ancien lieu d'exercice. Malgré cette distance, un médecin généraliste de son ancienne ville d'exercice continue à orienter vers elle une partie de ses patientes et patients. C'est la raison pour laquelle Daniella, la patiente d'origine mexicaine de Fany Lebois dont il a été question précédemment, est venue consulter une diététicienne située à trois-quart d'heure en transports en commun de son domicile, alors même que

92. Il s'agit du nom anonymisé de la petite ville de 5500 habitants où réside Gisèle Pommier.

93. Entretien téléphonique effectué le 8 décembre 2017.

son emploi du temps est particulièrement contraint⁹⁴. De même, Sophie Bricou, une autre patiente de Fany Lebois, une étudiante de vingt-trois ans qui souffre d'anorexie, a également été orientée, au printemps 2014, trois années avant l'entretien⁹⁵ et la consultation que nous avons pu observer⁹⁶, vers Fany Lebois, qui a effectué des formations secondaires diplômantes en vue de suivis de patientes et patients souffrant de troubles du comportement alimentaire.

En milieu rural, nous pouvons prendre l'exemple d'une jeune patiente, Alyssa Ravelli, et d'un couple de retraités, Paul et Simone Jasseron, qui ont également été conduits à recourir au service d'une diététicienne suite à une recommandation médicale. Simone, que nous connaissions avant l'enquête⁹⁷ m'a indiqué, au cours de l'entretien⁹⁸, qu'elle avait consulté son médecin traitant, que nous appelons Talonne, en janvier 2007, en raison du franchissement du seuil symbolique des cent kilogrammes, pour une taille d'environ un mètre soixante cinq. Talonne lui conseille, allant ainsi à l'encontre de ses attentes, de consulter la diététicienne disposant d'un cabinet dans la ville limitrophe⁹⁹ :

Étienne : Et donc c'est Talonne qui vous a envoyé chez la diététicienne c'est ça ?

Simone : Oui.

E : Il vous a dit ?

Simone : Non c'est moi qui y suis allée. J'ai honte de dire combien je pesais mais je vais te le dire. Moi quand je suis allée trouver Talonne je pesais cent deux kilos.

E : Est-ce que c'est la barrière des cent kilos ?

Paul : Oui, psychologiquement.

Simone : J'ai dit à Talonne : "je me suis pesée, alors là c'est pas possible, je vais finir par exploser." C'est lui qui m'a dit, je vais vous donner une adresse à kinéo¹⁰⁰ je vous

94. Pour se faire une idée du degré de contrainte qui pèse sur son emploi du temps, pour des raisons professionnelles principalement (elle a un conjoint mais pas d'enfant), il suffit de se remémorer la scène présentée précédemment concernant la laborieuse fixation d'un créneau pour une seconde consultation. En outre, l'observation de cette première consultation du 15 juin 2017, nous indique, grâce aux questions posées par Fany Lebois, que Daniella exerce une fonction salariée à plein temps dans une entreprise située à une heure et demi de trajet en transports en commun de son lieu de résidence.

95. Il s'agit d'un entretien effectué par skype le 24 juin 2017.

96. Il s'agit d'une consultation observée au cabinet de Fany Lebois le 30 mai en début de soirée.

97. Simone travaillait en tant qu'assistante maternelle et famille d'accueil pour le Conseil Général d'un département rural de la région lyonnaise. Mes parents ont eu recours à ses services durant une année entre septembre 1994 et septembre 1995. Nous sommes depuis restés en contact. Son mari, Paul, est ouvrier à la retraite. Ils ont deux enfants âgés d'une quarantaine d'années et habitent un petit pavillon dans un bourg limitrophe de Mélieu.

98. Entretien effectué au domicile de Simone et Paul Liseron dans une commune rurale de la région lyonnaise, le 10 juillet 2017.

99. Il s'agit du cabinet dans lequel s'installe, quelques mois plus tard, Pauline Malon, suite au remplacement de cette précédente diététicienne, Coralie Pinto, pour congé maternité. Coralie Pinto ayant cessé son activité libérale suite à son accouchement, Pauline Malon exerce aujourd'hui encore dans ce cabinet.

100. « Kinéo » est un centre de kinésithérapie doté d'une piscine. Il se trouve à Mélieu. Le centre héberge le cabinet de plusieurs kiné, dont le compagnon de Pauline Malon, qui loue également un cabinet au sein de

envoie voir une diététicienne. Bon. Et je lui ai dit "on va aller tous les deux comme ça on va être plus motivés." [...]

Simone : C'est vrai que moi quand je suis allée trouver Talonne, je ne pensais pas qu'il allait m'envoyer vers une diététicienne.

E : Tu pensais qu'il allait faire quoi ?

Simone : Bah ou me donner un régime Mayo ou je ne sais pas quoi.

Paul : Non mais dans le temps, des diététiciennes y en avait déjà bien moins qu'aujourd'hui donc le généraliste il te faisait un régime.

Simone : Moi je ne savais pas. Je n'avais aucune idée. Je savais que ça existait les diététiciennes mais je ne savais pas qu'il y en avait une sur Mélieu¹⁰¹. Donc je n'avais aucune idée de ce qu'il allait nous proposer.¹⁰²

Au-delà de la symbolique des trois chiffres du poids, et de la volonté de consulter en couple pour une plus grande motivation, cet extrait est particulièrement intéressant en ce qu'il met en évidence le rôle non seulement d'orientation, vers une diététicienne en particulier, Coralie Pinto en l'occurrence, mais également le rôle de suggestion que peut jouer le médecin généraliste. En effet, sans la recommandation du docteur Talonne, Simone et son mari Paul n'auraient jamais eu l'idée de consulter une diététicienne. En allant consulter son médecin généraliste, Simone Liseron ne s'attendait pas à être « envoy[ée] vers une diététicienne ». Bien au contraire, elle pensait se voir prescrire un régime classique, « Mayo » par exemple, comme cela fut précédemment le cas au cours de son histoire personnelle. Le régime « Mayo » provient à l'origine des États-Unis. Apparue, vraisemblablement au sein du milieu médical, dans les années 1970, il se diffuse largement dans les années 1980. Ce régime est par exemple évoqué à plusieurs reprises dans la revue *Elle* dans les années 1980, comme nous avons pu l'attester dans notre mémoire de Master 2. Il s'agit d'un régime très hypocalorique¹⁰³ et de courte durée. Il s'agit de ne consommer que 800 à 1000 calories par jour pendant deux semaines. Il comprend de nombreux interdits alimentaires. En matière de fruits par exemple, seuls les pamplemousses sont autorisés. La consommation d'œufs en abondance est recommandée durant le régime. Une telle restriction est très efficace à court terme puisque la perte de

ce centre pour un loyer mensuel de près de huit cent euros.

101. Il s'agit de la petite ville limitrophe que nous avons anonymisée.

102. Entretien effectué au domicile de Simone et Paul Liseron dans une commune rurale de la région lyonnaise, le 10 juillet 2017.

103. Le caractère très hypocalorique de ce régime amaigrissant est attesté par l'ANSES dans son rapport sur les risques liés à la pratique des régimes amaigrissants, voir de l'environnement et du travail AGENCE NATIONALE DE SÉCURITÉ SANITAIRE DE L'ALIMENTATION (2010), *Évaluation des risques liés aux pratiques alimentaires d'amaigrissement : rapport d'expertise collective, novembre 2010, édition scientifique*, ANSES, Maisons-Alfort.

poids est rapide. Les risques à plus long terme sont cependant considérables. Une importante reprise de poids suite au régime est, par exemple, probable¹⁰⁴. L'augmentation considérable du nombre de diététiciennes et diététiciens exerçant en libéral, et donc de l'offre de suivis diététiques en ville, y compris dans la petite agglomération de Mélieu, facilite le recours à une diététicienne. Cependant, sans la recommandation médicale, Simone et Paul ne seraient pas allés spontanément consulter Coralie Pinto. L'avis médical apparaît ainsi déterminant, et a conduit à un suivi, jugé satisfaisant par le couple, constitué de neuf consultations réparties au cours de l'année 2007. L'année suivante, alors que Coralie Pinto est en congé maternité, Alyssa Ravelli demande une consultation diététique au centre de kinésithérapie qui héberge le cabinet, alors occupé par Pauline Malon qui remplace Coralie Pinto. Âgée de dix-huit ans, elle a, elle aussi, été orientée par son médecin généraliste. C'est ce qu'elle indique lorsque nous lui demandons pour quelles raisons elle a eu l'idée d'aller consulter une diététicienne :

Alyssa : C'est mon médecin traitant qui me l'a conseillé. Et vu que là j'avais un salaire je me suis dit : "après tout, pourquoi ne pas essayer".

Étienne : Donc c'est le médecin qui t'a orientée ?

A : Oui. [...]

A : A la base ce n'est même pas Pauline¹⁰⁵ que je devais voir. Il s'est trouvé que la diététicienne¹⁰⁶ n'était pas disponible du coup c'est Pauline qui...

E : Tu as trouvé sur Internet ?

A : Non, en fait la personne que je devais voir était au même centre et vu qu'elle était pas disponible, ils m'ont dit : "mais Pauline Malon est disponible". Je me suis dit "tant qu'à faire, l'une ou l'autre", je connais pas donc...

Alyssa Ravelli, qui continue aujourd'hui à être suivie par Pauline Malon, a décidé de consulter une diététicienne suite à la recommandation de son médecin traitant. En outre, l'avis médical ne l'a pas véritablement orienté vers une diététicienne en particulier (« Je me suis dit "tant qu'à faire, l'une ou l'autre", je connais pas donc ») mais vers le recours à un service de suivi diététique. L'opinion du médecin ne s'est donc pas avérée prépondérante quant au choix de la diététicienne, puisque, ne connaissant personnellement ni Coralie Pinto, ni Pauline Malon, elle n'a pas hiérarchisé les deux services. Elle l'a en revanche été en ce qui concerne le fait d'opter pour un suivi diététique en libéral. Plus généralement, parmi nos

104. La question du recours aux régimes amaigrissants est traitée essentiellement au sein du chapitre 5 consacré exclusivement à cette question.

105. Alyssa Ravelli, comme l'ensemble des patientes que nous avons interviewées, nous y reviendrons, appellent leur diététicienne par leur prénom uniquement.

106. Il s'agissait de Coralie Pinto.

enquêtés, s'il y a des comparaisons, des mises en concurrence, c'est principalement entre le suivi diététique individuel et d'autres offres destinées à perdre du poids, plutôt qu'entre diététiciennes et diététiciens.

2.1.2 Le choix du suivi diététique

Les patientes et patients rencontrés effectuent en effet principalement un choix entre différents types de services destinés à favoriser la perte de poids plutôt qu'entre plusieurs diététiciennes et diététiciens. De la sorte, ils peuvent être amenés à comparer et à mettre en concurrence ces différents services entre eux. Il s'agit principalement, comme nous allons le voir, de comparer un suivi diététique individuel en libéral avec un suivi de groupe proposé par Weight Watchers[®], ou un suivi auprès d'un médecin généraliste. Les comparaisons peuvent s'effectuer suite à la circulation de patientes et patients entre différents types de services. Le constat de l'existence de ce phénomène migratoire est dressé par l'ensemble des diététiciennes et diététiciens rencontrés, à l'instar de Cassandra Rosset, diététicienne exerçant en milieu rural, au sein d'une maison de santé, depuis septembre 2016 :

« Tout ce qui est Natur House[®] ¹⁰⁷, tout ça, je récupère pas mal de patients en fait qui sont déçus, qui trouvent que ça leur a coûté cher. Moi j'ai une patiente qui était déçue, qui trouve que ça lui a coûté cher, après un mois de Natur House[®] elle avait explosé le taux de sucre. Donc pas convaincue. Donc elle est venue me voir donc on a repris les choses différemment. » ¹⁰⁸

Ainsi, de nombreux patientes et patients, déçus par leurs expériences précédentes auprès d'autres types de services destinés à faciliter la perte de poids, décident de recourir à un service différent, en l'occurrence un suivi diététique en libéral. Cassandra Rosset « récupère » en effet des « patients [...] qui sont déçus », « pas convaincu[s] », par d'autres offres, que ce soient en raison des tarifs (« ça leur a coûté cher ») ou des résultats (« elle avait explosé le taux de sucre »). Le cas d'Alyssa Ravelli, une patiente de Pauline Malon, permet de comprendre comment la valorisation du suivi diététique en libéral peut se construire relativement aux déceptions qui ont précédemment caractérisé le recours à d'autres services pour maigrir ou contrôler son poids. Alyssa Ravelli, issue d'une famille populaire rurale, a souffert

107. Natur House[®] est une entreprise implantée sur tout le territoire français. Elle propose des consultations gratuites avec des diététiciennes et diététiciens. Ceux-ci sont salariés par l'entreprise et sont tenus de conseiller le recours aux produits minceur, diurétiques notamment, proposés à la vente.

108. Entretien effectué à son cabinet le 13 avril 2017.

de troubles endocriniens consécutifs à un dérèglement de la thyroïde durant l'adolescence. Par conséquent, elle a connu des difficultés considérables dans la maîtrise et la stabilisation de son poids. Son adolescence s'est effectuée au rythme de ses variations pondérales, des quolibets qui s'en suivirent, et des souffrances esthétiques qui en découlèrent. Elle a donc été l'objet de suivis médicaux, décevants, avant de débiter les consultations avec Pauline Malon. Elle a également consommé, sans succès, des gélules amaigrissantes :

Étienne : Donc tu avais vu d'autres professionnels de la santé ?

Alyssa : A la base c'était mon médecin traitant qui me prenait en charge et m'orientait, et me donnait des fiches régime avec des indications alimentaires qu'il faudrait, en fonction de ma taille et de mon poids, que je mange. Mais c'est un truc qui, moi, ne m'aidait pas du tout.

E : Oui c'est un truc un peu générique. ça n'a rien à voir avec ce que tu as pu trouver chez Pauline ?

A : Non, vraiment pas !

E : Et tu n'avais jamais vu les Weight Watchers® ou Natur House® ?

A : Non, par contre, tout ce qui est les comprimés aide-minceur et compagnie, ça j'ai testé ! forcément !

E : En pharmacie ?

A : Oui.

E : Et ça c'est tes parents qui t'en parlaient ou c'est toi qui ?

A : pfff ... c'est moi qui, on entend beaucoup de choses à la télé.

E : T'avais envie d'essayer ?

A : Je me disais : "si ça marche sur les autres, pourquoi pas sur moi".

E : Oui.

A : Ouais ça marche sur le moment, très légèrement, mais pas après...¹⁰⁹

Alyssa Ravelli a en particulier été déçue par les « fiches régimes » que lui fournissait son médecin généraliste. Cette prestation, stéréotypée, puisque les rations étaient fiées directement en fonction de la taille et du poids, très différente de celle proposée par sa diététicienne, est en effet jugée inadaptée puisque cela « ne [l'] aidait pas du tout ». De même, les gélules amaigrissantes, prometteuses, à en croire les publicités diffusées « à la télé », se sont avérées peu efficaces à court terme et inutiles à plus long terme. Ainsi, en comparaison, le suivi diététique en libéral lui est apparu plus en adéquation avec ses besoins.

La comparaison avec d'autres offres du marché diététique peut également s'effectuer

109. Entretien effectué au domicile de mes parents, Alyssa résidant dans la même commune, le 16 mai 2017.

non plus à partir de ses propres expériences mais du récit des expériences d'autrui. Pour illustrer cela, nous pouvons nous appuyer sur l'exemple des comparaisons entre un suivi diététique en libéral et un suivi proposé par Weight Watchers® (WW). Gisèle Pommier, une patiente de Juliette Poudale âgée de soixante-quinze ans et qui appartient aux classes populaires rurales¹¹⁰, se félicite d'avoir choisi une diététicienne libérale plutôt que WW pour l'aider à perdre du poids. En effet, elle estime que ses consultations mensuelles auprès de Juliette Poudale, qui ont débuté en février 2017, soit neuf mois avant l'entretien, sont à la fois plus adaptées à ses besoins et moins chères, donc nettement plus intéressantes :

Étienne : Et donc les consultations elles durent combien de temps aujourd'hui ?

Gisèle : Euh, alors, j'y vais pour trois heures¹¹¹ ... une demi-heure. Une demi-heure qu'on discute, qu'elle me regarde, qu'elle me pèse.

E : Et le prix c'est à peu près 30€ c'est ça ?

G : Alors les deux premières c'est 44€ et après c'est 28€ par mois.

E : Pour vous c'est pas une somme...

G : Écoutez oui parce que j'y laisserais ... J'ai une collègue qui est au Club¹¹² avec moi, qui va à Watchers. Et elle, elle donnait (elle n'y va plus là) 10€ tous les mardis.

E : D'accord donc ça fait plus.

G : ça fait 40€. Elle était en groupe. Moi j'ai horreur de ça. Et puis j'ai pas trouvé que¹¹³ ... ça faisait trois ans qu'elle y allait. Imaginez trois ans à 40€ par mois. ça fait quand même une sacrée somme. Alors que moi je pense que je vais y aller encore trois ou quatre fois jusqu'en février-mars, si vraiment. Et puis après elle m'a dit une à deux fois dans l'année pour faire le point. [...]

E : Et donc WW vous n'avez pas essayé ?

G : Ah non ! Je n'aime pas être en groupe. Moi je suis très indépendante. Et puis se faire peser devant tout le monde. Et puis apparemment elle nous dispute la dame quand on a pas perdu ce qu'elle voulait. Donc c'est vrai que c'est pas... Et puis 10€ ! Et puis faut sortir, faut y aller le soir, une fois par semaine.¹¹⁴

Lorsqu'est évoqué le coût du suivi, Gisèle Pommier le compare spontanément à un service jugé comparable, et donc potentiellement concurrent, WW. Elle s'appuie sur le témoignage d'une autre femme, elle aussi membre du club des amis de Baillus, la petite ville à proximité de son lieu de résidence. A raison d'une séance hebdomadaire facturée 10€, cela se

110. Gisèle Pommier est la fille d'une famille de petits paysans. Elle a épousé un ouvrier d'une usine de la petite ville voisine, de sept ans son aîné, avec lequel elle vit toujours, aux abords de cette même petite ville. N'ayant « pas fait d'études », elle n'a pas pu devenir infirmière. Elle a été pour l'essentiel femme au foyer, notamment pour s'occuper de son deuxième enfant, une fille lourdement handicapée.

111. Il faut comprendre que sa consultation débute traditionnellement à 15h.

112. Il s'agit du club des amis de Baillus, la petite ville proche de son domicile.

113. Elle n'a pas perdu beaucoup de poids par cette méthode collective.

114. Entretien téléphonique effectué le 8 décembre 2017.

révèle au total plus onéreux que son suivi auprès de Juliette Poudale. En outre, le suivi de sa « collègue » a duré trois années, ce qui engendre un coût total très élevé, qu'elle nous invite à « imagin[er] », à considérer (« Imaginez trois ans à 40€ par mois »). Par comparaison, son suivi lui semble moins onéreux, d'autant qu'il doit passer à un rythme annuel ou bi-annuel, « pour faire le point », à partir de la fin de l'hiver 2018, soit un an après son commencement. A cet atout financier, s'ajoute une meilleure adaptation à ses besoins du service proposé par la diététicienne. En effet, Gisèle Pommier préfère bénéficier d'un suivi individuel puisqu'elle « n'aime pas être en groupe ». Plus généralement, elle n'apprécie pas la méthode, sur le plan formel, organisationnel, proposée par WW, qui repose sur l'effet de groupe et sur la fréquence élevée des réunions (une par semaine), donc davantage contraignante que les rendez-vous mensuels auprès de la diététicienne. Le surcroît de temps qu'exigerait un tel suivi serait d'autant plus contraignant que Gisèle Pommier se dit « très active malgré la retraite », puisqu'elle est impliquée dans de nombreuses manifestations associatives locales. La comparaison avec WW, par l'intermédiaire de témoignages d'amis, de proches ou de collègues de travail, peut également porter sur le contenu du suivi, et non plus sur le coût et l'organisation du suivi. Amandine Morin, une patiente de Pauline Malon depuis décembre 2013, née en 1973 dans une famille ouvrière picarde, qui a démissionné de l'armée suite à un burn out en 2015, et qui effectuait, lors de l'entretien en janvier 2017, des études à Paris de reconversion dans le domaine de l'intervention sociale, en témoigne :

Étienne : Est-ce que tu es allée voir d'autres offres diététiques comme WW ou Natur House® ?

Amandine : Non, alors ça il était hors de question que je le fasse. Parce que j'ai vu des amis le faire . . . Non. J'ai vu des collègues de travail. Là il y a je sais plus quel régime à la mode, par nombre de points.

E : Oui, ça aussi c'est WW.

A : Mais je pense que ce n'est qu'éphémère. Effectivement sur une période de six mois tu vas peut-être perdre. Mais après, moi, j'ai eu pas mal de yo-yo avec plus de reprises et après quand ils sont là ils sont là [les kilos repris].¹¹⁵

Amandine préfère suivre une diététicienne plutôt que l'exemple de ses amis ou collègues. Ces derniers peuvent perdre plus rapidement du poids, en suivant des techniques plus radicales comme celle du régime par points, les points comptabilisant les calories ingérées, proposée par WW, mais s'exposent au risque d'une conséquente reprise pondérale une fois

115. Entretien effectué dans un café parisien le 4 janvier 2017.

la contrainte relâchée. Il s'agit de l'effet « yo-yo » auquel Amandine sait être sujette, en raison de sa trajectoire pondérale heurtée. Elle préfère ainsi poursuivre son suivi diététique avec Pauline Malon plutôt qu'opter pour des offres alternatives inenvisageables car jugées dangereuses pour elle, puisqu'il est « hors de question qu'[elle] le fasse ».

Ainsi, si les patientes et patients rencontrés comparent et donc mettent en concurrence ou justifient leur choix, cela porte davantage sur le fait qu'ils ont opté pour un suivi diététique individuel en libéral plutôt que pour d'autres services destinés à faciliter la perte de poids, plutôt que sur le choix de la diététicienne ou du diététicien. Aussi les patientes et patients rencontrés ne mettent-ils pas en concurrence les diététiciennes et diététiciens entre eux.

2.2 Mesurer la dépendance

Nous avons établi que des comparaisons, des concurrences, peuvent s'établir entre différents types d'offres marchandes de services diététiques. Par construction de notre échantillon, les patientes interrogées ont opté pour des suivis diététiques individualisés, mais des arbitrages défavorables aux diététiciennes et diététiciens libéraux existent bien évidemment. Le prochain développement entend s'intéresser non plus à la concurrence entre types de services d'aide à la perte de poids différents mais entre diététiciennes et diététiciens offrant des services objectivement très similaires. Il s'avère cependant que ces services diffèrent en raison de la spécificité de la relation établie au cours d'un suivi. Avant d'enquêter sur les causes précises de la dépendance qui peut s'instaurer entre un ou une patiente et son ou sa diététicienne, il s'agit de montrer que la dépendance sus-mentionnée se donne à voir dans les entretiens.

La dépendance, ou l'attachement, des patientes interviewées par rapport à leur diététicienne se manifeste dans la distance qu'elles sont ou seraient prêtes à parcourir pour maintenir un suivi avec leur praticienne en cas de déménagement. Il semble ainsi possible d'appréhender, de mesurer, le degré de dépendance, ou d'attachement, des patientes et patients rencontrés vis-à-vis de leur diététicienne par le truchement de situations, fictives ou réelles, de déménagements.

La situation fictive d'un déménagement a ainsi été soumise en entretien à certaines des patientes afin de recueillir leurs réactions. Celles-ci témoignent des efforts qu'elles seraient prêtes à consentir pour ne pas devoir rompre le lien de suivi. Alyssa Ravelli, une

patiente suivie par Pauline Malon depuis environ huit ans lors de l'entretien, a une réaction emblématique :

Étienne : Et si, imaginons, situation fictive, tu devais déménager, très loin, est-ce que tu irais voir une autre diététicienne ?

Alyssa : Je pense que j'irais en voir une autre mais j'aurais du mal à en trouver une autre comme Pauline. Mais je pense que franchement, loin, ça dépend loin comment, mais si c'était pas si loin que ça, une heure de route je serais capable de les faire. Si ça fonctionne pas avec la personne qu'on a en face, forcément, alimentaires parlant, ça ne marchera pas¹¹⁶.

Alyssa Ravelli serait ainsi disposée à effectuer jusqu'à deux heures de route, à un rythme mensuel voire bi-mensuel, ce qui correspond à son rythme actuel, pour une consultation d'environ une demi-heure avec Pauline Malon, si un déménagement devait advenir. Elle pense avoir besoin d'un suivi diététique, puisqu'elle essaierait de consulter une autre diététicienne si la distance physique était trop importante. Elle appréhenderait cependant un tel changement, puisqu'elle estime qu'elle « aurai[t] du mal à [en] trouver une autre comme Pauline » avec qui cela « fonctionne » aussi bien. Dans les faits, plusieurs des patientes rencontrées effectuent d'ores et déjà des distances considérables pour assister à une consultation avec la diététicienne dont elles dépendent. Précédemment, les cas de Daniella, la patiente d'origine mexicaine de Fany Lebois qui doit emprunter durant quarante-cinq minutes environ le métro parisien pour se rendre à une consultation, et de Gisèle Pommier, une patiente de Juliette Poudale, qui doit conduire sa voiture durant une demi-heure pour se rendre à ses rendez-vous, ont été abordés. De même, Sophie Bricou, une patiente de Fany Lebois souffrant d'anorexie, effectue le même trajet que Daniella, puisqu'elle a préféré suivre sa diététicienne sur Paris. De même encore, en milieu rural, Virginie Arcan, une femme âgée de vingt-sept ans, travaillant dans le secrétariat médical par téléphone, préfère conduire une demi-heure pour se rendre au cabinet de Cassandra Rosset, plutôt que d'être suivie par une autre diététicienne ; Cassandra Rosset, effectuant alors un remplacement en milieu hospitalier, l'ayant accompagnée lors de son opération baryatrique, six mois auparavant¹¹⁷.

Le cas particulièrement intéressant de Amandine Morin permet de saisir sa dépendance par sa réaction face à un déménagement effectif, tout en introduisant la notion de personnalisation de la relation comme facteur de dépendance d'un patient ou d'une patiente

116. Entretien effectué au domicile de mes parents, Alyssa résidant dans la même commune, le 16 mai 2017.

117. Entretien effectué par Skype depuis son lieu de travail et mon domicile le 1er juin 2017.

vis-à-vis de son diététicien ou de sa diététicienne. Amandine Morin, qui est suivie, comme cela a été précédemment indiqué, par Pauline Malon depuis décembre 2013, a dû quitter la région de Mélieu, où exerce sa diététicienne, et où elle travaillait à la base militaire aérienne. En effet, suite à un *burn out* professionnel, lié notamment à des conflits avec sa hiérarchie, Amandine Morin décide d'entreprendre, à l'âge de quarante quatre ans, une reprise d'études, dans le domaine de l'intervention sociale, à Paris, en septembre 2016. Cette patiente, décrite comme étant une personne « très seule » par Pauline Malon¹¹⁸, qui ressent un très grand besoin de parler, raison pour laquelle ses consultations sont prévues sur un créneau d'une heure¹¹⁹, pensait « honnêtement », en déménageant, ne plus consulter Pauline Malon à l'avenir et la remplacer, en quelque sorte, par une diététicienne parisienne parmi celles qui lui avait été conseillées par son ancienne praticienne :

Amandine : Et donc je pensais honnêtement au mois de septembre, c'était clair dans ma tête, malheureusement j'étais obligée de couper ce lien. Et bon elle m'avait donnée, parce qu'elle est dans un réseau, je ne sais pas si elle t'en as parlé, le GROS. Donc elle m'avait donnée quelques contacts sur Paris. Quand je suis arrivée ici avec ma formation je n'avais pas le temps, et puis après, la confiance que tu dois avoir et surtout ce que tu dois dire à la personne, je me suis dit la relation que j'ai noué avec Pauline, ça faisait pratiquement trois ans, comme elle m'avait dit que je pouvais lui écrire des nouvelles. Comment je gérais mon alimentation. Et donc en fait, Pauline, à un moment, au mois d'octobre, je me suis dit : "c'est à peu près correct, je peux aller la revoir." Plus ou moins explicitement je vais essayer de la revoir un peu. Tout en sachant que pour elle et pour moi, surtout pour moi, mon objectif c'est que j'arrive à être autonome. Mais moi, ce qu'il me fait peur c'est que comme je n'ai jamais réussi à stabiliser ben ...

Étienne : Vous vous sentez pas obligée, mais presque, de continuer ?

A : C'est rassurant. Même si, ouais ... après je me dis que de toute façon même si je ne vois plus Pauline, si je peux lui envoyer un mail elle pourra me répondre. Elle me connaît.¹²⁰

C'était à regret qu'Amandine Morin devait mettre un terme à la relation de suivi qu'elle entretenait avec Pauline Malon depuis près de trois ans, puisqu'elle était « malheureusement » dans l'obligation de « couper ce lien ». Le changement annoncé de diététicienne

118. Pauline Malon m'a décrit Amandine Morin de la sorte juste avant le début de la consultation à laquelle nous avons pu assister. Elle m'a également indiqué qu'elle accepterait sans doute un entretien, ce qui fut le cas, mais qu'il fallait m'attendre à ce qu'elle soit « très bavarde ».

119. La consultation que nous avons pu observer et enregistrer en partie, jusqu'à notre éviction au moment de la pesée, qui a eu lieu le 20 décembre 2016, a duré une heure et dix minutes. Il s'agissait de la seconde consultation depuis son départ pour Paris puisqu'Amandine Morin avait déjà pu revoir Pauline Malon à l'occasion des vacances de la Toussaint.

120. Entretien effectué dans un café parisien le 4 janvier 2017.

constituait donc une souffrance, manifestant ainsi un attachement à la praticienne de Mélieu. L'attachement, et donc la dépendance, semble tenir à autre chose qu'à la seule méthode générale de suivi. En effet, des recommandations vers d'autres diététiciennes et diététiciens s'inscrivant dans le même courant diététique, donc *a priori* avec des méthodes similaires, lui sont adressées par Pauline Malon. Aussi, ces praticiens devraient-ils être en mesure de lui proposer un service diététique théoriquement identique. En pratique cependant, la relation bâtie durant trois ans avec Pauline Malon a permis à la confiance de s'établir et à Amandine Morin de se confier. En raison des contraintes liées à un emploi du temps chargé et à la non substituabilité de la prestation de suivi diététique, Amandine Morin a préféré rester en lien, d'abord par Internet, puis à nouveau au cabinet de Pauline Malon à l'occasion des premières vacances universitaires, avec sa diététicienne attitrée. Pauline Malon la « connaît », contrairement aux autres diététiciennes et diététiciens qui pourraient poursuivre avec elle un suivi en région parisienne. Elle ressent encore le besoin de faire perdurer un suivi jugé « rassurant », en dépit d'un objectif, à terme, d'autonomie dans la gestion de ses pratiques alimentaires. Aussi, préfère-t-elle revenir dans le village limitrophe de Mélieu, où elle continue à louer un appartement, durant les vacances scolaires, pour pouvoir consulter Pauline Malon, alors même qu'elle ne possède aucune attache familiale dans ce département Rhône-alpin ¹²¹. Ainsi, Amandine Morin s'est confiée, s'est remise à Pauline Malon. Il semble en effet que la relation de suivi qui s'est établie entre la diététicienne et elle puisse relever de la « remise de soi » ¹²², tant, par exemple, elle était désespérée et recherchait de l'aide le jour de sa première consultation. Elle exprime cela dans l'entretien :

« Je lui disais : "ça je veux pas, ça je veux pas". "Aidez-moi mais je sais pas comment" (...). Je ne sais pas trop ce que j'attendais chez Pauline. Oui, qu'elle m'aide, mais après je me suis un peu laissée porter par elle. » ¹²³

Ainsi, Amandine Morin, lorsqu'elle est venue consulter Pauline Malon quelques jours avant Noël, en 2013, recherchait « de l'aide », et s'est « un peu laissée porter » par la diététicienne. En raison de l'accident vasculaire cérébral de sa grande sœur, à l'âge de quarante-

121. Pour rappel, ses parents et sa sœur, lourdement handicapée suite à un accident vasculaire cérébral, vivent en Picardie. Elle travaillait à Mélieu depuis quatre années. Elle dispose peut-être de quelques amitiés parmi ses collègues, mais son *burn out* et la description que Pauline Malon m'a faite d'Amandine Morin laisse présager du petit nombre de ses relations. Ainsi, si elle revient régulièrement, c'est principalement pour poursuivre son suivi diététique avec Pauline Malon. Elle en profite également pour faire un peu de sport (marche à pieds notamment) dans les vastes forêts vallonnées avoisinantes.

122. Pierre BOURDIEU (1981), « La représentation politique », *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, vol. 36, n° 1, pp. 3-24.

123. Entretien effectué à son cabinet le 19 juillet 2017.

deux ans, et des problèmes récurrents de poids qu'elle a connus depuis l'adolescence, et qui se sont révélés être une menace pour sa carrière dans l'Armée, elle souhaitait consulter une diététicienne dans le but de perdre du poids, et de prendre soin de sa santé. Ayant l'impression d'avoir déjà « tout essayé » par ses propres moyens, elle s'en est remise à une autorité extérieure. Le suivi a été efficace puisque, comme l'affirme Amandine Morin : « de décembre 2013 à août 2016 [elle a] quand même perdu quarante kilos ». Ainsi, l'efficacité du suivi, couplé à la « remise de soi » originaire ainsi qu'à la personnalisation du lien social tissé au cours du suivi, puisque Pauline Malon « connaît » Amandine Morin, suscite l'attachement et la dépendance de notre patiente envers sa diététicienne.

Au bilan, la construction progressive, au cours des suivis, de liens de dépendance et d'attachement, réciproques d'après les entretiens que nous avons mené, entre les diététiciennes et diététiciens et leurs patientes et patients suivis sur la longue durée limite encore davantage la concurrence effective. Les personnes suivies sur le long terme se trouvent la plupart du temps dans une relation de face-à-face exclusive avec leur diététicienne. Ces personnes ne mettent pas en concurrence ce service diététique avec d'autres offres puisque la spécificité de la relation, qui contribue pour eux à la qualité du suivi, rend ce service non substituable car non comparable (avec un suivi auprès d'une autre diététicienne, d'un hypnotiseur, d'un groupe d'amaigrissement, *etc*). Cet attachement que peut susciter le suivi diététique constitue l'une des manifestations du travail (si l'on suppose que l'attachement est le fruit, par exemple, d'un effort d'empathie, auquel les femmes sont socialement encouragées en raison des structures de la domination masculine¹²⁴) d'euphémisation du commerce à l'œuvre au cours des suivis diététiques en libéral.

3 Devoir faire son beurre, le comble pour une diététicienne. Le suivi diététique comme commerce euphémisé

Lorsque la question de la concurrence est abordée en entretien, la majorité des diététiciennes et diététiciens rencontrés affirment ne pas se sentir en concurrence avec les autres acteurs du marché diététique, en premier lieu Weight Watchers® et Natur House®. Si les

124. BOURDIEU, *La domination masculine*, *op. cit.*

pratiques peuvent parfois objectivement contredire les représentations, ou si ce discours varie, notamment en fonction de la taille de la patientèle ou du type de concurrents éventuels (la sensibilité à la concurrence étant plus grande vis-à-vis d'acteurs plus proches, car ces derniers offrent des services davantage substituables et donc susceptibles d'exercer une véritable concurrence, notamment les autres diététiciennes et diététiciens ou les médecins généralistes), le sentiment de non concurrence repose sur la non-comparabilité. Ce que proposent les diététiciennes et diététiciens serait ainsi très différent, sinon d'une nature différente, des services proposés par d'autres acteurs du marché diététique. La distinction permettrait ainsi la constitution d'une patientèle suffisante.

Cependant, au-delà de la personnalisation du suivi et de la mise en disponibilité qu'elle exige, sur quels éléments repose la distinction, mise en avant par les diététiciennes et diététiciens, entre leurs offres de services par rapport à celles des autres acteurs du marché diététique ? En particulier, cette dernière section entend comprendre sur quelles représentations repose l'étiquette « commercial(e) » et quels enjeux charrie son utilisation par les diététiciennes et diététiciens rencontrés. Les organisations telles que Natur House[®], parce qu'elles cherchent à réaliser des profits, sont qualifiées de commerciales par les diététiciennes et diététiciens. Pour autant, il a été établi qu'à de rares et explicables exceptions près, l'ensemble des diététiciennes et diététiciens libéraux interviewés souhaitent exercer leur activité à titre principal et professionnel. Ils poursuivent ainsi un objectif de rentabilité économique. Ils dégagent donc des profits de leurs services offerts contre rémunération aux patientes et patients. Aussi, comment les diététiciennes et diététiciens concilient-ils la rentabilisation de leur travail et la dénonciation de la commercialisation des services diététiques, visant à faire maigrir des patient(e)s ou client(e)s ? En d'autres termes, devoir faire son beurre, n'est-ce pas le comble pour une diététicienne ?

3.1 Stigmatisation et distinction

Nous allons montrer comment les diététiciennes et diététiciens parviennent à se distinguer, moralement et économiquement, de leurs concurrents sur le marché diététique. Les praticiens s'efforcent pour cela de catégoriser les activités des concurrents comme « commerciales » et de les constituer ainsi en pratiques déviantes du point de vue des professionnels paramédicaux. Ces développements reposent sur une approche sociologique de la déviance.

Celle-ci est entendue, dans la continuité de Durkheim¹²⁵, comme le fait d'enfreindre une norme sociale relative à un groupe ou une société. Elle s'observe par la réaction, la sanction, qu'elle suscite. L'infraction à la règle heurte la « conscience collective » et suscite la sanction. Dans le prolongement critique de l'approche durkheimienne, H.Becker s'intéresse à la construction des identités déviantes et des normes sociales¹²⁶. Est déviante une pratique constituée comme telle au sein d'un groupe social ou d'une société suite à la mobilisation d'individus ou de groupes favorable à la condamnation morale ou légale d'une activité. Est déviant une personne étiquetée comme telle, c'est-à-dire reconnue comme ayant une activité déviante. Une activité professionnelle étiquetée comme déviante est dévalorisée et délégitimée au sein du groupe ou de la société qui a constitué cette activité, commerciale par exemple, comme déviante. Les diététiciennes et diététiciens rencontrés emploient la catégorie ou « l'étiquette »¹²⁷ « commercial(e) » pour discréditer une partie des acteurs du marché diététique et situer ainsi leur travail du côté de la déviance et s'en distinguer.

3.1.1 « Ce n'est pas le même métier » « c'est commercial »

De nombreux acteurs du marché diététique, c'est-à-dire proposant des biens (draineurs, gélules, crèmes, *etc.*) ou services marchands (consultations, coaching, *etc.*), ont des pratiques relevant clairement du commercial. C'est le cas par exemple lorsque certains organismes recourent à la publicité (pour les produits amincissants, les régimes, se faire connaître, *etc.*), ou profitent des éventuels suivis proposés aux clients pour vendre des produits devant faciliter la perte de poids, comme des draineurs. Cela est pratiqué chez Natur House[®], tout comme lors des réunions organisées par Weight Watchers[®], bien que ces pratiques commerciales de vente, dans le cas des Weight Watchers[®], soient reléguées, circonscrites, et donc euphémisées¹²⁸. Comment les diététiciennes et diététiciens se distinguent-ils des offres diététiques présentées comme « commerciales » ?

Il convient, avant de détailler les représentations, dévalorisantes, associées à l'étiquette

125. Émile DURKHEIM (1895), *Les règles de la méthode sociologique*, F. Alcan, Paris.

126. Howard Saul BECKER (1963), *Outsiders : Studies in the Sociology of Deviance*, The Free Press, New York.

127. Il s'agit de la traduction française du terme anglais utilisé par Howard Becker, « label » dans le cadre de sa théorie de la déviance, « labelling theory », voir *ibid.*

128. Muriel DARMON (2010), « Surveiller et maigrir. Sociologie des modes de contrainte dans un groupe commercial d'amaigrissement », *Revue d'Etudes en Agriculture et Environnement-Review of agricultural and environmental studies*, vol. 91, n° 2, pp. 209–228.

« commerciale » accolée à ces offres et aux organisations et agents qui les portent, de remarquer que cette catégorisation semble partagée au-delà des seules diététiciennes et diététiciens. Un indice de cela nous est fourni par l'expérience qu'a connue Cassandra Rosset avec le Pôle emploi. Cette diététicienne âgée de trente ans en 2017 exerce en libéral au sein de la maison médicale de la petite ville de Tignieu, regroupant un peu plus de sept mille habitants. Elle exerce en libéral depuis trois ans, d'abord en effectuant des consultations à domicile à Lyon, puis au sein de son cabinet actuel depuis septembre 2016. Cassandra Rosset a multiplié les diverses expériences professionnelles (parapharmacie, remplacements hospitaliers, gestion d'un cabinet d'esthétique, *etc.*) pour bénéficier de revenus suffisants au cours de sa période de transition entre son travail d'esthéticienne et celui de diététicienne libérale à Tignieu, sa ville d'origine et lieu de résidence¹²⁹. Elle estime ne pas disposer d'une patientèle suffisante. Elle reçoit une dizaine de patientes et patients par semaine au moment de l'entretien en avril 2017. Cassandra Rosset demeure donc inscrite à Pôle emploi et se déclare désireuse d'accepter toute offre d'emploi complémentaire conciliable avec son activité libérale. Lorsque je lui demande si travailler pour Natur House[®], organisation décriée par tous les enquêtés, sans exception, et emblème des offres commerciales, lui a déjà été proposée, elle répond ainsi :

« Non. Et même là, j'ai encore droit au chômage aujourd'hui, et Pôle emploi quand ils m'ont appelée pour savoir si je cherchais du boulot, j'ai dit oui. Franchement, si j'ai un petit temps de salariée je prends, parce que je trouve qu'on apprend tout le temps partout où l'on passe. Mais je lui ai dit : "par contre je vous préviens, Natur House[®] faut pas venir m'en parler." Et même elle, elle m'a dit : "ce n'est pas le même métier, c'est commercial." "C'est bon, on est d'accord, ça me va. »¹³⁰

La conseillère Pôle emploi n'est pas surprise par les réticences de Cassandra Rosset. Au contraire, elle abonde en son sens. « Même elle » le fait, c'est-à-dire une personne extérieure au métier, à la « morale professionnelle » au sens durkheimien des représentations transmises par la formation initiale et la socialisation professionnelle. En effet, alors que la conseillère dispose peut-être d'offres vacantes pour Natur House[®], et alors que son objectif est de trouver un emploi à Cassandra Rosset, elle concède à cette dernière la nature différente du métier de diététicienne à Natur House[®]. En effet, elle ne saurait lui proposer d'être une diététicienne « commerciale », car « ce n'est pas le même métier », ce que ne saurait désapprouver Cassandra Rosset, bien au contraire. Au-delà de l'exemple de Cassandra Ros-

129. Elle vit à Tignieu avec son conjoint chef d'une petite entreprise de traitement de l'air.

130. Entretien effectué à son cabinet le 13 avril 2017.

set et de sa conseillère Pôle emploi, le renvoi stigmatisant des pratiques de Natur House® à l'étiquette « commerciales » ne souffre aucune exception au sein de notre population enquêtée. Les diététiciennes et diététiciens insistent en effet sur leur appartenance au champ paramédical. Ils se perçoivent et se conçoivent d'abord comme des professionnels de santé. Ils se distinguent ainsi des offres dites « commerciales ».

3.1.2 Le paramédical contre le commercial

Nous voulons montrer que ce qui est étiqueté « commercial », ce qui est destiné à réaliser des profits, et donc ce qui se vend bien, est associé, par les diététiciennes et diététiciens rencontrés, à des pratiques douteuses, de mauvaise qualité, irresponsables du point de vue sanitaire. Ces biens ou services destinés à faciliter la perte pondérale contreviennent par conséquent à l'éthique professionnelle des diététiciennes et diététiciens qui revendiquent leur appartenance au champ du paramédical. Les offres qualifiées de commerciales par les diététiciennes et diététiciens, dupent le patient-client-consommateur avec des offres alléchantes, attirantes, mais en réalité dangereuses, dans le but de réaliser des profits. Cela peut constituer une concurrence déloyale. C'est le point de vue, par exemple, de Florine Hervet. Cela peut également être perçu comme un péril qu'il faut dénoncer, stigmatiser, et dont les diététiciennes et diététiciens, professionnels du paramédical, se distinguent. C'est leur plus-value, la spécificité qu'ils apportent aux patientes et patients.

La pratique d'offres commerciales peut concerner les diététiciennes et diététiciens eux-mêmes, comme le met en évidence l'entretien effectué avec Lorraine Pluche¹³¹. Cette dernière dénonce en effet, au cours de l'entretien, les pratiques jugées irresponsables d'une de ses collègues, exerçant dans son secteur géographique. Cette concurrente affiche sur son site internet sa méthode pour aider ses patientes et patients à perdre du poids. Elle vante les mérites des régimes restrictifs hyperprotéinés. Or, ces régimes similaires au régime Dukan ont été condamnés par l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES) et le corps médical¹³². Lorraine Pluche qualifie donc ces pratiques attirantes, parce que prometteuses, une perte de poids rapide, mais temporaire, étant probable, de choquantes : « moi ça m'a choquée, parce qu'on sait quand même que Dukan a été rayé de l'ordre des médecins ».

131. Entretien effectué à son domicile parisien le 14 décembre 2016.

132. Pour plus de précisions sur ces éléments, cf le chapitre 5

Afin de bien comprendre ce qui distingue une activité lucrative d'une activité qualifiée de « commerciale », il faut se référer à l'entretien effectué avec Marie Le Roux. En effet, cette diététicienne parisienne installée depuis une dizaine d'années, et dont le conjoint est médecin généraliste, établit une distinction entre marchand et commercial. Une offre marchande, c'est-à-dire qui donne lieu à une transaction monétaire, n'est pas nécessairement commerciale. C'est le cas, en particulier, selon elle, de ce que proposent les Weight Watchers® (WW). Marie Le Roux ne se sent donc pas en concurrence déloyale avec cette organisation :

Marie : WW, je pense que c'est un truc qu'est bien. Donc y a pas... simplement c'est une approche collective, moi j'ai une approche individuelle donc je ne suis pas d'accord avec tout, mais bon...

Étienne : Parce qu'ils font des offres payantes en ligne...

M : Oui, mais ils prônent une alimentation qui est équilibrée donc ils ne sont pas du tout nuisibles, au contraire. On a quand même relativement le même discours. Euh... Ceux qui vont, effectivement, tout ce qui est régimes hyperprotéinés avec des potions, des compléments alimentaires et tout ça, on est à la limite du commerce. Donc ceux-là c'est presque une concurrence.¹³³

Ce discours de sympathie à l'égard de WW, dont les recommandations pour maigrir sont souvent qualifiées, comme dans cet extrait, d'équilibrées, de proches de celles des diététiciennes et diététiciens, ne fait pas exception. Bien au contraire, il apparaît dans la majorité des entretiens. WW peut ainsi échapper au qualificatif de commercial¹³⁴. En effet, ce n'est pas le fait de procéder à un échange marchand, de proposer un service contre rémunération, ce que font les diététiciennes et diététiciens eux-mêmes, qui rend commerciale une activité. S'il est nécessaire de proposer des services payants pour être qualifié d'organisation ou d'agent « commercial », cela est insuffisant. C'est ce que signifie la réponse de Marie Le Roux au fait que WW ne propose pas gratuitement ses services de suivi : « Oui, mais ». En effet, il faut en outre que le contenu du service proposé diffère nettement des « bonnes pratiques ». Il en est ainsi, par exemple, si l'observation de « régimes hyperprotéinés », condamnée par les autorités sanitaires comme l'ANSES, est recommandée. C'est le cas également lorsque sont proposés à la vente des produits présentés comme amaigrissants voire miraculeux, sans essais cliniques préalables. Ces pratiques, que l'on observe, par exemple, chez Natur House®, parce

133. Entretien effectué à son cabinet parisien le 21 novembre 2016.

134. Il ne s'agit pas d'une représentation unanimement, mais largement, partagée par les diététiciennes et diététiciens rencontrés. Florine Hervet, par exemple, nous l'avons vu, dénonce la concurrence jugée déloyale de WW, et commerciale puisque la force de WW réside selon cette diététicienne sur ses prix moins élevés et sur sa notoriété, acquise notamment grâce à des campagnes publicitaires nécessitant l'engagement de fonds conséquents.

qu'elles sont destinées à attirer et, du point de vue des diététiciennes et diététiciens, à duper les patientes et patients, et à réaliser ainsi davantage de profits (un profit indu, produit de pratiques irresponsables selon les diététiciennes et diététiciens), aux dépens des patientes et patients, sont ainsi qualifiées de commerciales ou du moins « à la limite du commerce ». La vente de compléments alimentaires ou, pire encore, de « potions », comme des draineurs à base de jus de fruits, est également disqualifiée par le renvoi de ces pratiques au domaine des croyances, des superstitions. Cela transparait nettement dans l'emploi du terme très péjoratif de « potion », auquel il serait aisé de substituer le terme neutre de « boisson ». Ainsi, dans les représentations des diététiciennes et diététiciens interviewés, ces pratiques de suivi sont, par analogie, aux suivis diététiques effectués par des diététiciennes et diététiciens ce que l'alchimie est à la chimie. Par ce discours, repris dans cet extrait par Marie Le Roux, se dessine l'opposition d'une sphère matérielle, vulgaire, du marché et du profit aux dépens de consommateurs, à une sphère plus culturelle, scientifique, relevant du paramédical ou du médical, de la santé, au sein de laquelle les agents offreurs de services marchands ne considèrent pas des consommateurs mais des patientes et patients. Au sein de cette seconde sphère, il ne saurait y avoir, selon Marie Le Roux, de concurrence. En revanche, les organisations ou agents dont les activités relèvent de la sphère commerciale constituent « presque une concurrence ».

Ainsi, la plus-value des diététiciennes et diététiciens libéraux, plus-value qui doit les rendre compétitifs s'ils sont en concurrence notamment avec des organisations commerciales, c'est leur appartenance au champ du paramédical. Cela doit pouvoir satisfaire les patientes et patients à la recherche d'un suivi jugé sérieux. Leur suivi est ainsi « professionnel » selon Florine Hervet. On retrouve ainsi l'opposition entre un professionnalisme sérieux d'une part, et de l'autre la dénonciation d'offres commerciales, aguicheuses mais dangereuses et n'ayant aucune considération relative à la santé :

« Bah déjà, il y a un vrai suivi professionnel. Donc ouais, il y a un vrai suivi parce que même si à WW ou Natur House[®] il y a des diététiciennes qui travaillent, alors je pense que ce sont des diététiciennes justement qui viennent d'avoir leur diplôme. Ce sont les seules qu'ils recrutent en général. Parce que pour avoir un job, elles y vont donc elles ne sont pas très expérimentées, ça veut pas dire qu'elles sont mauvaises, mais elles ne sont pas très expérimentées et en plus on leur fait du bourrage de crâne. Natur House[®] fait une formation en plus pour bien bourrer le crâne des diététiciennes recrutées, WW pareil, donc du coup on perd l'aspect vraiment paramédical. Alors que si l'on va voir une diététicienne comme moi ou comme [Marine]¹³⁵ par exemple, il y a

135. Florine Hervet fait référence à Marine Murier. Elles se sont rencontrées sur le forum du CNED

un vrai suivi paramédical. On échange aussi, enfin moi je le fais. J'échange beaucoup avec les médecins si nécessaire, dans les cas de surpoids par exemple, si le patient est d'accord bien évidemment, il faut qu'il me le demande. Voilà, j'envoie un compte-rendu au médecin, pour qu'il y ait un suivi pluridisciplinaire finalement. »¹³⁶

Les diététiciennes et diététiciens souvent inexpérimentés qui exercent à Natur House® sont, selon Florine Hervet, convertis aux méthodes commerciales de l'entreprise, par une nouvelle formation qui s'apparente à du « bourrage de crâne ». Ils ne travaillent donc plus en accord avec leur formation initiale. A l'inverse, les diététiciennes et diététiciens exerçant en libéral proposent un suivi « paramédical », « professionnel », qui prend en compte des considérations sanitaires, et non les seules logiques commerciales. Cela s'explique par leur formation initiale en nutrition ainsi que par leur proximité avec le corps médical. En effet, Florine Hervet, par exemple, « échange beaucoup avec les médecins », en particulier « dans les cas de surpoids », en accord avec la patiente ou le patient concerné. Cela peut même s'avérer très formel puisqu'elle envoie « un compte-rendu au médecin ». Florine Hervet insiste ainsi sur le caractère « pluridisciplinaire » du suivi, garantissant une prise en charge conforme aux intérêts sanitaires des patientes et patients. La diététicienne ancre ainsi le suivi diététique en libéral du côté du paramédical, par opposition au commercial. L'étiquette « commercial » fonctionne comme un signe de déviance et est partie prenante d'un processus de disqualification de certains concurrents tels que Natur House®. C'est ce que propose d'approfondir le prochain développement.

3.1.3 Le « commercial » comme déviance

Il nous semble opportun, pour clore cette sous-section, de mobiliser la théorie de l'étiquetage initiée par Howard Becker. Dans *Outsiders*¹³⁷, Howard Becker montre, notamment à partir de l'exemple de la consommation de cannabis, que la déviance est une construction sociale. Une pratique est déviante lorsqu'elle est considérée, étiquetée, comme telle, au sein d'un groupe social. L'étiquetage d'une pratique comme conforme ou déviante est l'enjeu de luttes entre différents groupes sociaux ou institutions aux intérêts divergents. Dans le cas du marché diététique, le recours à l'étiquette « commerciales » pour qualifier les offres pro-

pendant leur formation initiale. C'est par ailleurs Marine Murier qui m'a communiqué les coordonnées de Florine Hervet.

136. Entretien effectué par Skype le 16 novembre 2016.

137. BECKER, *Outsiders*, *op. cit.*

posées par Natur House[®] est une façon pour les diététiciennes et diététiciens libéraux de définir socialement ces pratiques comme déviantes. En effet, ces offres de suivis sont qualifiées de « commerciales » par les diététiciennes et diététiciens parce qu'elles émanent, selon eux, d'entreprises dont l'objectif est de réaliser des profits commerciaux sans prendre en considération les effets des suivis sur la santé des patientes et patients à plus long terme. A l'inverse, les diététiciennes et diététiciens rencontrés revendiquent leur attachement à un ensemble de bonnes conduites, à une éthique, propre au domaine médical et paramédical, plaçant la santé de la patiente ou du patient au-dessus des considérations pécuniaires. Aussi, étant étiquetées comme déviantes, les offres dites « commerciales » sont disqualifiées, *a minima* aux yeux des diététiciennes et diététiciens libéraux. Elles le sont également du point de vue de la conseillère Pôle emploi de Cassandra Rosset puisqu'elle ne saurait inviter cette dernière à accepter des offres d'emploi au sein de Natur House[®], sachant qu'une telle activité professionnelle est vraisemblablement inacceptable car elle disqualifierait Cassandra Rosset auprès des autres diététiciennes et diététiciens libéraux.

Il apparaît plus généralement que le risque de disqualification associé à l'étiquette « commercial(e) », qui peut être adossée à des pratiques de différents types d'agents sur le marché diététique, y compris certains diététiciennes et diététiciens libéraux, comme en témoigne la dénonciation effectuée par Lorraine Pluche des pratiques de l'une de ses collègues parisiennes, permet de comprendre, au moins partiellement, le travail d'euphémisation du commerce¹³⁸ à l'œuvre au cours des suivis diététiques en libéral.

3.2 risque de disqualification et euphémisation du commerce

Nous voulons montrer à l'occasion de ce dernier développement que tout en cherchant à dégager des bénéfices, à retirer un profit monétaire de leur activité libérale, les diététiciennes et diététiciens rencontrés veillent à euphémiser auprès des patientes et patients (section 3.2.2 page 216), et de l'observateur extérieur (section 3.2.3 page 219), le nécessaire commerce qui est à l'œuvre. Une des explications possibles au travail d'euphémisation du commerce (section 3.2.1 page suivante) est qu'il peut aider à fidéliser les patientes et patients, qui pensent être engagés dans une relation personnelle et non commerciale, non purement lucrative, tout en étant une prévention contre l'étiquette disqualifiante de pratiques « commerciales ».

138. Le passage du commerce au commercial est au fondement de l'étiquetage déviant des pratiques de Natur House[®] par exemple. Les diététiciennes et diététiciens souhaitent bien évidemment s'en prémunir

3.2.1 Le doux commerce : un travail d'euphémisation du commerce

Les diététiciennes et diététiciens tendent à s'efforcer de démontrer que leur activité ne relève pas du commercial. A l'inverse, par leurs pratiques, ils donnent à voir un commerce euphémisé, un doux commerce¹³⁹, conforme aux règles du secteur paramédical. Cette opération d'euphémisation du commerce¹⁴⁰ repose sur un travail d'euphémisation. Celui-ci consiste en un ensemble de pratiques et représentations des diététiciennes et diététiciens interviewés et observés qui minorent la place et l'importance des transactions monétaires et plus généralement le caractère lucratif¹⁴¹ de l'activité.

Le souci d'euphémisation du commerce en libéral semble ancré dans les représentations et les préoccupations du corps professionnel des diététiciennes et diététiciens depuis plusieurs décennies. Un travail d'euphémisation du commerce apparaît ainsi dans le premier rapport européen sur l'éthique professionnelle des diététiciennes et diététiciens, qui est publié en France dans la revue professionnelle des diététiciennes et diététiciens en juillet 1976¹⁴². L'objectif du rapport est de déterminer une éthique professionnelle commune aux diététiciennes et diététiciens européens, c'est-à-dire un ensemble de normes et pratiques propres à un corps professionnel destiné à orienter les pratiques et représentations professionnelles des agents. Au sein de ce rapport, la huitième section est spécifiquement consacrée aux diététiciennes et diététiciens exerçant en libéral. Il y est indiqué que ces derniers sont soumis aux mêmes règles et principes que les autres secteurs. Cependant, « quelques règles particulières » supplémentaires leur sont « applicables »¹⁴³. Plusieurs de ces règles visent explicitement à encadrer le commerce afin d'interdire des pratiques trop ouvertement lucratives, trop proches d'entreprises commerciales non médicales. C'est ainsi que, selon la règle 8.2, le diététicien ou la diététicienne exerçant en libéral « ne doit pas faire de publicité pour trouver des malades ». Il a simplement « le droit d'aviser les médecins et les autres travailleurs paramédicaux de sa

139. L'idée de « doux commerce » fait référence à une citation canonique de Montesquieu tirée de l'*Esprit des lois*, dans laquelle le philosophe des Lumières estime qu'il existe une loi générale qui veut que le commerce pacifie les mœurs. « Et c'est presque une règle générale, que partout où il y a des mœurs douces, il y a du commerce ; et que partout où il y a du commerce, il y a des mœurs douces », voir Charles Louis de Secondat MONTESQUIEU (2008), *De l'esprit des lois*, Flammarion, Paris, chapitre XX.

140. Le commerce existe objectivement puisque les suivis donnent lieu à des transactions marchandes.

141. « Lucratif » n'est pas à entendre selon son acception péjorative. Il souligne simplement que les diététiciennes et diététiciens rencontrés vivent ou souhaitent vivre de leur activité professionnelle, c'est-à-dire désirent tirer des revenus jugés suffisants de leur activité diététique libérale.

142. AFDN (1976), « Réflexions sur l'éthique de la profession de diététicien », *L'Information diététique*, n° 3, pp. 33-36.

143. *Ibid.*, p. 35.

région de l'existence de son cabinet ». En outre, le point 8.3 stipule que les diététiciennes et diététiciens libéraux ne sauraient fixer leurs tarifs à leur discrétion puisqu'ils sont tenus de « suivre les tarifs officiels ». Enfin, d'après le paragraphe 8.4 « Il est interdit au diététicien de reverser une partie de ses honoraires aux médecins lui ayant envoyé des malades ». Le commerce est ainsi interdit entre professionnels médicaux ou paramédicaux. Ces règles sanctionnent l'idée d'une nature spécifique de cette activité, différente des entreprises diététiques qualifiées de commerciales.

On remarque l'emploi du terme « malades » pour désigner les personnes recourant au service d'un ou d'une diététicienne exerçant en libéral. La terminologie contemporaine pour désigner les personnes venant consulter s'apparente également au registre de la pathologie et du soin. En effet, l'ensemble des diététiciennes et diététiciens rencontrés¹⁴⁴ désignent les individus venant les consulter comme leurs patientes et patients. Nous avons repris la terminologie indigène. Ils évoquent également leur patientèle, et non leur clientèle, comme cela serait le cas aujourd'hui¹⁴⁵ pour un commerce non médical. Lors du premier entretien effectué avec une diététicienne, Marine Murier en l'occurrence, à Paris, nous avons utilisé, pensant être l'expression consacrée, le terme de « clientèle ». Marine Murier a vingt-neuf ans et exerce à Paris depuis deux années. Une quinzaine de personnes par semaine recourent à ses services, facturés 60€, quel que soit le type de consultation. Si Marine Murier a compris ce que nous entendions par ce terme, preuve qu'il n'est pas absurde, elle nous a repris en insistant sur le terme adéquat de « patientèle »¹⁴⁶. L'insistance sur le terme marque son importance et l'enjeu que revêt son usage en lieu et place de « clientèle » :

Étienne : Et est-ce que c'était difficile au début de mettre en place la clientèle ?

Marine : ah oui, clairement, au début c'était difficile. Mais après . . .

E : Là ça fait deux ans et vous avez déjà quinze rendez-vous par semaine donc c'est pas mal.

M : C'est pas mal oui ! Après, moi, j'ai bossé pour ça dans le sens où je suis allée voir pas mal de praticiens du quartier qui m'envoient des patients. J'ai quand même pas mal de résultats sur ce que je fais donc . . .

E : Et quand vous vous êtes installée dans le cabinet, est-ce qu'il y avait un praticien

144. Seule Josiane Couloud fait exception. Elle dit ne pas avoir besoin d'une grosse « clientèle ». Cependant, elle fait également exception par ses propriétés sociales dans la mesure où elle est retraitée de sa carrière diététique hospitalière. Elle est âgée de 66 ans et n'a exercé que quelques années la diététique en libéral, et ce à titre non principal, comme complément de revenu et d'activité.

145. La précision temporelle est d'importance dans la mesure où les médecins, généralistes par exemple, parlaient encore il y a quelques décennies voire quelques années de leur « clientèle ».

146. Il est difficile de faire transparaitre le ton à l'écrit mais nous nous souvenons avoir été « repris » et avoir ressenti un petit inconfort, une gêne, lors de cette interaction.

qui était là avant, est-ce qu'il y a eu une transmission de clientèle ?

M : Euh. . . je partageais la cabinet avec une très bonne amie à moi qui est ostéopathe. Elle était ailleurs avant et elle m'a gardé le cabinet le temps que . . . donc j'ai eu un gros coup de chance.

E : Mais y avait pas de diététicien avant donc y a pas eu de transmission de clientèle ?

M : Non, je n'ai pas repris de *patientèle* [*le terme patientèle est nettement appuyé*]

E : D'accord . . . patientèle . . .

M : Ah oui [*petits rires*]

Le terme « patientèle » euphémise le commerce, la recherche du profit, qui suppose le développement de cette « patientèle ». A l'inverse, l'usage du mot « clientèle » souligne le commerce, l'échange monétaire qui est consubstantiel au suivi diététique en libéral. Par surcroît, l'emploi par les diététiciennes et diététiciens de « patient » et « patientèle » est performatif. Cela fait en effet, par défaut, des personnes venant consulter, des individus malades, ou *a minima* nécessitant des soins curatifs ou préventifs. Ces usages ancrent les pratiques des diététiciennes et diététiciens libéraux dans le domaine du paramédical puisque les individus qui consultent sont des patientes et patients, et les situent ainsi à distance du « commercial ». Il y a performativité dans la mesure où une partie des « patientes et patients » consultant pour une perte de poids le font pour des raisons strictement esthétiques et ne sont pas objectivement considérés, du point de vue du critère de l'Indice de Masse Corporel (IMC) reconnu par l'Organisation Mondiale de la Santé, comme souffrant d'obésité ou de surpoids. La perte de poids n'est ainsi pas systématiquement justifiée d'un point de vue sanitaire, préventif. Par exemple, lorsqu'Audrey Vernier, qui exerce en libéral à la fois au centre de Paris et dans une ville limitrophe populaire, compare le profil dominant de ses deux « patientèles », elle relève des différences de positions sociales (classes moyennes en petite couronne, classes supérieures au centre de Paris) qui s'accompagnent de différences morphologiques. Selon Audrey Vernier, ses patientes et patients de la petite couronne sont en plus fort surpoids et consultent en raison d'une « vraie souffrance »¹⁴⁷, de « problèmes qu'[elle] trouve plus en lien avec leur santé ». A l'inverse donc, elle reçoit à Paris « beaucoup de gens qui viennent plus pour leur bien-être » que pour des raisons de santé. Un exemple plus précis peut être donné à partir de l'observation d'une consultation de Fany Lebois. Le jeudi 15 juin à 15h15, Fany Lebois a reçu Gabrielle, une patiente mince d'une trentaine d'années dont le descriptif, tiré du journal de terrain, ne laisse aucun doute sur le caractère

147. Entretien effectué à son cabinet le 23 mars 2017

esthétique et non préventif, sanitaire, de la consultation :

RDV numéro 4 du jeudi 15 avec Anne-Charlotte Delobelle, 3/4 d'heure, jeudi 15 (entre 15h15 et 16h). Femme, née en 1982. Porte un jeans, un débardeur et sac à main. De « corpulence normale » selon la diététicienne. Elle est mince. Elle consulte car elle trouve cependant ses bras et ses cuisses trop grosses quand elle prend quelques kilos au-dessus du poids qu'elle considère comme idéal. Elle appartient aux classes supérieures, est en couple et cohabite avec un homme et n'a pas d'enfant. Elle habite un arrondissement parisien aisé et travaille dans une entreprise du quartier présentée comme « une start up ». Elle ne mange que du bio. Je lui demande, comme je le fais avec l'ensemble des patientes et patients, si ma présence lors de la consultation la dérange. Elle paraît un peu contrariée mais accepte ma présence. Elle refuse cependant que la consultation soit enregistrée.¹⁴⁸

Appeler ce type de personnes des « patients » plutôt que des « clients » ancre les pratiques de suivi des diététiciennes et diététiciens libéraux dans le domaine du paramédical alors même que ces suivis n'ont objectivement pas de raison d'être sanitaires.

Enfin, le travail d'euphémisation s'exerce sur la gestion des tarifs et le paiement des consultations. En ce qui concerne la gestion des tarifs, cela a été évoqué précédemment. Les hausses du prix des consultations, parce qu'elles rendent le coût du suivi plus visible, peuvent être ajournées pour les patientes et patients en cours de suivi. De même, Pauline Malon a pu proposer à Alyssa Ravelli, une patiente qu'elle suit depuis près d'une décennie, des consultations gratuites lors de périodes difficiles financièrement. Le paiement de la consultation advient à son terme et constitue le moment où le commerce est explicite puisque la transaction monétaire se donne à voir. Je me souviens, au cabinet de Fany Lebois, avoir été quelque peu étonné de constater le flux d'argent liquide. Les consultations de suivi de Fany Lebois sont rémunérées à hauteur de 50€. Les patientes et patients que nous avons observés ont tous payé en monnaie fiduciaire. À l'inverse, au cabinet de Pauline Malon, les patientes et patients paient par chèque¹⁴⁹. Dans les deux cas cependant, une manière générique d'euphémiser l'importance monétaire de la transaction est de proposer, de façon systématique, de « faire une facture », dans l'espoir d'obtenir un remboursement auprès de la mutuelle du patient ou de la patiente. La facture est toujours imprimée alors même que Pauline Malon et Fany Lebois ont conscience que peu de mutuelles proposent une prise en

148. Extrait du journal de terrain des observations de consultations effectuées le jeudi 15 juin entre 12h30 et 16h au cabinet de Fany Lebois situé dans l'ouest parisien.

149. Le paiement par chèque semble plus euphémisé dans la mesure où l'on ne manipule pas directement, de la main à la main, de l'argent liquide.

charge de consultations diététiques en libéral. En outre, celles qui le font ne proposent qu'une prise en charge très partielle. Ainsi, si elles sont attachées à l'impression d'une facture, c'est parce que cela permet d'euphémiser la transaction monétaire. Le patient ou la patiente a en effet l'espoir de se voir rembourser le coût de la consultation. Un exemple précis d'euphémisation du commerce lors du paiement est éclairant et mérite d'être détaillé. Il s'agit de la consultation évoquée plus haut d'une patiente d'origine mexicaine avec Fany Lebois.

Mettre sur l'ardoise : l'euphémisation du paiement

Afin de comprendre l'euphémisation lors du paiement d'une consultation, il est intéressant d'étudier le cas de la première consultation effectuée par Daniella, une patiente mexicaine de Fany Lebois. Nous avons assisté à son rendez-vous le 15 juin 2017 de 14h20 à 15h10, dans le cabinet de Fany Lebois situé dans l'ouest parisien. La première consultation, parce qu'elle est généralement plus longue et donne lieu à l'établissement d'un bilan nutritionnel, sanitaire et personnel, est plus onéreuse. Daniella doit ainsi rémunérer Fany Lebois, à l'issue de sa consultation, d'un montant forfaitaire de 70€. Or, La diététicienne ne dispose pas d'un terminal de carte bancaire, tandis que la patiente n'a pas de chéquier et seulement 20€ dans son porte-feuille. Le dictaphone était éteint mais les réactions des deux protagonistes sont consignées sur le carnet de terrain dont un extrait peut vous être livré :

Daniella n'a que 20€ sur elle. Fany Lebois lui affirme que ce n'est pas un problème, qu'elle récupère ces 20€ et que Daniella paiera le reste de la consultation à l'occasion du prochain rendez-vous. Daniella se dit vraiment très embêtée. Elle demande où se trouve le distributeur le plus proche. Elle insiste pour payer tout de suite. Fany Lebois lui répète qu'il n'y a aucun problème, qu'elle paiera la prochaine fois, qu'il ne faut pas s'embêter. Elle doit enchaîner avec une autre consultation donc elle remercie Daniella, qui semble toujours aussi embarrassée de partir ainsi sans avoir pu payer tout son dû. Fany Lebois ouvre la porte, laisse sortir Daniella, puis fait entrer sa patiente suivante, Gabrielle. Lorsqu'un peu avant 16h (Fany Lebois doit aller chercher sa fille à l'école primaire du quartier à 16h) Fany Lebois laisse sortir Gabrielle, elle constate avec stupeur que Daniella patiente dans la salle d'attente du cabinet collectif. Durant les trois-quart d'heure qu'ont duré la consultation, elle est allée retirer 50€ puis est revenue au cabinet. Elle explique qu'elle n'a pas osé déranger Fany Lebois durant sa consultation et l'avait donc attendue. Elle tenait absolument à payer le reste du montant dû.

La scène met en évidence plusieurs éléments. Tout d'abord, l'euphémisation du commerce apparaît très nettement. En effet, Fany Lebois propose à Daniella de ne payer

qu'une petite partie de sa consultation et d'ajourner le paiement du solde à la prochaine consultation, prévue presque un mois plus tard, le vendredi 7 juillet. La diététicienne propose ainsi de mettre sur l'ardoise les 50€ que lui doit Daniella. Cela suscite dans un premier temps la surprise de l'observateur. Il s'agit en effet d'un premier rendez-vous. Un tel ajournement de paiement serait vraisemblablement unimaginable s'il s'agissait d'un commerce ordinaire. Un boucher ne mettrait pas sur l'ardoise l'achat d'un client qu'il reçoit pour la première fois dans sa boutique. Ce faisant, Fany Lebois procède à un travail d'euphémisation du commerce puisqu'elle signifie la nature différente, bien qu'également marchande, de son activité. Il apparaît également, dans un second temps, qu'ajourner ainsi le paiement est une forme de crédit, de don, qui attend un contre-don, mais qui, dans l'intervalle de temps qui sépare le don du contre-don, rend Daniella redevable envers sa diététicienne^a. Fany Lebois peut ainsi contraindre Daniella à revenir en consultation. Symétriquement, le comportement de Daniella, qui tient absolument à rembourser le crédit qui lui a été donné, à effectuer immédiatement un contre-don, peut laisser à penser qu'elle souhaite ne pas être dans la dépendance vis-à-vis de Fany Lebois. Néanmoins, il est raisonnable de supposer qu'elle agit ainsi au moins pour partie parce qu'elle se sent, non pas simplement redevable, mais obligée par le statut de la diététicienne. Le mécanisme sociologique la poussant à agir ainsi serait une forme de « noblesse oblige » mais inversée : c'est la noblesse, c'est-à-dire la supériorité statutaire, symbolique, de Fany Lebois, et non de Daniella elle-même, qui oblige cette dernière à payer au comptant l'intégralité de la première consultation. Cette interprétation est soutenue par l'attente de plus d'une demi-heure, la patience, l'obligeance même, dont a fait preuve Daniella. Elle a en effet préféré patienter en salle d'attente plutôt que déranger Fany Lebois au cours de sa consultation, quand bien même il était question d'un paiement de 50€. L'espace et le temps de la consultation apparaissent ainsi comme sacrés, au sens d'inviolables, circonscrits, à part, par opposition à l'espace profane de la salle d'attente et au temps profane que Daniella passe à attendre.

a. MAUSS, *Sociologie et anthropologie*, *op. cit.*

Ainsi, il apparaît que les diététiciennes et diététiciens rencontrés ont des pratiques, langagières par exemple, et des représentations, qui correspondent à un travail d'euphémisation du commerce, particulièrement saillant lors du paiement de la consultation. Le travail d'euphémisation du commerce est orienté vers les patientes et patients. Il est temps de nous intéresser aux patientes et patients, pour déterminer ce qu'ils pensent du caractère marchand de la relation construite avec leur diététicienne ou diététicien au cours des suivis.

3.2.2 Les patientes et patients dans l'euphémisation

Afin d'observer la participation des patientes et patients au travail d'euphémisation du commerce, l'étude approfondie du cas d'une patiente de Pauline Malon, Alyssa Ravelli, semble pertinente. L'étude de cas, si elle pêche par la focalisation sur une situation particulière empêchant ainsi de donner à voir la diversité des cas, doit cependant permettre de détailler les trois canaux par lesquels opèrent, du point de vue des patientes et patients, le travail d'euphémisation : la personnalisation de la relation de suivi, le temps consacré à chaque patiente ou patient et enfin les motivations jugées nobles, parce que non basement pécuniaires, de la diététicienne. Il convient cependant de conserver à l'esprit la position sociale nécessairement particulière des protagonistes et de la scène où se déroule le suivi dont il est question. Alyssa Ravelli, on le sait, est issue et appartient aux classes populaires rurales. Elle a vingt-huit ans lors de l'entretien et est suivie depuis dix ans par Pauline Malon, diététicienne originaire de la petite classe moyenne du Nord de la France. Alyssa Ravelli, qui a suivi une formation initiale professionnelle courte, a commencé à travailler à l'âge de dix-huit ans sous le régime de l'alternance. Elle est au moment de l'entretien vendeuse dans une grande chaîne d'ameublement. Elle est installée depuis quelques mois avec son compagnon dans le hameau d'un village de moins de deux mille habitants, situé à quinze minutes en voiture de la petite ville de Mélieu. Enfin, son compagnon, du même âge qu'elle, enchaînait, au moment de l'entretien, les contrats professionnels courts très peu qualifiés.

Si le temps peut faciliter la personnalisation de la relation, le sentiment d'être considérée comme une « personne », un individu original, et non comme « un numéro de dossier », un client parmi d'autres, peut advenir, chez la patiente ou le patient, dès la première consultation. C'est ainsi qu'Alyssa Ravelli est étonnée, lors de son premier rendez-vous avec Pauline Malon, d'être considérée comme une personne qu'il faut connaître pour être en mesure de suivre, et non comme un « numéro de dossier » :

Étienne : Et par rapport à ce que tu t'attendais à trouver en allant voir une diététicienne, par exemple sur la première consultation, est-ce que tu as eu des surprises ?

Alyssa : J'ai été étonnée de voir à quel point elle s'intéressait à moi personnellement. Cela m'a vraiment surprise parce que je me suis dit "bah ouais je ne m'attendais pas à ça. Waoh ! Elle prend le temps de savoir qui je suis. Je ne suis pas un numéro de dossier".¹⁵⁰

150. Entretien effectué au domicile de mes parents, Alyssa résidant dans la même commune, le 16 mai 2017.

Elle a apprécié le fait de ne pas être considérée d'un point de vue simplement comptable par Pauline Malon. Bien au contraire, elle constate que la diététicienne s'intéresse à elle « personnellement ». La personnalisation de la relation débute ainsi, pour Alyssa Ravelli, dès la première consultation. La personnalisation de la relation est chronophage, puisque Pauline Malon doit « [prendre] le temps de savoir qui » est Alyssa Ravelli. Ce temps alloué aux échanges personnels permet néanmoins d'éviter l'écueil d'une perspective jugée étriquée, comptable, centrée sur les chiffres du poids et du profit :

« J'étais loin de m'attendre à avoir quelqu'un en face de moi qui s'intéresse réellement à la personne et pas seulement au poids, qui n'est pas là que pour faire du fric. »¹⁵¹

Le canal majeur par lequel opère le travail d'euphémisation du commerce transparait dans cet extrait. Il s'agit, pour Pauline Malon, de montrer, par la parole, en lui adressant des questions personnelles, par une attitude compréhensive, *etc.*, de l'intérêt pour Alyssa Ravelli, et non seulement pour la rétribution monétaire qu'un suivi prolongé est susceptible de lui apporter. Alyssa Ravelli accorde en effet une grande importance aux motivations au fondement des pratiques professionnelles de sa diététicienne. Contrairement à ses attentes, elle fut agréablement surprise de rencontrer une praticienne « qui s'intéresse réellement à [sa] personne » et ne semble pas la recevoir uniquement en vue de « faire du fric ». Alyssa Ravelli précise son point de vue un peu en aval de l'entretien :

Étienne : Et en quoi la diététicienne a pu t'aider plutôt qu'un médecin ?

Alyssa : Bah toujours cette écoute, toujours le fait que je savais que j'avais un rendez-vous tous les quinze jours en moyenne. Parce que . . . Maintenant c'est un mois, un mois et demi, sauf là où j'ai voulu faire quinze jours parce que j'ai eu des écarts, mais ça, je le sais, et je les gère mieux qu'avant. Mais avant c'était tous les quinze jours, et je savais que je la voyais, et je pouvais faire le point avec elle. Là elle n'a jamais refusé un rendez-vous. Et puis même, je sentais que c'était pas une question d'argent. Je sentais qu'elle ressentait mon mal-être et qu'elle était là pour moi.

E : Elle avait de l'empathie. Et elle te connaît, par rapport à un médecin, si tu la vois une heure tous les quinze jours c'est quand même beaucoup plus que ton médecin traitant.

A : Bien-sûr, bien-sûr. Même si avec Pauline c'est parfois vingt minutes, parfois une demi-heure, parfois ça peut durer jusqu'à une heure oui, c'est pas la même chose. C'est quelqu'un qui sait mon rapport avec la nourriture, qui sait que ça a des impacts psychologiques. Comme le psychologue a des impacts sur la nourriture, elle sait comment

151. Entretien effectué au domicile de mes parents, Alyssa résidant dans la même commune, le 16 mai 2017.

me parler, comment me gérer à ce niveau là. Et ça, pour moi, c'est super important.¹⁵²

Alyssa peut compter sur Pauline Malon qui n'a jamais refusé de la prendre en rendez-vous, et qui a toujours été « là pour [elle] », à l'instar d'une amie. Surtout, elle apprécie l'empathie dont fait preuve Pauline Malon envers elle, et qui passe notamment, en consultation, par le fait d'être à l' « écoute ». Cette empathie permet à Pauline Malon, selon Alyssa Ravelli, de ressentir « [son] mal-être ». Contrairement à son médecin traitant, Pauline Malon dispose en moyenne d'une demi-heure de temps à lui consacrer pour chaque consultation. Alyssa Ravelli pense être connue intimement de sa diététicienne puisque cette dernière « sait [son] rapport avec la nourriture » ainsi que les interactions entre son état psychologique et ses pratiques alimentaires. Par conséquent, Pauline Malon est dans une situation idéale pour savoir « comment [lui] parler » et « comment la gérer » d'un point de vue alimentaire, ce qui est « super important ». Ainsi, pour Alyssa Ravelli, cette empathie fait de Pauline Malon l'interlocutrice idéale et l'exempte de tout soupçon quant aux fondements de ses pratiques de suivi, puisqu'elle « sentai[t] que ce n'était pas une question d'argent ».

En résumé, la distinction opérée par l'économiste suisse Frey¹⁵³ permet de synthétiser le rôle pour Alyssa Ravelli du canal de la motivation dans l'euphémisation du commerce. En effet, Pauline Malon fait preuve d'une motivation intrinsèque à la réalisation de son activité qui ne saurait être polluée par une motivation extrinsèque, c'est-à-dire instrumentale, pécuniaire. Du point de vue d'Alyssa Ravelli en effet, Pauline Malon situe la finalité de ses pratiques de suivi dans ces pratiques elle-mêmes. Elle cherche à offrir le meilleur service de suivi diététique possible à Alyssa Ravelli, en personnalisant la relation, en étant à son écoute, disponible et en faisant preuve d'empathie. Selon cette patiente, la motivation intrinsèque de Pauline Malon n'est pas dépassée par une motivation extrinsèque puisqu'elle « n'est pas là que pour faire du fric ». Ainsi, les raisons instrumentales de son activité, mises en avant par Pauline Malon elle-même, puisqu'elle est satisfaite du niveau de vie atteint grâce à la rémunération de son activité professionnelle, apparaissent, du point de vue d'Alyssa Ravelli, comme secondaires. Cela s'apparente à une euphémisation du commerce et apparaît comme le résultat d'un ensemble de pratiques, détaillées précédemment, qualifiées de travail d'euphémisation du commerce.

152. Entretien effectué au domicile de mes parents, Alyssa résidant dans la même commune, le 16 mai 2017.

153. Bruno S. FREY (1997), *Not Just for the Money : An Economic Theory of Personal Motivation*, Edward Elgar Publishing, Cheltenham.

3.2.3 Ce qui doit rester caché... au regard extérieur

La réaction des enquêtées aux pratiques d'observations peuvent constituer un dernier élément de preuve, indirect, de l'euphémisation du commerce à l'œuvre dans les suivis diététiques en libéral. Les enjeux liés à la gestion du dictaphone au cours des consultations auxquelles nous avons pu assister ont été abordés au chapitre 1. Pour rappel, lors des premières consultations observées au cabinet de Pauline Malon, c'est la diététicienne qui avait la main mise sur le dictaphone. Lors de la deuxième séquence d'observations, au mois d'avril 2017, nous avons à l'inverse pu négocier la gestion du dictaphone. L'enregistrement des consultations a alors pu être intégral. Enfin, une dernière observation a pu être effectuée grâce à un auto-enregistrement. C'est l'usage fait par Pauline Malon de son téléphone portable, utilisé pour effectuer l'enregistrement audio de la consultation, qui doit retenir notre attention. L'enregistrement, que Pauline Malon nous a transmis par courriel le 09 mai 2017, a fait l'objet d'une transcription, dont il est intéressant de restituer la fin :

Quand le paiement est « hors cadre »

Il s'agit d'une consultation qui a eu lieu au début du mois de mai 2017, au cabinet de Pauline Malon à Mélieu. Cette séance de suivi, d'une durée d'une heure, a fait l'objet d'un auto-enregistrement. Pauline Malon m'avait proposé d'enregistrer, avec son téléphone portable, les échanges. Cette séance présentait l'intérêt d'être la deuxième consultation de Jennifer, une jeune femme âgée de vingt-six ans dont la première consultation avait fait l'objet d'une observation directe. Il est intéressant de remarquer que l'enregistrement de la fin de cette seconde consultation est tronqué. Pauline Malon a en effet éteint le dictaphone une fois la prise de rendez-vous fixée, c'est-à-dire précisément au moment où allait avoir lieu le paiement de la consultation.

Pauline : Alors, on est le cinq mai... Ah oui trois semaines ça fait le 26 ... euh

... Le mercredi 24 mai, vous avez quelque chose ?

Jennifer : Non c'est bon.

P : Euh, par contre, 19h15 ça peut le faire ou ? ...

J : Oui c'est bon.

P : Oui c'est bon ? ... Hop ! [Elle met fin à l'enregistrement]

L'interjection « hop », prononcée par Pauline Malon, signale le moment où l'auditeur l'imagine, se tournant vers son téléphone portable, mettre un terme à l'enregistrement.

Cette coupure intervient juste avant le paiement de la consultation. Tout se passe comme si le paiement était censuré, interdit au regard extérieur, par la diététicienne. Plus précisément, cette action de Pauline Malon traduit une frontière mentale, une séparation, entre la consultation et le paiement de celle-ci. La diététicienne situe l'échange monétaire en dehors de la consultation, comme quelque chose « d'à part ». Cela fait partie des coulisses et doit donc être soustrait au regard du spectateur, de l'observateur extérieur. Le fait que cet élément censuré soit précisément la marque la plus explicite du commerce n'est pas anodin. Cela conforte l'hypothèse d'un travail d'euphémisation du commerce. Il semble que cet exercice d'euphémisation travaille jusqu'aux représentations de Pauline Malon. Il ne peut, en effet, s'agir d'une censure consciente, d'une stratégie explicite de mise à l'écart de la transaction marchande. En tant qu'observateur, j'avais en effet déjà eu l'occasion, à de nombreuses reprises, d'assister à des paiements de consultations au sein de son cabinet. Bien au contraire, cette pratique de censure nous renseigne sur les schèmes incorporés de Pauline Malon. Aussi, force est-il de constater l'intérêt méthodologique qu'il y a, parfois, à « laisser la main », laisser le contrôle aux enquêtés eux-mêmes¹⁵⁴. Dans cet exemple, ce sont les pratiques de cadrage de l'observation, de l'enregistrement, qui nous révèlent en creux des représentations de l'enquêtée.

En ce qui concerne les deux autres diététiciennes ayant fait l'objet d'observations de consultations, Fany Lebois ne disposait pas de la maîtrise du dictaphone. Cassandra Rosset, quant à elle, a effectué un auto-enregistrement. Il s'agissait d'une consultation avec Virginie Arcan, une patiente suivie suite à une opération de chirurgie bariatrique, avec laquelle un entretien a par la suite été réalisé. Ne souhaitant pas être observée directement, Cassandra Rosset a préféré accepter la présence, ressentie comme moins intrusive, du dictaphone, pendant que nous patientions dans la salle d'attente. Au sortir de la consultation, elle m'a indiqué ne pas avoir touché au dictaphone. Celui-ci a ainsi enregistré la consultation dans son intégralité. Elle a cependant immédiatement précisé, d'une mine à la fois inquiète et amusée, qu'elle l'avait « complètement oublié » et qu'elle espérait ne pas avoir « dit trop de bêtises ».

154. Voir chapitre 1.

4 Conclusion

Ainsi, si les diététiciennes et diététiciens rencontrés recourent objectivement à un ensemble de pratiques (alignements tarifaires, travail de mise en disponibilité, *etc.*) traduisant leur prise en compte, de fait, des formes de concurrences qui peuvent exister sur le marché diététique, les patientes et patients, s'ils comparent parfois différents types de services diététiques, ne semblent pas faire jouer la concurrence entre praticiens. Cela s'explique en particulier par la fréquente, et parfois rapide, personnalisation des liens sociaux établis au cours des suivis diététiques entre les patientes ou patients et leur diététicienne ou diététicien. En outre, les diététiciennes et diététiciens rencontrés emploient la catégorie « commercial(e) » pour stigmatiser une partie des acteurs du marché diététique. Ils inscrivent ainsi ces activités lucratives du côté de la déviance pour mieux s'en distinguer. Cependant, les diététiciennes et diététiciens doivent, ce faisant, veiller à euphémiser la dimension commerciale de leur propre activité afin de ne pas se trouver eux-mêmes disqualifiés vis-à-vis de leurs patientes et patients. Devoir faire leur beurre est donc un comble pour eux. Cette contradiction est atténuée, contenue, par un ensemble de pratiques, que nous avons détaillées, qui s'apparentent à un « travail d'euphémisation du commerce ». Ce travail est soutenu par, et soutient, leur appartenance revendiquée au domaine du paramédical. Enfin, les entretiens effectués avec des patientes révèlent l'interdépendance entre la personnalisation des liens établis au cours du suivi et la travail d'euphémisation du commerce, puisque la motivation intrinsèque de la diététicienne est ainsi mise en avant.

La seconde partie de cette thèse entend déplacer le regard sociologique du contexte des suivis diététiques en libéral (trajectoires des diététiciennes et diététiciens, des patientes et patients, marché diététique, *etc.*) vers le contenu de ces suivis. Comment les diététiciennes et diététiciens prennent-ils en charge leurs patientes et patients ? Comment les patientes et patients appréhendent-ils, s'engagent-ils et vivent-ils leurs suivis ? C'est principalement à ces deux interrogations, problématisées et déclinées selon différentes composantes, qu'entend répondre la seconde partie du manuscrit.

Chapitre 4

Changer les habitudes des patientes et patients : instruire ou accompagner

Le principal objectif des suivis diététiques en libéral est, la plupart du temps, l'obtention d'une perte durable du poids. Pour ce faire, les diététiciennes et diététiciens doivent parvenir à faire évoluer les pratiques alimentaires habituelles de leurs patientes et patients. Il est également possible de favoriser un changement au niveau des pratiques physiques et sportives. Cependant, au cours des consultations que nous avons observées, les pratiques sportives n'ont été évoquées qu'à la marge, contrairement aux consommations alimentaires. Ainsi, ce chapitre se concentre sur les pratiques de suivi visant une transformation durable des habitudes alimentaires.

Exercer la diététique en libéral c'est devoir prendre en charge, dans la très grande majorité des cas, des patientes et patients sains, c'est-à-dire non atteints d'une pathologie spécifique qui justifierait leur suivi diététique, et qui souhaitent perdre du poids. Nous allons voir que la spécificité de l'exercice en libéral de la diététique conduit les diététiciennes et diététiciens à recourir à une diversité de pratiques de suivi pour répondre à une pluralité d'attentes. Ces pratiques peuvent cependant se regrouper en deux groupes selon leur proximité relative à l'un des deux pôles dont nous allons exposer les principes.

1 Spécificités de la prise en charge de patientes et patients sains

1.1 Commercialisation et formation : la spécificité du libéral fait débat

L'essor du secteur libéral, décrit en introduction de la thèse, suscite au sein du corps des diététiciennes et diététiciens, dès les années 1970, des interrogations spécifiques. Nous avons pu observer, au sein de la revue professionnelle, et auprès des diététiciennes et diététiciens actuellement en exercice, des interrogations, des débats voire des tensions, relatifs à des questions liées à l'éthique des diététiciennes et diététiciens, ainsi que des interrogations relatives à des questions d'expérience professionnelle et de formation initiale. L'expression la plus nette des réflexions éthiques, liées donc au respect d'une morale professionnelle, entendue comme l'ensemble des normes et valeurs qui doivent guider l'action des diététiciennes et diététiciens, commune, se trouve au sein d'un rapport sur l'éthique professionnelle des diététiciennes et diététiciens, approuvé par « les sept associations de diététiciens des pays de la Communauté Européenne (Allemagne, Belgique, Danemark, France, Irlande, Pays-Bas et Royaume-Unis), sous la présidence de Mademoiselle Serville (France) »¹, paru dans l'*Information diététique*. Il s'agit d'un rapport, publié dans son intégralité au sein de la revue professionnelle, faisant suite à un an de débats au sein des associations diététiques au niveau européen. Pour ses auteurs, « le rôle essentiel du diététicien est de protéger, et de maintenir la santé et de contribuer à faire récupérer par le moyen d'une bonne nutrition ». Les principes directeurs sont donc « le respect des personnes » et « le souci de promouvoir la santé »². Sont ensuite établies les règles devant régir le rapport aux patientes et patients (telles que la manifestation du « dévouement, de la bienveillance, de la compréhension mais aussi de la discrétion » afin « d'obtenir [la] confiance » des patientes et patients³), le rapport aux autres praticiens (diététiciennes et diététiciens, médecins *etc*), ainsi que les rapports « avec l'industrie et le commerce »⁴. Enfin, les associations de diététiciennes et diététiciens

1. *Information diététique*, « Réflexions sur l'éthique de la profession de diététicien », 1976, 3, p33

2. *op. cit.*, p34

3. *op. cit.*, p34

4. *op. cit.*, p35

européennes soulignent dans ce rapport le devoir qu'a chaque diététicienne ou diététicien « de mener une action active contre les abus d'une diététique mal fondée scientifiquement, contre les informations erronées et les idées fausses ». « Ces attitudes sont particulièrement importantes pour que le public différencie nettement les vrais professionnels de la diététique des charlatans existant en ce domaine »⁵. Outre le fait, on le voit, que ces règles éthiques sont destinées à renforcer l'intégrité du corps des diététiciennes et diététiciens contre les « charlatans », il est intéressant de remarquer que le point 8 du rapport est spécifiquement dédié à « l'exercice libéral de la profession de diététicien »⁶. Aucun autre mode d'exercice de la diététique ne fait l'objet d'un point spécifique de ce rapport sur l'éthique professionnelle. Aussi, la pratique des diététiciennes et diététiciens en libéral fait elle par conséquent l'objet d'une attention et de préoccupations spécifiques. A la lecture de ce point 8, on apprend que, si les diététiciennes et diététiciens libéraux doivent se conformer aux mêmes règles éthiques que les autres, « quelques règles particulières [leur] sont, en outre, applicables ». Ces « règles particulières » visent à encadrer les pratiques commerciales inhérentes à l'exercice en libéral. Il est ainsi indiqué que les diététiciennes et diététiciens « ne [doivent] pas faire de publicité pour trouver des malades ». Le prix des consultations est par ailleurs, à cette époque, réglementé, puisque les diététiciennes et diététiciens ont l'obligation de « suivre les tarifs officiels ». De même, enfin, selon la règle 8.4, « Il est interdit au diététicien de reverser une partie de ses honoraires aux médecins lui ayant envoyé des malades »⁷.

Ces règles témoignent des réflexions liées à la commercialisation du conseil en diététique dont on cherche à endiguer, contrôler, les possibles dérives. La concurrence est régulée (publicité, qui peut être une forme de différenciation pour échapper à la concurrence, interdite, et prix uniformes) et les relations marchandes entre praticiens interdites. Cet endiguement du commercial se retrouve dans l'euphémisation du commerce à l'œuvre chez les diététiciennes et diététiciens⁸.

Aux réflexions touchant à la commercialisation, qui nous intéressent peu au sein de ce chapitre, se joignent des inquiétudes relatives à la difficulté propre à l'activité de conseil aux bien-portants. Il s'ensuit qu'une expérience professionnelle conséquente peut être jugée nécessaire préalablement à l'installation en libéral. C'est l'opinion exposée par Monique

5. *op. cit.*, p36

6. *op. cit.*, p35

7. *op. cit.*, p35

8. Voir notre chapitre 3

Dumay dans un article intitulé « la consultation privée de diététique », paru en 1984 dans la revue *Information diététique*⁹. Monique Dumay est une diététicienne hospitalière qui a décidé de recevoir des patientes et patients en cabinet sur Paris depuis deux ans. Elle « livre son témoignage » aux lecteurs. Elle considère le libéral comme « une activité complémentaire ». Monique Dumay insiste sur la particulière difficulté de l'exercice : « Comparée à la consultation hospitalière, la démarche est autre dans le sens où il s'agit d'un acte plus lourd, plus long, et où il est demandé beaucoup plus qu'une seule technicité »¹⁰. C'est la raison pour laquelle elle estime nécessaire une expérience professionnelle préalable de plusieurs années « de consultations, en particulier en milieu hospitalier » afin de pouvoir « faire face à cette demande ». L'expérience hospitalière permet notamment de traiter des « cas de clientèle privée particulièrement difficiles » nécessitant une hospitalisation, pour l'anorexie par exemple¹¹. Elle estime ainsi en conclusion « qu'une expérience professionnelle antérieure¹² est indispensable »¹³.

En ce qui concerne la période actuelle, les diététiciennes et diététiciens rencontrés semblent abonder, trente années après, dans le sens de Monique Dumay. Ils ont tous en effet exprimé des regrets quant à la brièveté et le caractère trop théorique de leur formation initiale, et ce en dépit des deux stages obligatoires¹⁴. Ainsi, les études sont jugées trop brèves, notamment relativement aux autres pays européens et nord-américains. Leur brièveté rend difficile l'approfondissement de certains sujets, comme le régime alimentaire végétarien ou veagan, selon Florine Hervet, elle-même végétarienne, et qui suit quelques patientes et patients végétariens. Elle a obtenu son BTS diététique en novembre 2014 et s'est installée en libéral en mai 2015 dans une ville située à vingt kilomètres de Paris. Elle déplore ainsi le caractère partiel de la trop brève formation reçue :

« C'est quand même, y a quand même des sujets qui ne sont pas suffisamment approfondis. Et puis quand on voit au niveau des autres pays on est les seuls à faire en France un diplôme en diététique en deux ans tous les autres pays c'est minimum trois ans, qu'ils poussent jusqu'à quatre voire cinq ans. Donc on est quand même, c'est pas

9. *Information diététique*, « la consultation privée de diététique », 1984, 3, pp. 7-8

10. *op. cit.*, p7

11. *op. cit.*, p7

12. Antérieure à une installation en libéral.

13. *op. cit.*, p8

14. Il est à noter cependant que si parmi ces deux stages, un seul doit nécessairement s'effectuer dans le secteur hospitalier, personne parmi les diététiciennes et diététiciens rencontrés, à l'exception notable de Paoline Malon, pour qui son stage en cabinet a forgé son choix de l'exercice en libéral (« j'ai eu le décliné. J'ai adoré ce stage. »), n'a choisi le secteur libéral pour son deuxième stage d'étude.

la meilleure formation en diététique en France clairement si l'on compare avec d'autres pays ». ¹⁵

Les études concentrées sur deux années ne permettent pas d'aborder la théorie comportementale, contrairement à la formation initiale des diététiciennes et diététiciens en Suisse, qui correspond à un niveau licence, comme l'explique Mathilde Fluck, diététicienne suisse installée à Paris depuis six mois pour des raisons conjugales. En Suisse : « on nous apprend tout ce qui est entretien motivationnel, l'écoute active, ça ça fait vraiment partie intégrante [de la formation]. . . ».

La formation initiale en France est ainsi considérée comme étant trop théorique. La durée trop restreinte de la formation nuit à sa diversité. En effet, les savoirs enseignés, relatifs principalement à la science de la nutrition et à la physio-pathologie, s'ils sont vastes, ne sont que théoriques, scientifiques. Les approches comportementales ne sont pas abordées. Il peut en résulter des difficultés dans la mise en pratique, au cours des consultations, de ces savoirs. Ces difficultés sont éprouvées par nombre de diététiciennes et diététiciens débutants, comme en témoigne Florine Hervet. Cette dernière, s'accordant ainsi inconsciemment avec les recommandations émises par Monique Dumay en 1984, « voulais[t] vraiment déjà faire [s]es armes avec des collègues aussi pour [l]'épauler, [la] guider dans les prises en charge ». Laure Blana, une diététicienne parisienne expérimentée ¹⁶, regrette ainsi le fait que la formation initiale ne soit « pas assez pratique. Il manque un côté pratico-pratique. Peut-être de la mise en situation beaucoup plus, des rencontres, du face à face ». Ainsi, la formation initiale, trop courte et trop théorique, technique, pêche par son manque d'applicabilité, en particulier pour les diététiciennes et diététiciens libéraux nouvellement installés, qui sont confrontés à la problématique du changement des pratiques alimentaires des patientes et patients. Le savoir nutritionnel scientifique ne suffit pas selon Arthur Malère. Il a dressé le constat de cette carence et a construit sa notoriété ¹⁷, en quelques années ¹⁸, en proposant ses propres formations, en région lyonnaise, où il exerce, ainsi qu'en région parisienne, fondées sur la théorie dite « comportementale ». Lorsque nous lui demandons son avis sur la formation

15. Entretien effectué par Skype le 16 novembre 2016.

16. Elle a débuté sa carrière à la fin des années 1980, à l'hôpital, puis s'est installée en libéral en 1996 dans un arrondissement de l'ouest parisien.

17. Il est possible de parler de notoriété au sein de la population des diététiciennes et diététiciens libéraux dans la mesure où seule une enquêtée ne reconnaissait pas le nom de ce diététicien lors de son évocation au cours des entretiens.

18. Il exerce depuis une dizaine d'années seulement, dans une petite ville de la région lyonnaise.

initiale des diététiciennes et diététiciens, il répond ainsi :

Arthur : Pas assez pratique et pas du tout axée sur l'humain quoi. Il y a très peu, voire pas du tout de choses sur "comment est-ce qu'on aborde un patient", "qu'est-ce que la motivation?", "qu'est-ce que le changement", "qu'est-ce qui fait qu'on change?" "Est-ce que c'est la transmission d'informations qui va faire que l'on change?" Moi on m'a appris ça. Moi on m'a dit : "tu vas expliquer au diabétique son régime".

Étienne : Non ça suffit pas.

A : L'explication c'est pas une condition au changement. Donc si on ne sait pas ce que c'est que le changement, la motivation, si on a pas conscience des freins au changement, on ne formera pas des professionnels du changement. Alors que pour moi le diététicien c'est avant tout un professionnel du changement ». ¹⁹

Arthur Malère dresse, avec d'autres diététiciennes et diététiciens rencontrés, le constat d'une formation initiale trop centrée sur la science de la nutrition, le savoir nutritionnel, ne transmettant pas suffisamment d'éléments relatifs à la prise en compte des facteurs propices au changement des pratiques et représentations alimentaires. Il reproche à la formation initiale de faire comme si la transmission de savoirs nutritionnels était une condition nécessaire et suffisante à l'amorce de changements effectifs au niveau des consommations alimentaires. Bien au contraire, selon lui, un travail sur les comportements qui freinent la mise en place de ces changements est nécessaire et devrait être enseigné dès la formation initiale.

1.2 Des débats concernant les patientes et patients sains

Les débats historiques qui ont accompagné le développement de la diététique libérale perdurent aujourd'hui. Des critiques sont émises à l'endroit de la formation initiale, qui serait trop théorique dans la mesure où elle transmet essentiellement un savoir scientifique, notamment nutritionnel. Cette formation initiale serait de nature à favoriser des pratiques de suivi trop hiérarchiques, verticales, faites principalement pour éduquer les patientes et patients en leur transmettant des savoirs nutritionnels. A l'inverse, la quasi absence de formations pratiques, à l'entretien motivationnel, aux méthodes du G.R.O.S. dites « cognitivo-comportementales » par exemple, ou encore à la matrice ACT, rendrait plus difficile la mise en place au cours des suivis diététiques en libéral de ces pratiques qui ne placent pas les savoirs nutritionnels au cœur du suivi.

Ce débat, dans lequel s'inscrit par exemple Arthur Malère, opposent ainsi les atouts

19. Entretien effectué par téléphone le 15 mai 2017.

d'une part de la transmission de savoirs nutritionnels permettant l'établissement de rations dites équilibrées, et d'autre part la prise en compte des facteurs socio-économiques et psychologiques qui conditionnent les pratiques alimentaires, le comportement alimentaire effectif. Cela concerne spécifiquement l'activité de conseil auprès des bien-portants, c'est-à-dire des individus ne recevant pas des recommandations diététiques au motif principal de la prise en compte d'une pathologie particulière. Les diététiciennes et diététiciens confrontés à cette situation ne peuvent pas, en effet, invoquer des impératifs médicaux pour justifier des recommandations strictes et rationnelles. Ils sont davantage confrontés aux freins au changement évoqués par Arthur Malère. Le débat concerne donc tout particulièrement les diététiciennes et diététiciens libéraux. En effet, les diététiciennes et diététiciens libéraux sont la plupart du temps confrontées à une patientèle composée presque exclusivement de patientes et patients bien-portantes, désirant perdre du poids, ou, très marginalement, en prendre²⁰.

Cela était dores et déjà le cas pour Monique Dumay, pour qui 90% de ses patientes et patients consultaient, en 1984, pour perdre du poids, sans pathologie particulière²¹. Il est intéressant de remarquer que cette proportion de patientes et patients bien-portants est très similaire à ce que déclarent les enquêtés que nous avons rencontrés. Nous leur avons demandé quelle était la part, au sein de leur patientèle, des individus ne consultant pas en raison d'une pathologie. Le cas particulier, rare dans nos observations,²² des patientes et patients en situation d'obésité²³, après discussions avec les diététiciennes et diététiciens, a été classé parmi les patientes et patients ne consultant pas pour des raisons médicales. En effet, l'obésité peut ne pas être considérée comme une maladie²⁴ mais comme un facteur de co-morbidité, c'est-à-dire une situation entraînant un risque accru de pathologies telles que

20. A titre d'exemple, lorsque nous interrogeons la diététicienne Audrey Vernier, qui exerce à Paris et en proche banlieue, sur les motifs de consultation, voici sa réponse : « un rapport au corps et avec soi-même, c'est-à-dire c'est des personnes qui n'aiment plus leur corps parce qu'elles ont soit une prise de poids soit une perte de poids. Dans l'écrasante majorité des cas c'est une prise de poids, évidemment ». L'évidence (« évidemment ») souligne le fait qu'il ne s'agit en aucun cas d'un fait exceptionnel, mais bien au contraire, d'une précision presque inutile car allant de soi.

21. *Information diététique*, « La consultation privée de diététique », Monique Dumay, 1984, 3, pp. 7-8.

22. Seuls deux ou trois patients, il s'agissait d'hommes, parmi les vingt-trois consultations observées se trouvaient, vraisemblablement, en situation d'obésité.

23. Ces patientes et patients sont définis comme obèses lorsque leur IMC (Indice de Masse Corporelle) dépasse 30.

24. Cette considération n'est pas partagée par toutes les diététiciennes et diététiciens. Pour Audrey Vernier par exemple, le niveau d'IMC détermine, au même titre que le taux de glycémie pour le diabète, une frontière entre un état sain et un état pathologique, ce qu'elle explique à ses patientes et patients : « je leur dis la différence : le sur-poids, c'est pas une maladie. L'obésité, c'est une maladie ». Elle classe cependant ses patientes et patients obèses parmi les 80% de ses patientes et patients ne consultant pas en raison d'une pathologie.

certains cancers, des accidents cardiaques ou vasculaires cérébraux. Les patientes et patients obèses consultant dans le but de perdre du poids et ne présentant pas de pathologie sont donc catégorisés comme des patientes et patients sains par les diététiciennes et diététiciens interrogés. A une exception principale près²⁵, l'ensemble des diététiciennes et diététiciens rencontrés ont une patientèle très majoritairement composée de patientes et patients sains. Parmi eux, la plupart consultent dans le but de perdre du poids. Le reste de ce groupe est constitué d'individus consultant en raison de pratiques sportives²⁶, ou avec pour objectif d'établir un bilan nutritionnel en raison de l'adoption de nouvelles pratiques alimentaires (végétarisme notamment). Il est possible de diversifier sa patientèle avec davantage de patientes et patients atteints d'une pathologie par l'intermédiaire des réseaux de santé. Les diététiciennes et diététiciens membres de ces réseaux reçoivent en consultation des patientes et patients qui bénéficient d'une prise en charge offerte par le réseau. Les deux diététiciennes dont la patientèle est la plus diversifiée, Marie Le Roux et Laure Blana, le doivent en partie à cet effet des réseaux de santé. Marie Le Roux, diététicienne parisienne (XV^e arrondissement), dont le mari est médecin, est membre de trois réseaux de santé²⁷ (REPOP (Réseau de Prise en charge de l'Obésité Pédiatrique), Paris-diabète et l'AFA (Association François Aupetit)). Laure Blana, quant à elle, n'est membre que d'un seul réseau, RENIF (Réseau de Néphrologie d'Île-de-France), mais elle y assure la fonction de « coordinatrice éducation thérapeutique du patient ». Laure Blana, qui a participé à un ouvrage collectif sur l'éducation thérapeutique du patient (ETP)²⁸, en tant que diététicienne libérale spécialiste de la question, occupe donc une place à responsabilité au sein du réseau et renforce ainsi sa spécialisation. L'ETP étant une méthode de prise en charge essentiellement destinée aux patientes et patients souffrant d'une pathologie (diabète et affections néphrologiques notamment), qui a pour objectif de permettre à la patiente ou au patient de gérer quotidiennement lui-même sa pathologie, sa spécialisation tend à accroître la part de patientes et patients souffrant d'une pathologie au sein de sa patientèle.

25. Alexandra Martin dispose d'une patientèle exclusivement composée de patientes et patients consultant en raison d'une pathologie. La plupart de des patientes et patients souffrent d'anorexie. Nous pouvons citer deux autres exceptions, remarquables bien que plus modestes : Laure Blana et Marie Le Roux (*cf infra*)

26. Il est à noter que les hommes sont sur-représentés dans cette catégorie, par rapport à la population générale et *a fortiori* par rapport à la composition de la patientèle globale.

27. Cela constitue une exception unique. La plupart des diététiciennes et diététiciens sont membres d'un plus un réseau de santé

28. TRAYNARD, PIERRE-YVES et Rémi GAGNAYRE (2013), *Éducation thérapeutique du patient en ville et sur le territoire*, Maloine, Paris, chapitre 25, pp. 263-268.

La seconde possibilité offerte aux diététiciennes et diététiciens pour se constituer une patientèle davantage composée de patientes et patients consultant en raison d'une pathologie est de se spécialiser sur une affection particulière. Les seuls cas de spécialisation sur un type de pathologie que nous avons pu observer, mise à part l'implication dans un réseau de santé, concernaient les troubles du comportement alimentaire (TCA), à savoir l'anorexie et la boulimie. Les diététiciennes et diététiciens désireuses de se spécialiser passent un diplôme universitaire puis doivent se faire reconnaître comme des spécialistes des TCA auprès des praticiens, médecins notamment, du secteur. L'exemple de Fany Lebois en témoigne. Elle a passé le diplôme universitaire de l'Université Paris Descartes, intitulé « Troubles du Comportement Alimentaire », et en a informé les praticiens de sa commune d'exercice limitrophe à Paris. Ainsi, Sophie Bricou, une de ses patientes anorexiques, ignore les diplômes certifiant les compétences de Fany Lebois mais les croit avérées puisque c'est son médecin traitant qui l'a orientée vers sa diététicienne. Lorsque je lui demande si elle pense que Fany Lebois est une spécialiste de la prise en charge des patientes et patients souffrant de TCA, comme elle venait de l'affirmer, en raison de la formation secondaire qu'elle a suivie, elle me répond ainsi :

« Ah je ne sais pas du tout quelles études elle a suivies mais je pense que oui. En tout cas mon médecin me l'a recommandée parce qu'elle s'occupait de ça. »²⁹

Le second cas n'est autre que l'exception mentionnée en amont. Anaïs Dupont, diététicienne à Paris (XIV^e arrondissement), est entièrement spécialisée sur les patientes et patients anorexiques ou boulimiques, ces dernières étant très minoritaires.

Les autres diététiciennes et diététiciens rencontrés présentent une patientèle très majoritairement constituée de patientes et patients non malades. La part des patientes et patients malades oscille systématiquement entre 0% et 20%. Lorraine Pluche, une diététicienne parisienne (XIV^e arrondissement) n'exerçant que depuis neuf mois, âgée de vingt-cinq ans au moment de l'entretien, déclare ainsi ne recevoir « que des patients voulant maigrir ». Lorsque nous demandons à Pauline Malon, l'enquêtée principale, les raisons pour lesquelles ses patientes et patients consultent, elle répond « maigrir principalement ». Cassandra Rosset, sa jeune collègue dont le cabinet se situe dans la petite ville de Tignieu³⁰, située à proxi-

29. Entretien effectué par skype le 24 juin 2017. Elle détaille davantage en amont le processus ayant conduit à sa première consultation : « Je suis allée consulter mon médecin traitant parce que ça n'allait pas du tout, j'avais perdu énormément de poids en un mois. Et du coup elle elle avait posé son diagnostic mais elle voulait être sûre donc elle m'a orientée vers Anne-Charlotte qui était spécialisée là-dedans ».

30. Il s'agit d'un bourg constitué de 7022 habitants au recensement INSEE de 2015

mité, explique recevoir « une anorexique, des diabétiques » mais les patientes et patients consultent « principalement pour maigrir ». Les diététiciennes et diététiciens qui proposent des estimations chiffrées, évaluent entre 5% et 20% la part des patientes et patients malades. Il en va ainsi, par exemple, de Arthur Malère, diététicien exerçant en milieu rural, disposant d'une patientèle constituée à 70% de patientes et patients voulant perdre du poids, à 20% de patientes et patients consultant en raison d'une pathologie et enfin à hauteur de 10% de patientes et patients cherchant à optimiser leurs consommations alimentaires en raison d'une pratique d'un sport de haut-niveau.

Le constat d'une activité de conseil des diététiciennes et diététiciens effectué, dans la plupart des cas, essentiellement auprès de patientes et patients ne présentant aucune pathologie, est renforcé par les observations que nous avons pu mener auprès de trois diététiciennes et diététiciens³¹, ainsi que par les entretiens effectués avec des patientes et patients, qui consultaient toutes pour des raisons non pathologiques, à l'exception de Sophie Bricou qui souffrait d'anorexie. La consultation observée au cabinet de Cassandra Rosset était une exception puisqu'il s'agissait d'une patiente, qu'elle a rencontré lors d'un remplacement effectué à l'hôpital de la préfecture départementale, consultant dans le cadre d'un suivi post-opératoire après avoir subi une opération de chirurgie bariatrique. L'ensemble des autres consultations observées, si l'on excepte Paoline Bricou, une patiente de Fany Lebois, prenaient place au sein d'un suivi diététique destiné à la perte de poids. Des considérations de santé se combinent parfois aux motivations esthétiques³², mais la consultation n'est pas motivée par la présence d'une pathologie comme le diabète ou une insuffisance rénale.

Les pratiques de suivi mises en place en libéral dans le cadre d'accompagnements à

31. Pour rappel, nous avons observé une consultation auprès de Cassandra Rosset, quinze au sein du cabinet de Pauline Malon et sept auprès de Fany Lebois

32. Les patientes (il ne s'agit que de femmes à l'exception d'un couple de retraités qui avait consulté ensemble) interrogées veulent en effet perdre du poids pour des raisons esthétiques, en accord avec le caractère genré du corps désirable, les femmes étant plus sensibles en moyenne aux normes de corpulence, et à son amincissement depuis 1945 (de SAINT-POL, *Le corps désirable, op. cit.*). Cela se vérifie pour l'ensemble des patientes interrogées, y compris pour Sophie Bricou. La motivation esthétique se combine parfois à des raisons de santé, de capacité physique, comme le montre le cas de Fanny Pommier, une patiente de Juliette Poudale, âgée de plus de soixante-quinze ans et appartenant aux classes populaires rurales d'extraction paysanne : « ça va faire un an que j'y vais. ça a commencé à peu près il y a un an et demi au mois de juillet quand je me suis regardée dans la glace comme tout le monde. Je me suis dit « ah là là quelle horreur » (rires). Donc ça a fait son chemin mais entre voir, de dire, de me dire « bah je ne vais pas trop manger de gâteau, je vais faire un peu attention ». ça ne marche pas. Et puis après je me suis dit « il faut que j'ai le déclique ». Et donc le déclique là il a été au niveau de ma santé parce que je me suis cassé la figure deux fois en ville sur le trottoir. J'avais la jambe droite qui se paralysait. Donc j'ai été voir un chirurgien et je disais que je ne voulais pas me faire opérer [...]. Donc il m'a dit « et bah si vous voulez pousser plus loin l'opération vous perdez des kilos, vous faites de la marche à pieds ».

l'amaigrissement de patientes et patients non atteints de pathologies spécifiques traduisent, par leur diversité, la pluralité des attentes. Les attentes, qu'elles émanent des patientes et patients suivis ou des normes acquises lors de la formation professionnelle, peuvent s'avérer contradictoires. Cela s'observe lors des consultations et s'entend dans les mises en récit des pratiques de suivi recueillies lors des entretiens effectués avec les diététiciennes et diététiciens ou les patientes et patients. L'exigence de transmission de savoirs nutritionnels, de connaissances et de compétences indispensables à la composition autonome de repas équilibrés, c'est-à-dire respectant sur une semaine les apports recommandés, à la fois sur le plan énergétique et sur le plan nutritionnel, est forte. Elle doit cependant se combiner à la prise en compte des contraintes, des comportements préexistants, des habitudes notamment, des patientes et patients. Les résistances, psychologiques, dispositionnelles, *etc.*, au changement des pratiques alimentaires, auxquelles sont confrontés les patientes et patients et leurs diététiciennes et diététiciens, peuvent également être l'objet d'un travail dans le cadre des suivis diététiques. Les différentes pratiques de suivi peuvent ainsi être regroupées en fonction de leur proximité relative à un pôle, que l'on peut qualifier d'instructif ou à un pôle comportemental.

2 Pratiques instructives

Le premier pôle pourrait se caractériser par une approche de la diététique par la science de la nutrition. Les pratiques de suivi qui s'inscrivent dans cette perspective témoignent d'une volonté de rationaliser les pratiques alimentaires des patientes et patients, conformément à la représentation savante d'un équilibre alimentaire établi selon l'âge, le sexe, la corpulence et le niveau d'activité physique de la personne. Nous nommons ce pôle le « pôle des pratiques instructives » dans la mesure où les pratiques de suivi qui s'y rattachent tendent à favoriser la transmission de savoirs nutritionnels en vue de leur mise en pratique par les patientes et patients. Le vecteur du changement des consommations alimentaires, selon cette optique, est ainsi l'instruction du patient ou de la patiente. Croire en la pertinence de ces pratiques instructives revient à postuler l'efficacité³³ d'une application rigoureuse sur les patientes et patients des équilibres nutritionnels standards. Que pensent les diététiciennes et diététiciens de la notion d' « équilibre alimentaire » et comment cela se traduit-il dans leurs

33. Le degré d'efficacité est principalement déterminé en fonction de l'ampleur de la perte de poids, et éventuellement de sa durée (*cf* chapitre 6).

pratiques de suivi, leurs recommandations ? La volonté de rationaliser les pratiques alimentaires des patientes et patients se caractériserait par l'existence d'un modèle (« l'équilibre alimentaire » ou « les recommandations du PNNS³⁴ ») que l'on souhaiterait faire observer rigoureusement aux patientes et patients. Les diététiciennes et diététiciens cherchent-elles à corriger les « erreurs alimentaires³⁵ » des patientes et patients et leur permettre, se faisant, de se rapprocher d'un idéal rationnel ? Que pensent-elles des règles proposées par le PNNS ? Bref, le pôle des pratiques instructives se caractérise par :

- une adhésion à l'existence d'un régime alimentaire de long terme idéal pour les bien-portants dicté par la science de la nutrition, en fonction de caractéristiques génériques telles que l'âge, le sexe, le niveau d'activité physique.
- la volonté de réformer les pratiques alimentaires des patientes et patients en raison de l'existence de cet idéal et en fonction de celui-ci.
- La mise en valeur de ses compétences en nutrition pour convaincre les patientes et patients de changer leurs pratiques en vertu de cet idéal nutritionnel.

Aussi, cette partie se propose-t-elle d'établir dans quelle mesure les diététiciennes et diététiciens interviewés s'inscrivent, par leurs pratiques et leurs représentations, dans le pôle instructif. Plus exactement, il s'agit de déterminer quels types de pratiques de suivi observées, ou recueillies lors d'entretiens, se rattachent au pôle des pratiques instructives. Nous verrons en effet que la plupart des enquêtés recourent à la fois à des pratiques s'inscrivant dans le pôle instructif et à des pratiques relevant du pôle comportemental.

2.1 L'équilibre alimentaire comme fondement scientifique de la diététique

La formation initiale, comme cela a été montré lors d'un développement précédent (*cf* 1 page 224), est essentiellement constituée d'un apprentissage théorique de la nutrition. Cet apprentissage est propice à un ancrage des diététiciennes et diététiciens, *a minima* au cours de leurs premières années d'exercice, au sein du pôle des pratiques instructives. Ils adhèrent en effet à l'idée d'un régime alimentaire³⁶ idéal pour les bien-portants, d'un « équi-

34. Le PNNS est le Programme National Nutrition Santé.

35. Il s'agit d'un terme indigène employé par Marie Le Roux, une diététicienne parisienne exerçant depuis la fin des années 2000.

36. « Régime alimentaire » est entendu ici comme habitudes alimentaires stables et durables.

libre alimentaire » qu'il faudrait respecter. Ces dispositions à mettre en place des pratiques de suivi visant à transmettre des connaissances nutritionnelles s'inscrivent dans la continuité de la première socialisation professionnelle dont les jeunes diététiciennes et diététiciens ont fait l'objet durant leur formation initiale. Cela est succinctement résumé par Cassandra Rosset, diététicienne installée en libéral depuis six mois et diplômée depuis deux ans et demi, « on est quand même formées sur l'équilibre alimentaire ». La notion d'équilibre alimentaire a été développée par les partisans de « l'alimentation rationnelle » au XIX^e siècle. Il s'agissait d'équilibrer les apports alimentaires par rapport aux besoins physiologiques des individus. Lucie Randoin, l'une des fondatrices, avec Jean Trémolières, de la science de la nutrition en France, a complexifié la notion au milieu des années 1920 : « principalement jusqu'à Randoin, il était surtout question d'un équilibre entre un besoin et un apport alimentaire. Sur la base de ce premier équilibre, Randoin entend montrer qu'il existe aussi un équilibre à respecter entre les substances nutritives, les vitamines et les minéraux eux-mêmes »³⁷. Ainsi, le principe selon lequel il existe un équilibre alimentaire qui, s'il n'est pas respecté, peut expliquer l'apparition de pathologies³⁸, est caractéristique du pôle des pratiques instructives.

Or, cet arrimage des recommandations diététiques sur la base scientifique de l'équilibre alimentaire est revendiqué par les associations professionnelles, aussi bien par l'AFDN (Association Française des Diététiciens Nutritionnistes) que l'ADL (Association des Diététiciens Libéraux). L'AFDN, par exemple, communique auprès du grand public sur la notion d'équilibre alimentaire. Un communiqué de presse de l'association, daté du 16 décembre 2008, dans le contexte d'une inflation du prix des denrées alimentaires couplé avec les premières répercussions de la crise économique dite des *subprimes*, intitulé « L'équilibre alimentaire à petits prix? C'est possible! », en témoigne. La chargée de communication de l'AFDN y définit cet équilibre en ces termes :

« Une alimentation équilibrée est une alimentation diversifiée qui permet d'éviter les carences. Elle doit comporter des fruits et des légumes, des protéines (œuf, viande, poisson), des laitages, des féculents mais aussi des matières grasses préférentiellement d'origine végétale. »³⁹

S'esquissent d'ores et déjà le signe de recommandations concrètes, puisque les matières

37. DEPECKER, « La loi des tables », *op. cit.*, encadré p. 547-548.

38. Les recherches conduites par Lucie Randoin abondent en ce sens puisqu'« elle s'inscrit en droite ligne de la tradition de savants entendant imputer au déséquilibre alimentaire les causes directes de certaines maladies », *ibid.*, p. 547.

39. Extrait du communiqué de presse de l'AFDN daté du 16 décembre 2008.

grasses se doivent d'être préférentiellement d'origine végétale. Il est donc conseiller d'opter pour des huiles végétales plutôt que pour du beurre par exemple. L'idée selon laquelle l'équilibre alimentaire doit être le fil directeur de tout suivi diététique est clairement énoncée sur le site de l'association des diététiciennes et diététiciens libéraux⁴⁰. On peut ainsi y apprendre que « l'équilibre alimentaire est la base de la diététique ». S'ensuit une présentation des « 9 groupes »⁴¹ qui divisent les aliments. Cette division en neuf groupes, dont il faut équilibrer, selon une pondération savante, les parts relatives, est résumée par la présence didactique d'un schéma avec illustrations. Le respect de l'équilibre complexifié, développé initialement par Lucie Randoin, qui prend en compte les nutriments, vitamines et minéraux, découle du respect de la juste proportion relative des catégories d'aliments. Les quantités globales sont ensuite déterminées en fonction de caractéristiques génériques telles que le sexe ou l'âge de l'individu : « Les quantités dépendent ensuite de chaque individu selon son âge, sexe, activité physique, état (bien-portant, femme enceinte, pathologies associées . . .) ».

Le fait que les associations professionnelles, qui ont pour vocation de porter un discours collectif des diététiciennes et diététiciens, considèrent l'équilibre alimentaire comme fondation de la diététique (qui peut s'entendre comme « l'art de bien manger » selon l'ADL), laisse à penser que la conception traditionnelle du rôle des diététiciennes et diététiciens, centré sur la réforme rationnelle de l'alimentation des patientes et patients, demeure très répandue parmi les praticiens. Les entretiens et observations effectués auprès de diététiciennes et diététiciens confortent cette analyse. La position défendue par l'ADL est en accord avec la plupart des diététiciennes et diététiciens rencontrés. Alors même que l'expression « équilibre alimentaire » n'apparaissait pas dans la grille d'entretien, l'ensemble des diététiciennes et diététiciens interrogés, avec toutefois des positionnements différents, ont évoqué spontanément cette notion⁴², en particulier pour la dissocier de celle, stigmatisante⁴³, de régime. C'est le cas par exemple de Juliette Poudale, une diététicienne qui exerce depuis une dizaine d'années en milieu rural dans la région lyonnaise, qui explique : « Chez moi, on ne parle pas de régime, on parle d'équilibre alimentaire ». De même, selon elle, ses patientes et patients « disent qu'[elles] respectent un équilibre alimentaire, qu'[elles] font attention ». Cela

40. <http://www.adl-asso.com/art-de-bien-se-nourrir.php>

41. Ces neuf groupes répertoriés par l'ADL sont les suivants : matières grasses ajoutées, produits sucrés ou gras et sucrés, lait et produits laitiers, les protéines, les fruits et légumes, les féculents, les boissons sucrées, l'eau, et les légumineuses.

42. Notion par ailleurs très présente au cours de la formation initiale ce qui explique cette prévalence.

43. cf chapitre 5

témoigne de la prégnance de la notion d'équilibre, et de déséquilibre, alimentaire, au sein des représentations professionnelles. La recherche de l'équilibre alimentaire est ainsi pensée comme étant au cœur du suivi diététique pour onze des vingt-et-un(e) diététiciennes et diététiciens interrogés, soit plus de la moitié. Sept diététiciennes et diététiciens n'abordent pas la notion au cours de l'entretien, tandis que seules trois diététiciennes se distancient nettement de la recherche de l'équilibre alimentaire chez les patientes et patients. Cependant, rares sont les diététiciennes et diététiciens qui utilisent la notion au cours des consultations. Au sein de notre échantillon, seule une diététicienne parisienne, Sylvie Maurice, « parle toujours d'équilibre alimentaire » aux patientes et patients. Il apparaît dès lors peu surprenant, bien que remarquable, qu'aucune des huit patientes interviewées, y compris celles, comme Gisèle Pommier, une patiente de Juliette Poudale, dont la diététicienne use de la notion d'équilibre alimentaire pour décrire son travail, son rôle, n'évoque l'idée de « manger équilibré », corolaire de celle de l'existence d'un modèle, d'un équilibre alimentaire à respecter.

2.2 De l'équilibre alimentaire à la ration équilibrée

L'adhésion à l'idée d'équilibre alimentaire théorique à respecter prédispose les diététiciennes et diététiciens concernés à vouloir appliquer en pratique, auprès des patientes et patients, l'idéal appris théoriquement. Cette performativité d'une formation théorique initiale s'apparente à un « effet de théorie »⁴⁴. Nombreuses sont en effet les diététiciennes et diététiciens qui veulent « éduquer », pour reprendre un terme indigène, les patientes et patients en vertu de cet idéal d'équilibre alimentaire à respecter. Il s'agit alors de les convaincre du bien-fondé de ces règles d'équilibre, et donc *in fine* de réformer leurs pratiques. Se faisant, les diététiciennes et diététiciens transformeraient l'idée d'équilibre alimentaire en sa réalisation pratique, la « ration équilibrée », telle qu'évoquée par Lucie Randoïn⁴⁵.

Nous pensons pouvoir repérer les effets au niveau des consultations d'une adhésion plus ou moins marquée selon les diététiciennes et diététiciens à l'idée réformatrice⁴⁶ de « ration équilibrée », à travers leur rapport à l'éducation nutritionnelle et aux erreurs alimentaires

44. Pierre BOURDIEU (1982), *Ce que parler veut dire : l'économie des échanges linguistiques*, Fayard, Paris.

45. RANDOÏN, LUCIE (1957), « Le rôle des diététiciennes dans l'amélioration de la Santé Publique », *L'Information diététique*, n° 1, p. 11.

46. Elle est réformatrice dans la mesure où il s'agit d'une idée performative c'est-à-dire qui appelle une mise en pratique immédiate.

des patientes et patients. On entend par « éducation nutritionnelle » le fait, pour la diététicienne, de transmettre volontairement des connaissances nutritionnelles à ses patientes et patients au cours du suivi diététique. Il s'agit pour les diététiciennes et diététiciens d'une part de lutter contre les croyances erronées ou erreurs alimentaires, et d'autre part de transmettre aux patientes et patients les ressources cognitives dont ils pourraient avoir besoin pour équilibrer leur alimentation, en fonction des familles d'aliments et de la composition en nutriments des aliments consommés. De ce fait, l'éducation nutritionnelle constitue une socialisation aux principes de la nutrition dans une optique diététique, c'est-à-dire dans le but de les mettre en œuvre afin de « bien se nourrir », en référence à la définition de la diététique selon l'ADL. Cette socialisation s'effectue essentiellement par la parole au cours des consultations, mais également par l'intermédiaire de fiches tapuscrites que les patientes et patients peuvent conserver chez eux⁴⁷.

Les diététiciennes et diététiciens s'interrogent sur la pratique de l'éducation nutritionnelle et s'en détachent parfois, arguant du fait qu'elle revêt une connotation infantilisante pour les patientes et patients⁴⁸. Il s'agit en effet pour la diététicienne de transmettre ses connaissances en nutrition à ses patientes et patients. L'attitude didactique, qui explique l'impression éventuelle d'infantilisation des patientes et patients, doit permettre aux patientes et patients de comprendre les raisons qui justifient un changement de pratiques alimentaires, afin notamment de se rapprocher de l'équilibre alimentaire et d'éviter les erreurs alimentaires. La légitimité des recommandations produites par les diététiciennes et diététiciens repose ainsi sur leurs compétences en nutrition.

Si le tableau n'est pas monolithique, l'ensemble des diététiciennes et diététiciens rencontrés pratiquent, sous des formes diverses, une éducation nutritionnelle des patientes et patients. Nous pouvons cependant les diviser en deux groupes. Les diététiciennes et diététiciens appartenant au premier groupe se caractérisent par une adhésion forte au rôle de transmission de connaissances diététiques et nutritionnelles. La maîtrise de ces connaissances étant indispensable pour comprendre et respecter, à terme uniquement de façon autonome, l'équilibre alimentaire, ces diététiciennes et diététiciens, au nombre de onze, sont, en ce qui

47. Il s'agit généralement de fiches rappelant les familles d'aliments, les équivalences (deux œufs correspondent à une portion de viande, par exemple), voire, nettement plus rarement cependant, des programmes alimentaires, grammages, ou listes d'aliments recommandés, autorisés, ou déconseillés, selon leur famille ou leur composition nutritive.

48. BROZETTI, ANNE (2009), « Pratiques en éducation du patient de diététiciens libéraux », *L'Information diététique*, n° 1, pp. 35-41.

concerne la pratique de l'éducation nutritionnelle en consultation, proches du pôle des pratiques instructives. Les dix autres diététiciennes et diététiciens, s'ils pratiquent eux aussi l'éducation nutritionnelle de leurs patientes et patients, ils n'y ont pas recours systématiquement et nourrissent un rapport critique à son endroit.

2.2.1 L'éducation nutritionnelle au cœur du métier de diététicienne ou diététicien libéral

Plus de la moitié de notre population enquêtée considère faire de l'éducation nutritionnelle au quotidien au cours des consultations de suivi. Ces praticiennes inscrivent ainsi leurs pratiques de suivi, au moins selon cet aspect, dans la lignée du pôle instructif. Ainsi, pour Marie Le Roux « on fait de l'éducation nutritionnelle. Mon truc c'est la transmission d'informations nutritionnelles ». Elle place au cœur de son métier le rôle de pédagogue de la nutrition. De même, lorsque nous demandons à Ana Mougin, qui exerce depuis deux ans environ dans une commune limitrophe de Paris, si elle estime faire de l'éducation nutritionnelle de ses patientes et patients au cours des consultations, elle répond par l'affirmative et renchérit le propos : « Oui. Oui oui oui, de toute façon, c'est de l'éducation ». A la même question, Marine Murier, qui exerce elle aussi depuis deux ans la diététique en libéral dans Paris, après avoir obtenu un master de droit puis s'être réorientée, répond qu'elle en fait « beaucoup, beaucoup ».

L'éducation nutritionnelle peut, chez ces diététiciennes et diététiciens, se traduire concrètement de différentes façons. Pour Adeline Gastaldi, qui exerce depuis un peu moins d'un an la diététique comme activité professionnelle secondaire⁴⁹, c'est l'ensemble des conseils et recommandations émis en consultation qui constituent cette éducation : « en libéral, c'est en effet plus des conseils et des recommandations qui forment une éducation nutritionnelle ». Pour d'autres, cela prend essentiellement la forme d'une lutte contre les croyances erronées des patientes et patients. Josiane Couloud, une diététicienne parisienne retraitée qui suit encore deux patientes, cite ainsi la croyance dans les vertus diététiques des yahourts à 0% de matières grasses. D'autres enfin, comme Lorraine Pluche, une diététicienne formée en Suisse et installée depuis peu à Paris, en raison d'un rapprochement conjugal, pratiquent une transmission scolaire de connaissances précises en nutrition destinées à procurer aux

49. Pour rappel, Adeline Gastaldi est rémunérée par la société immobilière de sa famille pour effectuer un travail à mi-temps de gestion du patrimoine familiale.

patientes et patients les ressources nécessaires au respect de l'équilibre alimentaire :

« Bah déjà en parlant de la pyramide alimentaire, ça permet de parler des protéines, des glucides, des lipides. Où ça se trouve. Les différents types de lipides. Que, oui, il y a des protéines dans les légumineuses mais que c'est différent des protéines animales. Pour moi c'est ça l'éducation nutritionnelle ». ⁵⁰

D'autres diététiciennes et diététiciens enfin adoptent un style plus dirigiste. Nous entendons par cette expression le fait qu'elles se font plus précises, plus directives donc, dans les recommandations alimentaires adressées à leurs patientes et patients). Sylvie Maurice, installée à Paris depuis 2011, recourt ainsi aux grammages comme indicateurs nutritionnels, considérés comme plus précis que les recommandations du PNNS. Florine Hervet, une diététicienne âgée de vingt-cinq ans qui effectue des consultations par skype depuis son domicile, situé à vingt kilomètres à l'ouest de Paris, attribue au manque d'éducation alimentaire durant l'enfance, les croyances diététiques erronées et le défaut, parfois, de compétences, jugées basiques, en matière de cuisine notamment, de ses patientes et patients. Elle entend rééduquer ses patientes et patients les plus en difficulté ⁵¹. « Ils ne savent pas comment s'alimenter ». Florine Hervet estime devoir leur « réapprendre à manger ». Ce sont ces diététiciennes et diététiciens qui emploient spontanément l'expression d' « erreur alimentaire », expression qui suppose l'existence d'un modèle qu'il est nécessaire de connaître pour pouvoir l'observer. Benjamin Lazard, ancien petit cadre travaillant dans la banque, qui est devenu diététicien, à l'âge de quarante deux ans, en 2014, en proche banlieue parisienne, explique ainsi faire quotidiennement de « la rééducation alimentaire ». L'emploi du terme « rééducation » suggère une conception du rôle du diététicien proche de celle d'un tuteur. Surtout, Benjamin Lazard insiste sur la nécessaire correction des erreurs, en matière d'alimentation, des patientes et patients, qui doivent disparaître sous l'effet du travail d'éducation nutritionnelle : « avec le rééquilibrage alimentaire, normalement, s'il y a des erreurs, on va les corriger ». Cela doit entraîner « généralement » une « perte de poids ». La priorité est donnée au respect de l'équilibre alimentaire. La perte de poids est pensée comme la résultante de cette discipline nutritionnelle.

Pour conclure, c'est le cas de Juliette Poudale qui, parmi nos enquêtés, se rapproche le plus sensiblement, sur le sujet de l'éducation nutritionnelle, du pôle instructif. Juliette

50. Entretien effectué à son domicile parisien le 14 décembre 2016.

51. Il s'agit de patientes et patients décrits comme dépourvus de tout repère nutritionnel et ayant une alimentation composée presque exclusivement de produits prêts-à-consommer : « Macdo » « pizzas » *etc.*

Poudale exerce en milieu rural, depuis 2008, au nord de la région lyonnaise. Auparavant, elle a travaillé dans l'industrie agroalimentaire durant plus d'une décennie. A l'instar de Fany Lebois, Juliette Poudale consacre, systématiquement, la deuxième consultation de suivi à l'éducation nutritionnelle de ses patientes et patients. Elle individualise sa séance en fonction de ce qu'elle nomme « le semainier » de la patiente ou du patient. Il s'agit d'un carnet dans lequel la patiente doit noter, dans leur intégralité, les consommations alimentaires effectuées au cours de la semaine précédant le rendez-vous. « Ils marquent ce qu'ils mangent et puis moi après je les classe par familles d'aliments et je relève les erreurs. Je leur dis tel aliment il ne faut pas l'associer avec ça, ça avec ça, ça vous pouvez mais à condition de ça. » Le semainier s'apparente ainsi, si l'on devait choisir une analogie scolaire, à un devoir à la maison, corrigé en direct par la diététicienne-enseignante. Il s'agit d'une transmission, par le commentaire des consommations concrètes des patientes et patients, des règles abstraites, théoriques, qui régissent le bon équilibre alimentaire. On remarque l'emploi du terme d' « erreurs » et le style dirigiste⁵² du suivi, la diététicienne se plaçant dans la position surplombante du censeur ou du prescripteur, style confirmé, dans la suite immédiate de l'entretien, par l'emploi de l'expression « ce que je leur donne à manger » :

Étienne : Par exemple quel genre d'association il faut éviter ?

Juliette : ça dépend de ce que je leur donne à manger. Par exemple on ne va pas manger un gratin de choux-fleur et puis du fromage. Parce que le produit laitier est dans le gratin donc on va passer directement au fruit.

E : D'accord. Pas fromage et yaourt *etc*

J : Voilà. Et si dans le pire des cas ils ont pris les deux produits laitiers sur le même repas on va rattraper en supprimant le produit laitier dans le repas suivant.⁵³

« On va rattraper » souligne l'attachement explicite au respect de l'équilibre alimentaire. Si l'erreur, deux produits laitiers au cours d'un même repas, n'est pas « rattrap[ée] », c'est-à-dire corrigée, contre-balancée, lors du prochain repas, alors l'équilibre n'est plus respecté. Le style dirigiste du suivi et l'attachement à l'équilibre alimentaire est également confirmé par la forme matérielle que prennent ses recommandations aux patientes et patients. Il s'agit d'une feuille sur laquelle elle inscrit les quantités c'est-à-dire les grammages : « ils ont une feuille (je vous montre). Voilà, ils ont une feuille comme ça. Je leur mets leurs

52. Il ne faut voir aucune connotation négative au terme « dirigiste » mais l'entendre comme un jugement de fait. Il est intéressant de remarquer comment le style dirigiste suppose ou favorise une relation verticale entre la diététicienne ou le diététicien et sa patiente ou son patient.

53. Entretien effectué à son cabinet dans l'Ain le 30 octobre 2017.

quantités ».

Les pratiques des diététiciennes et diététiciens évoqués précédemment se différencient des celles d'une autre moitié de l'échantillon composée de diététiciennes et diététiciens ayant un usage plus différencié et critique de l'éducation nutritionnelle. Les pratiques de suivi de ces derniers s'inscrivent ainsi relativement moins nettement au sein du pôle des pratiques instructives.

2.2.2 Un usage plus différencié et critique de l'éducation nutritionnelle

Sans renoncer à la transmission d'informations nutritionnelles, une partie des diététiciennes et diététiciens (dix parmi nos vingt-et-un enquêtés) en font un usage plus parcimonieux, moins systématique.

C'est le cas, tout d'abord, de Laure Blana et d'Anaïs Dupont qui, l'une comme l'autre, de part la spécificité de leur patientèle⁵⁴, pratiquent la transmission de connaissances nutritionnelles, mais dans le cadre de l'éducation thérapeutique du patient (ETP). L'ETP est une forme d'éducation nutritionnelle, mais ciblée sur une pathologie (affection des reins par exemple), qui a pour objectif de permettre au patient de gérer de façon autonome sa propre maladie chronique. Il s'agit par conséquent d'un cas particulier. En outre, l'éducation nutritionnelle, dans ce cas, chez Anaïs Dupont notamment, qui suit essentiellement des patientes et patients anorexiques, s'inscrit au sein d'une thérapie comportementale⁵⁵. Les connaissances transmises n'ont pas une vocation opératoire immédiate. Au contraire, elles ont pour objectif de faire comprendre aux patientes et patients anorexiques les raisons pour lesquelles, par exemple, il est indispensable physiologiquement de consommer des produits contenant des lipides, ce qu'ignorait, par exemple, Sophie Bricou, une patiente de Fany Lebois souffrant d'anorexie. Selon Anaïs Dupont, « il faut avoir un savoir. Mais ce n'est pas un savoir pour l'appliquer, c'est un savoir pour comprendre ».

Le point commun de l'ensemble des diététiciennes et diététiciens membres du groupe pratiquant l'éducation nutritionnelle d'une façon moins systématique est le rôle de l'expé-

54. Pour rappel, la patientèle d'Anaïs Dupont est composée exclusivement de patientes et patients anorexiques ou boulimiques tandis que celle de Laure Blana, coordinatrice Éducation Thérapeutique du Patient du réseau rétif, est constituée d'une majorité de patientes et patients consultant en raison d'une pathologie (maladie des reins ou diabète principalement).

55. cf 3 page 255

rience professionnelle⁵⁶. Marion Delangre est celle qui décrit le mieux un effet de détachement vis-à-vis des cours (« je ne sors pas mes cours »), c'est-à-dire un rapport plus critique aux connaissances théoriques, liées au respect de rations équilibrées, acquises lors de la formation initiale. Marion Delangre, qui exerce la diététique en libéral depuis une dizaine d'années, explique ainsi que sa « pratique a beaucoup évolué avec l'expérience ». Elle ne gère plus une perte de poids comme aux débuts de son activité. Elle a appris au cours de sa formation initiale « à faire une enquête alimentaire, à calculer les besoins théoriques de la personne et à lui sortir ce que l'on appelle "une ration alimentaire adaptée" ». A l'inverse, désormais, elle « ne donne jamais de ration ». Elle a enrichi l'entretien de la première consultation en ajoutant des questions portant sur d'autres aspects que le seul domaine alimentaire. Elle interroge également les patientes et patients sur « leur rythme de vie, sur le sommeil, la digestion, leurs contraintes de vie ». Elle conclut en affirmant que :

« Je m'adapte beaucoup plus à la personne que j'ai en face de moi. Voilà, je ne sors pas mes cours. Mais bon ça vraiment après c'est l'expérience aussi qui permet de le faire. »⁵⁷

Le détachement vis-à-vis des connaissances théoriques et de leur transmission est également perceptible chez les autres diététiciennes et diététiciens du groupe. Ainsi, Diana Pardieu, par exemple, une diététicienne parisienne qui exerce depuis quinze ans à Paris, discrimine les patientes et patients qui lui semblent posséder suffisamment de connaissances, notamment parce qu'ils ont tenté de nombreux régimes et acquis ainsi une importante réflexivité sur leur alimentation, et pour qui il serait inutile de leur expliquer les règles de l'équilibre alimentaire, des patientes et patients pour qui, au contraire, une transmission de connaissances pourrait les aider à résoudre leurs problèmes de poids. Cesc patientes et patients souffrent en effet d'un défaut de connaissances fondamentales, puisqu'ils déplorent eux-mêmes qu'ils ne « [savent] pas manger » :

« ça dépend là aussi de ce que je sens des connaissances qu'il a ou pas. J'ai des patients qui ont fait plein de régimes *etc*, là je ne fais plus d'éducation nutritionnelle. Je vois bien que les gens, ils cherchent surtout à être coachés, donc encadrés, suivis *etc*. Et puis il y en a certains qui me disent : "je ne sais pas manger. Je n'y connais rien du

56. L'expérience professionnelle est ainsi une ressource dont l'accumulation rend plus probable une plus grande « distance au rôle » (voir Erving GOFFMAN (2002), « La "distance au rôle" en salle d'opération », *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, vol. 143, n° 1, pp. 80-87) prescrit par la formation initiale, à savoir faire connaître et observer aux patientes et patients l'équilibre alimentaire.

57. Entretien effectué par Skype le 31 mars 2017.

tout. On ne m'a pas appris à bien manger". Donc là j'explique. »⁵⁸

De même, pour Arthur Malère, le rôle d'expert en nutrition n'est endossable que dans certaines circonstances et sous le registre de la proposition plutôt que de l'imposition. Pour ce diététicien de la région lyonnaise qui exerce depuis dix ans et qui milite pour des pratiques de suivi prenant en compte les « facteurs psycho-sociologiques » du changement des habitudes alimentaires : « on peut faire de l'expertise si elle est au service du patient. [...] Ce qui est très important c'est de l'amener comme des propositions et non pas des choses à faire ». Pour Arthur Malère, cette expertise doit se faire exclusivement à la demande de la patiente ou du patient. D'une façon similaire, Katia Valey, Vice-Présidente du G.R.O.S.⁵⁹, n'aborde la question de l'équilibre alimentaire que « dans la mesure où il y a des questions » et dans un second temps, c'est-à-dire après que ses patientes et patients aient atteint leur poids dit d'équilibre. Ainsi, la perte de poids n'est plus une conséquence de l'éducation nutritionnelle. Au contraire, l'éducation nutritionnelle est conditionnée à la perte de poids effective par le biais de méthodes dites comportementales⁶⁰.

En conclusion de ce développement touchant à la place qu'entendent donner les diététiciennes et diététiciens à l'éducation nutritionnelle, nous pouvons mobiliser les observations de consultations que nous avons effectué au sein des cabinets de Fany Lebois et Pauline Malon. Cette dernière, notre enquêtée principale, exerce dans une petite ville au sein d'un territoire rural. Elle est âgée de trente-quatre ans et exerce la diététique en libéral depuis 2004. La transmission de connaissances nutritionnelles n'a eu lieu, au cours des quinze consultations observées au cabinet de Pauline Malon, qu'à de rares occasions très circonstanciées, le plus souvent suite à une question posée directement par une patiente. Elle n'a par exemple jamais présenté, en ma présence, l'ensemble des familles des aliments à une patiente. En revanche, elle a répondu aux interrogations d'un patient⁶¹, un père qui consultait en famille, après sa fille, qui, utilisant une application lui calculant les calories ainsi que les apports

58. Entretien effectué à son cabinet parisien le 12 décembre 2016.

59. Le G.R.O.S. (Groupe de Réflexion sur l'Obésité et le Surpoids) est une association de praticiens (diététiciennes et diététiciens, psychologues, médecins, *etc*) confrontés aux problématiques liées à l'obésité et au sur-poids. Le G.R.O.S. prône un arrêt des régimes restrictifs et, notamment, une attention à la sensation de satiété pour permettre aux individus en sur-poids de retrouver leur « poids d'équilibre » en régulant leurs prises alimentaires. Le G.R.O.S. est présenté en détails au sein du chapitre 5 au cours duquel son rôle dans la stigmatisation des régimes amaigrissants est analysé.

60. *cf* 3 page 255

61. Il s'agit de la neuvième consultation observée au sein du cabinet de Pauline Malon, la dernière de la première journée passée à son cabinet, le mardi 20 décembre 2016.

nutritifs (nutriments, vitamines, minéraux) de son alimentation dans le but de l'aider à maigrir⁶², avait reçu une notification alarmante concernant un apport trop élevé en vitamines A. Il s'en est suivi alors une scène cocasse, tenant du comique de répétition, où se combinent hypothèses profanes erronées des parents, tentatives d'explication de Pauline Malon, enquête alimentaire sommaire pour déterminer le coupable, et enfin accusation de l'application elle-même (*cf* encadré *infra*).

Une éducation nutritionnelle circonstanciée

La scène prend place au cours de la neuvième consultation observée au sein du cabinet de Pauline Malon, dans la petite ville de Mélieu, en région lyonnaise. Il s'agit de la dernière consultation de la journée, le 20 décembre 2016. Elle est consacrée à une famille qui semble appartenir aux petites classes moyennes rurales. La mère est très bonne cuisinière. Si la mère, le père et leurs deux filles viennent consulter, les deux rendez-vous sont consacrés uniquement à la petite sœur d'une part et au père d'autre part. La plus petite fille est un peu ronde. La mère l'est également. La grande sœur en revanche, qui doit être âgée de treize ans environ, est mince. Elle est assise à l'écart et lit un petit livre pour adolescents. Le père, quant à lui, se rapproche d'une situation d'obésité, même s'il a perdu quelques kilos depuis l'été. Ce dernier est en arrêt maladie depuis deux ans suite à un accident du travail qui a entraîné son immobilisation temporaire puis une longue rééducation. Il reprend le travail sous le régime du mi-temps thérapeutique.

Les parents ont fait suivre leur plus petite fille, âgée d'environ huit ans, sans doute sur les conseils de leur médecin généraliste, en raison d'un sur-poids grandissant. Le père a alors décidé, depuis l'automne, de suivre un programme d'accompagnement à la perte de poids proposé par une application. Il doit renseigner les informations relatives à ses prises alimentaires, tous les jours, idéalement à chaque repas, dans l'application. Cette dernière calcule alors la valeur énergétique et la composition nutritionnelle de ses consommations. Lorsque le père dépasse l'objectif énergétique, mesuré en nombre de calories ingérées, fixé de telle sorte qu'il induise une perte de poids, un message d'alerte lui est transmis. De même, lorsque ses consommations alimentaires apparaissent déséquilibrées au regard d'un équilibre alimentaire théorique, une notification d'alerte apparaît sur son téléphone. La séquence d'éducation nutritionnelle, c'est-à-dire de transmission de connaissances nutritionnelles, qui suit, est très circonstanciée et circonscrite au sein de la consultation. Elle n'occupe qu'une petite partie du temps de la consultation. Elle est

62. Lors de l'entretien effectué avec Pauline Malon, le 19 juillet 2017, elle indique que si cette méthode convient aux patientes ou aux patients, elle ne s'y oppose pas. L'utilisation d'applications dont le principe de fonctionnement est nécessairement fondé sur un équilibre alimentaire impersonnel, c'est-à-dire générique, est cependant pensé comme temporaire, transitoire : « après ils n'en ont plus besoin ».

circonstanciée dans la mesure où elle advient suite à une question adressée conjointement par la mère et son conjoint à Pauline Malon. Le père s'inquiète en effet d'une notification d'alerte signalant un excès de vitamine A enregistré par l'application minceur qu'il utilise.

mère : Par contre j'avais une question parce que l'autre jour il était inquiet par rapport à ce qu'il avait sur son téléphone : trop de vitamine A.

Pauline : Ah bon, comment ?

père : C'est quoi la vitamine A ?

Pauline : vous avez fait quoi pour avoir trop de vitamine A ? Surtout qu'en plus c'est une vitamine que vous trouvez dans les graisses. [...]

mère : C'est le jour où j'ai fait du panais avec carottes, courgettes.

père : Mais la vitamine A vous la trouvez dans quoi ?

Pauline : Bah dans le gras, c'est une vitamine liposoluble.

mère : Ah ouais bah y a un problème.

Pauline : C'est bizarre.

mère : Et puis le poisson c'était du dos de cabillaud c'est pas gras ça.

Pauline : Oui.

père : Après c'est une application qui n'est pas bon ... fiable, mais bon.

Pauline : Après, si ça vous le met tous les jours. ça ne vous l'a mis qu'une fois ?

père : Oui.

mère : C'est quand même pas les carottes. ...

Pauline : Oui on peut pas avoir un excès de vitamine avec qu'une journée.

père : Oui. Et de toute façon c'est que dans le gras ?

Pauline : Oui, oui oui.

père : Donc vu qu'il y en a pas ...

mère : Y en avait pas. ...

Pauline : Oui c'est bizarre. ...

mère : Au départ je me suis dis les carottes.

Pauline : Faudrait retrouver l'aliment. [...]

Pauline : C'est laquelle que vous utilisez ? [...]

mère : ça m'a étonné j'ai dit : "mince" ! Si j'ai fait trop de carottes c'est pas possible. Le panais c'est plus ou moins la même famille donc. ...

Pauline : Non non non ça ne vient pas de ça.

père : Non mais les repas chargés, comme les lasagnes je ne sais pas moi.

mère : Mais c'était deux jours après. C'était le vendredi que j'avais fait du panais. [...]

Pauline : Ce n'est pas parce qu'on mange du saumon une fois que ... ça se saurait.

père : ça dépend d'où il a été élevé.

Pauline : Je pense que c'est un peu les limites des applications.

Au cours de cette interaction, il apparaît que Pauline Malon tente de rassurer son patient et sa conjointe, que l'on devine anxieux puisqu'ils posent la question et qu'ils se la sont déjà posée. Ils ont en effet déjà cherché, en profanes, les coupables : les carottes, ou les panais, pour la mère, les lasagnes au saumon pour le père. Pauline Malon utilise ses compétences (types et sources de la vitamine A), mais uniquement suite à leur demande, et joue de son crédit auprès de cette famille, suivie depuis plusieurs années, pour relativiser l'existence d'un risque induit par le déséquilibre alimentaire passager indiqué par l'application téléphonique. Cet exemple est emblématique de l'éducation nutritionnelle, rarement présente explicitement, pratiquée lors des consultations observées au sein du cabinet de Pauline Malon ^a. Le contenu des consultations est nettement plus comportemental que nutritionnel (*cf* section 3 page 255).

a. Une exception, toute relative, est toutefois à noter. Il s'agit d'une femme d'une soixantaine d'années qui s'appliquait d'elle-même un régime très hypocalorique, une « restriction » selon Pauline Malon, dans lequel elle avait supprimé tous les féculents. Elle a ensuite consulté Pauline Malon en raison de sévères hypoglycémies et migraines. Ainsi, Pauline Malon lui a clairement conseillé de réintroduire des féculents dans son alimentation, après lui en avoir expliqué l'utilité et les effets. J'ai pu assister au second rendez-vous, le mardi 20 décembre 2016, au cours duquel la patiente a pu établir un bilan de cette réintroduction avec la diététicienne.

La place et le rôle de l'éducation nutritionnelle dans les suivis diététiques proposés par Fany Lebois est tout autre, et présente des affinités plus marquées avec le pôle des pratiques instructives. Alors que nous étions accoutumés à observer une éducation nutritionnelle très circonstanciée chez Pauline Malon, notre étonnement fut fort lors des premières observations de consultations chez Fany Lebois ⁶³. En effet, nous avons pu constater, et cela a été confirmé au cours de l'entretien, que cette diététicienne de l'ouest parisien consacre systématiquement une séance complète à l'éducation nutritionnelle. Plus précisément, elle applique un modèle type de suivi pour toutes ses patientes et patients désirant perdre du poids. La première consultation est consacrée au bilan des pratiques alimentaires actuelles à travers une enquête alimentaire classique ⁶⁴. Elle insiste ensuite sur le fait que la priorité, pour perdre du poids, c'est la diminution des quantités, et donc des calories, ingérées. Elle explique alors que l'équilibre alimentaire, s'il est déterminant pour préserver sa santé sur le long terme, n'est que secondaire pour la perte de poids. Il sera donc vu dans un second temps. De fait, c'est au cours de la deuxième consultation de suivi que sont énoncées les familles d'aliments. La troisième séance est consacrée à l'apprentissage détaillé de l'équilibre alimentaire. Les détails de l'équilibre alimentaire sont abordés systématiquement et durant

63. Celles-ci se sont déroulées sur deux jeudis après-midi en mai-juin 2017. Nous avons ainsi pu assister à sept consultations dont cinq furent enregistrées et retranscrites.

64. « Classique » au sens où elle se retrouve chez l'ensemble des enquêtés.

une trentaine de minutes, après avoir effectué un rapide bilan de suivi traditionnel, sur les quarante cinq minutes que comptent chaque séance⁶⁵, soit les deux tiers du temps disponible⁶⁶. Les patientes et patients sont invités à utiliser une table basse, qui semble dédiée à cet exercice, sur laquelle Fany Lebois dispose une trentaine d'aliments en dînettes (tels qu'une cuisse de poulet, une brique de lait, une banane, un croissant *etc*). La patiente ou le patient doit alors regrouper sur la table basse ces aliments en plastique selon la famille d'aliments à laquelle ils appartiennent. L'opération nécessite environ cinq minutes. La diététicienne observe sans intervenir puis commente et corrige le résultat en replaçant au sein de leur famille les aliments mal aiguillés par la patiente ou le patient. Celle-ci ou celui-ci doit apprendre de ses erreurs afin d'être en mesure de connaître et reconnaître les familles d'aliments dans le but d'être capable de respecter l'équilibre alimentaire. Au cours de ce qu'il faut bien appeler la correction, Fany Lebois commente les caractéristiques des différentes familles et les parts relatives qu'elles doivent occuper au sein d'une alimentation équilibrée. Des extraits de cette séance de pédagogie nutritionnelle, avec un patient, que l'on va nommer Fabrice, d'une quarantaine d'années venant consulter, en costume professionnel, durant sa pause méridienne, permettent de se figurer davantage ce dont il est question (*cf* encadré *infra*).

Une séance d'éducation nutritionnelle

La consultation a lieu le 15 juin 2017 au cabinet de Fany Lebois dans l'ouest parisien. Fany Lebois a connu une trajectoire professionnelle qui a débuté au sein d'une grande entreprise de l'agroalimentaire. Elle y était chargée des négociations commerciales. Elle s'est cependant réorientée vers la diététique au début des années 2010 à l'occasion d'une première grossesse. Elle a exercé dans une ville limitrophe de Paris puis a eu l'opportunité de s'installer à proximité de son domicile situé dans Paris. Elle reçoit en consultation Fabrice.

Fabrice est un des rares patients que nous avons pu observer en consultation. Il

65. Exceptions faites, dans notre échantillon, de la séance de suivi d'un couple qui a duré un peu plus d'une heure mais a été facturée 100€, et la séance de suivi d'une enfant, encore à l'école primaire, accompagnée de son père, qui a quant à elle effectivement duré quarante-cinq minutes mais au cours de laquelle il a été décidé de planifier désormais des séances plus rapprochées, tous les quinze jours, mais de moitié moins longues, à cause de la fatigue et des difficultés de concentration de l'enfant.

66. C'est ainsi que dans la transcription de l'observation dont il est question dans l'encadré qui suit, près de 20 000 caractères sur les 31 000 que compte le document correspondent à la phase exclusivement dédiée à l'apprentissage de l'équilibre alimentaire.

a décidé de recourir aux services de Fany Lebois pour l'aider à perdre du poids. Il est âgé d'une quarantaine d'années et pèse près de cent kilos pour une taille proche de la moyenne pour un homme. Il est venu en scooter à la consultation, qui a lieu en tout début d'après-midi, et en vêtements professionnels. Il est cadre dans une entreprise privée et semble appartenir plutôt aux classes supérieures. Il a une femme et deux enfants. Il a du diabète. Fabrice a débuté son suivi il y a environ un mois et demi. Il a perdu plus de quatre kilos depuis la précédente consultation, il y a un peu plus de trois semaines. Cette consultation est la troisième. Elle est presque entièrement consacrée à l'apprentissage de l'équilibre alimentaire à partir de la manipulation d'aliments en plastique. L'exercice pédagogique consiste à classer les aliments dans l'une des familles d'aliments rappelés préalablement par Fany Lebois. La diététicienne se lève puis sort d'un placard un sac contenant les aliments fictifs. Elle dépose ensuite ces aliments d'une façon désordonnée sur une table basse située derrière le patient. Celui-ci se retourne et a pour consigne d'ordonner ces aliments en les classant. L'extrait débute un peu avant le lancement de l'exercice, au moment où Fany Lebois s'apprête à l'introduire en justifiant son intérêt (« ça tombe bien ») :

Fabrice : J'essaie de manger, voilà. Je me fais des petites crudités le soir. J'essaie de manger un peu mieux.

Fany : Un peu mieux.

Fabrice : bon, des fois je repique, mais bon.

Fany : C'est d'ailleurs ce que l'on va voir aujourd'hui. ça tombe bien !

Fabrice : Comment ne pas repiquer ! *[rires]*

Fany : Non c'est pas ça, on va revoir un peu l'équilibre alimentaire. [...]

Après avoir rappelé que la diminution des quantités prime sur l'activité physique ou sportive et sur l'équilibre alimentaire, pour perdre du poids, Fany Lebois poursuit :

Fany : Comme vous avez compris un certain nombre de choses, on peut quand même avancer sur l'équilibre alimentaire. Ce qu'on va faire. Par contre vous n'avez pas de bol, je vais vous faire bosser !

Fabrice *[Sur le ton de la plaisanterie]* : Ah là là. Ah là là.

Fany *[Se déplaçant vers la table basse]* : Est-ce qu'on avait évoqué, oui, la dernière fois on avait bien fait les fruits et légumes ?

Fabrice : Ouais.

Fany : Ok. est-ce qu'on avait déjà évoqué toutes les familles d'aliments ?

Fabrice : Ouais.

Fany : Alors, rappelez-les moi ?

Fabrice : Euh ... Faut vraiment que je bosse. Toutes les familles d'aliments *[rires]* ... Alors, y a la viande.

Fany : Alors comment ça s'appelle ?

Fabrice : Protides.

Fany : Non, protides c'est un nutriment.

Fabrice : Protéines.

Fany : Oui.

Fabrice : Glucides.

Fany : Non c'est un nutriment. Les trucs en « -ide », lipides, glucides, protides, c'est des nutriments.

Fabrice : Alors, protéines. Les légumes.

Fany : Fruits et légumes.

Fabrice : Féculents. [...]

Fany : Donc, l'eau, fruits et légumes, féculents, laitages, matières grasses, produits sucrés. Donc ces sept familles vous allez me les retrouver maintenant *[elle sort une dinette ; c'est-à-dire plein d'aliments en plastique]*. Allez-y, je vous laisse travailler. [...]

Fabrice : Alors ... *[il s'active]*. Sucre, produits laitiers ... C'est quoi ça ? ... tac tac tac maïs, maïs féculent. C'est ?

Fany : Cuisse de poulet !

Fabrice : Ah oui c'est imagé, steak, hamburger, tac tac tac tac.

Fany : L'huile.

Fabrice : Alors, les matières grasses vous m'embêtez parce qu'il y en a partout quoi. Produits laitiers, matières grasses ... [...]

Fany : *[Désignant un aliment oublié]* Et ça ?

Fabrice : Hop, pardon !

Fany *[Clarifiant les tas]* D'accord, donc on a nos sept. Alors, y a des bonnes choses et puis y a des petits ajustements à faire !

Fabrice : *[rires]* ah bon, je suis très surpris !

Fany : Non mais c'est quand même pas trop mal. Première famille on l'a dit, c'est l'eau. C'est la seule boisson qui est indispensable à votre corps. Vous savez quel pourcentage y a d'eau dans votre corps à peu près ?

Fabrice : Ah c'est énorme, 70% à peu près je crois ?

Fany : Oui [...]. Bref, elle est importante. Est-ce que vous connaissez à peu près les besoins quotidiens ?

Fabrice : C'est deux litres je crois ?

Fany : Oui, alors ça c'est ce qu'on entend. La réalité est plus proche des trois litres.

Fabrice : Oui mais y en a plein dans les aliments.

Fany : Exactement. Sur les trois litres, y a un litre et demi apporté par les boissons.

Fabrice : Mais faut pas trop en boire non plus.

Fany : Un litre et demi. [...]

Fany Lebois passe en revue toutes les familles et change les erreurs de classification tout en rappelant certaines équivalences comme pour ce à quoi correspond une portion de fromage :

Fany : [...] Mais là vous m'avez fait une erreur. Il y a un produit qui est là et qui ne devrait pas se trouver là.

Fabrice : Je ne vois pas. Parce qu'il y a une brique de lait, de la crème fraîche. Ah c'est matière grasse ça ?

Fany : Oui. Même si c'est fabriqué à partir de la crème du lait. Le beurre c'est pareil. Alors pour quelles raisons il faut en consommer des produits laitiers ?

Fabrice : bah, ça apporte du calcium.

Fany : Du calcium. Et puis, vous l'avez dit, c'est un complément en protéines. Alors, combien de portions par jour faut il en consommer ?

Fabrice : Il en faudrait idéalement le matin et une fois dans la journée donc on va dire deux.

Fany : Alors oui, vous avez raison. Avant c'était trois, une portion par repas. Maintenant c'est passer à deux. Sur les deux, une seule fois du fromage. Pourquoi ?

Fabrice : Parce que c'est associé à de la matière grasse.

Fany : Parce que c'est du gras, en effet. Et une portion de fromage c'est l'équivalent d'un camembert individuel, trente grammes. d'accord ?

Fabrice : Oui. [...]

[Fany Lebois aborde également des considérations en terme de vitamines et minéraux, par exemple :]

Fany : Alors, je vous ai mis des conserves. Sur le plan nutritionnel, conserves ou surgelés, les vitamines et minéraux sont très bien conservés. Le seul bémol des conserves c'est que c'est très salé. Donc comme en général il faut surveiller sa consommation de sel, on peut les rincer.

Fabrice : D'accord.

Il apparaît ainsi que Fany Lebois adopte une conception positiviste de l'équilibre alimentaire au sens où il faut le respecter. Lorsque son patient lui fait remarquer, par exemple, qu' « il ne faut pas trop boire non plus », elle répond par un rappel de la règle (« Un litre et demi ») et clot ainsi tout débat. Il en va de même pour les autres familles d'aliments. Par ailleurs, elle se positionne nettement dans un rôle didactique. Elle explique, enseigne, les familles d'aliments, leur rôle et les proportions afin que le patient puisse les respecter sur la semaine⁶⁷. Elle précise les équivalences concrètes des proportions à respecter, comme lorsqu'elle rappelle qu'une portion de fromage correspond à trente grammes de camembert. Il s'agit d'un parti pris qui la rapproche du pôle instructif et la distingue de Pauline Malon qui recourt la plupart du temps à l'éducation nutritionnelle dans le but de répondre à des questions précises des patientes et patients pour les rassurer ou les conseiller sur un

67. L'équilibre alimentaire doit être respecté sur une semaine environ, pas nécessairement chaque jour.

point précis. Fany Lebois ne cherche pas à rassurer son patient mais à lui transmettre, avec une certaine systématisme, des informations nutritionnelles, les plus complètes possible, afin qu'il modifie ses pratiques alimentaires. La séquence consacrée à l'équilibre alimentaire se termine ainsi sur un exercice de réflexivité. Le patient est appelé à réfléchir à ses pratiques en confrontant ses consommations alimentaires effectives à l'idéal défini, sinon prescrit, par l'équilibre théorique. Il en découle un souhait de transformation, d'amélioration du réel par rapport à l'idéal, bien évidemment en faveur des fruits et légumes. Tout se passe comme si Fany Lebois conduisait son patient à formuler une bonne résolution qui l'engage puisqu' énoncée en sa présence :

Fabrice : Faut diminuer les matières grasses je pense.

Fany : d'accord.

Fabrice : Au profit des fruits et des légumes où là je ne suis pas assez . . .

Fany : Là, vous n'êtes pas à deux portions de fruits ?

Fabrice : Fruits peut-être mais pas de légumes. En fait je pense que je mange trop de féculents et pas assez de légumes.

Fany : Oui, bah c'est souvent le cas. [. . .]

Fany : Ok donc voilà essayez d'augmenter encore les fruits et légumes et de faire attention aux sucres, aux protéines et aux féculents.

Fabrice : Ok.

Il en était allé de même pour une de ses patientes, Anabelle, étudiante⁶⁸, dont nous avons pu observer la quatrième consultation. C'est ainsi qu'ont été observées les conséquences du constat dressé lors de la séance consacrée à l'apprentissage détaillé de l'équilibre alimentaire :

Fany : Mais ça s'est bien passé ?

Anabelle : Oui, globalement, je me fais aux légumes.

F : Ouais. Donc vous avez augmenté . . . Enfin, donc la dernière fois on avait vu l'éducation nutritionnelle avec toutes les familles d'aliments.

A : Oui.

F : Donc on avait vu en effet fruits et légumes à augmenter et plutôt du coup diminuer les féculents.

A : Oui !

Ainsi, il s'agit d'un exercice didactique systématique⁶⁹, qui a lieu dès les débuts du

68. Il s'agit de la première observation effectuée au cabinet de Fany Lebois, le 30 mai 2017.

69. Il est systématique au double sens où il est réalisé systématiquement et où il fait système puisqu'il

suivi, qui repose sur du matériel (dînette et table basse), et qui s'avère chronophage, alors même que le temps de la consultation est limité à quarante-cinq minutes, et que chaque consultation est rémunérée à hauteur de 50€. Cela témoigne de l'importance que lui confère Fany Lebois, et des dispositions des patientes et patients à se conformer à cet exercice.

Si l'on a pu mettre en évidence l'usage différencié que font les diététiciennes et diététiciens de l'éducation nutritionnelle, il serait intéressant de savoir ce que pensent les patientes et patients de la transmission d'informations nutritionnelles dans la mesure où les pratiques de suivi des diététiciennes et diététiciens sont pensées pour les patientes et patients et orientées vers eux. Les patientes et patients rencontrés au cours de notre enquête ont-ils reçu une forme d'éducation nutritionnelle de la part de leur diététicienne et qu'en ont-ils retenu ? Autrement dit, dans quelle mesure la transmission de connaissances est-elle effective et efficace, utile, du point de vue des patientes et patients ?

2.2.3 L'éducation nutritionnelle du point de vue des patientes et patients

Il est intéressant de noter que l'ensemble des patientes et patients interrogés, sans exception, ont enrichi leurs connaissances nutritionnelles et diététiques au cours des suivis. A l'instar du constat, établi par Luc Boltanski⁷⁰, d'une transmission des normes médicales de puériculture par un effet de proximité, à la fois sociale et physique au cours des consultations, avec les médecins, on observe que la fréquentation d'une diététicienne a pour conséquence un apprentissage de normes, au sens de règles de comportement, diététiques.

Ainsi, outre le cas de Sophie Bricou, cité précédemment, Alyssa Ravelli, une patiente suivie depuis l'âge de dix-huit ans par Pauline Malon depuis dix années, a appris de nombreuses connaissances diététiques, au point d'affirmer qu'elle « pourrai[t] être diététicienne à [son] tour s'il [le] fallait ». Cet apprentissage est d'autant plus remarquable qu'Alyssa Ravelli est socialement éloignée des classes supérieures culturellement les mieux dotées. Ces dernières sont les mieux situées pour accumuler des connaissances et compétences diététiques et entretenir un rapport de familiarité avec les normes diététiques⁷¹. Alyssa Ravelli appartient aux classes populaires. Elle est vendeuse dans une grande entreprise d'ameublement

s'insère dans un suivi dont l'enchaînement logique des consultations à thème fait sens et que l'exercice aborde l'ensemble des familles d'aliments pour mieux en exposer les inter-dépendances, c'est-à-dire le système qu'elles forment.

70. Luc BOLTANSKI (1969), *Prime éducation et morale de classe*, Mouton, Paris.

71. DEPECKER, « Les cultures somatiques », *art. cit.*

et son compagnon, très peu diplômé, enchaîne les contrats de travail courts et précaires. Il en va de même pour Laura Barjou, une patiente de Sara Perrier, qui appartient cependant aux classes moyennes cultivées. Après avoir effectué des études de lettres modernes à l'université, elle mène une carrière dans l'édition de livres jeunesse à Paris depuis plus de vingt-cinq ans. Alors qu'elle explique que sa diététicienne lui a conseillé de consommer une poignée d'amendes l'après-midi, en précisant que ces fruits secs étaient « riches en omegas », nous lui demandons si elle a « appris des choses en diététique ». Laura Barjou répond par l'affirmative : « Oui, j'ai appris plein de choses grâce à elle ». Cette patiente entretient en outre un rapport plus réflexif à son alimentation grâce à ses apprentissages puisque lorsque nous lui demandons si elle réfléchit davantage à son alimentation qu'auparavant, elle assure que « grâce à [Sara Perrier] oui, beaucoup plus qu'avant de la connaître et elle m'a permis de découvrir des choses. Elle m'a même donnée des recettes de repas équilibrés [...] ». Notons au passage que nous retrouvons la notion d'équilibre, associée à celle d'apprentissages et de réflexivité. Les autres patientes et patients interrogés témoignent d'expériences comparables et d'apprentissages, plus ou moins marqués. La patiente qui paraît la plus empreinte de catégories relatives à l'équilibre alimentaire, apprises au cours d'un suivi d'une année, s'avère être, sans surprise, dans la mesure où les pratiques de suivi de sa diététicienne, Julette Poudale, s'inscrivent nettement du côté du pôle instructif, Gisèle Pommier. Gisèle Pommier appartient, tout comme Alyssa Ravelli, aux classes populaires. Elle réside également en milieu rurale. Elle est âgée de soixante-quinze ans. Elle est issue d'une famille de paysans modestes. Elle a longuement été femme au foyer avant d'enseigner l'horticulture dans un centre d'accueil de personnes handicapées dans lequel était accueillie sa fille. Son mari, de sept ans son aîné, est ouvrier en retraite. Elle explique, lors de l'entretien, qu'elle a accru ses connaissances diététiques, c'est-à-dire en matière de science de la nutrition :

Étienne : Et est-ce que vous avez appris des choses au niveau purement diététique ?

Gisèle : Oui parce que y a des aliments que je ne savais pas que c'était des *légumineuses* par exemple. [...] D'autres des *féculents* que je ne connaissais pas style boulgour, style quinoa. Et ça je peux en manger. Et c'est très bon en plus. [...] Et puis comme j'aime beaucoup la viande, elle ne m'a pas... Au contraire, un *beefsteak de 120g* c'est pas mal ! ... Et puis elle m'a mis *l'équivalent en œufs : deux œufs. Équivalent de deux tranches de jambon*. Je mange aussi beaucoup de poisson, enfin tout ce qui est *protéines*⁷².

Les éléments que nous surlignons témoignent de cet apprentissage qui se caractérise

72. Entretien téléphonique effectué le 8 décembre 2017.

d'une part par l'emploi de catégories nouvelles telles que la notion d'« équivalent », et d'autre part par le regroupement, sous des catégories anciennement connues (comme « féculents » ou « légumineuses »), d'aliments dont la patiente ignorait la classification savante.

Ainsi, un apprentissage de nouvelles notions, qui sont aussi des catégories de perception, c'est-à-dire des façons de voir le monde, un apprentissage et une mise en application d'une classification savante, et enfin une plus grande réflexivité savante sur son alimentation, telles sont les effets, pour les patientes et patients interrogés, de l'éducation nutritionnelle au cours des suivis en libéral. Il s'agit d'effets cognitifs, à visée pratique (faciliter un rapprochement des pratiques effectives de l'idéal de l'équilibre alimentaire), en accord avec les principes du pôle des pratiques instructives.

Cela tend à confirmer, premièrement, que les diététiciennes et diététiciens se conforment, au moins partiellement, et bien que d'une façon différenciée, aux attentes de rôles caractéristiques du pôle des pratiques instructives, c'est-à-dire transmettre les règles alimentaires établies par la science de la nutrition afin de réformer les pratiques des patientes et patients. Cela semble confirmer, deuxièmement, que les patientes et patients rencontrés eux-mêmes attendent cela des diététiciennes et diététiciens ⁷³ dans la mesure où aucun d'entre eux n'a déploré ces apprentissages, qui pourraient être jugés trop scolaires, trop compliqués, ou inutiles *etc*), bien au contraire.

3 Pratiques comportementales

Les diététiciennes et diététiciens interviewés pratiquent tous, bien que d'une façon différenciée, l'éducation nutritionnelle de leurs patientes et patients. Ils se conforment ainsi, dans une certaine mesure, à une attente de rôle classique : les praticiens apparaissent en savants devant éduquer, par la transmission de connaissances, les patientes et patients. Les pratiques du pôle instructif favorisent ainsi l'établissement de relations hiérarchiques verticales entre les patientes et patients et leurs diététiciennes et diététiciens. Cependant, ces derniers recourent également, avec la même unanimité différenciée, à la relative exception de Juliette Poudale ⁷⁴, aux méthodes dites comportementales et à la prise en compte de

73. Sans doute non exclusivement d'attentes en faveur d'un travail plus comportemental, qui séduit également nombre de patientes et patients (*cf* chapitre 5 et 6)

74. Relative car elle reconnaît une dimension psychologique dans son travail de suivi diététique

facteurs psychologiques et socio-économiques. Se faisant, les diététiciennes et diététiciens prennent en compte des déterminants du poids, lorsqu'il s'agit d'un suivi ayant pour finalité un amincissement, allant au-delà de la seule nutrition. Par ces méthodes, qui sont détaillées au sein du chapitre 6, les diététiciennes et diététiciens témoignent de leur prise en compte du cadre, spécifique à chaque patiente ou patient, dans lequel doit s'effectuer le changement des pratiques alimentaires ou sportives (situation conjugale, deuils, contraintes professionnelles, stress, addictions, motivation, *etc*). Les diététiciennes et diététiciens révèlent, par leurs pratiques et leurs discours, leur croyance en la nécessaire modulation du discours nutritionnel en fonction de considérations psychologiques ou socio-économiques. La transmission d'informations nutritionnelles, même adaptée aux connaissances initiales des patientes et patients, n'est ainsi pas jugée suffisante pour assurer une réussite du suivi diététique, c'est-à-dire, dans la plupart des cas, une perte de poids effective. C'est ainsi, comme nous allons le détailler dans cette sous-section, que les diététiciennes et diététiciens s'inscrivent également dans la continuité d'un pôle que l'on peut qualifier de comportemental, en référence aux thérapies dites « cognitivo-comportementales », qui se caractérise par :

- Le rejet de l'idée qu'il existerait des règles nutritionnelles adaptées à chaque patiente ou patient bien-portant qu'il suffirait de faire observer aux patientes ou patients pour atteindre les objectifs de perte de poids.
- La nécessaire prise en compte de facteurs extra-nutritionnels, psychologiques et socio-économiques, qui président aux consommations alimentaires et à leurs évolutions au niveau individuel.

3.1 Un cas introductif

Sara Perrier est une diététicienne, avec qui nous nous sommes entretenu par téléphone, et de laquelle nous avons rencontré une patiente, Laura Barjou. Elle est âgée de trente-huit ans et exerce dans une commune aisée de la grande couronne au sud de Paris. Issue des classes moyennes salariées du privé, elle obtient son baccalauréat en 1997 puis échoue en première année de médecine l'année suivante. Elle se réoriente alors vers un BTS diététique, qu'elle obtient en 2001. Après avoir débuté au sein d'un cabinet esthétique, elle s'installe un jour et demi par semaine en libéral dans un arrondissement parisien central en 2003. Elle trouve ensuite l'opportunité de s'installer dans sa ville actuelle d'exercice et de résidence, en 2007. Elle reçoit une quinzaine de patientes et patients par semaine à son cabinet. Elle n'a

ni conjoint ni enfant. La cas de Sara Perrier peut faire office d'exemple introductif car se donne à voir, dans ses propos, la dualité du suivi diététique des bien-portants. Elle s'inscrit en effet aussi bien dans l'un que dans l'autre pôle, en fonction notamment des demandes des patientes et patients :

Étienne : Et est-ce que vous diriez que vous faites de l'éducation nutritionnelle des patients ?

Sara : Oui, quand même, parce qu'il y a quand même un côté nutrition. D'ailleurs, il y en a qui demandent ça, qui sont demandeurs⁷⁵.

L'emploi du terme « quand même » renvoie à l'importance des nombreuses questions non-nutritionnelles abordées au cours du suivi (il s'agit du côté opposé au « côté nutrition »), qui certes ne remplacent pas l'apprentissage nutritionnel, mais occupe une place relative considérable. Ce « côté » non nutritionnel renvoie aux pratiques affiliées au pôle comportemental. La persistance d'une éducation nutritionnelle est justifiée par la demande des patientes et patients. Cette éducation correspond classiquement à ce que nous avons vu précédemment : « les équivalences, les groupes d'aliments, où on trouve des protéines, *etc* ». Elle indique qu'elle ne procède à une éducation nutritionnelle stricte, à l'aide de photos, que pour certaines patientes et patients, notamment à leur demande. Or, l'alternative à la transmission de connaissances, c'est le travail comportemental, sur la sensation de faim notamment, travail qui ne suppose aucune transmission de connaissances nutritionnelles puisqu'il repose sur les sensations contre la cognition, le contrôle sensitif plutôt que la restriction cognitive⁷⁶. Sara Perrier en témoigne :

« ça dépend d'une personne à l'autre. y a des personnes je me dis "elles auront plus besoin d'exercices". Donc au début on va plus faire des exercices sur la faim, l'observation, *etc*. Et d'autres qui sont plus demandeuses de ça⁷⁷, ça dépend. »⁷⁸

Le cas emblématique de Sara Perrier montre la dualité du suivi diététique en libéral au cours duquel (au moins) deux conceptions du rôle des diététiciennes et diététiciens cohabitent. Cette sous-section se propose de montrer plus en détails l'influence du pôle comportemental sur le suivi diététique, du point de vue des diététiciennes et diététiciens (celui des patientes et patients sera abordé au sein des deux derniers chapitres de la thèse).

75. Entretien téléphonique effectué le 27 juillet 2017.

76. *cf* 3.3 page 262, ainsi que la chapitre 6.

77. « ça » renvoie à l'éducation nutritionnelle à partir de photos d'aliments, à l'instar de la méthode de Fany Lebois qui travaille avec de la dînette.

78. Entretien téléphonique effectué le 27 juillet 2017.

3.2 La « dimension psychologique » du métier de diététicienne ou diététicien en libéral

La prise en compte de facteurs psychologiques qui présideraient à la prise de poids, aux consommations alimentaires jugées compulsives ou déréglées, ou aux troubles du comportement alimentaire, s'est avérée être un principe partagé par l'ensemble des enquêtés. Selon la terminologie indigène, cela renvoie à la « dimension psychologique » du travail des diététiciennes et diététiciens libéraux. Par « dimension psychologique », il faut entendre le fait de devoir être à l'écoute des maux des patientes et patients. L'ensemble des diététiciennes et diététiciens rencontrés à leur cabinet avaient à leur disposition un paquet de mouchoirs sur leur bureau afin d'être en mesure d'apporter un soutien matériel minimal aux patientes et patients qui seraient en détresse pendant la consultation. La « dimension psychologique » renvoie à une forme de travail de psychologue amateur. Les diététiciennes et diététiciens reconnaissent ne pas avoir de formation, au moins initiale, en psychologie et regrettent parfois qu'une partie de leurs patientes et patients viennent les consulter alors qu'ils auraient besoin d'un suivi psychologique. Il s'avère cependant souvent délicat d'orienter certaines patientes ou certains patients vers des psychologues. Les diététiciennes et diététiciens doivent alors combiner leur travail instructif, de transmission de règles nutritionnelles, à un travail psychologique : écouter, faire preuve d'empathie apaiser les patientes et patients, *etc.* L'acceptation de ce travail, socialement construit comme féminin, varie selon les diététiciennes et diététiciens rencontrés, comme nous le verrons, et notamment selon le sexe du praticien. L'ensemble des diététiciennes et diététiciens rencontrés pensent cependant qu'il existe des freins psychologiques au changement de comportement alimentaire et qu'un travail à « dimension psychologique » est nécessaire pour assurer la réussite d'un suivi diététique en libéral.

Le travail avec les patientes et patients sur les causes psychologiques des troubles du comportement alimentaire est jugé nécessaire par Anaïs Dupont, la présidente de l'Association des diététiciens libéraux. Elle est par ailleurs la seule diététicienne spécialisée exclusivement sur les patientes et patients anorexiques et boulimiques parmi nos enquêtés :

Étienne : [...] C'est un peu comme un psychologue vous diriez ?

Anaïs : Bah comme on travaille sur des pensées, des pensées et des représentations, oui y a forcément un travail un peu psy. On travaille sur des comportements, qui reposent sur des habitudes, qui reposent sur des pensées. Donc forcément si on veut travailler

sur des comportements il faut travailler sur les pensées qui vont avec ⁷⁹.

Le principe de la prise en compte de déterminants dits psychologiques (stress, ennui, compensation, perception de son corps, gestion des émotions, des pensées négatives, deuils, *etc*⁸⁰) est également pleinement partagé par les diététiciennes et diététiciens non spécialisés sur ces « maladies mentales »⁸¹. Afin de savoir plus précisément ce que les diététiciennes et diététiciens entendent par « la composante psychologique » de leur travail, l'exemple de Marine Murier, la première diététicienne rencontrée, qui exerce en libéral depuis deux ans à Paris, s'avère fructueux :

Étienne : Est-ce que vous pensez qu'il y a une composante psychologique dans votre travail ?

Marine : Bah bien-sûr. Oui, clairement clairement clairement. Moi, j'adapte en fonction de la personnalité de la ... de la personne qui est en face de moi, on adapte pas de la même façon. Et il faut comprendre d'où vient le problème pour pouvoir me régler je pense.

E : Par exemple des problèmes familiaux ?

M : Oui, par exemple des gens qui craquent très souvent pour compenser. Donc c'est ce que je dis souvent il faut régler ce problème là aussi parce que sinon ce n'est que la partie immergée de l'iceberg qu'on fait donc ça ne sert à rien.

E : Hum. . . Donc vous pensez que le déséquilibre alimentaire des patients ça a forcément une cause identifiable ?

M : Non, pas forcément mais ... c'est multifactoriel ⁸².

Elle reconnaît très « clairement » l'importance qu'il y a à considérer la psychologie des patientes et patients. Cela a pour conséquence des pratiques professionnelles plus proches du pôle comportemental. En effet, ce n'est pas la diététicienne qui règle la patiente ou le patient (en fonction d'un équilibre alimentaire à respecter) mais bien au contraire la diététicienne qui règle , c'est-à-dire qui adapte, ses pratiques professionnelles en fonction des problèmes psychologiques, pensés comme personnels, spécifiques, de chacun ou chacune de ses patientes et patients. Elle se règle plutôt qu'elle ne règle. Ce parti-pris professionnel est justifié par des raisons instrumentales. C'est une des conditions de la réussite du suivi diététique. Pour Marine Murier, et elle ne saurait sur ce point faire exception, il est inefficace, sinon absurde, de

79. Entretien effectué à son cabinet parisien le 8 décembre 2016.

80. Nous citons ces exemples à partir des observations et entretiens pour que le lecteur puisse se faire une idée de ce que sont ces « facteurs psychologiques » pour nos enquêtes.

81. Au sens du DSM , voir par exemple Muriel DARMON (2003), *Devenir anorexique : une approche sociologique*, La Découverte, Paris

82. Entretien effectué à son cabinet parisien le 12 novembre 2016.

traiter les seuls symptômes en imposant des règles nutritionnelles. Vouloir régler les pratiques des patientes et patients, en accord avec le respect de l'équilibre alimentaire, sans prendre en compte les déterminants psychologiques sous-jacents, submergés, reviendrait à ne s'attaquer qu'à « la partie immergée de l'iceberg » (une alimentation déséquilibrée), qu'à la partie visible, immédiatement perceptible, du problème. Les causes d'un déséquilibre alimentaire ou pondéral sont « multifactoriel[les] » et ne sont donc pour elle pas uniquement nutritionnelles.

Il est remarquable que l'importance du psychologique, la non exclusivité du rationnel, dans le suivi diététique en libéral est également reconnue par Juliette Poudale, alors même que cette diététicienne occupe, au sein de notre échantillon, la position la plus proche du pôle instructif quant à la place et aux usages de l'éducation nutritionnelle. Juliette Poudale exerce en libéral depuis près de dix ans en milieu rural. Alors qu'elle était interrogée, au prétexte de la présence d'une boîte de mouchoirs en papier sur son bureau, sur l'occurrence et la gestion de « situations difficiles »⁸³, Juliette Poudale a évoqué la composante psychologique de son travail de suivi :

« C'est l'outil presque indispensable mais c'est ... On le gère, voilà, on prend le temps d'écouter le patient, de l'aider, de ... oui il y a un côté psy »⁸⁴.

En fonction du sentiment de compétence qu'ont les diététiciennes et diététiciens, lorsqu'ils repèrent ou suspectent des problèmes d'ordre psychologique, ils peuvent déléguer la prise en charge à un autre professionnel, spécialisé, un psychologue. C'est le cas notamment de Florine Hervet. Alors qu'elle s'est installée en libéral depuis à peine une année et demi, et bien qu'elle reconnaisse le lien fort qui existe entre « le psychologique et l'alimentation », Florine Hervet ne se sent pas compétente en la matière, car non formée à la psychologie, et préfère déléguer la prise en charge :

« Moi, en tout cas, je ne peux pas travailler sur le penchant psychologique de mes patients parce que clairement je ne suis pas diplômée là-dessus, je n'y connais pas grand-chose, 'fin, j'ai des petites connaissances donc ce n'est pas suffisant pour travailler là-dessus, mais quand je sens que y a un travail à faire sur l'aspect psychologique, je les oriente plutôt vers un spécialiste. Mais c'est vrai que c'est lié, c'est intimement lié le psychologique et l'alimentation. »⁸⁵

83. Nous entendons par « situations difficiles » des séances au cours desquelles un patient ou une patiente, se confiant sur des problèmes personnels (familiaux, affectifs, professionnels ou autre), exprime, parfois par des larmes, une détresse aiguë.

84. Entretien effectué à son cabinet dans l'Ain le 30 octobre 2017.

85. Entretien effectué par Skype le 16 novembre 2016.

Pauline Malon, l'enquêtée principale, qui exerce à Mélieu depuis 2008, a quant à elle pu modifier sa façon de prendre en charge les déterminants psychologiques grâce à l'accumulation d'une expérience professionnelle et le suivi de formations lui ayant permis de maîtriser de nouveaux outils de prise en charge tels que « la matrice ACT »⁸⁶ :

Étienne : Et tu orientes souvent vers des psychologues ?

Pauline : Oui. Alors, énormément au début, parce que je n'avais aucune idée des mots, de ce que je pouvais faire ou ne pas faire. [...] Donc beaucoup beaucoup au début. [...]] Et après un peu moins depuis que j'ai ACT sous le coude. Parce que c'est vraiment fait pour aider les gens coincés (dans leurs souffrances quoi). Donc j'en envoie moins. [...] Et puis dans nos formations⁸⁷ on apprend tellement tout ce qui tourne autour des émotions. Donc ça je l'ai vu au G.R.O.S.. On le revoit souvent avec [Arthur]⁸⁸. [...] Du coup à force, avec la maturité on va dire, mon expérience personnelle, c'est sûr qu'à vingt ans quand tu démarres... Enfin moi j'avais un expérience de vie à zéro. En fait il ne m'étais jamais rien arrivée. Mes grand-parents sont toujours vivants, mes parents aussi, mon frère aussi, donc bon ... Quand quelqu'un avait la larme à l'œil pour un truc je me disais "ah c'est dur", mais voilà l'empathie était limitée. Donc je revenais vite sur les aliments. Maintenant moins⁸⁹.

L'exemple de Pauline Malon témoigne d'une formation initiale centrée sur le nutritionnel, l'apprentissage de l'équilibre alimentaire, et d'une volonté, au cours de la vie professionnelle, nourrie par le constat réitéré de l'importance des déterminants psychologiques des pratiques alimentaires, et de son dénuement en leur présence, de découvrir et d'utiliser de nouveaux outils. Ces nouveaux outils, tels que la matrice ACT, ont pour point commun de permettre un travail sur le comportement des patientes et patients, sur les facteurs qui conditionnent ce comportement, d'où leur regroupement sous le terme de « thérapie comportementale ». Ces outils n'ont pas pour objectif la transmission de règles nutritionnelles mais la transformation des conditionnements psychologiques ou sensitifs, en ce qui concerne la méthode proposée par le G.R.O.S., des patientes et patients. Ainsi, Pauline Malon semble avoir migré, au cours d'une trajectoire professionnelle d'une quinzaine d'années, de la pratique de suivis essentiellement instructifs vers des suivis accordant une large place aux pratiques comportementales.

86. Pour une présentation détaillée, cf 3.3 page suivante.

87. Il s'agit de formations secondaires, suivies auprès du G.R.O.S. à Paris ou de Arthur Malère à Lyon.

88. Il s'agit d'Arthur Malère, un diététicien qui exerce à une soixantaine de kilomètres au sud de Mélieu, dans une petite ville également située en zone rurale. Arthur Malère exerce depuis une dizaine d'années et propose également des formations aux méthodes cognitivo-comportementales pour diététiciennes et diététiciens libéraux à Lyon ainsi qu'en région parisienne.

89. Entretien effectué à son cabinet le 19 juillet 2017.

Nous avons vu que les diététiciennes et diététiciens ont pour point commun de vouloir chercher à comprendre d'où viennent les problèmes rencontrés par les patientes et patients. Cela signifie qu'il ne s'agit pas simplement d'une question de méconnaissance des règles nutritionnelles, les cas les plus nets étant ceux des patientes et patients anorexiques. Au contraire, les diététiciennes et diététiciens pensent que les déterminants de certains problèmes liés au poids, à l'image corporelle, aux addictions, *etc*, sont à rechercher parmi des causes, psychologiques, comme le stress, l'ennui, ou la gestion des émotions. Dès lors, pour rendre le suivi efficace, il convient d'agir sur ces causes, plutôt que sur les seuls symptômes que sont la surconsommation de produits très sucrés par exemple. Pour ce faire, les diététiciennes et diététiciens utilisent des outils « nouveaux », au sens où ils sont appris au cours de formations secondaires.

3.3 Travailler sur le comportement et accompagner plutôt que convaincre

Ce développement est consacré à une première analyse (avant le chapitre 6) des outils qu'emploient les diététiciennes et diététiciens pour travailler avec leurs patientes et patients sur les déterminants, autres que rationnels, de leurs comportements.

Le fait de travailler directement sur le comportement alimentaire, et ses causes, plutôt que sur la connaissance de l'équilibre alimentaire, et les ajustements cognitifs qu'elle permet, constitue le principe fondamental du G.R.O.S.⁹⁰. Le Groupe de Réflexion sur l'Obésité et le Surpoids est une association de professionnels de santé et du para-médical, « ayant à prendre en charge des personnes en difficulté avec leur poids et leur comportement alimentaire »⁹¹, qui regroupe essentiellement des diététiciennes et diététiciens (135 des 187 praticiens référencés en France et en Belgique). Cette association s'est constituée en 1998 en réaction critique aux échecs des régimes hypocaloriques. Pour les diététiciennes et diététiciens membres du

90. Pour ce développement, notre argumentation est fondée sur les informations présentées sur le site du G.R.O.S. (<https://www.gros.org/>) ainsi que sur l'entretien réalisé avec Katia Valey, diététicienne libérale, vice-présidente du G.R.O.S., et militante du G.R.O.S. puisqu'elle applique strictement les principes de l'association au cours de ses suivis diététiques. Notre connaissance des principes et outils du G.R.O.S. nous vient également de notre enquête principale, Pauline Malon. Elle est en effet référencée par l'association comme praticienne du G.R.O.S. et, bien que nettement moins systématique dans son application des principes de l'association (*cf* chapitre 6), ses pratiques professionnelles, telles que nous avons pu les observer, sont très inspirées par ceux-ci.

91. Nous citons le site du G.R.O.S. : <https://www.gros.org/>

G.R.O.S., contraindre rationnellement son alimentation, c'est-à-dire modifier consciemment son alimentation en vertu des règles de l'équilibre alimentaire, en particulier énergétique, ou, autrement dit, vouloir s'imposer les règles de l'équilibre, est voué à l'échec et est en outre susceptible de générer ou d'aggraver des troubles du comportement alimentaire. Cette contrainte, que nous appelons rationnelle car elle s'effectue au nom de croyances, erronées ou non, nutritionnelles, parfois acquises lors de suivis diététiques, faites règles de vie, pour des raisons instrumentales, maigrir, est nommée « restriction cognitive » par les diététiciennes et diététiciens. Il s'agit, par exemple, de compter le nombre de calories afin de limiter ses apports énergétiques en-dessous d'un seuil estimé suffisant pour perdre du poids, c'est-à-dire faire un régime hypocalorique. La restriction cognitive est définie comme suit sur le site du G.R.O.S.⁹² :

« Être en restriction cognitive (RC), c'est tenter de contrôler son alimentation par un effort de volonté, dans le but de maigrir ou de ne pas grossir. Cet effort est très difficile à maintenir dans le temps. L'état de RC provoque ainsi frustration si le régime est respecté, culpabilité s'il ne l'est pas, et risque d'induire une prise de poids ou une impossibilité à en perdre. »

Le parallèle entre la restriction cognitive et les préconisations propres au pôle des pratiques instructives est frappante. C'est la raison qui est invoquée (à travers les termes cognitif et volonté); raison qui peut très bien, par exemple, reposer sur le respect d'un équilibre alimentaire, recommandé par une diététicienne, permettant, en principe, de perdre du poids. Les praticiens du G.R.O.S. critiquent par conséquent leurs collègues qui conservent une approche traditionnelle de la prise en charge de personnes en surpoids fondée sur la transmission de règles (elles-mêmes fondées sur la science de la nutrition à l'exclusivité de considérations psychologiques) en vue de leur application par les patientes et patients. Ils militent à l'inverse pour une approche « bio-psycho-sensorielle »⁹³, qui ne saurait faire office de « remède miracle » mais qui consiste en « l'abandon de la conception diététique classique au profit d'une approche basée sur trois axes » :

- « Traiter la restriction cognitive, c'est-à-dire aider à manger selon ses sensations alimentaires, de tout, sans culpabilité »
- « Reconnaître la souffrance émotionnelle et augmenter la tolérance aux inconforts

92. La définition se trouve sur une page destinée à présenter et justifier « l'approche » du G.R.O.S. : <https://www.gros.org/pourquoi-cette-approche>

93. <https://www.gros.org/pourquoi-cette-approche>

émotionnels pour faire face à l'impulsivité alimentaire »

— « Faire un travail d'acceptation, d'estime et d'affirmation de soi. »

Il est remarquable que les percepts du G.R.O.S. s'inscrivent dans une volonté de prise en charge pluri-disciplinaire de l'obésité et du surpoids. On observe ainsi que l'approche nutritionnelle est critiquée au profit d'une approche sensorielle (« manger selon ses sensations alimentaires ») qui doit, après apprentissage, permettre de perdre du poids sans observer de règles commandant la composition des repas ou la quantité des prises alimentaires. Les recommandations s'éloignent donc de la science de la nutrition pour inclure, dans le suivi diététique, de nombreuses considérations ayant partie liée avec la psychologie. Il est ainsi question de « souffrance » et d'« inconforts émotionnels », d'« impulsivité » (par opposition à la froide restriction cognitive), ou encore d'« acceptation de soi ». L'accent est clairement mis sur le comportement alimentaire et ses causes psychologiques. Pour les praticiens du G.R.O.S., il faut neutraliser les facteurs psychologiques qui président aux prises alimentaires (en travaillant sur l'estime de soi, la gestion des émotions, *etc*), rompre avec tous les facteurs de nature cognitive, et se focaliser sur les facteurs sensitifs, qui sont, *in fine*, pensés comme des facteurs biologiques⁹⁴. Ainsi, le G.R.O.S. prône une approche comportementale, qui incorpore de nombreuses considérations psychologiques. C'est la raison pour laquelle les pratiques professionnelles qui s'en inspirent s'inscrivent dans le pôle comportemental.

Afin de synthétiser la position défendue par le G.R.O.S. vis-à-vis de l'équilibre alimentaire, il est opportun de se référer à l'entretien réalisé avec Katia Valley, diététicienne libérale exerçant dans une ville aisée à proximité de la Capitale, et Vice-Présidente du G.R.O.S.. Elle a été explicitement contactée en raison de sa fonction et pour mener une discussion sur les préceptes et méthodes du G.R.O.S.. Elle a ainsi adopté à mon égard un ton didactique et argumentatif puisqu'elle était incitée, par mes questions, à défendre les recommandations de son association. La place du respect de l'équilibre alimentaire au cours du suivi a notamment été abordée :

Étienne : Et donc dans cette histoire, l'équilibre alimentaire et les recommandations du PNNS ?

Katia : On s'en fout⁹⁵.

94. Sur la naturalisation des sensations corporelles que suppose les méthodes sensorielles et ses conséquences, voir le chapitre 6.

95. Entretien effectué à son cabinet en petite couronne le 19 juin 2017.

Le respect d'une alimentation équilibrée sur la semaine n'intervient que dans un second temps, une fois que la patiente ou le patient a atteint son poids d'équilibre. Respecter des règles nutritionnelles complexes, nombreuses, n'est pas indispensable pour perdre du poids, contrairement à ce que supposent implicitement les pratiques proches du pôle instructif. Bien au contraire, la multiplication des règles à suivre, auxquelles les patientes et patients ont accès selon Katia Valley à travers notamment des médias et d'autres praticiens (« diététiciennes traditionnelles », « homéopathes », *etc*), complexifie le suivi et rend plus improbable la perte de poids. La diatribe de Katia Valley contre la multiplication des règles nutritionnelles qu'il faudrait suivre se termine sur leur constat d'échec en matière de maîtrise du poids :

Katia : [...] Manger des pistaches c'est vachement bon pour l'équilibre euh ... c'est vrai mais pour le poids on s' en fout.

Étienne : En somme y a un peu trop de normes, de recommandations qui circulent ?

K : Ah bah ça c'est clair⁹⁶ !

Les diététiciennes doivent néanmoins maîtriser pleinement les tenants et les aboutissants de l'équilibre nutritionnel pour être en mesure de répondre aux questions, aux inquiétudes des patientes et patients, et pour être capable de se déprendre de la discipline de l'équilibre. Ainsi, après m'avoir expliqué que je confondais « varié » et « équilibré » elle précise :

Katia : c'est-à-dire qu'on peut manger varié sur la semaine. Cette histoire de réduire l'alimentation à une répartition sur la journée. L'équilibre nutritionnel se fait sur plus d'une semaine, l'équilibre énergétique aussi. Hein ? C'est-à-dire que c'est compliqué parce que c'est là que c'est important de savoir que pour travailler sur le comportement alimentaire il faut quand même être spécialiste de la nutrition.

Étienne : Oui

K : Non mais c'est capital c'est pour ça que les diététiciens et les nutritionnistes c'est important qu'ils aient toutes ces connaissances. C'est parce qu'ils ont toutes ces connaissances qu'ils peuvent s'en éloigner pour y revenir éventuellement et surtout pour répondre aux patients⁹⁷.

Échapper à la discipline de l'équilibre, qui s'apparente à un ancien diktat⁹⁸, c'est

96. Entretien effectué à son cabinet en petite couronne le 19 juin 2017.

97. Entretien effectué à son cabinet en petite couronne le 19 juin 2017.

98. Pauline Malon, qui est une diététiciennes et diététiciens formée aux méthodes du G.R.O.S. depuis 2014, explique qu'il s'agit d'une formation secondaire « complètement différente, qui nous déformate, mais qui nous permet d'ouvrir un champ plus large ». D'où l'idée de s'éloigner d'un diktat ou du moins d'un sentier battu, tracé lors de la formation initiale.

pour les membres du G.R.O.S. la seule possibilité de faire perdre du poids durablement aux patientes et patients. Les diététiciennes et diététiciens du G.R.O.S. substituent la multitude des règles de l'équilibre nutritionnel par une règle simple, et systématique, celle de la prise alimentaire conditionnée à la sensation de satiété. Ce point sera traité en détails au chapitre 6. Qu'en est-il de la diffusion de ces pratiques relevant des approches comportementales auprès des diététiciennes et diététiciens libéraux ?

3.3.1 Diffusion des pratiques du G.R.O.S.

Les diététiciennes et diététiciens ayant suivi une des formations annuelles proposées par le G.R.O.S.⁹⁹ sont des membres officiels de l'association. Ils font parties du réseau de praticiens du G.R.O.S. et figurent à ce titre sur l'annuaire du G.R.O.S. accessible en ligne¹⁰⁰. Les diététiciennes et diététiciens du G.R.O.S. sont peu nombreux. Ils étaient cent vingt en France à l'été 2018 alors que les diététiciennes et diététiciens libéraux étaient 4584 au 1^{er} janvier 2018 selon les statistiques du ministère de la Santé et des Solidarités. Ainsi, la part des diététiciennes et diététiciens référencées comme praticiens affiliés au G.R.O.S. est très faibles. Elle est de l'ordre de 2,5%. Ces diététiciennes et diététiciens sont légèrement sur-représentés dans la région Île-de-France. Pauline Malon est la seule diététicienne référencée dans son département parmi cinquante diététiciennes et diététiciens libéraux exerçant en 2018. Si l'affiliation officielle, au sens où elle s'effectue publiquement à travers la formation et le référencement sur l'annuaire en ligne, est rare, la diffusion des pratiques du G.R.O.S. auprès des diététiciennes et diététiciens rencontrés, bien qu'à des degrés divers, est générale, à l'exception de Juliette Poudale. Les diététiciennes et diététiciens déclarent ainsi tous travailler sur « les sensations alimentaires », ou « la faim », ou encore « la satiété » et font parfois explicitement référence au G.R.O.S.. Tous, sauf Juliette Poudale, connaissaient l'existence et le discours critique du G.R.O.S. et n'y étaient jamais pleinement hostiles. Il serait aisé, bien que redondant, de multiplier les extraits d'entretien qui en attestent. Nous nous limiterons à l'extrait d'un entretien avec Sylvie Maurice, qui devrait s'avérer convainquant puisque cette diététicienne parisienne est par ailleurs, pour rappel, très attachée à l'équilibre alimentaire et recourt parfois à des grammages, c'est-à-dire des rations, au cours de ses suivis. Elle ne

99. La formation est assez chronophage (et donc coûteuse pour des travailleuses exerçant en libéral, au-delà du coût direct) puisqu'elle se déroule en sept séances entre janvier et septembre (hors juillet-août), à Paris.

100. A cette adresse : <https://www.gros.org/annuaire>

devrait par conséquent pas se révéler particulièrement sensible aux recommandations du G.R.O.S.. Pourtant :

Sylvie : Moi, ce que je fais de plus en plus, et qui se rapproche un peu des méthodes développées par le G.R.O.S., c'est de travailler sur les sensations alimentaires.

Étienne : Comme la satiété tout ça... Donc comment vous faites concrètement pour faire travailler vos patients sur leurs sensations ?

S : Bah de les faire réfléchir sur leur niveau de faim par exemple, avant de passer à table¹⁰¹.

Le suivi serait jugé « hétérodoxe » par une diététicienne appliquant rigoureusement les préconisations du G.R.O.S. mais les préoccupations comportementales sont présentes. L'approche est duale puisque si elle incorpore des réflexions sur la satiété (et donc sur le comportement alimentaire¹⁰²) elle comprend également des recommandations exprimées en terme de rations. Pour Katia Valley, la vice-présidente du G.R.O.S., il s'agit d'un régime puisque « tous les diététiciens donnent des régimes sauf ceux qui sont formés par le G.R.O.S.. C'est-à-dire qu'ils donnent des conseils. Vous devez manger trois repas. C'est... ils sont dans quelque chose d'ambivalent. il n'y a pas d'interdit sauf qu'il ne faut pas faire-ci, sauf qu'il faut faire ça. Quand on donne des consignes, on est dans quelque chose de contrôlé, c'est-à-dire qu'on oblige la personne à penser ce qu'elle doit manger¹⁰³ ». « Obliger la personne à penser ce qu'elle doit manger », c'est recourir à des règles nutritionnelles en accord avec l'équilibre alimentaire¹⁰⁴. C'est avoir des pratiques de suivi qui s'inscrivent du côté du contrôle cognitif propre au pôle des pratiques instructives. Ce qui est remarquable, c'est que Sylvie Maurice, comme la plupart des diététiciennes et diététiciens, agglomère au cours de ses suivis des méthodes et pratiques relevant à la fois du contrôle cognitif et des pratiques, comme la réflexivité sur la satiété, plus proches du pôle comportemental.

Au sein de notre échantillon, seule Juliette Poudale et Katia Valley (et dans une moindre mesure Anaïs Dupont car ses patientes et patients, atteints de troubles du comportement alimentaire, sont pris en charges essentiellement par un travail sur le comportement alimentaire) font exception. L'une, Katia Valley, parce qu'elle recourt exclusivement à des méthodes comportementales, l'autre, Juliette Poudale, parce qu'elle adopte une méthode es-

101. Entretien effectué à son cabinet parisien le 23 novembre 2016.

102. Pour Katia Vallet, « un praticien G.R.O.S. va les amener à travailler sur leurs comportements alimentaires. Et leurs comportements alimentaires c'est qu'est-ce qu'il vient de leurs besoins, du rituel, de l'habitude et pourquoi ils s'arrêtent et pourquoi ils mangent certains aliments. »

103. Extrait de l'entretien avec Katia Valley. C'est nous qui soulignons

104. Selon Katia Valley, « les régimes veulent convaincre les gens qu'il faut manger équilibré »

sentiellement cognitive. Il est fait mention à deux reprises de pratiques de suivi relevant du comportemental au cours de l'entretien avec Juliette Poudale. Ces pratiques sont cependant tellement subordonnées aux méthodes caractéristiques du pôle des pratiques instructives (donner des rations équilibrées aux patientes et patients, *etc*) qu'elles en deviennent presque inclassables. Ainsi, si ses patientes et patients ne ressentent pas la faim, elle leur prescrit¹⁰⁵ des rations plus restrictives : « je leur mets des quantités, pour en fait, j'aime que les patients ressentent la vraie faim physiologique. Pas la faim mentale ». Elle incorpore la notion de « faim physiologique » mais dans le cadre d'une restriction alimentaire dirigée, planifiée, par la diététicienne. La sensation de faim résulte donc d'une restriction cognitive. Elle ne constitue pas un mode de régulation interne des prises alimentaires, comme cela est le cas dans la perspective du G.R.O.S.. De même, lorsqu'elle travaille sur l'image que ses patientes et patients ont de leur corps¹⁰⁶, elle établit une relation positive directe, presque objective une fois qu'elle est mise en valeur (sinon en évidence) par le bais de nouveaux vêtements, entre perte de poids et image corporelle¹⁰⁷. A l'inverse, d'autres praticiens plus comportementalistes, à l'instar d'Arthur Malère, travaillent sur l'acceptation de soi, qui suppose la mise en cause du lien entre minceur et image corporelle méliorative, et estime de soi.

Enfin, l'impression que Juliette Poudale n'aborde pas la régulation comportementale par la sensation de satiété est renforcée par le témoignage de sa patiente, Gisèle Pommier :

Étienne : Et est-ce que vous avez parlé de sensations alimentaires par exemple ? La faim, *etc*, ou pas ?

Gisèle : Bah, au niveau de la faim non. Non, parce que j'ai pas faim. Quand je mange bien j'ai pas faim¹⁰⁸.

Lorsque je lui pose la question, Gisèle Pommier imagine que la faim aurait pu être abordée au cours du suivi comme un risque lié à des rations alimentaires trop restrictives qui auraient engendré la faim. Elle avoue d'ailleurs avoir redouté cela pendant les premiers

105. Les diététiciennes et diététiciens ne sont pas habilités à prescrire au sens médical et juridique du terme. Le terme prescrire est à entendre dans son acception courante et exprime le fait que ses patientes et patients repartent avec une feuille sur laquelle figurent des quantités d'aliments à consommer. Il s'agit de recommandations précises et complètes qui peuvent s'apparenter à des prescriptions.

106. Il s'agit d'une méthode comportementale que les diététiciennes et diététiciens rencontrés emploient beaucoup. Elle est comportementale puisqu'il s'agit d'avoir des considérations non nutritionnelles.

107. D'après Juliette Poudale : « on travaille beaucoup sur le corps, sur l'image du corps. Alors chez les enfants je demande aux parents quand il y a un résultat en terme de changements physiques en sortant de consultation de récompenser l'enfant en achetant un vêtement, de façon à ce que l'enfant se voit différemment ».

108. Entretien téléphonique effectué le 8 décembre 2017.

jours du suivi à la vue des quantités de féculents au déjeuner qu'elle estimait très limitées. La régulation par la satiété n'a donc pas été abordée avec Gisèle Pommier.

Il est intéressant de noter que d'autres outils permettant de travailler sur le comportement alimentaire sont utilisés par les diététiciennes et diététiciens. C'est en particulier le cas de la matrice ACT, dont l'usage pour prendre en charge des patientes et patients désirant perdre du poids est par ailleurs recommandé par le G.R.O.S.¹⁰⁹. Il s'agit de l'acronyme anglais désignant la « Thérapie d'Acceptation et d'Engagement »¹¹⁰. Cet outil relevant de la psychologie est employé en particulier par les praticiens du G.R.O.S., comme Pauline Malon, qui apprennent à s'en servir au cours de la formation obligatoire. Arthur Malère propose également une formation à l'ACT, à laquelle Pauline Malon a assisté. Cette dernière résume bien l'utilité qu'elle retire de l'usage de la matrice ACT au cours de certains suivis, en particulier pour les personnes un peu « bloquées »¹¹¹, pour qui des approches classiques, type rations, ou par la sensation de satiété, ne seraient pas ou se sont révélées ne pas être, efficaces :

Pauline : Je suis allée au G.R.O.S. parce que y a des gens, les compulsions alimentaires c'est dur à changer, les gens qui ne s'aiment pas, qui se trouvent moches, j'étais allée au G.R.O.S. un peu dans cette idée là.

Étienne : Et tu as trouvé des outils ?

P : Oui, la matrice ACT. Je ne sais pas si tu l'avais vue : à gauche je m'éloigne de ce qui compte pour moi, à droite je m'en rapproche. C'est un des derniers outils de la thérapie comportementale. [Arthur] l'utilise énormément et il nous l'a présentée au G.R.O.S.. Et moi ces deux jours là de la formation au G.R.O.S. c'était une révélation. C'est un outil qui permet de poser les choses. Il y a ce qui compte pour moi et quand je suis en souffrance c'est que je m'en éloigne. Et donc si je souffre c'est qu'il y a quelque chose qui compte de l'autre côté. Enfin c'est du comportemental quoi¹¹².

109. <https://www.gros.org/l-act-en-pratique>

110. La matrice ACT s'inscrit dans l'ensemble dit des méthodes « cognitivo-comportementales ». La promesse de la matrice est d'aider les patientes et patients à se concentrer sur et avancer vers ce qui est vraiment important pour eux dans la vie. Il s'agit de s'autonomiser et de transformer le regard que l'on porte sur soi : davantage de compassion pour une meilleure estime de soi. En pratique, l'idée est d'établir la matrice qui correspond à chaque patiente ou patient. Il s'agit en particulier de distinguer les valeurs, les buts, les personnes, *etc*, qui comptent pour la personne, qui lui correspondent, et les valeurs, *etc*, opposées. Le praticien cherche ensuite à concentrer l'attention et les efforts des patientes et patients vers les buts qui les engagent plutôt que sur la lutte contre des pensées négatives (comme « je suis gros(se) », « je suis moche », *etc*).

111. Il s'agit d'une expression utilisée par Pauline Malon pour désigner des personnes « en souffrance », en obésité sévère, handicapées ou malades, des personnes très déprimées, ou pour qui aucun autre outil de suivi ne s'est révélé efficace.

112. Entretien effectué à son cabinet le 19 juillet 2017.

Il est remarquable d'observer qu'elle inscrit spontanément cet outil, qui est en fait une pratique de suivi, dans la catégorie comportementale : « c'est du comportemental ». Il s'agit d'une pratique particulièrement adaptée, selon Pauline Malon, pour les patientes et patients dont le comportement (compulsions alimentaires) ou le rapport au corps (auto-dépréciation physique) ne semble pouvoir être modifié que par des pratiques strictement comportementales. Les problèmes que ces patientes et patients peuvent nourrir avec l'alimentation sont pensés comme relevant de facteurs socio-psychologiques, raison pour laquelle le recours à des pratiques de suivi strictement instructives, comme proposer une ration équilibrée, est écarté par Pauline Malon.

Outre la diffusion auprès des professionnels de cet outil à travers les formations secondaires, ces pratiques se diffusent également, de façon informelle, entre praticiens. C'est ainsi que Cassandra Rosset a commencé à recourir à la matrice ACT grâce à des « déjeuners de travail »¹¹³ mensuels avec Pauline Malon. Les deux diététiciennes travaillent à moins de 15km de distance l'une de l'autre et cultivent des affinités réciproques. Elles se réunissent donc une fois par mois pour échanger sur leurs pratiques de suivi, et réfléchir ensemble à des « cas patients » particulièrement compliqués.

Ainsi, en dépit d'une plus ou moins grande observation des principes et préconisations pratiques du G.R.O.S., la quasi totalité des diététiciennes et diététiciens rencontrés ont des pratiques professionnelles, au cours des suivis, qui traduisent une conception du rôle des diététiciens moins traditionnelle, moins verticale, sans rejeter pour autant certaines pratiques relevant plutôt du pôle instructif. Le rôle des diététiciennes et diététiciens est, prioritairement, de travailler avec leurs patientes et patients sur leurs comportements alimentaires et les facteurs qui conditionnent celui-ci, notamment psychologiques ou socio-économiques.

3.3.2 Une approche comportementale critique du G.R.O.S. : Arthur Malère

Arthur Malère est un diététicien exerçant en libéral dans une petite ville de la région lyonnaise. Il fait partie des très rares hommes exerçant ce métier. Cela a dû favoriser une carrière remarquable¹¹⁴. Nous ne devons connaître son existence qu'après avoir réalisé plusieurs entretiens. Lorsque nous nous sommes rendu compte cependant que des diététiciennes

113. Nous reprenons l'expression employée par Pauline Malon au cours de l'entretien.

114. Ralph SIMPSON (2009), *Men in Caring Occupations : Doing Gender Differently*, Palgrave Macmillan, Basingstoke.

et diététiciens aussi différentes que Pauline Malon, l'enquêtée principale, qui a suivi quatre de ses formations, et Anaïs Dupont, diététicienne exerçant à Paris et présidente de l'association des diététiciens libéraux, connaissaient, au moins de réputation, Arthur Malère, nous nous sommes renseigné et nous avons contacté ce diététicien âgé d'une trentaine d'années seulement. Il exerçait depuis dix ans en 2018, et s'est révélé pourtant connu de la totalité des diététiciennes et diététiciens rencontrés¹¹⁵, à l'exception de Juliette Poudale. Arthur Malère a acquis une certaine notoriété parmi les diététiciennes et diététiciens en faisant le constat d'une inadéquation de la formation initiale avec les conditions pratiques de l'exercice de la diététique en libéral. Il a donc décidé de se former puis de proposer des formations à ses collègues :

Étienne : Donc finalement vous étiez insatisfait de votre formation initiale par rapport aux enjeux de la pratique, aux défis ?

Arthur : Exactement oui, j'étais totalement insatisfait. Moi je n'ai jamais vu de formation qui étaient vraiment adaptées au métier (à part le G.R.O.S., sachant que je ne suis pas très fan du G.R.O.S.) . Je voulais proposer autre chose que le G.R.O.S. parce que c'était vraiment très limité pour moi comme approche. Je fais des formations je vois que les gens, y a une vraie vraie demande quoi¹¹⁶.

Les formations qu'il propose, sur Lyon et en région parisienne¹¹⁷, sont entièrement vouées aux approches comportementales. Elles ont également pour principe d'être modérément critiques du G.R.O.S., comme cela apparaît dans l'extrait précédent. Katia Valley, en tant que vice-présidente du G.R.O.S., nourrissait d'ailleurs une légère animosité à son égard. Cela ne saurait surprendre étant donné qu'il propose des formations comportementales, à la matrice ACT par exemple, plus ciblées, moins longues, et donc moins chères, que le G.R.O.S., ce qui constitue une concurrence¹¹⁸.

Le précepte qu'Arthur Malère place au centre de son approche est la « bienveillance corporelle ». Plutôt que de vouloir faire maigrir les patientes et patients, mieux vaut les accompagner vers une acceptation de leur corps tel qu'il est, avec une perte de poids éventuelle mais modeste.

115. A tout le moins des diététiciennes et diététiciens rencontrés après que nous avons pris conscience de son importance pour les diététiciennes et diététiciens, c'est-à-dire à partir du cinquième entretien environ.

116. Entretien effectué par téléphone le 15 mai 2017.

117. Il intervient également au sein du diplôme universitaire « psychologie du comportement alimentaire » à Dijon

118. D'autant que selon lui ses formations sont « toujours pleines », il a « toujours cinq personnes sur liste d'attente »

Arthur : [...] Celle qui fait 100 kilos, elle ne fera jamais 60 kilos. Elle va peut-être perdre 4 ou 5 kilos, mais elle va devoir apprendre à vivre avec ce corps là et donc à être bienveillante avec ce corps là.

Étienne : Et donc vous arrivez à convaincre vos patients ou parfois ça ne marche pas ?

A : Non, les convaincre non, les accompagner oui, ce n'est pas du tout la même chose. On est pas là pour convaincre, je n'ai rien à vendre hein, je n'ai pas de. On est là pour un petit peu développer des attitudes. C'est pour cela que la thérapie d'acceptation et d'engagement est intéressante parce qu'elle vise aussi à être en paix avec soi. Et c'est ça une des grosses différences que j'ai avec le G.R.O.S.. Eux ils utilisent un peu la thérapie de l'acceptation et de l'engagement mais ils utilisent cela implicitement comme : « on va vous aider à perdre du poids et si toutefois vous n'arrivez pas à perdre du poids on va vous aider à vous accepter ». Alors que c'est plus [pour moi] les attitudes de bienveillance et d'acceptation, c'est déjà sur elles qu'on va pouvoir s'aider et éventuellement qu'on va pouvoir avoir la bienveillance qui va pouvoir éventuellement nous amener à la perte de poids ou pas. Voilà, on est toujours autour de la bienveillance corporelle. Et c'est pas tout à fait, mine de rien, la même chose. C'est pour ça que je parle plutôt de changement de paradigme plutôt que de changement d'outils ¹¹⁹.

Il est frappant de noter qu'il emploie une terminologie qui s'oppose directement à la conception du rôle de la diététicienne ou du diététicien porté par le pôle des pratiques instructives. Le diététicien ou la diététicienne ne doit pas s'imposer par son savoir, c'est-à-dire convaincre rationnellement les patientes et patients, mais accompagner les patientes et patients dans une démarche d'acceptation de soi. Il utilise en outre un vocable psychologique (« bienveillance », « acceptation », « attitudes », « en paix avec soi ») qui témoigne de l'importance qu'il accorde aux déterminants psychologiques du poids objectif et surtout du « poids vécu » ou subjectif, pour reprendre la notion de Thibaut de Saint-Pol ¹²⁰. En travaillant avec ses patientes et patients sur la « bienveillance » vis-à-vis de leur corps, Arthur Malère entend agir sur leur « poids vécu ».

Ainsi, Arthur Malère se positionne clairement du côté du pôle comportemental. Il milite pour l'adoption d'une approche pluri-disciplinaire, et non pas seulement nutritionnelle, des pratiques alimentaires des patientes et patients. Il mobilise ainsi, outre la psychologie, les sciences sociales au cours de l'entretien en faisant référence à l'anthropologue Claude Fischler et à l'aspect symbolique et de sociabilité des prises alimentaires. Arthur Malère dénonce alors le dogmatisme des praticiens du G.R.O.S.. Pour lui, la règle d'or (manger selon ses sensations alimentaires) : « c'est une histoire de dogme là encore, qu'il faudrait manger

119. Entretien effectué par téléphone le 15 mai 2017.

120. De SAINT-POL, *Le corps désirable*, op. cit.

quand on a faim et s'arrêter quand on a plus faim ». L'emploi du terme de « dogme » permet à la fois d'assimiler le G.R.O.S. à une chapelle, sinon une secte, et ses membres fervents à des fanatiques, et de souligner l'inflexibilité de la règle à suivre. Se faisant, il soulève le hiatus qui existe entre une règle comportementale, qui se veut naturelle et souple, par opposition à l'artificialité rigide de la ration équilibrée, et les pratiques alimentaires réelles qui répondent d'abord à des règles symboliques et de sociabilité. Et Arthur Malère de poursuivre, lorsque nous lui demandons s'il parle de sensations alimentaires avec ses patientes et patients :

« Je peux leur en parler, mais pas de manière dogmatique . . . ça peut être des pistes de travail intéressantes mais l'on ne peut pas réduire l'alimentation à ça. Y a des aspects de convivialité, de partage, de symboles *etc*, qui sont très importants à prendre en compte. Donc finalement on serait dans un espèce de truc où il y aurait d'un côté les régimes et de l'autre côté y aurait l'écoute des sensations alimentaires. Très bien , mais c'est quand même un réductionisme de l'acte alimentaire. » ¹²¹

Ainsi, le diététicien provincial entend renvoyer dos-à-dos les deux principaux pôles contemporains de pratiques lors des suivis diététiques libéraux. Ces deux approches seraient chacune une forme de « réductionisme de l'acte alimentaire », puisqu'elles ne prendraient en compte le seul aspect nutritionnel pour l'une, et les seuls aspects psychologiques et surtout physiologiques ¹²² pour l'autre. Il entend ainsi positionner sa méthode au cœur du pôle comportemental et repousser les pratiques du G.R.O.S. à mi-chemin sinon du côté du pôle des pratiques instructives.

4 Conclusion

Ainsi, tout se passe comme si, sans peut-être en avoir conscience, les diététiciennes et diététiciens libéraux hésitaient entre deux conceptions contradictoires de leur rôle et deux rapports aux règles nutritionnelles de l'équilibre alimentaire pour les individus sains. Cela constitue une tension, plus ou moins forte selon les cas, observable dans leurs pratiques et décelable dans leurs représentations. La plupart des diététiciennes et diététiciens ont ainsi des pratiques de suivi diététique qui relèvent à la fois de l'un comme de l'autre pôle. Si l'on modère la portée de la critique d'Arthur Malère en considérant que les pratiques inspirées

121. Entretien effectué par téléphone le 15 mai 2017.

122. Ce point sera développé au sein du chapitre 6. Nous demandons au lecteur de bien vouloir nous donner, provisoirement, quitus en la matière, en acceptant de croire que les membres du G.R.O.S. considèrent la faim comme une sensation réglée physiologiquement.

par les préconisations du G.R.O.S. relèvent d'une approche prenant en compte les déterminants multi-factoriels du comportement alimentaire des patientes et patients, alors elles s'apparentent au pôle comportemental. La dualité des pratiques et des conceptions du rôle des diététiciennes et diététiciens, qui s'observe chez les diététiciennes et diététiciens libéraux contemporains, nous fait penser à une polémique qui date de l'après seconde Guerre Mondiale. La controverse entre Lucie Randoïn et Jean Trémolières a été présentée par Thomas Depecker au sein de sa thèse. Sans être en capacité, faute du travail historique conséquent que cela supposerait, d'établir des liens suffisamment documentés et subtiles, il semble possible de voir dans les positions défendues par Lucie Randoïn une certaine proximité avec le pôle des pratiques instructives. A l'inverse, les positions défendues par Jean Trémolières, parce qu'il insistait sur la nécessaire prise en compte, dans le travail diététique, des dimensions socio-économiques de l'alimentation, plaideraient davantage en faveur des pratiques proches du pôle comportemental.

Les diététiciennes et diététiciens libéraux, de part leur formation initiale scientifique, croient dans leur grande majorité aux vertus de l'équilibre alimentaire. Ils estiment alors nécessaire et vertueux de transmettre aux patientes et patients des connaissances nutritionnelles afin de les guider vers des pratiques alimentaires effectives plus proches de l'idéal défini par la science de la nutrition. Ils recourent pour cela à des pratiques de suivi instructives. Cela s'accompagne d'une posture savante et d'une relation plutôt verticale, hiérarchique, avec les patientes et patients. D'un autre côté, cependant, l'expérience professionnelle, la confrontation à des patientes et patients, qui s'offrent un service d'accompagnement à l'amaigrissement et attendent des résultats, pousse la plupart des diététiciennes et diététiciens à diversifier leurs pratiques de suivi. Le recours aux pratiques relevant du pôle comportemental est alors très fréquent. La seule transmission de connaissances nutritionnelles n'est ainsi que très rarement jugée en elle-même suffisante. La prise en compte des facteurs psychologiques et socio-économiques au changement des pratiques alimentaires, condition nécessaire à la perte de poids effective, s'impose.

Ce chapitre a ainsi initié un mouvement de resserrement de la focale sociologique sur les suivis eux-mêmes et les pratiques qui y ont cours. Les tensions entre les deux pôles de pratiques de suivi et le renforcement apparent du pôle comportemental constitue un premier élément de compréhension du constat surprenant établi au cours du prochain chapitre. Nous allons en effet montrer que l'image d'Épinal d'une diététicienne « mère la rigueur » qui met au

régime ses patientes et patients est une représentation de sens commun qui entretient avec la réalité un rapport très déformé. En ce qui concerne les pratiques de suivi des diététiciennes et diététiciens libéraux, prescrire à ses patientes et patients une ration, au nom d'un régime équilibré, n'est pas la règle mais l'exception.

Chapitre 5

Pourquoi les régimes ne font-ils plus recette ?

Ce chapitre entend établir empiriquement et proposer des éléments d'interprétation et d'explication d'un phénomène contre-intuitif qui a nettement émergé au cours de notre enquête. Alors que l'on pouvait s'attendre, intuitivement, à l'instar des patientes et patients eux-même, à observer lors des consultations des mises à la diète, au « régime sec », des personnes venant consulter pour perdre du poids, la pratique de la « restriction cognitive »¹ est unanimement rejetée par les diététiciennes et diététiciens. Ce rejet se trouve confirmé par les patientes et patients interviewés qui s'approprient le changement sémantique proposé par leur diététicienne. En effet, ils n'emploient plus, au cours du suivi, le terme de « régime ». Une transformation des représentations des patientes et patients, ainsi que des praticiens, accompagne celle, au moins partielle², des pratiques amaigrissantes.

En guise de préambule, il convient de s'accorder sur le sens du mot « régime ». De quoi parle-t-on lorsque l'on parle de régime ? Le sens premier du terme renvoie à la manière de régir, de diriger, de se comporter habituellement. Le sens médical du terme renvoie à une règle de conduite en matière de consommations alimentaires que l'on adopte, en particulier pour préserver ou recouvrer sa santé. Il s'agit de recourir à une alimentation raisonnée, caractérisée par le choix et le dosage des aliments en fonction des besoins de l'organisme. Lorsqu'il est

1. Nous reviendrons sur ce terme indigène, qui se substitue parfois au terme, profane, de « régime », au cours de ce chapitre et du suivant. Il désigne le fait de contrôler consciemment, dans le but de contraindre, de restreindre, ses prises alimentaires.

2. La question des recommandations effectivement adressées aux patientes et patients durant les consultations est davantage traitée lors du chapitre 6.

question d'un régime amaigrissant, la « définition médicale [...] envisage le régime comme une restriction »³. Dans le discours des diététiciennes et diététiciens, « régime » est très clairement associé à une restriction alimentaire, à une restriction calorique. Suivre un régime suppose de diminuer les quantités ingérées afin de réduire la valeur énergétique, mesurée en kilocalories, des prises alimentaires. Pour les patientes et patients interrogés, « régime » semble renvoyer à un ensemble de règles contraignantes assez strictes portant notamment sur la composition (devant être « équilibrée ») des repas, les quantités consommées, et la proscription de certains aliments, jugés trop gras et trop sucrés notamment. Le régime est ainsi marqué, dans les représentations des professionnels et des patientes et patients, par l'observation de règles devant réduire les quantités ingérées. Observer un régime suppose ainsi de s'obliger à suivre des règles relativement plus rigides et strictes que celles associées au fait de simplement « faire attention ».

Nous chercherons ensuite à expliciter les raisons du rejet de la pratique des régimes amaigrissants. Il nous est apparu au cours de l'enquête que la pratique des régimes est l'objet d'un double processus de dévalorisation relativement à d'autres pratiques professionnelles. Premièrement, les régimes amaigrissants sont l'objet d'une « croisade morale » entraînant leur catégorisation comme une pratique « déviante »⁴. Ainsi, pour une diététicienne ou un diététicien libéral, recommander l'observation de régimes restrictifs à des personnes souhaitant perdre du poids pourrait s'accompagner d'un coût symbolique qui prendrait la forme d'une disqualification professionnelle auprès de ses collègues. En outre, la pratique du régime amaigrissant sous la forme de la restriction est relativement populaire. Les connaissances et savoirs pratiques en la matière s'étant considérablement diffusés depuis plusieurs décennies, la plus-value qu'apporterait un suivi diététique prônant une simple « mise à la diète » semble quasiment nulle. Dans ces conditions, le régime ne fait plus recette auprès des diététiciennes et diététiciens libéraux.

3. Anne LHUISSIER (2010), « Maigrir : de la terminologie aux pratiques [introduction] », *Revue d'Etudes en Agriculture et Environnement-Review of agricultural and environmental studies*, vol. 91, p. 117.

4. BECKER, *Outsiders*, *op. cit.*

1 Les patientes et patients s'attendent à être mis à la diète tandis que les diététiciennes et diététiciens s'y refusent

La première section de ce chapitre doit permettre d'établir, à partir des données d'enquête, le fait contre-intuitif⁵ suivant : alors que les patientes et patients s'attendent à se voir recommander l'observation d'un régime restrictif, strict, hypocalorique, les diététiciennes et diététiciens s'y refusent et affirment ne pas « [faire] de régime », c'est-à-dire ne pas en recommander à leurs patientes et patients.

1.1 Les patientes et patients s'attendent à être mis au régime et le redoutent

La plupart des patientes et patients interrogés (cinq sur les sept consultant pour perdre du poids) anticipent des recommandations, de la part de leur diététicienne, visant la restriction alimentaire, la diminution des calories ingérées, afin de leur permettre une perte de poids. Ils consultent en espérant parvenir à une perte pondérale mais redoutent les restrictions alimentaires, pensées comme des efforts désagréables mais nécessaires pour parvenir à maigrir⁶.

Lorsque l'on interroge des patientes et patients pour déterminer ce à quoi ils s'attendaient, en matière de recommandations notamment, pour la première consultation, on observe que certains nourrissaient des attentes très imprécises (de l'aide), comme nous l'avons vu avec l'exemple de Amandine Morin, ou bien inexistantes. C'est le cas de Simone et Paul Liseron, un couple de retraités vivant dans une commune rurale limitrophe de Mélieu. Ces derniers ne s'attendaient à « rien, parce que c'était la surprise ». Ils y sont allés « sans préjugé » et « ne savai[en]t pas du tout » à quoi s'attendre. De même, en région parisienne,

5. Les patientes et patients ne sont pas les seuls à être surpris par rapport à leurs attentes. En tant qu'observateur extérieur, j'ai vu mes propres attentes, similaires, démenties par les observations.

6. Il est frappant de remarquer, au passage, combien cette représentation de l'effort désagréable inévitable, qui suppose une souffrance de la chair, épouse plusieurs dictons populaires, c'est-à-dire des reliquats de la « conscience collective » selon Durkheim : DURKHEIM, « De la division du travail social », *op. cit.* Parmi ces proverbes, on peut penser à « il faut souffrir pour être beau/belle » ou bien encore au fait d'« être puni(e) par où l'on a péché(e) ».

Laura Barjou, une mère de famille en emploi, divorcée, n'avait « pas d'*a priori* » à l'occasion de son premier rendez-vous avec Sara Perrier. D'autres, cependant, s'attendaient clairement à être « mises à la diète ». C'est singulièrement le cas d'Alyssa Ravelli et de Gisèle Pommier.

Alyssa Ravelli Alyssa Ravelli était âgée de dix-huit ans lorsqu'elle a commencé à consulter Pauline Malon, en 2008. Elle est employée dans une grande chaîne d'ameublement. Elle travaillait déjà, en alternance, dans le domaine de la vente, lorsqu'elle a décidé, pour « [prendre] soin d'[elle] », de consulter une diététicienne. Le fait de disposer d'un revenu ainsi que d'un statut social professionnel ont été déterminants dans son choix de recourir, à un si jeune âge, à un service de suivi diététique. Les suivis médicaux antérieurs qu'elle a connu en raison de pathologies thyroïdiennes ont également déterminé son choix :

J'ai commencé à travailler à dix-huit ans, en alternance, et en fait là j'avais encore des problèmes de poids. Et là j'ai eu un déclic. Je me suis dit qu'il fallait vraiment que je prenne soin de moi. Je ne peux pas continuer comme ça. Je suis dans le monde du travail. Je suis vendeuse. Donc j'ai quand même une image.⁷

On remarque l'influence du statut d'emploi (« je suis dans le monde du travail ») et du type d'emploi. Elle est employée, et non ouvrière, et de surcroît « vendeuse », donc directement en prise avec les clients. Elle a donc, y compris professionnellement, « une image » à présenter⁸. Ce qui doit cependant retenir l'attention du lecteur, ce sont les attentes, par anticipation, que nourrissait Alyssa Ravelli, relativement au contenu de la première consultation avec une diététicienne :

Je pensais qu'on allait me dire ce que tout le monde me disait : que mon alimentation était mauvaise, qu'il fallait que je réduise les quantités, enfin tout ce genre de choses. Donc j'y allais un peu sceptique, mais en même temps j'étais vraiment décidée à prendre soin de moi.⁹

7. Entretien effectué au domicile de mes parents, Alyssa résidant dans la même commune, le 16 mai 2017.

8. Depuis Maurice Halbwachs (Maurice HALBWACHS (1913), *La Classe ouvrière et les niveaux de vie : recherches sur la hiérarchie des besoins dans les sociétés industrielles contemporaines*, F. Alcan, Paris) jusqu'aux thèses les plus récentes (Diane DESPRAT (2017), « "Qu'est-ce qu'on vous fait aujourd'hui ?" : un ethos professionnel des coiffeurs : entre travail émotionnel, relation de service et dispositions genrées et de classe : le cas des coiffeurs », thesis, Paris 10), la sociologie a expliqué comment la consommation, en l'occurrence alimentaire (ou paramédicale) pour des raisons esthétiques, est façonnée non seulement par les niveaux de vie, mais également par des facteurs socio-culturels, liés en particulier aux attentes professionnelles.

9. Entretien effectué au domicile de mes parents, Alyssa résidant dans la même commune, le 16 mai 2017.

Alyssa Ravelli, qui a connu de très importantes et douloureuses fluctuations pondérales au cours de son adolescence suite à un dérèglement thyroïdien, se résigne à la fatalité : consulter une diététicienne afin de « prendre soin » d'elle. Il est possible de parler de « résignation » puisqu'elle était « un peu sceptique » quant à l'intérêt de la démarche. Elle s'attendait en effet à s'entendre dire, par Pauline Malon, ce que « tout le monde [lui] disait », visiblement sans succès puisqu'elle s'est sentie obligée de consulter. Elle s'attendait à devoir « rédui[re] les quantités » de nourritures consommées, c'est-à-dire à être mise au régime. La perspective d'une mise en restriction alimentaire contrainte, encadrée par la diététicienne, s'accompagne de l'anticipation d'un style de suivi dirigiste et de recommandations très strictes s'apparentant à des directives :

Je m'attendais à une personne qui me demande mes habitudes alimentaires, mon mode de vie, si je pratiquais une activité sportive ou pas, qu'on prenne mon poids, mes mesures et qu'on me dise : "faut que je fasse ça ça ça" [*elle frappe la table de la cuisine du tranchant de sa main*]. Je m'attendais juste à ça.¹⁰

Alyssa Ravelli s'attendait donc à voir la diététicienne lui demander d'exercer sur elle-même une contrainte externe, car guidée par la diététicienne, et cognitive car pensée, réfléchie, en vertu des préconisations de la science de la nutrition. Elle pensait devoir suivre un programme précis, distillé avec autorité, ou poigne, c'est-à-dire d'une façon dirigiste, par Pauline Malon. Le style dirigiste transparaît dans l'expression « faut que je fasse ça ça ça » accompagnée de frappes saccadées sur la table de la cuisine avec le tranchant de la main. Pour Alyssa Ravelli, la mise au régime étant difficile, peu agréable, elle ne peut qu'être le fruit d'une imposition extérieure, d'une contrainte. Elle s'attendait donc à être mise, de force, pour son bien, c'est-à-dire pour parvenir à perdre du poids, au régime.

Gisèle Pommier Les propos de Gisèle Pommier explicitent davantage encore le fait qu'elle s'attendait à être mise au régime, et le redoutait. Gisèle Pommier est une patiente de Juliette Poudale. Elle est âgée de soixante-quinze ans. Elle vit en zone rurale à proximité de la petite ville de Baillus. Elle est issue de la paysannerie locale et appartient aux classes populaires salariées.

Étienne : Vous vous attendiez à quoi ?

Gisèle : Je m'attendais à ce qu'elle me dise de faire un régime, que je pèse mes aliments, manger pas ci, manger pas ça. Faire attention. Pas de chocolat, pas de gâteau. Vraiment

10. idem

une restriction.

E : Vous vous attendiez à un truc très strict ?

G : Voilà un truc très strict. Et je me disais, si elle me donne un truc très strict, oh là là, ça va être la catastrophe!¹¹

Gisèle Pommier s'attendait en effet à ce que sa diététicienne lui fasse « faire un régime ». Elle associe cela à la contrainte puisqu'elle s'imaginait devoir peser ses aliments, « faire attention » à bien respecter des recommandations imaginées comme étant « très strictes ». Une telle mise au régime, imposée par la diététicienne, consisterait également en un ensemble de restrictions. Il y aurait des aliments ou des plats autorisés, d'autres prohibés (« manger pas ci/pas ça »). En particulier, les aliments porteurs d'addictions, très sucrés, seraient nécessairement interdits : « pas de chocolat, pas de gâteau ». Un régime serait « vraiment une restriction » de ses consommations alimentaires. Cette perspective ne l'enchantait guère et aurait été, selon elle, vouée à l'échec, puisqu'elle anticipait une « catastrophe ».

L'emploi du terme « catastrophe » souligne le fait que Gisèle Pommier redoutait cette perspective, qu'elle jugeait pour autant probable, lors de son premier rendez-vous. Cela est confirmé par sa réponse à une question portant sur les raisons l'ayant conduite à consulter une diététicienne. Elle indique vouloir se faire suivre dans le but de perdre du poids, pour des raisons esthétiques autant sinon davantage que pour des raisons de santé. Son inquiétude transparaît cependant :

Et puis un beau jour j'ai dit : "aller il faut arrêter", parce que là, je ne rentrais plus dans les pantalons. Les T-shirts ils étaient énormes [*rires*]. Taille quarante-huit, quand même, avec près de quatre-vingt dix kilos. Donc il fallait que je fasse quelque chose. C'était la santé mais je me suis dit aussi après que, quand même, je ne suis pas si vieille que ça. Qu'est-ce que je vais ressembler dans cinq, six ans, hein ? voilà, ça rumine... Donc tout ça mis l'un dans l'autre, je me suis dit : "aller, on y va" ! Alors j'y suis allée mais j'étais pas bien dans ma peau quand même ! Je me disais "qu'est-ce qu'elle va me sortir" ? [*rires*]¹²

Ainsi, Gisèle Pommier était décidée à consulter Juliette Poudale afin de perdre du poids. Elle redoutait cependant la modification de ses pratiques alimentaires qu'exigerait la diététicienne pour atteindre cet objectif. Son inquiétude est renforcée par l'incertitude quant au contenu des recommandations qu'elle devra s'efforcer de respecter puisqu'elle se demandait ce que la diététicienne allait « [lui] sortir », c'est-à-dire quel type de restriction

11. Entretien téléphonique effectué le 8 décembre 2017.

12. idem

elle allait se voir imposer, quel type d'aliments, par exemple, se verrait prohibé.

Ainsi, les patientes et patients qui consultent pour maigrir s'attendaient, avant le premier rendez-vous, à être mis au régime, sauf s'ils n'avaient aucune représentation de ce qui les attendait.

Sophie Bricou Il est possible d'élargir la perspective en incluant le cas de Sophie Bricou, une patiente de Fany Lebois souffrant d'anorexie. Sophie Bricou est âgée de vingt-trois ans lors de l'entretien. Elle termine sa scolarité dans une grande école de commerce parisienne. Elle est originaire d'une commune aisée proche de Paris, mais ses parents n'appartiennent pas aux classes supérieures puisque son père est boucher-charcutier et sa mère femme au foyer. Elle est suivie par Fany Lebois depuis trois ans. Sophie Bricou ne s'attendait pas à être mise au régime puisqu'elle a consulté après avoir été diagnostiquée anorexique. Elle s'attendait cependant à devoir composer avec des exigences strictes émises par la diététicienne. Elle anticipait devoir suivre un programme alimentaire précis, strict, visant non plus à restreindre mais à accroître la diversité des prises alimentaires et leur quantité, leur valeur énergétique :

Étienne : Au début c'était une sorte d'obligation d'aller la voir ? C'était pas une volonté personnelle ?

Sophie : Non non non ce n'était pas une volonté du tout.

E : Et donc tu t'attendais à quoi en allant la voir ?

S : Bah je ne sais pas. Je ne m'attendais pas à grand chose. En fait, oui, j'y allais par obligation. Je ne savais pas ce qu'il allait se passer. Pour moi, en fait, c'était un peu difficile d'aller à ces rendez-vous parce que je me disais qu'elle allait forcément m'obliger à manger et je ne voulais pas donc ... au début j'étais assez réticente et sur la défensive. Même encore parfois ...

E : Et tu t'attendais ... ouais ...

S : En fait je m'attendais juste à ce qu'elle soit là pour me dire "faut manger ça, faut faire ci" et rien d'autre.¹³

Sophie Bricou recourt au registre de l'obligation. Cela s'explique premièrement par le fait qu'elle ait été orientée vers Fany Lebois par son médecin traitant, son père l'ayant obligée à consulter après une perte de poids radicale très rapide. Elle « y allai[t] par obligation ». L'obligation tient également au contenu des recommandations auxquelles elle s'attendait à être confrontée. La diététicienne allait « forcément [l'] obliger à manger ». Il s'agit d'une représentation des suivis diététiques, marquée par la stricte observation de règles contrai-

13. Entretien effectué par skype le 24 juin 2017.

gnantes, tout à fait similaire sinon identique à celles qu’avaient Alyssa Ravelli et Gisèle Pommier, bien qu’inversée quant au contenu des recommandations, l’objectif visé n’étant pas la perte mais la prise de poids. L’impératif « il faut » (« manger ci, faire ça ») manifeste bien l’injonction, à laquelle Sophie Bricou devrait se soumettre, d’autant qu’elle ne s’attend à « rien d’autre ». L’injonction n’est cependant pas nécessairement suivie de l’observation de la règle de comportement par la patiente, celle-ci pouvant développer des stratégies de résistances, allant de la négociation des objectifs d’une séance à l’autre au mensonge.

Ainsi, la plupart des patientes et patients rencontrés s’attendent à devoir fortement modifier leurs pratiques alimentaires en raison de l’émission, par leur diététicienne, de recommandations alimentaires précises, strictes. S’ils consultent pour perdre du poids, ils s’attendent à être mis au régime, à la diète. Il s’attendent très concrètement à se voir prescrire des rations, c’est-à-dire des quantités d’aliments, classés par familles, indiquées pour chaque repas. Pauline Malon, notre enquêtée principale, peut conclure le propos en illustrant la polysémie du mot « attente », qui renvoie à la fois à ce à quoi l’on s’attend, et à ce que l’on espère. Nous y reviendrons¹⁴.

Étienne : Par rapport aux attentes de vos patients justement ?

Pauline : En fait c’est assez drôle parce que je me rends compte qu’au début j’étais très inflexible. On va travailler là-dessus, machin. Et les patients ils attendaient des rations.¹⁵

Ainsi, les patientes et patients de Pauline Malon, à l’instar d’Alyssa Ravelli, s’attendent à recevoir des rations lorsqu’ils débutent un suivi. En outre, ils « attend[ent] des rations », nous y reviendrons au chapitre 6, pour la plupart d’entre eux, car ils souhaitent perdre du poids en suivant un programme établi par une diététicienne. Cependant, si le détail des pratiques varie selon les attentes de la patientèle¹⁶, « les diététiciennes « ne [font] pas de régime » ou préfèrent ne pas en faire.

14. La stratification sociale des attentes, au double sens du terme, des patientes et patients, et les réponses des diététiciennes et diététiciens, selon les caractéristiques sociales de leur patientèle, constitue le thème traité dans le chapitre 6.

15. Entretien effectué à son cabinet le 19 juillet 2017.

16. Ces questions sont traitées dans le chapitre suivant.

1.2 Les diététiciennes « ne [font] pas de régime »...

L'ensemble des diététiciennes et diététiciens rencontrés réprouvent l'idée de recommander le suivi d'un régime à leurs patientes et patients. Ils associent l'idée de régime à celle, perçue très négativement, de restriction. Les diététiciennes et diététiciens ont tous été interrogés sur ce qu'évoquait pour eux le terme de « régime » et leurs réponses, en substance, ne varient guère. Adeline Gastaldi, une diététicienne parisienne âgée de trente-trois ans lors de l'entretien, exprime la conception la plus emblématique :

Étienne : Qu'est-ce que ça évoque pour vous le terme de régime ?

Adeline : Le terme de régime ça évoque pour moi la restriction. C'est un terme que je n'aime pas trop. Je préfère le rééquilibrage alimentaire. Le terme régime s'applique dans certains cas, je dirais plus pathologiques ou médicaux, où là il y a des régimes sans sel à appliquer, des régimes pour insuffisants rénaux, diabétiques *etc.* Mais ça reste ... donc il y a quand même l'idée de restriction parce que ça veut dire qu'ils sont interdits de manger certaines choses.¹⁷

Adeline Gastaldi associe régime à « restriction ». Elle a une appréciation négative du terme de régime puisqu'elle ne l'« aime pas trop ». Elle lui préfère, comme la plupart des diététiciennes et diététiciens, celui de « rééquilibrage alimentaire ». Elle emploie le mot « régime » uniquement dans son acception médicale, c'est-à-dire, lorsque, pour des raisons physio-pathologiques, comme une affection rénale, un régime particulier, « sans sel » par exemple, doit impérativement être observé par le patient ou la patiente. A l'inverse, le mot « régime » lui semble inapproprié pour qualifier les recommandations qu'elle adresse à ses patientes et patients désirant perdre du poids, pour des raisons non exclusivement médicales, car le terme véhicule avec lui l'idée de restriction et d'interdit alimentaire. Or, elle ne souhaite pas associer ces idées à ses pratiques de suivi. De la même façon, à titre d'exemple, Lorraine Pluche¹⁸ explique que « régime pour [elle] c'est restriction ». De même, pour Marine Murier, le terme « régime » évoque « la restriction, le négatif »¹⁹. Enfin, Ana Mougin²⁰ associe pareillement le régime à la « restriction », terme qu'elle n'aime « pas du tout ». Il serait possible de multiplier encore les exemples et citations tant l'idée négative de restriction est associée à celle de régime.

17. Entretien effectué le 7 décembre 2016 au rez-de-chaussé de l'immeuble de son grand-père dans le centre-ville de Paris.

18. Entretien effectué à son domicile parisien le 14 décembre 2016.

19. Entretien effectué à son cabinet parisien le 12 novembre 2016.

20. Entretien effectué à son cabinet le 6 décembre 2016.

Sans se prononcer, dans un premier temps, sur la teneur des différentes pratiques de suivi des diététiciennes et diététiciens, c'est-à-dire notamment des recommandations effectivement adressées aux patientes et patients, force est de constater l'effort déployé par les diététiciennes et diététiciens rencontrés pour ne pas voir associer leurs pratiques professionnelles au terme de régime et aux représentations communes, de restriction stricte notamment, qui lui sont apparentées, par les praticiens et les patientes et patients. Ainsi, tout se passe comme si aborder la question du suivi en posant celle des régimes hypocaloriques était entendue, par les diététiciennes et diététiciens interviewés, comme une accusation, au moins potentielle, dont il faudrait se déprendre. Ils affirment ainsi ne pas faire de régime. Pour illustrer cette dénégation, il est possible de recourir à quelques exemples, comme celui de Marine Murier, une diététicienne qui exerce à Paris depuis deux années, citée précédemment :

Étienne : quand on dit "régime" pour vous c'est régime hypocalorique ?

Marine : Voilà, moi je ne fais pas de régime. [. . .]

E : Pas un régime restrictif ?

M : Voilà, c'est ça.²¹

Ce court extrait d'entretien permet également d'explicitier le sens implicitement donné au terme de « régime » lorsque celui-ci est utilisé sans spécification. Il renvoie alors, comme cela a été indiqué en introduction, au sens profane, non médical du terme : faire un régime ou être au régime c'est restreindre son alimentation pour en diminuer la valeur énergétique afin de perdre du poids. Lorsque les diététiciennes et diététiciens affirment ne pas faire de régime, cela ne signifie bien évidemment pas qu'ils ne restreignent pas leur propre alimentation. Il s'agit d'une forme d'expression orale qui signifie que les diététiciennes et diététiciens ne recommandent pas à leurs patientes et patients l'observation d'un régime²². Florine Hervet, une autre diététicienne récemment installée en grande couronne parisienne, qui a connu Marine Murier sur le forum en ligne du CNED, mais ayant une origine et une position sociale nettement plus populaire, associe pareillement régime à restriction et se défend d'adresser ce type de recommandations à ses patientes et patients souhaitant maigrir :

Étienne : Si y a un patient qui vient, qui est en léger sur-poids et qui voudrait maigrir, quels principes diététiques vous allez mettre en avant ?

Florine : Alors moi, je ne vais pas faire faire de régimes si c'est ça la question. On ne va pas être sur la restriction, on ne va pas enlever les féculents ni réduire la proportion

21. Entretien effectué à son cabinet parisien le 12 novembre 2016.

22. Ainsi, l'expression « je ne fais pas de régime » fonctionne comme l'expression populaire : « je ne fais pas dans **** » (la dentelle, par exemple).

de glucides et augmenter celle de protéines ou ce genre de choses.²³

Florine Hervet évoque un régime similaire à celui de Dukan lorsqu'elle rejette clairement l'idée de recommander à ses patientes et patients une réduction des « glucides » (féculents, sucres rapides) et un accroissement de la part des protéines (c'est-à-dire de la viande, des œufs ou du poisson). Celui-ci ayant été condamné par les autorités sanitaires (cf section 3.1.1 page 319), elle nie préventivement toute sympathie professionnelle pour ce régime.

La dénégation de la pratique de recommandations de régimes s'accompagne d'évitements et de substitutions sémantiques. En raison des représentations péjoratives que charrie le terme de « régime », les diététiciennes et diététiciens interviewés préfèrent utiliser d'autres termes, expressions, ou périphrases, pour désigner leurs pratiques de suivi. Par exemple, Adeline Gastaldi, qui « n'aime pas trop » le terme de « régime », préfère parler de « rééquilibrage alimentaire » pour évoquer ce qu'elle recommande à ses patientes et patients désirant perdre du poids. « Dans l'activité libérale, je parle de rééquilibrage alimentaire »²⁴. Au-delà de la réalité des pratiques que les termes peuvent désigner, il est frappant de constater l'évitement du terme de « régime ». Cela ne peut s'expliquer que par les représentations de contrainte et de restriction qui lui sont implicitement associées. Cela permet de comprendre les raisons pour lesquelles Ana Mougin, diététicienne qui exerce en libéral depuis deux années dans une commune plutôt populaire limitrophe de Paris, refuse l'emploi du terme, qui devient presque tabou. Lorsqu'elle est confrontée à l'utilisation du mot « régime » par ses patientes et patients en début de suivi, elle ne réemploie pas le terme. Bien au contraire, elle l'ignore, le méprise :

Étienne : Et donc dans ces cas là vous réagissez comment ?

Ana : Je les laisse parler. Par contre, quand moi je parle, je parle de programme alimentaire. Et donc petit à petit, ils parlent de moins en moins de régime au cours des suivis. Il n'y a plus de mot, c'est "ce qu'on a vu ensemble".²⁵

Si Ana Mougin utilise l'expression « programme alimentaire », et non « rééquilibrage alimentaire », l'intention est la même, celle de substituer une périphrase au terme de « régime ». Contrairement à l'expression « rééquilibrage alimentaire », qui apparaît comme étant

23. Entretien effectué par Skype le 16 novembre 2016.

24. Entretien effectué le 7 décembre 2016 au rez-de-chaussé de l'immeuble de son grand-père dans le centre-ville de Paris.

25. Entretien effectué à son cabinet le 6 décembre 2016.

l'apanage de la diététicienne, le mot « régime » est profane, vernaculaire, puisque employé par les patientes et patients. Ces derniers étant confrontés à la non reprise du terme par la diététicienne, tout se passe comme s'il devenait un mot tabou puisqu'il n' « y a plus de mot ». Celui-ci est remplacé par une périphrase, « ce que l'on a vu ensemble », pour désigner les recommandations.

Il apparaît ainsi que les diététiciennes et diététiciens tiennent fortement à ce que leurs recommandations au cours des suivis ne soient pas appréhendées comme consistant en des régimes (restrictifs). Cela ne peut s'expliquer simplement par la situation d'enquête (les enquêtés tiendraient, face à un interlocuteur présumé savant en la matière, voire critique parce que sociologue, un discours considéré comme plus légitime contre les régimes). Il semble que les diététiciennes et diététiciens s'attachent effectivement, et avec autant de force, à se déprendre du terme de « régime » lors des consultations. Cela apparaît dans l'entretien effectué avec un couple de patients retraités, ayant consulté durant l'année 2007 la diététicienne ayant précédé Pauline Malon au centre de kinésithérapie de la petite ville de Mélieu. Ces derniers expliquent en effet qu'« elle a bien insisté en disant "ce n'est pas un régime", ce sont des habitudes alimentaires que tout le monde devrait adopter »²⁶. Si elle a « bien insisté », c'est qu'elle tenait à ce que ses recommandations ne soient pas « étiquetées »²⁷ comme étant un « régime ». L'insistance de la diététicienne apparaît d'autant plus probable que Simone et Paul Liseron s'en souviennent, le soulignent en entretien, dix années plus tard.

Enfin, sans être en mesure, à partir de nos données, de mettre en évidence une tendance, il est toutefois remarquable que la sensibilité des diététiciennes et diététiciens au caractère plus ou moins restrictif et directif de leurs recommandations varie d'un praticien à l'autre et au cours du temps. Ainsi, Josiane Couloud, une diététicienne parisienne expérimentée, qui a débuté sa carrière au cours des années 1970, témoigne de la transformation de ses pratiques professionnelles et de sa perception des régimes. L'évolution de ses représentations, parallèle à celle de ses pratiques, selon elle, semble traduire la transformation des représentations collectives au sein du corps des diététiciennes et diététiciens :

Josiane : J'ai trouvé, moi, après, du bonheur à ne plus être dans ces calculs et à pouvoir être en contact. Et ça s'est fait avec le temps. Et ça s'est fait aussi avec l'environnement puisqu'il m'apportait un éclairage de bienfait de la diététique. On ne parlait plus de

26. Entretien effectué au domicile de Simone et Paul Liseron dans une commune rurale de la région lyonnaise, le 10 juillet 2017.

27. BECKER, *Outsiders*, *op. cit.*

régime. Il ne faut plus parler de régime, c'est une horreur.

Étienne : Aujourd'hui vous ne voulez plus utiliser ça ?

J : Ah non non non.

« Avec le temps », Josiane Couloud a délaissé les « calculs » des calories pour préférer une pratique de la consultation (d'abord en clinique, où elle a débuté sa carrière, puis en libéral) plus relationnelle, « en contact » avec la patiente ou le patient. Elle semble penser que ce processus est le fruit de son expérience professionnelle couplée à une modification de « l'environnement » de travail. Les représentations collectives propres aux diététiciennes et diététiciens semblent en effet avoir évolué puisqu'au fil du temps « on ne parlait plus de régime ». Plus encore, la pratique du régime est devenue un interdit, et donc une déviance propre au groupe professionnel, puisqu'il « ne faut plus » utiliser le terme de « régime » dans la mesure où il désigne « une horreur »²⁸. La force du terme employé montre l'ampleur du rejet de cette pratique. De la même façon, la sensibilité à cette injonction à ne plus parler ni faire de régime fluctue d'une diététicienne (ou diététicien) à l'autre. Le jugement porté par Pauline Malon sur les pratiques de sa prédécesseur, Coralie Pinto, la diététicienne de Simone et Paul Liseron, en témoigne :

Étienne : J'ai fait un entretien avec [Simone et Paul] ils sont venus à Kinéo en 2007.

Pauline : Ah, avec Coralie.

E : Oui. Et ils avaient exactement, et il me semble que maman l'avait eu aussi au début, une sorte de liste comme ça.²⁹

P : Oui, elle était suivie par Coralie ta mère. Oui parce que dans le dossier papier c'est encore l'écriture de Coralie.

E : Et toi tu l'utilisais aussi ?

P : Au début oui. Mais je n'ai jamais eu aussi précis que Coralie. Coralie, elle avait carrément un papier agrafé. Moi je n'ai jamais été aussi. . .

E : Pourquoi tu as arrêté alors ?

P : Parce que ça fait trop régime et puis ce que l'on nous interdit ça fait trop régime. Si je dois pas, et bah c'est le dernier, juste aujourd'hui et donc je mange le paquet de glace parce que c'est la dernière fois. Et puis c'est pas ça la vraie vie. Dans la vraie vie on mange de tout. Quelqu'un de normal. . .³⁰

Pauline Malon réagit aux recommandations de Coralie Pinto, qui distribuait une liste d'ali-

28. Sur la construction sociale (ou l'étiquetage) de la pratique du régime comme une déviance au sein du corps des diététiciennes et diététiciens, voir section 3 page 318.

29. Juste avant, une liste des viandes grasses, maigres, des aliments conseillés, déconseillés, *etc.*, est évoquée.

30. Entretien effectué à son cabinet le 19 juillet 2017.

ments conseillés et déconseillés, selon leur teneur en sucre, en gras, en sel *etc.*, à ses patientes et patients, en s'en distinguant, en marquant sa différence. Si, prenant sa succession, elle s'inscrit, « au début », dans son sillage, elle n'a « jamais » proposé des fiches aussi précises et donc directives. Lorsque Pauline Malon est appelée à justifier les raisons de cette différence, elle explique que ces fiches, qui déconseillent voire tentent de proscrire la consommation de certains aliments, « [font] trop régime ». Cela traduit d'une part la sensibilité à l'injonction proscrivant les régimes. Pauline Malon décide de modifier les fiches en les rendant moins directives parce qu'interdire certains aliments serait une pratique professionnelle s'apparentant trop ouvertement au fait de recommander un régime à ses patientes et patients. Cela traduit d'autre part une évaluation différente d'une même pratique professionnelle, Coralie Pinto n'avait en effet pas estimé nécessaire de faire évoluer ses fiches. Enfin, Pauline Malon justifie l'assouplissement de ses conseils délivrés aux patientes et patients pour des raisons d'efficacité, puisque l'interdiction rendrait désirable l'aliment proscrit, et de réalisme. Elle oppose en effet les fiches, théoriques, à « la vraie vie » dans laquelle « on mange de tout » si l'on est « quelqu'un de normal ». Le réalisme nécessaire des recommandations est un élément important abordé au prochain chapitre.

Ainsi, nous avons vu qu'une partie des patientes et patients s'attend à devoir suivre un régime recommandé par les diététiciennes et diététiciens. A l'inverse, les diététiciennes et diététiciens expliquent unanimement ne pas faire de régime. Bien au contraire, ils associent le terme de « régime » à celui de « restriction », connoté très négativement. Cette approche caractérise donc une pratique de ville auprès d'une patientèle dont l'état de santé, sauf exception, n'est pas trop dégradé, ce qui permet de prendre de la distance avec une approche plus prescriptive telle qu'elle se pratique en milieu hospitalier. Il ne s'agit pas, par exemple, de prendre en charge des patientes et patients souffrant d'affections rénales nécessitant l'observation rigoureuse d'un régime sans sel, mais d'accompagner des patientes et patients, souvent désabusés parce qu'ayant déjà « tout essayé », dans leur démarche d'amaigrissement pour des raisons esthétiques. Le terme de « régime » est souvent proscrit, des expressions telles que « programme alimentaire » lui sont substituées. Les diététiciennes et diététiciens que nous avons rencontrés ne souhaitent pas voir leurs recommandations étiquetées comme étant des « régimes ». Cela peut expliquer les modifications sémantiques et la transformation des recommandations³¹ afin d'éviter de proposer un type de suivi qui s'apparenterait par trop

31. La question du contenu des suivis, des recommandations, a été peu développée car elle constitue

à l'observation d'un régime restrictif hypo-calorique. Parallèlement au rejet des pratiques de suivi dirigistes et axées sur la restriction, les diététiciennes et diététiciens font également preuve d'une appréhension, que l'on pourrait qualifier de souple, de la dépense énergétique.

1.3 ... et ont une conception souple de la dépense énergétique

Le dernier développement de cette première partie doit mettre en évidence l'appréhension souple de la dépense énergétique mise en avant par les diététiciennes et diététiciens.

Il convient dans un premier temps de préciser ce qu'il faut entendre par « conception souple », ou large, de la dépense énergétique. La dépense énergétique constitue, avec les prises alimentaires, l'un des deux plateaux de la balance énergétique. Le poids est stable lorsque la valeur énergétique des consommations alimentaires, mesurée généralement en kilocalories, égalise les dépenses énergétiques (digestion, fonctionnement du cerveau, des muscles, *etc.*). Un régime hypocalorique consiste en la restriction du nombre de calories ingérées, ce qui, toutes choses étant égales par ailleurs, permet la perte de poids. Dans le but de maigrir, il est également possible d'accroître les calories dépensées, brûlées, c'est-à-dire sa dépense énergétique, en faisant fonctionner ses muscles par une activité physique ou sportive supplémentaire. Cela renvoie à l'expression familière « se dépenser ». Les diététiciennes et diététiciens rencontrés ont une conception souple, large, de la dépense énergétique, par opposition à une appréhension rigide, restreinte à la seule activité sportive, c'est-à-dire à la pratique régulière d'un sport. Cela a également été constaté en ce qui concerne l'autre plateau de la balance énergétique, les prises alimentaires. En effet, dans le cadre des suivis proposés, Les diététiciennes et diététiciens rencontrés « ne font pas de régime ». Ils insistent au contraire sur le fait que leurs patientes et patients ne doivent pas ressentir de frustration vis-à-vis de leur alimentation. Ils doivent pour cela être en mesure d'effectuer des arbitrages, et donc ne pas être, par exemple, contraints de suivre des « fiches régimes » très précises régissant la composition de leurs menus. Les diététiciennes et diététiciens font ainsi preuve de souplesse quant à leurs recommandations alimentaires. Pareillement, la souplesse apparaît du côté de la dépense énergétique. En effet, la plupart des diététiciennes et diététiciens insistent sur l'importance de celle-ci pour faciliter la perte de poids. Ainsi, ils adressent à leur patientes et patients une injonction, au moins implicite, à la dépense énergétique. Néanmoins, la sou-

l'objet du prochain et dernier chapitre.

plesse de l'injonction transparaît dans l'appréhension large de ce que recouvre la dépense énergétique. Loin de se limiter à la seule pratique sportive, que l'on peut définir comme une dépense énergétique de forte intensité, les diététiciennes et diététiciens incluent dans la dépense énergétique « l'activité physique ». Celle-ci renvoie à une dépense énergétique de faible intensité, que les patientes et patients sont invités à pratiquer quotidiennement. Par cette conception large de la dépense énergétique, les diététiciennes et diététiciens rendent les injonctions à la dépense énergétiques plus souples, plus acceptables parce que réalisables, sauf situations particulières, par toutes et tous au quotidien. Il s'agit par exemple d'emprunter les escaliers plutôt que l'ascenseur sur son lieu de travail ou à son domicile.

La conception large ou souple de la dépense énergétique dont font preuve les diététiciennes et diététiciens libéraux repose ainsi sur la distinction établie entre pratiques sportives et activité physique. Benjamin Lazard, un diététicien exerçant en région parisienne, âgé d'une quarantaine d'années, ancien employé de banque et qui exerce depuis un peu plus de trois ans au moment de l'entretien, insiste bien sur cette distinction :

Benjamin : Et tout ça, comment est-ce qu'on peut prévenir la survenance de ces maladies chroniques c'est d'avoir une bonne hygiène de vie. Et l'hygiène de vie passe par alimentation équilibrée et variée et activité physique quotidienne.

Étienne : le sport ?

B : Activité physique [*il insiste sur ces deux mots*], plus que le sport. Parce que moi, quand j'ai des patients qui me disent que dans la journée ils ne bougent pas parce que c'est voiture, bureau, fauteuil et puis dodo... Quand il n'y a que ça et qu'on vous dit "bah non je n'ai le temps de rien d'autre", y a jamais le temps. Ils sont la tête dans le guidon, ils sont pris par ça et donc je n'ai le temps pour rien d'autre. Y a jamais le temps même le week-end, quand on a jamais fait cette démarche ou quand, je vous dis, quand on a la tête dans le guidon. Donc... c'est déjà le fait de bouger, rien que le fait de bouger.

E : Oui, c'est sûr, on est pas obligé de faire du sport.

B : Voilà. Rien que le fait de bouger, marcher, monter des marches. Quelqu'un avec un ascenseur ne se verrait même pas monter trois étages par les escaliers comme ça, sans forcément, enfin sans être chargé. Juste pour se dire : "je le fais" . J'ai un patient qui travaille à la Défense, qui travaille au septième étage, et qui a décidé de mettre ça en place. Il m'a dit : "au moins je mets ça en place, et, quatre fois dans la journée, je monte les escaliers, je les descends pour aller à la cantine et je les redescends en partant" . Et il me dit : "rien que ça dans la journée j'ai fait les étages" . C'est pas facile, on est un peu essoufflé, il faut s'arrêter au troisième ou quatrième. Mais aujourd'hui, ce patient là, un homme, bah maintenant il me dit : "je les monte deux par deux. Et même si mes collègues me disent "non mais hé, t'es malade", non, moi, pour moi c'est mon activité physique" . Certains vont vous dire : "et bah à la cantine maintenant,

j'ai pause déjeuner d'une heure, maintenant je la prends. Et je fais une demi-heure de cantine, et une demi-heure je vais marcher. Et au moins là j'ai cette activité là. Parce que avant, j'ai pas le temps, après j'aurai pas le temps. Mais au moins le midi, ce sera mon activité physique". Bon, bah il y a des choses voilà.³²

Benjamin Lazard insiste autant sur les bienfaits préventifs, contre les maladies chroniques notamment, de l'alimentation dite « équilibrée » que de « l'activité physique quotidienne ». Le thème abordé dans cette partie de l'entretien était en effet le rôle que peuvent jouer les diététiciennes et diététiciens en matière de prévention. Au-delà de cet aspect relatif à la santé, c'est la distinction entre le sport et l'activité physique, expression plus large qui inclut le sport, qui nous intéresse. Plutôt que de demander à ses patientes et patients de « faire du sport », Benjamin Lazard préfère les inciter à pratiquer une « activité physique » quotidiennement. Faire du sport suppose un effort physique relativement intense et suppose surtout de réserver une plage horaire spécifiquement dédiée à cela. Or, ses patientes et patients se plaignent de ne « jamais [avoir] le temps ». « Ils sont la tête dans le guidon », accaparés par le flot des activités et obligations quotidiennes. A contrario, prôner une appréhension souple et large de la dépense énergétique permet de concilier cette recommandation avec les contraintes horaires des patientes et patients. En effet, l'activité physique doit pouvoir s'insérer aisément dans la vie et les activités quotidiennes préexistantes des patientes et patients. En effet, « rien que le fait de bouger, marcher, monter des marches » constitue une forme d'activité physique. Benjamin Lazard donne ainsi l'exemple de ce patient évoqué plus haut, qui « travaille à la Défense », et qui a choisi d'emprunter les escaliers plutôt que l'ascenseur. Ce faisant, il a pu intégrer à son emploi du temps quotidien, celui-ci restant inchangé, de l'activité physique. La promotion de l'activité physique comme source de dépense énergétique accessible³³, notamment en terme de contraintes d'emploi du temps, pour l'ensemble des patientes et patients, se donne également nettement à voir dans les consultations observées. Nous pouvons prendre quelques exemples tirés des consultations de Fany Lebois.

32. Entretien effectué à son domicile parisien le 7 avril 2017.

33. Cela rejoint le caractère nécessairement réaliste, faisable, des recommandations en matière de consommations alimentaires au cours des suivis. Cette question est traitée dans le prochain chapitre.

La conception souple de la dépense énergétique présentée en consultation

Fany Lebois évoque davantage la question de « l'activité physique et sportive » en consultation que Pauline Malon. C'est la raison pour laquelle cet encadré lui est consacré. Fany Lebois exerce à Paris depuis environ sept ans lorsque les observations ont été effectuées, les 30 mai et 15 juin 2017. Ses patientes et patients résident et travaillent ou étudient en milieu urbain. Ils se déplacent ainsi moins en véhicules privés que les patientes et patients de Pauline Malon et ont davantage l'occasion de pratiquer au quotidien de l'activité physique (marche à pieds, escaliers, *etc.*). Travailler sur l'activité physique, distinguée du sport, est donc vraisemblablement plus aisée avec des patientes et patients urbains.

Si Fany Lebois souligne les bienfaits de l'activité physique et sportive en terme de santé, comme Benjamin Lazard, puisqu'« il faut la pratiquer pour plein d'autres bénéfices qu'on a pu voir »^a, elle insiste sur le rôle que peut jouer la dépense énergétique dans la perte de poids. Elle explique ainsi à Daniella, une patiente d'origine mexicaine venue le 16 juin 2017 pour une première consultation, que « si [ses] apports sont inférieurs à [ses] besoins, [elle perd] du poids ». Aussi, accroître la dépense énergétique constitue-t-il un moyen de maigrir. Fany Lebois insiste cependant sur le fait qu'une activité physique régulière insérée dans l'emploi du temps quotidien préexistant au suivi peut permettre d'augmenter efficacement la dépense énergétique. Elle distingue ainsi l'activité physique du sport, comme en témoigne un extrait de la consultation effectué avec Daniella :

Fany : Si vos apports sont inférieurs à vos besoins, vous perdez du poids. Donc ça on va le voir après. Ce que l'on peut faire quand même pour augmenter les chances de perte de poids si je puis dire, on augmente les dépenses. Et comment on augmente les dépenses ? En se bougeant. Alors, il faut distinguer l'activité physique de l'activité sportive. L'activité physique c'est tout ce que vous pouvez faire au quotidien dans la journée comme la marche, comme prendre les escaliers plutôt que les ascenseurs, faire du ménage, du bricolage et du jardinage. Ça, fait tous les jours, c'est parfois plus efficace qu'une activité sportive occasionnelle. Si l'on peut faire les deux c'est très bien. C'est vrai que moi je suis assez *pro* activité physique et sportive parce que ça n'a que des bénéfices. Accessoirement vous gagnez quelques années en espérance de vie. ça améliore l'humeur, le sommeil, le stress, les tensions, les angoisses. Alors, sur l'activité physique, les recommandations officielles c'est au moins 30mn de marche un peu rapide par jour. L'OMS va même jusqu'aux dix mille pas par jour. Moi, je dis qu'au moins six mille ce serait bien. Après si vous faites une activité sportive en plus comme le footing c'est bien. Ce qui est important, retenez bien, c'est la régularité. Il vaut mieux aller courir trois fois une demi-heure qu'une fois une heure et demie. Et puis, tout ce qu'on peut faire dans le quotidien on le fait. ça nous tonifie, ça nous muscle. Alors le sixième j'avoue que

c'est un peu élevé en étage. Pas grave, trois étages pour commencer, en escalier, et le reste en ascenseur. Et forcez-vous un petit peu et puis au fur et à mesure vous verrez vous y arriverez. Il ne faut pas négliger ça c'est efficace. Je ne suis pas la première à dire salle de sport machin, par contre on peut organiser son quotidien pour augmenter l'activité physique.

Daniella : A mon travail je prends les escaliers.

F : Voilà.

D : Bon c'est qu'un étage. . .

F : Mais c'est pas grave !

D : Je me dis : "je ne vais pas attendre l'ascenseur" . Mais y a des gens qui prennent l'ascenseur.

F : C'est comme un peu, celui qui va saler avant même de goûter. C'est des réflexes que l'on a comme ça.

D : C'est vrai.

F : Ok ?

D : Très bien.

Si Fany Lebois valorise la pratique d'une activité sportive, elle insiste sur sa substituabilité par une activité physique régulière insérée dans la vie quotidienne. Pour augmenter les dépenses « en se bougeant », « il faut distinguer l'activité physique de l'activité sportive ». La particularité de l'activité physique (et non sportive) est qu'elle se pratique au quotidien, au cours de ses activités quotidiennes habituelles. Elle constitue ainsi un effort physique sans exiger une transformation de l'emploi du temps. Il suffit d' « organiser son quotidien ». En outre, la conception souple de la dépense énergétique permet aussi de catégoriser des activités pré-existantes comme sources de dépenses énergétiques, comme « faire du ménage, du bricolage et du jardinage ». Le sport, à l'inverse, est une activité exclusivement dédiée à la dépense énergétique et suppose donc d'être en mesure de lui consacrer spécifiquement du temps. Fany Lebois préfère valoriser les sources d'activité physique quotidiennes que peut facilement trouver Daniella en affirmant que « Ça, fait tous les jours, c'est parfois plus efficace qu'une activité sportive occasionnelle ». La diététicienne, pour mieux convaincre sa patiente de l'utilité de l'accroissement de la dépense énergétique par l'activité physique, souligne également, comme Benjamin Lazard, ses bienfaits en terme de santé : « ça améliore l'humeur, le sommeil, le stress, les tensions, les angoisses ». Elle ne propose pas à sa patiente de modifier son emploi du temps pour consacrer des plages horaires à la pratique d'un sport, en salle par exemple. « Je ne suis pas la première à dire salle de sport machin ». La diététicienne suggère plutôt d' « organiser son quotidien pour augmenter l'activité physique », par exemple en empruntant, au moins partiellement, les escaliers pour atteindre, quotidiennement, son domicile. Les efforts modestes sont valorisés puisque Fany Lebois assure à Daniella, qui explique prendre les escaliers sur son lieu de travail, que « [ce n'est] pas grave » s'il n'est question que d'un seul étage. Ainsi, il s'agit de mettre un terme aux

« réflexes » quotidiens qui accroissent la sédentarité et réduisent l'activité physique, sans modifier pour autant les emplois du temps. En fin de consultation, Fany Lebois invite Daniella à intensifier son activité physique mais cela ne signifie pas nécessairement la pratique d'un sport extra-quotidien (c'est-à-dire autre que la marche ou le vélo dans les déplacements quotidiens) :

Fany : [. . .] et puis comme on l'a vu, essayez d'intensifier un peu l'activité physique.

Daniella : Même de marche ?

F : Même de marche !

La distinction entre sport et activité physique permet d'adapter les recommandations aux situations et contraintes de chaque patiente ou patient. La souplesse peut parfois, dans le cas d'emplois du temps particulièrement chargés, aboutir à la compréhension de la non augmentation de l'activité physique. Cela a été observé au cours de la consultation de Fabrice. Ce patient quadragénaire, cadre supérieur du privé à Paris, se déplace en scooter. Il a perdu plusieurs kilos entre la seconde et cette troisième consultation de suivi. Cela est cependant dû exclusivement à la réduction de la valeur énergétique de ses consommations alimentaires. En effet, à cause d'un emploi du temps conjoncturellement très contraint par son activité professionnelle, il explique à Fany Lebois s'être trouvé dans l'incapacité d'augmenter son activité physique. Fany Lebois l'interroge quelque peu, puis conclut ainsi : « Non non mais faut faire ce qu'on peut »^b.

a. Il s'agit d'un extrait de la consultation effectuée avec une étudiante, Anabelle, le 30 mai.

b. Il s'agit d'une consultation effectuée le 15 juin de 13h45 à 14h20.

Ainsi, il apparaît que les diététiciennes et diététiciens interrogés ou observés témoignent, à l'observateur ou aux patientes et patients, d'une appréhension souple et large de la dépense énergétique. Cette conception présente l'avantage de ne pas se limiter à la pratique d'un sport qui suppose de consacrer une partie de son emploi du temps à cette activité (comme le fait de fréquenter une salle de sport) et donc de modifier celui-ci. Au contraire, préférer le terme d'activité physique permet d'inclure des activités quotidiennes habituelles dans les sources de dépense énergétique, notamment le travail domestique, et d'insérer des formes d'activité physique, comme emprunter les escaliers, au quotidien sans pour cela modifier spécifiquement son emploi du temps. L'activité physique présente également l'avantage d'être plus accessible sur le plan physiologique dans la mesure où elle peut exiger un effort de moindre intensité que la stricte activité sportive.

Au cours de ce premier développement, nous avons constaté que si une partie des patientes et patients s'attendaient, avant l'occurrence de leur première consultation, à se voir encourager, par leur diététicienne, de suivre un régime strict, hypocalorique, l'ensemble

des diététiciennes et diététiciens interrogés démentent, comme s'il s'agissait d'une accusation, cette représentation anticipatrice. Les diététiciennes et diététiciens affirment en effet ne pas recommander le suivi de régimes amaigrissants à leurs patientes et patients. Il est en outre remarquable que le rejet par les diététiciennes et diététiciens de l'application forcée aux patientes et patients de la stricte contrainte alimentaire, c'est-à-dire d'un régime, s'accompagne d'une appréhension souple de la dépense énergétique. Ainsi, les diététiciennes et diététiciens refusent également de contraindre leurs patientes et patients à la stricte pratique régulière d'une activité sportive, préférant recommander « l'activité physique » pour assurer une plus grande, ou plus acceptable, plus réaliste, dépense énergétique. Une fois ce rejet, par les diététiciennes et diététiciens et une partie des patientes et patients, de la contrainte externe constaté, la suite du développement entend proposer des éléments d'explication de ce rejet. Il apparaît, tout d'abord, que les régimes amaigrissants sont une pratique habituelle et médiatisée.

2 La pratique du régime amaigrissant

Nous voulons montrer que la pratique des régimes amaigrissants est fréquente, en particulier chez les femmes. Ainsi, sans surprise, l'ensemble des patientes et patients rencontrés au cours de cette enquête disposaient de connaissances pratiques relatives aux régimes et avaient déjà observé, souvent à plusieurs reprises au cours de leur vie, des régimes amaigrissants.

2.1 Les régimes amaigrissants comme pratiques répandue

L'observation d'un régime amaigrissant, c'est-à-dire la restriction volontaire, sur une période déterminée, de la quantité d'aliments consommée, ou de sa valeur énergétique, est répandue au sens où il s'agit d'une pratique qui s'observe au sein d'une partie importante de la population française. Elle est en particulier populaire chez les femmes, qui constituent la très grande majorité de la patientèle des diététiciennes et diététiciens libéraux rencontrés³⁴.

³⁴. Pour rappel, la patientèle des diététiciennes et diététiciens libéraux de notre enquête est généralement constituée de patientes à hauteur de 80 à 90%.

2.1.1 Être mince : une préoccupation fréquente, plus sensible chez les femmes

La pratique du régime hypocalorique ne peut se comprendre qu'en considérant l'objectif qu'il sert : la perte de poids. D'après la deuxième étude individuelle sur les consommations alimentaires³⁵, menée entre 2006 et 2007 par l'ANSES³⁶, 60% des femmes et 44% des hommes adultes souhaitent perdre du poids. Être mince s'avère donc être une préoccupation fréquente, notamment chez les femmes. De même, la grande majorité des patientes et patients consultent des diététiciennes et diététiciens libéraux dans le but de maigrir.

Le plus grand désir de maigrir chez les femmes s'explique par les effets du genre sur la construction sociale du corps désirable, associé à un poids idéal³⁷. Thibaut de Saint Pol saisit le poids idéal à partir des données de l'Eurobaromètre 59.0 recueillies au printemps 2003. En comparant la part des femmes et des hommes qui jugent leur poids trop faible et trop élevé selon leur niveau d'IMC (Indice de Masse Corporelle³⁸), il est possible de faire apparaître statistiquement le poids idéal³⁹. Celui-ci correspond au niveau d'IMC pour lequel une part identique d'individus jugent leur poids trop faible ou trop élevé. Le poids idéal n'est pas une donnée scientifique mais un construit social puisqu'il dépend de la subjectivité, des représentations sociales, des individus. Il varie par conséquent selon le sexe. L'équilibre pondérale, ou IMC idéal, « s'établit à 22,6 pour les hommes et 19,8 pour les femmes. L'écart est considérable »⁴⁰. L'écart entre l'IMC déclaré et la corpulence idéale est ainsi plus forte chez les femmes (4,7 points) que chez les hommes (3 points). Il en résulte une insatisfaction plus grande chez les femmes, malgré une corpulence en moyenne plus faible. Cette insatisfaction est encore accrue par le fait que, en raison de l'effet du genre, les femmes présentent une sensibilité plus marquée à la déviance pondérale par rapport au poids idéal. La part des femmes jugeant leur poids trop élevé s'accroît nettement plus vite que celle des hommes à mesure que l'on s'élève au-dessus de l'IMC correspondant au poids idéal. Les femmes se déclarent plus

35. Agence française de sécurité sanitaire des ALIMENTS (2009), *Étude individuelle nationale des consommations alimentaires 2 : INCA 2, 2006-2007*, Maisons-Alfort : Afssa, p. 255.

36. L'ANSES est l'Agence Nationale de Sécurité Sanitaire de l'Alimentation.

37. De SAINT-POL, *Le corps désirable, op. cit.*, p. 4.

38. L'IMC est un quotient qui rapporte le poids en kilogrammes à la taille exprimée en mètres élevée au carré. C'est l'indicateur statistique retenu depuis 1997 par l'Organisation Mondiale de la Santé pour définir et délimiter les catégories pondérales. Ainsi, une personne ayant un IMC inférieur à 18.5 est considérée comme souffrant de maigreur. Un IMC compris entre 18.5 et 25 correspond au poids normal. Au-delà, l'individu est considéré comme en sur-poids (jusqu'à 30) puis en situation d'obésité. Pour une histoire critique de l'outil de mesure, d'objectivation, des corpulences, voir **de_saint_pol_comment_2007-1**

39. De SAINT-POL, *Le corps désirable, op. cit.*, p. 114.

40. *Ibid.*, pp. 114-115.

fréquemment en sur-poids que les hommes lorsque leur poids est réellement dans cette catégorie, ainsi que lorsque leur poids réel correspond à un IMC qualifié de normal. On observe une situation symétrique chez les hommes, ceux-ci se déclarant davantage que les femmes en sous-poids à des niveaux d'IMC bas. Aussi, le poids vécu des femmes diffère-t-il, en moyenne, de celui des hommes. Ainsi, le poids idéal des femmes, qui correspond à une norme esthétique et corporelle genrée, est inférieur. Elles présentent également une sensibilité nettement plus marquée à l'éloignement de cet idéal, c'est-à-dire à la déviance pondérale, singulièrement en France et dans les pays du nord de l'Europe⁴¹. Cela s'explique par la construction sociale du corps désirable, différenciée selon le sexe et la classe sociale. Ainsi, « chez les femmes, la corpulence se rapporte à la beauté et donc à une norme de minceur »⁴². Plus généralement, les femmes considèrent la beauté comme un facteur de séduction plus déterminant et sont généralement moins satisfaites de leur apparence physique⁴³.

La frustration pondérale, qui peut constituer un des facteurs déterminant l'observation d'un régime ou le recours à une diététicienne ou un diététicien, est donc plus fréquente chez les femmes. L'incorporation des normes corporelles et l'apprentissage des savoirs et techniques relatifs aux régimes est fortement différenciée selon le sexe dès l'enfance et l'adolescence. Mimi Nichter, une anthropologue américaine, a ainsi montré comment les discussions autour du poids, ou « *fat talks* », sont partie intégrante de la sociabilité quotidienne des adolescentes au lycée⁴⁴. Elles ne se mettent pas nécessairement au régime, mais elles se sentent obligées de prendre part aux conversations sur le poids afin d'être considérée comme une personne responsable qui se soucie de son apparence physique. De façon générale, étant donné que le corps idéal valorisé n'est pas, en pratique, atteignable (« *unattainably thin* »), faire part de son insatisfaction corporelle⁴⁵ apparaît comme une pratique conforme, normale, et non déviante, relativement au groupe de pairs⁴⁶. Aux discussions relatives au poids s'ajoutent

41. *Ibid.*, p. 118.

42. *Ibid.*, p. 193.

43. April E. FALLON et Paul ROZIN (1985), « Sex Differences in Perceptions of Desirable Body Shape. », *Journal of abnormal psychology*, vol. 94, n° 1, p. 102.

44. Mimi NICTER (2000), *Fat Talk : What Girls and Their Parents Say about Dieting*, Harvard University Press, Cambridge.

45. Cette insatisfaction s'exprime généralement par une déploration ritualisée de son poids : « *I'm so fat!* ». Selon Mimi Nichter, qui a mené une enquête par entretiens réitérés durant trois années auprès de plusieurs centaines de lycéennes, seules les filles trop minces ou en trop fort sur-poids ne pratiquent pas cette déploration ritualisée. Les premières préfèrent l'éviter de peur d'attiser la jalousie. À l'inverse, les secondes préfèrent rendre leur stigmatisme plus discret. Elles ne déplorent pas leur sur-poids de peur de trop attirer l'attention sur leurs problèmes.

46. NICTER, *Fat Talk*, *op. cit.*, p. 67.

celles portant sur les régimes (« *diet talks* »). Dire que l'on commence un régime constitue parfois un moyen d'apaiser temporairement ses craintes relatives à son apparence physique⁴⁷. Ces discussions remplissent également la même fonction que celles portant sur le poids, à savoir, ne pas laisser paraître une forme de négligence. L'anthropologue insiste également sur le rôle des mères dans la transmission de ces sensibilités et savoirs pratiques.

Il est intéressant de mettre en relation cette étude qualitative ancrée dans le contexte des États-Unis des années 1990 avec des données statistiques produites dans le contexte français de la fin des années 2000. Cela permet d'appuyer la pertinence des arguments de Mimi Nichter dans le cadre de notre enquête. En effet, les résultats de la deuxième étude individuelle sur les consommations alimentaires (INCA 2) peut corroborer statistiquement les observations de l'anthropologue américaine. En effet, INCA 2 met en évidence un rapport à l'alimentation très différencié selon le sexe. Cela se vérifie aux différentes catégories d'âge mais s'avère singulièrement marqué chez les jeunes âgés de onze à dix-sept ans. A cet âge, parmi les personnes ayant déclaré s'intéresser un peu ou beaucoup à l'alimentation, soit 53% des garçons et 65% des filles, 35% déclarent s'y intéresser, entre autres motifs, pour « connaître les régimes pour maigrir ou ne pas prendre de poids »⁴⁸. Cela est cependant le cas de seulement 21% des garçons déclarant un intérêt pour l'alimentation, contre 46% des filles, soit plus du double⁴⁹. Ces résultats sont synthétisés dans le tableau 5.1.

TABLE 5.1 – S'intéresser à l'alimentation pour savoir comment faire un régime chez les 11-17 ans, selon l'enquête INCA 2.

	S'intéressent à l'alimentation pour connaître les régimes
filles	65%	46%
garçons	53%	21%
ensemble	59%	35%

Ainsi, la construction sociale du corps désirable, différenciée selon le sexe, induit une plus grande sensibilité des femmes au sur-poids et aux préoccupations esthétiques corporelles en général. L'intérêt, qui en constitue en partie la conséquence, pour l'alimentation et les pratiques de régime, apparaît dès l'enfance et se nourrit, notamment, de la sociabilité, sexuellement différenciée, au sein des groupes de pairs. Aussi n'est-il pas très surprenant de constater que l'observation d'un régime amaigrissant est une pratique fréquente chez les

47. *Ibid.*, p. 73.

48. La question posée était la suivante : « Qu'est-ce qui vous intéresse dans l'alimentation ? ». Six items leurs étaient alors soumis, auxquels ils pouvaient répondre par « oui » ou « non ».

49. ALIMENTS, *Étude individuelle nationale des consommations alimentaires 2*, *op. cit.*, p. 157.

femmes en France.

2.1.2 Être au régime : une situation fréquente chez les femmes

La prévalence du sur-poids et de l'obésité est en augmentation en France d'après les enquêtes INCA 2 et 3. Par rapport à la situation décrite par l'étude INCA 2 (2006-2007), les prévalences de sur-poids et d'obésité sont stables chez les enfants de trois à quatorze ans. En revanche, on observe des prévalences plus élevées du sur-poids chez les adolescents de 15 à 17 ans (passant de 9% à 15%), et de l'obésité chez les adultes (passant de 12% à 17%). A l'inverse, seuls 3,4% des adultes sont en situation de maigreur en France⁵⁰. Cependant, ce constat est insuffisant à lui seul pour expliquer la fréquence de la pratique des régimes chez les femmes. En effet, l'influence du poids vécu, subjectif, et donc du genre, s'observe très nettement. Selon le dossier de presse de l'ANSES⁵¹, « l'étude INCA 2 a montré que plus de 30% des femmes ayant un IMC "normal" et 15% des femmes "minces" », c'est-à-dire ayant un IMC inférieur à vingt-deux, déclarent suivre un régime durant l'enquête ou avoir suivi un régime durant l'année ayant précédé l'enquête. Ainsi, la pratique du régime amaigrissant, pour les femmes en particulier, concerne également les personnes de corpulence considérée comme normale ou mince au regard des critères statistiques établis par l'Organisation mondiale de la santé.

Les résultats présentés par de Saint-Pol dans un article consacré aux « poids et régimes alimentaires en Europe » diffèrent légèrement⁵². Ils se fondent cependant sur les données, plus anciennes, issues de l'Eurobaromètre 59.0, datant de 2003. Il apparaît que « suivre un régime alimentaire est loin d'être une pratique majoritaire en Europe »⁵³. Le fait de suivre un régime apparaît cependant assez fréquent, notamment chez les femmes, puisque 35% d'entre elles, au niveau européen, déclarent avoir changé de régime alimentaire au cours des trois années précédant l'enquête, contre 25% des hommes. Parmi ces femmes, 37% l'ont fait dans le but de perdre du poids. Les données issues de l'Eurobaromètre mettent par ailleurs en évidence la faible corpulence, en moyenne, des femmes françaises ayant récemment modifié

50. Agence française de sécurité sanitaire des ALIMENTS (2017), *Étude individuelle nationale des consommations alimentaires 3 : INCA 3, 2014-2015*, Maisons-Alfort : ANSES, p. 18.

51. voir <https://www.anses.fr/fr/system/files/PRES2010CPA17.pdf>

52. Thibaut de SAINT POL (2010), « Poids et régimes alimentaires en Europe », *Revue d'Études en Agriculture et Environnement-Review of agricultural and environmental studies*, vol. 91, pp. 129-152.

53. *Ibid.*

leur alimentation dans le but de perdre du poids. « Les IMC des Françaises qui ont changé leur alimentation afin de perdre du poids sont faibles. Si la pression exercée sur la corpulence des femmes est encore plus importante en Italie, elle paraît également forte en France ». A l'inverse, la pression exercée sur la corpulence des hommes semble plus faible, conforme à la moyenne européenne.

Il a été rappelé que la pratique du régime amaigrissant est assez répandue, en particulier chez les femmes en raison d'une plus grande exposition aux injonctions à la minceur qui accompagne la tendance à l'amincissement du corps désirable, saisie par ses représentations, au cours de la seconde moitié du XX^e siècle⁵⁴.

2.1.3 Une pratique des femmes populaires

Certaines pratiques d'amaigrissement, en particulier les régimes très strictes et observés sur une période brève, semblent privilégiées par les classes populaires. Une partie des patientes et patients que nous avons rencontrés, notamment lors des observations et entretiens menés auprès des personnes suivies par Pauline Malon, en milieu rural, étaient issus et appartenaient aux classes populaires, entendues comme l'ensemble des personnes occupant des emplois subalternes d'ouvrier ou d'employés. Nous ne devons donc pas uniquement interroger le rapport spécifique des femmes à la pratique des régimes mais également celui des individus appartenant aux classes populaires.

Anne Lhuissier s'est intéressée, à partir notamment d'une enquête ethnographique au sein d'un groupes d'éducation nutritionnelle collective, organisé par le Programme Nationale Nutrition Santé (PNNS), au début des années 2000, dans la région Nord-Pas-De-Calais, aux pratiques d'amaigrissement des femmes des classes populaires. Il apparaît que ces femmes en sur-poids ont des croyances et représentations de ce que sont ou doivent être les pratiques amaigrissantes, en raison de leurs expériences passées des régimes, qui peuvent entrer en contradiction avec le « caractère perçu comme permissif des messages » énoncés par les diététiciennes intervenant auprès du groupe⁵⁵. En effet, la plupart du temps, pour les femmes des classes populaires, maigrir c'est parvenir à se restreindre, à se contenir. « Se contenir » pour contenir son corps peut passer par la restriction traditionnelle qui consiste en une liste

54. De SAINT-POL, *Le corps désirable*, *op. cit.*, pp. 98-101.

55. Anne LHUISSIER (2006), « Éducation alimentaire en milieu populaire : des normes en concurrence », *Journal des anthropologues*, n° 106-107, pp. 61-76.

d'aliments interdits et autorisés. Cela peut également passer par des « techniques physiques ou mécaniques » allant des « pilules magiques » jusqu'à la « chirurgie » voire des pratiques de bandage dans « du papier cellophane »⁵⁶. Il nous semble que ce qui unifie les représentations populaires du régime est la croyance selon laquelle une pratique amaigrissante ne peut être efficace que si elle est très contraignante, très restrictive, et, au fond, douloureuse⁵⁷. Ces représentations, croyances et pratiques des classes populaires sont en accord avec une conception traditionnelle de la diététique, remise en cause par les diététiciennes et diététiciens libéraux que nous avons rencontrés. Les nouvelles recommandations adressées par la plupart des diététiciennes et diététiciens rencontrés à leurs patientes et patients souhaitant maigrir, parce qu'elles sont en rupture avec la pratique du régime amaigrissant restrictif, peuvent susciter des réactions d'incrédulité et de résistance auprès des femmes des classes populaires. Anne Lhuissier a pu observer des stratégies d'*exit* ou de *voice*⁵⁸ de la part de certaines femmes participant aux ateliers proposés par le PNNS. Les difficultés que peuvent rencontrer les diététiciennes et diététiciens que nous avons rencontrés avec des patientes et patients ouvriers ou employés peuvent pour partie s'expliquer par cette incompréhension, comme nous le verrons au cours du chapitre 6. Toujours est-il que le rejet de la pratique du régime restrictif n'a, *a priori*, rien d'évident pour les femmes des classes populaires.

Il existe cependant une hiérarchie sociale entre les trois types de pratiques amaigrissantes auxquelles recourent les femmes des classes populaires observées par Anne Lhuissier⁵⁹. Les techniques mécaniques et celles des restrictions alimentaires sévères et de courte durée s'opposent aux pratiques culinaires envisagées sur le long terme. Ces dernières consistent en un rejet d'un type d'aliment (le gras ou le sucre principalement) sans pour autant penser sa pratique comme étant un régime de courte durée mais plutôt comme l'apprentissage des règles devant régir le « bien manger ». Cet ensemble de pratiques et d'attitudes vis-à-vis du corps et de la restriction peuvent correspondre aux cas des patientes et patients appartenant aux classes populaires mais refusant dès l'origine du suivi l'idée de faire un régime. Ces pratiques et représentations, plus proches de celles des classes moyennes, sont progressivement

56. Anne LHUISSIER (2012), « The Weight-Loss Practices of Working Class Women in France », *Food, Culture & Society*, vol. 15, n° 4, pp. 643–664.

57. Les dictons populaires sont porteurs sans doute de ce sens commun puisqu'il faut, en effet, « souffrir pour être belle » et que l'« on a rien sans rien ».

58. Albert Otto HIRSCHMAN (2011), *Exit, voice, loyalty : défection et prise de parole*, trad. par Claude BESSEYRIAS, Éditions de l'Université de Bruxelles, Bruxelles.

59. LHUISSIER, « The Weight-Loss Practices of Working Class Women in France », *art. cit.*

adoptées par Naïma, une femme d'origine très populaire mais qui a connu une ascension sociale conjugale et professionnelle considérable, dont le témoignage a été recueilli et analysé par Anne Lhuissier⁶⁰. Parmi nos patientes et patients, Amandine Morin présente un profil assez similaire. Elle est passée par différentes méthodes avant de consulter une diététicienne tout en précisant dès la première consultation qu'elle ne désirait surtout pas faire un régime. Or, cette femme d'une quarantaine d'années, comme Naïma, partage avec cette dernière des origines ouvrières puisque ses deux parents étaient ouvriers en Picardie. En outre, elle a connu une mobilité sociale ascendante puisqu'elle a effectué plusieurs années d'études supérieures, dont une année à l'étranger, au Pays de Galles, avant de s'engager dans l'Armée de l'Air. De nombreux facteurs, exposés au cours de ce travail, ont décidé Amandine Morin à acquérir par elle-même des connaissances et compétences en diététique, via l'acquisition d'ouvrages spécialisés, puis à consulter une diététicienne dans le but de transformer sur le long terme ses consommations alimentaires. La mobilité sociale ascendante qu'elle a connue a sans doute également permis la sédimentation de nouvelles dispositions ayant transformé peu à peu ses pratiques de contrôle de son poids. Cela a été d'autant plus important pour elle qu'une corpulence proche de la moyenne est exigée dans l'Armée, institution dans laquelle elle a fait carrière jusqu'au déclenchement d'un *burn out* en 2015.

2.2 Une pratique connue et pratiquée par les patientes et les patients

La popularité de la pratique des régimes amaigrissants se donne également à voir, d'un point de vue qualitatif, au sein de la population enquêtée. Qu'ils aient une opinion favorable ou critique à l'endroit des régimes (*cf* section 3.3 page 336), les patientes interviewées ont toutes pratiquées, souvent à plusieurs reprises, un régime au cours de leur existence⁶¹. Selon le diététicien parisien Benjamin Lazard, il s'agit d'une connaissance pratique commune puisque « beaucoup [de patients] savent ce que sont les régimes »⁶².

Cette sous-section a pour objectif de donner à voir les expériences des régimes qu'ont pu avoir les patientes interviewées avant d'entamer leur suivi diététique. L'expérience (des

60. *Ibid.*, p. 657.

61. En ce qui concerne les patientes et patients rencontrés au cours des observations, il apparaît, lorsque la question des régimes a été abordée, qu'ils en ont également fait l'expérience.

62. Entretien effectué à son domicile parisien le 7 avril 2017.

régimes) est entendue au sens de rapport subjectif (aux régimes) déterminé par les conditions sociales dans lesquelles ont eu lieu les différentes confrontations aux régimes. Ces confrontations peuvent être indirectes (lectures, individus proches observant un régime, *etc.*) ou directes. Il s'agit alors principalement du fait de suivre durant une période donnée un régime amaigrissant. La notion d'expérience emprunte⁶³ donc à celle proposée par Dominique Schnapper à propos du chômage et des chômeurs⁶⁴. Si elles ont toutes pratiqué des régimes, l'inscription sociale et familiale de leurs expériences diffèrent et donnent ainsi à voir les effets socialement différenciés de la socialisation⁶⁵ primaire, de la socialisation genrée au sein de groupes de pairs, de la socialisation professionnelle ou bien encore, par exemple, d'un éventuel suivi médical.

Nous avons choisi de distinguer les patientes et patients résidant en milieu rural des patientes urbaines. Cela correspond à la manière dont nous avons pensé le recrutement des enquêtés. Le projet de thèse affichait la volonté de procéder à des comparaisons entre les suivis diététiques en milieux densément peuplés et en milieu rural. Cependant, les oppositions territoriales recourent des antagonismes sociaux en raison de la spatialisation des inégalités sociales. Les caractéristiques socio-démographiques, en terme de revenus notamment, sont très différentes entre Paris et le département où exerce Pauline Malon, comme cela a été montré au sein du chapitre 3. Ces disparités ont pour conséquences des patientèles socialement plus hétérogènes dans le département rural qu'à Paris. Nous verrons dans le prochain chapitre ce que cela fait aux pratiques de suivi. En ce qui concerne les trajectoires pondérales et l'expérience des régimes, il semble que les patientes habitant en milieu rural soit davantage marquées par leur inscription au sein des classes populaires que les patientes de région parisienne appartenant aux classes moyennes ou supérieures. La comparaison territoriale est, pour l'essentielle, une comparaison sociale. Néanmoins, la densité de peuplement pourrait être déterminante sur deux points. Premièrement, le choix de recourir à un suivi diététique en libéral, plutôt qu'aux services proposés par des structures concurrentes, le Natur House®

63. Il s'agit d'un emprunt partiel dans la mesure où notre argumentation au sein de cette thèse n'est pas centrée sur l'expérience des régimes des patientes et patients. Il nous semble cependant que ce point mérite d'être développé pour inscrire le suivi diététique dans l'histoire personnelle des patientes et patients. Pour autant, il est bien évidemment impossible, à partir de cette enquête, de dresser une solide typologie des expériences des régimes à l'instar de celle proposée par D.Schnapper à propos du chômage.

64. Dominique SCHNAPPER (1981), *L'Épreuve du chômage*, Gallimard, Paris.

65. La socialisation est entendue comme la façon dont « la société forme et transforme les individus » (Muriel DARMON (2007), *La socialisation*, Armand Colin, Paris). Elle consiste en un ensemble de processus d'apprentissages des normes, valeurs et rôles propres à un groupe social.

de Mélieu par exemple, semble davantage le fruit de recommandations médicales sur notre terrain rural. Cela pourrait s'expliquer par le rôle traditionnel du médecin de campagne. Deuxièmement, la densité de population, et l'aménagement du territoire, pourraient déterminer en partie l'intensité de la concurrence spatiale s'exerçant sur le marché diététique, comme nous l'avons établi au cours du chapitre 3.

2.2.1 L'expérience des régimes des patientes en milieu rural

Simone Liseron, assistante maternelle agréée par le Conseil départemental en retraite, une patiente de Coralie Pinto en 2007, est originaire des Alpes du Nord et est propriétaire d'un petit pavillon avec son conjoint, Paul, à proximité de Mélieu. Son expérience des régimes amaigrissants est emblématique de celles de plusieurs autres patientes qui ont « essayé » une grande diversité de régimes, sans succès à moyen terme. Ces patientes sont en effet confrontées à « l'effet yo-yo », c'est-à-dire la reprise progressive, presque inéluctable, de plus de 100% de la masse perdue au cours d'un régime hypocalorique. Cet effet est source de frustrations et de démotivations chez les patientes et les patients :

« Des régimes j'en ai fait ! Je les ai tous essayés. Déjà quand j'étais à [Mélieu] c'était les calories. Il fallait que je pèse. J'ai maigri. Mais dès que j'ai plus fait ça, j'ai regrossi [...] »

(A propos du régime Mayo, prescrit par son médecin traitant pour maigrir avant une opération) : une connerie. Un truc mais alors c'était affreux ! Je l'ai fait hein ! En un mois, j'ai perdu cinq kilos. T'es obligé de maigrir. Des épinards sans rien . . .

(Mais cela s'avère généralement inefficace à terme :) Moi je me rappelle à [Mélieu] j'avais réussi à maigrir de dix kilos, que j'avais repris. »⁶⁶

Il est frappant de constater la précision de la mémoire des chiffres. Simone Liseron évoque en effet des régimes pratiqués il y a plusieurs décennies. Or, elle conserve en mémoire le nombre de kilogrammes perdus et les effets à moyens terme, nuls, des régimes entrepris. Les différentes expériences ont donc été marquantes à la fois par la radicalité du changement au niveau des pratiques alimentaires (peser les aliments pour compter les calories, consommer « des épinards sans rien » c'est-à-dire sans matières grasses) et par son inscription corporelle, dans la chair, puisqu'il en a résulté une perte de poids temporaire mais conséquente. La déception caractérise cependant son expérience des régimes amaigrissants puisqu'elle « les

66. Entretien effectué au domicile de Simone et Paul Liseron dans une commune rurale de la région lyonnaise, le 10 juillet 2017.

[a] tous essayés », sans succès durable. Simone Liseron semble avoir à la fois essayé de suivre des régimes en autonomie et de l'avoir fait parfois sur prescription de son médecin traitant, comme cela fut le cas pour le « régime Mayo », un régime d'origine américaine qui connu un certain succès dans les années 1980. De nombreuses autres patientes interviewées ont été confrontées à une prescription médicale, prenant généralement la forme d'une fiche régime, émanant d'un médecin généraliste ou spécialiste, ou d'une diététicienne consultée antérieurement. Cela fut le cas d'Alyssa Ravelli, d'Amandine Morin, de Gisèle Pommier, de Virginie Arcan, d'Agnès Jacques ou encore de Laura Barjou.

A titre d'illustration, nous pouvons proposer au lecteur une « fiche régime » adressée par un médecin endocrinologue à ma mère⁶⁷, probablement en 1990 (*cf* figure 1 page 353). En consultant ce document d'archive, on observe que les recommandations sont très éloignées des préconisations actuelles du G.R.O.S.. Cette organisation n'existait d'ailleurs pas à l'époque. Les patientes et patients ayant eu une expérience préalable avec des médecins généralistes, endocrinologues, *etc*, leur ayant adressé ce genre de prescriptions diététiques ne peuvent qu'être surpris par les pratiques actuelles de diététiciennes et diététiciens comme Pauline Malon. Le « modèle d'alimentation structuré et équilibré » recommandé par l'endocrinologue s'apparente à un régime restrictif. Ce qui le différencie de certains régimes profanes que nous avons pu trouver au sein de la revue *Elle* étudiée dans le cadre de notre Master 2⁶⁸, c'est que ce régime est relativement diversifié et donc assez équilibré bien que déficitaire sur le plan énergétique. En outre, ce programme alimentaire a vocation, en principe, à être observé durablement. En pratique cependant, il induit une telle « restriction cognitive » qu'il peut difficilement être suivi sur le long terme. Au-delà des recommandations elles-mêmes, très restrictives, c'est l'esprit de restriction qui émane de ce document, et en particulier des commentaires émis par l'endocrinologue, qui est frappant. L'esprit de restriction s'observe dans de nombreux détails. Il est par exemple précisé, à propos du petit-déjeuner, qu'il convient d'opter pour du « beurre allégé si possible ». L'usage prolifique des formes grammaticales indiquant des interdictions est également frappant : « pas de sucre ajouté, pas de confiture, pas de jus de fruit, pas de fruits ». Il s'agit de contraindre volontairement l'alimentation en restreignant la consommation de sucre, ou de matières grasses en ce qui concerne les produits allégés. De même, il faut « supprimer le pain » au déjeuner. L'endocrinologue précise

67. Pour rappel, ma mère est une patiente de Pauline Malon depuis 2008.

68. BARD, ETIENNE, « Quel régime pour Elle ? Sociologie de la thématique des régimes dans la revue *Elle* depuis 1945. », *op. cit.*

ensuite, qu'une tranche de pain est « autorisée »⁶⁹ « au pire » avec des légumes. L'usage de l'expression « au pire » souligne l'éloignement de l'idéal et le jugement moral que suscite chez le médecin l'écart, considéré comme une faiblesse, que ne pourrait s'empêcher de faire la patiente. Enfin, le plaisir qui pourrait résulter de la consommation de certains aliments particulièrement gras et sucrés est rigoureusement encadré. La consommation de tels aliments est en effet limitée à la fois dans le temps et en quantité. Le morceau de fromage, au dîner, doit être « petit », et consommé en alternance avec un yaourt allégé. De même, « pour les gourmand(e)s », un « carré de chocolat » est « autorisé » après le repas du midi, mais « pas ailleurs », c'est-à-dire à ce moment exclusivement. Les collations entre les repas ou « pauses café » sont par ailleurs interdites. Cet esprit de restriction caractérise ce que les diététiciennes et diététiciens rencontrés rejettent aujourd'hui comme étant une vieille façon de faire de la diététique qui ne devrait plus avoir cours.

Alyssa Ravelli, une patiente de Pauline Malon âgée de vingt-huit ans, vendeuse à Mélieu dans un grand groupe spécialisé dans l'ameublement et l'électroménager, présente l'expérience des régimes la plus marquée par les prescriptions médicales. Elle a en effet souffert de troubles de la régulation thyroïdienne durant son adolescence. Son poids a ainsi connu de forte variation. Elle présente aujourd'hui une silhouette très svelte. Elle ne pèse plus que cinquante-cinq kilos environ, contre jusqu'à plus de quatre-vingt durant son adolescence. Il en est résulté une série de prescriptions de régimes par son médecin traitant, parallèlement à un suivi endocrinologique :

Étienne : Donc tu avais vu d'autres professionnels de santé ?

Alyssa : A la base c'était mon médecin traitant qui me prenait en charge et m'orientait et me donnait des fiches régime avec des indications alimentaires qu'il faudrait, en fonction de ma taille et de mon poids, que je mange. Mais c'est un truc qui, moi, ne m'aidait pas du tout.⁷⁰

Alyssa Ravelli conserve un souvenir délétère des régimes qu'elle a été contrainte de suivre en accord avec les recommandations de son « médecin traitant ». Ces prescriptions ne l'« aidai[ent] pas du tout », ne lui étaient donc d'aucun secours. En outre, son témoignage insiste sur le rôle des membres de sa famille, de ses amis et de ses médecins. En l'enjoignant régulièrement à se mettre au régime ou à respecter son régime, ils exerçaient sur elle un

69. On retrouve ainsi le dualisme emblématique de cet esprit de restriction qui distingue le permis de l'interdit, l'autorisé du refusé.

70. Entretien effectué au domicile de mes parents, Alyssa résidant dans la même commune, le 16 mai 2017.

rappel à l'ordre corporel et alimentaire, un contrôle social :

Étienne : Est-ce qu'on t'a dit "il faut vous mettre au régime" ?

Alyssa : Oui, ah oui oui oui !

E : Les médecins t'ont dit ça ?

A : Oui oui, on me l'a dit souvent ça.

E : A l'hôpital ?

A : On me l'a dit chez le médecin, chez moi, mes parents, mes amis, ma famille... Enfin tout le monde. [...] Mes parents c'était plus par souci parce qu'ils sentaient le mal-être. Mon frère c'était méchant.⁷¹

Le cas d'Amandine Morin, qui est également issue d'une famille ouvrière mais d'une région du Nord de la France, témoigne également de l'importance de la socialisation primaire au sein de la famille ainsi que du rôle des rappels à l'ordre corporels par les proches. Amandine Morin est une patiente de Pauline Malon. Elle est en sur-poids depuis les débuts de l'adolescence et présente au moment de l'entretien, à l'âge de quarante-cinq ans, une corpulence très ronde correspondant à une situation d'obésité selon les critères reposant sur l'indice de masse corporelle. A l'âge de quarante-quatre ans, elle a démissionné de l'Armée de l'air, en 2016, suite à un syndrome d'épuisement professionnel pour effectuer une reprise d'études à Paris dans le domaine du travail social. Amandine Morin a précocement été confrontée aux régimes alimentaires, durant l'adolescence, au sein de sa famille, puis lors de ses études universitaires⁷² dans la capitale départementale :

Étienne : Est-ce que tu as déjà fait des régimes ?

Amandine : Ah bah oui. Déjà ma mère . . . Je pense que j'en ai fait, j'avais croisé une diététicienne quand j'étais jeune, vers douze ou quinze ans. Après... dans mon parcours universitaire, à un moment, j'ai eu besoin d'aller voir une diététicienne. Mon médecin traitant m'avait envoyée [à la capitale départementale]. C'était une dame que je voyais tous les six mois. (*Soupir*) Ouais qui m'avait donnée des choses, on va dire un truc à respecter, en gros des grandes lignes, mais concrètement ce n'était pas très, y avait pas trop de résultats ou on va dire, c'était très faible. Après, moi, je te dis, j'ai laissé courir.⁷³

La mère d'Amandine Morin semble avoir joué un rôle d'initiateur de pratiques, soit

71. Entretien effectué au domicile de mes parents, Alyssa résidant dans la même commune, le 16 mai 2017.

72. Amandine Morin étudie au sein d'un IUT carrières juridiques avant d'effectuer une année Erasmus à Cardiff. Elle tente ensuite, sans succès, les concours de la magistrature puis suit une année d'administration publique générale dans l'Université régionale. Elle cherche par la suite un emploi dans le Nord de la France. Elle est finalement embauchée par l'Armée.

73. Entretien effectué dans un café parisien le 4 janvier 2017.

en suivant elle-même des régimes amaigrissants, soit en orientant sa fille adolescente vers « une diététicienne ». Ensuite, elle a essayé un suivi fondé sur un encadrement alimentaire, selon « des grandes lignes » « à respecter », auprès d'une diététicienne exerçant dans la ville universitaire où étudiait Amandine Morin. En l'absence de résultats jugés suffisants, elle a préféré « laiss[er] courir », c'est-à-dire renoncer à essayer de contrôler son poids. Elle se trouve ainsi confrontée à la résistance du corps et donc à la faible rentabilité de cet investissement dans le « capital corporel »⁷⁴. Alors qu'elle atténue la surveillance de son alimentation, elle subit différents rappels à l'ordre corporel, que l'on sait genré⁷⁵. Cela fut d'abord le cas dans le cadre de sa socialisation professionnelle au sein de l'Armée, en particulier dès le processus de recrutement. En effet, alors que son « profil psychologique les intéressait fortement », elle est « tombée sur un médecin militaire du service de santé qui, lui, voulait [la] mettre "inapte définitif" » en raison de son sur-poids. Elle est finalement classée « sursitaire un an, avec une dizaine de kilos à perdre ». De même, elle est confrontée à des rappels à l'ordre corporel en présence de sa famille :

« Tu arrives t'es contente, ta famille te dit : "ouais ok". Donc après il y a un peu de culpabilité. Ta famille te dit : "t'as vu t'as débordé", mais en fait, eux non plus se rendent pas compte qu'ils ont un comportement déviant. »⁷⁶

En lui faisant remarquer qu'elle « déborde », c'est-à-dire qu'elle est trop grosse, les membres de sa famille lui signifient et lui rappellent sa déviance corporelle, par rapport au poids ou à la morphologie idéale des femmes. Si Amandine Morin ressent « un peu de culpabilité », c'est parce qu'il y a déviance. Surtout, l'origine de cette déviance est implicitement située dans un « comportement déviant » individuel en matière de consommations alimentaires. Cette accusation classique responsabilise et donc stigmatise les individus en déviance corporelle⁷⁷. Amandine insiste indirectement sur le caractère déterminant de la socialisation alimentaire durant l'enfance puisque le « comportement déviant » est de famille dans la mesure où il est partagé par l'ensemble des membres de la famille⁷⁸. Il a donc été transmis et appris. La fréquence des rappels à l'ordre corporel, au travail comme au sein de la sphère

74. BOURDIEU, « Remarques provisoires sur la perception sociale du corps », *art. cit.*

75. L'ordre corporel est genré, c'est ce qui a été rappelé plus haut. Les rappels à l'ordre ont également toute chance d'être genrés, c'est-à-dire différenciés selon le sexe de la personne sur laquelle ils s'exercent.

76. Entretien effectué dans un café parisien le 4 janvier 2017.

77. SAGUY et ALMELING, « Fat in the Fire ? », *op. cit.*

78. Amandine Morin juge les pratiques alimentaires de ses parents déviantes, au regard d'un idéal d'équilibre alimentaire. En effet, selon elle, en raison de leurs « conditions de travail » ses parents « mangeaient mal » et « continuent à mal manger aujourd'hui ».

domestique, ont pu inciter Amandine Morin à accumuler des savoirs, pouvant être mis en pratique, en matière de régimes. Ainsi, elle s'intéresse aux régimes au point d'acquérir et de lire, en 2010, un ouvrage spécialisé « qui faisait le tour des modalités de tous les types de régimes possibles et imaginables » :

« Quand j'étais à Diour⁷⁹, en 2010, j'avais acheté un super bouquin qui faisait le tour des modalités de tous les types de régimes possibles et imaginables. Il était vraiment génial parce qu'il faisait vraiment la synthèse. En fait, il expliquait maigreur, anorexie, obésité, *etc.*, avec les conséquences sur, les différents risques. Et après, il prenait vraiment tous les régimes, qu'il analysait, *etc.* Il décortiquait tout ce qui existait sur le marché, et après les différentes techniques (méditation, yoga, sophrologie). En 2010 je l'avais lu mais avec le chamboulement avec ma sœur... »⁸⁰

L'actualisation de ce savoir, accumulé sous la forme de pratiques potentielles, ne peut avoir lieu en raison du « choc biographique »⁸¹ qu'a constitué l'accident vasculaire cérébrale de sa sœur aînée.

L'expérience des régimes qu'a Virginie Arcan, une patiente de Cassandra Rosset née en 1990 dans une petite ville de la région lyonnaise, est marquée par son appartenance de classe. Les parents de Virginie Arcan sont chauffeurs routiers. Elle n'a pas fait d'études supérieures et son conjoint est ouvrier dans le secteur du bâtiment. Les échecs à répétition, à l'instar de ce qu'a pu connaître Simone Liseron, l'ont conduite, en raison des effets yo-yo, à se trouver en situation d'obésité morbide. Elle a alors pu bénéficier d'une opération de chirurgie baryatrique. Auparavant, si elle a vu des « diététiciens », « ça n'a pas forcément fonctionné et puis [elle] n'avai[t] pas forcément non plus les moyens ». Elle a donc « fait beaucoup de régimes par [elle]-même ». Ces expériences se soldèrent par des échecs puisqu'elle « n'y arrivai[t] pas avec les régimes. [Elle a] fait les régimes Dukan, les trucs comme ça et du coup ça n'allait pas.⁸² » Elle perdait rapidement du poids, puis, tout en persévérant dans l'observation de son régime, la perte pondérale cessait. Il s'en suivait un découragement puis une reprise pondérale :

« Alors, j'avais tendance à perdre entre cinq et dix kilos très rapidement. Et après, c'était souvent qu'en deux ou trois mois, en continuant le régime, sans faire d'écart, je ne perdais plus rien. Et donc à chaque fois ça me démoralisait et j'arrêtais totalement. »⁸³

79. Il s'agit d'une grande ville, anonymisée, du centre de la France.

80. Entretien effectué dans un café parisien le 4 janvier 2017.

81. BERGER et LUCKMANN, *La Construction sociale de la réalité*, *op. cit.*

82. Entretien effectué par Skype depuis son lieu de travail et mon domicile le 1er juin 2017.

83. Entretien effectué par Skype depuis son lieu de travail et mon domicile le 1er juin 2017.

Virginie Arcan a obtenu un certificat d'aptitude professionnelle en alternance à l'âge de dix-huit ans. Elle connaît ensuite une période de chômage avant d'obtenir un emploi à temps partiel à McDonald's, puis, récemment, d'exercer le métier de télésecrétaire médicale. La contrainte économique qui pèse sur son budget limite son accès aux offres marchandes de régimes telle que celle proposée par Weight Watchers® :

« Weight Watchers®, je connaissais quelqu'un qui y allait. Il m'a donné les bouquins et tout mais je n'ai jamais été au truc⁸⁴ en lui-même. Et ça coûte très cher donc c'est toujours pareil, quand on n'a pas les moyens. Même quand j'étais au McDo bon je travaillais à mi-temps. C'est tout des trucs qui coûtent très très chers donc j'essayais plutôt de faire des choses que je pouvais faire par moi-même gratuitement, des programmes gratuits. Comme Dukan, on trouve facilement le programme sur Internet. »⁸⁵

Virginie Arcan explique être systématiquement bloquée, puisque « c'est toujours pareil », à cause de son manque de « moyens », c'est-à-dire de revenus. Au-delà du salaire modeste⁸⁶, son appartenance aux classes populaires détermine également son histoire pondérale, c'est-à-dire l'évolution de son poids au fil des années, à travers ses conditions de travail. Elle a en particulier subi une prise de poids à partir de l'âge de vingt ans, alors qu'elle était au chômage, puis lorsqu'elle a obtenu un emploi au sein d'un *fast-food* :

Virginie : Je suis passée des soixante-dix kilos à peu près à pas loin de quatre-vingt quinze, en un an et demi. Et puis après, j'ai repris un peu derrière parce que j'ai travaillé au McDo. Parce que le McDo, même si on bouge pas mal, vu ce qu'on mange, ça n'aide pas non plus !

Étienne : Parce que vous mangez du Macdo, ils vous donnent ?

V : Bah oui, parce que je faisais beaucoup de journées. Ils me donnaient soit les soirs soit les journées continues, donc automatiquement je mangeais là-bas.⁸⁷

Alors qu'elle travaillait à « McDo », elle se voyait fortement incitée à déjeuner ou dîner gratuitement sur place, ce qui peut, à terme, favoriser la prise de poids, d'autant que Virginie Arcan explique au cours de l'entretien avoir été « très boissons gazeuses », c'est-à-dire une

84. Elle désigne ainsi les réunions payantes auxquelles les membres assistent pour maigrir en groupe. Pour une description détaillée du « dispositif » d'amaigrissement que constituent les Weight Watchers®, voir DARMON, « Surveiller et maigrir. Sociologie des modes de contrainte dans un groupe commercial d'amaigrissement », *art. cit.*

85. Entretien effectué par Skype depuis son lieu de travail et mon domicile le 1er juin 2017.

86. Virginie Arcan ne bénéficie pas d'un niveau de vie élevé au sein de son ménage. En effet, si elle réside avec son compagnon, celui-ci appartient également aux classes populaires puisqu'il exerce un métier très peu qualifié dans le bâtiment.

87. *idem*

grande consommatrice de sodas sucrés notamment, jusqu'à son opération baryatrique⁸⁸.

Enfin, Gisèle Pommier, qui appartient également aux classes populaires mais à une tout autre génération, puisqu'elle était âgée de soixante-quinze ans lors de l'entretien effectué en décembre 2017, a également essayé de nombreux régimes avant de consulter Juliette Poudale. L'expérience des régimes de Gisèle Pommier est marquée par la sociabilité féminine au sein d'un groupe de paires, d'amies. Ainsi, la sociabilité constitue également une « forme ludique de la socialisation »⁸⁹ aux pratiques et savoirs relatifs aux régimes :

Étienne : Et vous aviez fait des régimes auparavant ?

Gisèle : Auparavant, oh bah on avait essayé, quand je travaillais, avec les copines, des tas de régimes ! Alors, il fallait manger pas du tout de pain. Le soir, juste un bouillon de soupe. C'était ... on prenait du poids, parce que notre cerveau il n'a pas assez à manger, donc il garde les réserves. C'est ce qu'elle m'a expliquée. [...] Et puis on prend un kilogramme, cinq cents grammes, deux, trois, on rachète un pantalon, et puis petit à petit, je ne sais pas pourquoi, on a cet engrenage et puis on arrive difficilement à reculer.⁹⁰

Si elles ont « essayé [...] des tas de régimes » c'est parce qu'elles partageaient leurs idées, leurs trouvailles. Il y a une diffusion des idées et techniques relatives aux régimes à travers la socialisation exercée par le groupe de paires, en l'occurrence « les copines ». On imagine également un effet de contrôle social exercé par le groupe ou un effet de motivation, les « copines » se surveillant et s'encourageant mutuellement. Cette expérience collective des régimes est cependant également marquée par les échecs successifs puisqu'au lieu de maigrir elles « prenai[ent] du poids ». Gisèle Pommier propose, rétrospectivement, une interprétation des causes de ces échecs en se rappropriant les commentaires, puisque c'est « ce qu'elle [lui] a expliquée », et donc les catégories de perception de sa diététicienne Juliette Poudale. Le suivi diététique l'a ainsi conduite à réinterpréter son expérience passée des régimes. Observer, entre amies, des régimes hypocaloriques à répétition lui apparaît désormais comme une tentative, vouée à l'échec et en réalité contre-productive, de prévenir l' « engrenage », c'est-à-dire le mécanisme fatidique, conduisant à l'accumulation de prises de poids successives.

Les patientes interviewées résidant en milieu rural ont toutes eu une expérience directe des régimes. Bien que diverses, ces expériences sont toutes marquées par l'échec et donc la

88. Il y a en effet contre-indication médicale.

89. Georg SIMMEL et Julien FREUND (1981), *Sociologie et épistémologie*, trad. par Liliane GASPARINI, PUF, Paris.

90. Entretien téléphonique effectué le 8 décembre 2017.

frustration. Que peut-on dire de l'expérience des régimes des trois patientes résidant en région parisienne ?

2.2.2 L'expérience des régimes des patientes de la région parisienne

Laura Barjou habite une commune plutôt aisée de la grande couronne parisienne. Elle est âgée d'environ cinquante ans, et est mère célibataire de deux adolescents. Elle travaille dans une maison d'édition de livres pour enfants à Paris. Elle est suivie à un rythme mensuel par Sara Perrier, la diététicienne de sa ville de résidence, depuis trois années lors de l'entretien. Elle est issue d'une famille de la classe moyenne économique d'une région rurale du Nord de la France. Son père était un exploitant agricole spécialisé dans la betterave sucrière, et sa mère avocate. Après avoir étudié quatre années au sein d'une faculté de lettres à Lille, elle a préféré, plutôt que de passer un concours de l'enseignement, suivre un BTS formant aux métiers de l'édition. D'une appartenance de classe supérieure aux patientes interviewées en milieu rural, elle témoigne d'une expérience des régimes plus circonscrite, beaucoup moins diversifiée, mais également, semble-t-il, moins marquée par la frustration et les échecs réitérés. Si elle partage avec les autres patientes le fait d'avoir une expérience infructueuse des régimes, elle n'a observé un régime amaigrissant qu'à une seule occurrence :

Étienne : Et vous dites que vous avez fait des régimes avant d'aller voir la diététicienne ?

Laura : Oui, parce que j'avais trouvé une fois un régime, je ne sais plus comment, dans la salle d'attente du généraliste qui me suivait avant. Il a pris une autre voie professionnelle après donc j'ai dû changer de généraliste. C'était à base de repas équilibrés. J'avais fait ça à une époque, mais je n'avais pas envie de le refaire. C'était un peu astreignant et puis comme je travaille sur Paris tous les jours, ce n'est pas évident de préparer mes repas à l'avance pour manger. Donc en fait, je prends l'option salade. Je m'achète une salade le midi. Je fais comme ça. [. . .]

E : Donc c'était plus flexible [les recommandations de la diététicienne] vous diriez que le régime du médecin ?

L : Oui ou qu'un régime tout fait où on vous dit : "voilà le lundi c'est ça, le mardi c'est différent", ce qui était le cas du régime que j'avais suivi toute seule avant. Y avait les repas pour la semaine, et en fait je trouve ça plus astreignant, plus compliqué.⁹¹

Laura Barjou a donc essayé « une fois un régime » avant de consulter Sara Perrier. Elle a cependant cessé cette modification contrainte de son alimentation en raison du caractère trop « astreignant » du régime, qui indiquait de façon précise ce qu'elle devait manger

91. Entretien téléphonique effectué le 31 octobre 2017.

chaque jour. Il y avait peu de place laissée à des arbitrages en matière de consommations alimentaires dans la mesure où la fiche régime lui indiquait que « le lundi c'est ça, le mardi c'est différent ». A l'inverse, elle apprécie la flexibilité qu'offre le programme alimentaire proposé par Sara Perrier. Celui-ci ne spécifie et ne détermine pas autant les prises alimentaires, de telle sorte qu'elle peut « prendre l'option salade » pour ses déjeuners à l'extérieur du domicile. Les recommandations de la diététicienne apparaissent donc plus adaptées aux contraintes professionnelles de Laura Barjou que la fiche régime trouvée chez son ancien médecin généraliste.

Agnès Jacques a quant à elle une expérience très différente des régimes. Il s'agit de la patiente aux origines sociales les plus élevées bien que les données recueillies ne permettent pas de les qualifier précisément. Elle est âgée d'environ quarante-cinq ans et est propriétaire avec son conjoint d'un pavillon situé dans une commune relativement aisée de la petite couronne parisienne. Ils ont une fille et un fils, tous deux adolescents. Agnès Jacques occupe une place particulière au sein de la population enquêtée. En effet, elle a été recrutée par l'intermédiaire d'une amie commune, conseillère municipale de cette ville de la petite couronne. Cependant, il s'est avéré au cours de l'entretien qu'Agnès Jacques ne correspondait pas au profil recherché dans la mesure où, si elle effectuait un suivi paramédical destiné à assurer une perte pondérale, elle avait préféré consulter une chrono-biologiste plutôt qu'une diététicienne. Elle suivait en effet un programme, facturé deux cent euros par semaine⁹², ce qui constituait pour elle une source de motivation, rythmé par une consultation hebdomadaire d'une demi-heure. Elle avait auparavant, à l'occasion de sa première grossesse, consulté une diététicienne. Cependant, le suivi proposé par celle-ci ne lui convenait pas, notamment parce qu'il n'était pas suffisamment porteur de résultats. L'expérience d'Agnès Jacques des régimes est justement marquée par la recherche et l'obtention de résultats édifiants, c'est-à-dire d'une perte de poids très rapide, justifiant et encourageant les restrictions imposées. De ce point de vue, son expérience du régime Dukan est emblématique :

Agnès : [...] et puis après j'ai fait Dukan. Il y a six ans au moins. Sept ans ...

Étienne : C'était au moment où c'était à la mode ?

A : Oui exactement, quand c'est sorti.

E : En 2007 ou 8 ?

A : Oui c'est ça plutôt 9 ou 2010. 2010 Dukan c'était incroyable. Je me suis dit : "phé-

92. Le tarif inclus la prise de connaissance du principe du programme et les rendez-vous hebdomadaires de suivi qui servent à ajuster les recommandations. Il n'inclut aucun repas.

noméal" ! En plus, ça me correspondait complètement. Je ne mange pas de poisson, mais moi, la viande, ça me va parfaitement. Tout allait bien.

E : Pendant combien de temps ça ?

A : J'ai perdu hyper vite, donc moi, je me suis limitée à six kilos. Donc je suis arrivée à cinquante-huit. J'étais contente, ça m'allait quoi ... Oui, oui c'était nickel. Et puis ça a duré deux mois je pense avec la stabilisation. J'ai dû faire un mois de régime et puis ... j'ai fait les trois phases et voilà. Mais c'est vrai que ça a été radical. J'ai vraiment perdu. Et puis après j'ai repris mon alimentation normale. J'ai essayé de tenir la journée de protéine par semaine. ça a dû durer un mois. Après, j'en avais ras-le-bol. Je n'en pouvais plus. Et puis, je te passe les problèmes de constipation et tout ça. Enfin bon, ce n'est pas un régime très ...

E : Oui, il est déconseillé.

A : Complètement. Mais en même temps, c'est tellement efficace et rapide. Et quand même on sait bien que maigrir pendant un an, un petit peu, c'est beaucoup mieux. Mais moi ça ne me va pas. Je perds complètement au bout d'un moment je ... Donc voilà. Après j'ai repris en à peu près, je pense, quatre ans.⁹³

Laura Barjou est consciente de la dangerosité de certains régimes, Dukan en particulier. Elle préfère cependant opter pour ces techniques d'amaigrissement parce qu'elles sont porteuses de résultats très rapides. Elle est également consciente de l'effet yo-yo puisqu'elle affirme, par exemple, avoir repris, au cours des quatre années qui suivirent l'observation du régime Dukan, la totalité du poids perdu. Si elle « sait bien que maigrir pendant un an, un petit peu, c'est beaucoup mieux », par exemple en étant suivie par une diététicienne, elle explique que cette méthode ne lui correspond pas. En effet, en l'absence de résultats immédiats, elle perd toute motivation et ne persévère pas dans la surveillance particulière de son alimentation.

Enfin, pour clore cette présentation de l'expérience des régimes des patientes interviewées lors de l'enquête, il convient de se pencher sur le cas spécifique de Sophie Bricou. Cette dernière souffre en effet d'anorexie, raison pour laquelle elle a été orientée par son médecin généraliste vers le cabinet de Fany Lebois. Elle apparaît donc, du fait de sa pathologie, à la fois très réflexive et très restrictive au sujet de son alimentation. Elle dispose des connaissances diététiques les plus approfondies parmi les patientes rencontrées. Elle est en outre particulièrement attentive à la valeur énergétique des aliments qu'elle consomme. Ces éléments relatifs à ses connaissances et compétences en matière de nutrition, ainsi que leur

93. Entretien effectué au domicile d'Agnès Jacques le 21 juin 2017.

mise en pratique, sont caractéristiques des personnes souffrant d'anorexie⁹⁴. L'alimentation de Sophie Bricou est ainsi sans cesse contrôlée, marquée par la contrainte, à l'instar d'un régime hypocalorique :

Étienne : Et pourquoi la galette de riz⁹⁵ ?

Sophie : Parce que la galette de riz, je savais que c'était le truc le moins calorique. Les plus fines, il doit y avoir quinze calories par truc. [...] ça a toujours été un aliment repère pour moi. C'est un peu un aliment doudou. Je sais qu'il n'y aura pas de problème derrière⁹⁶, donc il ne me fait pas peur, et j'y vais.

E : Et quand tu manges tes galettes de riz aujourd'hui, tu comptes encore les calories ?

S : Oui, y a toujours la calculette dans la tête. Si je mange un autre aliment je mange une galette de riz en moins. C'est l'addition (*rires*).⁹⁷

Sophie Bricou raisonne en permanence comme si elle suivait un régime hypocalorique. Cela suppose, comme cela fut le cas pour Simone Liseron lorsqu'elle habitait Mélieu, de procéder à des calculs, de « toujours avoir la calculette dans la tête », pour ne pas dépasser la valeur énergétique visée. Pour ce faire, il faut retirer un aliment, une « galette de riz » par exemple, lorsque l'on en ajoute un autre. Ainsi, tout se passe comme si l'expérience des régimes de Sophie Bricou était inséparable de ses pratiques alimentaires quotidiennes.

Ainsi, si la pratique du régime amaigrissant s'avère relativement fréquente au sein de la population générale, elle semble constituer une expérience commune, au sens de banale, habituelle, aux patientes et patients venant consulter des diététiciennes et diététiciens libéraux. Cette expérience est notamment marquée par la frustration et les échecs, incarnés par l'effet yo-yo. Si elle est commune, l'expérience des régimes amaigrissants est cependant socialement différenciée, au même titre que le rapport au corps et à l'alimentation des patientes et patients⁹⁸. A la diffusion de la pratique des régimes au sein de la population générale et, plus nettement encore, au moins en ce qui concerne les patientes et patients rencontrés au cours de notre enquête, au sein des patientèles des diététiciennes et diététiciens, s'ajoutent la stigmatisation de la pratique et sa délégitimation professionnelle.

94. DARMON, *Devenir anorexique, op. cit.*

95. Il s'agit de l'aliment qu'elle consomme le plus.

96. Il faut entendre par cette expression que cela ne risque pas de lui faire prendre du poids.

97. Entretien effectué par skype le 24 juin 2017.

98. Ce rapport socialement différencié, qui induit des dispositions différenciées à l'observation des différents types de recommandations, est au centre de l'argumentation déployée au chapitre suivant.

3 Stigmatisation et délégitimation professionnelle de la pratique du régime

Au cours de ce développement, il est établi que la pratique du régime amaigrissant sans raison médicale, c'est-à-dire hors traitement de l'obésité ou du diabète notamment, fait l'objet en France, depuis la fin des années 1990, d'une « croisade morale »⁹⁹. Il en résulte une stigmatisation de la pratique des régimes, celle-ci étant étiquetée comme déviante. En outre, au sein du corps des diététiciennes et diététiciens libéraux, le fait de recommander à ses patientes et patients l'observation d'un régime hypocalorique est délégitimé. Si la pratique est ancienne, le recours au régime restrictif pour maigrir est devenu profane, au sens de non professionnel, et fait également l'objet d'une stigmatisation.

3.1 Une croisade morale

La pratique du régime, et par extension sa préconisation par un praticien du secteur paramédical, fait l'objet d'une « croisade morale ». Pour H.Becker une « croisade morale », ou « *moral enterprise* », consiste en un ensemble d'activités entreprises dans le but de créer un nouveau fragment de la constitution morale de la société, c'est-à-dire dans le but d'influencer la détermination de ce qui est bon ou mauvais¹⁰⁰. Cette croisade est menée par des acteurs aussi appelés « entrepreneurs de morale »¹⁰¹. Il est possible de distinguer, en matière de régimes, deux types d'entrepreneurs de morale. D'une part, il existe des entrepreneurs institutionnels. D'autre part, on observe des entrepreneurs professionnels, au sens où ils exercent un métier directement en prise avec la pratique des régimes. C'est le cas des diététiciennes et diététiciens libéraux par exemple. En effet, soit qu'ils recommandent le suivi de régimes amaigrissants soit qu'ils reçoivent des patientes ou des patients suivant ou ayant suivi un régime amaigrissant, ils sont confrontés, professionnellement, à la pratique des régimes. Cette séparation des acteurs de la croisade en deux groupes recoupe celle établie par H.Becker au sujet de la consommation de marijuana. Celui-ci distingue en effet les « créateurs de règles »¹⁰², comme les administrations fédérales, et les « personnes chargées

99. BECKER, *Outsiders, op. cit.*, p. 145.

100. C'est nous qui traduisons, *ibid.*, p. 145.

101. *Ibid.*, p. 147.

102. « rule creators », *ibid.*, p. 147.

de les faire observer »¹⁰³, comme les forces de l'ordre.

3.1.1 Institutionnelle

Nous entendons par croisade morale institutionnelle une croisade morale menée par des entrepreneurs de moral ayant l'appui officiel d'institutions centrales. Il nous a semblé opportun de distinguer ce type de croisade de celle menée au sein de la profession par une partie des diététiciennes et diététiciens, ainsi que par des médecins spécialistes, regroupés au sein d'une association, le G.R.O.S..

Les autorités de santé, et singulièrement l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES), ont officiellement alerté les professionnels de santé et le grand public, à travers des communiqués de presse suite à la présentation de rapports par exemple, des effets potentiellement pathologiques des régimes amaigrissants, tant sur le plan physiologique que psychologique.

L'ANSES a ainsi publié un rapport¹⁰⁴ en 2010 sur les risques physiologiques et psychologiques associés à la pratique de régimes alimentaires. Il s'agit d'un « rapport d'expertise collective ». Le crédit scientifique de la parution repose ainsi dans une large mesure sur celui de l'institution dont il émane, l'ANSES. Le caractère opportun de ce travail de compilation de la littérature scientifique existante est justifié par le contexte, tel qu'il a été décrit précédemment (*cf* section 2 page 297). « La minceur voire la maigreur est érigée en modèle de beauté et [...] la quête de la maigreur croît au sein de la population ». Ainsi, « il était essentiel de mener une évaluation des risques liés à la pratique de régimes à visée amaigrissante. »¹⁰⁵. L'ANSES analyse un panel d'une vingtaine de régimes présentés comme étant les plus connus au regard de leur popularité en ligne et éditoriale. Ils proposent une catégorisation de ces « régimes amaigrissants ». « Ces régimes peuvent être différenciés en fonction de leur composition en macronutriments¹⁰⁶, que ce soit en termes de qualité ou de quantité. Certains régimes proposent la suppression d'une ou plusieurs catégories d'aliments, le maintien d'une seule catégorie d'aliments ou même la suppression totale d'aliments. »¹⁰⁷.

103. « rule enforcers », *ibid.*, p. 147.

104. AGENCE NATIONALE DE SÉCURITÉ SANITAIRE DE L'ALIMENTATION, *Évaluation des risques liés aux pratiques alimentaires d'amaigrissement*, *op. cit.*

105. *Ibid.*, p. 77.

106. Les « macronutriments » sont des nutriments qui apportent de l'énergie : glucides, lipides ou protéines.

107. Cette citation est extraite de l'avis émis par l'ANSES relatif à la demande d'évaluation des risques

Les régimes sont également classés selon leur caractère plus ou moins hypocalorique.

Cependant, les risques mis en évidence concernent, à des degrés divers, l'ensemble des régimes testés. « Ce travail a permis de mettre en évidence, sur la base de la littérature scientifique, des risques cliniques, biologiques, comportementaux, ou psychologiques liés à la pratique des régimes amaigrissants. »¹⁰⁸ Ce rapport insiste en particulier sur le risque de carences pouvant subvenir au cours de l'observation d'un régime. Les conséquences sont potentiellement très sérieuses pour les publics à risques, c'est-à-dire les enfants, les personnes âgées et les femmes enceintes. « La caractérisation de plusieurs exemples de régimes amaigrissants révèle qu'ils peuvent induire des déséquilibres nutritionnels et des inadéquations d'apports (insuffisance et excès), notamment en vitamines et en minéraux. »¹⁰⁹

Au-delà des risques de carences, des risques sévères moins spécifiques à certaines populations, sont identifiés. Il s'agit d'effets secondaires non recherchés propres à l'ensemble des régimes amaigrissants :

« L'analyse bibliographique souligne que la pratique de ces régimes peut avoir pour conséquences des perturbations somatiques, d'ordre osseux et musculaires notamment, ainsi que des perturbations psychologiques (notamment troubles du comportement alimentaire), ou encore des modifications profondes du métabolisme énergétique et de la régulation physiologique du comportement alimentaire. Ces dernières modifications sont souvent à l'origine du cercle vicieux d'une reprise de poids, éventuellement plus sévère, à plus ou moins long terme. Dans ce contexte, l'activité physique doit être considérée comme un critère essentiel de stabilisation du poids »¹¹⁰.

L'observation d'un régime amaigrissant peut entraîner des troubles « d'ordre osseux et musculaires notamment » ce qui peut entraver la croissance et le développement des adolescents, nuire par la suite au développement musculaire, *etc.* Cela est également susceptible de favoriser le déclenchement de « troubles du comportement alimentaire » comme l'anorexie ou la boulimie. Enfin, le recours aux régimes amaigrissants suscite un dérèglement du « métabolisme énergétique » et de « la régulation physiologique du comportement alimentaire » qui peuvent s'en trouver profondément modifiés. En effet, la modification de ses consommations alimentaires selon un schéma préétabli, c'est-à-dire l'observation d'un régime

liés aux pratiques alimentaires d'amaigrissement, faisant suite à la publication du rapport. L'avis est accessible au lien suivant : <https://www.anses.fr/fr/system/files/NUT2009sa0099.pdf>

108. AGENCE NATIONALE DE SÉCURITÉ SANITAIRE DE L'ALIMENTATION, *Évaluation des risques liés aux pratiques alimentaires d'amaigrissement*, *op. cit.*, p. 83.

109. *Ibid.*, p. 83.

110. *Ibid.*, p. 83.

amaigrissant, suppose la mise en place d'une restriction cognitive. La restriction cognitive consiste en la limitation volontaire du type ou de la quantité d'aliments ingérés dans le but de perdre du poids. Elle s'oppose, comme nous le verrons dans le prochain chapitre, à la régulation physiologique de son alimentation, qui repose sur les sensations corporelles de faim et de satiété. Or, la restriction cognitive peut entraîner à terme une moindre sensibilité aux signaux physiologiques de la faim et de la satiété et par conséquent un dérèglement de la régulation physiologique. Aussi, ces personnes peuvent-elle n'avoir jamais faim ou faim en permanence. Le rapport de l'ANSES met également en exergue les problèmes psychologiques liés à « l'effet yoyo », c'est-à-dire le fait de connaître de fortes variations pondérales, à la baisse puis à la hausse, sur une courte période, quelques mois à quelques années. Dépression et perte d'estime de soi peuvent en résulter. Les individus observant régulièrement des régimes amaigrissants courent le risque d'entrer dans un « cercle vicieux ». Ils dérèglent leurs prises alimentaires, dégradent leur santé psychologique, et subissent des effets yo-yo de plus en plus prononcés. Ainsi, certains effets secondaires peuvent avoir pour conséquence, via des effets yo-yo, de rendre plus difficile une perte de poids durable et d'aggraver la situation pondérale et sanitaire des individus recourant à des régimes.

Le rapport conclut ainsi que « la dépression et la perte de l'estime de soi sont des conséquences psychologiques fréquentes des échecs à répétition des régimes. Sur le plan comportemental, la restriction cognitive et la perturbation du comportement alimentaire qu'elle induit risque d'aggraver le problème pondéral. »¹¹¹ L'Agence recommande finalement de préférer le recours à « l'activité physique » pour stabiliser son poids plutôt que les régimes amaigrissants. En dehors d'une indication médicale, l'observation d'un régime pour maigrir est jugée dangereuse. Les bénéfices attendus de la perte de poids, surtout si elle n'est que temporaire, ne sauraient, selon l'ANSES, compenser les risques encourus. La croisade morale, qui consiste à ouvrir à la catégorisation des régimes amaigrissants comme une pratique déviante, repose sur la dangerosité avérée de la pratique, accréditée par le rapport de l'ANSES.

Les conclusions de ce rapport sont reprises par un autre entrepreneur de cette croisade morale, la Haute Autorité de santé (HAS). Elle cite et s'appuie en effet sur celles-ci pour justifier les recommandations émises, à l'encontre des professionnels de la santé, en

111. *Ibid.*, p. 80.

matière de prise en charge de l'obésité et du sur-poids¹¹². La HAS définit à travers ses recommandations ce que doivent être les bonnes pratiques en ce qui concerne la prise en charge de patientes et patients obèses ou en sur-poids. Les recommandations les plus récentes ont été énoncées une année après la parution du rapport de l'ANSES, en septembre 2011. Elles s'en inspirent très nettement. Il est par exemple recommandé « au médecin, d'éviter tout discours culpabilisant qui ferait de la personne en excès pondéral la seule responsable de son poids ». Cette préconisation tranche avec la prescription selon des critères génériques (sexe, taille, poids) de rations hypocaloriques devant leur efficacité, ou leur échec, à la seule volonté, voire à la ténacité, du patient ou de la patiente. Bien au contraire, l'accent est mis, à plusieurs reprises, sur la nécessité de mettre en place une « éducation thérapeutique du patient » et « une approche psychologique » lors du suivi. Enfin, il est demandé aux médecins de bien vouloir, « en cas de désir de perte de poids, alerter la personne en sur-poids sur les risques des régimes trop restrictifs et déséquilibrés ». Le risque associé à la pratique des régimes amaigrissants est donc souligné. Les suivis de long terme, d'une durée supérieure à six mois, sont par ailleurs privilégiés afin de permettre aux patientes et patients de modifier leurs habitudes alimentaires. La recherche d'un équilibre alimentaire sur le temps long est ainsi préféré à l'observation d'un régime restrictif de courte durée, à cause des risques que celui-ci comporte. De même, pour les individus en situation d'obésité, le suivi doit se fonder sur « des objectifs de réduction pondérale réalistes », soit « en moyenne un à deux kilos par mois ». Il n'est donc pas question d'une perte de poids rapide grâce à un régime amaigrissant strict. Cela n'est plus recommandé pour la prise en charge des personnes obèses pour qui la comorbidité¹¹³ associée représente un risque médical pris en compte par l'autorité de santé.

Une autre instance de régulation, non plus publique mais corporatiste, l'Ordre des médecins, s'est également illustrée dans la condamnation des effets potentiellement néfastes des régimes amaigrissants, par exemple hyperprotéinés, en radiant le professeur Pierre Dukan de ses rangs. Celui-ci « s'était déjà exclu de la profession en mai 2012 ». Il a été officiellement exclu par l'ordre des médecins en janvier 2014 pour « avoir exercé la médecine comme un commerce »¹¹⁴. On peut supposer, en effet, qu'outre la dénonciation des profits réalisés sous couvert de sa profession, l'Ordre des médecins prenait par ailleurs en compte le rapport de

112. Ces recommandations sont accessibles sur le site de la HAS.

113. La comorbidité associée correspond au fait que la surcharge pondérale est un facteur de risque dans de nombreuses maladies chroniques (diabète, problèmes cardiaques *etc.*).

114. « L'ordre des médecins radie le docteur Dukan » (2014), *Le Monde*.

l'ANSES. Le régime Dukan est un régime hyperprotéiné. Cela signifie qu'il suppose qu'une part très importante de l'apport énergétique total ¹¹⁵ journalier doit être fournie sous la forme de protéines. Le régime Dukan est en outre pauvre en fibres. Il comporte enfin une phase très hypocalorique. Pour toutes ces raisons, l'ANSES met en exergue dans son rapport les risques, bien supérieurs aux bénéfices anticipés, associés à la pratique de ce régime amaigrissant.

Ces condamnations, ou mises en garde, n'émanent pas des diététiciennes et diététiciens eux-mêmes ou de leurs représentants. Cependant, elles émanent, à l'origine, d'une institution publique centrale, dont les « missions de veille, de vigilance et de surveillance permettent de nourrir l'évaluation des risques ¹¹⁶ ». De la sorte, ces condamnations acquièrent néanmoins une forte légitimité. Le discours produit par les experts, qui ont travaillé collectivement pour l'ANSES, peut se résumer ainsi : il faut privilégier l'accroissement de l'activité sportive et la transformation progressive et durable de ses consommations alimentaires pour stabiliser son poids car les régimes amaigrissants comportent des risques, de telle sorte que le calcul bénéfice-risque plaide contre les régimes. Dans la continuité de l'ANSES, la HAS estime que la transformation des pratiques alimentaires des patientes et patients en situation de sur-poids ou d'obésité doit suivre deux principes. Ceux-ci doivent permettre l'établissement d'un équilibre alimentaire et énergétique. Le médecin doit encourager la diversification des consommations alimentaires et la diminution de leur densité énergétique. Ces préconisations s'opposent nettement à l'observation d'un régime amaigrissant. Or, le discours ainsi produit, et les normes et représentations du monde qu'il véhicule, apparaît particulièrement légitime. Il s'impose au sein du secteur médical et paramédical. Déroger à ces bonnes pratiques constitue une déviance. De ce point de vue, l'anecdotique mais emblématique exclusion de Pierre Dukan de l'Ordre des médecins, peut s'interpréter comme une sanction particulièrement forte en réaction à une pratique déviante de la médecine. En effet, la déviance se caractérise, s'observe, selon Durkheim ¹¹⁷, par les sanctions qu'elle suscite. Le point de vue de l'ANSES est en outre officiel, c'est-à-dire doublement public. Il est public dans la mesure où il est largement diffusé à travers les médias (communiqués de presse, *etc.*). Il est également public puisqu'il est produit par une institution publique, qui émet des recommandations adressées simultanément aux autorités politiques et au grand public, l'ANSES, qui est donc supposée

115. L'apport énergétique total correspond à la valeur énergétique totale des consommations alimentaires.

116. Les missions de l'ANSES sont décrites sur le site Internet de l'agence au lien suivant : <https://www.anses.fr/fr/content/présentation-de-lanses>.

117. DURKHEIM, *Les règles de la méthode sociologique*, *op. cit.*

exprimer dans ses rapports, *a fortiori* s'ils sont collectifs et anonymes, non pas des intérêts particuliers, toujours suspects, mais l'intérêt général¹¹⁸. Ainsi, les diététiciennes et diététiciens doivent tenir compte (comment faire autrement ?) de ce discours. Ils se doivent, par éthique professionnelle, de se le réapproprier. Les effets de cette réappropriation apparaissent d'ailleurs dans les représentations des enquêtés. Josiane Couloud, qui exerce à Paris le métier de diététicienne depuis une quarantaine d'années, et qui a donc observé la transformation des pratiques, fournit à ce titre un exemple frappant :

Josiane : [...] Il ne faut plus parler de régime, c'est une horreur.

Etienne : Aujourd'hui vous ne voulez plus utiliser ça ?

J : Ah non non non ! Et on nous dit même, et on peut le dire ... parce que la diététicienne elle a pour moi une éthique qui veut qu'elle soit quand même en rapport avec ce que la HAS recommande, les recommandations machins *etc.*¹¹⁹

Josiane Couloud s'approprie le discours de la HAS, et donc de l'ANSES, au sens où elle y adhère et le relaie avec force conviction. Josiane Couloud, qui aborde le terme d'une longue carrière de diététicienne, reconnaît la légitimité de la HAS, le rôle de l'éthique professionnelle, et la nécessaire appropriation du discours, des recommandations, par la transformation des pratiques et représentations. Le changement des pratiques est constaté puisqu'il « ne faut *plus* », désormais, évoquer le terme de « régime ». Le caractère déviant de la pratique, le stigmatisme qui lui est désormais attaché, transparait dans l'emploi du terme très péjoratif d'« horreur ». Elle ne saurait être associée à, ou recommander, la pratique d'un régime. Enfin, Josiane Couloud explique que son jugement est soutenu, au sens de justifié et d'encouragé, par les recommandations de la HAS. Elle invoque l'éthique professionnelle, c'est-à-dire l'ensemble des normes ou principes généraux qui construisent un consensus définissant, *a minima*, ce que doivent être les bonnes pratiques et représentations professionnelles. L'éthique professionnelle dont doivent faire preuve les diététiciennes et diététiciens est particulièrement cruciale lorsqu'il s'agit de prendre en charge des patientes et patients souffrant de problèmes de poids¹²⁰. Selon Josiane Couloud, l'éthique professionnelle des diététiciennes et diététiciens oblige (puisque c'est l'éthique qui « veut ») les praticiens à accorder leurs pratiques et recommandations avec celles, légitimes et institutionnelles, de la HAS. Son attitude légitime

118. Pierre BOURDIEU (2012), *Sur l'État : cours au Collège de France (1989-1992)*, sous la dir. Patrick CHAMPAGNE et al., Seuil, Paris.

119. Entretien effectué dans un café parisien le 21 avril 2017.

120. Patricia W. PACE et al. (1991), « Ethics of Obesity Treatment : Implications for Dietitians. », *Journal of the American Dietetic Association*, vol. 91, n° 10, pp. 1258-1260, pmid : 1918747.

miste à l'égard de la HAS, alors qu'une longue expérience professionnelle aurait pu être le ferment d'une certaine « distance au rôle »¹²¹ et aux injonctions institutionnelles, s'explique par la force de l'institution : « en même temps que les institutions s'imposent à nous, nous y tenons ; elles nous obligent, et nous les aimons »¹²².

Cette condamnation officielle extra-professionnelle a été précédée par et s'accompagne d'une contestation en partie interne au corps des diététiciennes et diététiciens. Celle-ci émane d'une association de professionnels de la diététique et de la nutrition. Cette association, le groupe de réflexion sur l'obésité et le surpoids (G.R.O.S.), peut être considérée, à l'instar de l'ANSES ou de la HAS, comme un entrepreneur de morale. Elle porte en effet de nouvelles normes et essaie de les diffuser dans le milieu professionnel afin de condamner le recours aux régimes amaigrissants. Ce discours vise à catégoriser comme déviant le fait de recourir à un régime pour faire maigrir les patientes et patients en insistant sur ses effets contre-productifs des régimes. Enfin, le G.R.O.S. prône des outils alternatifs pour prendre en charge les patientes et patients désirant perdre du poids.

3.1.2 Professionnelle

Proposer à ses patientes et patients des régimes amaigrissants n'est pas une pratique déviant en soi. Elle a été constituée comme déviant suite au travail d'entrepreneurs de morale institutionnels, comme nous venons de le voir. Des entrepreneurs de morale internes au corps des diététiciennes et diététiciens, ou plus généralement appartenant au secteur médical et paramédical, concourent également à l'étiquetage des régimes amaigrissants comme une pratique déviant. Ceux-ci ont présenté les régimes amaigrissants comme comportant des risques médicaux, des risques psychologiques ou comme étant une impasse thérapeutique ayant à moyen terme des effets inverses à ceux recherchés. Ces acteurs internes produisent et diffusent depuis plus longtemps que les entrepreneurs institutionnels des analyses et des discours opposés au recours aux régimes amaigrissants. Leur point de vue se trouve cependant renforcé, crédité, légitimé, par l'appui indirect des entrepreneurs institutionnels.

Le groupe de réflexion sur l'obésité et le surpoids (G.R.O.S.) est une association loi 1901 créée en 1998 par le nutritionniste Jean-Philippe Zermati, le psychiatre Gérard Apfeldorfer, l'endocrinologue Bernard Weysfeld et une vingtaine de médecins, diététiciens et

121. GOFFMAN, « La "distance au rôle" en salle d'opération », *art. cit.*

122. DURKHEIM, *Les règles de la méthode sociologique*, *op. cit.*, p. 20.

psychologues. Les trois personnalités citées ont occupé, successivement et exclusivement, la présidence de l'association jusqu'à aujourd'hui. Le G.R.O.S. peut être analysé comme un entrepreneur de morale dans la mesure où l'association participe effectivement à la définition de ce qui est souhaitable ou condamnable en matière de suivis diététiques. Plus précisément, la raison d'être originelle du G.R.O.S. est la condamnation du recours aux régimes amaigrissants pour prendre en charge l'obésité et le surpoids. Le site internet ¹²³ du G.R.O.S. expose les activités militantes des membres de l'association (interviews, conférences, actualité éditoriale, *etc.*). Il contribue ainsi à diffuser le point de vue défendu. Ainsi, le « site propose un panorama critique des méthodes favorisant la minceur, qu'il s'agisse de régimes, de coupe-faims, de gastroplastie ». Le recours aux régimes, c'est-à-dire à la restriction cognitive, est clairement dénoncé :

« L'état de restriction cognitive provoque ainsi frustration si le régime est respecté, culpabilité s'il ne l'est pas, et risque d'induire une prise de poids ou une impossibilité à en perdre.

Tous les régimes, équilibrés ou non :

- Induisent une reprise de poids bien souvent supérieure à la perte,
- Aggravent les complications médicales liées au sur-poids,
- Entraînent une mésestime de soi renforcée par les échecs répétés et quasi systématiques de chaque tentative de perte de poids,
- Installent des troubles des conduites alimentaires ou les amplifient » ¹²⁴.

Il est remarquable, par ailleurs, que le rapport de l'ANSES soit cité sur cette même page. Les arguments avancés par l'entrepreneur de morale institutionnel qu'est l'ANSES sont ainsi réemployés par le G.R.O.S., les deux acteurs visant une même dénonciation des régimes. Leur répertoire d'action pour la participation à la croisade morale contre les régimes est principalement composé de deux items. Premièrement, les responsables du G.R.O.S. interviennent dans les médias afin de sensibiliser le grand public. Par exemple, le nutritionniste Jean-Philippe Zermati, membre fondateur de l'association, est intervenu dans le documentaire « Infra rouge » diffusé sur France 2 le 2 avril 2013, intitulé : « Régimes, la vérité qui dérange ». Nous avons choisi cet exemple car il a constitué une véritable révélation pour Cassandra Rosset. Elle effectuait alors la deuxième année d'études diététiques à distance dans le cadre de sa reconversion professionnelle. Elle affirme avoir pris conscience de la dangerosité

123. <https://www.gros.org/>

124. <https://www.gros.org/pourquoi-cette-approche>

des régimes en visionnant cette émission. Cette expérience fut marquante au point qu'elle nous en a spontanément fait part au cours de l'entretien et nous a transmis par courriel un lien permettant de visionner le documentaire sur Internet. Elle nous a également indiqué faire de même avec nombre de ses patientes et patients. Deuxièmement, le G.R.O.S. cherche à diffuser ses représentations auprès des travailleurs du secteur médical ou paramédical confrontés à des patientes et patients en sur-poids ou en obésité. L'association souhaite également diffuser ses méthodes alternatives au recours au régime amaigrissant. Pour ce faire, les adhérents du G.R.O.S., qui constituent un réseau dont les membres sont répertoriés et leur cabinet est géolocalisé sur le site de l'association, doivent suivre une formation obligatoire préalable à leur adhésion. En outre, certains membres proposent des cours enseignant les méthodes proposées par l'association dans le cadre de diplômes universitaires.

Si la dénonciation des régimes, entreprise par le G.R.O.S. depuis 1998, pouvait initialement paraître contestataire et minoritaire, cette position est aujourd'hui acceptée, bien que différenciellement, par l'ensemble des diététiciennes et diététiciens libéraux interviewés (*cf* section 1.2 page 285). Cela tend à prouver que la croisade morale s'est avérée victorieuse puisqu'elle a eu un effet considérable sur les pratiques, saisies à travers les observations, et les discours sur les pratiques, saisis à travers les entretiens. Le rejet des régimes, pratique étiquetée avec succès comme déviante, est, en effet, au moins dans les représentations, unanime. La performativité du cœur du discours porté par les membres du G.R.O.S. contre les régimes est remarquable. En effet, les régimes amaigrissants font, en principe, l'unanimité contre eux. Nous verrons cependant au cours du prochain chapitre qu'en pratique, il peut subsister des exceptions à la règle. En outre, cela ne signifie pas que les méthodes du G.R.O.S. font l'unanimité. Certes, la croisade morale contre les régimes a atteint sa cible. Cependant, les outils que proposent le G.R.O.S., centrés sur les sensations alimentaires (faim, satiété, plaisir de la dégustation) ne sont pas utilisés par l'ensemble des diététiciennes et diététiciens. D'après Katia Valley, que nous avons interviewé en tant que Vice-Présidente de l'association, le G.R.O.S. propose des outils alternatifs depuis le milieu des années 2000 :

Etienne : Les sensations alimentaires *etc* ?

Katia : Alors on en était pas là. C'est-à-dire qu'on savait à l'époque, [en 1998], que les régimes c'était délétère, que ça posait des problèmes. Mais on ne savait pas quoi faire d'autre. Donc on était contre. Puis avec le temps on a mis en place les outils. Grâce à Zermatti, Abfeldorfer. Nous on a beaucoup travaillé avec une de mes collègues sur le goût, l'approche sensorielle. On s'est spécialisés là-dessus. Moi j'ai fait une formation d'olfactologue. Et donc j'utilise le goût vraiment d'une façon très importante. La dé-

gustation, *etc.* Et on a mis en place des outils vraiment très très précis. C'est nous qui les avons créés. Donc on peut dire qu'en 1998 on était contre. A partir de 2004, 2006, on avait des outils pour traiter. Et ça c'est vraiment nouveau, parce que, être contre c'est bien mais qu'est-ce qu'on fait ?

E : Oui, bien-sûr.

K : Donc on a maintenant un panel d'outils qui sont empruntés dans pas mal de choses, notamment les thérapies cognitivo-comportementales troisième vague puisqu'on utilise la pleine conscience et puis les thérapies d'acceptation et d'engagement (l'ACT).¹²⁵

Initialement le G.R.O.S. est une association portant un discours contre les régimes amaigrissants. Les régimes étaient d'ores et déjà, en 1998, considérés comme néfastes par les membres du G.R.O.S.. Cependant, l'association « ne savait pas quoi [proposer] d'autre », en substitution. Ce n'est qu'à partir du milieu des années 2000 que le G.R.O.S. construit progressivement une méthode de suivi adaptée aux personnes en surcharge pondérale. De nouveaux « outils », tels que les exercices sur la satiété, la dégustation, ou des thérapies « cognitivo-comportementales », telle que la matrice ACT, ont alors été proposés et diffusés lors des formations organisées par l'association. La diffusion de nouvelles connaissances, de nouveaux outils, de nouvelles méthodes, si elle s'observe largement au sein de la population enquêtée¹²⁶, ne détermine pas directement leurs mise en pratiques auprès des patientes et patients. Les conditions sociales de mise en œuvre, ou non, des méthodes sensorielles du G.R.O.S., déterminent la façon dont celles-ci peuvent être employées. Les liens qui peuvent exister entre les caractéristiques socio-démographiques de la patientèle, et, par effet de structure, du territoire d'exercice, et le type de suivis mis en place par les diététiciennes et diététiciens constitue la thématique principale du prochain chapitre.

La « croisade morale » menée par le G.R.O.S., qui a pu s'approprier, depuis le rapport de l'ANSES, des arguments émanant d'institutions publiques, est une des explications à la disparition des régimes dans les discours et représentations des diététiciennes et diététiciens. Le recours au régime amaigrissant pour accompagner des patientes et patients connaissant des problèmes de poids ou des troubles du comportement alimentaire est désormais catégorisé comme déviant. Il en résulte une délégitimation, sur le plan professionnel, de la pratique du régime amaigrissant¹²⁷.

125. Entretien effectué à son cabinet en petite couronne le 19 juin 2017.

126. Le fait de « travailler sur les sensations alimentaires », sur « la faim » en particulier, par exemple, s'observe auprès de la plupart des diététiciennes et diététiciens rencontrés.

127. A titre de remarque, notons que les offres commerciales de régimes amaigrissants ne semblent pas, quant à elles, délégitimées depuis les années 2000, bien au contraire. Il suffit pour s'en convaincre, en

3.2 La délégitimation professionnelle d'une pratique

Cette sous-section donne à voir les représentations que peuvent avoir les diététiciennes et diététiciens libéraux concernant les diététiciennes et diététiciens qui recourent encore trop strictement aux régimes amaigrissants, c'est-à-dire, pour emprunter une expression employée par Pauline Malon, qui émettent des recommandations qui « [font] trop régime ». Les effets de la croisade morale contre les régimes amaigrissants, la délégitimation professionnelle de cette pratique, est ainsi mise en exergue.

3.2.1 Un discours légitime...

La légitimation du discours du G.R.O.S., et donc la délégitimation des régimes pour le suivi des patientes et patients en sur-poids, repose sur la combinaison de formes de domination « charismatique » et « légale-rationnelle »¹²⁸. La légitimité de l'association repose premièrement sur l'exercice d'une forme de domination charismatique par les trois présidents-fondateurs de l'association. Les caractéristiques presque démiurgiques de ces médecins spécialistes (ne sont-ils pas les fondateurs de l'association ?), leur présence médiatique et éditoriale ainsi que leur emprise sur la direction de l'association font qu'ils « [sont] en conséquence considéré[s] comme [des] chef[s] »¹²⁹. Cela constitue, selon Weber, la marque du « charisme », fondement de la domination charismatique. La légitimité du discours et des arguments portés par le G.R.O.S. repose également sur une forme de domination légale-rationnelle, ce qui permet sans doute, au-delà de la fonction occupée, de prévenir la « routinisation du charisme ». Cette domination s'exerce notamment grâce à des qualifications professionnelles et la maîtrise de savoirs spécialisés, en l'occurrence scientifiques. Le G.R.O.S. appuie sa croisade contre les régimes en mobilisant des études scientifiques. De même, le rapport de l'ANSES mobilise la littérature scientifique sur les régimes amaigrissants. Enfin, les figures charismatiques fondatrices de l'association occupent également ces fonctions en raison de leurs qualifications professionnelles très élevées et spécifiques. Ainsi, la délégitimation du recours aux régimes dans le cadre de suivis médicaux ou paramédicaux de patientes et patients en sur-poids ne présentant pas de pathologies associées telles que du diabète, découle de la légi-

première analyse, de considérer la fréquence des annonces publicitaires pour des régimes présentés comme très efficaces, en particulier après les fêtes de fin d'année et à partir du printemps.

128. WEBER, *Économie et société. 1, Les catégories de la sociologie, op. cit.*, p. 285.

129. *Ibid.*, p. 320.

timité du discours porté par le G.R.O.S.. Les arguments contre les régimes tirent, auprès des diététiciennes et diététiciens libéraux rencontrés, leur légitimité de la combinaison de formes de domination charismatique et légale-rationnelle.

Le force des arguments portés par les membres du G.R.O.S. repose également sur les conditions de leur réception par le public ciblé. L'association s'adresse en premier lieu à l'ensemble des professionnels du secteur médical et paramédical confrontés à la problématique du sur-poids et de l'obésité. Le G.R.O.S. s'adresse en particulier aux diététiciennes et diététiciens. Or, ces derniers, de part leur formation initiale scientifique et leur appartenance revendiquée au domaine médical et paramédical, disposent des schèmes de perception et de catégorisation du monde social qui les prédisposent à reconnaître la légitimité des arguments portés par le G.R.O.S., et *a fortiori* par l'ANSES. La violence symbolique, liée aux titres scolaires par exemple, ne peut s'exercer qu'auprès d'agents socialement disposés à reconnaître la légitimité de ces titres¹³⁰. De la même façon, la légitimité de l'ANSES, par exemple, a de plus fortes chances d'être reconnue par les diététiciennes et diététiciens qui travaillent dans le secteur paramédical que par la population générale.

3.2.2 ... qui délégitimise une pratique professionnelle

Il a donc été établi que la croisade morale contre les régimes amaigrissants a eu pour conséquence de catégoriser, ou étiqueter, le recours aux régimes amaigrissants dans le cadre de suivis de patientes et patients non malades comme une pratique déviante. Cette pratique professionnelle est ainsi délégitimée. Il s'agit, au même titre que la croisade morale, d'un processus. Les conséquences s'observent en particulier à travers les représentations que peuvent avoir les diététiciennes et diététiciens libéraux des praticiens recourant encore aux régimes amaigrissants ou à des recommandations s'apparentant trop explicitement à des régimes. En particulier, le fait de parler de calories ou d'inciter, ne serait-ce que grossièrement, des patientes et patients à en faire la comptabilité, « fait trop régime », c'est-à-dire est catégorisé par les diététiciennes et diététiciens libéraux comme des recommandations s'apparentant au suivi d'un régime amaigrissant. La déviance de collègues diététiciennes et diététiciens a été longuement abordée lors de l'entretien effectué avec Laure Blana. Cette diététicienne parisienne, née en 1968, qui, sans être hostile au G.R.O.S. n'en est pas membre, présente

130. BOURDIEU, *Méditations pascaliennes*, *op. cit.*, p. 235.

également l'avantage d'exercer la diététique depuis la fin des années 1980. Elle a donc pu assister aux transformations des pratiques professionnelles. En outre, elle a travaillé au sein d'une clinique jusqu'en 1996, date à laquelle elle s'est installée en libéral dans l'ouest parisien. Elle occupe également une fonction importante au sein du réseau professionnel « RENIF ¹³¹ » qui la conduit à régulièrement travailler en relation avec des diététiciennes ou diététiciens hospitaliers. Elle dispose donc d'une connaissance pratique de l'exercice de la diététique hospitalière ce qui l'autorise à effectuer des comparaisons avec l'exercice de la diététique en ville. Pour ces deux raisons, il nous est paru opportun de mobiliser longuement l'entretien effectué avec elle. Nous ferons également référence à Arthur Malère pour deux raisons. Tout d'abord, il présente un profil très différent puisqu'il n'exerce la diététique que depuis 2007, dans une petite ville de la région lyonnaise. Ensuite, Arthur Malère s'est illustré au sein du corps des diététiciennes et diététiciens comme le partisan d'une approche très critique des régimes. Il entend cependant également se différencier du G.R.O.S. en ce qu'il critique leur focalisation sur la perte de poids. Au contraire, Arthur Malère insiste davantage sur l'intérêt des méthodes psychologiques favorisant l'acceptation de soi, de son corps.

Le recours aux régimes amaigrissants peut être assimilé par les diététiciennes et diététiciens à une approche technique au sens de mécanique, et non plus au sens d'un savoir réservé, inaccessible au profane. Il apparaît alors, au sein des représentations des diététiciennes et diététiciens, un couple d'oppositions entre la froideur mécanique calculatoire, assimilée à la méthode des régimes, d'une part, et la chaleur humaine, l'empathie, attendue pour les relations de service et notamment de *care*, d'autre part.

Arthur Malère pointe ainsi l'approche « technique », par opposition à la bienveillance, et aux théories psychologiques de l'acceptation et de l'engagement (la matrice ACT notamment) qu'il prône. Arthur Malère amalgame un ensemble de pratiques de suivis qu'il qualifie d' « approche technique de l'alimentation ». Il inclut ainsi, parmi les praticiens recourant à ces pratiques délégitimées, des diététiciennes et diététiciens qui ne donnent pas de rations, c'est-à-dire de quantités préétablies, réglées, d'aliments à consommer, et se défendent ainsi de recommander des régimes amaigrissants. En réalité, selon Arthur Malère, « ils normalisent l'alimentation en permanence. "Voilà comment un repas devrait être fait, *etc* ". Ils pensent, parce qu'ils ne donnent pas de rations, qu'ils ne sont pas dans une approche technique de

131. Le réseau RENIF a pour fonction d'accompagner les patientes et patients souffrant de pathologies néphrologiques dans leur parcours de soin.

l'alimentation¹³². »

Le diététicien de la région lyonnaise insiste ainsi à plusieurs reprises au cours de l'entretien sur l'opposition entre le technique et l'humain, le psychologique, le relationnel. Il s'est « formé assez tôt à des approches plus en relationnel, psychologique, la thérapie comportementale notamment. » Son travail de formation est également orienté dans ce sens : « transmettre au métier des habilités relationnelles et prendre en compte l'aspect plus humain du métier, plus que l'aspect technique. Parce que techniquement, les diététiciens, ils sont quand même bien formés. » C'est, selon lui, son entrée dans le métier, dix ans plus tôt, qui lui a fait prendre conscience des limites de l'approche purement technique de l'alimentation, de la diététique :

« Si tu veux, moi, quand j'ai commencé à travailler en libéral je me suis rendu compte que le travail avec l'humain n'était pas si évident que ça. On a quand même une formation très technique. On peut apporter des réponses techniques mais la plus-value dans le métier elle est pas vraiment technique, elle est humaine. Si tu veux changer les habitudes alimentaires, à la limite on sait tous comment bien manger, on trouve les infos. »¹³³

L'approche technique, un peu mécanique parce que générique, selon les grandes règles que tout le monde connaît ou peut connaître selon lui puisqu' « on trouve les infos », est peu gratifiante dans la mesure où « la plus-value » réside dans la dimension humaine, relationnelle du suivi. Il s'agit d'une plus-value au sens de compétence spécifique. C'est ce que les diététiciennes et diététiciens peuvent apporter à leurs patientes et patients. Cette compétence est la source d'un profit symbolique, car distinctif, et économique, que souligne le terme de plus-value. Arthur Malère rejoint ainsi dans son raisonnement l'analyse présentée par la Présidente de l'association des diététiciens libéraux (*cf* section 4 page 345). La délégitimation s'accompagne d'une dévalorisation des suivis catégorisés comme « techniques ».

La délégitimation du recours aux régimes, par assimilation de cette méthode à un suivi mécanique des patientes et patients, presque sans âme, par opposition à un accompagnement humain, psychologique, relationnel, se retrouve également dans les propos de Laure Blana. Elle emploie en effet la métaphore de la calculatrice pour dépeindre le calcul mécanique des calories ingérées par les patientes et patients :

132. Entretien effectué par téléphone le 15 mai 2017.

133. Entretien effectué par téléphone le 15 mai 2017. Le tutoiement a été le fruit de l'initiative du diététicien. Nous ne nous connaissons pas en dehors du cadre de l'enquête.

Étienne : Et est-ce que vous avez une opinion sur plus généralement la profession dans les années 1980/90, est-ce que c'était très différent ?

Laure : Dans la profession à l'hôpital, je vais dire un truc hyper péjoratif pour les collègues, mais mes collègues étaient beaucoup des calculettes à calories. C'est péjoratif mais c'est une réalité. J'ai eu une réunion, il y a quelques années, dans un grand hôpital parisien, avec des collègues hospitalières qui voulaient travailler ville-hôpital. Et à cette réunion, elles ont fait un petit diapo, elles ont présenté les choses et elles nous présentaient une expérimentation en disant "ça fait six mois qu'on travaille comme ça, on s'est aperçu que c'était peut-être une bonne idée. On va arrêter de donner des régimes à tant de calories aux patients. On va essayer de juste parler de répartitions et plus de calories". Et j'ai eu une réaction assez violente quand j'ai vu ça. Je leur ai dit : "vous venez de découvrir ça, mais faut vous dire qu'en ville les calories on ne les compte plus depuis vingt ans !" ça veut dire que c'est encore une pratique ancrée. Peut-être aussi à cause des études. Il faut en passer par là. Il faut savoir compter des calories. Il faut savoir évaluer de façon comptable, réelle. Maintenant je pense que ce n'est pas le mode de communication avec le patient...¹³⁴

Elle assimile, de façon très péjorative, puisqu'elle le reconnaît elle-même, certains de ses collègues, notamment hospitaliers, à des « calculettes à calories », c'est-à-dire à des machines à calculer la valeur énergétique des ingestats prescrits aux patientes et patients. Ainsi, leurs pratiques professionnelles sont disqualifiées puisque catégorisées comme un travail mécanique, purement calculatoire, indifférencié et inefficace¹³⁵. Le recours aux régimes amaigrissants est ainsi présenté comme une méthode dépersonnalisée. Une méthode qui contraste donc avec les attentes contenues dans la relation de soin. La comptabilité énergétique est une compétence nécessaire à l'exercice du métier de diététicienne puisqu' « Il faut savoir compter des calories. Il faut savoir évaluer de façon comptable. » Cependant, cette compétence est insuffisante pour bien communiquer avec le patient puisque « ce n'est pas le mode de communication avec le patient » approprié. Laure Blana rejoint ainsi Arthur Malère sur ce point en insistant sur la nécessité d'adopter une approche qualifiée de « relationnelle ». Si elle évoque les diététiciennes exerçant à l'hôpital, car selon elle l'usage systématique des régimes amaigrissants y est plus fréquent, la pratique existe, et se voit tout autant décriée, en libéral. Selon elle, la règle, le comportement normal au sens de majoritaire en ville est de rompre avec une pratique calculatoire qui apparaît ainsi comme dépassée, anachronique. En effet, « en ville, les calories on ne les compte plus depuis vingt ans ». Il s'agit d'une vieille façon de

134. Entretien effectué au siège parisien du réseau RENIF le 15 juin 2017.

135. Laure Blana fait remarquer qu'en effet recommander des régimes amaigrissants « c'était peut-être une bonne idée ». Elle rejoint ainsi les conclusions du G.R.O.S. et de l'ANSES.

faire de la diététique qui n'est pas forcément liée à l'âge ou à l'ancienneté dans la profession. Arthur Malère, qui milite pour un « changement de paradigme » qui irait bien au-delà des critiques émises par le G.R.O.S. puisqu'il plaide pour un renoncement collectif à l'objectif de faire perdre du poids aux patientes et patients, qualifie ainsi de « réac' » des attitudes de jeunes diététiciennes, des « nanas » de la vieille école :

Étienne : (*par rapport au changement de paradigme*)

Arthur : Je ne pense pas que ce soit uniquement une question de génération. Je vois à mes formations j'ai vraiment des diéts de tout âge. Et sur les forums, les diéts qui sont le plus, entre guillemets, "réac'", c'est pas forcément les sexagénaires. C'est plutôt des nanas qui ont vingt-cinq ans.¹³⁶

On relève le caractère méprisant des termes employés (« nanas », « réac' »). Ce mépris constitue l'expression de la délégitimation de ces pratiques en libéral. Il sanctionne la stigmatisation et donc l'infériorité des praticiens qui y recourent, *a fortiori* s'il s'agit de « nanas » puisqu'elles se trouvent alors en situation redoublée de domination.

Laure Blana déplore également la persistance de suivis « à l'ancienne » déviants en libéral :

Étienne : Et est-ce que vous pensez qu'il y a encore aujourd'hui des diététiciennes un peu à l'ancienne même en libéral. C'est-à-dire qu'elles vont faire des calories ?

Laure : Y en a. Ici, au réseau, je peux vous dire que je reçois des compte-rendus faits par des logiciels, avec une comptabilité de calories, de machins, et une prescription qui va avec. Y en a.

E : Elles sont plus âgées ou elles sortent juste de l'école ?

L : Je ne voudrais pas faire une généralité parce que j'ai forcément une vision qui est biaisée. Mais dans celles que je vois moi, très souvent, c'est des reconversions professionnelles. Donc des gens qui sont un peu plus âgés, qui de visu ont de la bouteille, mais qui en fait sont assez novices dans la profession, qui souvent sont passés plutôt par du marketing, des choses comme ça, de ce que j'en vois hein, du commerce ; et qui du coup s'abritent sur quelque chose d'un peu concret, calculé. Alors je ne sais pas si c'est pour se rassurer derrière des chiffres et se dire que c'est une compétence ou une crédibilité, mais souvent c'est ça. J'ai quelques jeunes sorties de l'école qui sont inexpérimentées, ne sont pas passées par l'hospitalier et qui n'ont pas trouvé de travail, s'installent et le font comme ça les premières années, mais souvent abandonnent très vite, j'ai vu ça...¹³⁷

Elle critique le recours à des « logiciels » de « comptabilité de calories », donc le

136. Entretien effectué par téléphone le 15 mai 2017.

137. Entretien effectué au siège parisien du réseau RENIF le 15 juin 2017.

recours à des calculs mécaniques, automatiques, et aux « prescription[s] qui [vont] avec », c'est-à-dire des régimes ou portions déterminées en fonction du simple calcul des calories, et des caractéristiques générales du patient ou de la patiente : sexe, âge et poids principalement. Elle associe volontiers ces pratiques à une inexpérience professionnelle dans le métier. L'inexpérience est détachée de l'âge puisqu'il y a, et nous l'avons fréquemment rencontré au cours de notre enquête, de nombreux cas de reconversions professionnelles parfois tardives. Le recours au calcul des calories pour soutenir la « prescription » serait une protection concrète, un abri permettant de « se rassurer derrière des chiffres ». Il est vrai que le calcul peut sembler rigoureux, objectif et crédible, tant aux patientes et patients qu'aux diététiciennes et diététiciens. Pauline Malon, par exemple, au commencement de son installation en libéral à Mélieu, ressentait un manque de confiance en elle et une inexpérience qui la poussaient à se concentrer sur des données chiffrées (poids, quantités, *etc.*) plutôt que sur les composantes psychologiques des problèmes de poids :

Pauline : [...] Donc il y avait un petit manque de confiance, une trouille quoi. Ça, je ne l'ai plus depuis un moment. Et du coup ça me mettait un peu la pression je pense.

Étienne : Faut faire ses preuves.

Pauline : Je me rendais pas compte que de démarrer en libéral c'était peut-être un peu tôt¹³⁸. Après sur moi, concrètement, j'en reviens à ce que je disais. Ma vie personnelle, ce qui a pu arriver à mon entourage¹³⁹, qui fait que j'ai une écoute plus globale de la personne et plus que sur les chiffres.¹⁴⁰

Le manque d'assurance, à cause d'une inexpérience professionnelle, et d'une formation initiale peu ouvertes aux méthodes psychologiques et relationnelles, comme l'entretien motivationnel, pousserait les diététiciennes et diététiciens récemment installés en libéral à s'assurer contre le discrédit auprès des patientes et patients en recourant au calcul comptable des calories. Aussi, les représentations véhiculées par Laure Blana expriment-elles la délégitimation des régimes amaigrissants comme pratique professionnelle puisqu'y recourir rassure mais traduit en réalité une faiblesse professionnelle, l'inexpérience. Les praticiens qui y recourent se voient ainsi stigmatisés, assimilés par métaphore à de simples calculatrices. Autrement dit, ils n'auraient pas encore acquis les dispositions professionnelles permettant de respecter les bonnes pratiques et seraient donc de mauvais praticiens. D'ailleurs, une fois

138. Elle avait vingt-quatre ans lorsqu'elle s'est installée à son compte.

139. Elle explique que lorsqu'elle avait vingt ans et qu'elle a commencé à exercer, dans un cabinet auprès d'un médecin généraliste spécialisé en nutrition, elle n'avait connu aucune épreuve dans sa vie. En particulier, elle n'avait encore connu aucun deuil, contrairement à la plupart de ses patientes et patients.

140. Entretien effectué à son cabinet le 19 juillet 2017.

que les diététiciennes et diététiciens accumulent de l'expérience professionnelle, ils tendent à abandonner cette pratique (« les premières années (mais souvent abandonnent très vite) ») preuve qu'ils le peuvent, qu'ils en ont les moyens, et sans doute qu'ils la catégorisent désormais comme disqualifiée et disqualifiante professionnellement.

La pratique étant professionnellement délégitimée, elle est symboliquement peu gratifiante. En effet, recommander des régimes hypocaloriques c'est s'exposer au risque d'être discrédité professionnellement auprès des autres diététiciennes et diététiciens, notamment si l'on travaille au sein d'un réseau. En outre, recommander des régimes amaigrissants aux patientes et patients revient à s'exposer au risque de confirmer des attentes de rôle négatives. Bon nombre de patientes et patients s'attendent à être mis au régime strict et le redoutent (*cf* section 1.1 page 279). Se conformer à ces attentes, c'est risquer d'être considéré(e) comme un(e) « mère la rigueur » qui met à la diète ses patientes et patients. Si cette condamnation de la mise au régime des personnes venant consulter pour maigrir se comprend, nous venons de l'expliquer, elle peut surprendre lorsque l'on considère la formation initiale des diététiciennes et diététiciens libéraux. Refuser les recommandations précises, dirigistes, traditionnelles, établies en vertu de la science de la nutrition, c'est, pour les diététiciennes et diététiciens, rompre avec leurs connaissances acquises au cours de leur formation initiale. C'est rompre avec ce qui constitue la spécificité de leurs études. Or, cette formation initiale leur a permis d'obtenir un diplôme de diététique, et elle fonde leur capacité, au regard du droit, à exercer en tant que diététicienne ou diététicien. L'enjeu pour la plupart des diététiciennes et diététiciens que nous avons rencontrés est donc de participer à la dévalorisation de leur formation initiale sans compromettre pour autant leur légitimité professionnelle.

3.3 Des personnes qui consultent également sensibles à la stigmatisation de la pratique d'un régime

Nous avons établi que le fait de suivre un régime amaigrissant hors indication médicale est catégorisé comme un comportement déviant par les diététiciennes et diététiciens. Un processus de stigmatisation de cette pratique et des praticiens qui la recommandent a résulté de la croisade morale entamée depuis la fin des années 1990 contre les régimes. Il s'agit désormais de s'intéresser à ce que pensent les patientes interviewées des régimes. Il a été établi, par L.Boltanski notamment, que la fréquentation, et plus encore la proximité sociale, des patients vis-à-vis de leurs médecins constituait l'un des vecteurs de transmission des

normes médicales récentes, c'est-à-dire des bonnes pratiques, pédiatriques par exemple¹⁴¹. Ainsi, il est raisonnable de supposer qu'au contact de diététiciennes, assez peu éloignées d'elles socialement¹⁴², les patientes interrogées ont pu intégrer, au moins en partie, l'étiquetage des régimes amaigrissants comme déviants. D'autres facteurs peuvent influencer les représentations qu'ont les patientes des régimes mais ce dernier est spécifique à la population enquêtée. Nous allons voir que les patientes ont en partie intégré les schèmes de perception les disposant à catégoriser les régimes amaigrissants comme une mauvaise pratique à éviter, c'est-à-dire comme un comportement déviant.

Si le contenu des représentations relatives aux régimes varie, les patientes interviewées qui ont exprimé une opinion sur les régimes au cours des entretiens¹⁴³ ont toutes exprimées une sensibilité à leur caractère déviant¹⁴⁴. Cela s'observe y compris dans le cas d'Agnès Jacques. Cette patiente résidant en petite couronne préfère recourir à d'autres praticiens qu'un diététicien ou une diététicienne et effectuer par elle-même des régimes. Elle désire en effet obtenir des résultats rapides et flagrants afin de préserver sa motivation. Si cela lui convient, elle reconnaît cependant l'infériorité des régimes amaigrissants stricts et rapides :

« On sait bien que maigrir pendant un an, un petit peu, c'est beaucoup mieux. Mais moi ça ne me va pas. »¹⁴⁵

En effet, une transformation lente et durable de l'alimentation est qualifiée de « beaucoup mieux ». Si elle préfère agir différemment, elle reconnaît la déviance de son comportement qui ne correspond pas à ce qu'il faudrait faire.

Laura Barjou, une patiente de Sara Perrier, en grande couronne, qui travaille dans l'édition pour enfant, a par contraste parfaitement intégré le caractère déviant du régime strict sur courte période. Elle préfère ainsi un travail réfléchi au long cours, avec Sara Perrier, pour transformer durablement ses habitudes alimentaires, plutôt qu'une application

141. BOLTANSKI, *Prime éducation et morale de classe*, *op. cit.*

142. Les patientes interrogées résidant en milieu rural par exemple appartiennent toutes aux classes populaires ou aux petites classes moyennes. Cela les situe relativement proches de Pauline Malon dont le conjoint est kinésithérapeute. Elle appartient en effet aux classes moyennes indépendantes relativement aisées. Les patientes interrogées sont ainsi plus proches socialement de leur diététicienne que de leur médecin généraliste.

143. Seules Virginie Arcan et Amandine Morin n'ont pas véritablement exprimé d'opinion malgré une véritable expérience des régimes amaigrissants.

144. Pour rappel, la pratique du régime amaigrissant n'est pas déviante en elle-même. Il s'agit d'une construction sociale. Lorsque nous évoquons le « caractère déviant » de cette pratique, il est sous-entendu que cette affirmation n'est vraie, établie, du seul point de vue de la plupart des diététiciennes et diététiciens.

145. Entretien effectué au domicile d'Agnès Jacques le 21 juin 2017.

réitérative de régimes préétablis :

Étienne : Et vous avez l'impression que ça vous correspond plus qu'un régime que vous trouvez dans la presse ou autre ?

Laura : Oui beaucoup plus. Parce que j'estime que ... Il y a des gens qui arrivent à perdre du poids avec des régimes qu'on trouve dans la presse mais je ne suis pas sûre qu'à longue échéance que ... le problème quand on commence des régimes comme ça, c'est pas à vie mais faut faire attention à vie, tandis qu'en allant voir une diététicienne on arrive à équilibrer plus ses repas.

Elle préfère modifier ses habitudes, « équilibrer plus ses repas », plutôt que de suivre les indications d'un régime, c'est-à-dire modifier assez radicalement son alimentation sur une courte durée, de façon répétée. L'opposition entre les représentations et pratiques d'Agnès Jacques et de Laura Barjou repose sur la différence qui existe entre l'injonction (« il faut ») et le goût (« je préfère »). A l'instar des individus ayant incorporés les normes diététiques dominantes, qui affirment aimer le poireau plutôt que devoir en manger¹⁴⁶, Laura Barjou semble avoir incorporé, faite sienne, la norme diététique légitime régissant la transformation des pratiques alimentaires pour maigrir ou stabiliser son poids.

Alyssa Ravelli et Gisèle Pommier, deux patientes d'âges opposés mais appartenant toutes les deux aux classes populaires rurales, partagent un rapport ambigu à la stigmatisation des régimes amaigrissants. Alyssa Ravelli explique ainsi « être au régime » avant de se dédire en préférant affirmer qu'elle « fai[t] attention » :

Étienne : Et du coup est-ce que tu dirais que tu étais au régime ? Est-ce qu'à un moment de ta vie tu t'es dit : "je suis au régime" ?

Alyssa : Ouais, là aujourd'hui je suis au régime. Mais ce n'est pas le régime draconien, drastique. Non, là c'est que j'ai fait quelques excès depuis quelques temps. Alors ce n'est même pas, je ne dis pas "régime" en plus. Je dis "je surveille ce que je mange", "je fais attention". Parce que "régime", je n'aime pas ce mot. ça ne marche pas de toute façon les régimes.

E : Et pourquoi tu n'aimes pas ce mot ?

A : Parce que j'ai entendu ça toute ma vie. Parce que c'est associé, pour moi régime égale t'es grosse égale t'es pas comme les autres égale reste dans ton coin¹⁴⁷.

Alyssa Ravelli avait fait quelques excès, selon elle, les semaines précédant l'entretien. Elle est « sorti[e] du cadre » (*cf* encadré page 340). Il s'agit d'une situation stressante pour

146. DEPECKER, « Les cultures somatiques », *art. cit.*

147. Entretien effectué au domicile de mes parents, Alyssa résidant dans la même commune, le 16 mai 2017.

Alyssa Ravelli qui l'a conduite à consulter Pauline Malon à deux reprises durant le mois précédent l'entretien, alors qu'elle est, en principe, suivie à un rythme mensuel par sa diététicienne. Elle s'efforce, pour contre-balancer ces excès, de restreindre un peu son alimentation par rapport à ses habitudes. C'est la raison pour laquelle elle déclare être « au régime ». Elle précise cependant immédiatement qu'il ne s'agit pas d'un « régime draconien, drastique ». Elle s'évertue ensuite à nuancer son propos initial afin de distinguer ses pratiques actuelles de l'observation stricte d'un régime amaigrissant. Par un glissement sémantique qui témoigne du caractère stigmatisant de l'étiquette « régime », surtout s'il est « draconien », elle préfère dire qu'elle « fai[t] attention » parce qu'elle n'aime pas le mot « régime ». La pratique que le terme désigne n'est, de surcroît, pas efficace puisque « ça ne marche pas de toute façon les régimes ». Or, l'inefficacité des régimes pour maigrir ou stabiliser son poids constitue l'argument principal proposé par le G.R.O.S. et l'ANSES contre les régimes. Alyssa Ravelli y est donc sensible. Enfin, il est intéressant de remarquer qu'elle rejette l'étiquette « régime » pour qualifier sa pratique de contrôle, de surveillance particulière de son alimentation, car elle est fortement associée au fait d'être grosse. Elle a souffert d'une forme d'exclusion du groupe de pairs durant son adolescence puisque étant « grosse », elle n'était « pas comme les autres », donc « dans [s]on coin ».

La stigmatisation dont peuvent souffrir les personnes en sur-poids¹⁴⁸ peut être analysée comme une sanction sociale diffuse consécutive à une déviance corporelle. Or, le régime est, selon Alyssa Ravelli, communément associé à la surcharge pondérale en tant qu'il en constitue traditionnellement le remède le plus courant. Le fait de déclarer faire un régime serait donc stigmatisant pour Alyssa Ravelli parce qu'il renverrait à son passé et au risque de redevenir obèse. Elle a en effet pesé jusqu'à plus de quatre-vingt-cinq kilos contre environ cinquante-cinq au moment de l'entretien. La représentation qu'a Alyssa Ravelli des régimes est donc marquée par une certaine ambivalence. En effet, elle recourt parfois à des pratiques de surveillance plus intenses de ses consommations alimentaires, qu'elle qualifie elle-même spontanément de « régime » avant toutefois de se dédire. Tout se passe comme si elle était attachée à la pratique de la restriction comme moyen dont elle dispose pour éviter de se trouver à nouveau en situation d'obésité tout en refusant l'étiquette de « régime ». Elle semble avoir intégré la norme catégorisant le suivi d'un régime comme déviant puisqu'elle

148. Werner J. CAHNMAN (1968), « The Stigma of Obesity », *The Sociological Quarterly*, vol. 9, n° 3, pp. 283-299.

affirme que suivre un régime est inefficace. Elle ne peut cependant renoncer à la pratique du régime dans son acception élargie qui inclut le fait de « faire attention », c'est-à-dire de contrôler d'une façon réflexive son alimentation dans le but de stabiliser son poids voire de maigrir. D'autres extraits de l'entretien, plus longs, donnent à voir dans quelle mesure elle est attentive à son alimentation, la contrôle, et ce que signifie au quotidien, pour elle, « faire attention » (*cf* encadré page 340).

« Faire attention » au quotidien

Deux longs extraits de l'entretien effectué avec Alyssa Ravelli, au domicile de mes parents, dans un village à proximité de Mélieu, nous renseignent sur l'exercice du contrôle alimentaire au quotidien que suppose, pour Alyssa Ravelli, le fait de « faire attention » :

Étienne : Du coup tu contrôles quand même... Enfin, j'ai l'impression que tu es obligée de contrôler, de faire attention ?

Alyssa : Quand tu as été dans mon cas ^a en fait, je pense que, si tu vois d'autres personnes, je pense qu'on te le dira, tu restes dans le contrôle. ça fait dix ans, et je ne suis pas sortie de cette phase de contrôle. Quand j'en sors pour moi c'est zone rouge parce que, là c'est ce qui s'est passé ce dernier mois je n'ai pas fait gaffe à ce que j'ai mangé. Et dans ma tête je me dis "je m'inquiéterai des conséquences plus tard". Sauf que quand le plus tard arrive là tu te dis merde j'ai déconné.

E : Donc concrètement sortir de la zone de contrôle ça veut dire quoi ? Aller au restaurant, manger des pâtisseries ?

A : Non parce que aller au restaurant je me l'autorise, avant je ne me l'autorisais pas. Prendre plaisir. Avant j'aurais inventé n'importe quelle excuse pour ne pas y aller. Maintenant je me l'autorise. Je me dis une, deux fois par semaine grand maximum et encore si c'est deux fois je vais quand même faire attention à ce que je prends. Pour moi, sortir du cadre ça va vraiment être quatre fois dans la semaine on va manger dehors. Et pas forcément très sain. En attendant je ne vais pas faire le lendemain ce que Pauline [Malon] appelle "la journée de récup'". Je ne vais pas forcément le faire. C'est ça pour moi sortir de ma ligne de confort. Pas faire tout ça, oublier un peu tout ça parce que je suis dans l'euphorie, les circonstances de la vie font que à ce moment là, il y a ça, puis encore ça, puis encore ça. Et forcément je cumule. Je me dis c'est pas grave la semaine prochaine je ferai attention mais la semaine d'après t'as forcément quelque chose qui se greffe sur ton planning. [...]

E : Quand c'est une semaine normale ?

A : Ah oui là ça se passe bien. Là je sais que cette semaine ça va être un peu la semaine type. Je vais pouvoir faire ce que j'ai envie parce que j'ai du temps. Je sais que j'ai un repas tout bête. j'ai eu un repas hier soir. J'ai mangé au restaurant. Je

sais qu'à midi j'ai mon repas qui est prêt. Mon repas il est sein. Pas forcément le plus équilibré du monde mais il est sein.

E : Donc tu travailles ?

A : je travailles mais aujourd'hui je suis en repos.

E : Et tu fais quoi en fait ?

A : Je suis vendeuse.

E : Et tu as des horaires décalés parfois ?

A : Non j'arrive à avoir des horaires. . .

E : Tu manges souvent chez toi ?

A : Oui. Soit chez moi, soit chez mes parents. Le problème c'est que Dylan ^b n'a pas forcément les mêmes horaires que moi en ce moment donc je mange tard le soir et ça j'ai eu du mal à m'y faire.

E : Oui on peut avoir envie de grignoter.

A : J'ai eu cette période. Je l'ai vite arrêté parce que vu ce que je grignotais je me suis dit c'est pas la peine.

E : D'accord. Et ça te faisait plaisir de contrôler et tu culpabilises quand tu es dans une période par exemple deux semaines complètement décalées ?

A : Je suis, ah bah je suis pas bien. Déjà parce que physiquement je le vois assez vite quand je prends du poids.

E : Et tu te sens lourde, mal etc ?

A : Y a les deux. Y a la digestion où parfois je me dis : "mon dieu" ! Et je sais ce que j'ai mangé donc même si je sais que c'est pas le plat le plus dramatique du monde je me dis : "tu te rends comptes tu as mangé ça" ! Forcément, j'ai l'impression. . . quand y en a qui auront mangé une assiette de lasagne moi j'aurais l'impression d'avoir mangé le bœuf complet.

E : Et tu te pèses ou plus trop ?

A : Pareil, je recommençais à me peser trop régulièrement à mon goût. Et du coup là je me restreins. Je me dis : "tu te pèseras chez Pauline". Faut pas être rivée sur la balance tous les jours c'est pas ça qui fera avancer les choses.

E : Oui, ça renforce le côté contrainte ?

A : Ah bah là après ça redevient de l'obsession et je n'ai pas envie de tomber là-dedans.

E : Donc, globalement quand tu as une semaine où tu sais que tout va bien se passer normalement au niveau alimentaire ça te rassure ?

A : ça me rassure et puis ça ne me dérange pas si y a quelque chose qui se présente au dernier moment parce que je me dis "ça va j'ai géré le reste de la semaine". Ces derniers temps c'était ni sport ni alimentation équilibrée donc quelque part c'est normal si j'ai pris du poids. [. . .]

E : Et toi c'est plutôt toi qui fait les courses ?

A : C'est moi. Vaut mieux.

E : Oui pour contrôler et tout.

E : Après c'est vrai qu'on fait les courses tous les deux parfois, y a pas de souci

mais ... Moi, je vais beaucoup penser à lui dans l'alimentation. Moins à moi parce que je me fais toujours passer après. Mais même si j'achète des choses que moi d'ordinaire je n'aurais pas mangé, si je les mange avec lui je vais faire en sorte que ce soit fait sagement.

E : Oui c'est ça, plus cuisiné en fait. Acheter moins de plats cuisinés ?

A : Tout ce que je peux faire je le fais. Après de temps en temps, il veut des plats cuisinés parce que même moi maintenant ça m'arrive de ne pas avoir le temps de manger. C'est des choses que je n'aurais jamais fait avant. Parce que bah je n'ai pas de contrôle sur un plat cuisiné mais c'est vrai que je le vis moins mal.

E : Et tu regardes l'étiquette quand-même quand tu achètes un plat cuisiné ?

A : Oui^c.

La surveillance et l'auto-contrôle réflexif, conscient, de son alimentation sont omniprésents. Ils sont toutefois en légère atténuation relativement à ce qu'ils étaient à l'origine de son suivi diététique, entamé il y a une dizaine d'années. Elle explique, par exemple, s'autoriser des pratiques telle qu' « aller au restaurant », qu'elle s'interdisait systématiquement auparavant puisqu'elle trouvait toujours des « excuses » pour ne pas sortir au restaurant^d. le choix du verbe, « s'autoriser », dénote néanmoins le fait qu'il existe toujours pour Alyssa Ravelli un contrôle et la possibilité, au moins en puissance, de se l'interdire s'il le faut. Le nombre de sorties autorisées, en principe, est d'ailleurs limité. Elle déclare en outre qu'à partir du deuxième repas à l'extérieur au cours d'une même semaine elle va « quand même faire attention à ce qu'[elle] prend ». Il en va de même pour l'achat et la consommation de plats cuisinés. Si elle en consomme alors qu'elle « ne l'aurai[t] jamais fait avant », elle contrôle cependant l'étiquette, c'est-à-dire la composition de ce plat transformé afin d'éviter des plats trop gras, trop salés, trop caloriques. Enfin, elle s'efforce de ne se peser que chez Pauline Malon, c'est-à-dire à des intervalles espacés d'un mois environ. Cela afin de ne pas retomber dans « l'obsession » du chiffre du poids. Elle s'est donc également fixée des règles visant à éviter l'excès de contrôle. Les extraits de l'entretien montrent néanmoins qu'elle demeure très fortement « dans le contrôle ». Elle évoque, par exemple, l'idée de « zone rouge » associée à une période marquée par le non respect, réitéré, de règles visant à contrôler ses pratiques alimentaires. Cela correspond à des périodes de souffrances durant lesquelles elle ne se « sen[t] pas bien », lourde, *etc*, parce qu'elle « [a] déconné ». Elle essaie de contrôler la plupart de ses repas et donc les courses, qu'elle ne souhaite pas déléguer à son compagnon.

a. Cela signifie : « quand tu as eu des problèmes de poids sévères durant l'adolescence ».

b. Dylan est son compagnon. Il a un an de moins qu'elle, vingt-sept ans au moment de l'entretien. Il est sans diplôme et a multiplié les contrats de travail précaires.

c. Entretien effectué au domicile de mes parents, Alyssa résidant dans la même commune, le 16 mai 2017.

d. Ce comportement évoque celui de Sophie Bricou, une patiente anorexique qui ne tolère presque jamais le fait de se rendre dans un restaurant. Nous avons cependant adressé la question à Alyssa Ravelli qui nous a répondu qu'on ne lui avait jamais diagnostiquée de troubles du comportement alimentaire.

Gisèle Pommier se trouve également entretenir un rapport à la pratique du régime marqué par de l'ambivalence. Nous avons vu qu'elle a eu recours à de nombreuses reprises, avec des amies, à divers régimes au cours de sa vie active. Lorsqu'il s'agit de qualifier les pratiques alimentaires induites par le suivi débuté neuf mois avant l'entretien auprès de la diététicienne Juliette Poudale, Gisèle Pommier recourt, comme Alyssa Ravelli, à divers termes ou expressions :

Étienne : d'accord. Et comment est-ce que vous qualifieriez ce que vous faites ? Faire attention ? Faire un régime ?...

Gisèle : "Faire attention", oui quand même. Faut pas s'amuser à manger là maintenant un kilo de crottes en chocolat en deux jours. Mais ce que je fais c'est que j'en mange quand j'ai envie. Il y a quelqu'un, le voisin des fois il vient boire le café, on se sort la papillote et on se mange chacun sa papillote avec notre café. Mais ça ne va pas plus loin. Parce qu'il ne faut pas non plus se priver, tout, ça ne marche pas longtemps, si on se prive vraiment vraiment de tout. Donc il faut doser.

E : Donc ce n'est pas un régime ?

G : Non, ce n'est pas un régime. C'est réguler mon alimentation. [...]

E : Et si un week-end vous mangez particulièrement beaucoup parce qu'il y a une sorte de fête par exemple, est-ce qu'elle vous a donné des trucs pour rattraper ?

G : Ah pas tout, pas du tout. Disons que le lendemain je refais comme d'habitude, je remange comme d'habitude, comme j'ai mangé avant d'aller au restaurant. Parce que l'autre diététicien il me disait quand j'allais au restaurant la veille de ne pas manger de choses, féculents ou quelque chose comme ça, de viande. Alors qu'elle pas du tout. Sauf que bah voilà si je mange par exemple un gros gâteau le dimanche midi faut pas que je m'en remange un le lundi, un le mardi. Donc je fais comme d'habitude mais quand je vais au restaurant j'oublie mon régime. Enfin mon régime, ma façon de m'alimenter. Et je ne prends pas un gramme. C'est ça qui est fabuleux ! Hein, c'est fabuleux ça ¹⁴⁹ !

Gisèle Pommier est sensible au caractère déviant de la pratique du « régime » puisqu'elle refuse de qualifier ainsi ses pratiques, alors qu'il y a, de toute évidence, un contrôle relatif de son alimentation. Par exemple, « il ne faut pas s'amuser à manger » des confiseries, du chocolat, des produits trop sucrés. Elle insiste sur le degré de contrôle, de restriction, que suppose sa « façon de [s]'alimenter », pour mieux la distinguer de l'image d'Épinal d'un régime amaigrissant très restrictif. Il ne s'agit pas de « se priver » « vraiment de tout ». Elle reprend en outre l'argument principal proposé par le G.R.O.S. et l'ANSES en soulignant l'inefficacité des régimes : « se priver, tout, ça ne marche pas longtemps, si on se prive vrai-

149. Entretien téléphonique effectué le 8 décembre 2017.

ment vraiment de tout ». Ainsi, elle témoigne d'une représentation négative des régimes, *a fortiori* s'ils sont draconiens, comme Alyssa Ravelli. Faire un régime, plutôt que faire attention, est frustrant et inefficace. Néanmoins, plus loin dans l'entretien, lorsqu'elle évoque les repas au restaurant, en vacances, comme un moment de liberté au cours duquel elle « oublie [s]on régime », c'est-à-dire qu'elle consomme pleinement ce dont elle a envie, sans contrôle, elle exprime une représentation plus traditionnelle du régime. Le contrôle, même limité, de son alimentation, induit par les recommandations de Juliette Poudale, est ainsi assimilé à un régime. Elle se corrige cependant sans délai pour préférer la périphrase « ma façon de m'alimenter » au terme de « régime ». Elle est donc sensible à la déviance des pratiques étiquetées comme étant des régimes, ou *a minima*, à l'importance et l'enjeu qui existent dans le fait de qualifier, ou non, de « régime », un ensemble de pratiques duquel résulte un contrôle, même léger, de l'alimentation. Les représentations de Gisèle Pommier au sujet des régimes ont changé. Cela peut résulter de la combinaison de deux effets. D'une part, il existe un effet de taxinomie. La façon dont est nommée une activité a des effets sociaux propres, indépendamment de la nature de l'activité elle-même. Or, Juliette Poudale, à l'instar de l'ensemble des diététiciennes et diététiciens, affirme ne pas faire de régime. Elle n'emploie pas ce terme pour qualifier les recommandations qu'elle adresse à ses patientes et patients. Il est possible en outre qu'elle explicite en consultation, comme a pu le faire Coralie Pinto lors du suivi de Simone et Paul Liseron à Mélieu, le fait qu'il ne s'agisse pas, selon elle, d'un régime. Deuxièmement, il existe un effet de socialisation évoqué précédemment. La sensibilité de la diététicienne au caractère désormais déviant du recours à un régime amaigrissant pour maigrir ou stabiliser son poids en dehors de toute justification médicale a pu être transmise à Gisèle Pommier au cours du suivi.

La transmission de l'idée d'inefficacité des régimes ainsi que l'effet de taxinomie se retrouvent dans les propos tenus par Simone Liseron. Elle a effectué, avec son mari Paul, un suivi durant l'année 2007 avec Coralie Pinto, à Mélieu, consécutivement au franchissement du seuil symbolique des cent kilogrammes. Elle était coutumière des régimes puisqu'elle avait suivi, à plusieurs reprises, des régimes amaigrissants, le régime Mayo notamment, sous prescription médicale de médecins généralistes. A l'occasion de ce suivi cependant, leur diététicienne a bien insisté sur le fait qu'il ne s'agissait pas d'un régime :

Étienne : Et elle vous disait que ce n'est pas un régime alors ?

Paul : Non, ce n'est pas vraiment un régime. C'est une habitude alimentaire qu'on devrait adopter. C'est pas un régime que tu fais un certain temps et puis après. . .

E : tu regrossis.

P : oui exactement ¹⁵⁰ ! (*rires*)

Paul Liseron insiste également sur le fait que l'objectif poursuivi par le programme proposé par Coralie Pinto était une modification durable des habitudes alimentaires. Cela contraste avec une modification plus radicale mais brève des pratiques dans le but de perdre, rapidement, du poids, au risque de se retrouver confronté à l'effet yo-yo.

Observer un régime amaigrissant strict a davantage de chances aujourd'hui qu'il y a quelques décennies d'être catégorisé, ou étiqueté, comme déviant. Le recours au régime en dehors de toute indication justifiée du point de vue médical est en effet l'objet d'une croisade morale. La stigmatisation de la pratique est perceptible dans les représentations des patientes interrogées. Plus encore, les diététiciennes et diététiciens libéraux apparaissent particulièrement sensibles à la « croisade morale » contre les régimes. Ils en sont par ailleurs, pour certains, des acteurs. Ainsi, préconiser à ses patientes et patients le recours à une restriction alimentaire, un rationnement réfléchi ou restriction cognitive, revient à se disqualifier au sein du corps des diététiciennes et diététiciens. Les catégories de perception des diététiciennes et diététiciens libéraux aujourd'hui disqualifient le recours aux régimes. Recommander un régime est ainsi une pratique professionnelle délégitimée car considérée comme inadaptée. La norme, pour les diététiciennes et diététiciens libéraux, est ainsi de « ne pas [faire] de régime », de proposer des recommandations qui « ne [font] pas trop régime ». Dans ce contexte, il apparaît que les représentations se transforment plus rapidement que les pratiques. Si l'étiquette « régime » est rejetée, souvent explicitement, il n'en demeure pas moins que les suivis diététiques que nous avons observé induisent un degré de contrôle de l'alimentation plus ou moins marqué ¹⁵¹. Aussi, n'est-il pas surprenant que les régimes ne fassent plus recette auprès des diététiciennes et diététiciens libéraux.

4 Le régime ne fait plus recette

Cette section conclusive vise à saisir pourquoi les diététiciennes et diététiciens affirment ne pas faire de régime amaigrissant. Le fait de recommander des restrictions ali-

150. Entretien effectué au domicile de Simone et Paul Liseron dans une commune rurale de la région lyonnaise, le 10 juillet 2017.

151. Ce point est développé dans le chapitre suivant.

mentaires cognitives aux patientes et patients ne permet ainsi plus aux diététiciennes et diététiciens de marquer la spécificité de leurs compétences. En libéral, proposer aux patientes et patients une mise en restriction n'offre pas aux diététiciennes et diététiciens la possibilité de distinguer nettement leurs offres de suivis de celles des concurrents. Ces profits de distinction s'ajoutent au coût que représente le stigmatisme associé à l'étiquetage des pratiques de suivis reposant trop strictement sur des régimes amaigrissants. Ainsi, recommander l'observation de régimes amaigrissants apparaît comme étant peu rentable économiquement et impopulaire auprès des diététiciennes et diététiciens, ainsi qu'auprès de la plupart des patientes et patients rencontrés. Les régimes amaigrissants ne font donc plus recette.

4.1 Distinction du commun

4.1.1 Une pratique médiatisée, diffusée...

Nous avons vu précédemment (*cf* section 2 page 297) que le suivi d'un régime amaigrissant est une pratique populaire au sens de fréquente au sein de la population. Il s'agit également d'une pratique médiatisée, notamment au sein de la presse dite féminine, c'est-à-dire ciblant un lectorat très féminisé. Cette médiatisation a participé de la diffusion de cette pratique à un large public. En outre, le traitement proposé par les « revues féminines » d'une thématique peut être perçu comme le symptôme de pratiques et représentations sociales *a minima* propres aux groupes sociaux constituant son lectorat. Selon Faustine Reignier, qui a étudié les transformations des conseils d'économie domestique alimentaire dans différentes revues féminines au regard des notions de « plaisir » et de « nécessité » depuis les années 1930, « Les revues féminines peuvent ainsi être considérées comme des caisses de résonance des évolutions de la société »¹⁵².

Notre travail de mémoire de Master portait sur le traitement de la thématique des régimes dans la revue *Elle* depuis 1945, date de sa création¹⁵³. La revue *Elle* s'adresse à un public féminisé plus urbain, plus diplômé, plus concentré en région parisienne et plus aisé que la moyenne¹⁵⁴. Le traitement de la thématique des régimes s'avère donc inscrit dans la mo-

152. Faustine RÉGNIER (2014), « L'alimentation entre plaisir(s) et nécessité(s) en France et aux États-Unis : Quelques variations dans la presse féminine depuis les années 1930 », *Sociologie et sociétés*, vol. 46, n° 2, p. 86.

153. BARD, ETIENNE, « Quel régime pour Elle ? Sociologie de la thématique des régimes dans la revue Elle depuis 1945. », *op. cit.*

154. Evelyne SULLEROT (1963), *La presse féminine*, Armand Colin, Paris.

dernité, dans la recherche de la nouveauté, des régimes précurseurs, et des tendances venues des Etats-Unis. La revue nous renseigne principalement sur l'évolution des pratiques et des représentations en matière de régimes amaigrissants au sein des classes supérieures. L'analyse constitue cependant un premier indice de la diffusion par les médias de ces représentations et savoirs pratiques à travers la présentation de nouveaux régimes, le partage d'expériences de régimes ou encore la ritualisation des numéros spéciaux, quelques mois avant l'été, qui semble correspondre à la ritualisation de la pratique du « régime avant le maillot »¹⁵⁵. Nous avons notamment montré que la première apparition de la thématique des régimes dans *Elle* remonte à 1947 avec la présentation du « régime sec ». Surtout, à partir de la fin des années 1970, se dégage une tendance très nette à la prise de poids quantitatif et symbolique de la thématique des régimes au sein de la revue. Si nous évoquons cette médiatisation des régimes c'est parce qu'il nous semble qu'elle constitue un vecteur de diffusion de cette pratique. Or, la diffusion des savoirs et compétences en matière de régimes amaigrissants participe de la dévalorisation professionnelle relative de cette pratique. Cette dévalorisation constitue une des raisons pour lesquelles les régimes ne font plus recette auprès des diététiciennes et diététiciens.

4.1.2 ... qui ne présente aucune plus-value

Il est possible de considérer l'activité professionnelle des diététiciennes comme une activité de conseils en matière d'alimentation. Dans cette perspective, un conseil n'a de valeur que s'il est personnalisé, adapté¹⁵⁶, spécifique, et s'il est original, au sens propre hors du commun. Aussi, si la compétence que représente la mise en œuvre d'un régime amaigrissant devient un savoir profane alors la spécificité du conseil diététique en la matière s'amenuise-t-elle. Ainsi, la valeur ajoutée de la recommandation, c'est-à-dire ce que peut apporter de spécifique une diététicienne ou un diététicien à sa patiente ou son patient, devient quasi nulle. C'est l'analyse proposée en entretien par la présidente de l'association des diététiciens libéraux, Anaïs Dupont, diététicienne libérale à Paris depuis une dizaine d'années :

Étienne : Qu'est-ce que ça évoque pour vous le terme de régime ?

Anaïs : Bah régime va souvent avec restriction. Et restriction bah déjà y a pas besoin de venir voir une diététicienne pour se faire une restriction. Il suffit d'aller voir sur

155. Ces éléments sont tirés de notre travail de mémoire de Master intitulé : « Quel régime pour *Elle* ? »

156. La question de l'adaptation du suivi à ses patientes et patients, et à sa patientèle, est abordée dans le prochain chapitre.

internet, de lire un magazine. C'est pas compliqué de demander à la concierge un avis sur la restriction. Donc ce serait complètement stupide de payer cinquante cinq euros pour avoir une restriction. Franchement, et puis franchement la meilleure des restrictions c'est d'arrêter de manger. Ça va beaucoup plus vite. Ce n'est pas la peine de venir voir quelqu'un pour se l'écouter dire. Donc le terme régime n'a pas de sens ¹⁵⁷.

La mise au régime, au sens de restriction quantitative de l'alimentation, est un domaine où les diététiciennes et diététiciens sont désormais en concurrence avec des savoirs et compétences profanes, très répandus. La fonction sociale de la diététicienne ne peut résider dans cette activité. En effet, pour souligner le fait que cette compétence est galvaudée socialement, Alexandra Martin explique que les diététiciennes et diététiciens sont en concurrence avec les concierges dans ce domaine. Il est en effet aisé selon elle, pour des personnes souhaitant perdre du poids, « de demander à [leur] concierge un avis sur la restriction », un conseil pour restreindre son alimentation et maigrir. Le métier de concierge étant situé en bas de l'échelle sociale, une telle mise en concurrence, qui signifie une mise en équivalence, puisque les deux avis sont comparables, suppose une dévalorisation *de facto* des compétences en matière de restriction alimentaire. Le rôle des diététiciennes et diététiciens ne peut donc pas se limiter à une mise en restriction des patientes et patients sous peine de voir leur activité dévalorisée et donc, comme il s'agit d'une activité dont elles font commerce, à proprement parler démonétisée sur le marché diététique. Le prix de la consultation ne serait alors plus économiquement justifié puisqu'il ne correspondrait plus à un besoin attaché à une compétence spécifique : « y a pas besoin de venir voir une diététicienne pour se faire une restriction ». Il serait alors « complètement stupide », sous-entendu irrationnel pour le patient-consommateur, « de payer cinquante-cinq euros pour avoir une restriction ». Il est d'autant plus irrationnel de payer pour être mis(e) à la diète que le raisonnement, se restreindre permet de maigrir, est simpliste. En effet, comme le souligne Anaïs Dupont, poussé à bout, il devient absurde – le jeûne devenant ainsi la meilleure, c'est-à-dire la plus rapide, la plus efficace et la plus simple façon de maigrir. La démonstration par l'absurde du caractère simpliste de la méthode purement restrictive redouble l'inanité d'une telle recommandation. Elle la redouble dans la mesure où la mise en restriction alimentaire cognitive des patientes et patients est considérée comme une pratique déviante en raison de critères scientifiques. Elle apparaît également contre-productive du point de vue de la rentabilité économique de l'activité libérale. Le propos est en outre d'autant plus légitime qu'il émane de la présidente

157. Entretien effectué à son cabinet parisien le 8 décembre 2016.

de l'association des diététiciens libéraux.

L'idée que la restriction, la mise au régime, est un savoir galvaudé, car largement diffusé en dehors de la seule sphère professionnelle des spécialistes de diététique, se retrouve dans le témoignage d'Alyssa Ravelli, une patiente de Pauline Malon :

« Je pensais qu'on allait me dire ce que tout le monde me disait : que mon alimentation était mauvaise, qu'il fallait que je réduise les quantités, enfin tout ce genre de choses. »¹⁵⁸

La réponse qu'elle apporte à une question portant sur ce à quoi elle s'attendait pour le premier rendez-vous, montre qu'un discours diététique centré sur la restriction (« qu'il fallait que je réduise les quantités ») ne se distingue en rien de « ce que tout le monde [lui] disait », c'est-à-dire du discours commun. Dès lors, sans spécificité des recommandations professionnelles, expertes, émises par les diététiciennes et diététiciens, par rapport aux croyances et discours profanes, il ne peut y avoir de plus-value en matière de restriction. Si le recours aux régimes amaigrissants, à la restriction cognitive, ne permet pas aux diététiciennes et diététiciens de distinguer leurs recommandations des conseils habituels, communs, il ne leur permet pas davantage de se distinguer d'autres offres concurrentes d'accompagnement à la perte de poids.

4.2 Se distinguer des concurrents

Les diététiciennes et diététiciens libéraux exerçant leur activité dans le cadre concurrentiel imposé par le marché diététique local, se distinguer des concurrents assure un avantage décisif. Nous avons vu au chapitre trois qu'un des facteurs de distinction reposait sur la distinction du commercial, des offres concurrentes étiquetées « commerciales ». Renoncer à proposer des suivis fondés sur des recommandations trop proches des principes de la restriction cognitive propres aux régimes amaigrissants permet également de mieux se différencier d'offres concurrentes. Par ailleurs, étant donné le caractère déviant des régime résultant de la croisade morale dont ils font l'objet, une telle différenciation s'apparente à une distinction. Le recours aux régimes étant fréquemment catégorisé comme déviant, rejeter cette pratique offre ainsi en outre un profit symbolique, un profit de distinction.

158. Entretien effectué au domicile de mes parents, Alyssa résidant dans la même commune, le 16 mai 2017.

Nous avons vu, grâce aux propos d'Anaïs Dupont, que la restriction alimentaire avait une « valeur ajoutée » quasi nulle pour les diététiciennes et diététiciens. Personne ne serait rationnellement disposé à « payer pour une restriction ». Cette faible valeur ajoutée associée à une compétence devenue profane, qui donne donc peu de valeur marchande à un service qui se limiterait à recommander un régime hypocalorique, est en elle-même peu rémunératrice. A cela s'ajoute la concurrence au sein du marché diététique. Si le degré et la nature de cette concurrence varient selon le lieu d'exercice, les diététiciennes et diététiciens ont toujours intérêt à proposer un service distinct de ceux proposés par d'autres agents. Cette distinction au sein des offres diététiques leur assure une spécificité, un « pouvoir de marché » selon la microéconomie, dans la mesure où les régimes sont, selon Anaïs Dupont, proposés par de nombreux autres agents du marché diététique :

Étienne : Ou alors des gens qui ont fait des régimes Dukan ça arrive aussi ?

Anaïs : Bien-sûr. Des régimes tout seul, des régimes dans les magazines, des régimes avec les conseils du pharmacien, de l'hypnothérapeute, de l'ostéopathe, de je ne sais pas qui. Tout le monde est diététicien c'est fantastique (*rire ironique*). Mais voilà, quand ils viennent nous voir, c'est qu'ils ont besoin d'autre chose. Donc l'essentiel c'est que les patients arrivent à savoir qu'il existe des diététiciens et que cela peut leur apporter autre chose¹⁵⁹.

Anaïs Dupont pointe une série d'acteurs concurrents en matière de conseils diététiques. Il s'agit des magazines ou des médias en général, comme Internet, des pharmaciens, des hypnothérapeutes et des ostéopathes. Cette liste n'est évidemment pas exhaustive. Les diététiciennes et diététiciens interviewés ont beaucoup évoqué par ailleurs Natur House® ainsi que Weight Watchers®, ou encore des sophrologues. Nous avons également rencontré une patiente, Agnès Jacques, qui consultait une spécialiste en chrono-nutrition. Le fait est que ces professionnels, qui n'ont pas la certification d'État qu'assure un BTS ou un DUT de diététicien, proposent eux-mêmes des régimes amaigrissants. Ce faisant, ils s'improvisent diététicienne ou diététicien, dans la mesure où, du point de vue d'Anaïs Dupont, ils ne disposent pas des compétences requises, comme en témoigne son rire ironique. Pour déjouer cette concurrence, que d'aucuns jugeraient déloyale dans la mesure où ces praticiens ne disposent pas du titre protégé de « diététicien », Anaïs Dupont estime qu'il est nécessaire que les patientes et patients sachent qu'« il existe des diététiciens ». Elle sous-entend de véritables diététiciens professionnels, c'est-à-dire des spécialistes de la nutrition formés à la

159. Entretien effectué à son cabinet parisien le 8 décembre 2016.

prise en charge de patientes et patients désirant perdre du poids. L'accès à l'information doit ainsi permettre aux patientes et patients, également consommateurs rationnels, d'effectuer, en toute connaissance de cause, grâce à la transparence de l'information, des arbitrages entre différentes catégories de praticiens et d'offres sur le marché diététique. Il faut en outre que ces véritables diététiciennes et diététiciens soient effectivement différents des autres. Dans le cas contraire, la critique ne serait que formelle. Il est donc impératif que leurs offres de services se distinguent. Seule cette distinction sera porteuse, c'est-à-dire économiquement rentable, dans la mesure où elle répond à un besoin des patientes et patients, consommateurs de services d'aide à la perte de poids. Ces patientes et patients « ont besoin d'autre chose » que les diététiciennes et diététiciens sauront « leur apporter », s'ils renoncent, bien-sûr, à recommander des régimes restrictifs.

4.3 Profits de distinction et stigmatisme

Les raisons pour lesquelles les régimes amaigrissants ne font plus recette auprès des diététiciennes et diététiciens libéraux apparaissent désormais clairement. Premièrement, les patientes et patients redoutent parfois d'être mis à la diète. Deuxièmement, proposer des suivis fondés sur des recommandations s'apparentant trop fortement à l'imposition d'un régime amaigrissant, à une comptabilité des calories par exemple, revient à se conformer à l'image dévalorisée de « mère la rigueur ». Se comporter ainsi fait également courir le risque de voir ses pratiques de suivi catégorisées comme déviantes par les autres diététiciennes et diététiciens. Le stigmatisme de la déviance, qui résulte de la croisade morale contre les régimes, agit ainsi comme un repoussoir. Les diététiciennes et diététiciens libéraux ne « [font donc] pas de régime ». Troisièmement, la médiatisation et la diffusion des savoirs et compétences en matière de régime depuis quelques décennies ont contribué à populariser la pratique des régimes amaigrissants. Cette médiatisation et cette diffusion se sont faites dans un contexte de « lipophobie »¹⁶⁰ et d'accroissement de la prévalence de l'obésité, construite, par le fonctionnement des institutions scientifiques et par les médias notamment, comme une épidémie¹⁶¹. Aussi, recommander une restriction alimentaire pour maigrir n'est-il plus l'apanage des seules diététiciennes et diététiciens. Leurs savoirs et compétences en matière de régimes amaigrissants ne sont plus spécifiques et ne sont pas porteurs de plus-values. A l'inverse, il existe

160. FISCHLER, *L'omnivore*, *op. cit.*

161. SAGUY et ALMELING, « Fat in the Fire ? », *op. cit.*

des profits de distinction, tant matériels que symboliques, au fait de proposer une offre de services diététiques différenciée, c'est-à-dire ne reposant pas sur les principes des régimes amaigrissants mais reposant sur un suivi personnalisé, *etc.*

Le régime amaigrissant est une pratique que l'on observe pour des raisons d'abord instrumentales, pour les résultats espérés et non pour l'intérêt de l'activité en elle-même. Les patientes et patients espèrent perdre du poids, être ou se sentir plus beaux et éventuellement en meilleure santé, même si la motivation sanitaire n'est pas première chez les patientes et patients rencontrés. Le caractère instrumental de la pratique est un point important. En effet, en rejetant la pratique de la restriction cognitive, c'est-à-dire du régime amaigrissant, sans pour autant renoncer à l'obligation de résultat, les diététiciennes et diététiciens rendent plus attractif, du point de vue des patientes et patients, le suivi diététique, sans le rendre moins efficace. Il leur faut cependant, pour ce faire, proposer des suivis catégorisés comme étant non restrictifs, adaptés à leur clientèle et efficaces. Comment s'effectue cette imposition symbolique ? En d'autres termes, si les diététiciennes et diététiciens ne recourent plus aux régimes, comment font-ils maigrir leurs patientes et patients ? Cette interrogation *a priori* descriptive constitue le point de départ de l'analyse développée lors du prochain et dernier chapitre. Par ailleurs, si les régimes ne font plus recette, il subsiste pourtant des exceptions. Nous avons vu tout d'abord que les styles de suivis sont plus ou moins dirigistes, restrictifs, *etc.* En outre, une partie des diététiciennes et diététiciens interrogés sont parfois confrontés à des demandes de patientes et patients en attente de régimes amaigrissants stricts. C'est le cas notamment de Pauline Malon qui reconnaît recommander parfois des restrictions à une partie de ces patientes et patients. Comment rendre compte de ces exceptions et plus généralement de ces différences ?

Modèle d'alimentation structuré et équilibré recommandé pour perdre durablement du poids (Dr E. Endocrinologue)

* PETIT DEJEUNER CONSEQUENT (25% des apports quotidiens) :

- Café ou Thé ou Chocolat sans sucre (mettre sucrètes) ; lait permis.
- 2 ou 3 tartines de pain (pain, pain de mie, pain complet, biscottes) légèrement beurrées (beurre allégé si possible).

(NB : le pain pris seul est considéré comme un sucre rapide; l'adjonction d'un produit gras en faible quantité ralentit l'absorption du sucre du pain qui se transforme alors en sucre lent).

- Pas de sucre ajouté
- Pas de confiture (sucrée)
- Pas de jus de fruit (sucré)
- Pas de fruits (sucrés)

(pas de collation, ou de grignotage ou de pause café entre les repas)

* DEJEUNER (Repas principal de la journée : 50% des apports)

- Une entrée de crudités; faire attention à l'assaisonnement qui doit rester modéré (la salade ne doit pas baigner dans l'huile ...).
- Alterner légumes et féculents; légumes en priorité si faible activité; féculents en cas d'activité physique soutenue dans l'après-midi (Sportifs).
- Supprimer le pain à table ; "au pire", une tranche de pain autorisée avec les légumes (pas avec les féculents). Eviter les féculents ou les légumes "en gratins".
- Viande blanche (poulet, dinde, jambon blanc, poissons (tous types)); Eviter le boeuf, l'agneau, les charcuteries, les viandes en sauces.
- Un (petit) morceau de fromage (au choix) en alternance (un jour sur deux) avec un laitage maigre (yaourt, yaourt aux fruits allégé, fromage blanc allégé, sans sucre, ni crème fraîche)
- Un fruit (1 pomme ou 1 poire ou 1 pêche ou 1 orange ou 2 mandarines ou 2 prunes ou 10 grains de raisins) en dessert.
- Pas de pâtisseries en semaine (sauf 1 autorisée le Week-end)
- Pas de jus de fruits ou de sodas à table (et en dehors) ; vin : 1 verre maxi au repas.
- Café (sans sucre).
- Pour les gourmand(e)s, 1 carré de chocolat autorisé à ce moment (pas ailleurs).

(pas de grignotages entre les repas)
(supprimer les goûters)

* **POUR les personnes ne pouvant se passer de goûter**, les enfants en particulier, remplacer le goûter habituel, par une collation moins sucrée et moins grasse : 1 pomme (et/ou) un yaourt (éventuellement yaourt aux fruits allégé) pour "tenir le coup" jusqu'au dîner.

* DINER (frugal, plus léger que le repas de midi : 25% des apports)

- Potages "à volonté" (jusqu'à 1/2 litre de soupe "aux légumes variés")
- 1/2 à 1 tranche de jambon blanc, ou "un reste" de viande froide, ou 1 oeuf (2 oeufs par semaine autorisés).
- 1 laitage maigre (yaourt, ou yaourt aus fruits allégé, ou fromage blanc allégé)
- Pas de féculents le soir en dehors des pommes de terre du potage.
- Pas de pain
- Pas de fromages gras
- Pas de fruits

(pas de grignotages entre (ou après) les repas)

* **NB : NE PAS OUBLIER LE ROLE ESSENTIEL D'UNE ACTIVITE PHYSIQUE REGULIERE (intervient dans 50% de l'amaigrissement) :**

- Marche +++ (Eviter de prendre la voiture dès que possible)
- Activités sportives
- Gymnastique, danse ...

Chapitre 6

Faire maigrir : les limites sociales à la naturalisation de la contrainte

Après avoir mis en évidence, au cours du précédent chapitre, le rejet de la restriction cognitive, de la contrainte de l'alimentation par l'observation d'un régime, c'est-à-dire d'un programme alimentaire restrictif préétabli, ce dernier développement entend s'intéresser à la façon dont les diététiciennes et diététiciens font maigrir leurs patientes et patients. Il s'agit en particulier de rendre compte des différences observables, dans la mise en place des suivis diététiques, selon les caractéristiques socio-démographiques des patientèles.

Nous verrons dans un premier temps que les diététiciennes et diététiciens sont confrontés à des attentes et à une obligation de résultats (*cf* section 1 page suivante). Si la simple variation du poids revêt une importance symbolique première, d'autres enjeux se nouent à l'occasion de la pesée. Or, la pratique du régime est, en principe¹, rejetée par l'ensemble des diététiciennes et diététiciens interrogés. Ainsi, les diététiciennes et diététiciens doivent contraindre, réguler, l'alimentation des patientes ou patients, sans pour ce faire recourir à un programme, à des proportions ou des rations, c'est-à-dire à des recommandations s'apparentant trop strictement au suivi d'un régime. Les diététiciennes et diététiciens préfèrent donc aux régimes, à une contrainte extérieure, naturaliser cette contrainte en proposant aux pa-

1. L'utilisation de l'expression « en principe » a pour fonction de distinguer la théorie de la pratique. En effet, nous avons vu au cours des deux chapitres précédents que l'idée de mettre les patientes et patients non malades au régime amaigrissant est vigoureusement rejeté par l'ensemble des diététiciennes et diététiciens. Certaines recommandations émises par les diététiciennes et diététiciens que nous avons rencontrées s'apparentent cependant objectivement à une régulation cognitive de l'alimentation. Ces règles ne « [font pas] trop régime » mais régulent tout de même en partie l'alimentation des patientes et patients. Le rejet des régimes est donc effectif au moins en principes. Au niveau des pratiques, le rejet est moins systématique.

tientes et patients de travailler sur « les sensations alimentaires » (*cf* section 2 page 387). Une telle méthode d’amaigrissement est cependant située socialement. La « naturalisation » de la contrainte correspond à son incorporation au sens où il n’est plus nécessaire de « faire attention », consciemment, la contrainte étant intériorisée, incorporée, naturalisée. La contrainte extérieure, réflexive, cognitive, celle du régime que l’on s’administre, est remplacée par une contrainte incorporée, qui repose sur des sensations corporelles physiologiques. Elle est donc pensée comme étant naturelle alors même qu’elle est le produit d’un apprentissage. Elle suppose des compétences, un rapport au corps socialement constitué. Les limites sociales de cette méthode correspondent donc à son caractère socialement acquis. Son acceptabilité et son efficacité se sont pas aussi probables auprès de patientes et patients de classes populaires que de patientes et patients socialement entraînés, habitués, à un rapport au corps attentif, réflexif². Il en résulte des stratégies ou pratiques de suivi socialement différenciées selon la composition sociale de la patientèle, et, par effet de structure, selon le territoire d’exercice (*cf* section 3 page 427).

1 Maigrir. La balance comme « juge de paix »

Nous allons voir comment la pesée constitue un moment à part et déterminant au cours du suivi. Le poids, mesuré par la balance, est en effet l’objet d’attentes conjointes de la part des diététiciennes et diététiciens et de leurs patientes et patients. Il est également le support de jugements relatifs notamment à l’efficacité du suivi.

1.1 Attentes conjointes de résultats chiffrés

Le caractère déterminant de la pesée repose principalement sur les attentes conjointes que nourrissent les praticiens et leurs patientes et patients à l’égard du poids, c’est-à-dire du résultat chiffré, dont la variation d’une séance à l’autre est largement pensée comme le signe de l’efficacité ou non du suivi diététique. Il s’agit d’évaluer le poids du patient tout en proposant une estimation objective de l’efficacité du suivi qui repose en grande partie sur les résultats obtenus.

2. Nous verrons que ce constat s’appuie notamment sur l’article séminal de Luc Boltanski, BOLTANSKI, « Les usages sociaux du corps », *art. cit.*

1.1.1 Une obligation de résultats

Les diététiciennes et diététiciens libéraux sont confrontés à une obligation de résultats dans la mesure où les patientes et patients s'attendent à perdre du poids dans le cadre de leur suivi diététique.

Pour rappel, nous avons montré, à partir du témoignage de nos enquêtés et de nos observations, que les diététiciennes et diététiciens, sauf s'ils sont spécialisés sur des pathologies telles que l'anorexie ou des affections rénales, disposent d'une patientèle constituée généralement à plus de 90% de patientes et patients désirant perdre du poids. De même, les patientes et patients rencontrés, mise à part Sophie Bricou, une patiente anorexique, consultent une diététicienne ou un diététicien dans le but de perdre du poids. Ils souhaitent connaître une perte pondérale, à l'instar de Gisèle Pommier, une femme âgée de soixante-quinze ans lors de l'entretien, qui décide d'entamer un suivi avec Juliette Poudale en raison d'un sur-poids qu'elle n'estime plus supportable :

« Un beau jour, j'ai dit : "aller il faut arrêter parce que là". Je ne rentrais plus dans les pantalons. Les t-shirts, ils étaient énormes (*rires*). Taille quarante huit quand même, avec près de quatre-vingt dix kilogrammes . . . Donc il faut que je fasse quelque chose. C'était la santé mais je me suis dit aussi après, quand même, je ne suis pas si vieille que ça. Qu'est-ce que je vais ressembler dans cinq, six ans, hein ? voilà, ça rumine. Donc tout ça mis l'un dans l'autre, je me suis dit : "aller, on y va". »³

Gisèle Pommier souhaite préserver sa santé mais c'est principalement par souci esthétique qu'elle a décidé de consulter une diététicienne. Elle se demande à quoi elle va « ressembler dans cinq, six ans », et le redoute. Elle « rumine », c'est-à-dire qu'il s'agit d'un souci très préoccupant. Il s'agit bien d'une question pondérale, de morphologie, puisqu'elle déplore le fait de ne plus pouvoir enfiler « les pantalons » « taille quarante-huit », à cause de son poids avoisinant quatre-vingt dix kilogrammes.

Gisèle Pommier comme les autres patientes et patients rencontrés consulte donc pour perdre du poids. Elle s'attend à perdre du poids. Or, les attentes des patientes et patients sont justifiées au regard du caractère marchand du service. Ils souhaitent, pour le dire trivialement, en avoir pour leur argent. La satisfaction éprouvée à l'égard du service d'accompagnement à l'amaigrissement est principalement fonction du résultat. Ainsi, si une méthode qui limite les frustrations associées au régime est appréciée, le jugement qu'on lui porte est conditionné par

3. Entretien téléphonique effectué le 8 décembre 2017.

l'obtention de résultats objectivés par la mesure du poids visible sur la balance. C'est le sens de la remarque émise par une patiente lors de la consultation d'un couple de trentenaires, très légèrement en sur-poids, à laquelle nous avons pu assister au sein du cabinet parisien de Fany Lebois :

« Moi qui avait fait des régimes avant, qui était obsédée . . . Mais là, je me sens vachement bien, je n'ai pas l'impression d'être au régime. J'espère par contre que ça va se voir sur la balance ! »⁴

Si la patiente apprécie la méthode ne donnant « pas l'impression d'être au régime », c'est-à-dire ne supposant pas l'imposition d'une contrainte réfléchie sur son alimentation, source de frustrations, elle est en attente de résultats. Plus précisément, si l'absence de frustrations entraîne une absence de résultats observables « sur la balance », alors elle sera déçue et rejettera cette méthode en raison de son inefficacité. Apprécier la méthode proposée est un élément appréciable pour ce couple mais secondaire au regard de l'efficacité du suivi. Cela semble compréhensible étant donné qu'ils rétribuent Fany Lebois à hauteur de 100€ pour cette troisième consultation. Le service, et donc la méthode proposée, doit valoir le coût, au sens propre de l'expression.

L'obligation de résultats est entretenue par le contexte concurrentiel des marchés diététiques locaux. Il faut prendre en compte les résultats que peuvent offrir les concurrents. Pour être compétitif, il faut proposer des suivis à des prix proches ou inférieurs pour une efficacité relative similaire ou supérieure, qu'elle soit évaluée à court ou à moyen terme. Le témoignage de Lorraine Pluche, une jeune diététicienne parisienne, nous permet de voir que l'efficacité des offres concurrentes, en terme de perte pondérale espérée, est tout aussi connue, scrutée, redoutée, par les diététiciennes et diététiciens, que leur prix :

Étienne : Est-ce que vous vous sentez en concurrence avec Weight Watchers[®], Natur House[®], tout ça ?

Lorraine : Ah oui, ah oui, clairement. Et souvent, c'est marrant, les gens préfèrent investir là-dedans plutôt que dans une diététicienne. Et finalement je pense que le coût est similaire voire plus cher pour ce genre de régimes.

E : Oui, Natur House[®] il faut acheter des produits.

L : Oui, c'est ça. Et c'est vrai que Weight Watchers[®], y a des offres mais un abonnement par mois à mon avis c'est aussi cher qu'une diététicienne. Ce n'est pas remboursé non

4. Extrait du journal de terrain relatif à une consultation d'une heure, le 15 juin, facturée 100€. Les patients sont un couple de trentenaires bi-actifs venant effectuer leur deuxième consultation à l'occasion de leur pause méridienne.

plus, mais s'ils le suivent bien la perte de poids est peut-être plus rapide⁵.

Il apparaît que Lorraine Pluche, installée en libéral à Paris depuis seulement six mois environ, connaît les coûts et dispose d'une estimation de l'efficacité des offres commerciales d'accompagnement à l'amaigrissement par rapport auxquelles elle se sent en concurrence. Si elle s'intéresse à ces deux éléments, c'est parce qu'ils constituent selon elle les deux principaux facteurs déterminant les arbitrages des patientes et patients entre différentes offres de services.

La perte de poids est donc une attente des patientes et patients au sens d'exigence et d'espérance. Elle est également une obligation et une espérance pour les diététiciennes et diététiciens. Cela donne généralement lieu, comme en témoigne Audrey Vernier, une diététicienne exerçant à Paris et dans une commune populaire de la petite couronne, à l'établissement d'objectifs successifs de perte de poids au cours des suivis :

« Je fixe des objectifs de poids. J'explique [aux patients] pourquoi cet objectif est choisi et on le choisit même ensemble, en un commun accord. Il faut qu'ils soient d'accord. Et souvent je fais des paliers de poids. Le premier, par exemple, bah je prends l'exemple d'une patiente que j'ai reçue en obésité morbide. Je lui dis : "notre premier objectif c'est de passer en obésité pas morbide. Après notre deuxième pallier c'est de passer en sur-poids. Et après une fois qu'on est passé vraiment tout en haut du sur-poids, on regarde jusqu'où on peut aller en fonction de comment vous sentez votre motivation etc ". »⁶

Le fonctionnement par objectifs partagés, puisqu'ils sont établis « en un commun accord », traduit une volonté commune, fruit d'une espérance et d'une exigence partagées.

Ainsi, la variation du poids revêt une importance primordiale dans le cadre des suivis diététiques. L'instrument de sa mesure, la balance, occupe donc une place symbolique centrale, qui peut s'apparenter à un « juge de paix⁷ ».

1.1.2 La balance « juge de paix »

La place centrale de la pesée au sein d'une consultation se manifeste tout d'abord au sens propre puisque la pesée n'intervient jamais au début ni à la fin mais au milieu

5. Entretien effectué à son domicile parisien le 14 décembre 2016.

6. Entretien effectué à son cabinet le 23 mars 2017

7. Il s'agit d'une expression indigène employée par un père de famille lors d'une consultation effectuée auprès de Pauline Malon (*cf infra*)

de la période de temps consacrée à la consultation. La pesée, moment objectif, quantitatif, est encadrée par des phases de discussions entre les diététiciennes et diététiciens et leurs patientes et patients. Ces échanges permettent une appréhension qualitative et subjective du suivi. Les diététiciennes et diététiciens interrogent notamment les patientes et patients sur la façon dont ils ont vécu et observé les recommandations émises lors de la séance précédente.

La pesée désigne la séquence au cours de laquelle la diététicienne ou le diététicien fait monter le patient ou la patiente sur une balance, prend note du résultat puis en discute avec la personne suivie. La pesée constitue un moment à part au cours de la consultation, nettement séparé des autres par le rituel qu'il suppose. Les patientes et patients doivent en effet, sur invitation de la diététicienne ou du diététicien, se lever de leur chaise, se dévêtir, plus ou moins selon les praticiens et les situations, monter sur la balance, puis retrouver leur position initiale, à proximité du bureau, face à la diététicienne ou au diététicien. Il s'agit en outre d'une séquence à part, séparée du reste de la consultation, et en cela presque sacrée⁸, dans la mesure où elle est l'occasion de la production d'une évaluation objective, chiffrée, du poids des patientes et patients. La variation du poids étant déterminante dans l'appréhension que peuvent avoir les patientes et les patients du suivi, la pesée constitue également une forme d'évaluation du suivi lui-même, de son efficacité. Lors de la pesée, la balance donne en quelque sorte un verdict. Le verdict objectif de la balance, incontestable bien qu'interprétable (*cf* section 1.2 page 373), est envisagé comme la résultante du comportement alimentaire (et en terme d'activité physique) adopté entre deux consultations. La variation du poids est appréhendée comme le solde des excédents et des déficits de la balance énergétique, ou, d'un point de vue profane, comme la conséquence des excès ou des retenues alimentaires. Pour mieux se figurer ce moment particulier qu'est la pesée, et pour en déceler les enjeux, la séquence intégrale de deux pesées intervenues au cours d'une consultation au sein du cabinet de Pauline Malon à Mélieu est restituée ci-après (*cf* encadré page 361).

8. Émile DURKHEIM (1912), *Les formes élémentaires de la vie religieuse : le système totémique en Australie*, Librairie Félix Alcan, Paris.

La pesée

La pesée n'est pas facilement observable. Si le fait d'assister à cette séquence n'a présenté aucune difficulté particulière lors des consultations parisiennes de Fany Lebois, nous en avons presque toujours été exclu lors des consultations de Pauline Malon ^a. Cela s'explique par le fait que la diététicienne de Mélieu demande à ses patientes et patients de retirer leurs vêtements, à l'exception de leurs sous-vêtements, pour procéder à la pesée. Ainsi, lorsqu'il s'agissait de patientes, il nous a été demandé de sortir de la salle de consultation, en raison de la gêne que notre présence, et singulièrement notre regard, pourrait susciter chez les patientes. Ainsi, nous ne disposons que de quatre observations de pesées au sein du cabinet de Pauline Malon sur quinze consultations observées. Sur ces quatre pesées, trois concernent un enfant, et parfois son père, jamais sa mère. Le quatrième pesée retranscrite est issue d'une seconde consultation ayant fait l'objet d'un auto-enregistrement de la part de la diététicienne. Des extraits d'observations, tirés de ces pesées, ainsi que de celles effectuées au sein du cabinet de Fany Lebois, sont mobilisées dans la suite du développement.

La pesée de la troisième consultation observée au cabinet de Pauline Malon, le mardi 20 décembre 2016, de 10h40 à 11h15, a été retenue pour être restituée entièrement pour trois raisons. Premièrement, elle est longue, riche et elle donne à voir le déroulement habituel de l'exercice. Elle constitue donc un bon exemple de pesée. Deuxièmement, c'est de cette observation qu'est tirée l'expression « juge de paix », employée pour qualifier l'effet ou le rôle de la balance de la diététicienne. Il nous a semblé opportun de délivrer le contexte de son utilisation. Enfin, troisièmement, il s'agit des patients suivis les plus précaires parmi l'ensemble des patientes et patients rencontrés. Anticipant la suite du développement, cette restitution laisse concevoir l'hétérogénéité sociale de la patientèle à laquelle Pauline Malon est confrontée.

La famille qui arrive en consultation est aidée par le secours populaire qui finance le suivi. Les parents, qui se sont mariés en décembre 2012, ont deux filles. La mère est âgée d'environ vingt-sept ans. Le père a quarante-sept ans. La mère est ronde, en situation d'obésité, le père est grand et est également obèse. Il mesure plus d'un mètre quatre-vingt et pèse plus de cent quarante kilos. Ils ont un vocabulaire, une façon de parler et un respect des règles formelles de la conversation qui traduisent leur position sociale très dominée. Les paroles fusent dans une ambiance, parfois, de cacophonie. Le vocabulaire est parfois très familier, par exemple lors que la mère dit, à propos de sa fille de cinq ans, Océane : « elle va bouffer comme une goinfre ». La non maîtrise des codes formels de tenue et de retenue s'observe tout au long de la consultation. Elle culmine lorsque, Océane tardant à attacher ses baskets en fin de consultation, le père l'attrape, la pose sur ses genoux et lui délivre une frappe violente, qui claque, sur les fesses, devant la diététicienne. Un silence d'une seconde se fait alors entendre, avant que la mère ne commente, d'un ton très calme : « et une de plus de tombée ». La consultation est principalement consacrée à Océane, qui est en léger sur-poids. Le père est également suivi par Pauline Malon depuis 2011. Les parents ont une autre fille, âgée d'un an. Elle se trouve sur les genoux du père. La mère porte des béquilles. Océane ne parle presque pas et joue avec la cuisine-dinette située vers la porte, à l'arrière de la salle de consultation. La salle est allongée. Je suis assis sur une chaise située vers la porte, à l'opposé de la fenêtre et du bureau de Pauline

Malon. La diététicienne fait face aux parents. Nous les voyons de dos. Le dictaphone est situé sur le bureau. La fille aînée bouge et est très bruyante pendant que les parents discutent avec la diététicienne.

La première pesée, celle de la fille, Océane, est l'occasion de la première occurrence de l'expression « jube de paix » en référence à la balance de la diététicienne :

Mère (*à sa fille*) : Tu vas monter sur la balance.

Océane : Non.

Père : Tu vas enlever tes chaussures.

O : Non. Non !

P : Bah si. Si tu veux après ce sera papa pour voir aussi.

Diététicienne : Elle a été pesée et mesurée là récemment ?

P : Non. Enfin si juste été pesée.

D : Ouais.

P : Elle faisait 24 kilos.

M : Apparemment elle est encore au même poids.

P : Apparemment ...

D : D'accord.

P : Elle a peut-être repris d'ici là parce que c'était la semaine dernière. Quand c'était qu'elle avait fait quarante de température ? C'était la semaine dernière.

D : Ah d'accord.

P : Elle nous a fait un début de grippe. Et le lendemain elle pétait la forme. Impeccable.

D : D'accord (*elle prend des notes*)

M : (*à sa fille, à propos de la dinette*) : donne [à ta petite sœur] un fruit ou un légume s'il te plaît. Là tu n'as que des fruits. Si, t'as des légumes.

D : Moi j'ai l'impression que c'est la conséquence de son caractère et de son problème de comportement.

P : Océane, pose ça deux secondes. Viens te peser !

O : Non !

M : Si, faut monter sur la balance pour voir si ta courbe elle est bonne ou pas.

O : Non.

D : Tu viens deux minutes ?

M : Aller, après tu reviens faire à manger le temps qu'elle note sur le papier.

P : Voilà, aller.

M : Tu laisses à ta sœur.

P : (*crescendo* :) Aller, tu enlèves tes chaussures chaussettes ... chaussures chaussettes ... chaussures chaussettes.

M : Tu te mets pieds nus si tu préfères.

O : Non.

P : Si il faut enlever tes chaussettes elle va dire.

M : Je crois qu'il faut enlever les chaussettes.

D : Bah c'est mieux mais si j'ai une taille un poids déjà c'est bien.

M : De toute façon ce ne sont pas les grammes des chaussettes qui vont.

D : Non.

P : C'est le juge de paix ça. Et une fessée si tu n'as pas maigri.

D : oh ...

P : Et si tu as maigri un petit peu, tu auras droit à un gros gâteau.

M : Un gros gâteau ah bah ça, si c'est pour qu'elle perde 100g puis qu'elle les reprenne!

[Océane monte sur la balance]

D : Alors, on va déjà voir si elle a grandi. Bouge pas.

M : Contre le mur les talons.

D ; Ah, bah oui! 1m31, tu faisais 1,29, tu as pris deux centimètres bah dis donc!

M : Comme a dit Pauline, si elle prend un centimètre et qu'elle reste à vingt-quatre c'est bon.

P : Juge de paix maintenant.

D : Alors, la balance est sur zéro. C'est bon, tu peux monter et tu bouges plus. Tu fais la statue.

P : Tu te tiens pas.

D : 24,700 ... Elle a six cents grammes de plus pour deux centimètres. Donc à mon avis, oui elle a perdu. L'IMC était à 20,3, elle est à 20.

P : Ah! Mets tes chaussures.

D : Donc bon, on va dire qu'elle se maintient quoi.

M : En fait elle a pris un petit peu puis elle a deux centimètres.

D : Par contre deux centimètres en un mois. *(s'adressant au père :)* Bon, c'est vrai que vous vous êtes grand.

M : Moi ce qui m'inquiète la plus c'est que je l'habille en huit dix ans. Et elle n'a que cinq ans.

D : Ouais, bah oui.

M : Le ventre, les jambes et les fesses. C'est surtout ça qui m'inquiète.

D : Si elle arrive à stabiliser son poids, petit à petit.

P : La courbe elle va redevenir normale quoi.

D : Mais là on aurait pas intérêt à son âge à la faire chuter pour la faire remonter. Il faudra à un moment donné de toute façon qu'elle fasse vingt-cinq kilos. Donc le mieux c'est de stabiliser, de la laisser grandir. L'idée c'est de ne surtout pas la faire chuter. Mais en même temps ...

P : Donc là

D : ... elle a un comportement alimentaire qui n'est pas ...

P : qui n'est pas normal.

D : ... pas idéal. Prendre l'habitude de manger à chaque fois qu'on s'ennuie, bon. Ce n'est pas bon quoi. Mais je pense que c'est un travail qu'elle a à faire sur elle-même, à savoir se poser, à savoir ne rien faire.

M : On va regarder la courbe.

D : Elle est à vingt, voilà, donc elle a diminué. Il n'y a pas besoin qu'elle perde du poids.

P : Il faut qu'elle se stabilise quoi. [...]

M : Bon déjà elle a perdu un peu.

D : Oui, je trouve que, c'est encourageant.

M : Elle est pas loin de sa courbe. Enfin de la bonne courbe on va dire.

Le vocabulaire employé et l'expression des parents témoignent de leur appartenance de classe^b. L'utilisation du terme « juge » s'explique en outre peut-être par les rapports réguliers que cette famille doit entretenir avec les services sociaux. Il se peut également que cette famille en difficultés ait déjà eu affaire à des juges des affaires familiales, en raison de leur précarité. Le moment de la pesée marque bien une rupture dans le déroulement de la consultation puisqu'il suppose une préparation physique. Océane, qui rechigne à respecter l'injonction de ses parents, doit retirer ses chaussures et ses chaussettes. Le retrait de ces dernières n'est pas obligatoire. Cela permet simplement d'utiliser la fonction d'impédancemétrie, c'est-à-dire la capacité de différencier, à l'aide de la balance, le pourcentage de masse grasse, d'eau et de muscles dans le corps de la personne pesée. Cette fonctionnalité doit permettre d'affiner le diagnostic, le jugement, une prise de poids étant positive s'il s'agit d'une prise de masse musculaire suite à l'intensification d'une pratique sportive, par exemple. Ensuite, Pauline Malon doit se lever et se rendre de l'autre côté du bureau vers la balance, sur laquelle Océane doit monter après s'être faite mesurer. Chacun retrouve par la suite sa position initiale. La pesée est ainsi le seul moment de la consultation qui suppose un déplacement ordonné des corps.

L'extrait témoigne également de ce qu'il conviendrait d'appeler un fétichisme du nombre. La balance est un juge dont la sentence se résume à une donnée chiffrée, le poids, que l'on peut éventuellement rapporter à la taille en centimètres pour obtenir l'indice de masse corporel (IMC). Le poids est attendu, tout comme « la courbe » de l'IMC. Il « faut monter sur la balance pour voir si [la] courbe est bonne ou pas ». La balance seule peut trancher, juger du succès ou de l'échec du suivi. « La courbe » peut être bonne, ou mauvaise, comme un accusé peut être déclaré innocent ou coupable. Le verdict du « juge de paix » peut même avoir pour conséquence une peine, une sanction, une sentence, à savoir, « une fessée », s'il est mauvais, c'est-à-dire si Océane n'a pas maigri. A l'inverse, du verdict peut résulter une récompense, « un gros gâteau ». Enfin, il est remarquable d'observer la solennité que revêt l'attente du verdict. En particulier, la diététicienne contrôle le bon réglage de la balance, qui doit être tarée, avant d'autoriser Océane à y prendre position. Pauline Malon lui indique ensuite la consigne : « tu bouges plus, tu fais la statue ». Le résultat, le jugement, le verdict, ne doit en effet pas être faussé. Pareillement, le père lui interdit de « [se tenir] », car cela reviendrait à tricher, à se soustraire au jugement. Enfin, la solennité, et le fétichisme du chiffre, s'observe également dans la précision du poids retenu : « 24,700 » kilogrammes, soit six cents grammes de plus que la fois précédente.

Plus en aval du cours de la consultation, le père demande à être lui aussi pesé. Cette seconde séquence traduit également la focalisation sur le poids et l'importance que revêt le jugement produit par la balance. L'outil permettant la mesure peut par ailleurs être lui-même l'objet d'un jugement :

Père : Est-ce que vous pourriez regarder mon poids à moi aussi ?
 Diététicienne : Vous avez encore perdu ?
 P : Je pense.
 D : Vous avez les pantalons moins serrés ?
 P : Non, je ...
 Mère : Non, il voudrait juste savoir combien il pèse.
 D : Ouais ouais. Mais le pantalon vous sentez, il y a une motivation.
 P : Et puis je veux redescendre à cent dix [...]. Juste voir ce que ça donne, pendant qu'on est là.
 D : Oui oui pas de problème.
 P : Vous qui avez des bascules qui marchent parce que je ne fais pas confiance au médecin. Au médecin elle marche une fois sur deux.
 D : Ah bon ?
 P : Ouais. Donc, je préfère venir vous voir pendant que avec la petite comme ça.
 M : Moi je ne monte pas sur la balance comme ça ...
 P : Moi si, juge de paix. J'enlève le portable.
 M : Enlève la montre aussi, ça fait des grammes en plus.
 D : Quel âge, euh, quarante-sept [*elle en a besoin pour régler la balance*]. C'est bon.
 M (*à Océane*) : Papa il monte sur la balance regarde.
 D : Vous avez perdu encore 1,6 kg.
 P : Encore !
 D : Vous êtes toujours sous [*V*****]^c ?
 P : Ouais. 1 kilo 6 encore.
 D : Bah ça vous réussit bien ce nouveau traitement.
 M : Ah, va falloir demander au Père Noël qu'il te ramène des fringues.
 D : Ah oui parce que là oui ça fait ... C'est quand que vous aviez fait ce poids là ?
 P : Oh ya, pfou pfou ...
 M : Tu fais combien ?
 D : Vous avez pas gardé des traces. Parce que des fois on garde ?
 P : Non là ce poids là ...
 M : Parce qu'il fait combien là ?
 D : 142,500.
 P : Donc la bascule ...

On remarque tout d'abord l'existence d'un objectif chiffré, de poids, cent dix kilogrammes. Le père veut en effet « redescendre à cent dix ». Dans cette optique, le fait de se sentir moins serré dans son pantalon n'apparaît pas comme un bon indicateur de la poursuite de l'amaigrissement. Le changement de taille de vêtement n'est envisagé que comme une conséquence, et non un signe, de la perte de poids. La première réaction de la mère à la nouvelle perte de poids du père est en effet relative au nécessaire renouvellement, coûteux, de la garde

de robe que cela suppose : « va falloir demander au Père Noël qu'il te ramène des fringues ». A l'inverse, le poids indiqué par la balance constitue le véritable critère objectif devant établir la trajectoire pondérale. Le jugement porté par la balance est ainsi attendu, demandé pour lui même, puisque le père « voudrait juste savoir combien il pèse ». Lorsque la diététicienne évoque la motivation que peut susciter le fait de se sentir plus à l'aise dans ses vêtements, le père préfère quant à lui rappeler son objectif pondéral.

Ensuite, si la mère reconnaît avoir peur du jugement de la balance puisqu'elle « ne monte pas sur la balance comme ça », le père lui, à l'inverse affiche son volontarisme. Il veut affronter le « juge de paix » impartial qu'est la balance. Cependant, il prend des précautions pour favoriser l'obtention d'un jugement favorable. Il retire en effet son portable, puis sa montre qui « fait des grammes en plus ». Enfin, par prévention, il interroge Pauline Malon sur la qualité de sa balance à l'instar d'un avocat qui s'interrogerait sur l'impartialité d'un juge. Il demande en effet à la diététicienne si elle a « des bascules qui marchent ». L'emploi du terme familier de « bascule » pour désigner la balance est un marqueur social. Il « ne fai[t] pas confiance » à la balance du médecin qui, selon lui, « marche une fois sur deux ». Cela offre un éclairage nouveau sur l'usage par le père du terme « apparemment », dans l'extrait précédent, pour moduler la stabilité pondérale de sa fille constatée par le médecin traitant. Cela s'explique par le fait qu'il est dubitatif sur le réglage, la justesse du jugement, de la balance du médecin traitant. Il a davantage confiance en la balance de la diététicienne. Le « juge de paix » fait ainsi l'objet d'un jugement.

a. Pour une réflexion méthodologique sur ces questions, voir le chapitre 1.

b. Basil BERNSTEIN (1975), *Langage et classes sociales : codes socio-linguistiques et contrôle social*, trad. par Jean-Claude CHAMBOREDON, Les éditions de Minuit, Paris.

c. Il s'agit d'un médicament.

Les deux extraits présentés au sein de l'encadré nous renseignent sur la place centrale qu'occupe la surveillance de la variation du poids au cours d'un suivi diététique. Par extension, l'instrument qui en permet la mesure, en principe objective, s'il fonctionne bien, c'est-à-dire la balance, se trouve ainsi placé au cœur du suivi, de même que la séquence de la pesée. La métaphore de la justice semble pertinente tant le poids, révélé par la sentence de la balance, et ses variations, est un facteur déterminant, prépondérant, dans la construction du jugement que les patientes et patients peuvent porter sur le suivi et la méthode employée. L'expression « juge de paix » employée par le père suscite une interprétation plus spécifique au suivi de cette famille vivant dans la précarité. En effet, ils ne disposent pas d'une balance à leur domicile. Il leur est donc impossible de se peser en dehors d'un contexte médical ou paramédical. Cela accroît le caractère officiel du jugement, d'autant que le chiffre ne peut être corrigé la semaine suivante puisqu'il faudra attendre la prochaine consultation. Il s'agit donc d'un jugement qui dure, donc plus solennel. L'expression « juge de paix » est empreinte de cette solennité. En outre, il y a dans le jugement émit par la balance professionnelle,

car à impédancemétrie, l'idée d'un chiffre objectif, impartial, qui contraste avec de simples impressions morphologiques ou vestimentaires dont on peut débattre à l'envie. Ainsi, s'il y a débats, conflits d'interprétation, c'est la balance qui a, en quelque sorte, le dernier mot. Elle est ainsi, au sens propre du terme, juge de paix.

Étant donnée l'importance conférée par les patientes et patients comme par les diététiciennes et diététiciens à l'évolution du poids au cours du suivi diététique, la pesée apparaît, au cours de la consultation, comme un moment à part mais également critique, potentiellement périlleux, déterminant pour la suite du déroulement de la consultation et du suivi.

1.1.3 La pesée comme moment critique

La pesée est un moment critique dans la mesure où elle permet d'établir la trajectoire pondérale du patient ou de la patiente. Elle peut donc déterminer, rétrospectivement, le jugement que l'on porte sur le suivi, la méthode, son efficacité. Le résultat de la pesée peut donc considérablement influencer le niveau de satisfaction des patientes et patients. Il s'agit cependant, la plupart du temps, d'un passage obligé, d'une séquence qu'il est difficile d'éluder. C'est ce qu'explique Marine Murier, une diététicienne parisienne âgée de vingt-neuf ans qui exerce la diététique depuis deux ans :

Étienne : Vos patients ils se pèsent ?

Marine : Oui, je les fais se peser à chaque fois.

E : ça fait partie du bilan ?

M : Oui, ça fait partie du bilan de base, comme ça on sait de quoi on part et après c'est aussi un indicateur si ça fonctionne ou pas. C'est même le premier indicateur⁹.

La pesée apparaît comme un passage obligé parce qu'elle est attendue, la plupart du temps, par les patientes et patients, comme nous l'avons vu précédemment (*cf* développement 1.1.2 page 359). Elle l'est également du point de vue de la diététicienne puisque la pesée « fait partie du bilan de base », c'est-à-dire essentiel. La pesée fait partie intégrante du suivi et de son évaluation et ne saurait être éludée. Il s'agit du « premier indicateur », c'est-à-dire de l'indicateur le plus important, pour juger de la réussite ou non du suivi. Le poids, et sa mesure, apparaît donc comme un outil d'évaluation synthétique, car résumé en un chiffre, de l'efficacité du suivi. L'importance primordiale que Marine Murier confère au poids n'est cependant pas partagée par l'ensemble des diététiciennes et diététiciens. Ana Mougin par

9. Entretien effectué à son cabinet parisien le 12 novembre 2016.

exemple, qui exerce elle aussi depuis peu la diététique, en petite couronne, et qui est âgée de vingt-sept ans, s'oppose au réductionnisme que constitue la focalisation sur le seul poids. Elle insiste à l'inverse sur l'importance d'indicateurs alternatifs complémentaires :

Étienne : Et est-ce que c'est un indicateur important ou pas pour vous le poids ?

Anne : Oui, c'est un indicateur important dans le cadre d'une perte de poids, mais y a pas que ça, y a aussi le tour de taille, le ressenti de la personne, comment elle se voit dans un miroir¹⁰.

Ana Mougin conteste l'hégémonie du seul indicateur pondéral sans toutefois remettre en cause sa pertinence relative. Le poids « est un indicateur important » si les patientes et patients consultent pour maigrir. Elle insiste cependant sur la pertinence d'autres indicateurs morphologiques, comme « le tour de taille », mais également d'indicateurs subjectifs tels que « le ressenti de la personne ». L'importance d'indicateurs alternatifs, comme le ressenti vestimentaire mis en avant par Pauline Malon notamment, *a fortiori* s'ils mettent en avant la subjectivité face à l'objectivité, parfois brutale et décevante, du poids, se comprend lorsque l'on pense la pesée comme un moment critique. Les indicateurs subjectifs peuvent par exemple, en apportant un éclairage alternatif, atténuer un jugement négatif de la balance.

Par ailleurs, les patientes et patients préfèrent parfois ignorer leurs variations pondérales objectives et se concentrer sur leurs ressentis subjectifs et l'observation des recommandations que leur a adressées la diététicienne ou le diététicien. C'est ce dont témoigne Sylvie Maurice, une diététicienne parisienne qui a connu une reconversion professionnelle en 2004 après avoir effectué une carrière au sein d'annonceurs durant vingt ans :

Étienne : Est-ce que vous pesez [vos patientes et patients] à chaque séance ?

Sylvie : Sauf les gens qui ne veulent pas. S'ils ne veulent pas je le respecte. Y a des gens qui ne veulent pas voir.

E : c'est-à-dire ?

S : Ils ne préfèrent pas.

E : D'accord. Et c'est une balance spéciale ?

S : A impédancemétrie.

E : Et comment vous l'utilisez après au cours de la consultation ?

S : Ah bah oui je me sers de, quand ils arrivent à diminuer leur masse grasse.

E : Et ils apprécient les patients ce genre de balances ?

S : Ah bah oui, vous leur dites qu'ils ont diminué leurs masses grasses¹¹ ...

10. Entretien effectué à son cabinet le 6 décembre 2016.

11. Entretien effectué à son cabinet parisien le 23 novembre 2016.

Les patients sont en attente de résultats mais parfois « ne veulent pas voir », savoir, leur poids, sa variation. La balance de Sylvie Maurice est à impédancemétrie. Il ne s'agit donc pas d'un pèse personne classique dont la plupart des patientes et patients disposent à leur domicile. Cette spécificité ne permet cependant pas de persuader l'ensemble des patientes et patients d'accepter la pesée. Cela s'explique par le fait que le jugement peut être redouté. S'il est apprécié lorsque les « masses grasses » « ont diminué », il peut être douloureux dans la situation inverse. Ainsi, la parole du « juge de paix » étant irrévocable, les patientes et patients peuvent vouloir s'y soustraire. Les diététiciennes et diététiciens également car elle est « à double tranchant ». C'est ce dont nous fait part Diana Pardieu. Cette diététicienne parisienne qui exerce depuis une quinzaine d'années est celle qui a évoqué le plus longuement le moment de la pesée en entretien :

Étienne : Est-ce que vous utilisez, j'ai vu la balance, une balance impédance métrie ?

Est-ce que vous l'utilisez systématiquement ?

Diana : Non pas systématiquement.

E : Est-ce que les gens ont envie de se peser ?

D : Alors ça dépend. La plupart, ils ont envie. Je leur demande : "est-ce que vous voulez qu'on se pèse" ? Mais la plupart, ils ont envie.

E : Et une fois qu'ils se sont pesés, comment vous l'utilisez dans la consultation ? Est-ce que c'est un élément important pour voir le suivi des recommandations ?

D : Bah quand même, en général le patient, il a hâte de se peser. Après certains savent que bon, ils ont pas été très, donc la pesée ... en même temps c'est vrai que parfois on peut ne pas être très à l'aise avec la pesée, même moi. Parce que je me dis, bon, on s'est vu il y a un mois. Parfois le poids ne bouge pas donc les gens peuvent être très déçus, très démotivés, sachant que l'évolution pondérale bon, ce n'est pas forcément quatre kilos en un mois, faut pas rêver. Parfois c'est cinq cent grammes, un kilo. Et c'est vrai que quand on est face à un poids, ce n'est pas facile de dire qu'est-ce que s'est passé, pourquoi. Et puis ce n'est pas une science exacte donc c'est difficile de justifier. Pourquoi est-ce que le poids ...

E : Si c'est pas la même heure aussi pour cinq cent grammes.

D : Oui voilà en plus, ça peut être ... C'est vrai qu'entre deux consultations ce n'est pas forcément très ... enfin le chiffre ne veut pas forcément dire grand chose, hein ... ce n'est pas très significatif. Même moi parfois ça m'arrangerait de ne pas le peser. Et simplement, je lui demande s'il a envie. Je leur dis qu'on est pas obligés. Parce que c'est à double tranchant. C'est-à-dire à la fois, parfois, au contraire, les gens sont : "ah, quand même, je ne pensais pas". "Vous avez perdu 3kg", "ah, je ne m'en étais pas rendu compte". Et là tout d'un coup paf, regain de motivation. Donc ça ok, c'est un tranchant. Parce que les gens ils ne sont pas capables en fait de ressentir leur corps. Et puis y en a d'autres, "ah je me sens bien, lali lala", et puis pesée et paf, même poids. "Je ne comprends pas lalala". Et bah je n'ai pas de réponse moi, je ne sais pas. Pas même

moment de la journée, *etc.* Comment justifier un truc comme ça, c'est compliqué¹² !

Diana Pardieu observe, comme Sylvie Maurice, que la plupart des patientes et patients ont envie de se peser. Elle ne les y force pas. Lorsque nous lui demandons d'explicitier l'utilisation qu'elle fait de la pesée dans le cadre de la consultation et du suivi c'est l'ambivalence de celle-ci qui apparaît. Celle-ci transparait par ses hésitations et l'usage de l'expression « en même temps ». La pesée est à l'image de Janus ou de la lune, elle a deux faces. Si le patient a la plupart du temps hâte de se peser, la réticence face à l'exercice trouve parfois son origine chez la diététicienne ou le diététicien. Diana Pardieu explique ainsi que l' « on peut ne pas être très à l'aise avec la pesée, même [elle] ». Les diététiciennes et diététiciens peuvent être réticents car les corps résistent, les évolutions pondérales, d'un mois sur l'autre, entre deux consultations, peuvent en effet être minimales et ne pas correspondre aux efforts entrepris par les patientes et patients. Ainsi, « parfois, le poids ne bouge pas donc les gens peuvent être très déçus, très démotivés ». Si le chiffre du poids est généralement très attendu par les patientes et patients il n'est pas toujours « très significatif » du point de vue de la science de la nutrition ou de la diététique lorsque les variations sont minimales. De nombreux facteurs explicatifs peuvent être mobilisés. La force symbolique du poids indiqué par la balance, parce qu'il est perçu comme étant le bilan du suivi, est difficile à relativiser. Il peut, s'il est décevant, presque infailliblement, décourager la personne suivie. C'est la raison pour laquelle « même [elle, Diana Tardieu], ça [l'] arrangerai[t] de ne pas peser » les patientes et patients. La pesée est « à double tranchant ». Lorsque le jugement objectif de la balance ne coïncide pas avec le ressenti subjectif du patient ou de la patiente, alors la sentence peut être l'occasion d'un formidable regain de motivation ou au contraire d'un profond découragement. Face à un résultat surprenant négativement, le patient ou la patiente est confronté à l'incompréhension, « [il] ne comprend pas ». Le chiffre demande à être expliqué, interprété. Le patient ou la patiente attend de la diététicienne une explication. Or, Diana Pardieu n'a « pas de réponse », « ne sai[t] pas ». La situation est alors jugée « compliquée ». « Quand on est face à un poids, ce n'est pas facile de dire ce qu'il s'est passé, pourquoi ». Il faut pourtant, à l'instar d'une statistique utilisée dans le cadre d'un raisonnement sociologique¹³, le faire parler, l'interpréter (*cf* section 1.2 page 373).

12. Entretien effectué à son cabinet parisien le 12 décembre 2016.

13. Jean-Claude PASSERON (1991), *Le raisonnement sociologique : l'espace non-poppérien du raisonnement naturel*, Nathan, Paris.

Enfin, l'ambivalence de la pesée permet de comprendre les discours préventifs pouvant être émis par la diététicienne ou le diététicien. La pesée, l'attente du jugement, est en effet l'occasion de discours relativisant par précaution, préventivement, la portée du résultat chiffré. Cela s'observe par exemple dans la retranscription de la consultation auto-enregistrée par Pauline Malon. Nous avons pu assister à la première consultation de Jennifer, une patiente en sur-poids assez marqué, appartenant aux classes populaires, née en 1987 dans la région de Mélieu. Elle a été orientée vers Pauline Malon par le podologue qui exerce dans le même cabinet collectif afin d'entamer une démarche pour perdre du poids. Les membres de sa famille, du côté de son père comme de sa mère sont « tous gros » selon elle. Elle exerce le métier de secrétaire dans une entreprise de fret ferroviaire à Lyon où elle se rend en train tous les jours depuis Mélieu¹⁴. Elle est en couple et n'a pas d'enfant. Par les expressions¹⁵ qu'elle utilise, par ses loisirs, comme « danser en boîte », et son métier, elle appartient sans ambiguïté aux classes populaires. Il s'agit d'une deuxième consultation donc l'enjeu est considérable. Il s'agit en effet de constater le premier résultat chiffré, quantifiable, du suivi proposé par la diététicienne :

Pauline : Ouais ... Alors, bah on va voir. Y a forcément un résultat qui ferait plus plaisir ...

Jennifer : Ah bah, moi, du moment qu'il y a un petit peu de moins je serais contente.

P : D'accord [*elle règle la balance en parlant*]. Vu ce que vous me décrivez, moi, j'y crois. Après, on ne sait jamais donc (*rires*) à l'avance. Après, moi, ce que je retiens c'est que déjà vous arrivez mieux à être [*La bande son est inaudible*] des choses et qu'avec le temps ça ira de mieux en mieux.

J : Moi ce que j'espère c'est que ce soit ... fallait que j'enlève le haut je ne me souviens plus ?

P : Ouais, ouais. Et puis petit à petit on peaufine. On commence à ressentir le rassasiement quand il est là et puis petit à petit on le ressent plus ou moins ou presque ...

J : J'enlève ma montre parce qu'elle doit être lourde.

P : (*rires*) Ah les chaussettes aussi, moi je vous fais enlever les chaussettes. Il faut être pieds nus pour l'impédance. Non, ce qui serait très bien ce serait d'avoir le sport, pour le sport mais aussi pour le mental, se défouler, ça c'est important.

J : Je peux monter ?

14. La ligne de train qui relie Mélieu à Lyon est très fréquentée. Les trains directs effectuent le trajet en vingt-cinq minutes. Aux heures de pointes, environ cinq trains partent toutes les heures de Mélieu en direction de Lyon. Jennifer réside à dix minutes de la gare et travaille à dix minutes de la gare Part-Dieu à Lyon.

15. A titre d'illustration, lorsqu'en début de consultation Pauline Malon lui demande si elle connaît des troubles du transit intestinal, elle répond qu'elle « [est] un petit canard ». Cela signifie qu'elle n'a aucun problème.

P : Oui oui. Y a pas que, que la dépense. Et bah super, 85,2 au lieu de 87,4.

J : Yes¹⁶ !

Cet extrait se situe au milieu de la consultation. Il arrive après l'expression par Jennifer d'une satisfaction vis-à-vis de la méthode. Celle-ci, basée sur la régulation des prises alimentaires par les sensations corporelles de faim et de satiété¹⁷, est jugée par Jennifer étrange mais plus agréable que l'observation d'un régime. La méthode lui plaît mais elle espère constater une perte de poids après plusieurs semaines de suivi, car cette jeune femme en fort sur-poids consulte Pauline Malon pour maigrir. Lorsqu'il s'agit d'aborder la séquence de la pesée, Pauline Malon commence par reconnaître qu'il « y a forcément un résultat qui ferait plus plaisir », une perte de poids. Jennifer opine du chef puisqu'elle serait contente si elle perd, même un peu, du poids, et donc mécontente, déçue, dans le cas contraire. Pauline Malon fait montre d'optimisme tout en prévenant sa patiente, avec un petit rire, que l' « on ne sait jamais ». Le jugement objectif de la balance reste incertain malgré une impression subjective très positive. C'est la raison pour laquelle la diététicienne énumère les éléments positifs qui ont émergé de l'entretien effectué avant la pesée. Jennifer arrive mieux à être à l'écoute de son corps et cela ira en s'améliorant. Le « rassasiement » par exemple est de mieux en mieux et sera de mieux en mieux ressenti selon elle. Ces éléments qualitatifs positifs, propres à la méthode de régulation reposant sur les sensations alimentaires, sont mis en avant parce qu'ils constituent un acquis au crédit de la mise en place du suivi. Ils ne sauraient être remis en question par un hypothétique résultat décevant de la pesée. Ce discours préventif de Pauline Malon, associé à la mise en garde sur le caractère aléatoire de la pesée, s'avère *a posteriori* inutile puisque la perte de poids est jugée satisfaisante. Il constituait cependant une forme d'assurance contre le risque de sentence décevante émise par la balance.

Les patientes et patients qui consultent pour maigrir espèrent, tout comme les diététiciennes et diététiciens, et exigent une perte de poids sanctionnée par la sentence de la balance. Ces attentes conjointes situent la séquence de la pesée au centre de la consultation. L'attente du verdict du « juge de paix » est un moment critique car déterminant pour la suite du déroulement de la consultation et du suivi. La parole du « juge » se limitant cependant à un simple chiffre, il faut l'interpréter, en particulier lorsqu'elle est décevante.

16. Il s'agit d'un extrait tiré d'une consultation auto-enregistrée début mai 2017 par Pauline Malon.

17. Nous reviendrons sur cette méthode et sur cette consultation dans la suite du développement.

1.2 Interpréter la parole du « juge ». La pesée et ce que l'on en dit

Le verdict de la balance est très attendu et déterminant. Il est cependant l'objet d'interprétations. En particulier, lorsque la patiente ou le patient et sa diététicienne ou son diététicien sont confrontés à une légère prise de poids entre deux consultations, ou une stabilisation décevante relativement aux espérances, la recherche d'explications semble alors nécessaire. Interpréter le résultat peut alors revenir à incriminer un comportement ou une personne (*cf* section 1.2.1). Cela peut être encouragé par le praticien ou la praticienne dans le but de modifier les comportements alimentaires de son patient ou de sa patiente. A l'inverse, la diététicienne ou le diététicien peut relativiser le caractère significatif et donc l'importance de la prise de poids afin de soulager la culpabilité d'un patient ou d'une patiente. Relativiser, faire preuve d'empathie et re-mobiliser une patiente ou un patient face à un résultat très décevant s'avère nécessaire en cas de découragement. En revanche, si la balance émet un jugement favorable, les diététiciennes que nous avons pu observer s'efforcent alors de capitaliser sur ce résultat positif en accréditant ce jugement, le mérite des patientes et patients ou leur méthode (*cf* section 1.2.2 page 381).

1.2.1 Interpréter, c'est incriminer

Au cours de nos observations de consultations, les cas de prises de poids entre deux séances se sont avérés très rares. La logique du suivi diététique, destiné à faire maigrir les patientes et patients, est en effet la perte puis la stabilisation du poids. On peut raisonnablement supposer qu'en cas d'échecs réitérés les patientes et patients cessent de consulter. Ainsi, la plupart des pesées auxquelles nous avons pu assister ont conclu à une perte de poids, parfois conséquente. Cela ne fut cependant pas le cas à deux occasions. Il s'agit de deux consultations familiales au cours desquelles la balance a établi une prise de poids chez une fillette de huit ans. L'argumentation déployée dans cette première partie du développement s'appuie donc sur ces deux consultations, la première au cabinet parisien de Fany Lebois, la seconde au cabinet de Pauline Malon à Mélieu.

La consultation auprès de Fany Lebois a eu lieu le 30 mai 2017. Un père en très léger sur-poids accompagne sa fille de huit ans, Angèle, qui présente un ventre un peu rond, à la consultation. Il vient de la récupérer à la sortie de l'école primaire du quartier qui

jouxté le cabinet. Les parents accompagnent alternativement leur fille en consultation. Nous ne disposons d'aucune information sur leur occupation professionnelle. Il semble cependant qu'ils appartiennent aux classes supérieures étant donné leur lieu de résidence, dans l'ouest parisien, et leurs loisirs. Ils avaient par exemple passé le week-end précédent à Londres. Enfin, Angèle est prolixe et utilise un langage relativement construit et précis, accréditant l'idée d'une appartenance aux classes plutôt favorisées. L'extrait de la consultation que nous vous livrons se situe au milieu de la consultation. Il a suscité chez nous un sentiment de gêne, de malaise, dans la mesure où cette fille de huit ans est confrontée explicitement à des règles diététiques assez strictes et contraignantes, comme lorsque la diététicienne l'enjoint à « faire attention à ne pas trop manger de féculents ». La recherche de causes à sa prise de poids était particulièrement gênante bien que très intéressante. Un sentiment comparable nous avait frappé lorsque Pauline Malon avait demandé à l'un de ses patients, âgé de dix ans, lors d'une consultation le 20 décembre 2016, comment il envisageait les fêtes de fin d'année. Elle faisait référence au fait que les repas allaient être copieux durant la période à venir.

Angèle est assise sur une chaise à côté de son père. Fany Lebois est assise de l'autre côté du bureau. Nous sommes installés dans un fauteuil un peu à l'écart de la scène, derrière les patients. La pesée de l'enfant sanctionne une prise de poids. La recherche des causes pouvant expliquer ce résultat décevant prend la forme, *mutatis mutandis*, d'un procès :

Fany Lebois : d'accord. On avait dit de continuer à ne pas se peser. Tu as réussi à ne pas te peser ?

Angèle : Oui.

F : C'est vrai ?

A : Oui.

F : super ! Tu es ok pour qu'on regarde ce que ça donne ? Ouais . . . Ok, tu peux enlever tes baskets. Aller ! Et puis je te re-mesurerai aussi. Vas-y. Je vais te re-mesurer aussi. Un peu plus par là. Un mètre vingt-sept. A ton avis, qu'est-ce qu'elle dit la balance ?

A : Euh . . .

F : Tu dirais quoi toi ? Tu t'attends à quoi par rapport à ce que tu as fait ? Est-ce que tu penses que tu as pris un peu de poids, que c'est pareil qu'avant ou que tu as perdu un peu de poids ?

A : euh . . .

F : Honnêtement par rapport à ce que tu as pu faire ?

A : Que je suis restée au même niveau je pense.

F : Que tu es restée au même niveau. Bon, tu as repris un petit peu de poids. Alors ce n'est pas très grave, mais du coup il faut continuer à faire assez attention. Est-ce que tu sais ce qui a pu expliquer ça ? Parce que si tu as repris un peu de poids ça veut dire

que, par rapport à tout ce qu'on vient de voir, que probablement tu as quand même mangé un petit peu plus.

A : Euh ...

F : tu n'as pas le sentiment ?

A : Non.

F : [*au père*] Vous, d'un oeil un peu extérieur ?

Père : Combien elle a pris ?

F : Quasiment un kilo. Le kilo qu'elle avait perdu la fois d'avant.

P : D'un oeil extérieur je dirais que déjà là le week-end on a fait n'importe quoi : hard rock café¹⁸, frites, *etc.*

A : Oui, mais moi j'y ai presque rien mangé papa !

P : Ah bon ?

A : Oui, j'ai laissé trois quart de ce que j'ai pris.

F : Ah bon ?

A : Oui, c'est vrai !

P : Je te crois.

F : D'accord. [...]

P : Et après, je pense qu'il y a eu des petits craquages.

A : Ah bon ?

P : Ouais je pense à des moments où je t'ai dit : "ça tu ne devrais pas" et puis tu l'as quand même pris.

A : Non.

P : Si, moi je me souviens, je ne me souviens pas précisément de quoi mais je me souviens où on a eu des petites discussions comme ça où je te disais : "non mais c'est bon j'arrête de t'embêter, c'est à toi de te gérer".

F : Ouais.

P : Tu te souviens pas de ces discussions ?

A : Non.

F : C'était entre les repas ?

P : Non. Jamais entre les repas.

P : Est-ce que tu as mangé des Princes ou des BM au petit déj' par exemple ?

A : Non.

P : Est-ce qu'il y a un matin où tu as mangé des tartines plutôt que des céréales par exemple ?

A : Non.

P : Je sais pas. Y a eu des crêpes aussi.

A : Non, y a pas eu de crêpes.

P : Si, Charley elle a fait des crêpes ...

A : C'était y a longtemps.

18. Il s'agit d'une chaîne de pubs anglais spécialisés également dans les événements musicaux. Les menus proposés sont relativement gras et sucrés (burgers, frites, glaces, *etc.*).

P : Je crois pas. C'était quand la Chandeleur ?

A : c'était en janvier.

P : En janvier ?

A : Mais oui !

F : Alors, quand il y a des petits craquages, on a le droit, de temps en temps à de petits craquages. On y a droit, heureusement. Mais ça doit rester occasionnel. Voilà. Et ça doit être limité en quantités. Je vais te dire un peu toujours la même chose, c'est ça le plus important. Les frites en soi, on y a le droit. Mais on en met qu'un petit peu. Si à côté de ça on peut plutôt aussi prendre une salade verte ou quelques haricots verts, c'est d'autant mieux, tu vois ! Mais tu ne te souviens plus de ces petits épisodes là dont papa parle ?

A : Non.

P : La glace à Londres tu as pris des simples ou des doubles ?

A : je n'ai pris que des simples.

P : Ok.

A : On en a pris deux dans le week-end.

P : Bon, elle a eu des petits ...

F : Ouais ouais. Après c'est ...

P : Moi j'ai remarqué que c'était un peu moins bien.

F : Un peu moins bien sur la période ?

P : Oui. Y a un peu de relâchement mais ce n'est pas grave.

F : Oui c'est pas grave.

Fany Lebois mesure Angèle et lui communique sans délai sa taille. A l'inverse, si elle fait monter immédiatement l'enfant sur la balance, elle ne lui fait pas part tout de suite du résultat. Le poids est une donnée sensible, contrairement à la taille, tant sa mesure détermine le jugement porté sur l'efficacité de la méthode de suivi ainsi que la motivation des patientes et patients. La diététicienne procède donc à une rétention de l'information sensible. Elle préfère demander à Angèle de présumer du verdict de la balance. Fany Lebois lui demande quel résultat elle anticipe étant donné « ce qu'[elle] a fait », c'est-à-dire en fonction des efforts qu'elle a consenti en matière de contrôle de son alimentation. Il est frappant de voir que la diététicienne fait appelle à son honnêteté, comme si elle voulait entendre Angèle avouer les faiblesses dont elle a pu faire preuve depuis la précédente consultation, quatre semaines auparavant. Fany Lebois incrimine directement le comportement individuel de l'enfant, ses arbitrages alimentaires, le niveau d'efforts concédé, dans l'obtention d'un résultat insatisfaisant. Cette prise de position initiale place la diététicienne dans une posture analogue à celle d'une juge face à une accusée, Angèle. Fany Lebois est conciliante. Elle

atténuée la gravité du résultat, qu'elle ne révèle cependant toujours pas, en assurant que cela « n'est pas très grave ». Elle poursuit cependant en procédant à un rappel à l'ordre qui fait office de rappel à la loi : « il faut continuer à faire assez attention ».

La recherche des causes, dont la diététicienne a situé l'origine dans le comportement individuel d'Angèle, a pour objectif d'agir sur ces causes en appelant à une plus grande vigilance alimentaire de l'enfant. Cette recherche débute par une question adressée par la praticienne à l'enfant : « est-ce que tu sais ce qui a pu expliquer ça ? ». Pour Fany Lebois, cela ne fait aucun doute, « si [elle a] repris un peu de poids ça veut dire que, par rapport à tout ce qu'on vient de voir, que probablement [elle a] quand même mangé un petit peu plus ». Angèle a donc bien été fautive. Ainsi, tout se passe comme si l'enfant devait rendre des comptes devant son juge, la diététicienne. Cette dernière possède la preuve du méfait : le poids indiqué sur la balance, qui est reparti à la hausse. L'« accusée » ne trouvant aucune déviance alimentaire dont elle pourrait avouer la responsabilité, Fany Lebois sollicite l'intervention d'un témoin, la père d'Angèle. Son témoignage est ainsi mobilisé pour faciliter l'interprétation de la variation pondérale. Il s'en suit un débat contradictoire entre le père et sa fille. Le niveau de détails est intrigant, lorsqu'il est question, par exemple, d'un matin où elle aurait dérogé à son programme et opté pour des céréales sucrées au détriment des biscottes. Cette recherche minutieuse des « petits dérapages » peut s'interpréter comme le signe de l'angoisse du père au sujet du poids et de l'alimentation de sa fille. Fany Lebois s'efforce alors de tempérer, de nuancer, et de rappeler ses préconisations. Elle conclut ainsi cette séquence approuvant la remarque du père sur la non gravité de ces écarts supposés. Par la suite, Fany Lebois préconise une réorganisation du suivi avec des rendez-vous plus brefs mais à une fréquence plus élevée, afin qu'ils puissent fonctionner comme « des piqûres de rappel » régulières des préconisations diététiques.

Pour le cas d'Océane, Fany Lebois n'a cherché que tardivement à véritablement nuancer l'importance de la prise de poids d'un kilogramme. Au contraire, elle a commencé par incriminer Angèle en tentant d'établir les raisons, c'est-à-dire les fautes, les écarts, commises par l'enfant, pouvant rendre compte du verdict de la balance. Interpréter l'augmentation du poids équivaut ainsi, dans cet exemple, à incriminer la patiente.

Le deuxième exemple que nous mobilisons concerne une consultation effectuée auprès de Pauline Malon. Cette dernière s'efforce au contraire de relativiser immédiatement la prise de poids, limitée à trois cents grammes, afin de retirer à la mère la charge de la culpabilité.

Dans l'exemple qui va suivre, l'incrimination de la prise de poids ne pèse pas sur la personne pesée mais sur sa mère. En outre, la diététicienne peut s'efforcer, plutôt que de chercher une cause, et donc un coupable, afin de faire modifier les comportements incriminés, de relativiser le caractère significatif, la portée, et donc l'importance, presque l'effectivité, de la prise de poids. L'extrait est tiré d'une consultation familiale au sens où il s'agit de deux rendez-vous pour une même famille. Elle a eu lieu le 20 décembre 2016 en début de soirée. Il s'agissait du dernier rendez-vous à l'agenda de Pauline Malon. La première consultation est consacrée à la fille de huit ans, que l'on appellera Jade, la seconde au père. La mère est très présente au cours de la consultation. Elle interagit beaucoup avec la diététicienne et se sent concernée. La grande sœur en revanche, qui est la plus mince de la famille et qui doit être âgée d'une douzaine d'années, reste à l'écart. Elle lit. Le père occupe un emploi manuel, probablement dans le bâtiment. Il est en fort sur-poids, notamment suite à un accident du travail qui a nettement contraint sa mobilité depuis deux ans. Il reprend une activité professionnelle partielle et une activité sportive depuis quelques mois. Parallèlement, il utilise, sur son téléphone portable, une application mesurant les calories, dans le but de maigrir. Il rencontre un succès très significatif dans son entreprise puisqu'il a perdu une vingtaine de kilogrammes depuis le mois de juin, passant de cent seize à quatre-vingt-dix-sept kilos. La mère travaille dans le domaine de la restauration et dispose de compétences culinaires remarquables. C'est elle qui est en charge de toutes les tâches domestiques relatives à l'alimentation. Au sein de la maison, l'ensemble des repas est confectionné par la mère. Le travail domestique de la mère correspond ainsi à des normes de genre très inégalitaires en matière alimentaire. Or, les femmes étant le plus souvent, par un effet de genre, tenues pour responsables de la santé et de l'alimentation des enfants¹⁹, on comprend que la mère de Jade le soit fortement. Il apparaît dans la consultation qu'elle se sent responsable des variations pondérales de sa fille.

Lors de la pesée, il est établi que Jade a pris trois cent grammes depuis la dernière consultation. Pauline Malon s'empresse cependant préciser que cela n' « est rien du tout ». Elle souhaite donc relativiser l'importance de la prise de poids afin de rassurer la mère. Celle-ci apparaît ainsi un peu dépitée. Elle déplore ce résultat et manifeste son incompréhension, c'est-à-dire son incapacité à expliquer ce résultat : « bah pourtant on fait attention ... ». Cela signifie qu'elle, en particulier, fait très attention à prodiguer une alimentation saine,

19. Séverine GOJARD (2010), *Le métier de mère*, la Dispute, Paris.

c'est-à-dire en accord avec ce que préconise la diététicienne, à sa fille. Elle se sent largement responsable du résultat et en ressent donc la culpabilité. Pauline Malon nuance alors davantage la prise de poids en précisant qu' « elle a pris un centimètre ». Cela lui permet de calculer l'indice de masse corporel (IMC). L'utilisation de cet autre indicateur permet, dans le cas des enfants puisqu'ils connaissent une croissance, de relativiser la prise de poids absolue. Le recours à l'IMC est une façon d'interpréter, de faire parler le chiffre du poids, en le rapportant à la taille. Il offre ainsi un éclairage alternatif pouvant faire évoluer « la définition de la situation²⁰ » et atténuer ainsi la culpabilité ressentie par la mère. C'est ce qui apparaît lorsque la mère, alors qu'elle aide Jade à remettre sa veste après la pesée, interrompt brutalement son mouvement. La diététicienne lui annonce en effet que Jade « continue à baisser son IMC²¹ ». Elle est en effet dans l'expectative et très attentive, accaparée par l'information, cruciale, que lui fournit Pauline Malon. L'IMC de Jade est passé de vingt-cinq virgule six à vingt-cinq virgule trois. La mère tarde à rhabiller sa fille au point que celle-ci l'interpelle en s'exclamant : « maman ! ».

La mère est ainsi focalisée sur le verdict du « juge de paix », dont elle éprouve la responsabilité, et son interprétation par l'IMC. Pauline Malon doit une nouvelle fois la rassurer et l'assurer dans son rôle de mère en précisant à nouveau que « trois cents grammes, ce n'est rien du tout ». La diététicienne recourt finalement à une dernière stratégie argumentative pour remettre en cause la portée du jugement de la balance et donc la culpabilité de la mère :

Pauline Malon : Alors bah du coup l'IMC a encore baissé.

Jade : (*à sa mère qui tarde à la rhabiller*) Maman!

P : On avait 25.6 on a 25.3.

Mère : Ah bah c'est bien.

J : Bon, dépêche toi maman, je voudrais mesurer le ventre de papa.

M : (*Soupir*) ... là son ventre.

J : Dépêche toi!

M : Il est resté normal. Stable?

P : Oui stable. ça fait un moment qu'elle a le même tour de ventre, depuis avril. Alors qu'elle a quatre centimètres de plus en taille.

M : Donc en fait ...

20. William Isaac THOMAS et Florian ZNANIECKI (1958), *The Polish Peasant in Europe and America*, 2 t., Dover Publications, New York.

21. Il est intéressant de remarquer l'usage d'une tournure active, et non passive, qui insiste ainsi sur la capacité de la fille à agir sur son poids, sur son IMC. Elle ne dit pas : « son IMC continue à baisser », mais « elle continue à baisser son IMC ». Cela est congruent avec la philosophie implicite propre à tous les suivis diététiques amaigrissants, à savoir qu'il est possible d'agir, de modifier volontairement son propre poids, par divers moyens.

P : C'est pour ça qu'on la voit nous, on a l'impression qu'elle s'affine.

M : Donc le poids qu'elle a repris en fin de compte c'est le fait d'être constipée ?

P : Oui puis trois cent grammes, si ça se trouve demain, ils n'y sont pas. C'est pas parlant.

La mère est stoppée dans son mouvement de rhabillage de sa fille et cherche à interpréter ces chiffres contradictoires. L'IMC est encourageant, le tour de taille est stable, mais le poids a augmenté très légèrement. Elle « fait attention » avec sa fille donc elle cherche à incriminer une autre cause pour rendre compte de la prise de poids. Elle pense ainsi que c'est parce que sa fille est « constipée ». Pauline Malon valide cette explication qui dédouane la mère et sa fille. Surtout, elle nuance fortement la significativité de ces « trois cents grammes ». En effet, en affirmant que cela n'est « pas parlant », elle affirme que d'un point de vue professionnel, scientifique, on ne peut rien en dire. Ainsi, il n'y a plus de faute, et donc plus de coupable. Enfin, le sentiment de responsabilité alimentaire de la mère pour l'ensemble de la famille se donne également à voir à l'occasion de la pesée de son conjoint. Celui-ci a « encore perdu quatre kilos ». De cette perte de poids, depuis le mois de juin, résulte une transformation morphologique très visible. Pauline Malon affirme ainsi au moment de l'annonce du résultat que « oui oui, ça se voit » ! La mère explique alors, d'un ton à la fois amusé et grave, qu' « au boulot, ils vont croire qu'[elle ne] le nourrit plus ».

Nous avons vu que les deux consultations observées au cours desquelles la pesée a établi une prise de poids des patientes depuis le précédent rendez-vous ont conduit à une incrimination lorsqu'il s'est agi d'interpréter, c'est-à-dire d'expliquer, le résultat. Dans les deux cas la responsabilité fautive est placée sur l'individu plutôt que sur la méthode ou la justesse des recommandations proposées par la diététicienne. Fany Lebois tarde à relativiser l'importance de la prise de poids d'Angèle. La consultation se transforme alors en une forme de procès marqué par un débat contradictoire entre le père et sa fille. Pauline Malon en revanche relativise rapidement le caractère significatif de la variation pondérale minimale constatée par la balance. Elle cherche ainsi à épargner le sentiment de culpabilité éprouvé par la mère. Nous pouvons émettre l'hypothèse qu'au-delà de la différence au niveau de l'ampleur de la reprise de poids et de l'attitude de la diététicienne, la position sociale aisée d'Angèle et son père rend plus probable une telle incrimination de l'enfant et le débat contradictoire qui en a résulté, de même que la position sociale inférieure de Jade et sa famille rend plus probable l'investissement traditionnel de sa mère dans un rôle de mère-cuisinière conformément

aux normes de genre. Angèle semble disposer d'une plus grande autonomie alimentaire et la tenue des débats laisse à penser que le style éducatif au sein de cette famille appartenant aux classes supérieures valorise davantage l'autonomie des enfants.

1.2.2 Interpréter, c'est accréditer

Lorsque la parole du « juge de paix », c'est-à-dire de la balance, félicite, il ne s'agit plus de l'expliquer. Dans cette situation en effet, l'accent est mis par les diététiciennes que nous avons pu observer sur le résultat, la perte de poids, plutôt que sur le détail des moyens entrepris pour y parvenir. Si le résultat est positif, le patient ou la patiente est supposé(e) avoir observé les recommandations émises par la diététicienne. L'interprétation de la variation pondérale ne consiste donc plus à expliquer, incriminer, mais à accréditer la méthode suivie.

A l'occasion de la deuxième consultation de Jennifer, enregistrée par Pauline Malon au début du mois de mai 2017, la pesée permet l'adoubement de la méthode fondée sur les sensations alimentaires. Au début de la consultation, Jennifer se déclare subjectivement satisfaite, convaincue de l'intérêt de cette méthode. Elle demeure cependant un peu circonspecte dans la mesure où, nous y reviendrons, ses amis et collègues de travail sont dubitatifs et moqueurs. Elle espérait donc, et avait besoin, d'un résultat chiffré, objectif, établissant une perte de poids effective. Si le résultat positif est relativisé par prévention, parce que Pauline Malon anticipe, grâce à son expérience professionnelle, une perte de poids moins fulgurante à l'avenir, le résultat valide la méthode :

Pauline : ça fait quoi, trois semaines qu'on s'est vues. Et bah deux kilos deux. Qu'est-ce que vous en pensez ?

Jennifer : Je suis contente.

P : Hein, c'est bien !

J : yes !

P : Alors après, on sait pas si on aura ça toutes les trois semaines ... Pour tout le monde, peu importe la méthode.

J : ah oui oui.

P : heureusement ou malheureusement, on évolue jamais pareil. ça peut très bien s'accélérer parce que vous allez mieux sentir les choses, peut-être courir, comme ça peut ralentir, se stabiliser. ça, on ne sait jamais. [...]

P : Je trouve ça encourageant qu'il y ait, du moins, même ça aurait été cinq cents grammes, j'aurais été contente, parce que c'est bien, ça montre que c'est une bonne démarche.

Lorsque la pesée établit une perte de poids, il ne s'agit pas de relativiser le caractère significatif ou l'importance de la perte pondérale. Cependant, Pauline Malon relativise, par prévention, le caractère prédictif, annonciateur, au sens de prophétique, de la première perte de poids constatée. Elle anticipe, grâce à son expérience professionnelle, puisqu'elle exerce en libéral depuis une quinzaine d'années, qu'indépendamment de la méthode, les variations pondérales à venir sont en partie aléatoires. « On ne sait jamais » comment cela va évoluer, donc c'est aléatoire, incertain. Ainsi, la diététicienne doit apprendre à sa patiente à construire ses attentes de telle sorte que ses espérances subjectives rejoignent ses chances objectives de perte de poids²². Elle doit lui transmettre des catégories de perception et donc de prévision adaptées à l'incertitude du suivi afin de concilier cette incertitude avec l'obligation de résultats. Le travail de la diététicienne, lorsque les premiers résultats sont satisfaisants, est donc de contenir les espérances à venir afin d'éviter toute frustration relative, pour emprunter, dans un contexte différent, le concept proposé par Ted Gurr²³, qui résulterait d'espérances irréalistes.

Pauline Malon affirme cependant sa satisfaction et suscite l'expression du contentement de Jennifer. Sa patiente se réjouit de constater un résultat positif. Elle « trouve ça encourageant » et estime que cela « montre que c'est une bonne démarche ». La perte de poids est une démonstration suffisante qui valide, selon elle, la méthode. Ainsi, ce résultat rassure Jennifer et lui donne de l'assurance en lui offrant un argument de poids. L'efficacité d'une méthode, d'une « démarche » est nécessaire et suffisante pour la valider auprès de ses collègues moqueurs. Si l'obligation de résultats est remplie, cela élude tout débat, d'autant que les sarcasmes émis par son entourage portaient sur l'efficacité qu'ils anticipaient douteuse de la méthode de régulation des prises alimentaires par les sensations corporelles de faim et de satiété.

Lorsque le verdict de la balance s'avère favorable, il s'agit aussi de s'assurer de la concomitance de l'effet objectif, la perte de poids, avec l'effet subjectif attendu, les sensations et perceptions corporelles. Les patientes et patients ayant perdu du poids doivent le ressentir, c'est-à-dire se sentir plus légers, plus à l'aise, *etc.* Cette concomitance accroît la satisfaction et accrédite doublement la méthode. Pour donner à voir un exemple de cette concomitance heureuse, nous pouvons mobiliser à nouveau la consultation effectuée par Fabrice auprès de

22. La dialectique qui existe entre les chances objectives et les espérances subjectives est analysée par Pierre Bourdieu, voir par exemple BOURDIEU, *Méditations pascalienues*, *op. cit.*

23. GURR, *Why Men Rebel*, *op. cit.*

Fany Lebois que nous avons pu observer le 15 juin 2017 durant la pause méridienne. Fabrice s'est rendu en scooter à la consultation. Il est âgé d'une quarantaine d'années, présente une morphologie arrondie, a plusieurs enfants et vit en couple. Il est cadre dans une entreprise privée. Il occupe vraisemblablement une position relativement élevée au sein de l'entreprise puisqu'il a assisté avec « des clients » à de nombreux matchs de tennis lors du tournoi de Roland-Garros²⁴. Enfin, il a du diabète. Il est venu consulter pour la première fois Fany Lebois quelques semaines auparavant, avec pour objectif de perdre du poids, en raison de ses problèmes de santé et de considérations esthétiques. La séquence de la pesée valide doublement la pertinence du suivi proposé par la diététicienne :

Fany : Non non mais faut faire ce qu'on peut. Déjà on va voir, si vous avez pu . . .

Fabrice : Bah il me semble. En tout cas sur ma balance oui.

FL : On va regarder. Vous enlevez vos chaussures. Vous vous êtes beaucoup pesé ou pas ?

Fabrice : Ouais.

FL : Combien de fois ?

Fabrice : Je sais pas, une fois par semaine.

FL : Ouais, bon bah pas plus hein, pas plus . . . Attendez le zéro . . . Biiieennn ! . . . quatre-vingt douze virgule quatre !

Fabrice : trois.

FL : Quatre-vingt douze virgule trois, pardon pardon (*rires*). Je vous vole cent grammes !

Fabrice : Et encore je viens de manger.

FL : Vous vous souvenez de à combien vous étiez ?

Fabrice : quatre-vingt dix sept je crois.

FL : Oui. Vous avez perdu quatre kilos sept.

Fabrice : C'est pas mal !

FL : Han, c'est vachement bien ! Le Monsieur avant il avait aussi perdu quatre kilos trois en moins d'un mois. C'est vachement bien !

Fabrice : Oui, je suis content !

FL : Vous le ressentez ou pas ?

Fabrice : Oui !

FL : Dans les affaires ?

Fabrice : Je le sens pas dans les affaires mais c'est paradoxal je le sens dans les genoux.

FL : Je suis contente.

Fabrice : Mais je savais.

FL : Vous savez ce qu'on dit en terme de ressenti sur le genoux. En gros, si on prend un kilo, pour vos articulations c'est l'équivalent de quatre, entre quatre et six kilos. C'est pour ça que pour certains sportifs, les variations de poids, dans certains métiers,

24. Étant donné le lieu, le sport et le contexte, il semble probable que ces « clients » de l'entreprise pour laquelle il travaille soient plutôt fortunés.

ils le ressentent vraiment en terme de performances.

Fabrice : Moi, je le ressens vraiment dans les jambes. J'ai les jambes moins lourdes, j'ai moins mal aux genoux. Enfin c'est vraiment, voilà, dans les jambes. Après, ouais le tour de taille pas trop, la morphologie pas trop. Mais ça va venir.

FL : Non mais c'est bien. Et même pour le diabète c'est bien.

Fabrice : Je pense.

La séquence de la pesée est l'occasion de l'expression d'une double satisfaction qui valide et accrédite la pertinence du suivi. Premièrement, la variation objective du poids à la baisse est une source de satisfaction. La diététicienne exprime, autant que son patient, sa satisfaction. L'intensité du plaisir ressenti est corrélé à la quantité de poids perdu. Lorsque Fany Lebois omet cent grammes dans le décompte du poids perdu, en surévaluant le poids apparaissant sur la balance, Fabrice le lui fait remarquer. Elle rectifie alors immédiatement, s'excuse et commente ainsi : « je vous vole cent grammes ». L'objet du larcin est en réalité le mérite qu'ils attribuent à Fabrice pour les efforts consentis dans l'observation des recommandations de la diététicienne. Fany Lebois lui volait également un fragment de satisfaction supplémentaire avant de se ressaisir. Deuxièmement, la validation a également lieu selon des critères subjectifs. Si Fabrice ne se sent pas encore plus à l'aise dans ses vêtements ni ne constate une modification de son apparence, de sa morphologie, il reconnaît ressentir la perte de poids objectivement constatée par la balance au niveau de ses genoux. Il affirme ainsi avoir « les jambes moins lourdes » et « moins mal aux genoux ». Fany Lebois en profite alors pour lui rappeler les bienfaits effectivement attendus au niveau des genoux consécutivement à une perte de poids. La congruence, même partielle, entre la perte de poids objectif et le ressenti subjectif des effets attendus accrédite encore davantage la pertinence de la démarche entreprise.

Cependant, la congruence n'est pas toujours évidente, même lorsque la perte de poids objective est considérable. Pauline Malon, la diététicienne de Mélieu, est confrontée à cette situation dans le cadre du suivi d'une patiente, Françoise. Nous avons assisté à la première consultation de Françoise, le jeudi 22 décembre 2016. Elle est âgée de cinquante-deux ans au moment de l'entretien. Elle est professeur des écoles en classes de maternelle, divorcée depuis presque dix ans, et vit dans une maison en milieu rural avec son fils. Elle présentait en décembre 2016 un sur-poids assez prononcé. Elle avait décidé de consulter pour perdre du poids, et en particulier cesser ses grignotages après sa journée de travail. Elle s'est dit

« qu'à un moment il faut faire quelque chose²⁵ ». Elle a pris un peu plus de poids depuis un an, à cause de la ménopause. En outre, elle est en situation de « pré-diabète ». Elle dit sentir qu'elle « s'empâte » et perdre un peu en mobilité. Elle n'a pas été orientée vers une diététicienne par son médecin généraliste. Il s'agit d'une décision prise seule. Au cours de l'entretien effectué avec Pauline Malon, à l'été 2017, la diététicienne a évoqué le cas de « Mme Jacques », faisant référence à Françoise. Pauline Malon témoigne du problème que lui pose la non congruence, chez cette patiente, entre la perte de poids objective et vécue :

Étienne : Par rapport à l'IMC²⁶, tu l'utilises pas mal. Qu'est-ce que tu en penses ?

Pauline : C'est pas mal, ça rationalise pas mal de choses. Je vois hier il y a une dame qui est venue. Tu l'avais vue, Mme Jacques. Elle s'était dit : "mais je ne m'étais jamais posé ces questions, pourquoi je vais boire ma tisane après le repas²⁷". Elle en est à moins quatorze kilos. Mais elle ne sent pas la différence. C'est dommage mais bon ... Et hier elle était là et elle me disait : "oh j'ai repris, je ne me sens pas bien". Encore moins trois. Bref, bon, y a des décalages, c'est comme ça ... ça viendra. Et donc je m'en suis servie là parce que, bon de une, elle a l'impression de ne pas avancer puisqu'elle ne sent rien. Je lui dis : "quand même, depuis décembre, moins quinze kilos, ce n'est quand même pas tout le monde" ... Mais je voyais qu'il y avait une lassitude. Je lui ai dit : "vous voyez, quand vous êtes venue me voir la première fois, vous aviez un IMC à presque trente-cinq, aujourd'hui vous êtes à trente virgule trois. Dans trois jours vous êtes en sur-poids simple, vous n'êtes plus en obésité". Donc ça permet de rationaliser un petit peu²⁸.

Dans cet extrait, Pauline Malon exprime son désarroi face au fait que sa patiente ne ressent pas les effets d'une perte de poids pourtant considérable, presque quinze kilogrammes, en six mois. Françoise « ne ressent pas la différence ». Parfois, elle pressent une reprise de poids car elle « ne [se] sen[t] pas bien », alors que la balance atteste au contraire une poursuite de l'amaigrissement objectif. La diététicienne reconnaît ainsi qu'il « y a des décalages » et semble le regretter tout en se montrant confiante, ou *a minima* en espérant que « ça viendra ». La congruence est en effet souhaitable. Françoise Jacques, qui se trouve dans le cas contraire, « a l'impression de ne pas avancer ». Si elle ne se sent pas mieux dans

25. Extrait de la retranscription de l'observation du premier rendez-vous effectuée par Françoise Jacques.

26. Pour rappel, l'IMC est l'acronyme désignant l'Indice de Masse Corporel. Il rapporte la poids exprimé en kilogrammes à la taille en mètres élevée au carré.

27. Pauline Malon fait référence à une discussion qui a eu lieu entre Françoise et elle durant la consultation que nous avons pu observer. Il s'agissait en effet d'un passage notable puisque nous l'avons retenu autant qu'elle.

28. Entretien effectué à son cabinet le 19 juillet 2017.

ses vêtements, si elle ne perçoit pas une modification de sa silhouette, alors tout se passe comme si l'amaigrissement objectif n'avait pas lieu, n'existait pas pour elle. Cela remet en cause la pertinence de la démarche à tel point que Mme Jacques pourrait mettre un terme au suivi puisque la diététicienne a constaté chez elle « une lassitude ». Pauline Malon se devait donc d'agir. Pour ce faire, elle a eu recours à l'IMC. La traduction de la perte de poids sous la forme d'une diminution de l'IMC permet de « rationaliser un petit peu », c'est-à-dire de favoriser la congruence. En effet, l'IMC permet la mobilisation de catégories qui font sens pour les patientes et patients. Les catégories d'obésité et de sur-poids, très évocatrices car associées à de nombreuses représentations de sens commun, peuvent permettre de donner à voir autrement aux patientes et patients la perte de poids. En expliquant à Françoise que le suivi lui a permis de passer de la catégorie « obésité » à celle de « sur-poids simple », la diététicienne lui a proposée une lecture, c'est-à-dire une interprétation, de la perte de poids objectivement attestée par la balance. Se faisant, Pauline Malon s'est appuyée sur les représentations de sens commun associées, notamment, à la catégorie stigmatisée d'obésité, pour enfin faire éprouver à sa patiente la perte de poids entamée six mois en arrière.

Il a été établi au cours de la première partie de ce chapitre que les diététiciennes et diététiciens font face à une obligation de résultats. La balance, « juge de paix », doit attester une perte de poids objective afin de valider le suivi. L'importance déterminante de la variation pondérale se cristallise au cours de la séquence que nous appelons « la pesée ». La pesée en tant que telle est accompagnée par un travail d'interprétation qui peut consister à incriminer, relativiser, ou accrédi-ter. En cas de perte de poids objective, le contentement des patientes et patients et la validation de la démarche semblent supposer une congruence, au moins partielle, entre l'amaigrissement objectif et la variation pondérale ressentie, subjective, vécue. Or, il a été établi au précédent chapitre que les diététiciennes et diététiciens rejettent, au moins en principe, les méthodes s'apparentant d'une manière trop nette à l'imposition d'un régime restrictif aux patientes et patients. L'imposition aux patientes et patients d'une contrainte extérieure, cognitive, fruit des recommandations alimentaires des diététiciennes et diététiciens est ainsi assimilée à une mauvaise manière de maigrir et de faire maigrir les patientes et patients. Maigrir suppose cependant, toutes choses égales par ailleurs, l'exercice d'une forme de contrôle, de contrainte, sur son alimentation afin de rendre déficitaire la balance énergétique, c'est-à-dire la diminution de la valeur énergétique de ses consommations alimentaires sous réserve de dépenses énergétiques stables. Aussi, pour les diététiciennes et diététiciens, le « bien maigrir » consiste en l'incorporation et la naturalisation de la contrainte

énergétique par la limitation des quantités ingérées.

2 Le « bien maigrir ». Incorporer et naturaliser la contrainte énergétique

Faire maigrir les patientes et patients, qui recourent, contre rémunération, à un service diététique, est une obligation à laquelle doivent faire face les diététiciennes et diététiciens. Mettre les patientes et patients au régime, ou émettre des recommandations trop strictes qui « [feraient] trop régime » est cependant stigmatisé en tant que comportement étiqueté comme déviant. La bonne façon de maigrir et de faire maigrir les patientes et patients, ce que nous appelons le « bien maigrir », apparaît être aujourd'hui la mise en place d'un suivi conforme ou proche des recommandations du G.R.O.S.. Pour les diététiciennes et diététiciens rencontrés, « bien maigrir » suppose de renoncer aux règles contraignantes propres aux régimes au profit d'une attention renouvelée aux sensations alimentaires physiologiques de faim et de satiété.

L'objectif de cette seconde partie n'est pas de juger de la pertinence, ou de l'efficacité, relative d'une méthode par rapport à une autre. Il s'agit au contraire d'explicitier les fondements sociologiques qui se cachent sous la naturalisation de la contrainte opérée par la méthode de régulation par les sensations alimentaires dites physiologiques. L'auto-régulation ou l'auto-contrainte alimentaire par la faim et la satiété, loin d'être une méthode « intuitive²⁹ », reposant sur des mécanismes simplement physiologiques, c'est-à-dire naturels, suppose un apprentissage. Son efficacité et son acceptabilité par les patientes et patients en tant que méthode crédible, observable, repose sur une familiarité, plus ou moins prononcée, avec une culture somatique propre aux classes supérieures. Ainsi, une fois explicités les fondements sociologiques de la méthode alternative aux régimes restrictifs, les limites sociales à sa mise en pratique au cours des suivis apparaissent compréhensibles.

29. Le qualificatif est employé par Pauline Malon à propos de la méthode de régulation par les sensations physiologiques de faim et de satiété. L'extrait est cité plus loin.

2.1 L'auto-régulation physiologique

2.1.1 La méthode du G.R.O.S.

La régulation des consommations alimentaires par les sensations dites physiologiques, naturelles, de faim et de satiété, constitue le cœur de la méthode proposée par le groupement de réflexion sur l'obésité et le sur-poids (G.R.O.S.) pour faire maigrir les patientes et patients. Cette méthode a été conçue comme une alternative à l'observation de régimes amaigrissants ou, au sens large, de toute règle nutritionnelle cherchant à restreindre la valeur énergétique des consommations ou à équilibrer l'alimentation en fonction de principes nutritionnels. Les méthodes comportementales, qui reposent principalement sur une régulation physiologique, naturelle, s'opposent ainsi aux méthodes fondées sur la restriction cognitive, c'est-à-dire le contrôle réflexif, pensé, culturel³⁰, de son alimentation.

Nous avons mené un entretien avec Katia Valey, qui fut vice-présidente du G.R.O.S. entre 2008 et 2014, à son cabinet, situé à son domicile dans une ville pavillonnaire aisée de la petite couronne parisienne. L'entretien avait explicitement pour objectif d'interroger la diététicienne sur le fonctionnement et les percepts de l'association. Katia Valley, aujourd'hui âgée d'une cinquantaine d'années, a suivi une formation au BTS mention diététique au sein d'un lycée public parisien. Elle a ensuite mené une carrière à l'hôpital au sein d'un service spécialisé dans la prise en charge de l'anorexie avant de s'installer en libéral. Elle est devenue membre du G.R.O.S. dès sa création en 1998. Elle a par la suite suivi des formations secondaires proposées par le G.R.O.S. ainsi qu'un diplôme universitaire traitant des troubles du comportement alimentaire à Paris et a obtenu une licence de psychologie à Reims. Son engagement dans l'association constitue donc un point de basculement professionnel au point de considérablement renouveler et accroître sa formation. Elle devient par la suite elle-même formatrice pour le G.R.O.S.³¹. Katia Valey expose ainsi la méthode de régulation physiologique des prises alimentaires :

« Donc deux façons de manger moins. Soit vous imposez une ration hypo-énergétique. C'est ce que fait tout le monde quels que soient les régimes. Soit vous apprenez à la

30. Lorsque nous qualifions la méthode de régulation par les sensations de « naturelle » et celle fondée sur l'observation de règles de « culturelle », nous empruntons les catégories profanes mobilisées explicitement ou implicitement par les diététiciennes et diététiciens rencontrés.

31. Pour rappel, tous les nouveaux membres du G.R.O.S. doivent obligatoirement suivre une formation continue durant une année à un rythme d'un week-end par mois environ plus une semaine intensive en été.

personne à vraiment identifier les signaux de ses besoins énergétiques, donc c'est là que l'on tombe sur les sensations alimentaires, et ça leur permet de manger moins. Mais là ils sont stressés parce qu'ils constatent qu'en fait ils ne peuvent pas faire trois repas par jour, ils ne peuvent pas suivre les recommandations de manger un produit laitier, un fruit machin, et ça, ça leur pose problème. Or, la priorité c'est de constater que s'ils peuvent perdre du poids, c'est-à-dire si leur poids actuel est au-dessus du poids génétiquement programmé, c'est qu'ils ont de l'énergie à déstocker. La régulation du corps fait que la faim est le reflet du besoin compte tenu des réserves énergétiques en trop. Donc au début, ils n'auront pas tellement faim quoi. La difficulté, c'est qu'ils ne font pas la différence pour la plupart, ou qu'ils n'ont pas pensé qu'on pouvait la faire, entre l'envie de manger et la faim. Il y a donc tout ce travail de découverte. Les gens qui ne sont pas formés, les diététiciens ou les nutritionnistes, parce que y a plein de gens qui disent maintenant : "mais c'est hyper logique leur truc au G.R.O.S. ! ... Ouais, ils sont un peu sectaires mais" ... en tout cas c'est tellement logique que les gens pensent qu'ils savent faire. Et donc ils répètent aux gens [c'est-à-dire aux patientes et patients] : "écoutez, c'est simple, vous mangez quand vous avez faim et vous arrêtez quand vous n'avez plus faim. Et maintenant on passe à autre chose". Et comme les gens ont des difficultés, ils leur disent : "bah mangez ça et si pas faim modulez". Mais ils imposent quand même un cadre. Donc souvent ça ne va pas loin parce que les patients n'arrivent pas à comprendre les tenants et les aboutissants, ils ne sont pas suffisamment tenus, soutenus, autour de ça. Et surtout les diététiciens n'ont pas l'habitude d'explorer tous les problèmes qu'il y a autour des problèmes de soin : les relations à l'autre, sa relation à soi, à son corps, *etc.* Donc c'est extrêmement complexe, ce qui fait dire à mes collègues diététiciens pure souche que l'on fait là le travail de psychologue. Ce qui n'est pas vrai car la psychologie ne se cantonne pas à ça et surtout les psychologues, moi je le sais parce que j'ai été formée, ne sont pas formés du tout à ces techniques là. Par contre, elles vont travailler sur les problèmes de personnalité, d'anxiété, de dépression, que l'on va aussi retrouver lors de ces problèmes de poids, mais l'idée de travailler sur la relation du patient à son alimentation fait diminuer un pourcentage d'émotions induites par la relation à l'alimentation, ce qui permet de mieux voir ce qui se passe pour le reste. Je vous ai perdu ? »³²

Katia Valey oppose très clairement « deux façons de manger moins », c'est-à-dire deux façons de réguler, de contenir, ses consommations alimentaires dans le but de perdre du poids. La première, l'imposition d' « une ration hypo-énergétique », revient à réguler son alimentation en fonction d'une règle que l'on s'impose. Cela peut prendre la forme d'une limitation des calories ou, par exemple, de règles qualitatives portant sur la composition des repas (accroître la part de légumes, de fruits, réduire les produits sucrés, les féculents, *etc.*). La seconde façon correspond à la méthode prônée par la G.R.O.S.. Elle repose sur

32. Entretien effectué à son cabinet en petite couronne le 19 juin 2017.

l'identification des « signaux » envoyés par le corps pour signifier l'importance des « besoins énergétiques » à travers les sensations de faim et de satiété. Lorsque le besoin énergétique est comblé, la sensation de satiété apparaît et doit stopper la prise alimentaire. Si la régulation repose sur les sensations alimentaires, celles-ci sont déterminées par le « besoin énergétique ». Celui-ci est pensé comme un besoin naturel au sens de physiologique. On observe ainsi une naturalisation du besoin énergétique comme le sens commun peut naturaliser le « besoin médical », par exemple, que L.Boltanski s'attache à déconstruire³³.

En effet, les signaux de la faim ne se déclenchent qu'en cas de balance énergétique déficitaire. « La régulation du corps fait que la faim est le reflet du besoin compte tenu des réserves énergétiques en trop ». Plutôt que de s'efforcer, par exemple, d'observer trois repas variés par jour, c'est-à-dire de s'administrer une restriction cognitive, il est préférable, selon Katia Valey, de régler son comportement alimentaire en fonction de ses sensations de faim et de satiété. Cette régulation par la faim est supposée naturelle parce que reposant sur des sensations corporelles physiologiques comparables à la soif³⁴. Elle est également naturelle par opposition à l'artificialité de la régulation culturelle par la restriction cognitive c'est-à-dire réflexive, consciente, sous la forme de règles à respecter. Le réglage fin du comportement alimentaire en fonction de ces signaux corporels physiologiques doit permettre aux patientes et patients d'atteindre leur « poids génétiquement programmé », aussi appelé « poids d'équilibre ». Ce poids, propre à chacun, est, selon les praticiens du G.R.O.S., déterminé physiologiquement, en fonction de facteurs génétiques et épigénétiques, notamment par la trajectoire pondérale passée³⁵.

La difficulté de cette méthode réside dans le fait que les patientes et patients « ne font pas la différence pour la plupart, ou qu'ils n'ont pas pensé qu'on pouvait la faire, entre l'envie de manger et la faim ». Cette incapacité, variable selon les patientes et patients, à établir cette différence, suppose la réalisation d'un entraînement, sous la forme d'exercices à faire chez soi, durant le suivi. Nous revenons sur ce point crucial par la suite du raisonnement, notamment à la section 2.3 page 405. La méthode suppose également une formation des praticiens. Pour elle, les diététiciennes et diététiciens non formés qui simplifient et appliquent avec

33. BOLTANSKI, « Les usages sociaux du corps », *art. cit.*

34. Nous avons observé à plusieurs reprises, en consultation, Pauline Malon, qui est affiliée au G.R.O.S., établir un parallèle entre la sensation de faim et la sensation de soif.

35. Par exemple, le poids d'équilibre tend à augmenter avec l'âge notamment parce qu'une prise de poids conduit à la prolifération du tissu adipeux dont les cellules, réserves énergétiques, tendent, même en cas de perte de poids, à accroître la sensation de faim, le « besoin énergétique » des individus.

légèreté, sans un accompagnement réel des patientes et patients, la méthode, finissent, face aux difficultés rencontrées par les patientes et patients, par imposer « quand même un cadre ». Il faut entendre par « cadre » une forme de régulation encadrée, artificielle, qui ne repose pas sur les sensations corporelles, naturelles, mais sur des règles que l'on s'impose d'observer, comme « manger cinq fruits et légumes par jour ». En ce sens, il s'agit d'une forme de restriction cognitive. Enfin, Katia Valey explique que la méthode de régulation physiologique de l'alimentation ne relève en rien de la psychologie. Elle peut avoir pour conséquence une meilleure maîtrise des émotions induites par l'alimentation et le poids (anxiété, stress, *etc*) mais le travail des diététiciennes et diététiciens reste centré sur l'alimentation et le rapport que les patientes et patients entretiennent avec celle-ci. Réguler son alimentation en étant à l'écoute des signaux de faim et de satiété permet de construire un rapport à son alimentatuion que les praticiens du G.R.O.S. qualifieraient de naturel, sain, immédiat, au sens de non médiatisé par l'application de règles imposées, non médiatisé par une forme de restriction cognitive.

Selon la méthode de la régulation physiologique, l'amaigrissement se termine lorsque le patient ou la patiente a atteint son « poids d'équilibre »³⁶. Il s'agit alors d'aider le patient ou la patiente à accepter son corps, son poids, puisque celui-ci est supposé résilient, à la hausse comme à la baisse, à l'image du « prix naturel d'équilibre » chez les économistes classiques tel Adam Smith³⁷. Le mécanisme régulateur n'est pas l'offre et la demande mais le niveau de faim et de satiété. L'acceptation de son poids d'équilibre nécessite généralement une thérapie comportementale en recourant notamment à la matrice ACT. Katia Valey explique cette nécessaire acceptation et précise la façon dont peut être identifié le poids d'équilibre :

Étienne : Et donc quand vous parlez d'acceptation du corps, est-ce que c'est contradictoire ou pas avec le fait de vouloir aider les patients à maigrir à travers les sensations alimentaires ? Accepter quel corps en fait ?

Katia : Oui c'est ça, vous avez raison. L'acceptation de son corps, c'est l'acceptation de son poids d'équilibre. Parce que souvent, les gens on leur a dit "votre poids idéal", qui est en fait un concept statistique, qui n'a rien de physiologique [...]

E : Et comment vous savez qu'on a atteint la stabilisation ?

K : Alors, si au bout de plusieurs mois, en travaillant sur les sensations alimentaires,

36. La régulation physiologique peut renvoyer à la vieille théorie médicale des humeurs où la bonne santé résulte de leur équilibre et repris en homéopathie par exemple. Cela peut également s'apparenter à l'approche hippocratique de la maladie consistant à laisser la nature opérer.

37. Adam SMITH (1995), *Enquête sur la nature et les causes de la richesse des nations*, 4 t., Presses Universitaires de France, Paris.

en respectant au mieux ces sensations, le poids ne bouge pas à un kilo près, on y est ³⁸.

Katia Valey oppose ainsi, dans la continuité de l'antagonisme qui existe entre les deux façons de maigrir, c'est-à-dire de réguler son alimentation, un « poids idéal » et un poids d'équilibre. Le premier est défini statistiquement, par le recours à l'indice de masse corporelle (IMC) notamment. Il est donc le fruit de conventions, de normes sociales. L'étude de Thibaut de Saint-Pol, par exemple, sur la construction sociale du corps désirable, ne saurait lui donner tort ³⁹. Le poids idéal, rêvé, ne peut être atteint, selon les praticiens du G.R.O.S., qu'au mépris des signaux physiologiques. En l'absence d'une restriction cognitive perpétuelle, il ne peut être atteint durablement. En revanche, le poids d'équilibre peut correspondre, notamment pour une personne ayant été en situation d'obésité sévère, à un IMC supérieur à vingt-cinq, c'est-à-dire à une situation de « sur-poids » selon cet indicateur. Cependant, le poids d'équilibre est naturel parce qu'il est la résultante des signaux physiologiques de faim et de satiété. Ainsi, si une patiente ou un patient respecte « au mieux [ses] sensations » alimentaires et que son « poids ne bouge pas » ou plus, depuis « plusieurs mois », alors il a atteint son poids d'équilibre et doit l'accepter plutôt que de s'efforcer de maigrir davantage.

Ainsi, la méthode de la régulation par les sensations physiologiques, corporelles, suppose, dans le langage indigène qu'emploie par exemple Pauline Malon, qui est affiliée au G.R.O.S., d'être à l'écoute de son corps et de respecter ses sensations alimentaires de faim et de satiété. Elle suppose également le rejet de toute restriction cognitive dont l'incarnation emblématique est l'aliment interdit. C'est ainsi qu'elle résume ses recommandations lors de la deuxième consultation, auto-enregistrée, avec Jennifer, au début du mois de mai 2017 :

« On n'interdit pas mais je m'écoute, je me respecte. »

En guise de remarque conclusive, force est de constater que l'explication de cette méthode aux patientes et patients conduit généralement les diététiciennes et diététiciens à personnifier le corps. Cette personnification accompagne la naturalisation de la contrainte. Elle consiste en l'attribution au corps de désirs autonomes, d'une volonté propre, qu'il s'agit de respecter ou à laquelle les patientes et patients sont soumis. C'est ainsi que Pauline Malon peut recommander, le mardi 20 décembre 2016, au père de Jade, dont il a été question plus en amont, de pratiquer une activité sportive afin de pérenniser la perte de poids engagée

38. Entretien effectué à son cabinet en petite couronne le 19 juin 2017.

39. De SAINT-POL, *Le corps désirable*, op. cit.

depuis le mois de juin. Le renforcement musculaire doit en effet atténuer les signaux de faim engendrés par les tissus adipeux délaissés de leurs lipides. Ainsi, elle « pense qu'il faudra du sport pour éviter que le corps ait envie de remonter », c'est-à-dire de prendre du poids, d'accroître à nouveau les réserves énergétiques sous la forme de tissus adipeux. Le patient doit ainsi se soucier des envies de son corps. Cette personnification n'est pas un cas isolé et peut être analysée comme le symptôme de la naturalisation de la contrainte. En effet, la force de la régulation physiologique repose entièrement sur l'action du corps qui doit produire les signaux de faim et de satiété en fonction des besoins énergétiques. Le patient ou la patiente se contente, tâche difficile néanmoins pour une partie d'entre eux, d'interpréter ces signaux comme des sensations significatives de faim et de satiété. Selon cette vision des choses, tout se passe comme si le corps était le chef d'orchestre de la régulation des consommations alimentaires. Il n'est dès lors que peu surprenant de constater que des diététiciennes et diététiciens prêtent au corps, par un abus de langage, une volonté autonome. La personnification du corps, associée à la naturalisation de la contrainte se retrouve particulièrement bien énoncée dans la consultation auto-enregistrée début mai 2017 de Pauline Malon avec Jennifer lorsque la diététicienne répond aux interrogations de sa patiente concernant les repas alcoolisés. Jennifer raconte en effet qu'elle a du mal à faire attention à ses sensations de faim lorsqu'elle fait, par exemple, « un week-end de bringue » marqué par une forte consommation de boissons alcoolisées :

Pauline : Alors l'alcool enlève l'inhibition de manière générale donc aller se connecter à sa faim quand on a bu trois verres c'est compliqué. Donc faut laisser tomber. Donc dans ces cas là on vit sa vie, on fait son truc, j'ai choisi, je mange, je bois et je discute en même temps et demain je verrai. Demain je laisserai venir la faim. Et mon corps va me dire, il y a une régulation naturelle donc on peut faire le choix de s'écouter à ce moment là comme on peut décider de repousser à plus tard.

Pour pouvoir réguler ses consommations alimentaires selon cette méthode il faut être capable de « se connecter à sa faim ». L'état d'ébriété affecte cette aptitude. Dans cette situation, la « volonté » du corps est inaudible. Il faut alors reporter la régulation naturelle à demain. Le lendemain, il convient en effet de « laisser venir la faim ». C'est « [son] corps qui va [lui] dire » comment se comporter puisque la communication est rétablie. La personnification du corps, par la communication signifiante, apparaît ainsi. La sensation de faim sera automatiquement atténuée s'il y a eu excès la veille. Cela relève du physiologique. Et Pauline Malon de conclure : « il y a une régulation naturelle ».

2.1.2 Une méthode socialement située

Après avoir présenté la méthode de régulation par les sensations physiologiques de faim et de satiété, nous souhaitons la situer socialement. En dépit de la naturalisation de la contrainte qu'effectue cette méthode par rapport à la régulation par la restriction cognitive, elle s'appuie en réalité sur des compétences inégalement distribuées au sein de la population. Ressentir et interpréter les signaux physiologiques de faim et de satiété nécessite un apprentissage, une socialisation particulière qui construit un rapport au corps socialement situé.

Pour démontrer cela nous nous appuyons principalement sur un article de Luc Boltanski paru dans la revue des *Annales* en 1971⁴⁰. Le sociologue s'inscrit dans le cadre théorique que s'efforce de construire Pierre Bourdieu. Boltanski analyse « la culture somatique des différentes classes⁴¹ » à partir de l'étude des consommations médicales. Ces dernières sont faiblement corrélées aux niveaux de revenus et il faut se garder d'assimiler « le "besoin médical" à un "besoin primaire"⁴² ». Au contraire, le niveau de consommation médicale s'accroît statistiquement à mesure que l'on s'élève dans la hiérarchie sociale en particulier en ce qui concerne des consultations médicales pour le ressenti de « troubles fonctionnels », c'est-à-dire sans lésions organiques, ou des consultations de médecine préventive. Il apparaît ainsi que le « besoin médical » est déterminé socialement par la culture somatique propre à chaque classe sociale. Deux conclusions établies par Luc Boltanski nous intéressent spécifiquement pour notre enquête.

Premièrement, les sensations corporelles, subjectives, associées à une consommation alimentaire objectivement comparable, un repas copieux par exemple, varient, en moyenne, selon la position sociale des individus considérés. Tout se passe comme s'il y avait une sensibilité différenciée socialement aux sensations morbides, et par extension aux sensations corporelles en général :

« Tout se passe, en effet, comme si la perception des sensations morbides était inégalement acérée dans les différentes classes sociales ou plutôt comme si des sensations similaires faisaient l'objet d'une "sélection" ou d'une "attribution" différente et étaient éprouvées avec une plus ou moins grande intensité selon la classe sociale de ceux qui

40. BOLTANSKI, « Les usages sociaux du corps », *art. cit.*

41. *Ibid.*, p. 209.

42. *Ibid.*, p. 210.

les éprouvent⁴³. »

Selon la culture somatique des individus, constituée au cours des processus de socialisation, un même signal physiologique peut être perçu plus ou moins nettement, selon l'attention que l'on porte, par exemple, à la digestion, et peut être interprété, éprouvé, très différemment. Luc Boltanski prend l'exemple des sensations éprouvées à la suite d'un repas copieux. « Les sensations qui suivent l'absorption d'un repas riche en féculents et en graisses paraissent faire l'objet d'une attribution très différente selon la classe sociale.⁴⁴ » La proportion d'individus l'associant à « des sensations morbides (lourdeur, nausées, encombrements etc) » relativement à la proportion d'individus l'associant à une « sensation euphorique de la réplétion digestive » (être calé, rempli, reprendre des forces) » croît régulièrement à mesure que l'on s'élève dans la hiérarchie sociale⁴⁵.

Deuxièmement, ou plus précisément, les agents ou les patients sont différenciellement à l'écoute de leur corps selon la catégorie sociale à laquelle ils appartiennent. L'aptitude à transformer des signaux corporels, liés à la digestion par exemple, en symptômes, et donc à consulter un médecin en conséquence en raison d'une pathologie fonctionnelle, c'est-à-dire sans lésion organique, s'accroît rapidement à mesure que l'on s'élève dans la hiérarchie sociale :

« Aussi la propension aux « maladies fonctionnelles » est-elle d'abord le signe d'une aptitude à surinterpréter les messages du corps, c'est-à-dire à percevoir, sélectionner et attribuer à la classe des sensations morbides des sensations que d'autres individus ne perçoivent pas ou auxquelles ils ne prêtent pas attention, bref, d'une aptitude à opérer la transformation de la sensation en symptôme. Or, les « malades fonctionnels », qui constituent une fraction importante de la clientèle du médecin et dont la part relative dans l'ensemble des malades traités par les praticiens s'accroît, semble-t-il, rapidement se rencontrent essentiellement, selon les médecins interrogés, chez les cadres, les membres des professions intellectuelles et des professions libérales (55%) et secondairement, dans les classes moyennes parmi les employés (26%) et les instituteurs (17%)⁴⁶. »

Ainsi, un même signal corporel peut être ignoré par l'un, considéré comme symptomatique par l'autre. Différents rapports au corps, ou cultures somatiques sont inscrites

43. *Ibid.*, p. 211.

44. *Ibid.*, p. 211.

45. *Ibid.*, p. 211.

46. *Ibid.*, p. 211.

dans les habitus individuels qui trouvent leurs principes générateurs dans leurs conditions de production, c'est-à-dire l'expérience sociale collective, propre à une classe d'individus, et dans les trajectoires sociales individuelles des agents. Ces cultures somatiques construisent le type d'écoute et l'intensité de l'écoute qu'un agent a de son corps. « L'habitus corporel des membres d'un groupe⁴⁷ » détermine ainsi la manière dont les agents sont à l'écoute de leur corps. En particulier, un habitus corporel qui entraîne les patientes et patients à percevoir et catégoriser comme significatifs, importants et d'importance, des signaux corporels, c'est-à-dire des sensations, même de faible intensité, habitue ces patientes et patients des classes supérieures à « être à l'écoute⁴⁸ » de leurs sensations corporelles. Les dispositions de l'habitus étant en outre transposables, « être à l'écoute » de sensations spécifiques telles que la faim et la satiété a toute chance d'être d'autant plus aisé que l'on est disposé par ailleurs à entretenir un rapport attentif à son corps.

2.2 Une méthode séduisante

Avant de présenter la mise en pratique de cette méthode (*cf* section 2.3 page 405) il convient de rappeler et d'expliquer la popularité qu'elle rencontre auprès des diététiciennes et diététiciens libéraux.

2.2.1 Popularité

L'ensemble des diététiciennes et diététiciens rencontrés, à deux exceptions près, déclarent en entretien considérer les sensations alimentaires comme un élément clé de la régulation des prises alimentaires des patientes et patients. Nous avons également pu observer, au cours des consultations auxquelles nous avons pu assister, que Fany Lebois, Pauline Malon et Cassandra Rosset abordent, bien que différemment, cette question et cette méthode avec leurs patientes et patients. En ce sens, il nous semble pertinent, à partir de nos données d'enquête, d'affirmer la popularité de cette méthode.

Les deux diététiciennes faisant exception sont Juliette Poudale et Josiane Couloud. La première a d'abord travaillé pendant une dizaine d'années dans l'industrie agroalimen-

47. *Ibid.*, p. 211.

48. L'expression « être à l'écoute » de son corps est mise entre guillemets car elle fait référence aux injonctions indigènes émises par la plupart des diététiciennes et diététiciens en direction de leurs patientes et patients.

taire avant de se reconvertir dans le domaine de la diététique, qu'elle exerce en libéral très rapidement, à partir de 2008, à l'occasion d'une maternité. Il s'agit en outre de la seule diététicienne enquêtée à ne pas avoir connaissance du G.R.O.S.. Elle exerce en milieu rural et dispose d'une patientèle considérable relativement à la plupart des diététiciennes et diététiciens rencontrés, environ soixante patientes et patients par semaine, mais semble assez isolée des autres praticiens. Josiane Couloud, quant à elle, appartient à une génération de diététiciennes et diététiciens dont la plupart des membres sont aujourd'hui en retraite. Elle avait soixante-huit ans au moment de l'entretien, en avril 2017, et ne suivait plus que deux patientes, une activité complémentaire à sa retraite. Elle a effectué la majeure partie de sa carrière en clinique dans un département spécialisé en néphrologie. Ces deux diététiciennes travaillent sur la sensation de faim mais dans un sens bien différent des préconisations émises par le G.R.O.S., puisque leur objectif est de contrôler la sensation de faim afin d'éviter les pulsions. Il est préférable, selon elles, de combler la sensation de faim préventivement par la consommation d'aliments satiétogènes, c'est-à-dire favorisant la sensation de satiété, et peu caloriques, tels que les crudités ou la soupe de légumes. C'est ce qu'explique Josiane Couloud en entretien :

Étienne : [...] "demandez-vous si vous avez faim avant de manger". Est-ce que vous avez pu dire ce genre de choses à vos patients ?

Josiane : Non, non, non. Je travaille la faim dans un autre sens. Je dis qu'il ne faut pas avoir trop faim. Un peu mais pas l'estomac . . . Donc, au contraire, on va faire en sorte de la contenter un petit peu avant pour que justement ça soit pas un débordement de : "ah j'ai tellement faim qu'il faut que ça remplisse très vite". Et je leur explique que le bon sens de l'alimentation, dans énormément de pays, pas seulement en France, c'est de commencer par des crudités. Pourquoi des crudités ? Parce que ça va remplir l'estomac, qui va mettre au moins quinze voire vingt minutes parfois, à envoyer au cerveau : "j'ai quelque chose, ah j'ai déjà un peu moins faim, ça va, je suis content". Pareil pour la soupe. J'essaie d'expliquer les choses un peu simplement. Mais la faim, bien-sûr, je travaille là-dessus mais peut-être pas comme vous le dites. Mais plutôt pour essayer de maîtriser sa faim⁴⁹.

Josiane Couloud mène bien avec ses patientes un travail sur les sensations de faim et de satiété. Elle accorde donc, au même titre que la méthode énoncée plus haut, un rôle déterminant à ces sensations physiologiques dans la régulation des prises alimentaires. Elle ne travaille cependant « pas comme [nous] le di[sons] ». Il ne s'agit pas de régler sa consom-

49. Entretien effectué dans un café parisien le 21 avril 2017.

mation sur ses sensations mais de régler sa consommation pour influencer, encadrer, réguler, ses sensations. Il faut « essayer de maîtriser sa faim » par la consommation de produits satiatogènes peu caloriques, comme « les crudités », afin d'éviter d'être gouverné(e) par une trop forte sensation de faim. Une telle sensation conduirait à un besoin impérieux de remplissage de son estomac, que « ça remplisse très vite ». Le raisonnement est donc inversé puisque pour le G.R.O.S. il faut au contraire s'écouter, respecter ses sensations physiologiques, et donc naturelles, de faim et de satiété. Il faut s'alimenter en conséquence. A l'inverse, Josiane Couloud conseille à ses patientes de réguler consciemment leur alimentation pour que celle-ci atténue leurs sensations de faim. Le mécanisme régulateur premier, dans cet exemple, est donc la restriction cognitive. Pour le dire schématiquement, pour Josiane Couloud et Juliette Poudale, la culture, c'est-à-dire une alimentation réfléchie, choisie, prime sur la nature qu'elle vient contraindre.

Ainsi, Gisèle Pommier, une patiente de Juliette Poudale, confirme le principe de ces suivis puisqu'elle explique qu'elle ne doit jamais avoir faim. Cela est perçu par Gisèle Pommier comme un atout de son programme alimentaire puisque, contrairement aux régimes classiques hypocaloriques qu'elle a expérimentés par le passé, au sein d'un groupe de pairs, elle ne doit pas s'affamer.

Cependant, nous avons observé un quasi consensus sur l'importance des sensations alimentaires de faim et de satiété dans la régulation des consommations alimentaires dans la perspective d'un amaigrissement. En revanche, il est intéressant de remarquer que leur utilisation, en pratique, au cours des consultations, est différenciée (*cf* section 3 page 427) selon la composition sociale des patientèles. Nous pouvons proposer dans un premier temps des éléments permettant d'expliquer la sensibilité des diététiciennes et diététiciens à la méthode de régulation des prises alimentaires par les sensations physiologiques. Pour rappel, parmi ces facteurs se trouve le rejet des régimes, c'est-à-dire de la restriction cognitive, établie au cours du précédent chapitre. Le recours aux sensations alimentaires constitue une méthode alternative à celle, désormais étiquetée comme déviante, des régimes. Les autres facteurs sont la valorisation d'une norme d'autonomie (*cf* section 2.2.2 page suivante) et la simplicité du principe fondamental qui semble faire appel au sens commun et doit donc être facilement accepté par la plupart des patientes et patients (*cf* section 2.2.3 page 404).

2.2.2 L'autonomie

Les diététiciennes et diététiciens rencontrés au cours de notre enquête ont manifesté un attachement à l'autonomie qui caractérise cette méthode, le patient ou la patiente incorporant la contrainte pour s'auto-réguler en fonction de ses sensations alimentaires. En particulier, les diététiciennes avec qui nous nous sommes longuement entretenus sur la méthode, à savoir Pauline Malon et Katia Valey, valorisent l'autonomie qui caractérise, selon elles, cette méthode. L'autonomie contraste avec l'observation d'un régime amaigrissant recommandé par un praticien en vertu de principes nutritionnels.

Cet attachement à l'autonomisation des patientes et patients que porte la méthode alternative aux régimes est bien affirmé par la diététicienne de Mélieu à l'occasion de la consultation auto-enregistrée au début du mois de mai 2017. Il s'agit de la seconde consultation effectuée avec Jennifer, une patiente appartenant aux classes populaires et âgée de trente ans. Pauline Malon lui a présenté en détails la méthode de régulation par les sensations physiologiques prônée par le G.R.O.S. lors de la première consultation, à laquelle nous avons pu assister. La seconde consultation est marquée par un premier retour sur cette méthode exprimée par la patiente. Celle-ci témoigne d'une satisfaction générale accompagnée cependant d'un stress induit par l'absence de cadre. Or, c'est cette absence de cadre, d'encadrement extérieur strict, propre à cette méthode, qui séduit la diététicienne :

Jennifer : Mais du coup là j'ai moins cette sensation de faim. C'est pour ça que je trouve ça bien. Moi pour l'instant ça me plaît cette démarche parce que je trouve ça pas ... Alors d'un côté je suis un peu stressée parce qu'il n'y a pas de cadre vraiment voilà.

Pauline : Oui y a pas un cadre confortable.

J : Mais d'un autre côté j'ai pas de frustration et ça c'est top.

P : Y aura toujours des avantages et des inconvénients. Ce qui compte c'est qu'on puisse vivre la vie que l'on veut mener au plus proche de soi⁵⁰.

J : Oui, où l'on se sent le mieux quoi.

P : Moi, ce que j'aime dans cette approche c'est que ça apprend l'autonomie. Dans le sens où, bah voilà, vous vous mettez à faire plus de sport, votre corps va réclamer ce qu'il faut et vous serez capable de gérer. Si vous êtes enceinte, à l'inverse si vous êtes immobilisée, *etc*, vous n'aurez pas besoin chaque fois de demander une trame à d'autres, vous serez capable de vous écouter. C'est ce que je trouve bien.

50. L'expression « être proche de soi » fait référence à la matrice ACT. Pauline Malon ne la lui a pas présentée mais par habitude et affection pour cette théorie de psychologie comportementale, elle emploie régulièrement des expressions qui font directement référence à la matrice ACT.

J : Oui.

P : Après, voilà, il est clair que oui oui ça laisse plus de flou, de flexibilité. Y a des personnes pour qui c'est pas possible. Donc ça peut changer dans le temps.

Jennifer se réjouit de ne pas avoir « de frustration » puisque la règle est de manger à sa faim. Le fait cependant qu'il n'y ait pas de règle régissant le contenu des prises alimentaires est perturbant. Cela la rend cependant « un peu stressée ». Pauline Malon sait que l'absence de « cadre confortable » peut perturber, déranger, certains patients ou certaines patientes. Elle adapte donc sa méthode de suivi comme nous le verrons (*cf* section 3.3 page 433). L'enjeu de cette seconde consultation pour Pauline Malon est d'évaluer le degré de satisfaction de Jennifer et d'adéquation entre ses recommandations et sa patiente. La diététicienne est ainsi amenée à se justifier en défendant sa méthode. Elle explicite ainsi les raisons qui lui font préférer cette méthode à l'imposition d'un « cadre confortable » qui aurait pour ambition, à travers l'observation d'un régime amaigrissant, de régler, de fixer, le contenu de l'ensemble des prises alimentaires de Jennifer. Elle affirme ainsi que « ce qu'[elle] aime dans cette approche c'est que ça apprend l'autonomie ». Être « capable de [s'] écouter », d'être attentif à ce que son « corps va réclamer » permet de faire face à la diversité des situations, comme être enceinte par exemple, sans avoir besoin de solliciter « une trame à d'autres », une trame extérieure, c'est-à-dire un cadre différent, adapté à chaque situation. Ne pas être dans la dépendance d'avis extérieurs, savants, c'est accroître son autonomie alimentaire.

Le « cadre confortable » qui régulerait l'alimentation consiste en une forme de restriction cognitive. Le cadre imposé s'oppose à l'autonomie permise par l'écoute de ses sensations corporelles. Il s'agit cependant, nous l'avons vu, d'une méthode située socialement car l'émancipation qu'elle suppose, par opposition à « une remise de soi⁵¹ », nécessite des compétences particulières, une culture somatique, socialement déterminée. Si Jennifer, qui appartient aux classes populaires, est « un peu stressée », c'est parce qu'elle n'est pas suffisamment armée socialement pour affronter en toute autonomie la régulation de son alimentation dans le but de maigrir, même en étant conseillée, accompagnée, par Pauline Malon. Or, c'est cette capa-

51. La reprise de la notion proposée par Pierre Bourdieu de « remise de soi » paraît pertinente. Pierre Bourdieu l'emploie notamment pour caractériser l'attitude des ouvriers, pauvres en capital culturel, face au Parti Communiste et à sa doctrine politique (voir BOURDIEU, « La représentation politique », *art. cit.*). Dans le contexte des suivis diététiques en libéral, il peut y avoir « remise de soi » lorsque la patiente ou le patient préfère suivre un cadre imposé, mais confortable car ne nécessitant pas d'arbitrages de sa part. La méthode alternative de régulation par les sensations étant plus difficilement acceptable et efficace pour les patientes et patients d'origine populaire la « remise de soi » a davantage de chance de s'observer auprès de ces patientes et patients.

cité d'autonomisation, d'indépendance dans la régulation de ses prises alimentaires et donc de son poids, qui est valorisée par la diététicienne.

Il nous semble que cette valeur d'autonomie, ou cette injonction à l'autonomie, et donc cette norme d'autonomisation, qui est portée par la méthode du G.R.O.S., est séduisante pour les diététiciennes et diététiciens parce qu'elle correspond à une norme et une valeur particulièrement valorisées au sein de leur groupe social. Plusieurs arguments peuvent étayer cette hypothèse. Premièrement, un parallèle peut être dressé avec le groupe des assistantes sociales étudié par Delphine Serre⁵². Ces dernières encouragent l'émancipation des femmes des milieux populaires vis-à-vis de leurs conjoints. Leur autonomie suppose par exemple l'exercice d'un travail salarié. Si les assistantes sociales défendent l'autonomisation des femmes qu'elles suivent, principalement de classes très populaires, c'est parce qu'elles appartiennent au groupe des professions intermédiaires, aux classes moyennes. Or, c'est dans cette zone de l'espace social que se trouve le plus fort attachement à l'autonomie des femmes. Or, les diététiciennes et diététiciens libéraux appartenant à des espaces sociaux relativement proches, et ont très majoritairement affaire à des femmes. Il n'est donc pas impossible que l'autonomie alimentaire des femmes, leur émancipation de toute tutelle médicale, de tout cadre imposé, soit valorisée par les diététiciennes et diététiciens parce qu'elle ferait écho à une norme féministe d'autonomie et d'émancipation. Deuxièmement, leur statut libéral, même s'il est parfois choisi par défaut, traduit ou cultive une valorisation de l'indépendance et du travail autonome. Les diététiciennes et diététiciens expérimentent donc une autonomie relative dans leur travail. En tout cas, l'autonomie est valorisée et fait partie des atouts du métier tels qu'ils sont mis en avant et en récit par ces praticiens, lors des entretiens par exemple. Enfin, plus généralement, l'émancipation et l'autonomie, le détachement des communautés, par la mobilité sociale ascendante par exemple, sont des normes et valeurs plébiscitées par les classes moyennes dans leur travail, par opposition à la dépendance vis-à-vis de la chaîne de production, des cadences *etc.*, de la famille, avec la valorisation de la mobilité sociale et géographique, notamment par la réussite scolaire. Nous ne pouvons avancer que des pistes explicatives. Cependant, l'attrait des diététiciennes et diététiciens pour l'autonomisation des patientes et patients que suppose, à terme, l'observation réussie de la méthode de régulation interne par les sensations physiologiques, ne fait aucun doute.

52. Delphine SERRE (2012), « Travail social et rapport aux familles : les effets combinés et non convergents du genre et de la classe », *Nouvelles Questions Feministes*, vol. Vol. 31, né 2, pp. 49-64.

L'autonomie des patientes et patients que permet la méthode de régulation prônée par le G.R.O.S. est également mise en valeur par l'ancienne vice-présidente de l'association, Katia Valey. Elle emploie cependant le terme plus idéologique de diktat⁵³, plutôt que « cadre », renvoyant ainsi à l'Histoire, pour désigner la méthode traditionnelle des régimes amaigrissants. Katia Valey défend ainsi l'autonomie par rapport à l'hétéronomie des diktats nutritionnels imposés de l'extérieur, par une diététicienne ou un diététicien n'appliquant pas les méthodes du G.R.O.S., par un médecin généraliste prescrivant un régime, par un régime trouvé sur Internet ou encore par des règles édictées par le programme national nutrition santé (PNNS) :

Étienne : Et donc dans cette histoire, l'équilibre alimentaire et les recommandations du PNNS ?

Katia : On s'en fout. Ah mais c'est ... d'ailleurs on essaie de se dire que la priorité c'est pas ça mais plus on fera ça, plus les gens sortiront de leurs problèmes de poids. Ils ne pourront manger tout ça que quand leur poids aura baissé.

E : Et vous pensez qu'on peut pas même en mangeant moins manger à peu près équilibré ?

K : Non, rappelez-vous ce que je vous ai dit, manger équilibré, c'est couvrir tous les besoins en nutriments, en vitamines et en oligoéléments. A aucun moment en-dessous de mille huit-cent calories vous couvrez tous ces besoins. Et quand vous faites des recommandations pas trop gras, pas trop sucré, c'est extrêmement stressant et du coup ça induit un comportement qui fait que même l'équilibre au niveau des nutriments est mauvais⁵⁴.

Selon Katia Valey les patientes et patients ne devraient se soucier de manger varié uniquement lorsqu'ils auront atteint leur poids d'équilibre, lorsque « leur poids aura baissé ». Plus généralement, il faut se libérer des règles, qui suscitent une restriction cognitive de son alimentation aux dépens de l'attention portée aux sensations physiologiques de la faim et de la satiété. Ainsi, les règles nutritionnelles édictées par le PNNS, comme les injonctions à consommer cinq fruits et légumes et deux produits laitiers par jour trouvent leur intérêt dans un second temps, une fois que le poids d'équilibre, c'est-à-dire normal, naturel, est atteint. Remarquons que pour Katia Valey, le stress émane en réalité des injonctions nutritionnelles, du cadre dans lequel doit s'insérer une alimentation équilibrée. Cela s'oppose au ressenti

53. « Diktat » est un terme allemand employé par les opposants nationalistes au traité de Versailles conclu après la première Guerre Mondiale. Il a en particulier été utilisé par les militants nazis à des fins de propagande. Il signifiait l'imposition par les vainqueurs, et singulièrement la France, au peuple allemand, de règles, de clauses, inacceptables et contraires à la volonté générale.

54. Entretien effectué à son cabinet en petite couronne le 19 juin 2017.

de Jennifer qui trouve au contraire stressant l'absence d'un cadre, de règles. Disposer d'un cadre peut être jugé, comme le concède Pauline Malon, « confortable », pour une partie des patientes et patients. Katia Valey exerce dans un territoire privilégié et s'est spécialisée dans la méthode du G.R.O.S.. Elle est donc confrontée à une patientèle issue structurellement principalement des classes supérieures contrairement à celle de Pauline Malon. La majorité de ses patientes et patients ne sont donc pas confrontés au même stress.

L'ancienne vice-présidente du G.R.O.S. assimile d'ailleurs ces règles nutritionnelles qu'il faudrait prioritairement observer à un « diktat », c'est-à-dire une obligation imposée de l'extérieur contre sa propre volonté et son intérêt. Si l'on voulait construire une analogie à partir de concepts sociologiques, on pourrait dire que tout se passe comme si les normes qui définissent l'alimentation saine constituaient un fait social, c'est-à-dire une contrainte extérieure aux individus qui s'impose à eux pour déterminer leurs « manières d'agir, de penser et de sentir⁵⁵ », en l'occurrence de se nourrir, dont il faudrait se libérer. Une telle libération supposerait un recentrement sur soi et ses sensations corporelles physiologiques. La nature, incarnée par les sensations physiologiques de faim et de satiété, préserverait ainsi de la culture, incarnée par le « diktat » des règles nutritionnelles, et permettrait ainsi à l'individu de retrouver une autonomie alimentaire, en accord avec ses propres besoins physiologiques. Les injonctions nutritionnelles, qu'elles émanent du PNNS ou de praticiens non formés aux méthodes du G.R.O.S. sont en réalité contre-productives puisque le stress qu'elles suscitent « induit un comportement qui fait que même l'équilibre au niveau des nutriments est mauvais ». Seule l'attention aux sensations physiologiques permet une perte de poids durable. Il est possible par la suite de « manger plus varié ». Katia Valey sait cependant d'expérience que « la restriction cognitive », l'imposition de règles devant déterminer une alimentation équilibrée, « est tellement induite par la société », que des patientes et patients devenus autonomes, ayant terminé un premier suivi, se voient dans l'obligation de consulter à nouveau pour s'extraire du « diktat » nutritionnel :

« Quand on est sortis du problème de poids inquiétant, on arrive à un poids où l'on peut manger plus et là on peut manger plus varié. Et moins vous stigmatisez certains aliments, plus vous êtes capable de les manger ou pas [. . .]. La restriction cognitive, elle est tellement induite par la société que parfois ça revient. Moi, des fois, j'ai des gens qui reviennent après un traitement où je pensais que tout allait bien. Et ce qui revient c'est que la restriction cognitive est réintroduite au cours d'un événement traumatique mais

55. DURKHEIM, *Les règles de la méthode sociologique*, *op. cit.*, p. 5.

il suffit d'une ou deux consultations pour que ça revienne. C'est pour ça que je leur dis qu'il faut faire, quand nécessaire, des piqûres de rappel. L'idée c'est qu'on devient plus autonome, qu'on n'est plus sous le diktak. Mais y a des gens qui ont besoin de diktat, c'est vachement important pour eux "ouais les règles tout ça" (*ton méprisant*). On ne peut pas les changer. Il faut accepter aussi tout ça. »⁵⁶

Ainsi, la restriction cognitive, c'est-à-dire le fait de suivre des règles alimentaires, est assimilée à un « diktat ». En cas de récurrence dans la régulation ou restriction cognitive, une « piqûre de rappel » de la méthode physiologique est nécessaire. Cela permet d'être à nouveau « plus autonome » en se délivrant du « diktat » des règles nutritionnelles. Selon Katia Valey, certaines personnes « ont besoin de diktat », c'est-à-dire de se voir dicter la composition de leur alimentation. Elle nous a indiqué, au cours de l'entretien, qu'elle ne reprenait pas pour un second rendez-vous les patientes et patients appartenant à cette catégorie.

2.2.3 Simplicité du principe

La simplicité du principe qui fonde la méthode amaigrissante prônée par le G.R.O.S. nous semble être un deuxième élément permettant de rendre compte de son succès auprès des diététiciennes et diététiciens rencontrés.

Nous avons vu que le discours fondant cette méthode n'est pas audible par l'ensemble des patientes et patients. La méthode ne peut pas être facilement et immédiatement efficace, reçue, au sens de comprise, par l'ensemble des patientes et patients. Elle a cependant le mérite de s'énoncer simplement et clairement, presque universellement. Elle peut s'accompagner de ramifications psychologiques. Pauline Malon, par exemple, travaille sur la matrice ACT pour améliorer l'estime de soi et de son corps. Elle peut également s'accompagner, par exemple, d'un travail sur le goût et le plaisir de la dégustation, par l'intermédiaire de séances de dégustations. Cependant, l'élément central de la méthode consiste en un message simple qui peut même s'apparenter à une idée reçue car de sens commun⁵⁷, presque une tautologie : il ne faut manger que lorsque l'on a faim. La méthode est cependant socialement située, comme nous l'avons vue, car sa simplicité masque sa difficile mise en pratique pour tout une partie de la population relativement moins bien dotée en capital culturel (*cf section 2.3 page suivante*). Ne manger que lorsque l'on a faim suppose de savoir ce qu'avoir faim veut dire. Cela suppose,

56. Entretien effectué à son cabinet en petite couronne le 19 juin 2017.

57. Pierre BOURDIEU (1996), *Sur la télévision ; suivi de L'emprise du journalisme*, Éditions Raisons d'agir, Paris.

en particulier, d'être capable de distinguer la faim de l'envie de manger et plus généralement d'être capable de ressentir, de percevoir, et d'interpréter les signaux physiologiques indiquant la faim ou la satiété. D'autres facteurs, plus matériels, peuvent intervenir. En effet, le simple fait de s'alimenter lentement, c'est-à-dire de faire durer les repas, et donc de disposer du temps nécessaire pour ce faire, rend plus probable l'apparition d'une sensation de satiété avant la fin du repas. Or, les pauses méridiennes peuvent, par exemple, être de courte durée, particulièrement pour les ouvriers et employés. Ainsi, le principe est séduisant pour les diététiciennes et diététiciens parce qu'il est simple et, en apparence, de sens commun. Il présente cependant de nombreuses limites sociales dans sa mise en pratique.

2.3 Mise en pratique

L'ensemble des diététiciennes et diététiciens rencontrés, à deux exceptions près, déclarent travailler sur les sensations alimentaires pour réguler l'alimentation de leurs patientes et patients afin de les aider à maigrir. Ce développement s'intéresse à la mise en pratique de cette méthode d'amaigrissement au cours des suivis. Pour ce faire, il est opportun de mobiliser nos observations puisqu'elles offrent un accès direct aux pratiques plutôt qu'à un discours sur les pratiques. Au cours de la seule consultation observée au cabinet de Cassandra Rosset, celle avec Virginie Arcan, une jeune femme consultant pour un suivi consécutif à une opération bariatrique⁵⁸, la régulation de l'alimentation par les sensations alimentaires n'est pas abordée puisque l'opération rend la patiente incapable de se nourrir en grande quantité. Il s'agit d'un cas spécifique. Nous nous concentrons donc sur les observations menées aux cabinets de Pauline Malon et de Fany Lebois. La diététicienne de Mélieu, Pauline Malon, est affiliée au G.R.O.S. et a suivi leur formation. Elle met ou essaye de mettre en place cette méthode (*cf* section 3.3 page 433) la plupart du temps. Cela s'observe très clairement dans la majeure partie des consultations auxquelles nous avons pu assister. Fany Lebois n'est en revanche pas affiliée au G.R.O.S.. Elle affirme cependant en entretien, et en consultation face aux patientes et patients, beaucoup travailler sur les sensations alimentaires. Au cours de six des sept consultations, l'exception étant la consultation de suivi très spécifique effectuée

58. Virginie Arcan a subi cette opération, après un long parcours de soin destiné à vérifier si elle était apte, psychologiquement notamment, à en bénéficier, afin de perdre plusieurs dizaines de kilos et de retrouver un poids catégorisé comme normal. Il serait intéressant d'enquêter sur les représentations que peuvent avoir les diététiciennes et diététiciens libéraux de ce recours à la chirurgie. Nous ne disposons pas des données nécessaires à partir de notre enquête de terrain pour développer ce point.

avec Sophie Bricou, une patiente souffrant d'anorexie, Fany Lebois a déployé une même méthode, un même protocole, différencié cependant pour les enfants, qui conduit à une mise en pratique de la méthode très différente de celle observée au cabinet, situé au sein d'un territoire très différent, de Pauline Malon.

La mise en place de la méthode se traduit chez Fany Lebois principalement par un exposé magistral, convaincu, et de fait convainquant, des principes à respecter. L'exposé s'accompagne de discussions et d'interactions avec les patientes et patients. Cependant, Fany Lebois mène un travail moins inductif que Pauline Malon. En effet, cette dernière réagit, commente, le témoignage de ses patientes et patients, lors d'un premier rendez-vous par exemple, pour introduire les principes de la méthode. Si elle les affirme, nous ne l'avons jamais vu procéder à une forme d'exposé magistral de la méthode. Ainsi, les principes, le fondement théorique de la régulation par les sensations alimentaires est exposé d'une façon moins théorique. Surtout, la principale différence réside dans le fait que la diététicienne de Mélieu recommande à ses patientes et patients, si elle les estime réceptifs à la méthode⁵⁹, de se plier à des exercices de réflexivité, d'auto-observation, devant leur apprendre à reconnaître leurs signaux de faim et de satiété. Cet apprentissage apparaît ainsi comme un préalable à une mise en pratique efficace de la méthode de régulation du G.R.O.S.. La pratique, si nécessaire, c'est-à-dire si le patient ou la patiente en a besoin, d'exercices de cette nature, est prévue par le G.R.O.S.. Katia Valey explique ainsi que ces exercices doivent être encadrés par des praticiens formés à la méthode :

Étienne : Vous donnez des exercices un peu à vos patients ?

Katia : Oui

E : Comme ne pas manger jusqu'à ce que l'on ressente la faim pour déterminer les signaux ?

K : Voilà. Et ça c'est hyper encadré, c'est-à-dire que la personne qui n'est pas formée au G.R.O.S. va dire ça. Nous en fait on fait l'expérience pour retrouver la faim et donc on l'encadre beaucoup. Il faut faire ci, faire ça, on note, et au repas suivant . . . c'est-à-dire qu'on ne les laisse pas ne pas manger pendant trois jours, c'est anxiogène⁶⁰.

59. Nous traitons ce point crucial de la disposition plus ou moins grande des patientes et patients à l'acceptation de cette méthode qualifiée de physiologique dans la suite de ce chapitre.

60. Entretien effectué à son cabinet en petite couronne le 19 juin 2017.

2.3.1 Une compétence apprise

La mise en place de ces exercices, que nous avons pu observer au cours des consultations consacrée par Pauline Malon à des patientes venant pour un premier rendez-vous, traduit le fait que la sensibilité aux signaux physiologiques et l'interprétation des sensations de faim et de satiété sont une compétence acquise, apprise, socialement déterminée. Elle peut et doit s'apprendre, ou être renforcée, si elle n'a pas été acquise par familiarité avec une culture somatique de classes supérieures attentive aux signaux corporels de faible intensité. Cet apprentissage, tel qu'il transparait à travers le recours aux exercices (*cf* encadré page 407), est similaire à celui que doivent connaître les fumeurs de marijuana pour franchir les étapes de leur « carrière déviante »⁶¹. Ceux-ci doivent en effet apprendre à reconnaître les effets de la consommation de cannabis comme les patientes et patients doivent apprendre à reconnaître les signaux de la faim. Les fumeurs doivent en outre apprendre à apprécier ces sensations, c'est-à-dire à les interpréter comme des sensations agréables. De même, les patientes et patients doivent apprendre à interpréter les signaux de satiété comme une injonction à cesser de s'alimenter ou à repousser un repas.

S'exercer pour apprendre

Le cas de la consultation effectuée par Françoise auprès de Pauline Malon, le jeudi 22 décembre 2016, donne à voir en détails la mise en pratique de la méthode de régulation par les sensations qui passe notamment, pour les patientes et patients de la diététicienne de Mélieu réceptifs à la méthode, par un apprentissage de la capacité à reconnaître les signaux de la faim et de la satiété. Il s'agit d'un premier rendez-vous. La diététicienne doit donc découvrir sa nouvelle patiente et déterminer si la méthode de régulation par les sensations lui conviendrait. Si elle estime que cela doit être le cas, alors elle introduit les principes qui fondent la méthode et leur déclinaison pratique. La première mise en pratique de la méthode consiste en la présentation de deux exercices auxquels Françoise est invitée à se livrer afin d'apprendre à reconnaître ses signaux physiologiques de faim.

Pour rappel, Françoise est une professeur des écoles travaillant en maternelle. Elle dispose donc, *a priori*, d'une culture somatique plus favorable, grâce à son niveau de capital culturel, que celle de Jennifer par exemple. Elle est née en 1964, a deux enfants et est séparée de son conjoint depuis 2008. Elle réside avec ses enfants dans un petit village à proximité de Mélieu. Il s'agit de son premier suivi diététique. elle « sai[t] ce qu'[elle]

61. BECKER, *Outsiders, op. cit.*

devrai[t] faire » mais elle se décrit comme « très gourmande, très grignoteuse ». Elle ajoute : « quand je rentre du travail, je n'ai pas envie de manger une pomme quoi si vous voulez ». Elle déclare savoir qu'elle a « une alimentation déséquilibrée » et désire « [se] remettre les pendules à l'heure ». Elle pense ne pas être « quelqu'un qui a beaucoup de volonté dans ce domaine ». Elle « cherche des conseils ».

La présentation et la mise en pratique de la méthode s'effectuent en deux temps. Dans un premier temps, Pauline Malon discute les notions de faim, de satiété, d'envie de manger, et de besoins, à partir du récit que propose Françoise de ses prises alimentaires. Ces discussions prennent place au sein du bilan qui est toujours réalisé au début de la première consultation. Le bilan consiste à récolter de nombreuses informations sur la patiente ou le patient : données socio-démographiques, antécédents médicaux, activité physique et pratiques alimentaires.

Françoise : Par contre le soir quand je rentre à la maison c'est dramatique.

Pauline : Vous avez faim ?

F : Oui voilà.

P : Et c'est où dans le corps la faim ?

F : ... Bah je vais avoir envie de bouloter vous voyez. Je vais avoir une envie de saler, de prendre le paquet de biscuits salés. Je vais prendre tout ce qu'il faut pas ...

P : C'est envie oui je pense plus [*elle prend des notes*]. Donc si c'est une envie, ça ne veut pas forcément dire que vous n'avez pas assez mangé le midi. Si c'est de la faim, c'est sûr que si on a faim tous les jours à 16h30 c'est que le midi on ne mange pas assez.

F : Oui, oui oui.

P : Mais on peut faire comme ça en fractionnant. Par contre si c'est de l'envie, c'est-à-dire si la tête ou le cœur a envie de quelque chose, c'est différent. C'est un autre besoin que l'on a envie de nourrir. Un besoin de soupape, un besoin de se redonner de l'énergie.

F : Parce que pour vous avoir faim avec l'estomac, c'est j'ai l'estomac qui gargouille, l'estomac qui demande ou ...

P : Oui c'est ça, plus d'autres choses. Je pense que je vais vous faire faire un exercice sur la faim. On a tous des signaux différents. Moi, si j'ai faim, alors oui, on a tous le creux, le gargouilli, l'acidité. Après y a d'autres choses qui vont s'ajouter. Moi, après, je vais avoir les mains qui vont chercher. Je peux même avoir les main moites. Après, si ça monte encore, je vais même bailler. Je vais vraiment avoir du mal à, si là j'avais faim à ce niveau là, c'est-à-dire huit sur dix, je vais avoir du mal à vous suivre. Je vais être lente, je vais avoir le coup de barre. C'est du corporel quoi.

F : Alors moi je vais avoir la sensation de me dire : "si je me pose c'est fini quoi". Quand je rentre à la maison, si je suis dans l'activité je ne vais pas forcément

chercher à grignoter.

p : Oui voilà si l'esprit est occupé, le corps n'appelle pas forcément . . .

F : Par contre si je me pause, là je vais me mettre à bailler *etc.* Je me dis qu'il ne faut surtout pas me poser *etc.*

P : Vous pensez que c'est quoi à ce moment là ?

F : J'ai un coup de pompe mais je ne saurais pas dire si c'est la fatigue ou la faim du coup.

P : Vérifiez, y a peut-être des jours où c'est de la faim. Mais je pense que souvent c'est plus le besoin légitime de faire une pause avant de réattaquer. Ça, on va s'amuser à trier un petit peu. D'où l'importance je pense de faire l'exercice sur la faim pour que vous puissiez savoir vos signaux à vous.

Pauline Malon réagit au récit que propose Françoise de ses grignotages. Elle essaye de faire s'interroger la patiente sur ce qu'elle considère comme le besoin sous-jacent. Selon Pauline Malon, la plupart du temps, il semblerait que Françoise ait davantage besoin de se reposer plutôt que de se nourrir lorsqu'elle rentre du travail. Elle a « un besoin légitime de faire une pause ». Elle explique à sa patiente qu'il est important d'être capable de discerner précisément les signaux de faim pour pouvoir différencier, par exemple, la faim de la fatigue et éviter ainsi les grignotages. C'est ainsi qu'elle justifie la pertinence des « exercices sur la faim ». Elle donne alors l'exemple de ses propres signaux corporels de la faim, comme « les gargouillis ». Fany Lebois se livre au même procédé lors de ses consultations : se prendre en exemple pour illustrer la sensation de faim. Pauline Malon distingue, sans l'explicitier très nettement, la faim de l'envie de manger en insistant sur le caractère physiologique des signaux de la faim. La faim « c'est du corporel ». A l'inverse, les envies sont situées, métaphoriquement, au niveau de la tête, c'est-à-dire de l'esprit, des pensées, et du cœur, c'est-à-dire des émotions et des sentiments. L'intérêt des exercices sur la faim repose également sur le caractère personnel des signaux de la faim puisque l' « on a tous des signaux différents ». Les exercices doivent donc permettre à Françoise de déterminer la nature de ses propres signaux. La discussion au sujet des pratiques alimentaires, et notamment des tendances au grignotage, de Françoise, se poursuit. Pauline Malon l'invite à observer deux exercices d'apprentissage, dont elle explicite ensuite, une quinzaine de minutes plus tard, les modalités concrètes :

Pauline : [...] tant que l'on ne connaît pas ce que c'est que la faim on ne peut pas être rassasié, en tout cas pas au bon moment. On ne peut pas être satisfait. Donc je vais vous faire faire un exercice sur la faim pour que vous ayez bien en tête vos signaux. Et ensuite quand j'ai envie de manger sans avoir faim, j'essaye d'analyser ce qui se passe pour moi. Pour trier déjà et ensuite pourquoi pas mettre en place des stratégies. Alors je vais vous l'imprimer. C'est un exercice, c'est un peu scolaire.

Françoise : On en sort pas [*rires*]

P : Oui [*rires*]. L'idée c'est qu'après vous soyez autonome, que vous le fassiez naturellement. Mais au départ, sans passer par les exercices, souvent c'est un peu compliqué. Si je vous dis à partir de maintenant essayez de respecter votre faim et votre rassasiement, bon y a plein de fois où vous allez oublier.

F : Oui oui

P : Passer par l'écrit ça permet une prise de conscience et casser des automatismes. Mais après on arrête bien-sûr.

F : Oui oui.

P : Alors, je vais vous faire deux choses pour commencer. Donc l'exercice de la faim. Pendant quatre jours si possible vous allez attendre d'avoir faim avant de manger le matin. C'est-à-dire que vous n'allez pas prendre de petit-déj'.

F : Du coup, je peux différer le petit-déjeuner longtemps ? Je peux aller à la salle de bain, lancer une machine, *etc* ?

p : Oui, donc c'est qu'il n'y a pas d'inconfort de faim. Si vous aviez faim déjà cinq ou six sur dix y aurait un inconfort très désagréable, c'est fait exprès, c'est la sonnette d'alarme.

F : Oui, c'est le fait d'en parler.

P : Déjà si vous arrivez à moins ou pas manger parce que vous voyez que vous en avez pas besoin vous gagnez des calories. Donc si déjà y a des matins où vous voyez que ça va bien comme ça, ne vous forcez pas. Sauter un repas c'est si on a faim, volontairement on ne mange pas pour maigrir.

F : Non bah ça ...

P : Mais ne pas manger parce qu'on a pas la sensation de faim ce n'est pas sauter un repas. Même si votre tête vous dit qu'il faut toujours manger le matin, non ce n'est pas vrai.

F Oui oui.

P : Y a que votre corps qui peut vous dire si vous avez besoin ou non. Alors, pour clarifier cette histoire de signal de faim, pendant quatre jours vous allez attendre un signal de faim. Dès que vous avez l'impression d'avoir faim vous notez l'heure et vous laissez encore monter, jusqu'au supportable hein !

F : Oui.

P : Et à un moment donné ça va être vraiment très désagréable et vous allez pouvoir noter. Peut-être des gargouillis, peut-être les mains moites, peut-être la bouche sèche, peut-être trop de salive *etc*. Du corporel, on est bien sur du corporel. Pas simplement envie de manger. Ce que l'on veut c'est surtout décrire comme ça quatre matins de suite parce que ce qui va revenir à chaque fois c'est vos signaux à vous. Ensuite vous notez le temps que vous avez attendu et ce que vous avez mangé. Le premier jour vous aurez peut-être tenu, je dis n'importe quoi, la faim aurait vraiment été insupportable à quinze heure et donc à quinze heure vous n'aurez pas envie de manger la même chose qu'à dix heure.

F : Et donc ça veut dire que même si je me lève à huit heure je peux attendre ... ?

P : Oui, oui oui. Alors, si jamais ça arrive, c'est arrivé à deux patients, mais eux

ils étaient vraiment en obésité, ils n'ont jamais eu faim, parce que le corps, lui, veut réguler et veut qu'ils maigrissent, aucun signal. Si jamais cela vous le fait le premier jour, pas d'inconfort de faim, mangez un petit truc le soir, ce n'est pas le but non plus ...

F : Oui oui bien-sûr.

P : Mais en général il se passe quelque chose. [...] Faites ça quand vous êtes à la maison. Et y a trois règles que l'on donne pour manger. C'est manger en ayant un minimum faim. C'est manger en ayant envie de manger. Et manger le plus possible en pleine conscience. [...] ça pendant si possible quatre jours et puis après on apprend des choses. Y a des personnes qui par exemple sont intolérantes à la faim, elles mangent au bout d'une minute. Ces personnes là vont manger avant d'avoir faim. Donc ça oriente autrement le suivi.

F : Oui.

P : Donc première chose, ça dans l'idée de trier pour savoir ce dont j'ai vraiment besoin, qu'est-ce que je nourris.

F : C'est difficile ça, hein ?

P : C'est très difficile oui, au début. Mais après ... [...] Le travail est là et ensemble on travaillera les obstacles. C'est pour cela que je vais vous demander de noter, après cet exercice, si possible pendant sept jours, sur un cahier, vous reporterez ces colonnes. Et vous me noterez ce que vous mangez et pourquoi. Donc est-ce que j'avais faim ou pas avant de manger. Vous serez donc capable de le dire. Est-ce que j'étais concentrée sur ce repas. Et après le repas comment j'étais : j'étais remplie j'avais trop mangé. J'avais pas assez mangé j'ai encore faim. J'avais juste mon plat Picard et une clémentine. Pour que l'on puisse analyser sur une semaine, ah bah à chaque fois que vous mangez vous avez faim à deux sur dix, là on peut peut-être avancer. Ou très souvent vous êtes pas concentrée donc vous dépassez. Pour que l'on puisse personnaliser encore plus. Vous voyez ? Ça vous va ?

F : Oui.

P : On va se concentrer là-dessus et ensuite on verra les obstacles, si on se rend compte que c'est les émotions, le rassasiement, les croyances alimentaires, les « on dit » *etc.*

F : D'accord.

Pauline Malon présente l'exercice visant à discerner ses signaux indicateurs de la faim comme un préalable nécessaire, qui doit permettre, ensuite, de « mettre en place des stratégies » pour réguler ses consommations alimentaires en fonction de ces signaux physiologiques plutôt qu'en fonction de ses envies ou son état émotionnel. Elle propose un support écrit à sa patiente. Si l'exercice est « un peu scolaire », il a vocation à n'être que temporaire. S'entraîner s'avère nécessaire car « souvent c'est un peu compliqué » au départ d'identifier les sensations de faim. Il serait inefficace selon Pauline Malon de laisser partir Françoise en lui ayant simplement exposé le principe fondant théoriquement la méthode, en lui disant : « essayez de respecter votre faim et votre rassasiement ».

L'encadrement qu'exige l'apprentissage de cette compétence est temporaire. La diététicienne insiste ainsi dès l'origine sur l'autonomie qui est visée et le caractère naturel que devra prendre, une fois la compétence acquise, la régulation. « L'idée c'est qu'après vous soyez autonome, que vous le fassiez naturellement ». En effet, une fois acquise la capacité à s'écouter et à discerner ses signaux de faim et de satiété, Françoise ne devrait plus être obligée d'adopter l'attitude réflexive que force l'exercice. Elle n'aura plus besoin d'évaluer systématiquement et consciemment son niveau de faim avant de manger. Une fois intériorisée, incorporée, cette compétence devient une disposition à l'écoute et l'interprétation de ses sensations corporelles de faim et de satiété. Une telle attention devient alors comme une seconde nature. La régulation s'effectue naturellement. C'est l'objectif poursuivi par le suivi diététique.

« Passer par l'écrit ça permet une prise de conscience » signifie que s'interroger par écrit sur son niveau de faim avant chaque repas et de satiété après chaque repas permet de forcer une attitude réflexive. Cela prend du temps, interrompt l'action, et force à la réflexion. L'exercice est en effet scolaire puisque l'expression écrite permet de même aux élèves, au sein de l'institution scolaire, d'adopter une attitude réflexive vis-à-vis du langage. Au-delà du recours à l'écriture, l'exercice proposé par Pauline Malon permet d'identifier les signaux de la faim parce qu'il rompt avec l'habitude. La diététicienne invite Françoise à tester sa résistance à la faim en se positionnant le plus longtemps possible, dans la limite du raisonnable, dans une situation où, physiologiquement, la faim devrait se manifester de plus en plus fortement, jusqu'à ce que cela devienne insupportable. La faim se faisant plus grande, les signaux qui la manifestent sont amplifiés. La perception de ceux-ci est donc plus aisée. Ainsi, un patient ou une patiente qui dispose d'une culture somatique trop éloignée de celle permettant l'efficacité de la méthode, c'est-à-dire la perception fine des signaux de faim et de satiété, perçoit des signaux habituellement inaperçus. Tout se passe comme si les patientes et patients étaient malentendants et que l'exercice permettait d'accroître les décibels émises par le corps.

Le second exercice est également un exercice de retour sur ses pratiques alimentaires, de réflexivité. Il s'agit de noter sur un carnet, durant une semaine, l'ensemble de ses consommations alimentaires et le contexte dans lequel elles ont été effectuées. Il faut préciser son niveau ressenti de faim physiologique ainsi que le niveau de conscience. Le niveau de conscience fait référence à la « pleine conscience ». Manger en « pleine conscience » signifie être pleinement à son repas, être attentif à ce que l'on mange et à ses sensations corporelles. Cette sensibilité favorise la perception fine des signaux physiologique de faim et surtout de satiété, ce qui permet d'interrompre son repas au moment opportun. L'exercice doit permettre également une réflexivité partagée au sens où les éléments inscrits sur le carnet ont vocation à être commentés par la diététicienne lors du prochain rendez-vous. Nous avons pu l'observer à l'occasion de consultations de suivi.

Une fois les signaux de faim et de satiété bien identifiés, la suite du suivi a pour finalité la levée des « obstacles » à la régulation physiologique pensée comme naturelle. S'il s'agit, par exemple, du « rassasiement », cela signifie que Françoise doit apprendre à être plus attentive, à mieux reconnaître et interpréter les signaux de satiété. S'il s'agit des émotions, il s'agira de comprendre ces émotions, d'en discuter en consultation ou d'orienter, en complément, la patiente vers un suivi psychologique ou des séances de sophrologie. Enfin, s'il s'agit des « croyances alimentaires » ou des « on dit », cela fait référence aux règles nutritionnelles, qu'elles soient savantes ou profanes. Celles-ci peuvent introduire de la restriction cognitive, c'est-à-dire un contrôle conscient de son alimentation qui rompt avec la simple régulation physiologique.

L'apprentissage de la capacité à identifier et interpréter les signaux physiologiques de la faim et de la satiété n'est pas chose facile, notamment pour les patientes et patients appartenant aux classes populaires. La première phase du suivi, qui est consacrée à cet apprentissage, peut donc englober plusieurs consultations. Les modalités de l'exercice peuvent par ailleurs être légèrement réévaluées, de même que sa présentation. Le réajustement et la poursuite de l'exercice de réflexivité que constitue la tenue d'un journal alimentaire incluant l'évaluation du niveau de faim avant chaque repas, est perceptible dans la transcription de la deuxième consultation de Jennifer⁶², qui a fait l'objet d'un auto-enregistrement au début du mois de mai 2017 :

Pauline : Bon parfait. Bon, donc, à suivre ... Ce que je vais vous demander c'est la semaine avant de venir la prochaine fois. Vous avez encore un original ?

Jennifer : Oui oui j'ai fait plein de photocopies.

P : Voilà et bien vraiment la semaine avant de venir vous me renotez une semaine . D'accord ?

J : D'accord.

P : Pour voir un petit peu où vous en êtes niveau faim et rassasiement.

J : Oui.

P : Et puis n'hésitez pas à faire plutôt entre zéro et cinq. Je pense même que je vais le changer, je vais me le noter.

J : Ouais parce que c'est super difficile de noter entre zéro et dix.

P : Oui je vais le noter parce que vous n'êtes pas la seule à me dire ça. N'hésitez pas à faire le parallèle avec "tiens au resto je prendrais quoi", "zéro c'est rien", "un je prendrais une petite salade ce sera suffisant" *etc.* Oui, vous me refaites ça une semaine avant de venir et puis quand au niveau faim ce sera un petit peu plus précis on fera aussi un exercice plus dure sur le rassasiement. Ok ?

62. Pour rappel, Jennifer est une femme de trente ans ayant un conjoint. Elle n'a pas d'enfant et exerce le métier de secrétaire dans une entreprise privée de transport ferroviaire de marchandises. Elle habite Mélieu et travaille à Lyon. Elle appartient aux classes populaires.

J : D'accord.

P : On pense à déjà bien, voilà, sentir sa faim. Donc vous continuez.

J : oui.

P : Dans la même idée : je m'écoute, je me respecte. Mais j'ai le droit de faire des choix des fois de ne pas hein ... Donc ce soir vous verrez bien⁶³ ... Et des fois ce n'est pas vraiment un choix. On en a tellement envie.

J : ouais.

P : Mais on en est conscient que l'on a fait le choix de se faire, de ne pas calculer quoi. On a le droit ...

Il nous semble que trois éléments sont à retenir de cet extrait. Premièrement, le réajustement de l'exercice effectué par Pauline Malon consiste en une diminution du niveau d'abstraction. Basil Bernstein⁶⁴ a montré que le langage, la langue parlée par les jeunes enfants issus des classes populaires se différencie de celui des enfants appartenant aux classes plus aisées notamment par un niveau d'abstraction plus faible. Ainsi, rendre l'énoncé d'un exercice plus concret le rend moins discriminant socialement. La diététicienne diminue le niveau d'abstraction pour le rendre plus adapté aux dispositions de Jennifer à l'abstraction. En particulier, elle associe des situations concrètes, au restaurant, aux niveaux chiffrés de faim. Par exemple, un niveau de faim évalué à un sur cinq correspond à une situation dans laquelle la personne commanderait « une petite salade » et cela « sera suffisant ». La diminution de l'ampleur de l'échelle peut également être perçue comme une diminution de l'abstraction puisqu'il est plus aisé de distinguer et de comparer cinq situations concrètes différentes plutôt que dix. Surtout, l'abaissement de l'amplitude de l'échelle fait écho à la difficulté qu'éprouve Jennifer à acquérir une perception fine de son niveau de faim. Plus une échelle distingue de niveaux pour un même phénomène, en l'occurrence la sensation de faim, plus son application suppose de disposer d'une perception fine du phénomène. Une échelle comprenant dix niveaux de faim paraît ainsi trop ambitieuse. Lorsque Pauline Malon propose à Jennifer de noter plutôt « entre zéro et cinq », celle-ci s'empresse d'approuver. Elle se justifie en expliquant que « c'est super difficile de noter entre zéro et dix ». La diététicienne est consciente des difficultés que peuvent rencontrer une partie de ses patientes et patients et pense changer préventivement l'échelle d'évaluation. Jennifer n'est en effet « pas la seule à [lui] dire ça ».

Deuxièmement, on observe une progressivité dans les exercices proposés au cours du

63. Elle est invitée à une soirée chez des amies.

64. BERNSTEIN, *Langage et classes sociales*, op. cit.

suivi. Pauline Malon simplifie un peu les règles du premier exercice. Elle annonce cependant un prochain exercice sur le rassasiement qui, une fois mieux maîtrisée la perception de la faim, pourra compléter la finesse des perceptions corporelles de Jennifer. La diététicienne exerce ainsi une « action pédagogique⁶⁵ » sur sa patiente en respectant un principe de progressivité dans la complexité des savoirs, principe fondamental dans les disciplines les plus cumulatives comme les mathématiques. Enfin, troisièmement, on remarque, dans la fin de l'extrait, que Pauline Malon conseille à sa patiente de faire preuve de souplesse dans le travail d'application de la méthode. Jennifer « a le droit » de ne pas évaluer son niveau de faim ou de rassasiement à l'occasion d'une soirée par exemple. Tant que la régulation n'est pas incorporée, elle n'est pas naturelle au sens où elle ne constitue pas une seconde nature. Elle exige donc, en phase d'apprentissage, un effort conscient pour se voir appliquée. Le relâchement occasionnel est donc accepté, la tolérance de mise.

2.3.2 Une compétence pré-requise

Fany Lebois est confrontée, d'après sa localisation dans un arrondissement parisien aisé et d'après les consultations auxquelles nous avons pu assister, à une patientèle en moyenne nettement moins populaire que celle de Pauline Malon. Les conditions d'application de la méthode de régulation par les sensations alimentaires physiologiques ne sont donc pas similaires. Cela, ajouté sans doute au fait que Fany Lebois n'a pas suivi les formations proposées par le G.R.O.S. et qu'elle occupe une position sociale supérieure à celle de sa collègue, permet de comprendre pourquoi la mise en pratique du travail sur les sensations alimentaires diverge fortement de celle observée au sein du cabinet de Pauline Malon. Nous observons qu'étant confrontée à des patientes et patients plus aisés, dont la culture somatique tend à les prédisposer à la mise en place d'une écoute fine des sensations alimentaires, Fany Lebois peut exposer la méthode d'une façon plus magistrale en se dispensant de recourir à toute forme d'exercice pour les patientes et patients.

65. Nous recourons au concept énoncé par Pierre Bourdieu et Jean-Claude Passeron, voir Pierre BOURDIEU et Jean-Claude PASSERON (1970), *La reproduction : éléments pour une théorie du système d'enseignement*, les Éditions de Minuit, Paris. Nous employons de même la notion utilisée par Pierre Bourdieu de « familiarité » avec une certaine culture socialement située. Les élèves issus des familles populaires pâtissent généralement d'une culture familiale dont la familiarité avec la culture scolaire, bourgeoise, est faible, relativement à la familiarité qu'entretiennent avec cette culture scolaire les enfants issus des classes supérieures. De même, la familiarité avec la culture somatique des classes supérieures, qui rend possible un rapport spontanément attentif aux sensations corporelles, est moins fréquent, moins probable, chez les individus appartenant aux classes populaires relativement aux patientes et patients membres des classes moyennes et supérieures.

Afin de donner à voir la différence avec la consultation de Françoise, nous pouvons nous appuyer sur la première consultation de Daniella, une patiente d'origine mexicaine âgée de vingt-neuf ans. Elle a consulté Fany Lebois le 15 juin 2017 en début d'après-midi. Elle est mariée et habite un pavillon dans une commune très aisée limitrophe de Paris. Elle venait de changer d'emploi lors de la consultation. Elle travaille désormais à temps plein en tant qu' « assistante de conciergerie chez Groupama ». Malgré son lieu de résidence il s'agit de la patiente occupant la position sociale la moins aisée parmi les patientes et patients de Fany Lebois que nous avons pu rencontrer. Il est cependant à noter que le poste qu'elle occupe, même s'il ne requiert qu'un niveau de qualification modeste, bénéficie d'un niveau de rémunération supérieur au salaire médian. Surtout, il faut prendre en compte sa trajectoire migratoire. Elle n'est arrivée en France qu'à la fin de l'adolescence. En outre, nous ne disposons d'aucun renseignement sur l'emploi occupé par son conjoint. Il est donc difficile de précisément la situer socialement. Nous l'avons choisie parce qu'il s'agit de la seule première consultation que nous avons pu enregistrer. Nous avons assisté à une autre première consultation, avec une femme également d'une trentaine d'années, qui résidait dans le quartier et occupait une position sociale clairement supérieure. Elle n'a pas consenti à l'enregistrement de la consultation. La méthode proposée et sa mise en pratique étaient cependant identiques dans les deux consultations. Fany Lebois interroge sa patiente, Daniella en l'occurrence, énonce le principe qui fonde la méthode proposée puis explique, à partir de son cas personnel, comment reconnaître les signaux de faim :

Fanny : Est-ce que vous savez reconnaître quand vous avez faim ?

Daniella : ah oui, quand j'ai faim oui.

F : ça fait comment ?

D : Bah je m'énerve [*rires*]. Je m'énerve parce que j'ai faim et que je ne pense qu'à manger.

F : Alors, est-ce que ça peut être des signes physiques ? Des choses que vous ressentez dans votre corps ?

D : C'est-à-dire ?

F : bah moi en général quand j'ai faim je gargouille. Ou ça peut être un creux ou un vide dans l'estomac, vous voyez ?

D : Oui. Mais aussi l'humeur. J'ai faim, je commence à avoir mal à la tête.

F : d'accord. ça vous l'avez avant chaque repas ou à des repas en particulier ?

D : Je ne sais pas. Enfin ...

F : Vous n'avez pas fait attention ?

D : Enfin, quand un plat me fait envie. Je commence à penser à un plat et que ...

F : Oui mais l'envie c'est pas la faim. Donc ...

D : Mais par exemple j'ai faim et j'ai envie de manger.

F : Ah ça oui. On va le voir. Quand on a faim on a envie, et trop souvent on a envie sans avoir faim. Vous voyez ?

D : Oui.

F : Est-ce que après certains repas vous vous dites "ah j'ai trop mangé, j'aurais dû m'arrêter avant" ?

D : Oui. C'est souvent. Mon mari il me dit souvent : "tu as les yeux plus gros que le ventre".

F : ok. Bon. Alors pourquoi est-ce que je vous ai posé ces questions ? Parce que moi je travaille beaucoup sur les sensations alimentaires. En l'occurrence sur les sensations de faim et de rassasiement. Parce que globalement, les gens qui n'ont pas de problème de poids, hors pathologies particulières, c'est pas des gens qui pensent en permanence à ce qu'ils mangent en se disant "est-ce que si je mange ça je vais grossir, *etc* " pas du tout. C'est des mangeurs régulés. Et ça veut dire quoi d'être un mangeur régulé ? ça veut dire que je ne mange que quand j'ai faim et je mange doucement pour pouvoir m'arrêter quand je n'ai plus faim. Le rassasiement il intervient en vingt minutes. Donc si on mange trop vite (c'est pour ça que je vous ai posé la question), donc si on mange trop vite, il y a de très fortes chances que l'on mange trop par rapport à ses besoins. Ok ? En fait retenez bien qu'à chaque fois que vous allez manger alors que vous n'avez pas faim (si c'est de l'envie par exemple) ou à chaque fois que vous allez continuer à manger alors que vous n'avez plus faim, et bah c'est direct sur la balance. Vous voyez ?

D : Mais comment je peux savoir ? Enfin, parce qu'après, ton corps te dit "je peux plus" mais tu continues à manger.

F : ça on va voir. Mais dans les faits c'est ça. Quand on veut perdre du poids et revenir à son poids de forme. Alors est-ce que c'est cinquante-cinq [kilos], je sais pas. En tout cas, c'est mathématique. Il faut que vous mangiez moins que ce que vous mangez aujourd'hui. Attention, quand je dis "mangez moins" ça ne veut pas dire vous mettre en restriction. Mangez moins ça veut dire enlever toutes les fois où vous mangez aujourd'hui alors que c'est pas nécessaire, parce que ça ne correspond pas à vos besoins. Quand je dis que ce n'est pas nécessaire, c'est toutes les fois où vous n'avez pas faim et toutes les fois où vous n'avez plus faim. En fait la faim, il faut la considérer comme un allié. En fait la faim c'est quoi ? C'est un signal que vous envoie votre corps : gargouillis, creux, vides. Alors après ça peut être des signes plus généraux : irritabilité, mal de tête, *etc*. Parce que ça correspond à un besoin. C'est un peu comme une voiture qui n'a plus d'essence, ça clignote. Donc comme ça correspond à un besoin, ça vous autorise à manger. Et tous les nutriments contenus dans les aliments vont être assimilés, y a pas de souci. Si vous mangez alors que vous n'avez pas faim, y a pas de besoin. Donc vous allez stocker. Et ce que je vous dis là, c'est vrai quelque soit ce qu'il y a dans votre assiette. Et c'est là où c'est nouveau aussi. Que ce soit poisson-haricots verts ou une pizzeria. Pourquoi ? Parce qu'il ne faut pas confondre la problématique du poids et celle de l'équilibre alimentaire. Quand on veut perdre du poids, comme on l'a vu, c'est mathématique, c'est avant tout une affaire de quantité. [...] Ce que je veux

vous faire comprendre c'est que ce qui est important pour vous c'est de vous écouter. En vous écoutant, vous saurez exactement les quantités dont vous aurez besoin. Et il est important de comprendre qu'il n'y a pas d'aliments qui font grossir ou d'aliments qui font maigrir. C'est la quantité et le moment auquel on les mange. Par exemple, là on vient de voir que le gâteau au chocolat dans l'après-midi si vous avez faim vous ne prenez pas de poids. Par contre, le carré de chocolat à la fin du repas alors que vous n'avez plus faim, mais que vous le mangez quand même, celui-là, il va vous faire prendre du poids.

D : D'accord.

F : Vous voyez ?

D : Oui oui je vois.

L'extrait débute par l'établissement d'une distinction, par Fany Lebois, entre une émotion et un « signe physique » :

Daniella : Bah je m'énerve [*rires*]. Je m'énerve parce que j'ai faim et que je ne pense qu'à manger.

Fany : Alors, est-ce que ça peut être des signes physiques ? Des choses que vous ressentez dans votre corps ?

L'émotion n'est pas considérée comme un signe physique que peut susciter la faim physiologique. Ce n'est pas quelque chose que l'on « [ressent] dans [son] corps ». Ce jugement repose sur les mêmes catégories de perception mises en œuvre par Pauline Malon. Ces catégories opposent les envies, au sens de pulsion, et les émotions, dont les origines sont situées, métaphoriquement, dans la tête et le cœur, aux signaux physiologiques qui émanent véritablement du corps. Si des émotions peuvent accompagner la perception des signaux physiologiques de faim (gargouillis, acidité dans l'estomac, *etc*), ceux-ci sont moins fiables car non spécifiques. L'énervement, par exemple, n'est pas exclusivement suscité par la faim contrairement à certains signes physiologiques. Fany Lebois attire donc l'attention de Daniella, en prenant pour exemple son propre cas, sur l'existence et la nécessaire reconnaissance de signaux spécifiques physiologiques.

La diététicienne fait ensuite remarquer à sa patiente qu'elle n'a encore jamais systématiquement « fait attention » aux signaux physiologiques de sa faim. Elle prend alors, dans l'interaction, une posture pédagogique dans la mesure où elle interroge Daniella. Lorsque sa patiente confond la faim et l'envie de manger, confusion qui serait à l'origine des consommations alimentaires trop élevées en quantité, Fany Lebois l'a corrigée comme le ferait un professeur à l'égard de son élève : « quand on a faim on a envie, et trop souvent on a envie

sans avoir faim ». Elle s'assure ensuite sans délais de la bonne compréhension de Daniella en lui demandant si elle comprend ce que cela signifie. Elle l'interroge encore sur le sentiment de satiété, de lourdeur, après les repas. La réponse étant positive, le diagnostic, similaire à celui observé dans l'autre première consultation, est établi. Les conséquences pratiques de ce diagnostic, en terme de recommandations, ont par ailleurs été observées dans les autres consultations situées à des stades plus avancés du suivi, exception faite du suivi très spécifique de Sophie Bricou, une patiente souffrant d'anorexie. Une fois la diagnostic établi en aparté, Fany Lebois explique les raisons pour lesquelles elle a interrogé ainsi Daniella. Elle lui expose alors les fondements théoriques de la méthode de régulation des quantités consommées par les « sensations alimentaires ». La solution aux problèmes de poids « hors pathologies particulières » n'est « pas du tout » la restriction cognitive, c'est-à-dire le fait de penser « en permanence à ce que [l'on] mange en se disant : "est-ce que si je mange ça je vais grossir, etc ». Au contraire, il faut être, ou devenir grâce à un accompagnement proposé dans le cadre d'un suivi diététique en libéral, « un mangeur régulé ». Fany Lebois précise que cela signifie manger lorsque l'on a faim, manger lentement afin de ressentir le rassasiement, et cesser de s'alimenter lorsque advient la satiété.

Daniella interroge alors Fany Lebois sur la mise en pratique de cette méthode pour perdre du poids puis le stabiliser. La diététicienne lui répond alors que cela doit être traité par la suite mais que « dans les faits c'est ça ». Elle signifie ainsi, en réalité, que les principes théoriques qu'elle vient d'énoncer sont scientifiques au sens où ils sont en adéquation avec les mécanismes objectifs, biologiques, conduisant à la prise de poids. Il faut « manger moins » sans se « mettre en restriction » car il a été établi que les régimes, ou restrictions cognitives, sont contre-productifs. Il faut en revanche « considérer la faim comme une alliée » car « c'est un signal » envoyé par « [le] corps ». L'autorisation à manger ne dépend pas de règles préétablies en vertu de principes nutritionnels ou simplement de rations caloriques mais simplement de l'existence d'un véritable « besoin » que signale les signaux physiologiques de la faim : « comme ça correspond à un besoin, ça vous autorise à manger ». Le principe de la méthode est clairement exposé.

Elle conseille donc à Daniella de s'écouter afin de savoir « exactement les quantités dont [elle] aura besoin ». Ainsi, elle ne donne pas d'exercices à Daniella car elle estime qu'une présentation magistrale, à la manière d'un professeur, de la méthode, de ses principes, et de l'injonction simple devant régir ses comportements alimentaires, est suffisante. Elle s'enquiert

simplement de savoir si sa patiente a compris. La suite de la consultation ne consiste en effet qu'en la recherche d'un créneau disponible pour la deuxième consultation.

Par conséquent, les recommandations concrètes de Fany Lebois, outre la règle selon laquelle il faut manger selon sa faim, s'énoncent ainsi : manger plus doucement, pour laisser le temps aux « signaux de la faim » de se manifester, et dans des plus petits contenants pour réduire préventivement les quantités consommées. Elle conseille en outre à Daniella d'essayer d'accroître son activité physique quotidienne. La diététicienne ne préconise pas la pratique d'un exercice pour apprendre à percevoir, reconnaître et interpréter les sensations de faim et de satiété. Tout se passe comme si Fany Lebois estimait que ses patientes et patients n'avaient pas à apprendre à écouter leur corps. L'enjeu réside plutôt dans le fait qu'ils le fassent. Elles en discutent brièvement puis Fany Lebois considère cette capacité comme un acquis préalable au suivi. Aussi, alors que l'on reconnaît la similarité des principes théoriques fondant la méthode de régulation par les sensations alimentaires, sa mise en pratique au cours des suivis diffère nettement entre les consultations de Fany Lebois et celles de Pauline Malon. La divergence au niveau des recommandations s'accompagne d'attitudes antagoniques vis-à-vis des patientes et patients. Sans porter de jugement de valeur, nous constatons une attitude docte et professorale de la part de Fany Lebois, qui expose longuement et sans interruption les principes de la méthode. A l'inverse, Pauline Malon adopte une attitude davantage marquée par l'empathie. Elle introduit certains principes de la méthode en réaction, en commentaire, du témoignage de Françoise ou d'autres patientes et patients. Plus généralement, nous pouvons affirmer, à partir de l'ensemble des observations effectuées, que ces dissemblances d'attitudes se retrouvent très largement dans le reste des consultations.

Il apparaît que ces divergences dans la mise en pratique de principes théoriques similaires tiennent à la recevabilité, et à l'efficacité, socialement différenciées, de la méthode. Les résistances, ou limites sociales, à la naturalisation par l'incorporation de la contrainte, auxquelles est susceptible d'être confrontée Pauline Malon, de part les caractéristiques socio-démographiques de sa patientèle, sont plus considérables que celles auxquelles est susceptible d'être confrontée sa collègue parisienne.

2.4 Les résistances ou limites sociales à la naturalisation de la contrainte

Il a été précédemment établi que la nouveauté de la méthode d'amaigrissement par les sensations alimentaires repose sur l'incorporation de la contrainte. Cette incorporation correspond également à une naturalisation de la contrainte. Il ne s'agit plus de choisir ses aliments, de faire attention consciemment à son alimentation, en restreignant par exemple la part des produits trop gras, trop salés ou trop sucrés, mais simplement de ressentir, d'être à l'écoute de son corps. La contrainte, source de régulation alimentaire, ne trouve ainsi plus sa source dans la culture, la science de la nutrition, mais dans la nature, dans les sensations corporelles naturelles, physiologiques. Si la méthode est fondée scientifiquement, elle prend la forme d'un retour à la nature, au corporel, contre la contrainte réfléchie de l'alimentation. La régulation physiologique porte d'ailleurs uniquement sur les quantités consommées, donc sur la balance énergétique, et non sur la question qualitative de la composition des repas. L'équilibre alimentaire, c'est-à-dire une composition des repas qui apporte la diversité des nutriments dont l'organisme a besoin, est secondaire dans le suivi. En effet, elle n'a pas trait à la régulation du poids mais à la préservation de la santé, comme le rappelle systématiquement à ses patientes et patients Fany Lebois⁶⁶. Fany Lebois rappelle par exemple cela très explicitement à Daniella au cours de la même consultation mobilisée plus haut :

Fany : [...] Il ne faut pas confondre la problématique du poids et celle de l'équilibre alimentaire. Quand on veut perdre du poids, comme on l'a vu, c'est mathématique, c'est avant tout une affaire de quantité. L'équilibre alimentaire, il sert à quoi ? Pourquoi faut il manger équilibré et varié ?

Daniella : Pour garder la ligne.

F : Non. Parce que quand vous me dites ça, ça veut dire que vous pensez au poids.

D : Oui.

F : L'équilibre alimentaire, il permet d'être en bonne santé. Avoir les vitamines, les minéraux nécessaires et ne pas être carencé. Le poids c'est les quantités. L'équilibre alimentaire c'est la santé. Y a des gens qui mangent hyper équilibré mais trop en quantité. Ils ont beau manger équilibré, ils seront en sur-poids voire obèses.

D : Bah ça doit être ça.

F : A l'inverse, y a des gens qui mangent pas très bien, voire même la malbouffe comme on dit. Mais en quantité ils mangent pas plus que leurs besoins. Et bah ils ne seront pas

66. Si l'équilibre alimentaire est secondaire, elle propose tout de même à ses patientes et patients de travailler sur celui-ci au cours des deuxièmes et troisièmes consultations dans le but de les aider à préserver leur santé par une alimentation en plus de la maîtrise de leur poids.

en sur-poids. Par contre, ils ne sont pas forcément en bonne santé et quand ils auront des bilans sanguins on verra que ce n'est pas très bien.

D : Hum hum

F : Vous voyez ? Donc de vouloir avoir une alimentation équilibrée c'est très bien. C'est nécessaire pour votre santé mais ce n'est pas nécessaire pour perdre du poids. Pour perdre du poids faut manger moins.

Bien évidemment, à l'instar de « l'idéologie du don ⁶⁷ », qui naturalise des compétences scolaires socialement construites et héritées, cette naturalisation de la contrainte repose, en pratique, sur des compétences socialement construites, inégalement distribuées au sein de la population. L'existence d'affinités entre les cultures somatiques des groupes sociaux riches en capitaux, notamment culturels, et la perception fine des sensations corporelles telles que la faim, la satiété, la lourdeur consécutive à un repas copieux, *etc*, a été établie par Luc Boltanski ⁶⁸. Une distance sociale élevée par rapport aux conditions d'existence favorables à une culture somatique attentive aux signaux corporels rend difficile l'application de la méthode et nécessite son accompagnement par des exercices d'apprentissage. Les difficultés pratiques engendrées par le degré d'étrangeté à la culture somatique supposée par cette méthode, supposition refoulée ⁶⁹, pour emprunter une terminologie boudieusienne ⁷⁰, constituent des résistances ou limites sociales à la naturalisation de la contrainte.

Ainsi, l'acquisition de capacités à ressentir la faim est plus difficile en moyenne pour les patientes et patients appartenant aux classes populaires et donc moins familiers avec le fait d'être à l'écoute des sensations corporelles. C'est un rapport au corps qu'il faut apprendre. Or, nous l'avons vu, les patientes et patients attendent généralement des résultats relativement rapidement, au moins au cours des premières consultations de suivi. Dès lors, si l'applicabilité et l'efficacité de la méthode supposent un apprentissage trop long, trop difficile, de l'écoute et de l'interprétation des sensations corporelles de faim et de satiété, alors elle peut être jugée inadaptée. Anne Lhuissier a rencontré le même phénomène lors d'une

67. BOURDIEU et PASSERON, *La reproduction, op. cit.*

68. BOLTANSKI, « Les usages sociaux du corps », *art. cit.*

69. Plus précisément, à l'instar de la condition scolastique qui ne peut exister que par le refoulement, l'amnésie, des conditions économiques, sociales et historiques de possibilité du temps libre et libéré, l'efficacité de la méthode de la régulation physiologique repose sur la naturalisation de cette contrainte qui suppose l'incorporation de dispositions particulières, d'une culture somatique socialement située, dont les conditions sociales de possibilité sont ignorées sous couvert de sensations physiologiques pensées comme naturelles et universelles.

70. BOURDIEU, *Méditations pascaliennes, op. cit.*

enquête ethnographique auprès de femmes appartenant aux classes populaires participant à un atelier collectif d'éducation collective, comme nous l'avons souligné au cours du précédent chapitre⁷¹. Il s'agit d'une forme de résistance sociale à l'application universelle de la méthode. Elle peut prendre la forme d'une réticence de patientes et patients en cas d'absence de résultats. C'est le cas, par exemple, de Jennifer, une patiente de Pauline Malon appartenant aux classes populaires, qui s'exprime ainsi, au cours de la deuxième consultation de suivi :

« Si dans trois mois je suis toujours au même poids bah . . . , enfin trois mois ou j'en sais rien je ne me suis pas fixée de date. »⁷²

Si la mise en pratique de la méthode suppose un apprentissage trop long alors les résultats tarderont trop à advenir et Jennifer exigera une modification du procédé ou mettra un terme à son suivi. Cela constitue une des raisons de la flexibilité singulière, au niveau des pratiques de suivi, de Pauline Malon (*cf* section 3.3 page 433).

Une autre forme de résistance réside dans le contrôle social effectué par les « communautés profanes »⁷³, par l'intermédiaire des jugements qu'elles portent sur les recommandations. Freidson a analysé le contrôle social produit par le jugement des communautés profanes dans lesquelles évolue la « clientèle » d'un médecin libéral. De façon similaire, si une méthode pour maigrir est jugée unanimement très peu crédible voire risible car trop éloignée socialement des méthodes jugées efficaces, concrètes, traditionnelles, comme les rations, les grammages, alors la diététicienne ou le diététicien peut être discrédité(e). Le patient ou la patiente peut alors mettre un terme à son suivi.

Un tel risque de discrédit peut être redouté par les praticiens. Le cas de Jennifer constitue un exemple emblématique. La première consultation de suivi de Jennifer a eu lieu le jeudi 13 avril 2017. Il s'agissait du dernier rendez-vous de l'après-midi. Nous avons indiqué sur notre carnet de terrain un commentaire, à propos de cette consultation, que nous a adressé, en sortant de son cabinet, Pauline Malon :

Elle va dire à ses collègues que je lui ai dit de « s'écouter » et elles vont se moquer en disant : "t'as payé combien pour t'entendre dire ça⁷⁴? etc."

71. LHUISSIER, « Éducation alimentaire en milieu populaire », *art. cit.*

72. Paroles prononcées par Jennifer au cours de sa deuxième consultation début mai, qui a fait l'objet d'un enregistrement par Pauline Malon.

73. Eliot FREIDSON (1970), « Influence du client sur l'exercice de la médecine », dans : Claudine HERZLICH, *Médecine, maladie et société*, Mouton, Paris, pp. 225–238.

74. Il s'agit d'un extrait du carnet de terrain daté du jeudi 13 avril 2017 relatif à la première consul-

Pauline Malon est consciente du caractère potentiellement impromptu, socialement inapproprié, de la méthode consistant à « s'écouter » pour ne manger qu'en fonction de son niveau de faim. Elle anticipe le fait que les collègues de travail de Jennifer, qui est secrétaire dans une société de transport ferroviaire de marchandises, pourraient tourner en dérision les recommandations de la diététicienne et ainsi remettre en cause le sérieux du suivi proposé. L'ironie pourrait être d'autant plus vive que Jennifer a consenti le paiement d'une première consultation de suivi, soit cinquante-cinq euros, en échange de ces conseils. La désapprobation des collègues de travail, par exemple, a d'autant plus de chance d'être marquée que l'effort financier consenti est élevé puisque la qualité du service est attendue en conséquence. Or, cinquante-cinq euros représentent, pour une femme de trente ans secrétaire, environ 4% du salaire net mensuel. L'effort consenti apparaîtrait nettement plus conséquent encore si l'on rapportait le prix de la consultation au revenu réellement disponible de Jennifer, c'est-à-dire au revenu hors dépenses fixes (loyer, abonnements, *etc*). Pauline Malon craignait, en raison de ses expériences passées et de la catégorie socio-professionnelle de Jennifer, qui travaille comme secrétaire, de voir ses recommandations tournées en dérision. Or, c'est ce qui se produisit. Jennifer « a parlé du premier rendez-vous avec plein de gens » et a été confrontée à « peu de retours positifs [...] par rapport à cette approche ». C'est à ce constat qu'a été confrontée Pauline Malon au cours de la deuxième moitié de la deuxième consultation de Jennifer. L'extrait se situe cependant avant la pesée qui validera la méthode par le résultat positif obtenu :

Jennifer : Et ce que j'ai constaté c'est que, bah on a parlé du premier RDV avec plein de gens. Et y a peu de retours positifs je trouve par rapport à cette approche.

Pauline : Oui oui.

J : Et bah du coup je me suis dit : "je vais arrêter d'en parler parce que ... "

P : Elle t'a rien donné en plus, elle t'as pas donné de ...⁷⁵

J : Mais t'as pas de programme ? Bah non ...

P : [*rire*] Mais elle a fait quoi ? Pardon.

J : Mais tu dois pas peser ? Bah non ... Et tu dois pas compter tes calories ? Bah non ... Alors j'ai essayé d'expliquer ce que vous m'avez dit.

P : Oui.

J : Voilà. Et du coup je vois que, ce n'est pas qu'il y a peu de soutien mais je sens le, la critique.

P : oui oui.

tation de Jennifer.

75. Le tutoiement peut porter à confusion. Il s'agit de propos d'amis de Jennifer imaginés par Pauline Malon.

J : même si elle n'est pas formulée clairement.

P : Oui, souvent quand on ne connaît pas on a tendance plutôt à être critique.

J : Donc du coup je me suis dit bah je vais arrêter d'en parler. Parce qu'au final j'aurais aimé que mes amies me disent : "ah mais c'est bien", que je me sente soutenue quoi.

P : Oui oui.

J : Je me suis dit ça va venir avec le temps mais en fin de compte, "ah bah tu verras pour qu'elle te donne un programme" , enfin du coup, non.

P : Vous en pensez quoi du coup ?

J : Moi je pense qu'il faut laisser la chance au produit de marcher.

P : Oui oui oui [*rires*] d'accord.

J : Parce que je pense que ça me correspond mieux. Donc il faut laisser. Après si dans trois mois je suis toujours au même poids bah . . . , enfin trois mois ou j'en sais rien je ne me suis pas fixée de date.

P : Oui oui.

J : Et bon bah là on verra pour faire autre chose mais moi ça me convient bien.

P : Laisser sa chance.

J : Voilà.

L'originalité de la méthode, relativement aux méthodes traditionnelles reposant sur l'observation d'un programme contraignant, selon des règles préétablies, la quantité et la composition des repas, surprend les amies, les membres de la famille, les collègues, *etc*, de Jennifer avec qui elle a discuté de son suivi diététique. Ces derniers s'étonnent de l'absence de « programme », d'aliments à « peser », de « calories » à compter. L'entourage s'attendait en effet à ce que Jennifer soit mise à la diète, au régime. Ces étonnements sont vécus par Jennifer comme une absence de soutien dans sa démarche et une critique. La méthode est critiquée. Ce faisant, c'est la pertinence, sinon le sérieux, des recommandations formulées par Pauline Malon qui est critiquée. Les injonctions à écouter son corps semblent tournées en dérision. La démarche de Jennifer, qui persévère dans sa volonté d'être suivie, contre rémunération, par cette diététicienne, est également critiquée. Ses relations lui conseillent de demander « un programme », c'est-à-dire un ensemble de règles à respecter. Elle s'y refuse dans un premier temps, préférant « laisser sa chance » à une méthode qui lui « convient bien ». « Laisser sa chance », pour reprendre l'expression de Pauline Malon, signifie observer la méthode un certain temps afin de pouvoir constater d'éventuels résultats positifs, c'est-à-dire une perte de poids. Le jugement porté par les communautés profanes constitue ainsi une menace, un contrôle, sur les recommandations proposées par Pauline Malon. Il peut s'agir, comme dans cet exemple, d'une limite sociale à l'application de la méthode des sensations alimentaires. Pauline Malon l'avait pressentie mais alors qu'elle nous avait confié

qu'elle estimait très faible la probabilité que Jennifer se présente à son second rendez-vous, cette dernière a fait confiance au jugement de la diététicienne plutôt qu'à celui de ses pairs. L'estimation de la probabilité, formulée par Pauline Malon, témoigne cependant du fait qu'il en va fréquemment autrement. Proposer, dès la première consultation, cette méthode à des patientes et patients de classes populaires représente un risque tant leur sociabilité a toute chance d'être également inscrite au sein des classes populaires. Le risque d'un étonnement ironique face à des recommandations qui peuvent sembler dérisoires, inadaptées, parce que décalées socialement, est alors grand. Il s'agit en cela d'une limite sociale à la naturalisation de la contrainte par le recours aux sensations alimentaires pour réguler l'alimentation et faire maigrir les patientes et patients.

Cette partie a permis d'établir que le recours aux sensations alimentaires pour réguler l'alimentation et aider les patientes et patients à maigrir était une méthode plébiscitée par la plupart des diététiciennes et diététiciens désireux de rompre avec une pratique des régimes désormais catégorisée comme déviante. Cette méthode consiste en une incorporation de la contrainte qui est également une naturalisation de celle-ci. Cependant, bien qu'étant fondée sur des mécanismes physiologiques pensés comme universels, la méthode est socialement située. Son efficacité repose en effet sur une familiarité suffisante avec une culture somatique permettant une attention fine aux sensations corporelles. Or, la fréquence d'un tel rapport au corps s'amenuise à mesure que l'on s'abaisse dans la hiérarchie sociale. C'est la raison pour laquelle la mise en pratique de cette méthode suppose parfois la pratique d'exercices permettant aux patientes et patients d'apprendre à reconnaître et à interpréter les sensations de faim et de satiété. Un tel apprentissage apparaît d'autant plus nécessaire que la culture somatique des patientes et patients est éloignée de la culture somatique requise. Être confronté(e) à une patientèle appartenant pour partie aux classes populaires, comme cela est le cas de Pauline Malon, appelle donc une mise en pratique particulière, adaptée, de la méthode, pour faire face aux résistances du corps et aux éventuelles réticences des patientes et patients ou de leur entourage.

Afin de poursuivre le raisonnement, nous allons voir, dans une dernière partie, comment la composition sociale des patientèles des diététiciennes et diététiciens peut déterminer en partie les stratégies d'adaptations des recommandations mises en place lors des suivis diététiques.

3 Faire avec sa patientèle

Nous avons observé des différenciations remarquables dans la mise en pratique de la régulation par les sensations alimentaires pour faire maigrir les patientes et patients au cours des suivis. Par exemple, Katia Valey, Pauline Malon et Fany Lebois utilisent toutes trois considérablement les sensations alimentaires comme outils principal sinon exclusif de régulation des consommations alimentaires des patientes et patients. Elles le font cependant très différemment. Cette dernière partie entend proposer des éléments d'explications de ces différences. Nous nous concentrerons principalement pour cela sur le cas des trois diététiciennes citées précédemment. Cela permet en effet de comparer des diététiciennes à la fois similaires par leurs attachement théorique à la méthode de régulation des consommations alimentaires par les sensations physiologiques, et très différentes quant à la composition de leur patientèle. Les diététiciennes et diététiciens doivent adapter leurs recommandations, et la traduction en pratique de principes ou préceptes théoriques, comme l'idée d'une régulation par les sensations physiologiques de faim et de satiété, à leurs patientes et patients. La traduction en pratiques très différentes de principes théoriques similaires permet ainsi d'observer les antagonismes et les processus sociaux qui les ont engendrés. En particulier, des différences sensibles apparaissent selon la composition sociale de la patientèle et les logiques sociales et professionnelles ayant conduit à sa formation.

3.1 Le réalisme comme impératif

Le réalisme des recommandations comme impératif contraint les diététiciennes et diététiciens à adapter leurs pratiques de suivi à ce qui est acceptable, faisable, pour les patientes et patients. Les recommandations, qu'elles portent sur l'attention aux sensations alimentaires ou, parfois en complément voire exclusivement, sur l'établissement d'un programme alimentaire qui vise un certain équilibre et une diminution des quantités sans paraître trop restrictif, sans « [faire] trop régime », doivent être recevables, comprises et admises par les patientes et patients.

La diététicienne qui nous a le plus longuement parlé du réalisme des recommandations comme impératif est Laure Blana. Elle était âgée de quarante huit ans au moment de l'entretien. Faute d'avoir pu effectuer des études de médecine, elle s'est orientée vers la diététique à la fin des années 1980, qu'elle a d'abord exercée en milieu hospitalier. Elle a

ouvert un cabinet en libéral à Paris dans la deuxième moitié des années 1990. Elle s'est alors investie au sein du réseau Rénif (Réseau de néphrologie d'Île-de-France) prenant en charge des patientes et patients souffrant d'affections rénales en Île-de-France. Elle occupe désormais le poste de « coordinatrice éducation thérapeutique du patient » au sein du réseau. Elle effectue ainsi la moitié de ses consultations au siège parisien du réseau. Elle témoigne au cours de l'entretien du caractère nécessairement réaliste des recommandations, pour ne pas décourager les patientes et patients. Des recommandations irréalistes ne sont pas suivies et donc inefficaces. Voici ce qu'elle dit aux patientes et patients, voulant maigrir ou rééquilibrer leur alimentation, en raison de pathologies par exemple⁷⁶, qui la consultent après des expériences de régimes, infructueuses à cause de l'effet yo-yo⁷⁷ :

« Je leur dis quoi? Euh, je n'ai pas de recette magique ... En fait je leur dis que l'on va regarder d'abord ce qu'ils font réellement. Donc ce sont des consultations assez longues. C'est une heure en général. On va décortiquer vraiment non seulement ce qu'ils mangent mais le mode de vie. On va décortiquer ce qui est l'envie de manger, ce qui est la faim, l'activité réelle, les prises de médicaments, le côté pulsionnel ou non. On est dans le comportement au sens très large du terme vis-à-vis de l'alimentation. Vous avez envie de ça ok... c'est un aliment qui apporte quoi? On va regarder comment ils font leurs courses. Je vais questionner sur ce qu'il y a dans le frigo, dans le placard. Je vais questionner sur des aliments tabous : "ça j'adore mais je n'en mange plus". D'accord, ok, pourquoi? Et si vous en mangez qu'est-ce qu'il se passe? Donc on va questionner sur la relation à l'alimentation. De façon à pouvoir établir quelque chose qui soit applicable, faisable par rapport au mode de vie, acceptable au plan psychologique. C'est-à-dire que je travaille avec le patient sur "si je vous propose ça vous le faites, vous le faites pas? " "Ah ça je ne m'en sens pas encore capable". Donc j'allais dire c'est une négociation, c'est-à-dire que j'arrive avec un panel de propositions et je leur dis en toute honnêteté c'est-à-dire que si vous me dites "ça je peux pas faire, on fait pas, mais faut me le dire maintenant". Faut pas sortir en disant "ah bah voilà, je suis allé(e) voir une diététicienne je ne pourrai jamais le faire". "Ok, ça c'est faisable, ça c'est pas faisable" . Je leur dis "mon rôle c'est de trouver quelque chose qui soit faisable pour vous. Donc dites-moi non c'est pas grave on trouve autre chose. Et on établit quelque chose ensemble de cette façon là. »⁷⁸

Lorsqu'elle reçoit des patientes et patients pour une première consultation, Laure Blana commence par considérer, d'une façon empirique, réaliste, leurs habitudes. Elle « re-

76. Laure Blana reçoit notamment des patientes et patients souffrant d'affections rénales dans le cadre de son travail pour le réseau RENIF.

77. Rappelons que l'effet yo-yo désigne le fait de reprendre progressivement du poids consécutivement à un amaigrissement brutal, au point de retrouver puis dépasser le poids d'origine.

78. Entretien effectué au siège parisien du réseau RENIF le 15 juin 2017.

garde d'abord ce qu'ils font réellement ». Elle prend le temps, « une heure en général », de « décortiquer » les faits relatifs à leurs consommations alimentaires et plus généralement à leur « mode de vie ». La démarche se veut très descriptive, minutieuse, ancrée dans la réalité empirique des patientes et patients. L'objectif de cette enquête préliminaire est de « pouvoir établir quelque chose qui soit applicable, faisable par rapport au mode de vie » et « acceptable au plan psychologique ». Le réalisme des recommandations que le suivi vise à mettre en place repose sur l'applicabilité et la faisabilité de celles-ci. Les modifications demandées doivent pouvoir prendre place dans le « mode de vie » des patientes et patients. De plus, les recommandations doivent être « acceptables au plan psychologique ». Cela signifie que l'effet psychologique, sur les émotions notamment, des recommandations, doit être pris en compte par la diététicienne. Laure Blana travaille « avec le patient » dans la mesure où ce dernier est le juge ultime du caractère réaliste des recommandations. Si la diététicienne propose une modification particulière de son mode de vie⁷⁹, la personne suivie doit se sentir capable de la mettre en place. Dans le cas contraire, une autre proposition est élaborée. Ce processus est qualifié par Laure Blana de « négociation ». Les recommandations sont négociées parce qu'elles doivent être réalistes, acceptables par les patientes et patients, faisables. Le rôle de la diététicienne est ainsi de « trouver quelque chose qui soit faisable pour [la patiente ou le patient] ».

L'adaptation réaliste des recommandations établies au cours du suivi est appréciée de Laura Barjou, une patiente de Sara Perrier. Laura Barjou réside dans une commune aisée de la grande couronne parisienne et travaille à Paris dans l'édition de livres pour enfants. Elle est âgée d'une cinquantaine d'années et mère de deux enfants. Elle est suivie par Sara Perrier depuis trois ans au moment de l'entretien. Auparavant, elle avait testé un régime dont elle avait récupéré la fiche explicative dans la salle d'attente de son médecin généraliste. Elle peut ainsi comparer cette expérience passée peu concluante avec les recommandations que lui adresse sa diététicienne :

« C'est pour ça que c'est agréable d'aller à ses consultations parce que c'est toujours dans le domaine du faisable ou du possible à faire. »⁸⁰

Laura Barjou apprécie le réalisme des recommandations qui tranchent avec un régime

79. Il peut s'agir, par exemple, de s'interroger sur son niveau de faim avant chaque repas, d'accroître son niveau d'activité physique, ou bien encore de diminuer sa consommation de sel dans tel ou tel plat s'il s'agit d'un patient ou d'une patiente atteinte d'une pathologie rénale.

80. Entretien téléphonique effectué le 31 octobre 2017.

restrictif dont les recommandations sont standardisées, ne faisant pas cas des pratiques et des modes de vies préexistants. Du point de vue des diététiciennes et diététiciens, on retrouve la contrainte du possible et du faisable qui pèse sur les recommandations. Leur caractère réaliste a sans doute contribué à la pérennité du suivi effectué par Laura Barjou, source de revenus pour sa diététicienne.

Le réalisme comme impératif peut s'imposer progressivement aux diététiciennes et diététiciens à mesure que croît leur expérience professionnelle. Marie Le Roux, une diététicienne parisienne, ancienne avocate, dont le conjoint est médecin généraliste, voit en effet la prise en compte de l'exigence de réalisme des recommandations comme un apprentissage par la pratique, une conséquence de sa socialisation professionnelle :

« Si vous proposez quelque chose d'impossible c'est sûr que personne ne va le faire, mais ça ne sert à rien de proposer le truc idéal que personne ne va appliquer. Il faut être humble dans son ... donc, en ça, faut s'adapter et en ça y a des analyses qui me sont venues de la pratique. »⁸¹

Recommander l'application d'une solution idéale, presque « impossible », ne « sert à rien » puisqu'une telle recommandation ne sera pas suivie d'effets. Son propos s'insère dans une discussion relative aux patientes et patients souffrant de comportements compulsifs qualifiables dans le langage courant d' « addiction au sucre ». Marie Le Roux explique alors qu'il est inutile de demander à des patientes et patients accros au goût sucré de cesser sans délais toute consommation de sucre. Au contraire, il convient de chercher un équilibre, de « s'adapter » à ce que les patientes et patients sont capables de faire et d'accepter.

Le réalisme comme impératif contraint les diététiciennes et diététiciens. Ceux-ci doivent adapter les suivis proposés aux pratiques et modes de vie des patientes et patients auxquels ils sont confrontés. Les diététiciennes et diététiciens ne peuvent ainsi que faire ou faire avec leur patientèle.

3.2 Faire sa patientèle. Choisir ses patientes et patients

Nous avons vu qu'il était possible pour une diététicienne ou un diététicien de se spécialiser sur une pathologie. Anaïs Dupont, par exemple, s'est spécialisée sur le suivi de patientes et patients atteints de troubles du comportement alimentaire, en particulier d'ano-

81. Entretien effectué à son cabinet parisien le 21 novembre 2016.

rexie. De la même façon, il est possible, à l'image de Katia Valey, de se spécialiser sur une méthode, une pratique de suivi, particulière. Par sa spécialisation, Katia Valey fait sa patientèle plus qu'elle n'est contrainte de faire avec sa patientèle. Faire sa patientèle signifie se spécialiser de telle sorte que les patientes et patients ne viennent pas consulter une diététicienne mais une diététicienne spécialisée, par exemple, dans la méthode de régulation par les sensations physiologiques. Pour ce faire, Katia Valey s'est engagée au sein du G.R.O.S. et en a occupé la vice-présidence durant plusieurs années.

Katia Valey a ainsi gagné une certaine notoriété au point que, selon elle, seul un petit tiers des patientes et patients qui viennent la consulter ne la connaissent pas, viennent par hasard. Cela signifie que plus des deux tiers de ses nouveaux patients et de ses nouvelles patientes ont choisi de venir la consulter en raison de son affiliation au G.R.O.S.. Ces patientes et patients avaient donc la volonté de, et peut-être les dispositions adéquates pour, effectuer un suivi selon les méthodes du G.R.O.S., c'est-à-dire concentré exclusivement sur la méthode de régulation par les sensations physiologiques, accompagné d'un suivi psychologique devant permettre l'acceptation de son poids d'équilibre :

Étienne : Quel est votre rôle par rapport au patient qui veut maigrir, qui vous dit : "je voudrais faire un régime" ? Y a pas mal de patients comme ça ?

Katia : Oui, bien-sûr. Alors la plupart des gens me connaissent mais j'ai quand même 30% des gens qui viennent par hasard. Et la réaction c'est, ils savent ce que va faire un diététicien. Ils viennent en se disant : "[*soupir*] je sais ce qu'il va dire, c'est écrit partout. Manger moins de gras *etc*, elle va me filer une ration". Et quand moi je présente le travail, il y a un soulagement parce qu'en fait ils comprennent qu'enfin là, pour une fois, on va les accompagner à étudier vraiment ce qu'il se passe parce qu'on fait quelque chose de longitudinal et horizontal. L'histoire du poids. Ce n'est pas rien, ça n'a rien à voir avec manger équilibré tout ça. C'est la relation que l'on a pu avoir avec les parents, avec les autres. Il y a des personnalités qui, pour ne pas avoir de soucis, il vaut mieux manger en fait. Manger plutôt que parler. Donc les gens sont ravis de ne pas avoir une prise en charge classique⁸² [...] ⁸³.

La question de la mise en pratique de la méthode ne se pose pas vraiment pour les deux tiers de sa patientèles qui sont disposés à travailler sur leurs sensations physiologiques pour maigrir. En ce qui concerne les « 30% des gens qui viennent par hasard », la diététi-

82. Pour Katia Valey, « toutes les diététiciennes font de la restriction », plus ou moins sévèrement et consciemment, sauf celles qui sont formées aux méthodes du G.R.O.S.. Ainsi, une « prise en charge classique » signifie pour elle une mise au régime sous la forme de rations prédéterminées à respecter.

83. Entretien effectué à son cabinet en petite couronne le 19 juin 2017.

cienne du G.R.O.S. compte sur l'originalité de sa méthode pour les séduire. D'après elle, ils s'attendent à devoir être les réceptacles des règles nutritionnelles qu'ils connaissent et à se voir « filer une ration ». Ils ressentent donc « un soulagement » lorsqu'ils comprennent l'originalité de la méthode du G.R.O.S.. « Les gens sont ravis de ne pas avoir une prise en charge classique ». Le ravissement presque spontané des patientes et patients consultant Katia Valey au hasard ne doit cependant sans doute presque rien au hasard. La ségrégation sociale, au sens statistique du terme, c'est-à-dire le fait que les individus des différentes classes sociales ne sont pas répartis strictement aléatoirement sur le territoire, fait que des effets de structure déterminent la composition sociale des patientèles des diététiciennes et diététiciens. Si une mise en pratique de la méthode de régulation par les sensations alimentaires n'est pas aussi aisément réjouissante pour l'ensemble des patientes et patients de Pauline Malon (*cf* section 3.3 page suivante) c'est parce que cette dernière est confrontée à une patientèle hétérogène socialement et dans laquelle les classes populaires et petites classes moyennes sont très présentes. A l'inverse, il est fort à parier que, Katia Valey disposant d'un cabinet implanté dans une commune aisée, pavillonnaire, au sein du département le plus riche de France, la patientèle de l'ancienne vice-présidente du G.R.O.S. soit constituée pour l'essentiel de patientes et patients « cadres et professions intellectuelles supérieures ». L'enchantement face à la méthode est donc rendu plus facile en raison d'une plus grande familiarité avec la culture somatique que l'application efficace, et donc réaliste, de la méthode présuppose.

Enfin, remarquons simplement que la spécialisation, qui permet de faire plutôt que de « faire avec » sa patientèle, correspond à une forme de division du travail, à l'instar de ce qui existe, *mutatis mutandis*, par exemple, dans le milieu médical. Or, selon E. Durkheim, les conditions sociales de possibilité de l'approfondissement du processus de division du travail social sont l'existence d'une « densité morale et matérielle⁸⁴ » suffisante. En particulier, un territoire densément peuplé favorise l'approfondissement de la division du travail. Ainsi, la possibilité de faire sa patientèle en se spécialisant est principalement offerte aux diététiciennes et diététiciens exerçant en région parisienne ou dans de grandes métropoles. Elle est en tout cas très difficile pour les diététiciennes et diététiciens exerçant, comme Pauline Malon, en milieu principalement rural.

La plupart des diététiciennes et diététiciens que nous avons rencontrés ne sont pas spécialisés sur un type particulier de patientèle. Ils sont donc confrontés, à l'instar des méde-

84. DURKHEIM, « De la division du travail social », *op. cit.*

cins généralistes, aux patientes et patients qui composent leur territoire d'exercice. Faire avec sa patientèle, s'adapter à ses patientes et patients, contraint ainsi les diététiciennes et diététiciens à adopter des stratégies différenciées selon les caractéristiques socio-démographiques de leur patientèle. Le caractère réaliste des recommandations, en particulier en ce qui concerne la mise en pratique de la méthode de régulation des consommations alimentaires par les sensations physiologiques, est en effet déterminé socialement par les positions sociales relatives et les trajectoires au sein de l'espace social. Une recommandation n'est jugée réaliste que relativement au mode de vie, au « style de vie⁸⁵ » des patientes et patients. Or, celui-ci, à l'instar des « cultures somatiques », est socialement déterminé puisqu'il existe, pour le dire succinctement, une relation homothétique entre l'espace des positions sociales et celui des styles de vie.

3.3 Flexibilité. Faire avec l'hétérogénéité sociale de sa patientèle

La plupart des diététiciennes et diététiciens que nous avons rencontré doivent faire avec leur patientèle. La composition sociale de celle-ci étant très différente d'un territoire à l'autre, d'un marché diététique local à un autre, puisque les patientes et patients consultent généralement un praticien exerçant à proximité de leur lieu de résidence ou de travail, faire avec sa patientèle ne suppose pas partout le même genre de pratiques. Par comparaison, si les enseignants appliquent en principe un programme identique sur tout le territoire national, les pratiques pédagogiques diffèrent fortement d'un lycée à un autre en raison d'une nécessaire adaptation aux caractéristiques, sociales notamment, des élèves. A partir des observations effectuées aux cabinets de Pauline Malon et Fany Lebois, et des entretiens que nous avons menés avec elles, nous entendons procéder à une comparaison des manières de faire avec les patientes et patients de ces deux cas pour clore notre argumentation. Le choix de ces deux diététiciennes se justifie premièrement par le fait qu'il s'agit des deux principales enquêtées. Leur cas est donc particulièrement bien documenté. Deuxièmement, de part notamment leur lieu d'exercice, la composition sociale de leur patientèle est très différente, ce qui suscite des manières de faire avec très différentes. Enfin, elles travaillent toutes les deux sur les sensations alimentaires et considèrent la méthode de régulation des consommations alimentaires par les sensations physiologiques comme la méthode idéale, au moins en principe. Ainsi, les

85. BOURDIEU, *La distinction*, *op. cit.*

divergences observables dans leurs manières de faire avec leur patientèle, c'est-à-dire dans leurs pratiques de suivi, ne peuvent s'expliquer que marginalement par des divergences théoriques, c'est-à-dire par une appréhension divergente des bonnes pratiques idéales en matière de suivi diététique.

3.3.1 La flexibilité comme nécessité

Pauline Malon, la diététicienne de Mélieu, revendique elle-même une grande « flexibilité » dans ses pratiques de suivi. Nous avons pu l'observer au cours des quinze consultations auxquelles nous avons assisté. Elle est parfois confrontée à des patientes⁸⁶ qui viennent pour se livrer, préférant consulter une diététicienne plutôt qu'une psychologue. Le suivi est alors très spécifique, essentiellement emphatique et il n'est que marginalement orienté vers des questions de consommations alimentaires. Par ailleurs, nous avons vu la diététicienne de Mélieu mettre en pratique, dès le premier rendez-vous, avec Jennifer ou Françoise par exemple, la technique de régulation par les sensations alimentaires. A l'inverse, nous avons également assisté à des consultations au cours desquelles seule la composition des repas et les quantités consommées étaient abordées. Ce fut le cas par exemple de Chantal, une patiente d'une cinquantaine d'années, appartenant probablement à une catégorie sociale populaire. Chantale est venue consulter Pauline Malon suite à des vertiges, des évanouissements et des maux de tête. Elle s'était « auto-administrée une restriction », pour reprendre l'expression employée par Pauline Malon pour nous conter l'histoire de cette patiente, restriction si sévère qu'elle en a ressenti des vertiges. Elle avait en effet supprimé de son alimentation tout sucre rapide ainsi que tout sucre complexe, c'est-à-dire tout féculent. Pauline Malon n'a pas évoqué avec cette patiente la question des sensations alimentaires mais lui a conseillé de ré-introduire les féculents dans son alimentation. Nous avons assisté à la deuxième consultation de Chantale au cours de laquelle un bilan concluant à une amélioration de l'état général de la patiente a été dressé. Cette dernière s'est ensuite rendue à une troisième consultation puis a mis un terme à son suivi. Pauline Malon s'est donc contenté de travailler sur les rations, sur le régime que s'était imposée Chantale, sans chercher à l'orienter vers d'autres modes de régulation des consommations alimentaires. Cette diversité des pratiques de suivi s'explique, selon nous, par l'hétérogénéité sociale de sa patientèle. Celle-ci comprend par exemple, d'après nos seules observations, une ingénieure travaillant à Lyon et une famille aidée par le Secours

86. D'après Pauline Malon, il s'agit exclusivement de femmes.

Populaire. Il apparaît que Pauline Malon est contrainte à la flexibilité pour pouvoir adapter ses pratiques de suivi aux attentes ainsi qu'à la réceptivité aux différentes méthodes, toutes deux socialement déterminées, des patientes et patients.

Pauline Malon explique au cours de l'entretien qu'en ce qui concerne le déroulement du suivi « il n'y a pas de trame ». Elle ne propose pas la méthode dite « intuitive » du G.R.O.S. à l'ensemble de ses patientes et patients et ne s'interdit pas d'introduire un cadre, des rations, en cas d'échec de la méthode fondée sur les sensations alimentaires :

« Donc ... y a pas vraiment de trame. Je sais vers quoi je veux les amener : qu'ils prennent soin d'eux, qu'ils soient mieux dans leur vie, au plus proche d'eux-mêmes. Mais le chemin il ... Des fois, j'en ai dès le départ ils me disent : "ah moi je ne veux plus de régime, j'en ai fait plein!". Donc on démarre avec les sensations alimentaires et on s'éclate. Et puis en fait, le temps passe, le temps passe, et il ne se passe rien. Donc soit ils ne viennent plus, soit ils disent : "écoutez, j'ai envie d'essayer autre chose. On peut quand même pas mettre des dosages ? Parce que je me rends compte que ouais je ressens des trucs mais c'est pas encore ça". Donc, des fois c'est l'inverse. On commence par le G.R.O.S., enfin l'intuitif, et puis bah ils ne sont pas biens, ils sont désolés, alors on tente [les rations]. Et puis en fait ils se font un peu un mixte et puis voilà. ça les rassure et puis ça marche ... ou pas des fois [*rires*]. Mais si on avait la solution ça se saurait. C'est ça, pour l'instant, personne n'a trouvé la solution. »⁸⁷

Si elle sait quel est son objectif, à savoir que les patientes et patients « soient mieux dans leur vie », « le chemin » pour y parvenir n'est pas unique et rectiligne. Pauline Malon déclare une préférence pour le chemin qui passe par le travail sur les sensations alimentaires. Lorsque les patientes et patients acceptent de l'emprunter alors elle « s'éclate ». Cependant, il se peut que la trajectoire conduise à une impasse. « Le temps passe, le temps passe, et il ne se passe rien ». Cela signifie que, malgré les exercices d'apprentissage pour se familiariser avec la culture somatique nécessaire, la balance n'atteste aucune perte de poids. La méthode ne faisant pas ses preuves, elle apparaît comme inappropriée parce qu'inefficace. L'obligation de résultats (*cf* section 1.1.1 page 357) n'étant pas remplie, le risque est que les patientes et patients « ne viennent plus ». Parfois, même si la personne suivie est décidée à rompre avec les régimes, elle peut ne jamais parvenir à être à l'aise avec la méthode des sensations alimentaires, en dépit des exercices d'apprentissage proposés par Pauline Malon. La personne se rend compte qu'elle « ressen[t] des trucs mais » que ce n' « est pas encore ça ». La méthode « intuitive » du G.R.O.S. ne l'est pas tant. Un syncrétisme empruntant aux deux méthodes

87. Entretien effectué à son cabinet le 19 juillet 2017.

peut alors être mis en place. La diététicienne fait preuve de flexibilité : les patientes et patients « se font un peu un mixte et puis voilà, ça les rassure et puis ça marche ». Pauline Malon fait ainsi montre de sa capacité à adapter la méthode à la réceptivité des patientes et patients ; la réceptivité étant, comme nous l'avons vu, largement déterminée socialement. Elle reconnaît qu'il lui serait impossible de prévoir le même procédé pour l'ensemble de ses patientes et patients. « La solution » universelle n'existe pas. Faire avec ses patientes et patients c'est faire preuve de flexibilité.

Pauline Malon adresse ainsi une critique à la méthode prônée par le G.R.O.S. en raison de sa trop faible flexibilité, de sa trop grande rigidité. Celle-ci s'explique par la naturalisation de la contrainte. La régulation par les sensations physiologiques étant supposée « intuitive », puisque comme une seconde nature une fois incorporée, elle est considérée comme universelle, applicable à tous. Pauline Malon revendique au contraire la possibilité de s'adapter à ses patientes et patients dont l'hétérogénéité sociale rend impossible une application universelle, indistincte, de la méthode de régulation par les sensations physiologiques :

Étienne : [Arthur Malère], je l'ai eu au téléphone et il disait que ce qu'il reprochait aux gens du G.R.O.S. c'est qu'ils voulaient trop faire maigrir les gens.

Pauline : Oui, c'est pas flexible quoi. C'est "vous venez, vous devez écouter vos sensations alimentaires". Quelqu'un qui ne vient pas pour ça, pour eux, il ne faut pas le suivre. Pour moi, à partir du moment où quelqu'un vient et il me demande, je m'adapte. Ce n'est pas à moi d'imposer. Alors que eux c'est "on impose, on fait comme ça". On a une charte, on signe. Je la signe, chaque année. Dans le sens où, effectivement, je vais éviter les régimes, les contraintes, *etc.* Mais je veux rester flexible, je veux que les gens se sentent écoutés, *etc.* Du coup, le fait de faire les formations de [Arthur], je vois des gens qui travaillent comme ça et ça m'a beaucoup aidé. Oui oui. Donc là on est en 2017 tu vois, je commence à me re-stabiliser.

E : Et donc avant 2014 tu ne parlais pas de sensations alimentaires ? La faim par exemple ?

P : On en parlait parce que les gens, peut-être pas les trois quart du temps, mais ils disent : "je ne sais plus ce que c'est d'avoir faim". Donc à partir du moment où on leur met des quantités, qu'on a calculé au début et après y a plus besoin, forcément au bout de trois semaines, un mois, ils disent : "ah bah la faim est revenue". Donc forcément on en parle mais ce n'était pas du tout de la même manière mais forcément on l'abordait parce qu'en perdant du poids, ils ressentaient les choses à nouveau. Sauf que, si l'on suit le G.R.O.S. on l'aborde dès le départ de manière imposée, et puis maintenant je vois, ceux qui me disent : "je ne sens vraiment pas la faim", on va partir là-dessus. Ceux à qui on parle "sensations alimentaires" et ils disent que c'est flou, que l'on a vraiment besoin d'un cadre pour démarrer, on s'adapte ! Et en sous-marin on passe le message

de s'écouter mais on n'impose pas. »⁸⁸

Pauline Malon souhaite « rester flexible » et regrette l'absence de flexibilité qui caractérise selon elle les préconisations du G.R.O.S. ; et qui est perceptible dans les propos tenus en entretien par Katia Valey, l'ancienne vice-présidente de l'association. Elle a éprouvé la difficulté qu'il y a à mettre en pratique, lors des suivis, les recommandations très strictes et universelles du G.R.O.S.. L'hétérogénéité sociale de sa patientèle engendre une applicabilité différenciée de la méthode de régulation par les sensations physiologiques. Elle doit être particulièrement attentive, sous peine de perdre une partie de sa patientèle, notamment celle appartenant aux classes populaires pour qui il peut être plus long et plus incertain de mettre en place cette méthode, de faire preuve de flexibilité. Elle doit adapter les pratiques de suivi à la réceptivité anticipée des patientes et patients. Selon le G.R.O.S. en effet, une personne qui refuserait de suivre la méthode de régulation par les sensations, une personne qui, par exemple, serait en attente de rations, d'un cadre pour mettre en place une restriction cognitive de son alimentation encadrée par la diététicienne, « il ne faut pas la suivre ». Il s'agit d'une préconisation radicale qui aurait pour conséquence pour Pauline Malon la perte d'une partie de sa patientèle et donc de ses revenus.

La diététicienne de Mélieu résume ainsi le principe d'adaptabilité, ou de flexibilité, qui préside à l'élaboration de ses pratiques de suivi : « Pour moi, à partir du moment où quelqu'un vient et il me demande, je m'adapte. Ce n'est pas à moi d'imposer. Alors que eux c'est : "on impose, on fait comme ça" ». Alors qu'elle est affiliée au G.R.O.S., puisqu'elle en signe la charte chaque année, a suivi leur formation et apparaît dans le réseau, accessible sur le site internet de l'association, de diététiciennes et diététiciens libéraux affiliés au G.R.O.S., elle s'en distingue. Plus précisément, elle désigne par « eux » les théoriciens du G.R.O.S. ou, sans doute, des praticiens parisiens qui ne doivent pas faire avec le même genre de patientèle qu'elle ou qui peuvent se spécialiser sur une méthode en raison de la densité de population qui caractérise leur marché diététique. Elle adhère à la charte de principe du G.R.O.S.. Elle pense que les patientes et patients devraient s'écouter mais elle souhaite également pouvoir être à l'écoute de ses patientes et patients. Elle adapte donc ces principes à la réception que peuvent en avoir les patientes et patients.

Elle a été très perturbée par sa formation aux méthodes du G.R.O.S., effectuée en

88. Entretien effectué à son cabinet le 19 juillet 2017.

2014, et estime n'avoir retrouvé un nouvel équilibre professionnel que plusieurs années après puisqu'elle affirme au cours de l'entretien commencer seulement à se « re-stabiliser ». Entre 2014, année de sa formation au G.R.O.S., et 2017, elle a en effet été confrontée à des tergiversations entre la valorisation de principe d'une nouvelle méthode et les difficultés pratiques auxquelles elle était confrontée dans sa mise en pratique trop rigide, trop systématique. La fin de l'extrait cité précédemment décrit ce nouvel équilibre professionnel : « Ceux à qui on parle "sensations alimentaires" et ils disent que c'est flou, que l'on a vraiment besoin d'un cadre pour démarrer, on s'adapte! Et en sous-marin on passe le message de s'écouter mais on n'impose pas ». Si elle estime que la méthode ne sera pas efficace ou sera mal comprise, Pauline Malon préfère ne pas en parler directement avec le patient ou la patiente. Elle procède ainsi à une forme de rétention de l'information^{89 90}. Les patientes et patients pour qui cela est « flou » sont ceux pour qui la méthode n'a rien d'intuitive parce qu'ils ne sont pas familiers avec l'écoute attentive des sensations physiologiques que cela présuppose. Pauline Malon préfère ne pas imposer cette méthode parce que cela n'est pas réaliste. Elle adopte une stratégie différente selon les patientes et patients. Les patientes et patients peu réceptifs, parce que socialement éloignés de la culture somatique avec laquelle il faut être relativement familier pour appliquer efficacement et prendre au sérieux la méthode, sont encadrés par des rations, au moins pour « démarrer » et obtenir de premiers résultats certifiés par la balance. Le travail de réflexion autour des sensations alimentaires n'est pas effectué explicitement mais « en sous-marin ». Ainsi, elle ne renonce pas complètement aux principes auxquels elle croit, à savoir l'importance de s'écouter pour maigrir et stabiliser durablement, et en autonomie, son poids, tout en répondant aux attentes de ses patientes et patients. Il s'agit d'un équilibre qui concilie son attachement théorique, scientifique, à la méthode de régulation par les sensations alimentaires qui permet à terme une régulation autonome du poids, et la nécessaire adaptation réaliste des recommandations aux dispositions des patientes et patients.

Il convient enfin de remarquer que la concurrence qui s'exerce sur le marché diététique local renforce la nécessaire adaptation des recommandations à l'hétérogénéité sociale de la

89. FAINZANG, *La relation médecins-malades, op. cit.*

90. On a également pu observer sur le terrain que les patientes et patients procédaient parfois à des rétentions d'informations, lorsqu'ils voulaient caher, par exemple, le respect très partiel d'une recommandation qui leur avait été adressée. C'est le cas notamment de Sophie Bricou, une patiente anorexique de Fany Lebois, qui a reconnu lors de notre entretien qu'il lui arrivait de mentir à sa diététicienne, qui semblait cependant parfois s'en douter.

patientèle. Ainsi, la flexibilité est d'autant plus nécessaire, étant donnée l'hétérogénéité des profils sociaux et des attentes des patientes et patients, que la concurrence s'exerce au sein du marché diététique local :

Pauline : Y en a, au premier rendez-vous, ils viennent, ils veulent une feuille. y en a, tu peux pas ... Ils viennent parce que "ma voisine, elle a fait Natur House[®], elle a perdu quinze kilos". Ok, bon, vous vous écoutez ? Ouais ouais mais voilà j'ai mon mariage dans trois semaines. "Qu'est-ce que vous attendez de moi ?", "Des quantités", ok on démarre comme ça et après tout doucement, en sous-marin, on passe le message. Mais pour ceux qui ont une histoire vraiment longue de yo-yo, de régimes, de commencer par ça [c'est-à-dire les sensations] c'est vraiment une aide énorme. Parce que souvent ils ont oublié, ils ne savent plus, et puis ils prennent conscience qu'ils n'ont pas souvent faim. Et donc même s'ils ne l'appliquent pas à la lettre, ils auront au moins appris quelque chose. Et puis, moi je sais que, quand je leur parle de la faim, ils savent ce que c'est.

Étienne : Oui, je remarque dans les observations, également chez une autre diététicienne de Paris, elle prend son propre exemple, elle dit : "ah bah moi par exemple, quand j'ai faim, ça fait des gargouillis, *etc.*

P : Oui, oui oui. On a tous une même base. Mais souvent il y a des signaux qui diffèrent. Et surtout, il faut qu'ils s'y connectent. Qu'ils se disent : "ah tiens je suis en train de déjeuner, je n'ai pas faim. Je ne vais pas prendre trois tranches de brioche". Y en a pour qui ça marche, et y en a que ça stresse. Parce qu'ils reviennent (c'est le problème du G.R.O.S.. C'est pour ça que de faire d'autres formations, de voir autrement c'est bien), parce que y en a qui reviennent et qui disent : "je n'ai jamais faim ou très très peu, j'y arrive pas. Donc je culpabilise de manger sans faim". Donc maintenant ils sont pires qu'avant.

E : Surtout que c'est une expression de dire "tu manges sans faim".

P : Oui oui. Donc ça ne va pas à tout le monde. Y en a ça leur met la pression, ils culpabilisent donc ça leur fait encore plus manger. [...]

E : Donc en fait il faut être très flexible ?

P : Oui, moi c'est ce qui me va.

E : Le G.R.O.S., ils sont moins flexibles ?

P : Voilà⁹¹.

La pression de la concurrence locale redouble l'obligation de résultats en forçant la diététicienne à être à la hauteur relativement aux résultats des concurrents, Natur House[®] par exemple. Pauline Malon prend l'exemple d'une personne qui a entamé une démarche de suivi diététique suite à l'expérience apparemment concluante d'une voisine. Cette dernière a perdu quinze kilos grâce à un suivi effectué auprès de l'entreprise commerciale Natur House[®]

91. Entretien effectué à son cabinet le 19 juillet 2017.

qui possède un cabinet à Mélieu. Le résultat du suivi auprès de Pauline Malon, c'est-à-dire la perte éventuelle de poids et son importance, sera jugé relativement aux résultats obtenus par cette voisine avec la méthode proposée par Natur House®. Dans ce type de situations, la flexibilité est nécessaire en cas de non applicabilité rapide, ou de non efficacité anticipée, de la méthode de régulation par les sensations. En particulier, si des résultats sont exigés à brève échéance, pour un mariage qui doit avoir lieu quelques semaines après la première consultation par exemple, alors la mise en place de rations, c'est-à-dire d'une restriction cognitive de l'alimentation, surtout si elle est attendue ou demandée par le patient ou la patiente, semble être la méthode la plus efficace. En effet, s'il fallait mettre en place une série d'exercices pour apprendre à cette personne à identifier précisément ses signaux physiologiques de faim et de satiété, cela prendrait du temps. Or, si cette personne n'est pas (pré)disposée à observer efficacement cette méthode, alors cet apprentissage est un préalable nécessaire à l'efficacité de la perte de poids par l'attention aux sensations alimentaires. Aussi, confrontée à l'urgence ou aux comparaisons avec les résultats de la concurrence, Pauline Malon est-elle obligée, pour préserver la taille de sa clientèle, de s'adapter en faisant preuve de flexibilité dans la mise en œuvre de ses suivis et l'énonciation de ses recommandations.

La méthode de régulation par les sensations n'est pas adaptée à l'ensemble des patientes et patients dès la première consultation. Il faut que les patientes et patients se « connectent » à leurs signaux, parviennent ou apprennent à le faire. Une partie d'entre eux reviennent au second rendez-vous dépités, « pires qu'avant », parce qu'ils n' « arrive[nt] pas » à ressentir la faim. Ils ont alors l'impression de « manger sans faim ». Ils stressent, nous y reviendrons, et culpabilisent. La méthode « ne va pas à tout le monde » et peut même s'avérer contre-productive. D'où, une fois encore, la nécessaire flexibilité dans la mise en place des suivis.

3.3.2 Exemples de renoncements à l'idéal théorique de la régulation par les sensations physiologiques

Les pratiques de suivi de Pauline Malon ont évolué suite à sa formation au G.R.O.S. en 2014, environ six ans après son installation en libéral à Mélieu. Il s'agit d'une rupture intéressante puisqu'elle suit, dans le même temps, plusieurs patientes et patients depuis son arrivée à Mélieu. Ces patientes et patients ont donc reçu dans un premier temps un suivi davantage axé sur les quantités et l'équilibre alimentaire. La question s'est alors posée à

Pauline Malon de savoir si elle pouvait introduire un travail sur les sensations alimentaires, c'est-à-dire des pratiques de suivi en rupture avec les premières années du suivi. Si, selon les propos de la diététicienne, cela a été possible avec une partie de ces patientes et patients, comme ma mère, qui est « ouverte⁹² » selon Pauline Malon, cela s'avère en revanche très difficile avec d'autres. Elle prend ainsi l'exemple d'une mère d'une cinquantaine d'année et de sa fille de vingt-cinq ans qui sont suivies depuis de nombreuses années :

Pauline : J'en ai deux [personnes] en tête, qui adorent les quantités et c'est leur truc. C'est la mère et la fille. Bah je n'ai même pas. J'essaie en sous-marin mais ça va être très compliqué. Elles fonctionnent comme ça, elles sont dans le contrôle et toutes les deux, si elles se mettent à s'écouter elles regrossiront. Elles ne sont pas à leur poids de forme. Mais c'est leur choix ...

Étienne : C'est difficile de changer de discours.

P : Bah elles, elles sont bien comme ça. En tout cas j'ai l'impression.

E : Donc tu n'as pas essayé d'en parler ?

P : Si, si si, avec la fille notamment. Parce que sa fille que je vois, qui a vingt-cinq ans. Vu que elle, elle sort *etc*, ça a été plus facile de lui dire : "tu t'écoutes, si t'as un gros week-end, tu attends le retour de la faim". Elle, elle est beaucoup plus souple. De plus, elle est jeune, elle vient de se mettre en ménage donc de toute façon elle ne peut plus faire comme elle faisait avant, donc elle, ça a été. La maman par contre c'est très compliqué. Et ce qu'il se passe c'est qu'il y a une petite sœur et les relations parentales, y a un gros souci toxique là. Mais bref, la jeune fille, je pense qu'entre les problèmes de maltraitance, et la maman dans le contrôle, elle est tombée dans les tocs de rangements, de lessives pour une chaussettes *etc*, et de tocs pour l'alimentation. En un an, elle est passée de cinquante à quarante kilos. Et là tu te dis : "merde, quelque part je fais partie de cette histoire". En même temps je me dis que si elles n'étaient pas venues me voir, elles auraient été ailleurs, donc ça me motive. Donc bon, je la suis et je fais différemment avec elle. Mais c'est dur parce que sa maman elle est à fond comme ça. J'arrive à lui dire que sa maman on y arrivera pas. Qu'elle aime faire comme ça mais que c'est pas l'idéal. Sa mère elle est fermée. Elle fait tout. Sa pâte à pizza c'est la pâte euh ... Je ne sais pas si tu en as entendu parler. On peut faire une pâte à pizza à base de choux-fleur. C'est-à-dire que tu prends du choux-fleur, tu le mixe, tu le fais en fond et ça te fait une super pizza diététique.

E : Et c'est bon ?

P : Je n'ai jamais goûté. C'est un truc de diabétique. Tu le fais précuire avant, enfin il y a tout un truc. Elle fait ses yaourt elle-même, tout est maîtrisé. Alors, maintenant que sa fille a ses problèmes là, flagrants, la petite, elle essaie d'être plus, hum, de ne plus rien dire. Mais elle fait des lasagnes bah non, pas de sauce. Mais bon, la mère ça

92. Ma mère est assistante sociale et est issue d'une famille d'enseignants. Elle dispose donc d'une culture somatique relativement favorable à la méthode de régulation par les sensations physiologiques.

lui va. Elle fait le poids qu'elle a depuis qu'elle a vingt ans, elle est heureuse comme ça. Mais le problème c'est que ça a des conséquences. Heureusement, sa fille elle vient, elle vient toute seule en général. J'essaie de lui dire que les gens normaux ils ne font pas ça. Ils ne calculent pas dix grammes de graisse.

E : En plus la pâte à pizza, c'est pas la pâte à tarte, y a juste un peu d'huile.

P : En plus, en plus, là c'est l'extrême. Parce que la maman, si elle ne fait pas ça elle reprend. Elle veut pas. Elle veut rester à son poids qu'elle fait depuis ses vingt ans. C'est son choix quelque part. Elle est contente comme ça. Ca ne lui coûte pas elle, c'est pas une contrainte. Elle mange une boule de glace le dimanche, elle est contente. Pour l'instant ce n'est pas un problème pour elle mais c'est pour sa famille⁹³.

Ne pouvant changer efficacement explicitement de discours et de pratiques de suivi, Pauline Malon préfère introduire « en sous-marin », c'est-à-dire implicitement, par de petites remarques, une réflexion sur les sensations alimentaires. Elle sait qu'un tel changement de méthode serait « très compliqué » à mettre en place. Elle sait qu'il est inutile de leur proposer explicitement de rompre avec les rations et de passer à une régulation par les sensations. Elles ont procédé comme cela depuis le commencement de leur suivi, avant que Pauline Malon suive en 2014 une formation à la méthode du G.R.O.S., et ne seraient pas réceptives à cette nouvelle façon de procéder pour stabiliser leur poids. Le second argument est de dire que, même si elles acceptaient et appliquaient avec succès la méthode de régulation par les sensations, elles prendraient quand bien même du poids. En effet, elles sont à un tel niveau de « contrôle », de restriction cognitive, de leur alimentation, pour conserver un corps très mince, qu'elles se situent en dessous, selon Pauline Malon, de leur poids d'équilibre, appelé « poids de forme » par la diététicienne. Cela veut dire, en empruntant la terminologie de Pauline Malon, que leur corps demanderait à prendre du poids. « Elles regrossir[aient] ».

L'objectif de la diététicienne est de faire avec sa patientèle et non d'imposer la méthode qu'elle estime préférable, celle de la régulation par les sensations alimentaires. Confrontée à la forte hétérogénéité, sociale notamment, de sa patientèle, elle se doit d'être réaliste et donc de faire preuve de flexibilité dans ses pratiques de suivi. Étant donné que, selon son « impression », ses deux patientes sont « bien comme ça », Pauline Malon ne souhaite pas fragiliser cet équilibre. Cela est un peu moins vrai pour la fille qui, en raison notamment d'une situation conjugale nouvelle, est susceptible, selon Pauline Malon, d'entendre et de mettre en pratique la méthode des sensations alimentaires. Pauline Malon est obligée de faire avec ces patientes car il est difficile de transformer les habitudes, de proposer une

93. Entretien effectué à son cabinet le 19 juillet 2017.

méthode alternative, lorsque l'état actuel des pratiques, des autres membres de la famille par exemple, vont à l'encontre des changements que la diététicienne souhaiterait voir mis en place. Changer le mode de régulation alimentaire de la fille s'avère délicat en raison de l'attitude qualifiée de « fermée » de la mère : « c'est dur parce que sa maman elle est à fond comme ça ». Prenant l'exemple de la confection par la mère de pâtes à pizza à base de chou-fleur, elle essaie de faire comprendre à la jeune femme « que les gens normaux ils ne font pas ça. Ils ne calculent pas dix grammes de graisse ».

Un autre exemple conduisant à la mise en place de rations plutôt qu'à un travail sur les sensations alimentaire concerne des patientes et patients n'ayant pas la maîtrise des repères nutritionnels les plus fondamentaux. La transmission d'informations nutritionnelles, même si elle est contraire aux préceptes du G.R.O.S., parce que de telles règles peuvent susciter du stress chez les patientes et patients et les éloigner du ressenti de leurs sensations alimentaires, est parfois jugée prioritaire par Pauline Malon :

Étienne : Est-ce que, il me semble que tu le faisais peut-être il y a longtemps, mais les listes d'aliments conseillés (un peu, à volonté, *etc*), plutôt déconseillés, ou à éviter ...

Pauline : Non

E : Tu ne le fais plus maintenant ?

P : Je ne le donne plus. Après, si vraiment j'ai quelqu'un qui me dit : "je n'y connais vraiment rien dans le cholestérol", je peux donner les listes. Je les ai toujours. Donc ça, ça m'arrive. J'imprime la feuille : aliments riches ou pauvres en cholestérol. Il y en a, ils sont honnêtes, ils ne savent vraiment pas que c'est la charcuterie, le fromage. Quand je vois qu'il n'y a vraiment pas de notion, ça m'arrive de donner, s'ils demandent quoi⁹⁴.

Pauline Malon fait ainsi preuve d'adaptation en donnant des règles ou repères nutritionnels aux patientes et patients qui sont démunis au sens de dépourvus des connaissances nutritionnelles fondamentales. Cela suscite une forme de restriction cognitive, puisque ces patientes et patients sont alors susceptibles de réguler en partie leurs pratiques de consommation afin d'éviter les aliments « riches en cholestérol ». D'après les préceptes du G.R.O.S., de telles contraintes nutritionnelles sont susceptibles de détourner les patientes et patients de l'écoute attentive de leurs sensations physiologiques. Toute forme de restriction cognitive est ainsi contre-productive à long terme puisqu'elle engendre de la frustration, du stress et conduit généralement à des effets yo-yo toujours plus marqués. L'exemple pris par Pauline Malon montre cependant que ces patientes et patients qui « n'y connais[sent] vraiment rien

94. Entretien effectué à son cabinet le 19 juillet 2017.

dans le cholestérol » semblent très éloignés socialement de la culture somatique permettant la régulation par les sensations physiologiques. Ils demandent en priorité à la diététicienne de leur fournir des repères fondamentaux devant les aider à orienter leurs pratiques alimentaires. La mise en pratique de la méthode alternative supposerait un apprentissage plus long et ne semble pas pouvoir être envisagée à court terme.

Ainsi, par cet exemple, c'est l'idée du stress ressenti par les patientes et patients qui peut être réinterprétée d'un point de vue sociologique. Le stress, comme toute émotion, est socialement déterminé. Selon Katia Valey, la diffusion foisonnante d'informations nutritionnelles est source de stress pour les patientes et patients. Il convient donc de les libérer de ce diktat. Il s'agit d'un jugement sans doute véridique pour les individus les plus informés et les plus soucieux de régler leur alimentation pour des raisons de santé. Éprouver ce stress suppose d'être suffisamment familier avec la science de la nutrition et d'avoir un rapport à l'alimentation, au corps, et au temps, qui permette de considérer ses pratiques alimentaires quotidiennes, ordinaires, comme une source de prévention, à long terme, des maladies chroniques. Or, un tel rapport au corps⁹⁵ et aux normes diététiques, se retrouve principalement au sein des classes supérieures⁹⁶. À l'inverse, l'absence de maîtrise des principaux repères nutritionnels, comme le fait de savoir que le fromage et la charcuterie sont des aliments riches en cholestérol, peut, également, susciter du stress chez des patientes et patients appartenant plutôt aux classes populaires pauvres en capital culturel. Dans ces conditions, si Pauline Malon se contentait de leur exposer la méthode du G.R.O.S. en les invitant à s'écouter et à ne manger que lorsqu'ils ont faim, cela serait une source de stress. C'est ce dont témoigne Pauline Malon à propos des patientes et patients qui ne parviennent pas à « se connecte[r] » à leurs sensations physiologiques. Selon elle, au sein de sa patientèle, « y en a pour qui ça marche et y en a que ça stresse ».

3.4 Bricolage. Un suivi standardisé hétéroclite pour une patientèle relativement homogène

Le travail effectué par Fany Lebois avec ses patientes et patients contraste fortement avec celui de Pauline Malon. Cette dernière sous-partie est l'occasion de décrire et de pro-

95. BOLTANSKI, « Les usages sociaux du corps », *art. cit.*

96. DEPECKER, « Les cultures somatiques », *art. cit.*

poser des interprétations de ce contraste. Pour ce faire, nous mobilisons, directement ou indirectement, l'observation de sept consultations au cabinet parisien de Fany Lebois ainsi que l'entretien effectué avec elle au début du mois de janvier 2018, à son cabinet.

Le type de suivis mis en place par Fany Lebois, auprès de ses patientes et patients voulant maigrir, soit, selon elle, plus de 80% de sa patientèle, n'est pas marqué par la flexibilité réaliste observée dans les pratiques de Pauline Malon. Au contraire, notre sentiment de surprise fut considérable lorsque nous avons constaté le style professoral et la standardisation des suivis proposés. La standardisation renvoie au fait que les suivis auxquels nous avons assisté, et le témoignage en entretien de Fany Lebois, démontrent une même scénarisation du suivi, un même déroulement des consultations. La méthode, le chemin proposé aux patientes et patients, est systématiquement le même. Enfin, nous employons le terme de « bricolage » pour qualifier cette méthode que Fany Lebois propose à l'ensemble de ces patientes et patients. Le terme ne doit pas être entendu dans une acception péjorative. Il désigne le fait que la méthode est constituée d'un agglomérat d'éléments empruntés à des méthodes différentes et parfois opposées. Il est qualifié en ce sens d'hétéroclite. Fany Lebois travaille prioritairement sur les sensations alimentaires et se déclare en entretien très favorable aux préconisations du G.R.O.S.. Elle valorise par ailleurs, très classiquement, l'activité physique et sportive. Cependant, elle mène également un travail précoce au cours du suivi sur l'équilibre alimentaire et la volonté d'aider les patientes et patients à composer des « repas équilibrés ». Or, cela entre pleinement en contradiction, au moins dans la première phase du suivi, celle qui se caractérise par l'amaigrissement jusqu'au moment où l'on considère que le « poids d'équilibre » est atteint, avec les préconisations du G.R.O.S. et le travail sur les seules sensations alimentaires. Enfin, elle associe à ces recommandations une injonction à opter pour des contenants, des assiettes principalement, plus petits, afin de « diminuer mécaniquement les quantités ». Cette astuce traditionnelle entre en contradiction avec la régulation dite « intuitive » des quantités par les sensations alimentaires.

3.4.1 Un suivi standardisé hétéroclite . . .

Nous pouvons affirmer que Fany Lebois, contrairement à Pauline Malon, met en place un suivi standardisé des patientes et patients consultant pour maigrir dans la mesure où la structure et l'enchaînement des consultations sont les mêmes pour l'ensemble de ses patientes et patients. Nous avons constaté cela, avec étonnement, lors des observations. Nous

avons eu la chance, en effet, d'assister, notamment, à deux premières ainsi qu'à deux troisièmes consultations. Ces consultations se situant deux-à-deux au même stade d'un suivi structuré selon un schéma préétabli, commun à l'ensemble des patientes et patients souhaitant perdre du poids, leur similarité était frappante. Le contenu des consultations était très similaire et certaines phrases ou expressions employées par Fany Lebois, notamment pour présenter et justifier la méthode des sensations alimentaires, pour la première consultation, et l'importance également de l'équilibre alimentaire, pour la troisième consultation, étaient rigoureusement identiques.

Le déroulement scénarisé, préétabli, des consultations, est reconnu par Fany Lebois lors de l'entretien effectué à son cabinet, six mois environ après les observations :

Étienne : Par rapport à votre méthode, est-ce que vous avez, j'avais l'impression peut-être qu'il y avait une scénarisation des séances. Pour les patients qui veulent maigrir par exemple, est-ce que vous vous dites à telle séance telle problématique, *etc* ?

Fany : Alors, j'ai mon approche, que je présente toujours lors de la première séance, qui est assez cadrée. Le travail sur les sensations alimentaires comme vous avez pu le voir, sur le faim, le rassasiement, la vitesse du repas.

E : Donc ça c'est inspiré du G.R.O.S. du coup ?

F : ça c'est inspiré du GROS. Donc moi je n'ai pas fait la formation mais j'ai lu des bouquins.

E : Vous n'êtes pas affiliée au G.R.O.S. ?

F : Non, la formation malheureusement coûte hyper cher. C'est sur des week-end en plus, j'ai pas pu la faire. Mais après on s'adapte aux patients. Y a des patients qui avancent plus vite que d'autres. Si le patient il avance déjà bien, et qu'il veut que l'on aborde plus vite l'équilibre alimentaire, on aborde plus vite l'équilibre alimentaire.

E : S'il a bien compris la régulation des quantités par la faim ?

F : Ouais exactement, exactement. Mais ça j'ai envie de dire c'est du sur-mesure. [...]

E : Quand vous sortez la dinette c'est une habitude aussi, plutôt à la troisième consultation ou ça peut varier ?

F : C'est très rarement la première sauf quelqu'un qui ne vient pas du tout pour une problématique de poids mais sur un rééquilibrage alimentaire. [...] Mais c'est important de les faire travailler concrètement. Alors y a la dinette et puis y a ça, vous l'aviez vu ? Alors ça, ça vient après la dinette. Je les fais aussi travailler avec ça. C'est pour vérifier s'ils ont bien compris l'équilibre alimentaire. Donc y a plein de cartes [représentant des aliments] et je leur demande de me faire une journée équilibrée : petit-déjeuner, déjeuner, éventuellement une collation et le dîner. Et on en discute⁹⁷.

Fany Lebois ne conteste pas l'idée d'une scénarisation du suivi similaire pour l'en-

97. Entretien effectué à son cabinet parisien le 11 janvier 2018.

semble de ses patientes et patients. Elle a « [son] approche », inspirée du G.R.O.S., même si elle n'en est pas membre, qu'elle « présente toujours lors de la première séance ». Son approche, et sa présentation lors de chaque première séance, « est assez cadrée ». Elle précise cependant qu'elle « s'adapte aux patients ». En effet, il « y a des patients qui avancent plus vite que d'autres ». Fany Lebois peut ainsi adapter la vitesse de progression en évoquant, par exemple, plus en détails l'équilibre alimentaire dès la deuxième consultation, alors que celui-ci n'est en principe évoqué que d'une manière générale par le rappel des familles d'aliments (produits sucrés, matières grasses, produits laitiers, fruits et légumes, protéines, *etc*). Il n'est évoqué en détails qu'à la troisième consultation. Celle-ci est presque entièrement consacrée à la réalisation d'un exercice de classement d'aliments, selon la famille à laquelle il appartient, à partir d'une dinette⁹⁸. Ainsi, « si le patient il avance déjà bien, et qu'il veut que l'on aborde plus vite l'équilibre alimentaire, on aborde plus vite l'équilibre alimentaire ». Selon la diététicienne, il s'agit d'une adaptation « sur-mesure ». Le sur-mesure ne règle cependant que la célérité avec laquelle la trajectoire préétablie est parcourue. Un changement de méthode n'est pas envisagé.

La scénarisation identique du suivi, pour l'ensemble des patientes et patients désirant perdre du poids, est confirmée par l'évocation de l'exercice de la dinette. Celui-ci intervient généralement, d'après nos observations, à la troisième consultation. La présence de cet exercice est exclue lors de la première consultation, sauf pour le cas particulier de « quelqu'un qui ne vient pas du tout pour une problématique de poids ». Cela pourrait être le cas, par exemple, d'une patiente ou d'un patient végétarien ou végétalien qui souhaiterait s'assurer du bon équilibre nutritionnel de son alimentation. Dans la plupart des cas cependant les patientes et patients consultent pour maigrir et l'exercice intervient plus en aval du suivi. Le second exercice vérifie leur capacité à composer des menus équilibrés sur une journée. Cet exercice sanctionne l'acquisition des connaissances transmises lors de la troisième consultation. C'est la raison pour laquelle il « vient après la dinette ». Le déroulement du suivi est donc, dans l'ensemble, préétabli. Il est similaire pour l'ensemble des patientes et patients souhaitant maigrir. Il est donc standardisé.

Le constat de la standardisation des suivis proposés est appuyé par les observations que nous avons réalisées au sein du cabinet de Fany Lebois. Au cours des deux premières

98. Pour une présentation détaillée de cette séance d'éducation nutritionnelle, avec l'exemple de Fabrice, voir le chapitre 4.

consultations auxquelles nous avons assisté, celle de Daniella puis celle de Gabrielle, qui n'a pas pu être enregistrée suite au refus de cette dernière, Fany Lebois a procédé à une présentation magistrale de la méthode. Cela a été précédemment décrit. Elle insiste principalement sur l'importance de la régulation des quantités par les sensations alimentaires de faim et de satiété, reprenant ainsi le cœur des préconisations du G.R.O.S.. Nous disposons de notes d'observations relative à la consultation effectuée avec Gabrielle, une femme de trente-cinq ans, appartenant aux classes supérieures, et ayant emménagé récemment avec un homme plus âgé, « cadre », habitant le quartier, un arrondissement aisé de l'ouest parisien. Sa physionomie ne présente pas de sur-poids particulier. Fany Lebois la juge de « corpulence normale ». Elle a un emploi de « cadre », selon sa propre catégorisation, dans une entreprise du quartier et ne mange « que du bio ». L'extrait du journal de terrain qui suit est daté du jour de la consultation, soit le 15 juin 2017 :

La diététicienne redit beaucoup de choses similaires au précédent rendez-vous qui était aussi un premier rendez-vous. Par exemple : « moi je suis très pro activité physique et sportive parce que ça n'a que des effets positifs ». « Ce qui est capital pour moi, c'est de prendre plaisir dans son activité physique » (*elle insiste sur le terme « plaisir »*), ou encore : « on se nourrit du plaisir que l'on a en mangeant ».

La diététicienne lui explique sa méthode exactement, à quelques mots près, comme pour le rendez-vous précédent [avec Daniella]. Par exemple : « Il ne faut pas confondre l'équilibre alimentaire et la perte de poids ». Manger moins ne veut pas dire « se mettre en restriction comme dans les régimes ». [Gabrielle] sait que l'équilibre alimentaire c'est plus pour la santé que pour la perte de poids. [Fany Lebois] redonne exactement le même exemple : celui de la pomme et de la part de gâteau, avec la même subordonnée « [...] pas tout le gâteau, on est d'accord ». Celui-ci s'accompagne d'une même gestuelle : un mouvement de la main tendue, qui balaie⁹⁹. « Retenez : on ne mange jamais par anticipation ». Elle conclut avec la même double consigne que celle énoncée au précédent rendez-vous : « Vous écouter et revenir à vos sensations alimentaires ». Puis, elle lui donne les points à suivre, exactement les mêmes règles que pour [Daniella] et va lui envoyer cela par mail.

Les extraits du journal de terrain montrent la répétition des phrases présentant la méthode, comme s'il s'agissait d'un cours que la diététicienne refaisait sans cesse à chaque

99. Fany Lebois, pour distinguer le fait de prendre une collation, parce que l'on a faim, du grignotage, ainsi que pour insister sur la dissociation nécessaire qu'il faut faire entre les quantités et l'équilibre, prend l'exemple de la consommation d'une pomme ou d'un morceau de gâteau dans l'après-midi. Si l'on a pas faim et que l'on mange une pomme, cela aura pour conséquence une prise de poids. A l'inverse, si l'on mange un morceau de gâteau, « pas tout le gâteau, on est d'accord », parce que l'on ressent la faim, alors ce n'est pas du grignotage, c'est une collation justifiée.

première consultation. Les similarités entre la consultation de Daniella et celle de Gabrielle s'observent parfois jusqu'aux exemples utilisés pour illustrer les principes de la méthode, et aux gestes accompagnant ceux-ci. Il s'est dégagé de l'observation de la seconde première consultation une impression étrange de *bis repetita*, jamais ressentie aussi fortement au cours des consultations, pourtant deux fois plus nombreuses, de Pauline Malon auxquelles nous avons assisté. Cette dernière ne modifie pas, à chaque première consultation par exemple, sa méthode pour chaque patient ou patiente, mais elle part du récit des patientes et patients pour introduire la méthode de régulation par les sensations alors que Fany Lebois adopte une attitude professorale. En outre, l'enchaînement des consultations n'est pas le même pour l'ensemble des patientes et patients en fonction de leur acceptation de la méthode de régulation par les sensations. Elle peut en outre n'introduire cette méthode qu'en « sous-marin », au moins dans un premier temps, pour celles et ceux réclamant des rations.

Cette impression d'un éternel retour, traduisant une approche systématique du déroulement des suivis pour les patientes et patients désirant perdre du poids, s'est également manifestée à l'occasion des deux troisièmes consultations auxquelles nous avons assisté le jeudi 15 juin 2017. L'impression de répétition s'est trouvée accentuée par le fait que les deux consultations ont eu lieu l'une après l'autre, entre 12h30 et 14h30. La seconde, la consultation de Fabrice, un cadre supérieur, père de deux enfants, diabétique, et âgé d'une quarantaine d'années, a pu être enregistrée. Cela n'est pas le cas de la première, celle d'un couple trentenaire bi-actif dont l'homme présentait un léger sur-poids. Malgré la configuration différente (une consultation en couple, un patient), les deux consultations ont été l'occasion de rappels sur la priorité qu'il faut donner à la réduction des quantités, grâce à la régulation par les sensations alimentaires. Il s'en est suivi un rappel des familles d'aliments et de l'importance sanitaire préventive de l'équilibre alimentaire. La diététicienne indique alors à Fabrice et au couple trentenaire qu'ils vont justement travailler ce jour-là sur l'équilibre alimentaire. Elle introduit alors l'exercice de la dinette. Ayant été étonné par ces répétitions, nous avons abordé cette question lors de l'entretien effectué avec Fany Lebois :

Étienne : J'ai remarqué que vous répétiez souvent les mêmes choses. Est-ce que vous ne ressentez pas de la lassitude ?

Fany : Ah non, c'est quelque chose de tellement nouveau et d'inhabituel pour eux que je ressasse toujours la même chose, là je vous rejoins complètement. Après y a ceux qui ont un peu de mal à comprendre donc faut ré-expliciter un peu plus. Mais je ressasse sans arrêt les mêmes choses, carrément. Mais au final je pense que c'est important

qu'ils retiennent l'essentiel¹⁰⁰.

Fany Lebois reconnaît « ressasse[r] sans arrêt les mêmes choses ». Elle le justifie en vertu d'un principe pédagogique. L'apprentissage passe par la répétition des éléments « essentiel[s] ». Une fois dressé le constat de cette standardisation des suivis proposés pour les patientes et patients souhaitant perdre du poids, nous pouvons en proposer une interprétation.

3.4.2 ... adapté à une patientèle homogène et de classes supérieures

Fany Lebois propose un suivi standardisé qui consiste en un agglomérat d'éléments issus des préconisations du G.R.O.S. et d'une approche nutritionnelle classique fondée sur l'équilibre alimentaire, et donc une forme de régulation cognitive et non physiologique. Si cette standardisation est possible c'est qu'elle convient à la plupart des patientes et patients. Dans le cas contraire, Fany Lebois ne disposerait pas d'une patientèle d'une taille moyenne relativement aux autres diététiciennes et diététiciens de région parisienne que nous avons rencontrés, à savoir entre quinze et vingt patientes et patients par semaine, répartis sur deux jours et demi¹⁰¹. Si cette standardisation convient à la plupart de ses patientes et patients c'est parce que Fany Lebois est confrontée, d'après nos observations, à une patientèle relativement plus homogène que celle de Pauline Malon et appartenant pour l'essentiel aux classes supérieures ou moyennes supérieures.

Fany Lebois ne doit donc pas « faire avec » une patientèle socialement hétérogène aux attentes différenciées. Les patientes et patients qui la consultent semblent tous relativement bien disposés à incorporer la régulation de leurs consommations alimentaires en fonction des sensations alimentaires physiologiques. Elle n'est donc pas contrainte à une flexibilité réaliste. A l'inverse, une patientèle relativement homogène et appartenant principalement aux classes supérieures est davantage disposée à appliquer efficacement la méthode de régulation par les sensations alimentaires sans avoir besoin pour cela de s'exercer à reconnaître la faim et la satiété. Fany Lebois, contrairement à Pauline Malon, ne doit ainsi se préoccuper qu'à la marge de la réception de sa méthode fondée principalement sur les sensations alimentaires.

100. Entretien effectué à son cabinet parisien le 11 janvier 2018.

101. Le succès, en considérant la taille « respectable » de sa patientèle, de Fany Lebois auprès des patientes et patients est d'autant plus avéré qu'elle limite son temps de travail en raison d'un arbitrage effectué en faveur du travail domestique. Celui-ci est conséquent car elle est mère de trois enfants âgés de moins de dix ans.

Elle n'est que très rarement confrontée à des patientes et patients pleinement démunis face à la méthode, incapables de reconnaître leurs sensations de faim et de satiété :

Étienne : Et est-ce que parfois il y a des réactions désabusées face à la méthode des sensations alimentaires ?

Fany : Qu'est-ce que vous entendez par désabusées ?

E : Par exemple, ils pourraient dire : "moi j'ai besoin d'une ration".

F : On ne peut pas faire plaisir à tout le monde. Moi, je dis : "ma méthode elle est ce qu'elle est". Les patientes et patients me disent souvent qu'ils ne s'attendaient pas à ça. En général, moi, je trouve quand même que les gens sont agréablement surpris parce qu'ils pensaient que ça y est, pendant les deux prochains mois j'allais leur couper les vivres. Souvent, pour ces gens là, qui aiment un truc plus cadré, je leur dis : « faites moi confiance, essayez ». [...]

F : j'ai quelques patients, je n'en ai pas beaucoup, mais j'en ai quelques uns qui me disent qu'ils n'ont jamais ressenti la faim, ce qui me paraît dingue quoi, dingue.

E : Vous leur donnez des exercices ? Ne pas manger en attendant de ressentir la faim par exemple ?

F : Exactement. Je leur dis : "dès que vous sortez du cabinet, vous ne mangez pas tant que vous n'avez pas ressenti la faim. Et tant pis si ça peut durer quarante jours¹⁰²".

Lorsque les patientes et patients font preuve de quelques réticences face à sa méthode elle leur demande de lui faire « confiance ». Elle défend dans tous les cas « [sa] méthode » qui « est ce qu'elle est ». Elle ne fait avec sa patientèle qu'à la marge parce que sa méthode bricolée est la plupart du temps socialement adaptée à ses patientes et patients en raison de l'homogénéité sociale de sa patientèle. Pauline Malon fonctionne différemment et accepte, par exemple, de donner des rations à des patientes et patients si cela correspond à leurs demandes. Fany Lebois n'est pas habituée, contrairement à ce dont témoigne la diététicienne de Mélieu, à rencontrer des patientes et patients ne ressentant « jamais la faim ». Cela lui « paraît digue » parce que inhabituel, presque déplacé, au sein de sa patientèle. Elle adapte son suivi à ces patientes et patients inhabituels en leur proposant un exercice similaire, bien que plus radical, moins élaboré, que celui proposé par Pauline Malon. Il s'agit d'un exercice plus rudimentaire parce qu'il n'est conçu et utilisé que pour de rares cas alors que Pauline Malon l'utilise pour l'ensemble de ses patientes et patients avec qui elle travaille sur les sensations alimentaires. Enfin, la composition sociale plus favorisée de sa patientèle peut rendre compte, au moins en partie, de l'impression de bricolage que suscite sa méthode. Elle agglomère en effet des éléments de régulation cognitive à des éléments issus des préconisations de G.R.O.S..

102. Entretien effectué à son cabinet parisien le 11 janvier 2018.

Il semble qu'une approche rationnelle de l'alimentation, par l'équilibre alimentaire tel que défini par la science de la nutrition, répond à des attentes complémentaires au désir de perte de poids de sa patientèle.

4 Conclusion

Ce dernier chapitre a permis de mettre en évidence le fait que, confrontés à une obligation de résultats, observables sur la balance, les diététiciennes et diététiciens se doivent de proposer aux patientes et patients des recommandations réalistes, c'est-à-dire acceptables, efficaces et considérées comme crédibles par les patientes et patients. Le rejet des régimes dispose les diététiciennes et diététiciens que nous avons rencontrés à préférer la mise en place de méthodes d'accompagnement proches des recommandations du G.R.O.S., c'est-à-dire fondées sur une régulation des quantités consommées en fonction des sensations alimentaires physiologiques. Les recommandations faisant « trop régime » sont évitées au profit de cette méthode alternative. Celle-ci est cependant présentée comme étant naturelle, sinon « intuitive », parce que reposant sur la prise en compte des signaux physiologiques, corporels, de la faim et de la satiété. En nous appuyant sur les travaux de sociologues dont ceux de Luc Boltanski et Pierre Bourdieu, nous avons cependant montré comment la crédibilité et l'efficacité de la méthode de régulation par les sensations alimentaires est fonction d'une familiarité suffisante avec une culture somatique propre aux classes supérieures. La mise en pratique de la méthode, au cours des suivis diététiques en libéral, suppose donc une adaptation différenciée selon les dispositions ou « hexis corporel » des patientes et patients. Ainsi, Pauline Malon, qui est confrontée à une patientèle socialement hétérogène et nettement plus populaire que celle de Fany Lebois doit faire preuve de flexibilité dans sa mise en pratique de la méthode. Elle doit en particulier, pour parvenir à faire « bien maigrir » ses patientes et patients, les entraîner à « se connecter » avec leurs sensations physiologiques. C'est un rapport au corps que ces patientes et patients doivent apprendre. Elle doit parfois, selon le degré de réceptivité de la méthode, selon les attentes, la demande ou les habitudes des patientes et patients, recourir, au moins temporairement, à des formes plus encadrées de suivis en leur proposant un programme alimentaire détaillé. Elle recourt alors à la restriction cognitive pour parvenir à honorer l'obligation de résultats à laquelle elle est confrontée. A l'inverse, Fany Lebois peut « faire avec » sa patientèle sans devoir faire preuve d'une grande flexibilité. En effet, confrontée à une patientèle plus homogène et appartenant davantage aux classes supérieures,

elle doit moins se préoccuper des conditions de réception de la méthode. La mise en pratique, au cours des suivis, de la méthode de régulation par les sensations alimentaires peut donc être davantage magistrale, moins pratique puisqu'il n'y a que rarement besoin de recourir à des exercices. La patientèle étant nettement plus homogène, Fany Lebois peut également mettre en place un suivi davantage standardisé et dont la trajectoire est largement préétablie, puisqu'un tel suivi peut convenir au plus grand nombre.

Conclusion

Ce travail de thèse a permis de proposer une première approche sociologique des suivis diététiques en libéral. Si l'occasion m'a été offerte d'observer des consultations et d'effectuer des entretiens, c'est peut-être en raison de l'intérêt que les diététiciennes et diététiciens libéraux et leurs patients ont éprouvé à participer à cette enquête. En effet, les diététiciennes et diététiciens libéraux rencontrés se sont montrés très enthousiastes à l'idée de parler de leur travail. Les patientes et patients, quant à eux, m'ont semblé heureux de partager leur expérience. Cette disposition à parler des enquêtés semblent ainsi faire écho à la relative invisibilité médiatique et surtout scientifique des suivis diététiques. Alors même que la mise en place de politiques publiques de lutte contre le sur-poids, le diabète, *etc*, pourrait placer les suivis diététiques au centre de l'attention et du questionnement scientifique, il n'en est rien en sciences sociales. J'espère que cette thèse contribue, à son modeste niveau, à faire évoluer ce constat.

Cette thèse ne permet pas seulement de combler un espace laissé vacant. Elle est l'occasion, en s'intéressant à un objet *a priori* relativement trivial, presque anecdotique, d'être une nouvelle fois confronté à quelques questions dont la sociologie est coutumière. La restitution de cette recherche permet, au cours du chapitre 4 notamment, de s'interroger sur la frontière, parfois poreuse, entre croyances, connaissances ou compétences profanes et professionnelles. L'éducation nutritionnelle, par exemple, suppose une distinction nette entre ces deux formes de connaissances et tend à instaurer une relation verticale entre les diététiciennes et diététiciens libéraux et leurs patientes et patients. A l'inverse, le travail comportemental, la méthode du G.R.O.S. (Groupe de Réflexion sur l'Obésité et le Sur-poids) par exemple, favorise l'établissement d'une relation horizontale entre le praticien et son patient ou sa patiente. Les diététiciennes et diététiciens doivent alors compter sur les compétences des patientes et patients qui sont appelés à réguler en autonomie leurs consommations alimentaires. L'enquête m'a également permis d'être confronté à la question des

rapports entre « le social » et « le biologique ». En s'appuyant sur les travaux précurseurs de Luc Boltanski notamment, j'ai pu mettre en évidence, au cours du chapitre 6, la médiation socialement construite qui existe entre les sensations physiologiques, corporelles, et la régulation du comportement alimentaire. Sans remettre en cause la réalité de l'existence de signaux biologiques universels, le rôle des apprentissages, des dispositions et donc des inégalités et des socialisations différenciées, peut être introduit dans l'analyse. Cela permet de comprendre les difficultés que peuvent rencontrer une partie des patientes et patients lorsqu'ils sont confrontés à cette méthode. Cela éclaire également l'adaptation nécessaire des pratiques de suivi, dont doivent faire preuve des diététiciennes et diététiciens, comme Pauline Malon, confrontés à une patientèle socialement très hétérogène.

Ainsi, l'analyse sociologique rompt avec le sens commun. A première vue en effet, les enquêtés expliquent les échecs rencontrés par la mise en pratiques des méthodes comportementales faisant appel aux sensation alimentaires d'une façon tautologique. Si la méthode du G.R.O.S. ne fonctionne pas systématiquement, c'est parce qu'elle n'est pas adaptée à tout le monde. Les enquêtés recourent alors volontiers à des explications psychologisantes. Telle personne n'a pas le « profil », préfère être cadrée, car cela « la rassure ». L'introduction d'une réflexion en termes de dispositions socialement constituées et d'apprentissages permet de rendre compte de ces inégalités et du caractère socialement situé d'une méthode d'amaigrissement à prétention universelle.

L'intérêt de cette thèse a également été de démentir une idée reçue. Les personnes éloignées du monde de la diététique libérale, dont je faisais partie au commencement de mon enquête, associent généralement spontanément la diététicienne, ou le diététicien, à l'image d'une « mère la rigueur ». Selon cette représentation de sens commun, recourir aux services d'une diététicienne ou d'un diététicien revient à se voir imposer une restriction. La diététicienne ou le diététicien mettrait systématiquement ses patientes et patients à la diète, c'est-à-dire au régime sec. Or, loin de conforter cette représentation commune, le chapitre 5 établit et explique le rejet des régimes amaigrissants. Les patientes et patients interrogés se sont déclarés particulièrement surpris de cette non coïncidence entre le rôle attendu, celui de « mère la rigueur » qui impose « une restriction » à ses patientes et patients, et le déroulement effectif des suivis. Les diététiciennes et diététiciens libéraux revendiquent le non recours aux régimes amaigrissants pour faire maigrir leurs patientes et patients. La mise en évidence de cette posture professionnelle, surprenante et robuste, car commune à l'ensemble

des diététiciennes et diététiciens rencontrés, est un apport de cette thèse car elle permet de rompre avec une prénotion. L'analyse propose également des explications à ce phénomène.

En outre, le secteur libéral du métier de diététicienne ou diététicien étant en pleine croissance démographique, s'y intéresser permet de mettre en évidence des effets propres à un secteur en plein essor. Premièrement, il s'agit d'un secteur qui attire. Les trajectoires des diététiciennes et diététiciens rencontrés, restituées au sein du chapitre 2, en témoignent. La croissance démographique, parce qu'elle suppose ou suscite des vocations, a entraîné une nette diminution de l'âge moyen des diététiciennes et diététiciens libéraux. En outre, cette croissance repose également sur des ruptures de trajectoires professionnelles et des réorientations scolaires vers la diététique. S'orienter vers la diététique ou changer de carrière professionnelle a fait sens pour une part non négligeable des enquêtés. Si la diététique attire et inspire les vocations, c'est sans doute parce qu'il s'agit d'un secteur porté par des préoccupations ou aspirations contemporaines, propres aux sociétés de surabondance alimentaire dans lesquelles l'obésité est constituée comme une « épidémie »¹⁰³. Le choix, souvent contraint, du libéral, présenté dans cette thèse, confronte ensuite l'analyse à des questions de concurrence, de rentabilité, de logiques marchandes, *etc.* Il est alors croustillant, du point de vue du sociologue, d'observer et de comprendre le rapport que peuvent entretenir ces professionnels, et leurs patientes et patients, à l'argent dépensé ou gagné au cours des suivis diététiques en libéral. Exercer la diététique en tant que travailleur indépendant consiste en effet, pour l'essentiel, à vendre un service, généralement non remboursé, d'accompagnement à l'amaigrissement. Cette activité marchande oblige les diététiciennes et diététiciens à prendre en compte les concurrences qui s'exercent au sein des marchés diététiques locaux. Ces praticiens s'engagent ainsi dans un processus concurrentiel. Cependant, comme nous l'avons établi au cours du chapitre 3, la distinction vis-à-vis des concurrents, qui permet de constituer et fidéliser une patientèle suffisamment nombreuse pour assurer la rentabilité de l'activité libérale, suppose la mise à distance du commercial. Les professionnels libéraux de la diététique revendiquent pour ce faire leur attachement au soin et au domaine du paramédical, stigmatisent leurs concurrents en recourant à l'étiquette « commerciale » et tendent à euphémiser les logiques marchandes à l'œuvre dans les suivis diététiques.

Enfin, le premier chapitre de la thèse présente et interroge la méthode d'enquête. Il a notamment été l'occasion d'une réflexion sur la position d'observateur « à découvert »,

103. SAGUY et ALMELING, « Fat in the Fire? », *op. cit.*

étranger au cours habituel des interactions au sein de l'espace restreint, semi-privé et relativement intime, que sont les cabinets de consultation. Cette situation particulière m'a conduit à proposer la notion d' « intrusion sociologique ». Plus encore, la particularité de la situation d'enquête, lors des observations notamment, tenait d'effets de genre et d'hétéronormativité. S'introduire dans les consultations diététiques revenait à s'introduire dans un monde de femmes, constitué comme « féminin ». Mon appartenance de genre a pu, comme cela est le cas la plupart du temps, faciliter mon entrée sur le terrain. Un doctorant qui s'intéresse à l'alimentation, et plus encore à un métier essentiellement de femmes consistant à faire maigrir d'autres femmes, a plus de chances qu'une doctorante, toutes choses égales par ailleurs, d'être pris au sérieux dans sa démarche scientifique. « Les dividendes de la masculinité »¹⁰⁴ ont cependant présenté une limite au cours de cette enquête. L'intrusion sociologique masculine apparaissait en effet trop incongrue, et donc inacceptable, lors de la pesée, au sein du cabinet de Pauline Malon. Cette dernière demande en effet à ses patientes de se mettre en sous-vêtements avant de monter sur la balance. Un regard masculin, qui n'est pas neutralisé en tant que tel par le port d'une blouse blanche¹⁰⁵, sur un corps de femme à moitié dénudé, est alors jugé trop intrusif et inconvenant. Il ne l'est pas en revanche si les patientes n'enlèvent que leurs chaussures, ou si les personnes procédant à la pesée sont des hommes ou des enfants. Cela permet, en creux, de révéler la prégnance des normes de genre et de l'hétéronormativité implicite qui déterminent la définition de la situation d'enquête.

Les perspectives de recherche que peut suggérer ce travail sont multiples. Sans être exhaustif, je peux en détailler certaines. Il me semble, premièrement, qu'une recherche plus approfondie du côté des patientes et patients serait intéressante. En particulier, effectuer des observations au sein des familles des patientes et patients suivis par des diététiciennes et diététiciens libéraux permettrait de mesurer en pratique les effets des suivis, et des recommandations, sur les consommations alimentaires et les pratiques sportives des patientes et patients et de leur entourage familial. Cette étude serait de nature à questionner davantage la durabilité des dispositions sociales à l'origine des pratiques alimentaires. L'effet socialisateur exercé par les diététiciennes et diététiciens est-il durable ou temporaire ? Peut-il se transmettre aux autres membres de la famille ? Et si oui, comment ? En second lieu, cette première enquête nous invite à poursuivre la recherche sur le « marché diététique », à la fois

104. Raewyn W. CONNELL (2005), *Masculinities*, Polity Press, Cambridge.

105. Sur ce sujet, voir BOURDIEU, *La domination masculine*, *op. cit.* Il reprend en particulier des résultats de travaux d'anthropologie américains consacrés aux gynécologues hommes.

du côté des offreurs et des demandeurs. Le profil sociologique et les attentes des personnes recourant, par exemple, à des services¹⁰⁶ de livraison à domicile de repas dits « diététiques », dans le cadre d'un programme promettant une perte de poids rapide, est-il très différent de ceux qui consultent les diététiciennes et diététiciens libéraux rejetant en principe la pratique du « régime amaigrissant » ? Ces entreprises connaissent peut-être un essor économique comparable à l'essor démographique des diététiciennes et diététiciens libéraux. Sont-elles pour autant objectivement en concurrence avec les services offerts par les diététiciennes et diététiciens libéraux ? Le cas des hypnotiseurs mérite également enquête. Plus généralement, s'il y a concurrence, les pratiques des uns sont sans doute scrutées par les autres. Assiste-t-on à des formes de syncrétismes ? Une partie des diététiciennes et diététiciens libéraux rencontrés, par exemple, ont récemment suivi des formations en hypnose. Si formes de syncrétismes des offres diététiques il y a, quelles logiques sociales et économiques les sous-tendent ? Enfin, il serait intéressant de proposer une sociogenèse de la pensée du G.R.O.S.. L'idée d'une rupture avec les régimes restrictifs, imposés verticalement par les professionnels de santé à leurs patientes et patients, pour assurer une meilleure autonomie de ces derniers, n'est pas une véritable invention du G.R.O.S.. Il est probable que les débats au sein du milieu médical sur l'autonomisation des patients trouvent leurs ferments dans des considérations plus anciennes, remontant peut-être, par exemple, aux années immédiatement postérieures à Mai 1968 ou aux décennies qui ont suivi.

106. Ces services sont proposés par des entreprises comme « comme j'aime » par exemple qui déploient des ressources considérables dans la publicité et vantent l'efficacité de leurs méthodes. Ces entreprises fondent leur argument de vente sur l'espoir d'une perte de poids rapide. Nombre de personnes peuvent y être sensibles, à l'approche de la saison estivale notamment, d'autant que le résultat est peut-être plus valorisé que les moyens mis en œuvre pour y parvenir, surtout si le service promet une méthode rapidement efficace.

Bibliographie

- ABBOTT, Andrew (2009), « 11. À propos du concept de Turning Point », dans : *Bifurcations*, La Découverte, Paris, pp. 187–211.
- AFDN (1976), « Réflexions sur l'éthique de la profession de diététicien », *L'Information diététique*, n° 3, pp. 33–36.
- AGENCE NATIONALE DE SÉCURITÉ SANITAIRE DE L'ALIMENTATION, de l'environnement et du travail (2010), *Evaluation des risques liés aux pratiques alimentaires d'amaigrissement : rapport d'expertise collective, novembre 2010, édition scientifique*, ANSES, Maisons-Alfort.
- ALIMENTS, Agence française de sécurité sanitaire des (2009), *Étude individuelle nationale des consommations alimentaires 2 : INCA 2, 2006-2007*, Maisons-Alfort : Afssa, p. 255.
- (2017), *Étude individuelle nationale des consommations alimentaires 3 : INCA 3, 2014-2015*, Maisons-Alfort : ANSES, p. 535.
- ARBORIO, Anne-Marie (2001), *Un personnel invisible : les aides-soignantes à l'hôpital*, Anthropos, Paris, France.
- BACHELARD, Gaston (1938), *La formation de l'esprit scientifique : contribution à une psychanalyse de la connaissance objective*, Librairie philosophique J. Vrin, Paris.
- BARD, ETIENNE (2016), « Quel régime pour Elle ? Sociologie de la thématique des régimes dans la revue Elle depuis 1945. », Mémoire de M2, Paris : ENS Ulm, EHESS.
- BECKER, Gary Stanley (1964), *Human Capital : A Theoretical and Empirical Analysis, with Special Reference to Education*, Harvard University Press, Cambridge.
- BECKER, Howard Saul (1963), *Outsiders : Studies in the Sociology of Deviance*, The Free Press, New York.
- BENQUET, Marlène (2013), *Encaisser ! : Enquête en immersion dans la grande distribution*, La Découverte, Paris.

- BERGER, Peter Ludwig et Thomas LUCKMANN (1989), *La Construction sociale de la réalité*, Méridiens, Paris.
- BERNSTEIN, Basil (1975), *Langage et classes sociales : codes socio-linguistiques et contrôle social*, trad. par Jean-Claude CHAMBOREDON, Les éditions de Minuit, Paris.
- BESSIN, Marc, Claire BIDART et Michel GROSSETTI, dir. (2009), *1. Bifurcations : les sciences sociales face aux ruptures et à l'événement*, La Découverte, Paris.
- BOLTANSKI, Luc (1969), *Prime éducation et morale de classe*, Mouton, Paris.
- (1971), « Les usages sociaux du corps », *Annales*, vol. 26, n° 1, pp. 205–233.
- BOURDIEU, Pierre (1977), « Remarques provisoires sur la perception sociale du corps », *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, vol. 14, n° 1, pp. 51–54.
- (1979), *La distinction : critique sociale du jugement*, les Éditions de Minuit, Paris.
- (1980a), « Comment peut-on être sportif? », dans : *Questions de sociologie*, les Éditions de Minuit, Paris, pp. 173–195.
- (1980b), « La "jeunesse" n'est qu'un mot », dans : *Questions de sociologie*, les Éditions de Minuit, Paris.
- (1980c), « Le capital social. Notes provisoires », *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, vol. 31, n° 1, pp. 2–3.
- (1981), « La représentation politique », *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, vol. 36, n° 1, pp. 3–24.
- (1982), *Ce que parler veut dire : l'économie des échanges linguistiques*, Fayard, Paris.
- (1986), « L'illusion biographique », *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol. 62, n° 1, pp. 69–72.
- (1996), *Sur la télévision ; suivi de L'emprise du journalisme*, Éditions Raisons d'agir, Paris.
- (1997), *Méditations pascaliennes*, Seuil, Paris.
- (1998), *La domination masculine*, Seuil, Paris.
- (2000), *Esquisse d'une théorie de la pratique ; précédé de Trois études d'ethnologie kabyle*, Seuil, Paris.
- (2012), *Sur l'État : cours au Collège de France (1989-1992)*, sous la dir. Patrick CHAMPAGNE et al., Seuil, Paris.
- BOURDIEU, Pierre et Jean-Claude PASSERON (1970), *La reproduction : éléments pour une théorie du système d'enseignement*, les Éditions de Minuit, Paris.

- BROZETTI, ANNE (2009), « Pratiques en éducation du patient de diététiciens libéraux », *L'Information diététique*, n° 1, pp. 35–41.
- CACOUAULT-BITAUD, Marlaine (2001), « La féminisation d'une profession est-elle le signe d'une baisse de prestige ? », *Travail, genre et sociétés*, n° 5, pp. 91–115.
- CAHNMAN, Werner J. (1968), « The Stigma of Obesity », *The Sociological Quarterly*, vol. 9, n° 3, pp. 283–299.
- CARDON, Philippe, Thomas DEPECKER et Marie PLESSZ (2019), *Sociologie de l'alimentation*, Armand Colin, Malakoff.
- CHAUVEL, Louis (1998), *Le destin des générations : structure sociale et cohortes en France au XXe siècle*, Presses universitaires de France, Paris.
- CONNELL, Raewyn W. (2005), *Masculinities*, Polity Press, Cambridge.
- COULMONT, Baptiste (2011), *Sociologie des prénoms*, la Découverte, Paris.
- DARMON, Muriel (2003), *Devenir anorexique : une approche sociologique*, La Découverte, Paris.
- (2007), *La socialisation*, Armand Colin, Paris.
- (2010), « Surveiller et maigrir. Sociologie des modes de contrainte dans un groupe commercial d'amaigrissement », *Revue d'Etudes en Agriculture et Environnement-Review of agricultural and environmental studies*, vol. 91, n° 2, pp. 209–228.
- DARTOIS, Anne-Marie (2000), « Les Diététiciens : un peu d'histoire. », *L'Information diététique*, n° 3, pp. 36–42.
- DE SAINT POL, Thibaut (2010), « Poids et régimes alimentaires en Europe », *Revue d'Etudes en Agriculture et Environnement-Review of agricultural and environmental studies*, vol. 91, pp. 129–152.
- DE SAINT-POL, Thibaut (2010), *Le corps désirable : hommes et femmes face à leur poids*, Presses universitaires de France, Paris.
- DEPECKER, Thomas (2010), « Les cultures somatiques : usages du corps et diététique », *Revue d'Etudes en Agriculture et Environnement-Review of agricultural and environmental studies*, vol. 91, pp. 153–184.
- (2014), « La loi des tables : quantification du besoin alimentaire et réforme des conduites de vie XIXe-XXe siècles », Thèse de doctorat, Paris : Centre de recherches historiques.

- DESPRAT, Diane (2017), « "Qu'est-ce qu'on vous fait aujourd'hui ?" : un ethos professionnel des coiffeurs : entre travail émotionnel, relation de service et dispositions genrées et de classe : le cas des coiffeurs », thesis, Paris 10.
- DUMAY, MONIQUE (1984), « La consultation privée de diététique », *L'Information diététique*, n° 3, pp. 7–8.
- DURKHEIM, Émile (1893), « De la division du travail social », Thèse de doctorat, Paris : Faculté des lettres.
- (1895), *Les règles de la méthode sociologique*, F. Alcan, Paris.
- (1912), *Les formes élémentaires de la vie religieuse : le système totémique en Australie*, Librairie Félix Alcan, Paris.
- EDUCATION NATIONALE (1989), « Statistiques nationales du BTS de Diététique, session 1989 », *L'Information diététique*, n° 4, p. 29.
- (2002), « Résultats BTS session 2001 par académie et par établissement », *L'Information diététique*, n° 1, p. 20.
- FAINZANG, Sylvie (2015), *La relation médecins-malades : information et mensonge*, Presses Universitaires de France, Paris.
- FALLON, April E. et Paul ROZIN (1985), « Sex Differences in Perceptions of Desirable Body Shape. », *Journal of abnormal psychology*, vol. 94, n° 1, p. 102.
- FISCHLER, Claude (1990), *L'omnivore : le goût, la cuisine et le corps*, O. Jacob, Paris.
- FREIDSON, Eliot (1970), « Influence du client sur l'exercice de la médecine », dans : HERZLICH, Claudine, *Médecine, maladie et société*, Mouton, Paris, pp. 225–238.
- FREY, Bruno S. (1997), *Not Just for the Money : An Economic Theory of Personal Motivation*, Edward Elgar Publishing, Cheltenham.
- GINGRAS, Jacqui, Jennifer BRADY et Debbie MACLELLAN (2012), « New Dietetic Practitioners' : Perspectives on Their Education and Training. », *Canadian Journal of Dietetic Practice and Research*, vol. 73, n° 3, pp. 117–121.
- GINGRAS, Jacqui et Raquel DUCHEN (2014), « Ethics of Dietitians », dans : *Encyclopedia of Food and Agricultural Ethics*, sous la dir. Paul B. THOMPSON et David M. KAPLAN, Springer Netherlands, Dordrecht, pp. 658–664.
- GOFFMAN, Erving (1975), *Stigmate : les usages sociaux des handicaps*, trad. par Alain KIHM, les Éditions de Minuit, Paris.
- (2002), « La "distance au rôle" en salle d'opération », *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, vol. 143, n° 1, pp. 80–87.

- GOJARD, Séverine (2010), *Le métier de mère*, la Dispute, Paris.
- GROSSETÊTE, Matthieu (2015), « Deux poids deux mesures », *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol. 208, n° 3, pp. 62–73.
- GRUNBERG, NICOLE et PIAT, CATHERINE (2004), « Agréments et aléas de la diététique en libéral », *L'Information diététique*, n° 4, pp. 15–19.
- GURR, Ted Robert (1970), *Why Men Rebel*, Princeton university Press, Princeton.
- HALBWACHS, Maurice (1913), *La Classe ouvrière et les niveaux de vie : recherches sur la hiérarchie des besoins dans les sociétés industrielles contemporaines*, F. Alcan, Paris.
- HIRSCHMAN, Albert Otto (2011), *Exit, voice, loyalty : défection et prise de parole*, trad. par Claude BESSEYRIAS, Éditions de l'Université de Bruxelles, Bruxelles.
- HUGHES, Everett C. (1958a), « Cycles, Turning Points, and Careers », dans : *Men and Their Work*, Free Press, pp. 11–22.
- HUGHES, Everett Cherrington (1958b), *Men and Their Work*, Free Press.
- KATZ, Elihu et F. PAUL (1955), *Lazarsfeld. 1955. Personal Influence : The Part Played by People in the Flow of Mass Communications*, The Free Press, Glencoe.
- KREMPF, Michel (2002), *Rapport sur l'évolution du métier de diététicien*, Commande du PNNS, CHU de Nantes.
- LÉVI-STRAUSS, Claude (1973), *Anthropologie structurale*, Plon, Paris.
- LHUISSIER, Anne (2006), « Éducation alimentaire en milieu populaire : des normes en concurrence », *Journal des anthropologues*, n° 106-107, pp. 61–76.
- (2010), « Maigrir : de la terminologie aux pratiques [introduction] », *Revue d'Etudes en Agriculture et Environnement-Review of agricultural and environmental studies*, vol. 91, pp. 117–127.
- (2012), « The Weight-Loss Practices of Working Class Women in France », *Food, Culture & Society*, vol. 15, n° 4, pp. 643–664.
- LINDBECK, Assar et Dennis J. SNOWER (1988), *The Insider-Outsider Theory of Employment and Unemployment*, MIT press, Cambridge.
- LONGCHAMP, Philippe (2014), « Goûts de liberté, goûts de nécessité : Quand la diététique s'en mêle », *Sociologie et sociétés*, vol. 46, n° 2, pp. 59–82.
- « L'ordre des médecins radie le docteur Dukan » (2014), *Le Monde*.
- MAUGER, Gérard (1991), « Enquêter en milieu populaire », *Genèses. Sciences sociales et histoire*, vol. 6, n° 1, pp. 125–143.
- MAUSS, Marcel (1950), *Sociologie et anthropologie*, Presses Universitaires de France, Paris.

- MAUSS, Marcel (2007), *Essai sur le don : forme et raison de l'échange dans les sociétés archaïques*, Presses Universitaires de France, Paris.
- MERTON, Robert King (1997), *Eléments de théorie et de méthode sociologique*, trad. par Henri MENDRAS, Armand Colin, Paris.
- MONTESQUIEU, Charles Louis de Secondat (2008), *De l'esprit des lois*, Flammarion, Paris.
- NICHTER, Mimi (2000), *Fat Talk : What Girls and Their Parents Say about Dieting*, Harvard University Press, Cambridge.
- ODDY, Derek J., Peter J. ATKINS et Virginie AMILIEN, dir. (2009), *The Rise of Obesity in Europe : A Twentieth Century Food History*, Routledge, Farnham.
- PACE, Patricia W., Mary Pat BOLTON et Rebecca S. REEVES (1991), « Ethics of Obesity Treatment : Implications for Dietitians. », *Journal of the American Dietetic Association*, vol. 91, n° 10, pp. 1258–1260, pmid : 1918747.
- PASSERON, Jean-Claude (1991), *Le raisonnement sociologique : l'espace non-poppérien du raisonnement naturel*, Nathan, Paris.
- RANDOIN, LUCIE (1957), « Le rôle des diététiciennes dans l'amélioration de la Santé Publique », *L'Information diététique*, n° 1, p. 11.
- RAVARY, Y. (1992), « BTS diététique, statistiques nationales », n° 1, p. 39.
- RÉGNIER, Faustine (2014), « L'alimentation entre plaisir(s) et nécessité(s) en France et aux États-Unis : Quelques variations dans la presse féminine depuis les années 1930 », *Sociologie et sociétés*, vol. 46, n° 2, pp. 85–108.
- RÉGNIER, Faustine, Anne LHUISSIER et Séverine GOJARD (2006), *Sociologie de l'alimentation*, la Découverte, Paris.
- RÉGNIER-LOILIER, Arnaud et Céline HIRON (2010), « Évolution de la répartition des tâches domestiques après l'arrivée d'un enfant », *Revue des politiques sociales et familiales*, vol. 99, n° 1, pp. 5–25.
- ROCHUT, Julie (2014), *Métiers de la rééducation : des professionnels toujours plus nombreux*, 895, Paris : Drees, p. 6.
- ROSEMAN, Sophia (2010), « Les pratiques de prescription des médecins généralistes. Une étude sociologique comparative entre la France et les Pays-Bas », dans : *Singuliers généralistes : sociologie de la médecine générale*, Presses de l'École des hautes études en santé publique, Rennes, pp. 117–133.
- SAGUY, Abigail C. (2012), *What's Wrong with Fat ?*, Oxford University Press, Oxford.

- SAGUY, Abigail C. et Rene ALMELING (2008), « Fat in the Fire? Science, the News Media, and the “Obesity Epidemic” », dans : *Sociological Forum*, t. 23, Wiley Online Library, pp. 53–83.
- SCHNAPPER, Dominique (1981), *L'Épreuve du chômage*, Gallimard, Paris.
- SERRE, Delphine (2010), « Les assistantes sociales face à leur mandat de surveillance des familles. Des professionnelles divisées. », *Deviance et Societe*, vol. 34, n° 2, pp. 149–162.
- (2012), « Travail social et rapport aux familles : les effets combinés et non convergents du genre et de la classe », *Nouvelles Questions Feministes*, vol. Vol. 31, n° 2, pp. 49–64.
- SICART, DANIEL (2010), *Les Professions de Santé Au 1er Janvier 2010*, séries statistiques 144, Paris : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques ,DREES, p. 89.
- SICART, Daniel (2011), *Les Professions de Santé Au 1er Janvier 2011*, séries statistiques 158, Paris : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques ,DREES, p. 90.
- SIMMEL, Georg et Julien FREUND (1981), *Sociologie et épistémologie*, trad. par Liliane GASPARINI, PUF, Paris.
- SIMPSON, Ralph (2009), *Men in Caring Occupations : Doing Gender Differently*, Palgrave Macmillan, Basingstoke.
- SMITH, Adam (1995), *Enquête sur la nature et les causes de la richesse des nations*, 4 t., Presses Universitaires de France, Paris.
- STEINER, Philippe (2011), *La sociologie économique*, La Découverte, Paris.
- STRAUSS, Anselm Leonard (1992), *La trame de la négociation : sociologie qualitative et interactionnisme*, sous la dir. Isabelle BASZANGER, l'Harmattan, Paris.
- SULLEROT, Evelyne (1963), *La presse féminine*, Armand Colin, Paris.
- THOMAS, William Isaac et Florian ZNANIECKI (1958), *The Polish Peasant in Europe and America*, 2 t., Dover Publications, New York.
- TRAYNARD, PIERRE-YVES et Rémi GAGNAYRE (2013), *Education thérapeutique du patient en ville et sur le territoire*, Maloine, Paris.
- WEBER, Max (1964), *L'éthique protestante et l'esprit du capitalisme : suivi d'un autre essai*, trad. par Jacques CHAVY, Plon, Paris.

- WEBER, Max (1995), *Économie et société. 1, Les catégories de la sociologie*, sous la dir. Jacques CHAVY et Éric de DAMPIERRE, trad. par Julien FREUND, Pierre KAMNITZER et Pierre BERTRAND, Pocket, Paris.
- WHYTE, William Foote (1996), *Street corner society : la structure sociale d'un quartier italo-américain*, La Découverte, Paris.

Table des matières

Remerciements	3
Résumé	5
Abstract	6
Sommaire	8
Table des sigles	10
Introduction	11
1 Étudier la relation diététique	37
1 Comment saisir la relation diététique?	37
1.1 Où placer la focale?	37
1.2 Méthode d'enquête	38
1.3 Accès aux professionnels et aux patients	40
1.3.1 Recrutement des enquêtés	40
1.3.2 Déroulement des observations	42
1.4 Éléments statistiques	47
1.5 Traitement du matériel empirique	49
2 Être là où l'on ne devrait pas	50
2.1 Intrusion sociologique	51

2.1.1	S'introduire sur le terrain	51
2.1.2	Réactions face à l'intrusion	53
2.1.3	Intrusion masculine	58
2.2	Dépendance envers les enquêtées principales	60
2.2.1	Les entretiens	61
2.2.2	Les consultations	63
2.3	Solliciter l'enquêtée principale	65
3	Conclusion	68
2	Exercer la diététique, s'installer en libéral : entre goût et pragmatisme	69
1	Entrer en diététique. Des trajectoires en ruptures	70
1.1	Des trajectoires en ruptures	71
1.1.1	Des réorientations scolaires	73
1.1.2	Des ruptures professionnelles	75
1.1.3	Des exceptions ?	83
1.2	Pragmatisme et sens	84
1.2.1	Simple intérêt ou pré-disposition, voire passion, pour le do- maine de l'alimentation	86
	Savoirs incorporés, goûts et illusion biographique	87
	<i>Encadré : Rupture et sens. Le cas de Benjamin Lazard</i>	94
1.2.2	Un choix de professionnalisation pragmatique	98
1.3	conclusion	105
2	S'installer en libéral : nécessité, opportunité ou ressources ?	106
2.1	Le libéral : un mode d'exercice relativement dévalorisé	108
2.1.1	Une dévalorisation objective	108
2.1.2	Incertitudes économiques	112
2.1.3	Le travail disqualifié en restauration collective	114
2.2	Rendre raison du choix du libéral	120

2.2.1	Rêve hospitalier inaccessible : quand certains enquêtés font de nécessité vertu	120
2.2.2	Opportunités	126
2.2.3	Ressources subsidiaires	131
	Un capital monétaire initial	132
	Un revenu régulier de rente	134
	Un revenu régulier d'activité	135
2.3	Un inégal rapport à l'avenir	139
2.4	Conclusion	145
3	Logiques marchandes et euphémisation du commerce	147
1	Les diététiciennes et diététiciens : des acteurs du marché diététique	149
1.1	Un objectif de rentabilité économique	150
1.2	Prendre en compte les concurrences	162
1.2.1	s'implanter	162
1.2.2	Gérer	165
	Les contraintes horaires	166
	<i>Deux consultations de Fany Lebois pour comprendre la mise en disponibilité</i>	168
	Fixation des prix	177
1.2.3	optimiser	181
2	Le suivi diététique comme liens d'interdépendances	187
2.1	Choisir son diététicien ou sa diététicienne	187
2.1.1	Un diététicien ou une diététicienne qui s'impose	188
2.1.2	Le choix du suivi diététique	193
2.2	Mesurer la dépendance	197
3	Le suivi diététique comme commerce euphémisé	201
3.1	Stigmatisation et distinction	202

3.1.1	« Ce n'est pas le même métier » « c'est commercial »	203
3.1.2	Le paramédical contre le commercial	205
3.1.3	Le « commercial » comme déviance	208
3.2	risque de disqualification et euphémisation du commerce	209
3.2.1	Le doux commerce : un travail d'euphémisation du commerce	210
	<i>Mettre sur l'ardoise : l'euphémisation du paiement</i>	214
3.2.2	Les patientes et patients dans l'euphémisation	216
3.2.3	Ce qui doit rester caché... au regard extérieur	219
	<i>Quand le paiement est « hors cadre »</i>	219
4	Conclusion	221
4	Changer les habitudes des patientes et patients : instruire ou accompagner	223
1	Spécificités de la prise en charge de patientes et patients sains	224
1.1	Commercialisation et formation : la spécificité du libéral fait débat	224
1.2	Des débats concernant les patientes et patients sains	228
2	Pratiques instructives	233
2.1	L'équilibre alimentaire comme fondement scientifique de la diététique	234
2.2	De l'équilibre alimentaire à la ration équilibrée	237
2.2.1	L'éducation nutritionnelle au cœur du métier de diététicienne ou diététicien libéral	239
2.2.2	Un usage plus différencié et critique de l'éducation nutrition- nelle	242
	<i>Une éducation nutritionnelle circonstanciée</i>	245
	<i>Une séance d'éducation nutritionnelle</i>	248
2.2.3	L'éducation nutritionnelle du point de vue des patientes et patients	253
3	Pratiques comportementales	255
3.1	Un cas introductif	256

3.2	La « dimension psychologique » du métier de diététicienne ou diététicien en libéral	258
3.3	Travailler sur le comportement et accompagner plutôt que convaincre	262
3.3.1	Diffusion des pratiques du G.R.O.S.	266
3.3.2	Une approche comportementale critique du G.R.O.S. : Arthur Malère	270
4	Conclusion	273
5	Pourquoi les régimes ne font-ils plus recette ?	277
1	Les patientes et patients s'attendent à être mis à la diète tandis que les diététiciennes et diététiciens s'y refusent	279
1.1	Les patientes et patients s'attendent à être mis au régime et le redoutent	279
	Alyssa Ravelli	280
	Gisèle Pommier	281
	Sophie Bricou	283
1.2	Les diététiciennes « ne [font] pas de régime »...	285
1.3	... et ont une conception souple de la dépense énergétique	291
	<i>La conception souple de la dépense énergétique présentée en consultation</i>	<i>294</i>
2	La pratique du régime amaigrissant	297
2.1	Les régimes amaigrissants comme pratiques répandue	297
2.1.1	Être mince : une préoccupation fréquente, plus sensible chez les femmes	298
2.1.2	Être au régime : une situation fréquente chez les femmes	301
2.1.3	Une pratique des femmes populaires	302
2.2	Une pratique connue et pratiquée par les patientes et les patients	304
2.2.1	L'expérience des régimes des patientes en milieu rural	306
2.2.2	L'expérience des régimes des patientes de la région parisienne	314

3	Stigmatisation et délégitimation professionnelle de la pratique du régime . . .	318
3.1	Une croisade morale	318
3.1.1	Institutionnelle	319
3.1.2	Professionnelle	325
3.2	La délégitimation professionnelle d'une pratique	329
3.2.1	Un discours légitime...	329
3.2.2	... qui délégitimise une pratique professionnelle	330
3.3	Des personnes qui consultent également sensibles à la stigmatisation de la pratique d'un régime	336
	<i>« Faire attention » au quotidien</i>	340
4	Le régime ne fait plus recette	345
4.1	Distinction du commun	346
4.1.1	Une pratique médiatisée, diffusée...	346
4.1.2	... qui ne présente aucune plus-value	347
4.2	Se distinguer des concurrents	349
4.3	Profits de distinction et stigmatisme	351
6	Faire maigrir : les limites sociales à la naturalisation de la contrainte	355
1	Maigrir. La balance comme « juge de paix »	356
1.1	Attentes conjointes de résultats chiffrés	356
1.1.1	Une obligation de résultats	357
1.1.2	La balance « juge de paix »	359
	<i>La pesée</i>	361
1.1.3	La pesée comme moment critique	367
1.2	Interpréter la parole du juge	373
1.2.1	Interpréter, c'est incriminer	373
1.2.2	Interpréter, c'est accréditer	381
2	Le « bien maigrir ». Incorporer et naturaliser la contrainte énergétique	387

2.1	L'auto-régulation physiologique	388
2.1.1	La méthode du G.R.O.S.	388
2.1.2	Une méthode socialement située	394
2.2	Une méthode séduisante	396
2.2.1	Popularité	396
2.2.2	L'autonomie	399
2.2.3	Simplicité du principe	404
2.3	Mise en pratique	405
2.3.1	Une compétence apprise	407
	<i>S'exercer pour apprendre</i>	407
2.3.2	Une compétence pré-requise	415
2.4	Les résistances ou limites sociales à la naturalisation de la contrainte	421
3	Faire avec sa patientèle	427
3.1	Le réalisme comme impératif	427
3.2	Faire sa patientèle	430
3.3	Flexibilité	433
3.3.1	La flexibilité comme nécessité	434
3.3.2	Renoncer à l'idéal	440
3.4	Bricolage	444
3.4.1	Un suivi standardisé hétéroclite	445
3.4.2	... adapté à une patientèle homogène et de classes supérieures	450
4	Conclusion	452
	Conclusion	455
	Bibliographie	460
	Table des matières	468

1	Présentation	476
2	Tableaux présentant les diététiciennes et diététiciens interrogés.	476
3	Tableaux présentant les patientes et les patients interrogés et les consultations observées.	487
	Annexes	476

Annexes

1 Présentation

Les annexes présentent sous la forme de tableaux les enquêtés interviewés ou observés lors de consultations. Ils ont ainsi été construits à partir de mes données d'enquête. Les noms utilisés pour nommer les enquêtés sont anonymisés. Les personnes disposant d'un tel prénom et éventuellement d'un nom sont toutes désignées sous cette identité au sein de la thèse. Les patientes et le patient ne disposant que d'un prénom sont ceux qui ont été observés au cours d'une ou de deux consultations sans avoir été pour autant interviewés. A l'inverse, les personnes désignées par un prénom et un nom ont toutes été rencontrées en entretien, et parfois également lors d'observations de consultations.

2 Tableaux présentant les diététiciennes et diététiciens interrogés.

TABLE 1 – Tableau de présentation de Marine Murier. Tableau réalisé par Etienne Bard.

Nom, prénom, date entretien, âge	Marine Murier, 12/11/2016, 29 ans.
Lieu exercice	Paris.
Situation conjugale	NR
Enfants	pas d'enfant.
Lieu de naissance	Paris.
profession parents	consultants en libéral.
études générales	Bac ES en 2005 puis Master de droit.
études diététiques	BTS par le CNED en deux ans entre 25 et 27 ans.
Formations continues	Des formations avec l'AFDN. Suit également un DU sur l'hypnose.
Vie professionnelle avant la diététique	Non.
Année d'installation	2014
Nombre de patients par semaine	une quinzaine.
Caractéristiques de la patientèle	Patients aisés, plutôt jeunes (beaucoup ont moins de 35 ans), essentiellement pour maigrir ainsi que quelques végétariens.
tarif consultations	60 euros (première consultation ou de suivi).
activités annexes	Donne des formations dans des écoles notamment et est rédactrice dans un magazine en ligne destinée à l'alimentation des séniors.
Membre de réseaux professionnels	Non.

TABLE 2 – Tableau de présentation de Florine Hervet. Tableau réalisé par Etienne Bard.

Nom, prénom, date entretien, âge	Florine Hervet, 16/11/2016, environ 25 ans.
Lieu exercice	Grande couronne parisienne.
Situation conjugale	conjoint.
Profession conjoint	Pompier professionnel.
Enfants	pas d'enfant.
Lieu de naissance	Banlieue parisienne.
profession parents	Mère directrice d'école primaire.
études générales	Bac technologique (STG) puis différents revirements avant d'entamer un BTS de diététique.
études diététiques	BTS par le CNED en trois ans, diplômée en 2014.
Formations continues	Non
Vie professionnelle avant la diététique	Assistante commerciale durant un an.
Année d'installation	Mai 2015.
Nombre de patients par semaine	Environ 5.
Caractéristiques de la patientèle	Patients plutôt aisés, quelques employés et étudiants mais qui ne viennent que pour quelques séances. Des végétariens aussi.
tarif consultations	70 la première, 60 les suivantes si au domicile des patients. Sinon par skype 50 puis 40 euros.
activités annexes	Professeur contractuelle en lycée professionnel.
Membre de réseaux professionnels	Non.

TABLE 3 – Tableau de présentation de Marie Le Roux. Tableau réalisé par Etienne Bard.

Nom, prénom, date entretien, âge	Marie Le Roux, 21/11/2016, 42 ans.
Lieu exercice	Paris.
Situation conjugale	Mariée.
Profession conjoint	Médecin généraliste à Paris.
Enfants	Deux enfants âgés de 5 et 6 ans.
Lieu de naissance	Elle est née, a grandi et a fait ses études à Paris.
profession parents	Deux parents avocats à Paris.
études générales	Master de droit à Paris II.
études diététiques	BTS à Icoges entre 2006 et 2008.
Formations continues	NR
Vie professionnelle avant la diététique	A travaillé pendant 6 ans en tant qu'avocate dans un grand cabinet.
Année d'installation	2009
Nombre de patients par semaine	Environ 20 par semaine.
Caractéristiques de la patientèle	Plutôt des personnes aisées.
tarif consultations	Un bilan en 2 séances pour 130 euros puis 60 euros par séance.
activités annexes	A enseigné à Icoges et propose du coaching pour les courses.
Membre de réseaux professionnels	Paris-diabète, Repop et l'AFA. Île-de-France.

TABLE 4 – Tableau de présentation de Sylvie Maurice. Tableau réalisé par Etienne Bard.

Nom, prénom, date entretien, âge	Sylvie Maurice, 23/11/2016, environ 50 ans.
Lieu exercice	Paris.
Situation conjugale	Conjoint.
Profession conjoint	NR
Enfants	Deux enfants.
Lieu de naissance	Banlieue parisienne.
profession parents	Mère employée dans un bureau d'études.
études générales	École franco-allemande de commerce.
études diététiques	BTS par le CNED un an puis deux ans à Icoges. diplômée en 2006.
Formations continues	Des DU et des formations sur l'entretien motivationnel, <i>etc.</i>
Vie professionnelle avant la diététique	Environ 20 ans dans la communication, en entreprises.
Année d'installation	2011 après avoir « allié nutrition et communication » pendant 5 ans.
Nombre de patients par semaine	20 à 25 par semaine.
Caractéristiques de la patientèle	Pas d'étudiants, beaucoup de jeunes mamans ou des femmes de plus de 50 ans. Diversité sociale grâce aux réseaux.
tarif consultations	70 euros pour la première consultation, 50 ensuite.
activités annexes	Anime des ateliers en entreprises ou pour des associations. Ce sont des « clients ».
Membre de réseaux professionnels	Paris-diabète et Repop Île-de-France.

TABLE 5 – Tableau de présentation d’Anaïs Dupont. Tableau réalisé par Etienne Bard.

Nom, prénom, date entretien, âge	Anaïs Dupont, 30/11/2016 et 8/12/2016, 37 ans.
Lieu exercice	Paris.
Situation conjugale	Mariée.
Profession conjoint	NR
Enfants	Deux enfants âgés de 2 et 4 ans.
Lieu de naissance	Nord de l’Auvergne.
profession parents	Père ouvrier et mère secrétaire.
études générales	Bac S en 1997.
études diététiques	BTS diététique à Vichy puis reprise d’études en alternance pendant 2 ans pour être formée aux visites médicales.
Formations continues	DU en médecine et santé de l’adolescent et la formation du G.R.O.S.
Vie professionnelle avant la diététique	Visiteuse médicale durant 5 ans dans l’Allier.
Année d’installation	2006 à Paris dans un studio puis dans un espace de « co-working »
Nombre de patients par semaine	entre 12 et 14 par semaine si 2 jours, 20 si elle reçoit le samedi.
Caractéristiques de la patientèle	Exclusivement des jeunes anorexiques ou boulimiques.
tarif consultations	55 euros pour une consultation d’une heure.
activités annexes	Vacataire pour une association 2 fois par semaine, où elle anime des ateliers de parole collectifs autour des TCA. Et elle préside l’ADL.
Membre de réseaux professionnels	Elle est membre du réseau « ville-hôpital ».

TABLE 6 – Tableau de présentation d’Ana Mougin. Tableau réalisé par Etienne Bard.

Nom, prénom, date entretien, âge	Ana Mougin, 6/12/2016, 29 ans.
Lieu exercice	Petite couronne parisienne.
Situation conjugale	Un conjoint.
Profession conjoint	Ingénieur
Enfants	Pas d’enfant.
Lieu de naissance	Banlieue parisienne.
profession parents	Mère chirurgien dentiste et père technicien des espaces verts.
études générales	Bac S puis deux ans de BTS chimie.
études diététiques	En 2012, 25 ans, BTS à Progress Santé, une école privée, en 2 ans.
Formations continues	Une formation de 40h à l’éducation thérapeutique du patient.
Vie professionnelle avant la diététique	2 ans et demi comme technicienne de laboratoire dans le nucléaire.
Année d’installation	Diplômée en novembre 2014 elle s’installe début 2015 en libéral.
Nombre de patients par semaine	Elle reçoit environ 5 patients par semaine.
Caractéristiques de la patientèle	Plus hétérogène en petite couronne que dans le centre de Paris.
tarif consultations	60 euros la première, 40 ensuite.
activités annexes	Des cours de cuisine au domicile des patients ou coaching de courses.
Membre de réseaux professionnels	Est au CA régional d’un réseau de prévention de l’obésité pédiatrique. Elle est également membre de RéPOP, Paris-Diabète et Rénif.

TABLE 7 – Tableau de présentation d'Adeline Gastaldi. Tableau réalisé par Etienne Bard.

Nom, prénom, date entretien, âge	Adeline Gastaldi, 7/12/2016, 33 ans.
Lieu exercice	Paris.
Situation conjugale	Devait se marier en août 2017.
Profession conjoint	Ingénieur en bâtiment.
Enfants	Pas d'enfant.
Lieu de naissance	A toujours vécu dans un arrondissement central à Paris.
profession parents	Mère psychanalyste et père architecte, tous deux en libéral. Le compagnon de sa mère (divorcée) est psychiatre.
études générales	Histoire de l'art à Paris 1, puis école de Comdé, sans succès.
études diététiques	BTS en alternance avec gestion patrimoine familiale (2010-2014).
Formations continues	Non.
Vie professionnelle avant la diététique	2 ans de stage galerie d'art. Salariée mi-temps de la SI familiale.
Année d'installation	Février 2016.
Nombre de patients par semaine	Elle ne reçoit qu'environ 5 patients par mois.
Caractéristiques de la patientèle	Un homme (sportif) et des femmes. « classes moyennes supérieures ».
tarif consultations	60 euros la première, 50 ensuite.
activités annexes	Gestion immobilière mais veut « laisser la main » d'ici deux ans.
Membre de réseaux professionnels	Non.

TABLE 8 – Tableau de présentation de Diana Pardieu. Tableau réalisé par Etienne Bard.

Nom, prénom, date entretien, âge	Diana Pardieu, 12/12/2016, 41 ans.
Lieu exercice	Paris et petite couronne.
Situation conjugale	Mariée.
Profession conjoint	Grossiste en légumes frais à Rungis.
Enfants	Pas d'enfant.
Lieu de naissance	Paris
profession parents	Mère accueil dans un hôtel, père éclairagiste intermittent du spectacle.
études générales	Bac D en 1993 puis maîtrise de bio-chimie à Paris.
études diététiques	BTS en 2 ans au Lycée Rabelais (Paris), diplômée en 1999.
Formations continues	Beaucoup, ex : un DU « obésité et métabolisme » à Paris 13 en 2015.
Vie professionnelle avant la diététique	A travaillé 2 ans dans une start-up alimentaire.
Année d'installation	2001 à Paris puis 2014 second cabinet à Villejuif où elle réside.
Nombre de patients par semaine	En moyenne 60 par mois à Paris, 30 à Villejuif.
Caractéristiques de la patientèle	Assez similaires dans les deux cabinets.
tarif consultations	70 euros la première, 55 ensuite, 10 de moins si précaire.
activités annexes	A fait quelques ateliers cuisine dans des épiceries sociales
Membre de réseaux professionnels	Paris-Diabète et « Rés-Diab » dans le Val-de-Marne.

TABLE 9 – Tableau de présentation d’Audrey Vernier. Tableau réalisé par Etienne Bard.

Nom, prénom, date entretien, âge	Audrey Vernier, 23/03/2017, 41 ans.
Lieu exercice	Paris et ville populaire limitrophe.
Situation conjugale	Mariée.
Profession conjoint	NR
Enfants	Une fille de trois ans et demi.
Lieu de naissance	Algérie jusqu’à l’obtention de son bac à 16 ans.
profession parents	Fonctionnaires administratifs en Algérie.
études générales	Deux fois la première année de médecine à Paris V, puis maîtrise de biologie à Paris VI et DESS d’informatique en 1999, puis entre 2003 et 2005 cours du soir en Master à l’ESSEC.
études diététiques	CNED entre 2014 et 2015 puis IUT (2015-2016) à Paris XII Créteil.
Formations continues	NR
Vie professionnelle avant la diététique	Salariée dans l’informatique dans une entreprise de conseil qui propose un éditeur de paie, de 1999 à 2005. Reconversion en 2005 dans le conseil en management, comme salariée, jusqu’à un « burn out » en 2014.
Année d’installation	2016 à Paris puis aussi dans une commune populaire limitrophe.
Nombre de patients par semaine	Entre 10 et 20.
Caractéristiques de la patientèle	Plutôt « de confort » à Paris vs « vraie souffrance » en banlieue.
tarif consultations	65 à Paris, 55 dans la commune populaire.
activités annexes	A de rares occasions, des ateliers pour des entreprises. Ex : atelier sur les vertus et limites des jus de légume.
Membre de réseaux professionnels	NR

TABLE 10 – Tableau de présentation de Marion Delangre. Tableau réalisé par Etienne Bard.

Nom, prénom, date entretien, âge	Marion Delangre, 31/03/2017, 30 ans.
Lieu exercice	Ville populaire et aisée en petite couronne parisienne.
Situation conjugale	Mariée.
Profession conjoint	Fonctionnaire, probablement de police ou militaire.
Enfants	Pas d’enfant.
Lieu de naissance	Ville aisée dans la banlieue de Lyon.
profession parents	Père informaticien et mère cadre dans l’immobilier.
études générales	bac STL génie biologique option bio-chimie à Lyon.
études diététiques	DUT à Université de Lyon I (2004 – 2006).
Formations continues	DU « nutrition du sport » à Paris VI en 2015.
Vie professionnelle avant la diététique	Travaille 2 ans dans la réinsertion de malades, puis 4 mois comme vendeuse, puis 6 comme assistante diététicienne dans une entreprise de restauration collective.
Année d’installation	En 2010 vers Lyon puis début 2016 en banlieue parisienne.
Nombre de patients par semaine	Environ 20.
Caractéristiques de la patientèle	Surtout des classes supérieures et des professions médicales.
tarif consultations	50 pour la première, 40 pour les suivis.
activités annexes	Un mi-temps salarié à Montreuil dans un SSR pédiatrique.
Membre de réseaux professionnels	ONCO 94. A Lyon elle était à RéPOP et DIALOGS.

TABLE 11 – Tableau de présentation de Benjamin Lazard. Tableau réalisé par Etienne Bard.

Nom, prénom, date entretien, âge	Benjamin Lazard, 07/04/2017, 45 ans.
Lieu exercice	Paris et ville populaire limitrophe.
Situation conjugale	Une conjointe ou un conjoint.
Profession conjoint	NR
Enfants	Pas d'enfant.
Lieu de naissance	Aubervilliers.
profession parents	Mère au foyer, père travaille dans le tourisme (voyages organisés, <i>etc</i>).
études générales	3 années de droit (dont redoublement 1ère année) à Paris V entre 1990 et 1993, puis entre dans la banque par cooptation familiale.
études diététiques	CNED et cours particuliers. Réussit en trois ans.
Formations continues	Un DU à Paris 13 et une formation à l'ETP.
Vie professionnelle avant la diététique	17 ans dans la banque de 1993 à 2010 en région parisienne puis à Paris.
Année d'installation	1er avril 2014 en petite couronne. Reçoit aussi à son domicile à Paris.
Nombre de patients par semaine	Très variable, entre 3 et 20.
Caractéristiques de la patientèle	50% d'hommes, 90% pour perdre du poids.
tarif consultations	60 ou 50 à Paris, 50 ou 35 dans la commune populaire.
activités annexes	De l'éducation thérapeutique du patient pour Dianéphra.
Membre de réseaux professionnels	Dianéphra.

TABLE 12 – Tableau de présentation de Cassandra Rosset. Tableau réalisé par Etienne Bard.

Nom, prénom, date entretien, âge	Cassandra Rosset, 13/04/2017, 30 ans.
Lieu exercice	Tignieu, petite ville dans un département rural proche de Lyon.
Situation conjugale	Conjoint.
Profession conjoint	Chef d'une petite entreprise de traitement de l'air.
Enfants	Pas d'enfant.
Lieu de naissance	Née à Lyon mais a grandi à Tignieu.
profession parents	Père ouvrier dans l'industrie chimique, rêvait d'être pharmacien. Son frère et sa belle-sœur sont médecins.
études générales	Licence LEA à Lyon, puis CAP et bac pro esthéticienne.
études diététiques	Deux années par le CNED de 2011 à 2013.
Formations continues	Elle suit beaucoup de formations proposées par Arthur Malère.
Vie professionnelle avant la diététique	Esthéticienne puis gérante du cabinet d'esthétique d'une amie. Elle a été salariée d'une pharmacie et a fait de nombreux remplacements à l'hôpital avant de s'installer en 2016.
Année d'installation	En septembre 2016 pour l'ouverture de la maison de santé de Tignieu.
Nombre de patients par semaine	Un douzaine.
Caractéristiques de la patientèle	95% de femmes, très hétérogène socialement (ex : patientes CMU).
tarif consultations	40 pour la première, 30 pour les suivantes.
activités annexes	Ateliers dans des maisons de retraites et des lycées.
Membre de réseaux professionnels	NR.

TABLE 13 – Tableau de présentation de Josiane Couloud. Tableau réalisé par Etienne Bard.

Nom, prénom, date entretien, âge	Josiane Couloud, 21/04/2017, 66 ans.
Lieu exercice	Paris.
Situation conjugale	Divorcée.
Profession conjoint	Magistrat.
Enfants	NR.
Lieu de naissance	Lorraine.
profession parents	NR.
études générales	2 ans d'études d'infirmière puis une 1ère année de médecine à Neker.
études diététiques	BTS en deux ans dans un lycée public à Paris.
Formations continues	Un DU communication et des formations payées par sa clinique.
Vie professionnelle avant la diététique	Un peu infirmière, puis longue carrière dans une clinique, service dialyse.
Année d'installation	2010 en tant qu'auto-entrepreneur.
Nombre de patients par semaine	Elle ne suit que deux patientes.
Caractéristiques de la patientèle	Insuffisants rénaux à la clinique. En libéral : pour maigrir.
tarif consultations	Entre 50 et 60 la première, puis « en général c'est 30 ».
activités annexes	Retraitée.
Membre de réseaux professionnels	Rénif.

TABLE 14 – Tableau de présentation d'Arthur Malère. Tableau réalisé par Etienne Bard.

Nom, prénom, date entretien, âge	Arthur Malère, 15/05/2017, environ 35 ans.
Lieu exercice	Petite ville proche de Lyon.
Situation conjugale	NR
Profession conjoint	NR
Enfants	NR
Lieu de naissance	NR
profession parents	NR
études générales	NR
études diététiques	NR
Formations continues	Il propose et gère lui-même ses formations, et il intervient dans un DU de psychologie du comportement alimentaire à Dijon.
Vie professionnelle avant la diététique	NR
Année d'installation	Vers 2007
Nombre de patients par semaine	Plus de 40 par semaine.
Caractéristiques de la patientèle	30% d'hommes, 70% perte de poids, 20% pathologies et 10% sportifs.
tarif consultations	50 la première consultation, 40 les suivantes, pour 20 minutes.
activités annexes	Il donne des formations payantes.
Membre de réseaux professionnels	NR.

TABLE 15 – Tableau de présentation de Laure Blana. Tableau réalisé par Etienne Bard.

Nom, prénom, date entretien, âge	Laure Blana, 15/06/2017, 48 ans.
Lieu exercice	Paris.
Situation conjugale	Mariée.
Profession conjoint	Dans l'architecture informatique, un métier international.
Enfants	Deux enfants.
Lieu de naissance	Paris
profession parents	Mère assistante maternelle, père électricien puis vendeur de mobilier.
études générales	Bac C à Paris puis deux fois une 1ère année de médecine à Paris.
études diététiques	IUT de Créteil en deux ans. Diplômée vers 1988.
Formations continues	NR
Vie professionnelle avant la diététique	A travaillé dans une clinique puis pour une entreprise privée.
Année d'installation	En janvier 1996, à Paris.
Nombre de patients par semaine	Planning des consultations plein deux à trois mois à l'avance.
Caractéristiques de la patientèle	60% de femmes, tout âge, des diabétiques par le réseau, sinon maigrir.
tarif consultations	70 euros pour une heure.
activités annexes	ETP pour le réseau et ateliers, en entreprises notamment.
Membre de réseaux professionnels	Paris-diabète qui finance des consultations.

TABLE 16 – Tableau de présentation de Katia Valey. Tableau réalisé par Etienne Bard.

Nom, prénom, date entretien, âge	Katia Valey, 19/06/2017, environ 50 ans.
Lieu exercice	Grande couronne, ville aisée pavillonnaire. Elle reçoit à son domicile.
Situation conjugale	NR
Profession conjoint	NR
Enfants	NR
Lieu de naissance	NR
profession parents	NR
études générales	NR
études diététiques	BTS au lycée Rabelais à Paris.
Formations continues	Elle est formatrice du G.R.O.S.. Licence de psychologie et des DU.
Vie professionnelle avant la diététique	Carrière à l'hôpital dans un service traitant des patients anorexiques.
Année d'installation	NR
Nombre de patients par semaine	NR
Caractéristiques de la patientèle	NR
tarif consultations	NR
activités annexes	Intervient dans un DU à Dijon et aux formations du G.R.O.S..
Membre de réseaux professionnels	Vice-Présidente du G.R.O.S. de 2008 à 2014.

TABLE 17 – Tableau de présentation de Pauline Malon. Tableau réalisé par Etienne Bard.

Nom, prénom, date entretien, âge	Pauline Malon, 19/07/2017, 34 ans.
Lieu exercice	Mélieu dans un département rural de la région lyonnaise.
Situation conjugale	Mariée.
Profession conjoint	Kinésithérapeute dans le centre où travaille Pauline Malon.
Enfants	Deux enfants de 2 et 4 ans.
Lieu de naissance	Dans le Nord.
profession parents	Mère employée de bureau, père professeur de dessin technique en LEP.
études générales	Bac S. Bonne élève mais voulait faire des études courtes de biologie.
études diététiques	IUT de Lille, diplômée en deux ans en 2003.
Formations continues	Formation du G.R.O.S. et des formations d'Arthur Malère.
Vie professionnelle avant la diététique	S'installe directement en libéral en milieu rural vers Lyon, d'abord auprès d'un médecin généraliste à la préfecture du département puis avec une collègue psychologue puis à Mélieu.
Année d'installation	2004. A Mélieu depuis 2008.
Nombre de patients par semaine	Environ 25.
Caractéristiques de la patientèle	85% de femmes selon elle. Grande hétérogénéité sociale.
tarif consultations	55 la première (qui dure entre 1h et 1h30) puis 35 ensuite.
activités annexes	Ateliers dans des écoles et maisons de retraites notamment.
Membre de réseaux professionnels	Membre du G.R.O.S.

TABLE 18 – Tableau de présentation de Sara Perrier. Tableau réalisé par Etienne Bard.

Nom, prénom, date entretien, âge	Sara Perrier, 27/07/2017, 38 ans.
Lieu exercice	Commune aisée de la grande couronne parisienne.
Situation conjugale	Célibataire.
Enfants	Pas d'enfant.
Lieu de naissance	NR
profession parents	Mère institutrice, père travaillait à la BNP.
études générales	Bac en 1997 puis échec en première année de médecine.
études diététiques	BTS diététique en 3 ans (1998 - 2001)
Formations continues	Hypnose, DU ETP, formation d'Arthur Malère à la matrice ACT.
Vie professionnelle avant la diététique	A travaillé dans un cabinet esthétique avant opportunité d'installation.
Année d'installation	En 2003 à Paris, puis en 2007 dans son cabinet actuel.
Nombre de patients par semaine	Environ 15.
Caractéristiques de la patientèle	Un petit peu plus populaire en grande couronne.
tarif consultations	55 la première, pou 1h, puis 35 ensuite pour 1/2h.
activités annexes	Ateliers pour des associations et une école le jeudi midi.
Membre de réseaux professionnels	Paris-Diabète et Rénif.

TABLE 19 – Tableau de présentation de Juliette Poudale. Tableau réalisé par Etienne Bard.

Nom, prénom, date entretien, âge	Juliette Poudale, 30/10/2017, 43 ans.
Lieu exercice	Département rural vers Lyon, dans une maison de santé.
Situation conjugale	Mariée.
Profession conjoint	Technico-commercial.
Enfants	Deux enfants.
Lieu de naissance	Vers Toulouse.
profession parents	Ouvriers tous les deux.
études générales	BTS d'analyse biologique, puis stage à l'INRA à Dijon.
études diététiques	BTS par le CNED entre 2004 et 2007 durant un congé parental.
Formations continues	NR
Vie professionnelle avant la diététique	Industrie agro-alimentaire : laborantine en microbiologie.
Année d'installation	En janvier 2008.
Nombre de patients par semaine	Entre 55 et 60 par semaine.
Caractéristiques de la patientèle	Hétérogène.
tarif consultations	44 les deux premières, puis 28 les suivantes.
activités annexes	Remplacements à l'hôpital aux débuts.
Membre de réseaux professionnels	Non.

TABLE 20 – Tableau de présentation de Fany Lebois. Tableau réalisé par Etienne Bard.

Nom, prénom, date entretien, âge	Fany Lebois, 11/01/2018, 41 ans.
Lieu exercice	Paris.
Situation conjugale	Mariée.
Profession conjoint	Commercial dans le secteur automobile.
Enfants	Trois enfants.
Lieu de naissance	Dans le Nord.
profession parents	NR
études générales	Bac dans le Nord puis prépa économique et commerciale à Versailles.
études diététiques	École parisienne spécialisée dans la reconversion. BTS en 2 ans, obtenu en 2011, pendant un congé parental.
Formations continues	DU pour les troubles du comportement alimentaire.
Vie professionnelle avant la diététique	Cadre, responsable de négociations dans une grande entreprise de l'agro-alimentaire.
Année d'installation	2012 en petite couronne puis 2017 à Paris.
Nombre de patients par semaine	15 à 20 par semaine.
Caractéristiques de la patientèle	85% de femmes, pour perdre du poids, personnes plutôt aisées.
tarif consultations	70€ la première puis 50 les suivantes, pour 3/4h.
activités annexes	Ateliers pour entreprises, de temps en temps. Et écrit un livre.
Membre de réseaux professionnels	Rénif, Paris-Diabète et RéPOP.

3 Tableaux présentant les patientes et les patients interrogés et les consultations observées.

TABLE 21 – Tableau de présentation d’Amandine Morin. Tableau réalisé par Etienne Bard.

Nom, prénom, date entretien, âge	Amandine Morin, 4/01/2017, 44 ans.
Suivie par	Pauline Malon
Prise de contact	Observation d’une consultation et par l’intermédiaire de Pauline Malon.
Études	IUT carrières juridiques, échec aux concours de la magistrature. Un an d’administration publique générale à l’Université d’Amien.
Métier	Armée de l’air jusqu’à une reprise d’études en septembre 2016.
Lieu de naissance	Picardie.
profession parents	Ouvriers tous les deux.
Situation conjugale	Célibataire.
Enfants	Pas d’enfant.
Motif du suivi	Perte de poids.
Prix et fréquence consultations	30 euros, environ une fois par mois.
Une consultation observée ?	Oui.
Durée du suivi	3 ans (depuis décembre 2013).

TABLE 22 – Tableau de présentation d’Alyssa Ravelli. Tableau réalisé par Etienne Bard.

Nom, prénom, date entretien, âge	Alyssa Ravelli, 16/05/2017, 28 ans.
Suivie par	Pauline Malon
Prise de contact	Pauline Malon lui a donnée mon mail et elle m’a ainsi contacté.
Études	Elle a effectué des études professionnelles courtes, BEP vendeuse. Elle a commencé à travailler, en alternance, à l’âge de 18 ans. Elle reste habiter chez ses parents, vers Mélieu, jusqu’à l’âge de 24 ans.
Métier	Vendeuse une chaîne française d’ameublement à Mélieu.
Lieu de naissance	Dans le département rural de Mélieu.
profession parents	Père imprimeur et mère secrétaire de direction.
Situation conjugale	Elle vient d’emménager avec son compagnon dans un village à proximité.
Profession du conjoint	Livreur chez Chronopost depuis le 1er novembre 2017
Enfants	Pas d’enfant.
Motif du suivi	Mincir et maîtriser son poids.
Prix et fréquence consultations	30 euros, tous les 15 jours, plutôt tous les mois depuis quelques temps.
Une consultation observée ?	Non.
Durée du suivi	10 ans donc depuis qu’elle a 18 ans.

TABLE 23 – Tableau de présentation de Virginie Arcan. Tableau réalisé par Etienne Bard.

Nom, prénom, date entretien, âge	Virginie Arcan, 01/06/2017, 27 ans.
Suivie par	Cassandra Rosset.
Prise de contact	En direct lors d'une observation de consultation.
Études	Internat au lycée professionnel à Lyon, CAP en apprentissage.
Métier	A été au chômage, puis a travaillé chez McDonald's à temps partiel, aujourd'hui télésecrétaire : standard pour prise de RDV pour plusieurs professionnels (médical, paramédical et juridique).
Lieu de naissance	Châlon-sur-Saône, où habitent toujours ses parents.
profession parents	Parents chauffeurs de poids lourds tous les deux.
Situation conjugale	Un conjoint depuis sept ans.
Profession du conjoint	Marbrier tailleur de pierres
Enfants	Pas d'enfant mais souhaite en avoir bientôt.
Motif du suivi	Suivi post-opératoire (chirurgie bariatrique).
Prix et fréquence consultations	30 euros, tous les deux à trois mois.
Une consultation observée ?	Oui.
Durée du suivi	Depuis décembre 2016, donc un peu moins de six mois.

TABLE 24 – Tableau de présentation de Marie-Laure Jacques. Tableau réalisé par Etienne Bard.

Nom, prénom, date entretien, âge	Marie-Laure Jacques, 21/06/2017, environ 45 ans.
Suivie par	Une chrono-biologiste.
Prise de contact	Une connaissance commune.
Études	Courtes études dans l'audio-visuel.
Métier	NR. Plutôt classes moyennes supérieures.
Lieu de naissance	Paris
profession parents	NR.
Situation conjugale	Mariée.
Profession du conjoint	NR.
Enfants	Deux enfants.
Motif du suivi	Perte de poids pour des raisons esthétiques.
Prix et fréquence consultations	Environ 200 euros par semaine, « ça motive ».
Une consultation observée ?	Non.
Durée du suivi	Depuis environ un mois, auprès d'une spécialiste de chrono-nutrition.

TABLE 25 – Tableau de présentation de Sophie Bricou. Tableau réalisé par Etienne Bard.

Nom, prénom, date entretien, âge	Sophie Bricou, 24/06/2017, 23 ans.
Suivie par	Fany Lebois.
Prise de contact	Observation et mise en relation par Fany Lebois.
Études	Master 2 d'une bonne école de commerce parisienne. Très bonne élève.
Métier	Étudiante et a fait des stages.
Lieu de naissance	Petite couronne parisienne, ville aisée.
profession parents	Père boucher en petite couronne parisienne et mère femme au foyer
Situation conjugale	Célibataire.
Enfants	Pas d'enfant.
Motif du suivi	Orientée par son médecin généraliste en raison d'une crise d'anorexie.
Prix et fréquence consultations	50 euros, environ une fois toutes les six semaines.
Une consultation observée ?	Oui.
Durée du suivi	Cela faisait trois ans au moment de l'entretien.

TABLE 26 – Tableau de présentation de Virginie Arcan. Tableau réalisé par Etienne Bard.

Nom, prénom, date entretien, âge	Simone et Paul Liseron, 10/07/2017, environ 68 (Simone) et 74 ans.
Suivis par	Coralie Pinto, prédécesseur de Pauline Malon.
Prise de contact	Connaissances personnelles.
Études	Inférieures au niveau baccalauréat.
Métier	Paul : ouvrier d'usine à la retraite. Simone : assistante maternelle au conseil général (pour des enfants placés), à la retraite.
Lieu de naissance	Savoie (Simone) et à proximité de Mélieu (Paul).
profession parents	NR
Situation conjugale	Mariés
Enfants	Deux enfants.
Motif du suivi	Perte de poids, orientés par leur médecin traitant.
Prix et fréquence consultations	Prix inconnu, une fois par mois. Prise en charge partielle par leur mutuelle.
Une consultation observée ?	Non.
Durée du suivi	Un an, entre janvier et décembre 2007.

TABLE 27 – Tableau de présentation de Laura Barjou. Tableau réalisé par Etienne Bard.

Nom, prénom, date entretien, âge	Laura Barjou, 21/10/2017, environ 50 ans.
Suivie par	Sara Perrier.
Prise de contact	Mise en relation par Sara Perrier.
Études	Quatre ans de Licence de Lettres à Lille puis BTS édition à Paris.
Métier	Éditrice de livres pour enfants, depuis 27 ans dans la même maison.
Lieu de naissance	En Picardie dans un petit village.
profession parents	Père agriculteur (betterave à sucre) en Picardie et mère avocate.
Situation conjugale	NR
Profession du conjoint	NR
Enfants	Deux enfants adolescents.
Motif du suivi	Perte de poids légère, « pas trente kilos à perdre ».
Prix et fréquence consultations	35 euros, une fois par mois.
Une consultation observée ?	Non.
Durée du suivi	Elle a débuté son suivi trois ans avant l'entretien.

TABLE 28 – Tableau de présentation de Gisèle Pommier. Tableau réalisé par Etienne Bard.

Nom, prénom, date entretien, âge	Gisèle Pommier, 08/12/2017, 75 ans.
Suivie par	Juliette Poudale.
Prise de contact	Mise en relation par Juliette Poudale.
Études	Aurait voulu être infirmière mais ses parents n'avaient pas les moyens. Se marie, puis femme au foyer. Élève son deuxième enfant, handicapée. formation en horticulture à Paris quand sa fille a environ 15 ans. Passe ensuite un concours pour exercer dans le centre de sa fille.
Métier	Femme au foyer, puis femme de ménage dans un centre d'accueil pour enfants handicapés puis professeur d'horticulture dans ce même centre.
Lieu de naissance	Dans la campagne en Saône-et-Loire.
profession parents	Père paysan puis ouvrier, mère au foyer.
Situation conjugale	Mariée. Il a 82 ans.
Profession du conjoint	Ouvrier à la retraite. Il a commencé à travailler à 14 ans.
Enfants	Trois enfants.
Motif du suivi	Perte de poids pour des raisons esthétiques.
Prix et fréquence consultations	44 euros les deux premières, puis 28, une fois par mois.
Une consultation observée ?	Non.
Durée du suivi	Dix mois. Veut poursuivre encore cinq mois, puis 1 à 2 consultations par an.

TABLE 29 – Tableau du RDV d'un enfant avec Pauline Malon. Tableau réalisé par Etienne Bard.

Date et diététicienne	20/12/2016, Pauline Malon.
Patient(e)(s)	Un jeune garçon accompagné de sa mère et de son petit frère.
Âge	Environ 10 ans.
Durée	17mn
Motif du suivi	Suivi du poids, IMC était proche du max de la zone dite « normale ».
profession	Enfant scolarisé, profession des parents inconnue.
Situation dans le suivi	Troisième RDV. Le précédent il y a deux mois.

TABLE 30 – Tableau du RDV d'Amandine Morin avec Pauline Malon. Tableau réalisé par Etienne Bard.

Date et diététicienne	20/12/2016, Pauline Malon.
Patient(e)(s)	Amandine Morin. Elle consulte seule.
Âge	44 ans.
Situation conjugale	Célibataire.
Durée	1h10, enregistrement : les 27 premières minutes.
Motif du suivi	Perte et contrôle de son poids et préoccupations de santé suite à l'accident vasculaire cérébrale de sa sœur.
profession	Militaire puis reprise d'études à Paris depuis septembre 2016.
Situation dans le suivi	Elle est suivie par Pauline Malon depuis décembre 2013.

TABLE 31 – Tableau du RDV de la famille d’Océane avec Pauline Malon. Tableau réalisé par Etienne Bard.

Date et diététicienne	20/12/2016, Pauline Malon.
Patient(e)(s)	Une famille de quatre personnes. RDV pour la fille aînée, Océane, et le père.
Âge	Océane a 5 ans, son père 47. père.
Durée	35mn au total.
Motif du suivi	Perte de poids, contrôle de l’IMC pour l’enfant.
profession	NR. Famille suivie par le Secours Populaire.
Situation dans le suivi	Océane est suivie depuis quelques mois. Le père est suivi depuis 2011, initialement pour la pose d’un anneau gastrique.

TABLE 32 – Tableau du RDV d’une femme avec Pauline Malon, réalisé par Etienne Bard.

Date et diététicienne	20/12/2016, Pauline Malon.
Patient(e)(s)	Une femme.
Âge	51 ans.
Situation conjugale	Elle vit avec son conjoint.
Durée	Environ 40mn.
Motif du suivi	Perdre du poids. Elle a le sentiment que ses efforts ne paient pas. Résultats décevants d’une prise de sang. Taux de glycémie très élevé. Pauline Malon doit relativiser, interpréter le résultat et la « remotiver ».
profession	Il apparaît simplement qu’elle marche « 10 et 12 km par jour au travail ».
Situation dans le suivi	Elle est suivie depuis plusieurs mois au moins.

TABLE 33 – Tableau du RDV de Chantal avec Pauline Malon. Tableau réalisé par Etienne Bard.

Date et diététicienne	20/12/2016, Pauline Malon.
Patient(e)(s)	Chantal.
Âge	Environ 55 ans.
Situation conjugale	Elle vit avec son conjoint.
Durée	25mn.
Motif du suivi	Chantal a observé une très forte restriction en autonomie. Elle a ressenti des maux de tête, des malaises. Pauline Malon l’aide à réintroduire des féculents dans son régime.
profession	NR, probablement classes populaires (ouvrière ou employée).
Situation dans le suivi	Il s’agit de sa seconde consultation.

TABLE 34 – Tableau du RDV de Martine avec Pauline Malon. Tableau réalisé par Etienne Bard.

Date et diététicienne	20/12/2016, Pauline Malon.
Patient(e)(s)	Martine.
Âge	Un peu plus de 50 ans.
Situation conjugale	NR.
Durée	45mn.
Motif du suivi	Perte de poids, mal de dos.
profession	Martine employée dans une crèche municipale.
Situation dans le suivi	Elle est suivie depuis plusieurs mois au moins.

TABLE 35 – Tableau du RDV d’une jeune femme avec Pauline Malon. Tableau réalisé par Etienne Bard.

Date et diététicienne	20/12/2016, Pauline Malon.
Patient(e)(s)	Une femme.
Âge	25 ans.
Situation conjugale	NR.
Durée	20mn.
Motif du suivi	Perte de poids et activité sportive en amateur.
profession	NR. Elle travaille à Mélieu.
Situation dans le suivi	Elle est suivie depuis presque huit ans par Pauline Malon.

TABLE 36 – Tableau du RDV de Jade puis de son père avec Pauline Malon. Tableau réalisé par Etienne Bard.

Date et diététicienne	20/12/2016, Pauline Malon.
Patient(e)(s)	Deux consultations distinctes. La première pour Jade, la seconde pour son père. La sœur aînée (qui lit) et la mère assistent également aux deux consultations.
Âge	Jade a environ 8 ans et son père environ 40 ans.
Durée	Une heure.
Motif du suivi	Perte de poids pour le père, avec l’aide d’une application mobile en parallèle, et baisse de l’IMC pour Jade.
profession	Le père travaille dans le bâtiment.
Situation dans le suivi	Le père est suivi depuis six mois, Jade depuis plus d’un an.

TABLE 37 – Tableau du RDV de Françoise Jacques avec Pauline Malon. Tableau réalisé par Etienne Bard.

Date et diététicienne	22/12/2016, Pauline Malon.
Patient(e)(s)	Françoise Jacques.
Âge	Environ 55 ans.
Situation conjugale	Divorcée. Elle vit avec son fils.
Durée	Une heure et demi.
Motif du suivi	Perdre du poids, cesser les grignotages le soir en rentrant du travail.
profession	Professeur des écoles dans une maternelle.
Situation dans le suivi	Il s’agissait d’un premier rendez-vous.

TABLE 38 – Tableau d’une consultation d’une jeune femme second premier RDV avec Pauline Malon. Tableau réalisé par Etienne Bard.

Date et diététicienne	22/12/2016, Pauline Malon.
Patient(e)(s)	Une femme.
Âge	25 ans.
Situation conjugale	Elle vit avec son conjoint.
Durée	Une heure.
Motif du suivi	Perdre du poids.
profession	Vendeuse.
Situation dans le suivi	Il s’agissait d’un second premier rendez-vous. Elle avait déjà consulté Pauline Malon il y a plusieurs années pour le même motif.

TABLE 39 – Tableau de la consultation d’une femme, opération, avec Pauline Malon. Tableau réalisé par Etienne Bard.

Date et diététicienne	11/04/2017, Pauline Malon.
Patient(e)(s)	Une femme.
Âge	Environ 45 ans.
Situation conjugale	Elle vit avec son conjoint.
Durée	40mn.
Motif du suivi	Perdre du poids et affection de la thyroïde. Elle a subi une opération à l’automne.
profession	NR.
Situation dans le suivi	Elle est suivie depuis plusieurs années.

TABLE 40 – Tableau de la consultation d’une femme ingénieur, avec Pauline Malon. Tableau réalisé par Etienne Bard.

Date et diététicienne	12/04/2017, Pauline Malon.
Patient(e)(s)	Une femme.
Âge	35 ans.
Situation conjugale	Elle vit avec son conjoint.
Durée	Une heure environ.
Motif du suivi	Perdre du poids sur la durée.
profession	Elle est ingénieur. Elle habite Mélieu et travaille à Lyon.
Situation dans le suivi	Il s’agissait d’une première consultation.

TABLE 41 – Tableau des consultations de Jennifer, deux premiers RDV avec Pauline Malon. Tableau réalisé par Etienne Bard.

Date et diététicienne	13/04/2017 et début mai 2017, avec Pauline Malon.
Patient(e)(s)	Une femme.
Âge	29 ans.
Situation conjugale	Elle vit avec son conjoint. Ils n’ont pas d’enfant.
Durée	Un peu plus d’une heure le premier puis environ 45mn le second.
Motif du suivi	Perdre du poids.
profession	Elle est secrétaire dans une entreprise de ferroulage. Elle habite Mélieu et travaille à Lyon où elle se rend en train quotidiennement.
Situation dans le suivi	Il s’agissait d’une première consultation. La seconde consultation a été enregistrée par Pauline Malon qui m’a ensuite fait parvenir l’enregistrement.

TABLE 42 – Tableau de la consultation de Virginie Arcan, avec Cassandra Rosset. Tableau réalisé par Etienne Bard.

Date et diététicienne	19/05/2017, avec Cassandra Rosset à son cabinet.
Patient(e)(s)	Une femme.
Âge	27 ans.
Situation conjugale	Elle vit avec son conjoint à la préfecture du département.
Durée	Environ 55mn.
Motif du suivi	Suivi post-opératoire (chirurgie bariatrique). Il s'agit de contrôler le caractère équilibré de son alimentation et le respect des règles prescrites suite à l'opération comme la quasi prohibition des boissons gazeuses, difficile à supporter pour cette grande consommatrice de coca-cola.
profession	Elle est télésecrétaire pour plusieurs personnes, un chirurgien notamment.
Situation dans le suivi	Elle a débuté le suivi fin décembre. Il s'agit de son troisième RDV.

TABLE 43 – Tableau de la consultation d'Anabelle, avec Fany Lebois. Tableau réalisé par Etienne Bard.

Date et diététicienne	30/05/2017, avec Fany Lebois à son cabinet parisien.
Patient(e)(s)	Une femme.
Âge	Environ 23 ans.
Situation conjugale	NR.
Durée	45mn.
Motif du suivi	Perdre du poids pour des raisons esthétiques (bras trop gros notamment).
profession	Étudiante.
Situation dans le suivi	Elle est suivie depuis plusieurs mois.

TABLE 44 – Tableau de la consultation d'Angèle, avec Fany Lebois. Tableau réalisé par Etienne Bard.

Date et diététicienne	30/05/2017, avec Fany Lebois à son cabinet parisien.
Patient(e)(s)	Angèle, accompagnée de son père.
Âge	Angèle a huit ans, son père environ trente huit ans.
Durée	45mn.
Motif du suivi	Surveiller le poids d'Angèle, actuellement en léger sur-poids.
École	Elle est à l'école primaire du quartier à proximité du cabinet de Fany Lebois.
Situation dans le suivi	Elle est suivie depuis plusieurs mois.

TABLE 45 – Tableau de la consultation de Sophie Bricou, avec Fany Lebois. Tableau réalisé par Etienne Bard.

Date et diététicienne	30/05/2017, avec Fany Lebois à son cabinet parisien.
Patient(e)(s)	Une femme.
Âge	23 ans.
Situation conjugale	Célibataire.
Durée	45mn.
Motif du suivi	Elle a été orientée vers Fany Lebois par son médecin généraliste, suite au déclenchement d'une crise d'anorexie.
profession	Étudiante.
Situation dans le suivi	Elle est suivie depuis trois ans.

TABLE 46 – Tableau de la consultation d’un couple de trentenaires, avec Fany Lebois. Tableau réalisé par Etienne Bard.

Date et diététicienne	15/06/2017, avec Fany Lebois à son cabinet parisien.
Patient(e)(s)	Une double consultation pour un couple hétérosexuel.
Âge	Environ 30 ans.
Situation conjugale	Célibataire.
Durée	45mn.
Motif du suivi	Le RDV est surtout consacré à l’homme qui est en léger sur-poids. Depuis le premier RDV , il s’est rendu compte qu’il mangeait en quantités trop importantes.
profession	NR. Ils occupent tous les deux un emplois.
Situation dans le suivi	Il s’agit d’un second RDV, un mois après le premier. L’homme refuse l’enregistrement.

TABLE 47 – Tableau de la consultation de Daniella, avec Fany Lebois. Tableau réalisé par Etienne Bard.

Date et diététicienne	15/06/2017, avec Fany Lebois à son cabinet parisien.
Patient(e)(s)	Une femme.
Âge	Environ 29 ans.
Situation conjugale	Elle vit avec son mari dans un pavillon en petite couronne. Ils n’ont pas d’enfant.
Durée	50mn.
Motif du suivi	Elle souhaite perdre quelques kilos. Elle est un peu en sur-poids.
profession	Elle est assistante de conciergerie chez Groupama.
Situation dans le suivi	Il s’agit d’un premier RDV. Le prochain est prévu trois semaines plus tard.

TABLE 48 – Tableau de la consultation de Fabrice, avec Fany Lebois. Tableau réalisé par Etienne Bard.

Date et diététicienne	15/06/2017, avec Fany Lebois à son cabinet parisien.
Patient(e)(s)	Fabrice. Il s’agit du seul homme venant consulter seul.
Âge	Environ 45 ans.
Situation conjugale	Il vit avec sa conjointe et ils ont au moins un enfant.
Durée	35mn.
Motif du suivi	Il souhaite perdre du poids. Il commence en outre à avoir du diabète.
profession	NR. Il assiste à des matchs à Roland Garros dans un cadre professionnel.
Situation dans le suivi	Il s’agit d’un troisième rendez-vous.

TABLE 49 – Tableau de la consultation de Gabrielle, avec Fany Lebois. Tableau réalisé par Etienne Bard.

Date et diététicienne	15/06/2017, avec Fany Lebois à son cabinet parisien.
Patient(e)(s)	Gabrielle.
Âge	36 ans.
Situation conjugale	Elle vit avec son compagnon, plus âgé qu’elle. Elle n’a pas d’enfant.
Durée	45mn.
Motif du suivi	Elle souhaite perdre du poids pour des raisons esthétiques.
profession	Elle travaille dans une « start-up » située dans l’arrondissement parisien bourgeois où se trouve le cabinet de la diététicienne et où elle réside.
Situation dans le suivi	Il s’agit d’un premier rendez-vous. Elle refuse l’enregistrement.